

14

Gesundheit

1290-1400

# Gesundheitsstatistik 2014



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2014

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 2014

**Bearbeitung**    Sektion Gesundheit

**Herausgeber**    Bundesamt für Statistik (BFS)

**Herausgeber:** Bundesamt für Statistik (BFS)  
**Auskunft:** E-Mail: [gesundheit@bfs.admin.ch](mailto:gesundheit@bfs.admin.ch), Tel. 058 463 67 00  
**Projektoberleitung:** Ulrich Wagner (ver.), Marco D'Angelo  
**Projektleitung:** Jean-François Marquis  
**Konzept und Redaktion:** Tania Andreani, Jean-François Marquis  
**Autorinnen/Autoren:** Tania Andreani, Sylvie Berrut, Pascale Gazareth, Dimitri Hauri, Martine Kaeser, Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis, Marco Storni, Giovanni Teotino, Erwin Wüest  
**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](mailto:order@bfs.admin.ch)  
**Bestellnummer:** 1290-1400  
**Preis:** Fr. 22.– (exkl. MWST)  
**Reihe:** Statistik der Schweiz  
**Fachbereich:** 14 Gesundheit  
**Originaltext:** Deutsch und Französisch  
**Übersetzung:** Sprachdienste BFS  
**Titelgrafik:** BFS; Konzept: Netthoevel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com  
**Grafik/Layout:** Sektion DIAM, Prepress/Print  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2014  
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Angabe der Quelle gestattet  
**ISBN:** 978-3-303-14212-7

Korrigierte Version vom Dezember 2016  
Die Grafik G4.50 (S. 52) und der dazugehörige Text (S. 51 und S. 52)  
wurden aufgrund eines Fehlers in den Daten korrigiert.

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                           |           |                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Das Wichtigste in Kürze</b>                                            | <b>5</b>  | <b>4.5 Unfälle</b>                                          | <b>56</b> |
| <b>1 Einleitung</b>                                                       | <b>9</b>  | <b>4.6 Reproduktive Gesundheit</b>                          | <b>58</b> |
| <b>2 Rahmenbedingungen</b>                                                | <b>11</b> | <b>4.7 Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen</b>      | <b>60</b> |
| <b>3 Gesundheitsdeterminanten</b>                                         | <b>14</b> | 4.7.1 Neugeborene                                           | 60        |
| <b>3.1 Einkommen und soziale Einbettung</b>                               | <b>14</b> | 4.7.2 Ältere Personen                                       | 62        |
| <b>3.2 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen</b>                           | <b>15</b> | 4.7.3 Migrantinnen und Migranten                            | 63        |
| <b>3.3 Natürliche Umwelt</b>                                              | <b>17</b> | <b>5 Gesundheitssystem</b>                                  | <b>67</b> |
| <b>3.4 Wohnbedingungen</b>                                                | <b>18</b> | <b>5.1 Spitäler</b>                                         | <b>67</b> |
| <b>3.5 Gesundheitsverhalten</b>                                           | <b>19</b> | <b>5.2 Alters- und Pflegeheime</b>                          | <b>72</b> |
| 3.5.1 Körperliche Aktivitäten                                             | 19        | <b>5.3 Spezialisierte Institutionen</b>                     | <b>75</b> |
| 3.5.2 Ernährung                                                           | 20        | <b>5.4 Ambulante Versorgung</b>                             | <b>76</b> |
| 3.5.3 Übergewicht                                                         | 21        | <b>5.5 Spitex</b>                                           | <b>80</b> |
| 3.5.4 Tabak                                                               | 22        | <b>5.6 Informelle Hilfe</b>                                 | <b>82</b> |
| 3.5.5 Alkohol                                                             | 24        | <b>5.7 Kosten des Gesundheitssystems</b>                    | <b>83</b> |
| 3.5.6 Illegale Drogen                                                     | 25        | <b>6 Finanzierung des Gesundheitswesens</b>                 | <b>85</b> |
| <b>4 Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen</b> | <b>27</b> | <b>7 Beilagen</b>                                           | <b>88</b> |
| <b>4.1 Lebenserwartung und Gesundheit</b>                                 | <b>27</b> | <b>7.1 Abkürzungen</b>                                      | <b>88</b> |
| <b>4.2 Physische Gesundheit</b>                                           | <b>34</b> | <b>7.2 Glossar</b>                                          | <b>89</b> |
| 4.2.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen                                         | 34        | <b>7.3 Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich</b> | <b>93</b> |
| 4.2.2 Diabetes                                                            | 38        | <b>7.4 Literaturverzeichnis</b>                             | <b>95</b> |
| 4.2.3 Krebs                                                               | 40        |                                                             |           |
| 4.2.4 Erkrankungen des Bewegungsapparates                                 | 45        |                                                             |           |
| 4.2.5 Infektionskrankheiten und Krankheiten des Atmungssystems            | 47        |                                                             |           |
| <b>4.3 Psychische Gesundheit</b>                                          | <b>49</b> |                                                             |           |
| <b>4.4 Behinderung</b>                                                    | <b>53</b> |                                                             |           |



# Das Wichtigste in Kürze

Die Gesundheit hat im Leben der einzelnen Menschen wie auch für das staatliche 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 2012 waren 15% der Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren armutsgefährdet. Diese Personen gaben beinahe zweimal häufiger als die anderen an, keinen guten allgemeinen Gesundheitszustand zu haben.                                                          | S. 14 |
| Beschäftigung und Arbeitsbedingungen | Arbeitsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko physischer oder psychischer Beeinträchtigungen und das Unfallrisiko. Im Jahr 2012 hatten 13% der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren nach eigenen Angaben Angst davor, ihre Stelle zu verlieren.                                                                                                                                   | S. 15 |
| Störungen im Wohnumfeld              | Im Jahr 2012 gaben 44% 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. 18 |
| Körperliche Aktivität                | Regelmässige körperliche Betätigung gilt als gesundheitsfördernd. 73% der Bevölkerung bewegten sich 2012 während ihrer Freizeit im empfohlenen Ausmass.                                                                                                                                                                                                                                                                               | S. 19 |
| 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 (2012: 75% gegenüber 61%). Sie essen auch häufiger als Männer mindestens fünfmal pro Woche täglich fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse (26% gegenüber 12%).                            | S. 20 |
| Übergewicht                          | Übergewicht und Adipositas sind wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, gewisse Krebsleiden sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Im Jahr 2012 waren 39% der Männer übergewichtig und 11% adipös. Bei den Frauen beliefen sich diese Anteile auf 23% bzw. 9%.                                                                                                                                         | S. 21 |
| Tabak                                | Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie verschiedene Krebsarten (Lungen-, Speiseröhrenkrebs usw.). Mehr als jeder zehnte Todesfall in der Schweiz ist Krankheiten zuzuschreiben, die in Verbindung mit dem Rauchen auftreten. Bei den Männern ist der Raucheranteil höher als bei den Frauen (2012: 32% bzw. 24%). Den höchsten Raucheranteil weisen die 15- bis 44-jährigen Männer auf. | S. 22 |
| Alkohol                              | Übermässiger Alkoholkonsum zählt zu den wichtigsten Ursachen für Beeinträchtigungen der Gesundheit und für vorzeitige Sterblichkeit. 6% der Männer und 4% der Frauen gingen im Jahr 2012 aufgrund ihres chronischen Alkoholkonsums ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko ein. 35% der 15- bis 24-jährigen Männer und 16% der Frauen gleichen Alters betranken sich mindestens einmal pro Monat.                                  | S. 24 |

## Gesundheitszustand

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Lebenserwartung                          | Im Jahr 2012 betrug die Lebenserwartung bei Geburt 80,5 Jahre für die Männer und 84,7 Jahre für die Frauen. Sie hat sich seit 1876 verdoppelt und gehört zu den höchsten weltweit. Die Lebenserwartung variiert je nach sozialem Status. Im Jahr 2007 betrug sie für einen 30-jährigen Mann ohne nachobligatorischen Schulabschluss 77,9 Jahre, verglichen mit 82,5 Jahren für einen Gleichaltrigen mit Hochschulabschluss.                                                           | S. 27 |
| Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand | Im Jahr 2012 bezeichneten 83% 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 62%.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | S. 29 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems         | 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 (1088 gegenüber 333). Diese Differenz ist zu einem grossen Teil auf die Todesfälle durch akuten Myokardinfarkt und andere ischämische Herzkrankheiten zurückzuführen. Zwischen 1995 und 2012 haben sich die standardisierten Sterbeziffern für Myokardinfarkt und für Schlaganfall mehr als halbiert. | S. 34 |
| Diabetes                                 | Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die insbesondere das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Im Jahr 2012 hatten Ärztinnen und Ärzte bei 5% der Bevölkerung Diabetes diagnostiziert, wobei dieser Anteil mit dem Alter ansteigt.                                                                                                                                                                                                                                      | S. 38 |
| 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. 40 |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates      | Erkrankungen des Bewegungsapparates sind der häufigste Hospitalisierungsgrund (15% des Totals). Die Implantation von Prothesen hat zwischen 2002 und 2012 stark zugenommen: bei den Hüftprothesen um 40% und bei den Knieprothesen um 115%.                                                                                                                                                                                                                                           | S. 45 |
| 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 2012 wegen psychischer Probleme in Behandlung.                                                                                                                                                                                                                              | S. 49 |
| Behinderungen                            | Im Jahr 2012 waren 24% der Bevölkerung seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems bei normalen Alltagstätigkeiten (Arbeit, Haushalt) eingeschränkt. In den meisten Fällen handelte es sich um leichte Einschränkungen: Lediglich 5% der Bevölkerung waren nach eigenen Angaben stark eingeschränkt. Häufigkeit und Schweregrad der Einschränkungen nahmen mit dem Alter zu.                                                                                        | S. 53 |
| 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 2007–2011 im Schnitt 554'210 bzw. 403'100 pro Jahr). Im Jahr 2013 wurden bei Strassenverkehrsunfällen 269 Personen getötet und etwa 85'000 Personen verletzt. Im gleichen Jahr wurden zudem 269'000 Erwerbstätige Opfer eines Arbeitsunfalls.           | S. 56 |
| 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 0,4% der Lebendgeburten, aber 50% der Säuglingstodesfälle aus.                                                                        | S. 60 |
| Personen ab 65 Jahren                    | 8% der ab 65-Jährigen (112'155) hatten im Jahr 2012 einen längeren Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim absolviert. 20% der in Privathaushalten lebenden älteren Menschen sind nicht mehr in der Lage, ohne Hilfe gewisse Tätigkeiten auszuüben, wie das Essen zubereiten, schwere Hausarbeiten erledigen oder den öffentlichen Verkehr benutzen. 3% benötigen Hilfe bei Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich ankleiden oder essen.                                        | S. 62 |



## Gesundheitssystem

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Spitäler                         | Im Jahr 2012 stellten 297 Spitalunternehmen (an 492 Standorten) 38'297 Betten zur Verfügung, was im Schnitt einer Versorgung mit 4,8 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Die verfügbaren Betten verteilten sich zu 59% auf Akutspitäler, zu 22% auf psychiatrische Kliniken und zu 19% auf Rehabilitations- und geriatrische Kliniken. Das Bettenangebot ist zwischen 2002 und 2012 um 13,1% gesunken.                                | S. 67 |
| Alters- und Pflegeheime          | Im Jahr 2012 standen in 1558 Alters- und Pflegeheimen 93'155 Beherbergungsplätze zur Verfügung. Dies entspricht 67,8 Plätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren.                                                                                                                                                                                                                                                                           | S. 72 |
| Spezialisierte Institutionen     | Die 746 spezialisierten Institutionen für die Betreuung von Personen mit Behinderungen, Suchtproblemen oder psychosozialen Problemen zählten 2012 rund 27'100 Beherbergungsplätze und 26'100 Plätze für Externe.                                                                                                                                                                                                                                           | S. 75 |
| Ärzterschaft und Zahnärzteschaft | Im ambulanten Sektor praktizierten 2013 insgesamt 17'554 Ärztinnen und Ärzte. Ausserdem wurden 4208 praktizierende Zahnärztinnen und Zahnärzte gezählt. 78% der Bevölkerung hatten 2012 innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal einen Arzt und 66% einen Zahnarzt aufgesucht.                                                                                                                                                                        | S. 76 |
| Spitex                           | Im Jahr 2012 erbrachten 1522 Spitex-Dienstleister (Non-Profit-Organisationen, gewinnorientierte Unternehmen sowie selbstständige Krankenpflegerinnen und -krankenpfleger) Leistungen für 257'724 Klientinnen und Klienten, 49% davon waren 80 Jahre alt und älter.                                                                                                                                                                                         | S. 80 |
| Kosten des Gesundheitswesens     | Die Kosten des Gesundheitssystems betrugen 2012 insgesamt 68,0 Milliarden Franken, was pro Kopf monatlich 709 Franken entspricht. Davon entfielen 46% auf die stationäre Versorgung (Akutversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege), 33% auf die ambulante Versorgung und 11% auf den Kauf von Medikamenten und Gesundheitsgütern. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) ist zwischen 1990 und 2012 von 7,9% auf 11,5% gestiegen. | S. 83 |

## Finanzierung des Gesundheitssystems

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Finanzierung nach Regimes | Im Jahr 2012 finanzierten die Sozialversicherungen 42,0% der Gesundheitsausgaben, wobei die obligatorische Krankenversicherung (KVG) alleine schon 35,8% beisteuerte. Zweitwichtigstes Finanzierungsregime waren mit einem Anteil von 25,2% die Privathaushalte. Die öffentliche Hand kam für 20,2% der Rechnung auf.                                                       | S. 85 |
| Finanzierung nach Quellen | Bei Betrachtung der Finanzierungslast für die drei zentralen Wirtschaftsakteure (öffentliche Hand, Unternehmen, Haushalte) zeigt sich folgendes Bild: Die Haushalte finanzierten 2012 einschliesslich der Prämien für Krankenversicherungen 61,3% der Gesundheitskosten, die öffentliche Hand 32,3% und die Unternehmen mittels Beiträgen an die Sozialversicherungen 6,4%. | S. 86 |



# 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 Gesundheitsstatus der Bevölkerung, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und

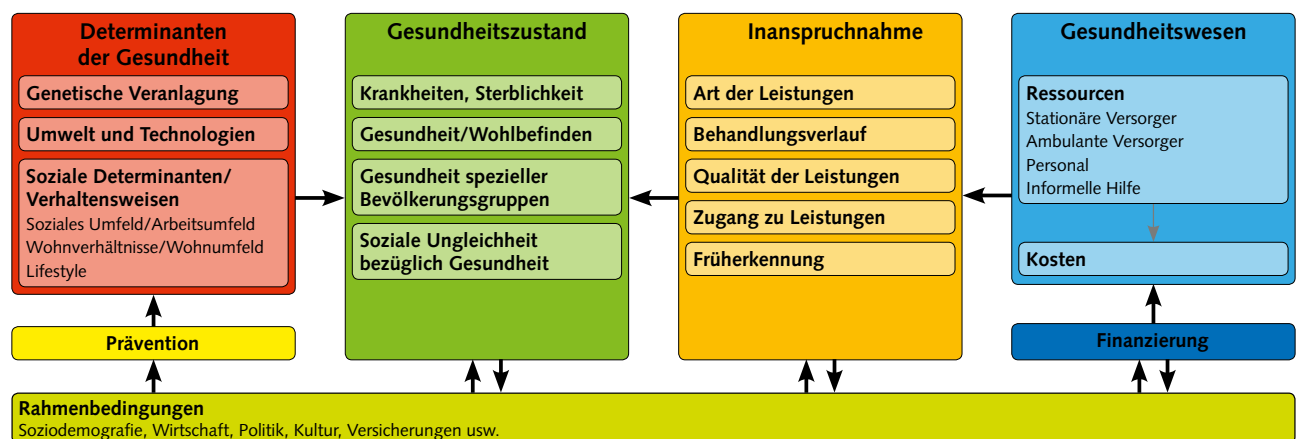
dem Gesundheitssystem – sowie auf deren Wechselwirkungen untereinander und mit den Rahmenbedingungen (G1.1). Dieses Schema bildet die Grundlage für die Strukturierung des vorliegenden Berichts, der eine aktualisierte Ausgabe der «Gesundheitsstatistik» ist, die 2012 zum ersten Mal publiziert wurde.

## 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. Mangels neuer Daten wurden zwei Kapitel der Ausgabe von 2012 nicht berücksichtigt, nämlich das Kapitel zur Gesundheit von Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren und das Kapitel über die Beschäftigung und Berufe im Gesundheitsbereich.

Strukturschema der Gesundheitsstatistik

G1.1



© BFS, Neuchâtel 2014

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.
- 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 August 2014 publizierte Daten berücksichtigt werden, welche sich auf das Jahr 2012 (bei gewissen Erhebungen auf 2013) beziehen. Die Daten der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2012 durchgeführt wurde, sind in dieser Ausgabe integriert. Die Daten der abgebildeten Grafiken stehen in elektronischer Form im Statistikportal des BFS zur Verfügung ([www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)).

## 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 mehr als 50% gestiegen (G 2.1). 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 nahezu um das Dreieinhalbfache erhöht (> Kapitel 5.7). 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

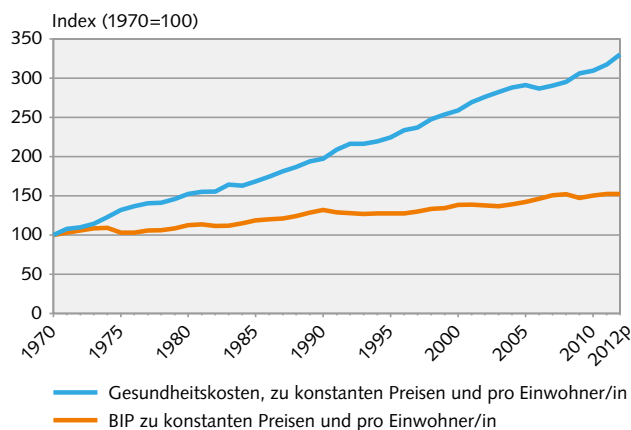
die Steigerung der Produktivkraft der Gesellschaft unterstützt und damit zur Finanzierung des Gesundheitssystems beigetragen haben.

Grösse und Struktur der Bevölkerung wirken sich massgeblich auf das Volumen der beanspruchten Leistungen des Gesundheitssystems. Zwischen 1970 und 2012 stieg die Wohnbevölkerung der Schweiz um fast 30%, von 6,2 auf 8,0 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (G 2.2). 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: Er ist hingegen nicht der Hauptgrund für die wachsenden Gesundheitskosten.

Im gleichen Zeitraum (1970–2012) nahm die ausländische Wohnbevölkerung stärker zu als die Zahl der Schweizerinnen und Schweizer (+87% gegenüber +19%). Diese Differenz ist seit Anfang der 1990er-Jahre besonders ausgeprägt. Die ausländische Wohnbevölkerung ist deutlich jünger als die schweizerische (G 2.3). 47% der Bevölkerung mit ausländischem Pass gegenüber 30% der Schweizerinnen und Schweizer sind zwischen 20 und 44 Jahre alt. Umgekehrt liegt der Anteil der Personen ab 65 Jahren in der Bevölkerung schweizerischer Nationalität bei 20%, gegenüber 8% 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

### Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

G 2.1



© BFS 2014

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).

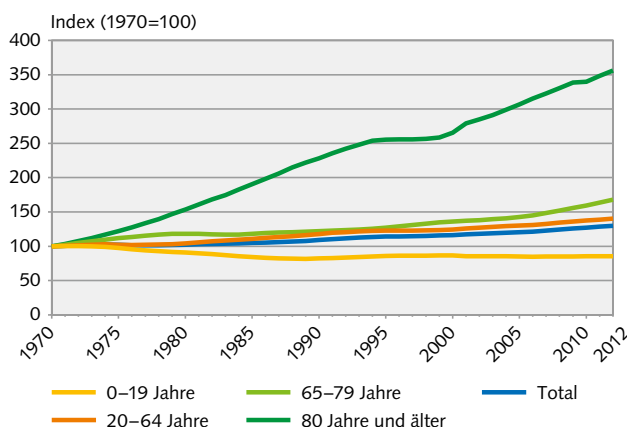
Der generelle Anstieg des Bildungsniveaus ist ein weiterer markanter Trend (G 2.4). Diese Entwicklung, die ab den 1980er-Jahren besonders deutlich feststellbar ist, verbesserte die Voraussetzungen für den Aufbau von Gesundheitskompetenzen und die Beachtung von Präventionskampagnen.

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. 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 Leistungen.
- 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

## Bevölkerungsbestand nach Altersgruppe

G 2.2



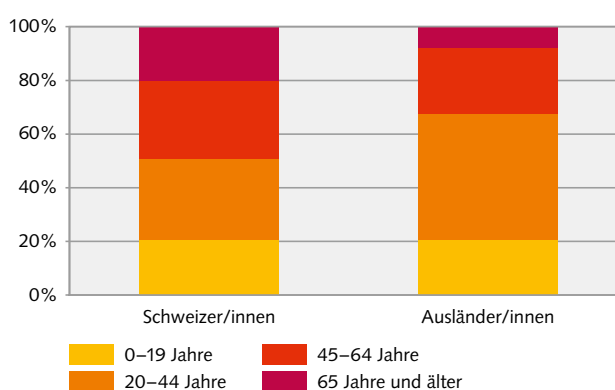
Ab 2010: Neue Definition der ständigen Wohnbevölkerung, die zusätzlich Personen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten umfasst.

Quelle: BFS – ESPOP und STATPOP

© BFS 2014

## Altersgruppen nach Staatszugehörigkeit, 2012

G 2.3



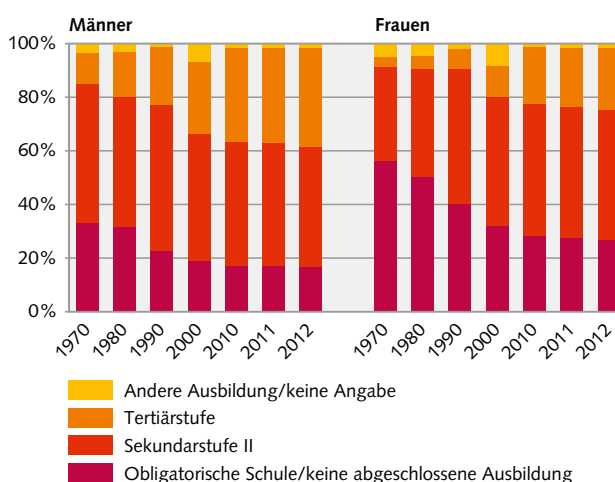
Quelle: BFS – STATPOP

© BFS 2014

## Bildungsniveau der Bevölkerung

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren

G 2.4



Bis 2000: Volkszählung; ab 2010: Strukturerhebung

Quelle: BFS – Volkszählung und Strukturerhebung

© BFS 2014

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. Der Zusammenhang zwischen diesen zwei Faktoren und der Gesundheit kann jedoch auch umgekehrt sein: Gesundheitsprobleme können das Risiko der sozialen Unsicherheit erhöhen oder Verhaltensveränderungen verursachen.

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.

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.

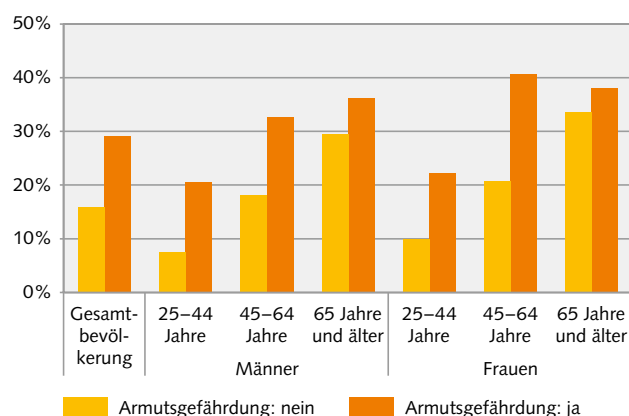
2012 waren 15% der Personen ab 16 Jahren von Armutsgefährdung und 3,5% von materieller Entbehrung betroffen (> Glossar für die Definitionen). Armutsgefährdete Personen sagen fast doppelt so häufig wie die anderen, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand nicht gut ist (29% im Gegensatz zu 16%). Der Unterschied ist bei Personen zwischen 25 und 44 Jahren am grössten, ab 65 Jahren ist er nicht mehr statistisch signifikant (G 3.1). Bei den Personen, die von materieller Entbehrung betroffen sind, steigt der Anteil der Personen mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand sogar auf 41%.

Im gleichen Jahr haben 5% der Personen ab 16 Jahren aus finanziellen Gründen darauf verzichtet, einen Arzt oder einen Zahnarzt zu konsultieren. Personen, die Armutsgefährdung oder materielle Entbehrung erfahren, sind deutlich häufiger davon betroffen (G 3.2).

### Nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Armutsgefährdung, 2012

Bevölkerung ab 16 Jahren in Privathaushalten

G 3.1



Quelle: BFS – SILC

© BFS 2014



### 3.2 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

Arbeitsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko physischer oder psychischer Beeinträchtigungen und das Unfallrisiko (> Kapitel 4.5). 2012 gaben 13% der erwerbstätigen Männer und Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren an, Angst davor zu haben, ihre Stelle zu verlieren. Im gleichen Jahr waren 3,9% der Männer und 4,5% der Frauen ab 15 Jahren erwerbslos im Sinne der Internationalen Arbeitsorganisation. Junge Erwachsene unter 25 Jahren hatten am wenigsten Angst, ihre Arbeit zu verlieren, obwohl diese Altersgruppe die höchste Arbeitslosenquote aufwies.

Mit dem zunehmenden Gewicht des tertiären Sektors 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.

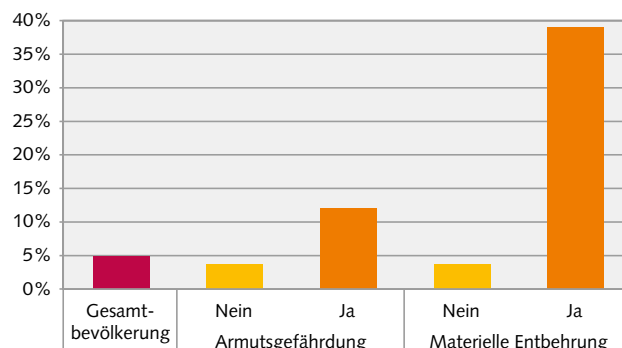
Unter den physischen Risiken stehen die ergonomischen Risiken heute an erster Stelle (G3.3). Die Männer sind im Vergleich zu den Frauen deutlich häufiger Vibrationen ausgesetzt. Diese kommen in den männerdominierten Branchen Industrie und Bauwirtschaft häufiger vor. Das Gegenteil ist für das Tragen oder Bewegen von Personen der Fall, das vor allem in frauendominierten Pflegeberufen anzutreffen ist. Die Männer sind häufiger anderen physischen Risiken ausgesetzt. Zwischen 2007 und 2012 war die Tendenz, physischen Risiken ausgesetzt zu sein, stabil oder leicht zunehmend. Davon ausgenommen ist das Passivrauchen.

Psychosoziale Risiken sind von der Ausgestaltung der Arbeitsorganisation und den zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz abhängig. Hohe Arbeitsanforderungen verbunden mit einem geringen Gestaltungsspielraum und geringer sozialer Unterstützung bilden die Konstellation mit den höchsten Gesundheitsrisiken (Karasek & Theorell 1990). Männer sind häufiger als Frauen hohen Arbeitsanforderungen oder einem hohen Zeitdruck ausgesetzt (G3.4). Das Gegenteil gilt für den Mangel an Gestaltungsspielraum. Hohe emotionale Beanspruchung, wie zum Beispiel das Erleben von Spannungen im Umgang mit Leuten (Patient/innen, Klient/innen usw.), oder Wertekonflikte wie sie beispielsweise

### Verzicht auf Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen nach Armutsgefährdung oder materieller Entbehrung, 2011

Bevölkerung ab 16 Jahren in Privathaushalten  
Medizinische oder zahnärztliche Untersuchung

G 3.2



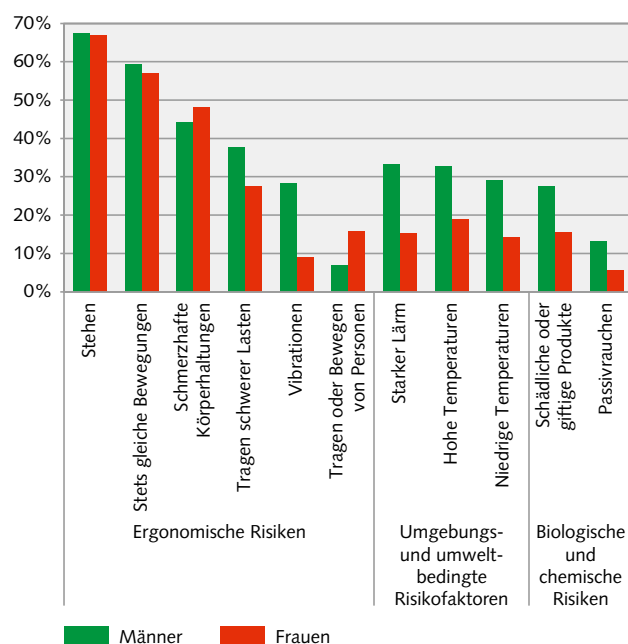
Quelle: BFS – SILC

© BFS 2014

### Physische Risiken, 2012

Erwerbstätige von 15 bis 64 Jahren

G 3.3



Quelle: BFS – SGB

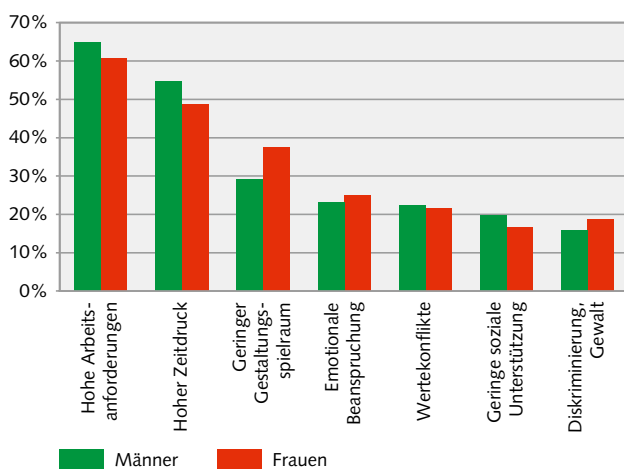
© BFS 2014

auftreten, wenn man selten oder nie das Gefühl hat, eine sinnvolle Arbeit zu leisten, sind auch zu den psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz zu zählen. 2012 erfuhr 16% der Männer und 19% der Frauen an ihrem Arbeitsplatz mindestens eine Form von Diskriminierung oder Gewalt. Fälle von Einschüchterung, Belästigung oder Mobbing waren am häufigsten (7% für beide Geschlechter). Ein Ungleichgewicht zwischen Berufs- und Privat- und/oder Familienleben (Work-Life-Imbalance)

### Psychosoziale Risiken, 2012

Erwerbstätige von 15 bis 64 Jahren

G 3.4



Personen, die meistens oder immer von mindestens einem dieser Risiken betroffen sind

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

kann sich ebenfalls schädlich auf die Gesundheit auswirken. 2012 hatten 8% der erwerbstätigen Männer und 7% der erwerbstätigen Frauen meistens oder immer Mühe, Arbeit und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren (26% hatten manchmal Mühe, unabhängig vom Geschlecht). Merkmale der Anstellung wie hohe Arbeitsanforderungen, hoher Zeitdruck oder aussergewöhnlich lange Arbeitszeiten, verstärken die Gefahr, solche Schwierigkeiten anzutreffen.

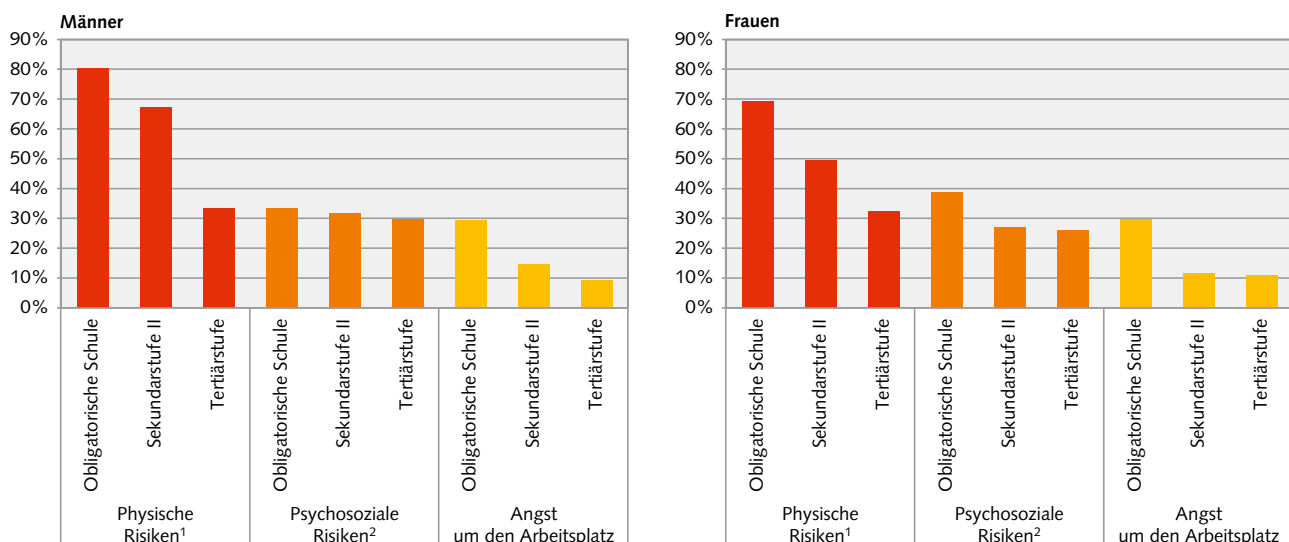
Weniger gebildete Menschen sind häufiger arbeitsbedingten Risiken ausgesetzt als Personen mit einem höheren Bildungsniveau (G 3.5). Dieser umgekehrte Zusammenhang ist bei den psychosozialen Risiken bedeutend weniger ausgeprägt.

Personen, die am Arbeitsplatz gehäuft physischen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind, schätzen ihre Gesundheit als weniger gut ein als Personen, die bei ihrer Arbeit keine Risiken antreffen (G 3.6). Personen, die Angst vor einem Arbeitsverlust haben, bewerten auch ihren Gesundheitszustand häufig als nicht gut. Arbeitsunsicherheit kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Umgekehrt kann aber ein schlechter Gesundheitszustand auch das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes erhöhen.

### Arbeitsrisiken und Arbeitsunsicherheit nach Bildungsniveau, 2012

Erwerbstätige von 25 bis 64 Jahren

G 3.5



<sup>1</sup> Mindestens drei physische Risiken

<sup>2</sup> Mindestens fünf psychosoziale Risiken

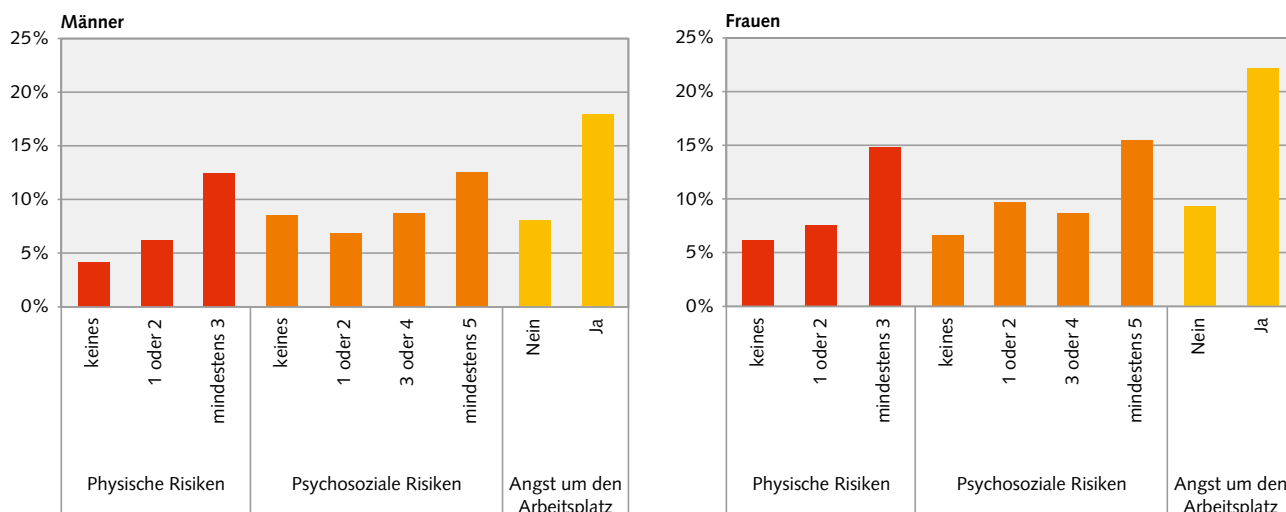
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Arbeitsbedingungen oder Arbeitsunsicherheit, 2012

Nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. Erwerbstätige von 15 bis 64 Jahren

G 3.6



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### 3.3 Natürliche Umwelt

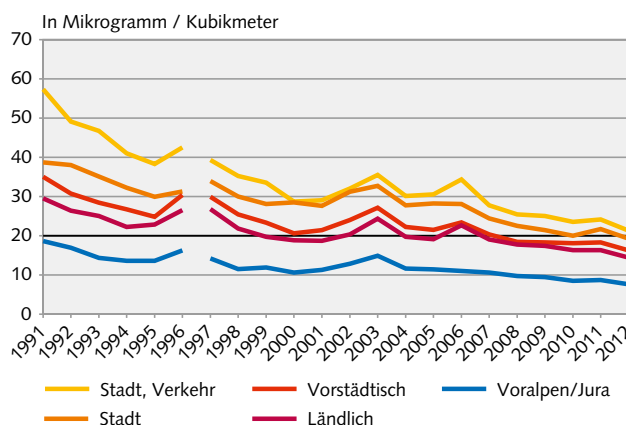
Die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden, Strahlung, Lärm oder extreme Wettersituationen (z.B. länger dauernde Hitzewellen) sind Faktoren, welche die Gesundheit negativ beeinflussen können. Die Luftverschmutzung ist heute einer der zentralen umweltbedingten Faktoren, welche die Gesundheit beeinträchtigen. 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 (G 3.7). 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 krebserregender 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 (K 3.1).

### Feinstaub-Konzentration

PM10-Konzentration, Jahresmittelwerte<sup>1</sup>  
(vor 1997 berechnet aus Schwebstaub (TSP))

G 3.7



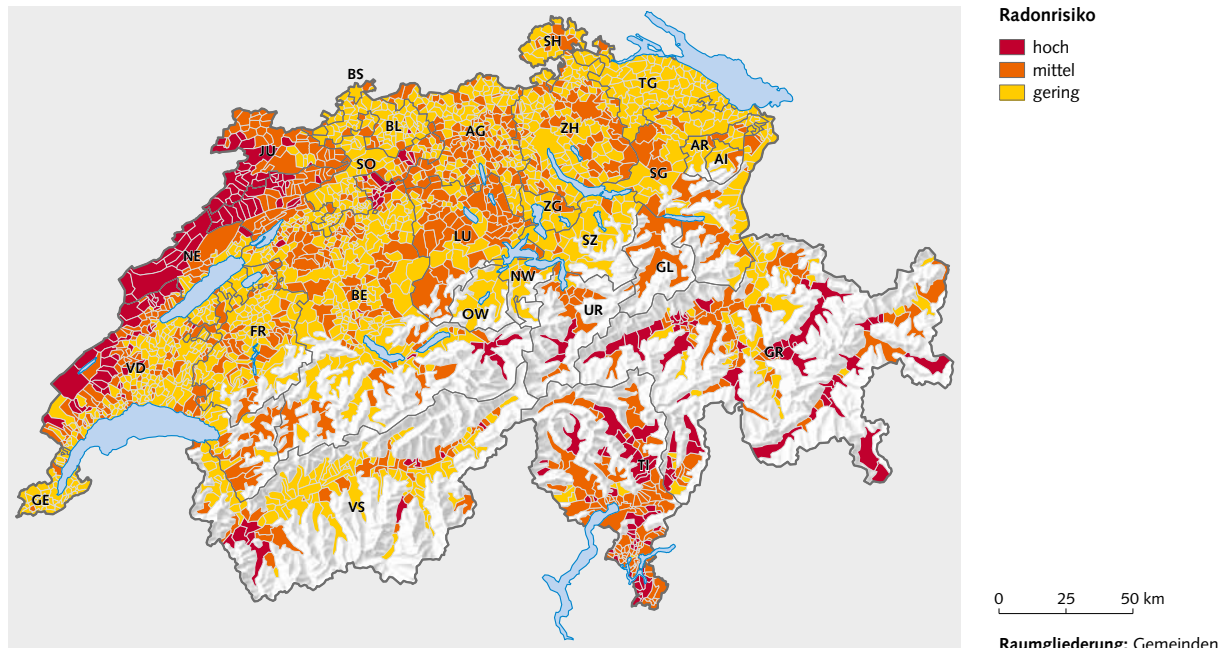
<sup>1</sup> Grenzwert Schweiz: Jahresmittel 20 µg/m<sup>3</sup>

Quelle: BAFU – NABEL-Messprogramm

© BFS 2014

## Radonkonzentration, 2013

K 3.1



Quelle: BAG

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

## 3.4 Wohnbedingungen

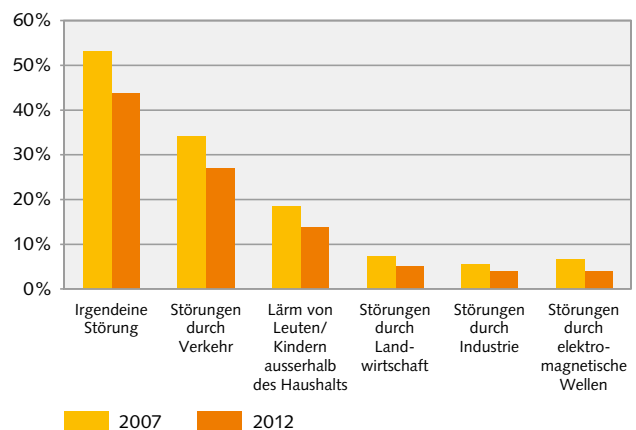
Verschiedene Merkmale des Wohnumfelds (Lärmbelastung, Luftverschmutzung, hygienische Mängel, räumliche Enge usw.) können negative Auswirkungen auf die physische oder psychische Gesundheit der exponierten Personen haben.

2012 gaben zwei von fünf (44%) der in Privathaushalten lebenden Personen ab 15 Jahren an, Störungen in ihrem Wohnumfeld ausgesetzt zu sein. Das sind fast 10% weniger als 2007 (53%, G 3.8). Am häufigsten genannt wurden 2012 verkehrsbedingte Störungen (27% der Personen) und Lärm von Personen und Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören (14%). Diese Belastungen waren mit einem weniger guten selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand gekoppelt, mit Ausnahme von solchen in der Landwirtschaft oder von elektromagnetische Wellen (G 3.9). 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

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

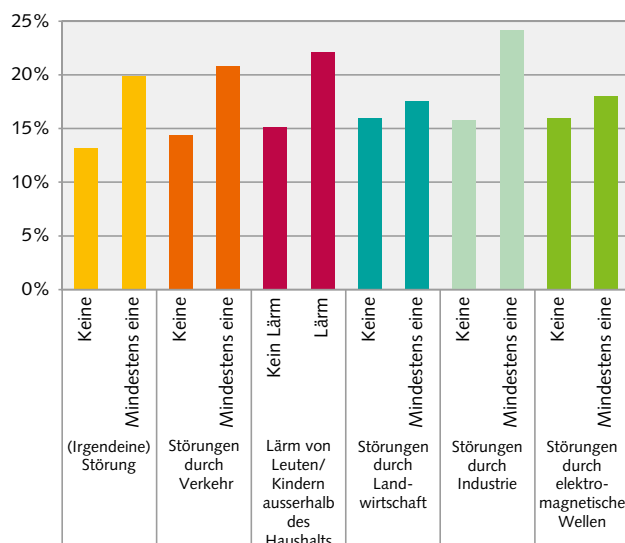
G 3.8



### Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Art der Belastung im Wohnumfeld, 2012

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

G 3.9



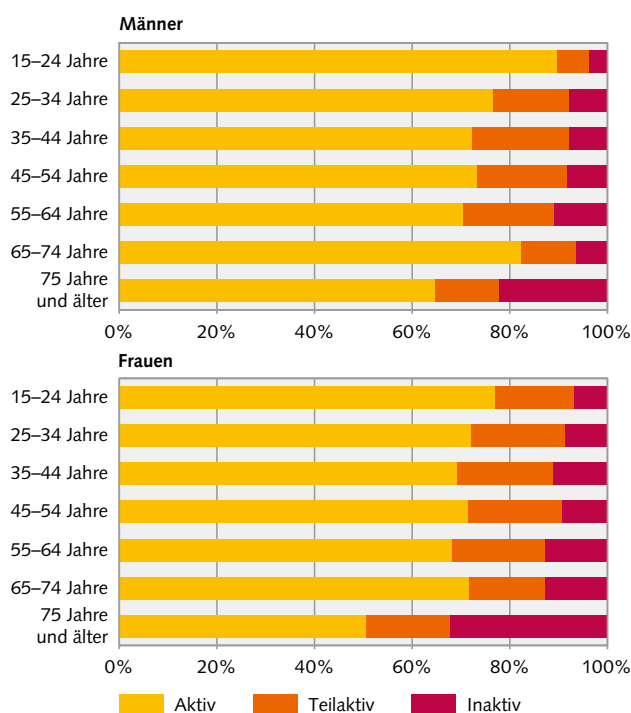
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Körperliche Aktivität nach Altersklasse, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.10



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

## 3.5 Gesundheitsverhalten

### 3.5.1 Körperliche Aktivitäten

Regelmässige körperliche Betätigung gilt als gesundheitsfördernd. Sie kann insbesondere zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Entwicklung von Diabetes, Rückenbeschwerden sowie Brust- oder Darmkrebs 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:

- **Aktiv** sind all jene, die pro Woche mindestens zweimal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich mindestens 150 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem geraten). Diese Gruppe erfüllt die im Auftrag des Bundesamts für Sport (BASPO) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Jahr 2013 erarbeiteten Empfehlungen vollumfänglich.
- **Teilaktiv** sind all jene, die pro Woche einmal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich zwischen 30 und 149 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem geraten).
- **Inaktiv** sind all jene, die weniger als einmal pro Woche einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich weniger als eine halbe Stunde pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem kommen).

Beinahe drei von vier Personen bewegten sich 2012 in ihrer Freizeit in ausreichendem Masse, um als aktiv eingestuft zu werden. Dieser Anteil ist aufgrund der angepassten Empfehlungen deutlich grösser als 2007 (zwei von fünf). Demgegenüber bewegten sich 11% der Bevölkerung weniger als 30 Minuten pro Woche und gelten somit als inaktiv.

Mehr als vier von fünf jungen Erwachsenen unter 25 Jahren bewegten sich in ihrer Freizeit ausreichend (84%) und nur 5% waren inaktiv (G 3.10). 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 (76% gegenüber 69%). Je tiefer der Bildungsstand, desto höher war der Anteil der in ihrer Freizeit inaktiven Personen (G 3.11). Die Bevölkerung scheint das Ausmass ihrer körperlichen Aktivitäten zu

unterschätzen. Nur 65% der Männer und 61% der Frauen hielten ihre körperlichen Aktivitäten für ausreichend, obschon 76% der Männer und 69% der Frauen den Empfehlungen folgten. Dieser Unterschied ist ab 75 Lebensjahren nicht mehr vorhanden.

2012 gaben 57% der Bevölkerung an, Sport, Gymnastik oder Fitness zu betreiben. 28% taten dies während 3 oder mehr Stunden pro Woche, 24% während 1 bis 3 Stunden und 5% weniger als eine Stunde lang. Männer übten diese Aktivitäten häufiger als Frauen während mindestens 3 Stunden pro Woche aus (33% gegenüber 23%), vor allem im Alter von 15 bis 44 Jahren. Demgegenüber waren Frauen nach eigenen Angaben häufiger als Männer täglich zu Fuss oder per Velo unterwegs zur Arbeit, um einzukaufen oder auszugehen (60% gegenüber 49%). Der Anteil der in seiner Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung ist in den letzten zehn Jahren angestiegen, von 63% im Jahr 2002 auf 73% im Jahr 2012.

### 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

68% der Bevölkerung gaben 2012 an, auf bestimmte Aspekte ihrer Ernährung zu achten (G 3.12). Dieses Bewusstsein war bei den Männern weniger ausgeprägt (61%) als bei den Frauen (75%). Auch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen war es weniger verbreitet

(50%). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (75%) achteten mehr auf ihre Ernährung als Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (62%).

#### Ernährungsverhalten

Obst und Gemüse sind ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Ernährung, da sie für die Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen sorgen. Basierend auf der Ernährungspyramide der Schweiz wird empfohlen, pro Tag mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse zu essen. 19% der Bevölkerung befolgen diese Empfehlung mindestens 5 Tage pro Woche. Frauen bis 74 Jahre tun dies zweimal häufiger als Männer (26% gegenüber 12%) (G 3.13). Personen mit einer Hochschulausbildung essen häufiger und regelmässiger Früchte und Gemüse.

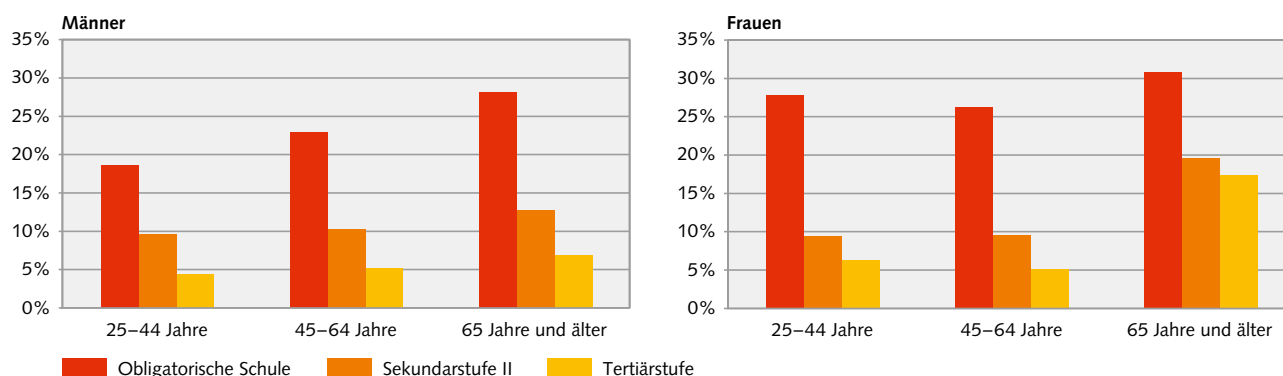
Ernährungsexperten raten davon ab, mehr als fünfmal pro Woche Fleisch zu konsumieren. Gemessen an diesen Empfehlungen konsumierten 32% der Männer und 16% der Frauen 2012 zu viel Fleisch. 25% der Männer und 12% der Frauen konsumierten sogar täglich Wurstwaren oder Fleisch. Der Anteil der Personen, die nicht mehr als fünfmal pro Woche Fleisch essen, hat sich zwischen 1992 und 2012 um 9 Prozentpunkte auf 76% erhöht. Geraten wird ferner, ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen. Der Anteil der Personen, die mindestens einmal wöchentlich Fisch essen, ist zwischen 1992 und 2012 von 56% auf 65% 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. Fast

### Körperliche Inaktivität nach Bildungsniveau, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren

G 3.11



© BFS 2014



zwei Drittel der Bevölkerung konsumierten 2012 täglich Milch, Käse oder Jogurt, die 15- bis 24-jährigen Männer häufiger als die Frauen der gleichen Altersgruppe.

Die tägliche Flüssigkeitsmenge, die ein Erwachsener zu sich nehmen sollte, liegt bei ein bis zwei Litern nicht-alkoholischer Getränke. Mehr als drei Viertel der Bevölkerung befolgten 2012 diese Empfehlung, Frauen insgesamt etwas häufiger als Männer. Ältere Personen hielten sich etwas häufiger daran als jüngere.

### Hindernisse für eine gesunde Ernährung

2012 machten 43% der Frauen als Haupthindernis für eine gesunde Ernährung geltend, dass diese «relativ teuer» sei (G3.14). Männer nannten am häufigsten ihre «Vorliebe für gutes Essen» (50%). 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 (46%).

### 3.5.3 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. Hauptursache von Übergewicht und Adipositas ist ein energetisches Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr (zu reichhaltige Nahrung) und Kalorienverbrauch (ungenügende körperliche Bewegung). Übergewicht und Adipositas sind wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, gewisse Krebsleiden (besonders Brust- und Dickdarmkrebs) sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates wie z.B. Arthrose. Die gängigste Einheit zur Messung von Übergewicht und Adipositas ist der Body-Mass-Index (BMI).

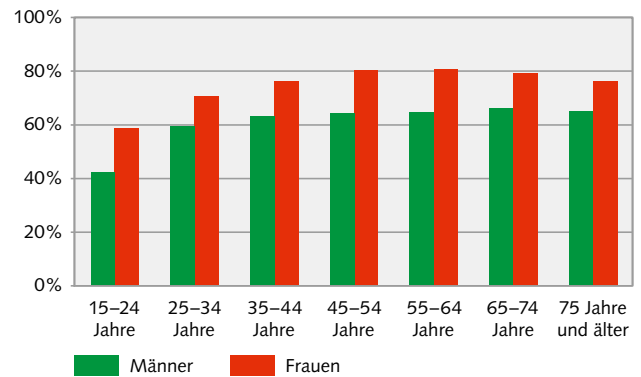
#### Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) oder 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 < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), Normalgewicht (BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m<sup>2</sup>), Übergewicht (BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m<sup>2</sup>) und Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Diese Schwellenwerte werden für junge Erwachsene zwischen 15 und 17 Jahren angepasst.

### Ernährungsbewusstsein, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.12



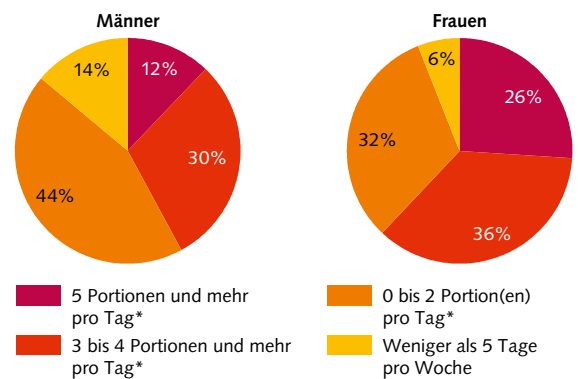
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Obst- und Gemüsekonsum, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.13



\* An mindestens 5 Tagen pro Woche

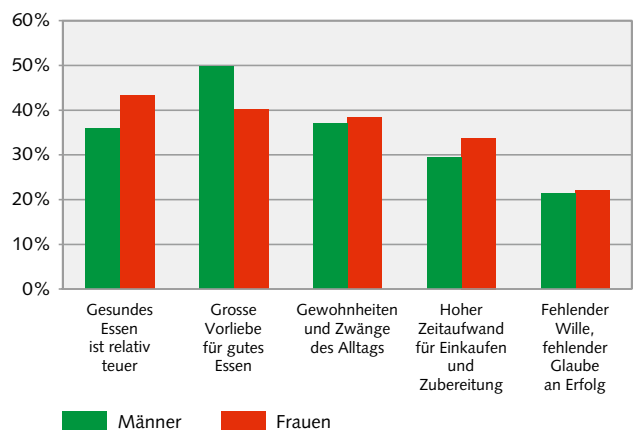
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Hindernisse für eine gesunde Ernährung, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.14



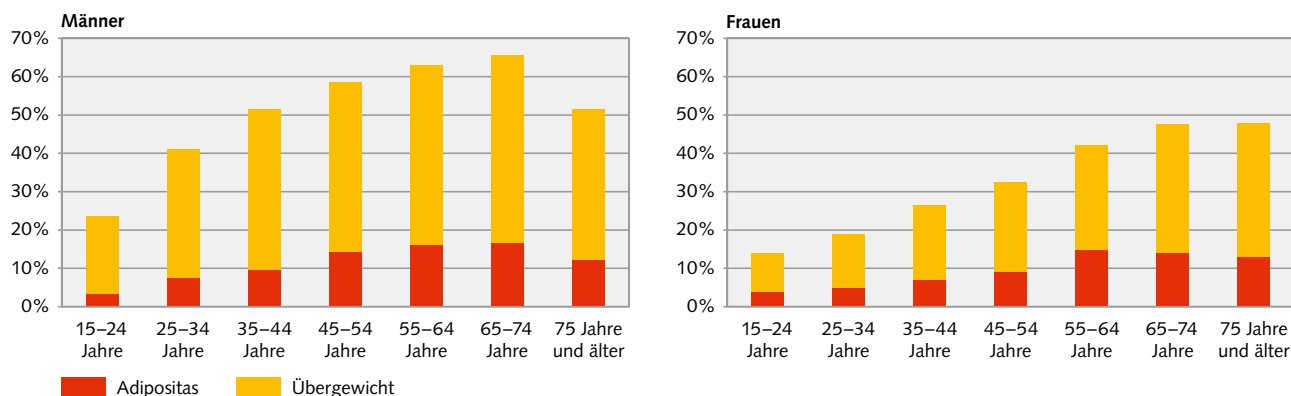
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

## Übergewicht und Adipositas, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.15



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

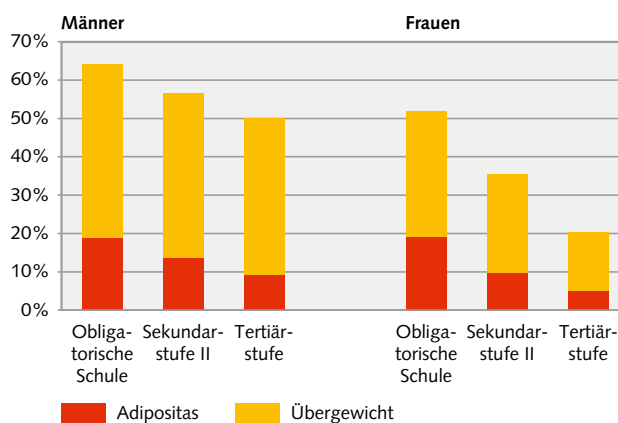
Im Jahr 2012 litten Männer deutlich öfter an Übergewicht als Frauen (39% gegenüber 23%). Männer sind auch etwas häufiger adipös als Frauen (11% gegenüber 9%). Der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Personen steigt mit zunehmendem Alter (bis 74 Jahre) an (G 3.15). Ab 35 Jahren ist eine Mehrheit der Männer übergewichtig oder adipös. Trotzdem gehört die Schweiz weltweit zu den Ländern mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Personen (OECD 2013).

Bei der Adipositas besteht ein erheblicher sozialer Gradient (G 3.16). Männer ohne nachobligatorischen Schulabschluss weisen ein doppelt so hohes Adipositas-Risiko auf wie solche mit einem Universitätsabschluss (19% gegenüber 9%). Bei den Frauen ist die Differenz noch grösser (19% bzw. 5%). Beim Übergewicht ist nur bei den Frauen ein statistisch signifikanter Unterschied zu erkennen (33% bzw. 15%). Der Anteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas ist zwischen 1992 und 2012 gleichmässig von 30% auf 41% angestiegen, mit einer Stabilisierung zwischen 2002 und 2007. Der Anteil der adipösen Personen hat bei den Männern mit einem niedrigen Bildungsstand innerhalb von 20 Jahren um rund 10 Prozentpunkte auf 19% zugenommen. Dieser Anteil stieg bei Personen mit einem Universitätsabschluss bei den Männern von 5% auf 9% und bei den Frauen von 2% auf 5% an.

## Übergewicht und Adipositas nach Bildungsniveau, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren

G 3.16



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### 3.5.4 Tabak

Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung zahlreicher Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegkrankungen (Bronchitis, Emphysem) sowie bösartige Tumore der Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Nieren und Bauchspeicheldrüse. Mehr als jeder zehnte Todesfall in der Schweiz ist Krankheiten zuzuschreiben, die in Verbindung mit dem Rauchen auftreten.

2012 rauchten 28% der Bevölkerung, 32% der Männer und 24% der Frauen (G 3.17). Die Hälfte (50%) hat nie geraucht. Am höchsten war der Anteil der Rauchenden bei den 15- bis 44-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. Im Laufe der letzten zwanzig Jahre ist der Anteil der Rauchenden nur leicht zurückgegangen, von 30% im Jahr 1992 auf 28% im Jahr 2012. Dies ist jedoch bei den jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren nicht der Fall. In dieser Altersgruppe stieg der Anteil von 31% auf 36%. 1997 war der Raucheranteil am höchsten (33%).

56% der Raucher und 49% der Raucherinnen rauchten 2012 mindestens 10 Zigaretten pro Tag. 1992 lagen diese Anteile noch bei 74% bzw. 66%. Der Anteil der Personen, die mindestens 10 Zigaretten pro Tag rauchen, war vor allem in den jüngeren Altersklassen stark rückläufig (G 3.18).

2012 gaben 60% der Raucherinnen und Raucher unabhängig vom Geschlecht an, sie würden gerne mit dem Rauchen aufhören. Dieser Anteil hat gegenüber 1992 um 5 Prozentpunkte zugenommen, bei den Männern

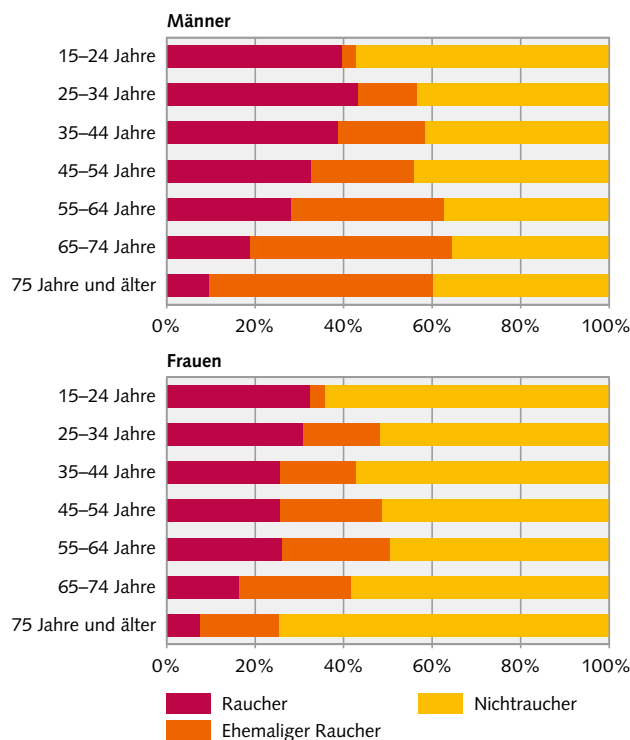
stärker als bei den Frauen. 28% der Raucherinnen und Raucher hatten im Vorjahr einen ernsthaften aber erfolglosen Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben, indem sie mindestens zwei Wochen auf das Rauchen verzichteten.

Passivrauchen schadet der Gesundheit ähnlich stark wie das Rauchen. Das Passivrauchen nahm nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen 2010 weiter ab. Der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauchen ausgesetzt sind, sank von 16% im Jahr 2007 auf 6% im Jahr 2012 (G 3.19). Die grösste Abnahme findet sich bei den 15- bis 24-Jährigen, die dem Passivrauchen nichtsdestotrotz am stärksten ausgesetzt bleiben.

### Tabakkonsum, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

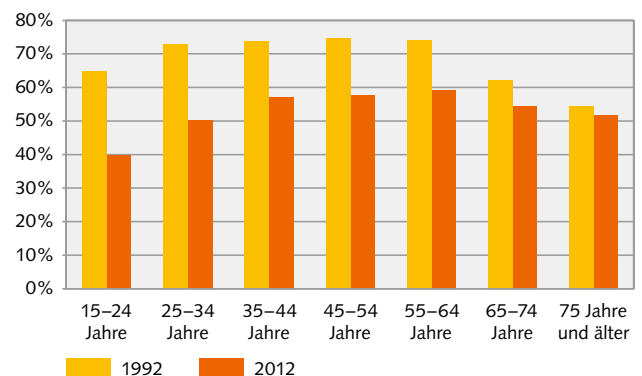
G 3.17



### Rauchende, die mindestens 10 Zigaretten pro Tag rauchen

Anteil der Raucherinnen und Raucher

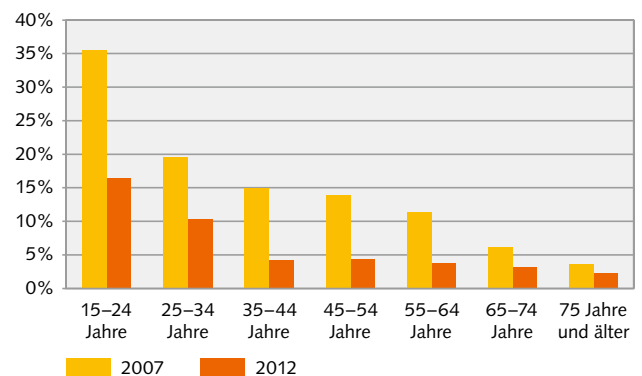
G 3.18



### Passivrauchen

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

G 3.19



### 3.5.5 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. 2011 wurden 1600 Todesfälle von Personen zwischen 15 und 74 Jahren dem Alkoholkonsum zugeschrieben. Das entspricht knapp 9% der gesamten Todesfälle dieser Altersgruppe (Marmet et alii, 2013).

Die überwiegende Mehrheit (83%) der Bevölkerung ab 15 Jahren trank im Jahr 2012 Alkohol. Männer tranken häufiger und weitaus mehr Alkohol als Frauen. 68% der Männer und 46% der Frauen konsumierten nach eigenen Angaben mindestens einmal in der Woche Alkohol (G 3.20). Jeder sechste Mann trank täglich Alkohol, bei den Frauen war es jede elfte. Der Anteil der abstinent lebenden Frauen war rund doppelt so hoch wie jener der Männer (22% gegenüber 12%). 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, vor allem bei den unter 65-Jährigen. Dafür nahm der gelegentliche Alkoholkonsum anteilmässig zu (G 3.21).

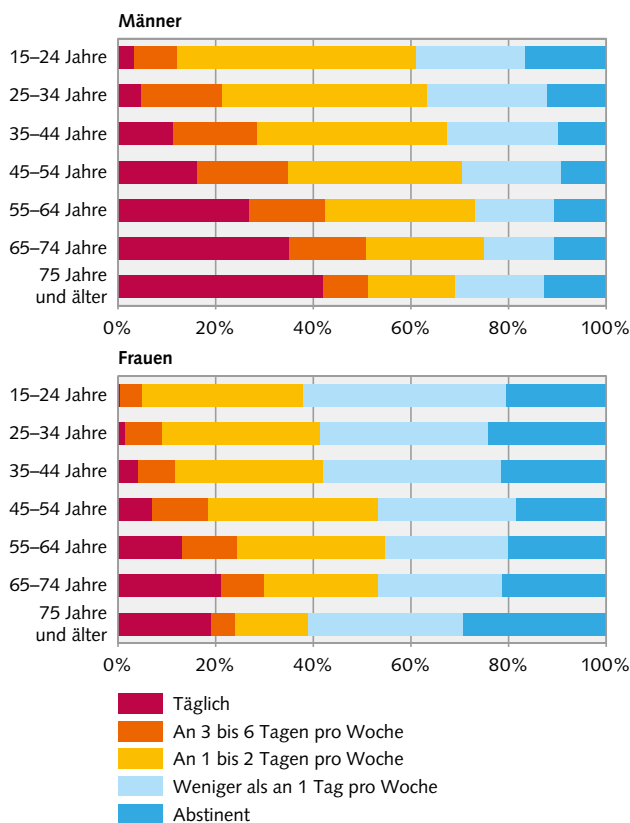
#### Risikoreicher Alkoholkonsum

Zwei Formen des Alkoholkonsums stellen ein Risiko für die Gesundheit dar: regelmässig zu viel trinken (chronischer Risikokonsum) oder einmalig zu viel trinken (Rauschtrinken). Sie können bei gewissen Personen gleichzeitig vorkommen. Der *chronische Risikokonsum* entspricht gemäss der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einem täglichen Konsum von mindestens 4 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes (z.B. ein Bier) für die Männer und von mindestens 2 Gläsern für die Frauen. Das *Rauschtrinken* entspricht dem Konsum von mindestens 6 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes bei einer Gelegenheit, unabhängig vom Geschlecht. Es wird von einem Risiko gesprochen, wenn dies einmal pro Monat oder öfter der Fall ist.

### Alkoholkonsum nach Alter, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.20

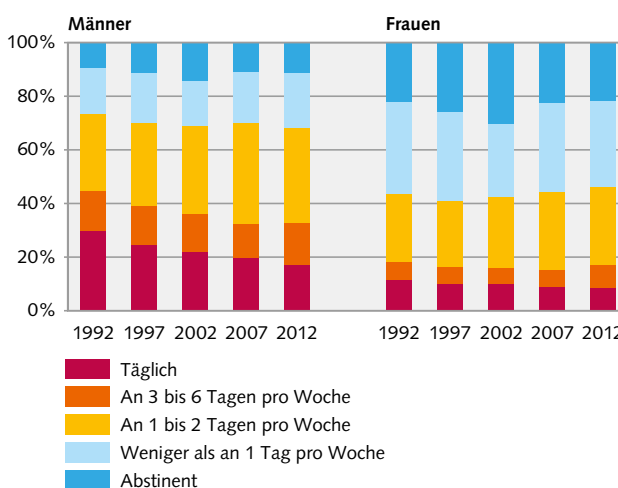


© BFS 2014

### Alkoholkonsum

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

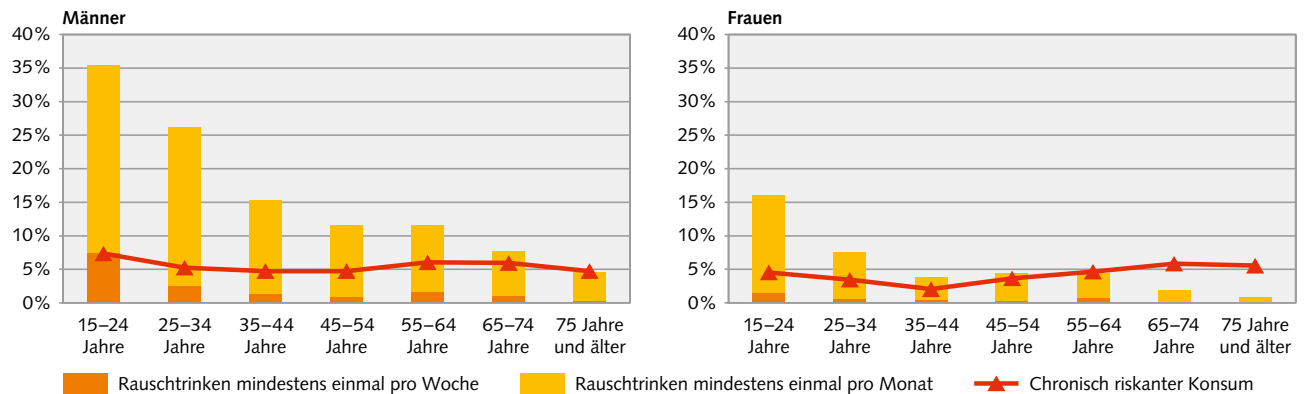
G 3.21



© BFS 2014

**Risikoreicher Alkoholkonsum, 2012**

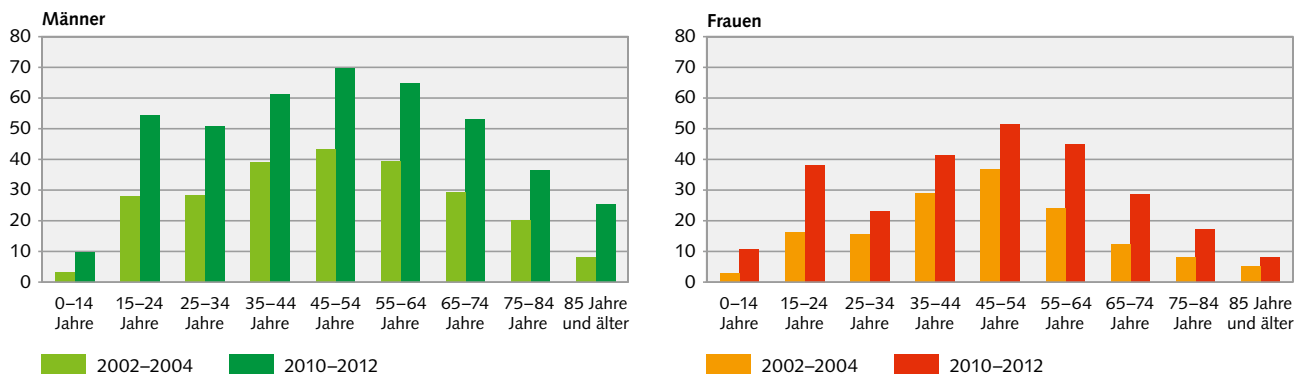
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 3.22**

© BFS 2014

**Wegen einer akuten Intoxikation durch Alkohol hospitalisierte Personen**

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 3.23**

© BFS 2014

2012 wiesen 5% der Bevölkerung einen chronischen Alkoholkonsum auf und 11% betranken sich mindestens einmal pro Monat; gesamthaft waren 14% der Bevölkerung der einen oder der anderen dieser zwei Formen des Risikokonsums ausgesetzt (G 3.22). Das Rauschtrinken betrifft mehrheitlich junge Männer: 8% der Männer zwischen 15 und 24 Jahren betranken sich wöchentlich, 28% monatlich, im Gegensatz zu 2% bzw. 15% der Frauen gleichen Alters. Der Anteil der Personen, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung hospitalisiert werden, ist zwischen 2002 und 2009 angestiegen. Danach stabilisierte er sich. Dieser Anstieg betrifft nicht nur die jüngsten Altersgruppen (G 3.23).

**3.5.6 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. 2012 gaben 31% der Männer und 19% der Frauen unter 75 Jahren an, schon einmal Cannabis geraucht zu haben. Cannabiskonsum ist

oftmals ein zeitlich begrenztes Phänomen. Bei vier von fünf der 25- bis 74-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis geraucht haben, handelte es sich um eine vorübergehende Phase; bei den 15- bis 24-Jährigen ist dieses Verhältnis jedoch nur halb so gross. 2012 konsumierten 19% der 15- bis 24-jährigen Männer während der letzten 12 Monate Cannabis (G 3.24), davon 28% mindestens einmal pro Woche. Die entsprechenden Werte bei den Frauen betrugen 11% und 19%. Ab 45 Jahren beträgt der Anteil der Personen, die während der letzten 12 Monate Cannabis konsumierten, weniger als 2%.

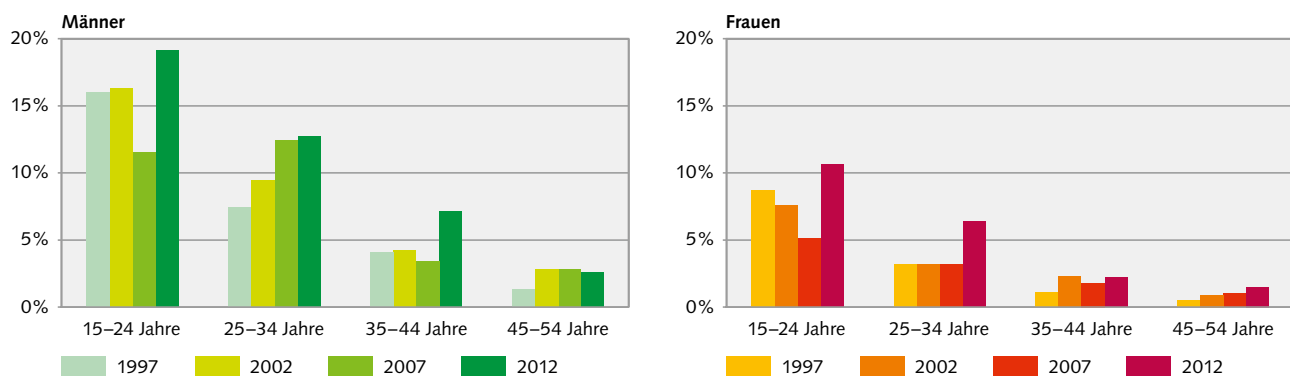
Kokain ist nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2012 hatten über 5% der Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert (G 3.25). Bei den Männern zwischen 25 und 34 Jahren beläuft sich

dieser Anteil auf fast 10%. Der Konsum von Ecstasy verbreitete sich mit dem Aufkommen der Technoszene seit Beginn der 1990er-Jahre. Total hatten 4% der Personen, die 2012 jünger als 50 Jahre waren, mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert. Diese Erfahrung betrifft vor allem die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (7% der Männer und 6% der Frauen, 2012). Der Anteil der Heroinkonsumierenden ist stabil.

### Aktuell Cannabiskonsumierende

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 54 Jahren\*

G 3.24



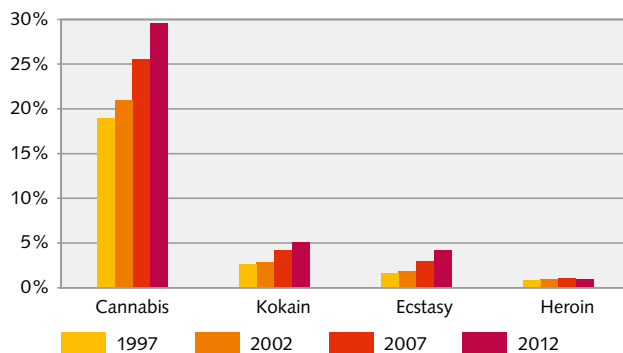
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Konsum von illegalen Drogen

Mindestens einmal im Laufe des Lebens  
Bevölkerung in Privathaushalten\*

G 3.25



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

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

# 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 Krankheiten oder Behinderungen verstanden wird.

Heute besteht ein weitgehender Konsens darüber, 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.

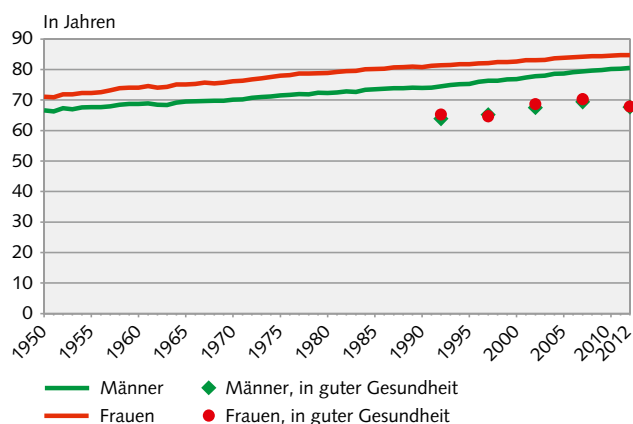
Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die ersten drei Dimensionen, während für die restlichen nur ausnahmsweise Daten verfügbar sind. Das Kapitel 4.1 bietet eine Übersicht. Die Kapitel 4.2 bis 4.7 präsentieren detailliertere Daten zu mehreren Dimensionen körperlicher und psychischer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

### Lebenserwartung und Sterblichkeit

Im Jahr 2012 betrug die Lebenserwartung bei Geburt 80,5 Jahre für die Männer und 84,7 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 2012 ist die Lebenserwartung bei Geburt für die Männer um weitere 3,6 Jahre und für die Frauen um weitere 2,1 Jahre gestiegen (G 4.1). 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 2012 betrug die Lebenserwartung in guter Gesundheit 67,7 Jahre für die Männer und 67,9 Jahre für die Frauen (G 4.1). Die geringe Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet, dass die Frauen

**Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit, bei Geburt** G 4.1



\* Die Daten 2012 zur Lebenserwartung in guter Gesundheit sind nicht direkt mit den entsprechenden Vorjahresdaten vergleichbar, da die Antwortmodalitäten der Frage zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand verändert wurden.

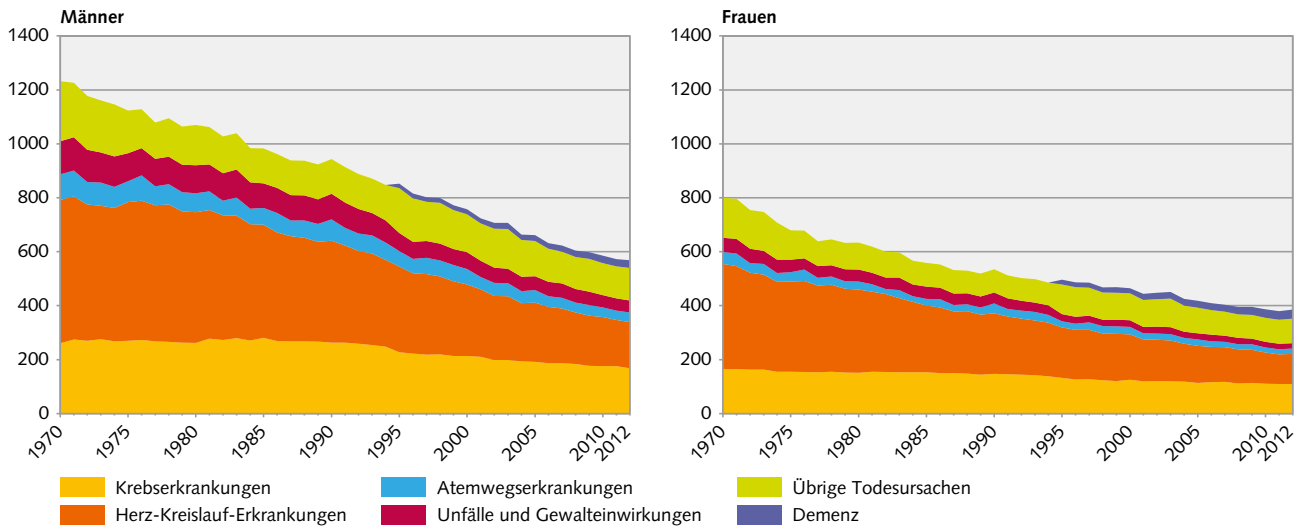
Quelle: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP und SGB

© BFS 2014

## Standardisierte Sterberate

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.2

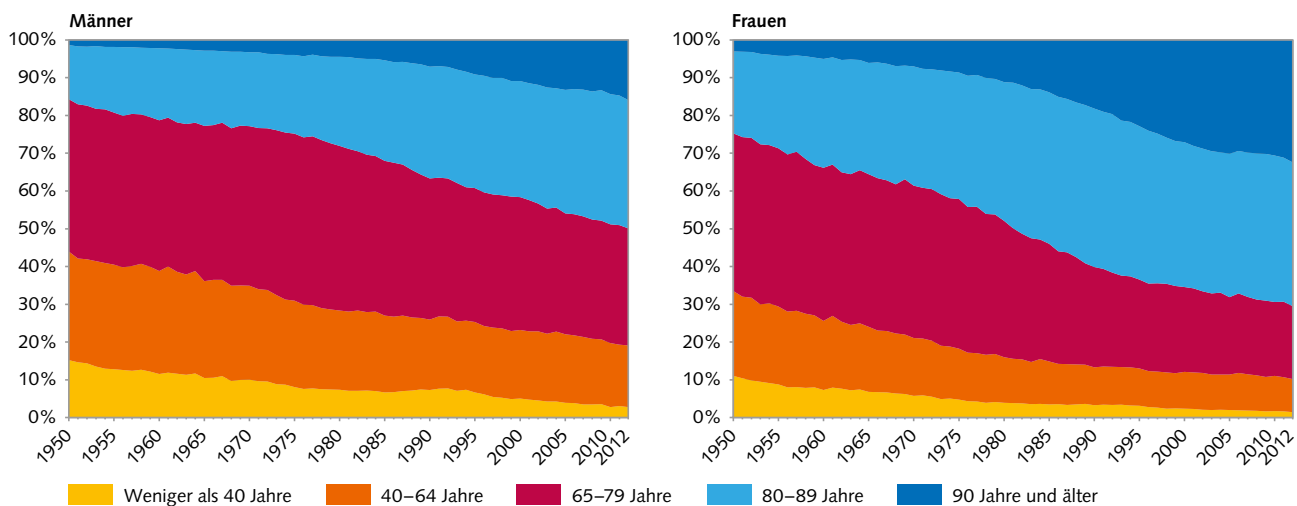


Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

## Alter beim Tod

G 4.3



Quelle: BFS – BEVNAT

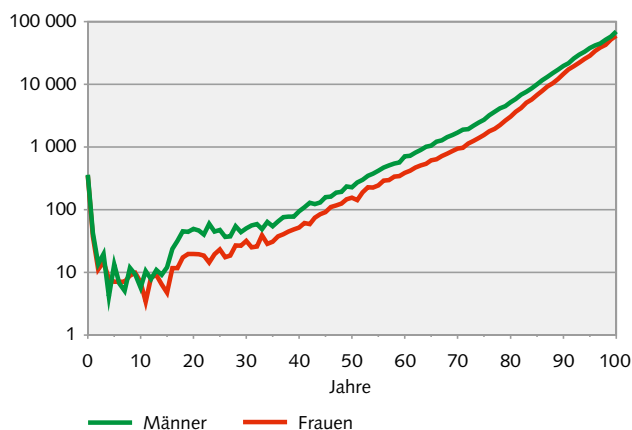
© BFS 2014

die ihnen verbleibenden zusätzlichen Lebensjahre zu einem grossen Teil mit einer beeinträchtigten Gesundheit verbringen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit im Jahr 2012 ist aufgrund veränderter Modalitäten der Frage zur selbst wahrgenommenen Gesundheit nicht direkt mit den Zahlen der vorangehenden Jahre vergleichbar.

Der Anstieg der Lebenserwartung geht mit einer Verringerung der Sterblichkeit einher. Die altersstandardisierte Sterberate ist zwischen 1970 und 2012 um mehr als die Hälfte zurückgegangen (G 4.2). Massgeblich zu dieser Entwicklung beigetragen hat die um zwei Drittel

reduzierte Sterberate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Sterberate ist ebenfalls bei Erkrankungen des Atmungssystems sowie bei Unfällen und gewaltsamem Tod um drei Fünftel zurückgegangen. Demgegenüber sank die Krebssterberate um nur 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 2012 lagen die entsprechenden Anteile bei 19% bzw. 10% (G 4.3). Umgekehrt verstarben 1950 lediglich gut 1% der Männer und 3% der Frauen mit 90 oder mehr Jahren, verglichen mit 16%

**Sterberate nach Alter, 2010–2012**Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, logarithmische Skala **G 4.4**

Quelle: BFS – BEVNAT

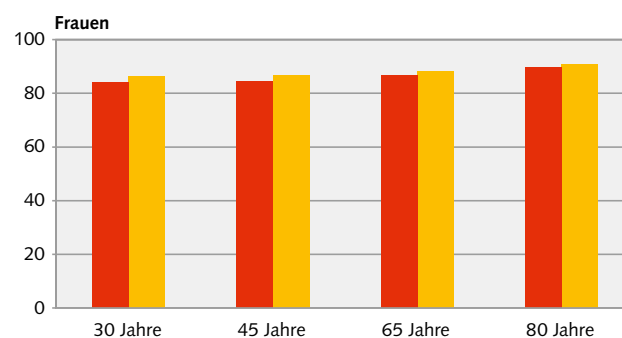
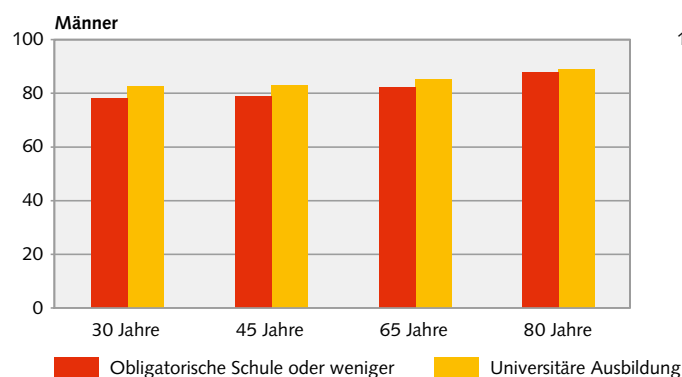
© BFS 2014

*Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand*

Fünf von sechs Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten bezeichneten 2012 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Lediglich 4% schätzten ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Der Anteil der Frauen mit einer guten selbst empfundenen Gesundheit verringert sich mit dem Alter stetig und ab 75 Jahren deutlicher. Bei den Männern findet ein erster Bruch in Bezug auf die gute selbst empfundene Gesundheit bei den 55- bis 64-Jährigen statt (G 4.6). Der Bildungsstand spielt eine bedeutende Rolle, vor allem bei den Personen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren (G 4.7). Fast ein Drittel der Bevölkerung litt nach eigenen Angaben an einer chronischen Krankheit oder einem dauerhaften gesundheitlichen Problem (G 4.8). Der Anteil der

**Lebenserwartung nach Alter und Bildungsniveau, 2007**

In Jahren

**G 4.5**

Quelle: SNC

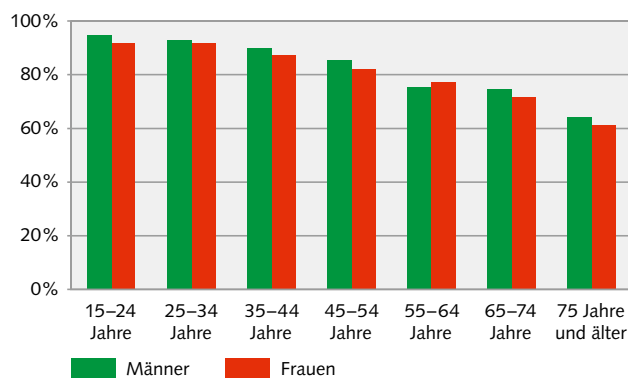
© BFS 2014

bzw. 32% im Jahr 2012. Die meisten Menschen sterben fortan im Alter von über 80 Jahren. Trotz dieser Entwicklung und dem starken Rückgang der Kindersterblichkeit (> Kapitel 4.7.1) ist die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr nach wie vor vergleichsweise hoch (G 4.4).

Der soziale Status, hier ausgedrückt durch den Bildungsstand, hat einen beträchtlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Im Jahr 2007 konnte ein 30-jähriger Mann mit einem niedrigen Bildungsniveau, d.h. ohne nachobligatorischen Schulabschluss, mit einer Lebenserwartung von 77,9 Jahren rechnen, verglichen mit 82,5 Jahren für einen Gleichaltrigen mit Hochschulabschluss (G 4.5). Bei den Frauen war die Differenz geringer (83,9 Jahre bzw. 86,2 Jahre). Diese Differenz verringert sich mit dem Alter, vor allem bei den Männern, aber sie verschwindet nicht.

**Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Alter, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 4.6**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

betroffenen Personen nahm mit dem Alter stetig zu, ohne signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Ein erhöhter Anteil fand sich auch unter den 45- bis 64-jährigen Personen mit einem niedrigen Bildungsstand.

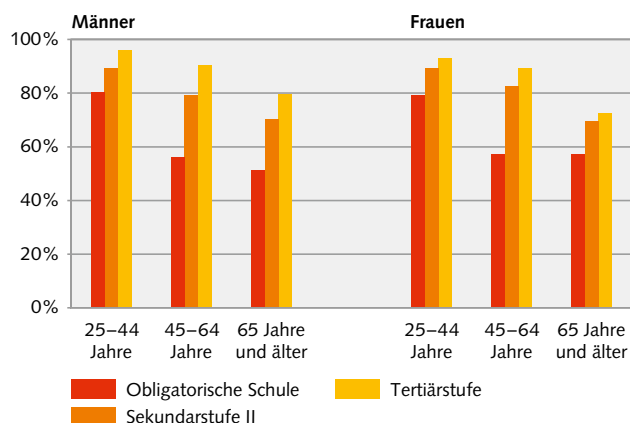
28% der Frauen und 14% der Männer litten 2012 an starken körperlichen Beschwerden (siehe Kasten). Der Anteil der Männer mit solchen Beschwerden nimmt mit dem Alter zu, ist aber ab der Pensionierung (bei den 65- bis 74-Jährigen) rückläufig (G 4.9). Dieser Trend ist bei den Frauen weniger ausgeprägt. Personen mit niedrigem Bildungsstand berichteten deutlich häufiger über

starke körperliche Beschwerden als Personen mit einem Hochschulabschluss (27% gegenüber 16%). Der Ursprung dieser Erkrankungen ist teilweise mit psychosozialen Merkmalen der Lebensbedingungen wie z.B. Stress verbunden. Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie eine allgemeine Schwäche sind die häufigsten Beschwerden. Zwei von fünf Personen leiden «ein bisschen» oder «stark» daran, die Frauen deutlich häufiger als die Männer (G 4.10).

### Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Bildungsniveau, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren

G 4.7



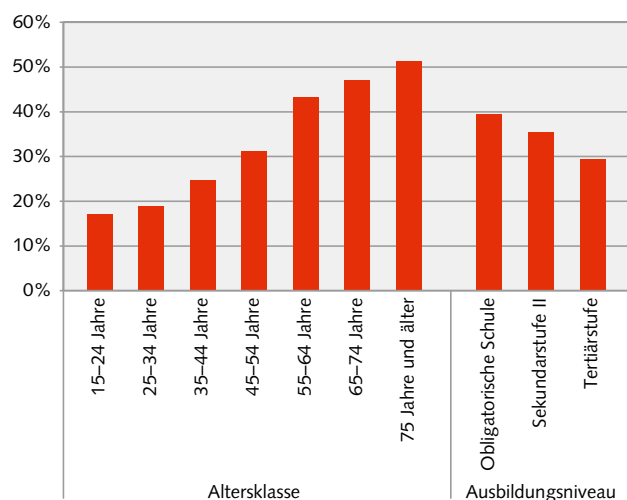
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Dauerhaftes gesundheitliches Problem, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren\*

G 4.8



\* Ab 25 Jahren für das Bildungsniveau

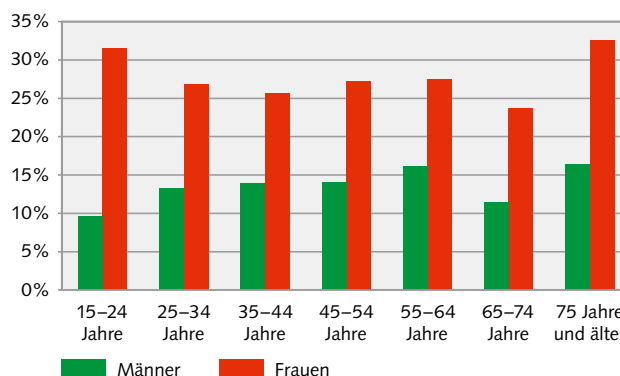
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Starke körperliche Beschwerden, 2012

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

G 4.9



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014



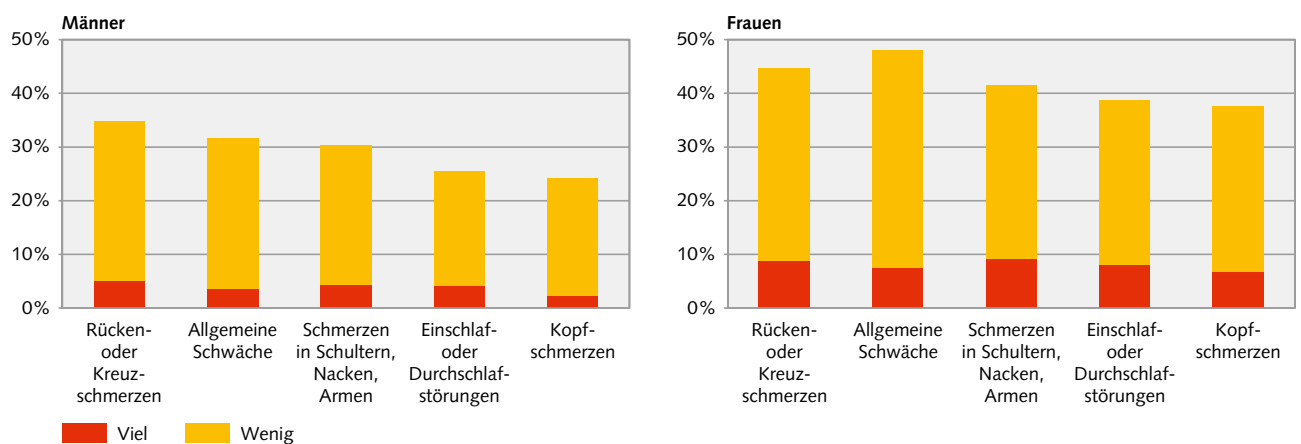
**Symptome psychischer Belastung**

Der anhand der international verwendeten Messmethode «Mental Health Inventory» erstellte Indikator «psychische 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).

Gesundheitsprobleme können die Verrichtung gewohnter Tätigkeiten beeinträchtigen (Angaben zu Behinderungen > Kapitel 4.4). Im Jahr 2012 konnten 13% der 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.

**Körperliche Beschwerden, 2012**

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

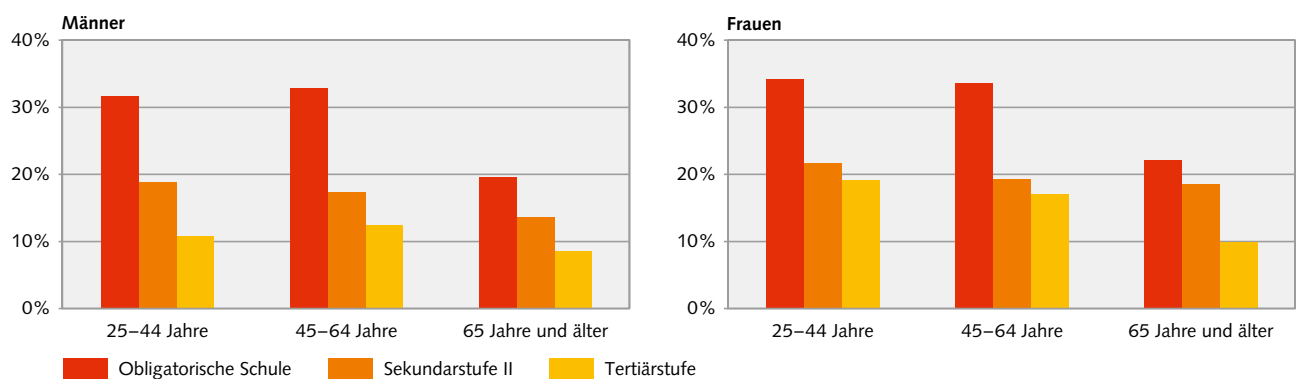
**G 4.10**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

**Mittlere oder hohe psychische Belastung, 2012**

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

**G 4.11**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

Personen mit niedrigem Bildungsstand berichteten häufiger über Beeinträchtigungen von mindestens vier Tagen Dauer (G 4.12).

#### Diagnostizierte Gesundheitsprobleme

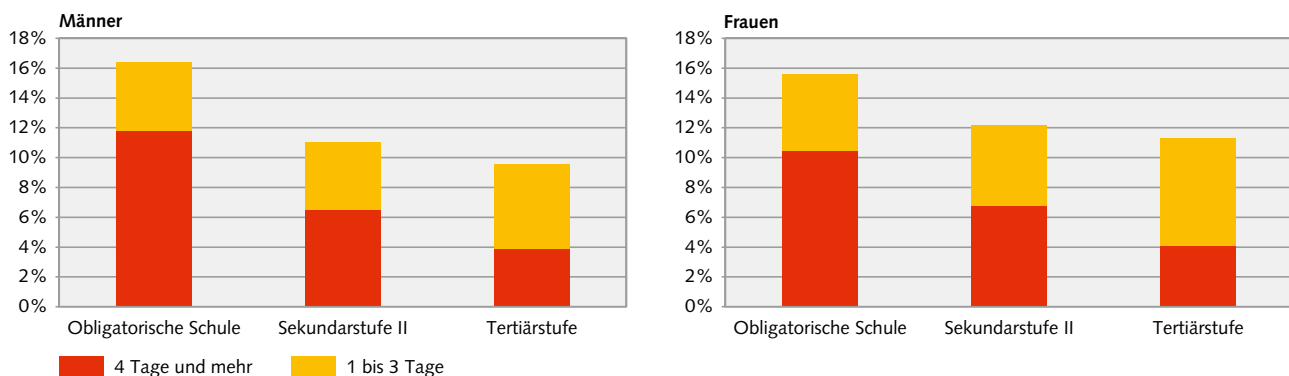
Über die diagnostizierten gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung («objektive Gesundheit») sind keine systematischen und umfassenden Daten vorhanden.

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 meisten Krankheiten ambulant oder ohne

### Vorübergehende Unfähigkeit, aus gesundheitlichen Gründen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder Haushaltsarbeiten auszuüben, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren, innerhalb von vier Wochen

G 4.12

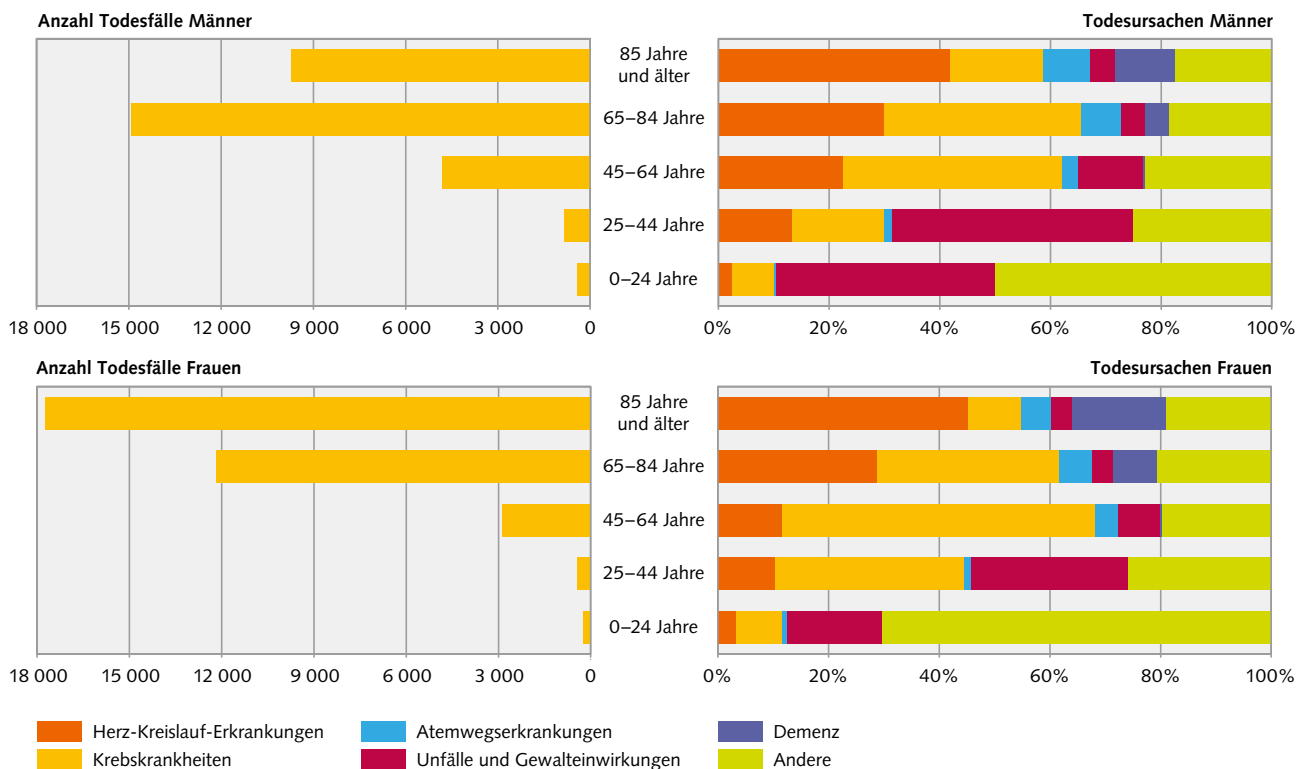


Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Häufigste Todesursachen nach Alter, 2012

G 4.13



Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

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

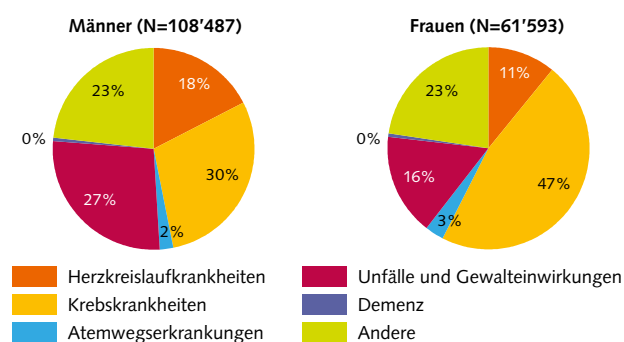
Über 80% der Todesfälle lassen sich auf vier Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems und Demenz) sowie Unfälle und andere Gewalteinwirkungen zurückführen (G 4.13). Bei den hochbetagten Personen (ab 85 Jahren) überwiegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen 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 bis 44 Jahren. Bei den Männern unter 45 Jahren sind Unfälle und andere Gewalteinwirkungen die Haupttodesursache.

Die relative Bedeutung dieser Krankheitsgruppen ändert sich bei Betrachtung der frühzeitigen Todesfälle (vor dem 70. Lebensjahr), die anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre gemessen werden (G 4.14). Krebs ist insgesamt die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod (36% aller frühzeitigen Todesfälle). 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 (G 4.15). Krankheiten des Muskel-Skelett-System sowie Verletzungen (Unfälle) und andere äussere Ursachen sind die häufigsten Gründe für einen Spitalaufenthalt (jeweils 15% des Totals). Hospitalisierungen infolge von Verletzungen kommen bei Männern unter 45 Jahren und Frauen ab 85 Jahren im Vergleich

zum Total aller Hospitalisierungen 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 (34% bzw. 26%). Dies zeigt, dass der überwiegende Teil der Hospitalisierungen andere Ursachen hat als diejenigen, die zu einem Todesfall führen. 6% der Hospitalisierungen erfolgen aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen. Bei den 25- bis 44-Jährigen kommen diese Hospitalisierungsgründe im Vergleich zum Total aller Hospitalisierungen am häufigsten vor.

**Potenziell verlorene Lebensjahre nach häufigsten Todesursachen, 2012** **G 4.14**

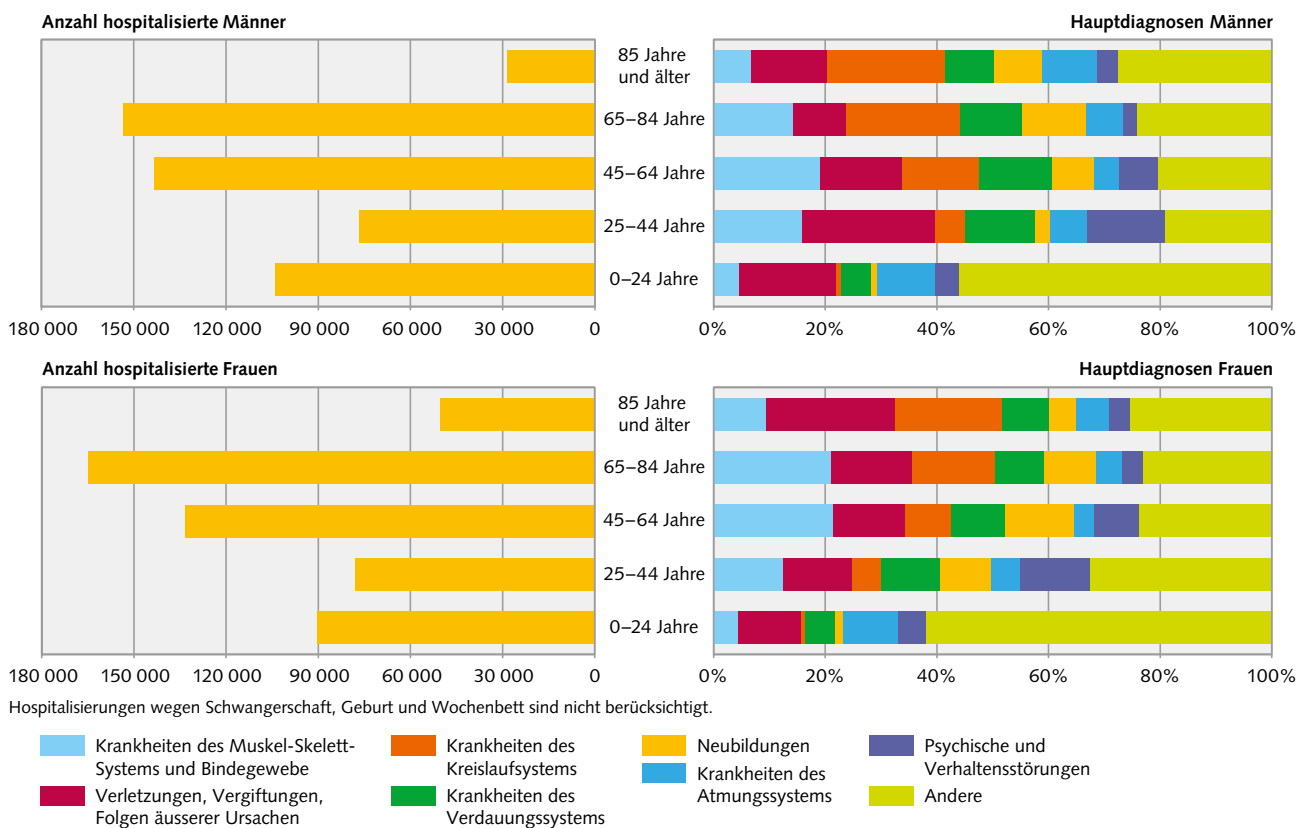


Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

## Häufigste Diagnosen für hospitalisierte Personen nach Alter, 2012

G 4.15



Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

## 4.2 Physische Gesundheit

## 4.2.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen sämtliche Krankheiten des Herzes 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 (2012: 11'929 gegenüber 9745). Im Alter zwischen 45 und 64 Jahren ist das Geschlechterverhältnis allerdings umgekehrt, mit 1088 Todesfällen bei den Männern verglichen mit 333 bei den Frauen (G 4.16).

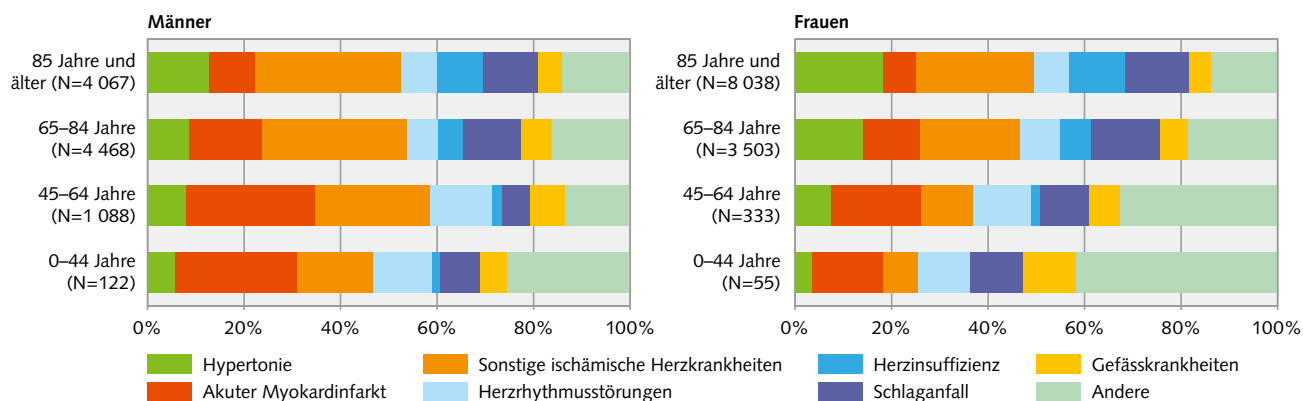
In dieser Altersklasse überwiegen die Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten (einschliesslich akuter Myokardinfarkt), die bei Männern fast sechs Mal häufiger auftreten als bei Frauen (550 gegenüber 98).

Männer werden häufiger wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt als Frauen (67'549 gegenüber 53'208 im Jahr 2012). Unter den 45- bis 64-Jährigen befinden sich fast 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 (8012 gegenüber 2023). Gefässerkrankungen sind der häufigste Hospitalisierungsgrund bei Männern unter 45 Jahren und bei Frauen unter 65 Jahren (G 4.17). 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 (G 4.18). Hingegen ist die Hospitalisierungsrate wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen 2002 und 2012 bei den Frauen stabil geblieben und bei den Männern leicht angestiegen.

**Todesfälle infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 2012**

Anteil nach häufigsten Todesursachen und Alter

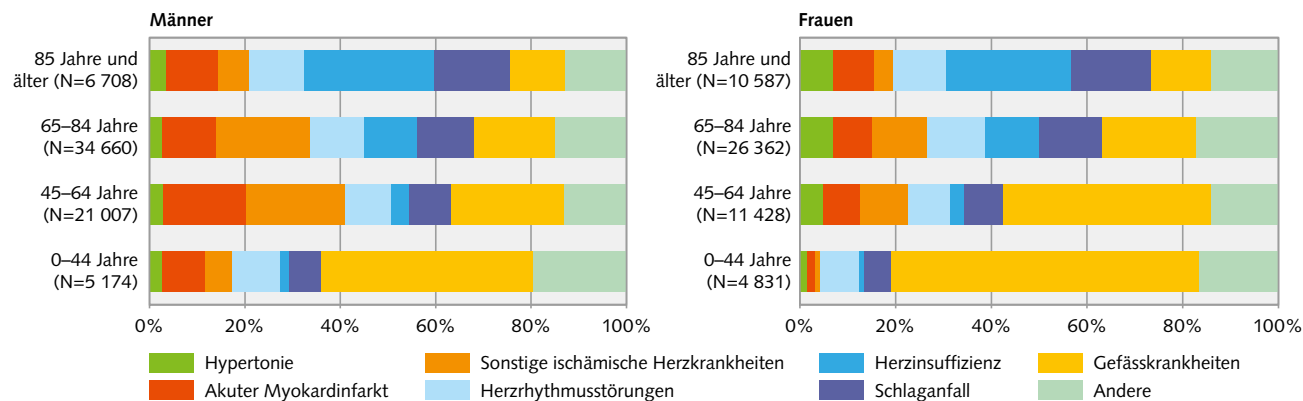
**G 4.16**

Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

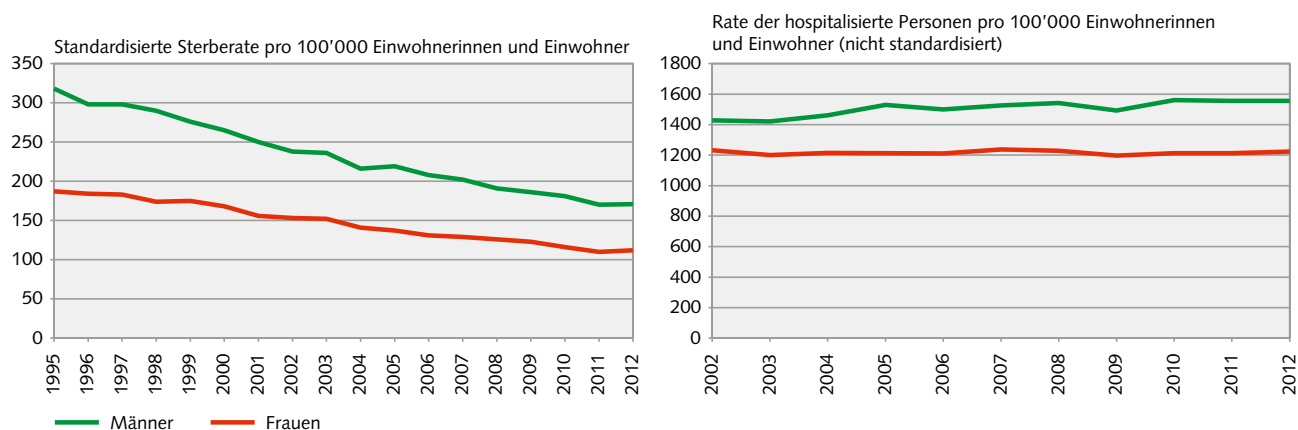
**Wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten hospitalisierte Personen, 2012**

Anteil nach häufigsten Diagnosen und Alter

**G 4.17**

Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

**Sterberate und Rate der hospitalisierten Personen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen****G 4.18**

Quelle: BFS – TU und MS

© BFS 2014

### 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 2012 aufgetretenen akuten Myokardinfarkte wurde auf 13'982 geschätzt (Männer: 9244, Frauen: 4738). Sie waren für 2418 Todesfälle verantwortlich (1391 Männer und 1027 Frauen). Ein bisschen weniger als sechs von zehn Todesfällen ereigneten sich ausserhalb des Spitals.

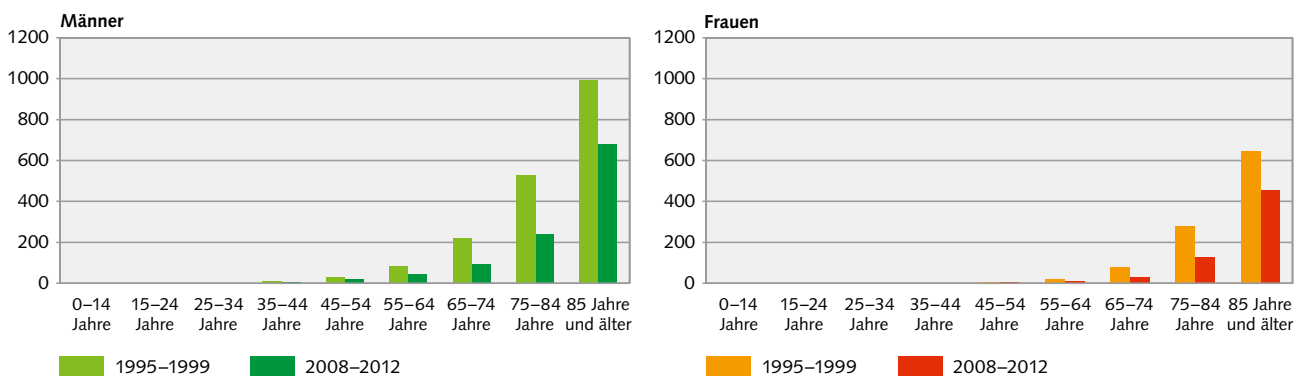
Die standardisierte Sterbeziffer für akute Myokardinfarkte hat sich zwischen 1995 und 2012 mehr als halbiert. Der stärkste Rückgang ergab sich bei beiden

Geschlechtern in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen (G 4.19). Diese Tendenz steht im Widerspruch zu den herzinfarktbedingten Spitalaufenthalten, die zwischen 2002 und 2012 um die Hälfte zugenommen haben. Deutlich feststellbar ist diese Zunahme bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren (G 4.20). 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

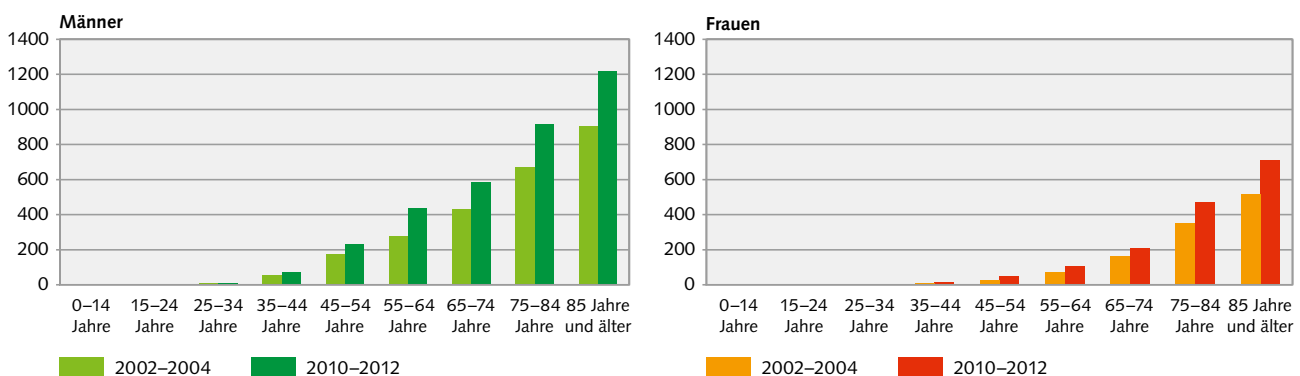
G 4.19



### Wegen akutem Myokardinfarkt hospitalisierte Personen

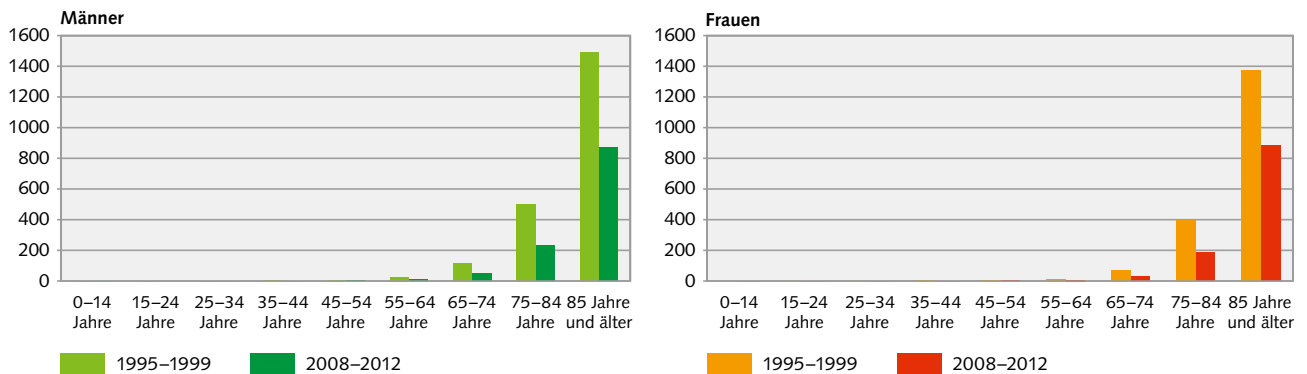
Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.20



**Sterberate bei Schlaganfall**

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

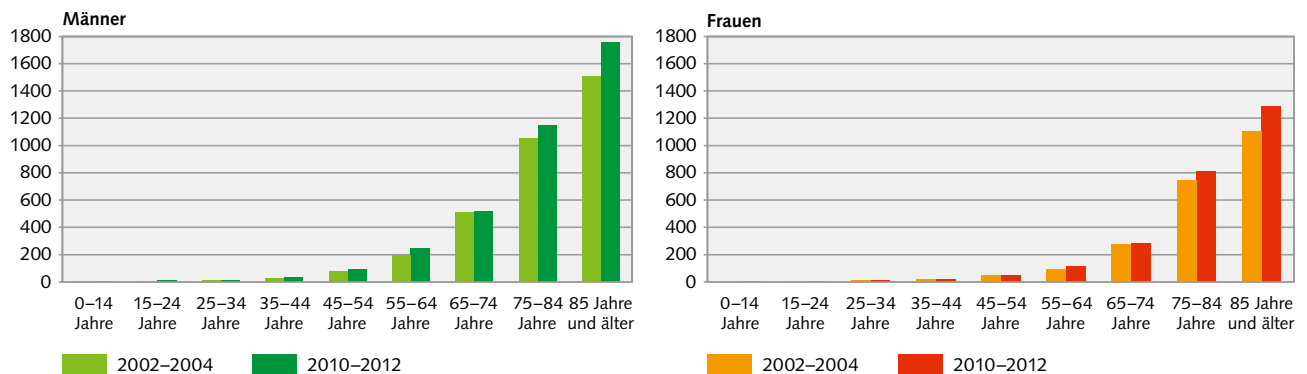
**G 4.21**

Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

**Wegen Schlaganfall hospitalisierte Personen**

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 4.22**

Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

**Schlaganfall**

Der Schlaganfall ist wie der akute Myokardinfarkt ein schwerwiegendes Krankheitsereignis, das im Jahr 2012 insgesamt 2677 Todesfälle verursachte (1080 Männer und 1597 Frauen). Zwischen 1995 und 2012 hat sich die standardisierte Sterbeziffer durch Schlaganfall mehr als halbiert. Erst ab dem 75. Altersjahr nahm die Sterberate durch Schlaganfall bei beiden Geschlechtern merklich zu (G 4.21). Hingegen ist die Hospitalisierungsrate aufgrund von Schlaganfall zwischen 2002 und 2012 um knapp ein Drittel gestiegen. Schlaganfall ist eine Krankheit des hohen Alters (G 4.22). In den Jahren 2010–2012 waren 45% 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 56%.

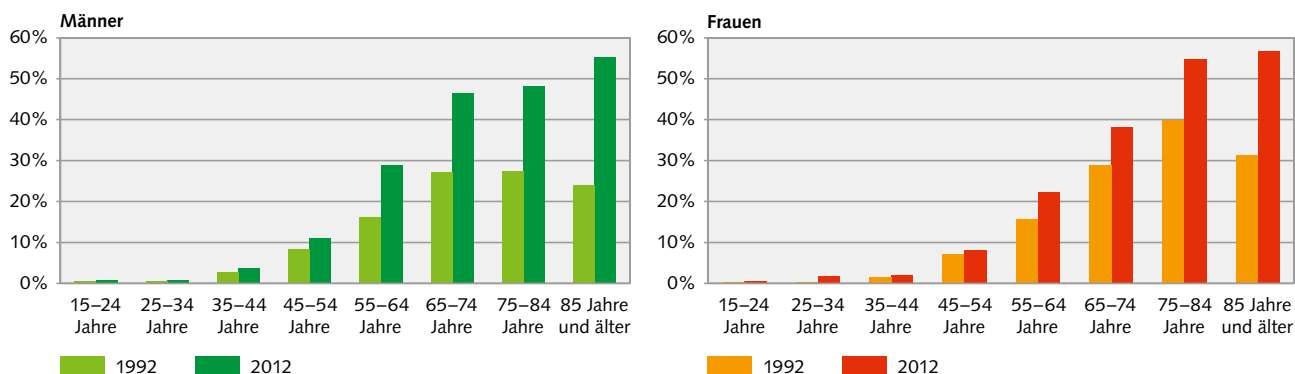
**Risikofaktoren**

HauptRisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind das Rauchen (> Kapitel 3.5.4), Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie), Bewegungsmangel (> Kapitel 3.5.1), Diabetes (> Kapitel 4.2.2) und Übergewicht (> Kapitel 3.5.3). Bluthochdruck wird meistens ambulant behandelt, wobei regelmässige Kontrollen erforderlich sind: Im Jahr 2012 hatten 70% der Männer und 79% der Frauen ab 15 Jahren in Privathaushalten innerhalb von zwölf Monaten ihren Blutdruck kontrollieren lassen. Ab 65 Jahren beträgt dieser Anteil nahezu 90%. Die Therapie von Bluthochdruck erfolgt sehr häufig auch mithilfe von Medikamenten: 89% der Personen, die von Bluthochdruck berichteten, nahmen 2012 blutdrucksenkende Medikamente ein. Die medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck nimmt mit dem Alter zu, besonders ab 45 Jahren (G 4.23). Die Einnahme von

## Medikamente gegen Bluthochdruck

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

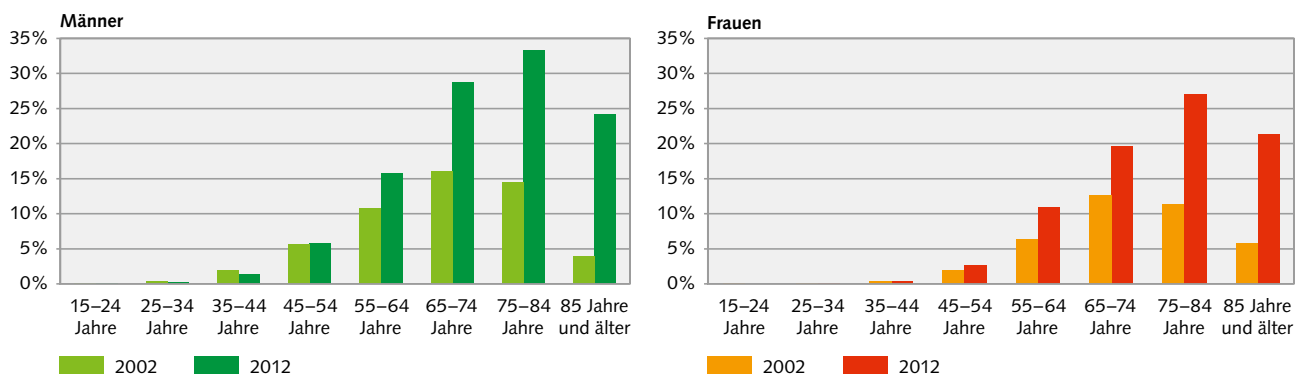
G 4.23



## Medikamente gegen Cholesterin

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.24



blutdrucksenkenden Medikamenten hat seit 1992 zugenommen. Die Differenz ist ab 55 Jahren statistisch signifikant.

Hypercholesterinämie ist eine Stoffwechselstörung. Sie wird weniger häufig kontrolliert als der Bluthochdruck: Im Jahr 2012 hatten 42% der Männer und 44% der Frauen innerhalb eines Jahres ihre Cholesterinwerte kontrollieren lassen. Der Anteil der Personen, die cholesterinsenkende Medikamente einnehmen, steigt mit dem Alter (G 4.24). Er ist deutlich niedriger als jener der Personen, die zu blutdrucksenkenden Medikamenten greifen. Die Einnahme von cholesterinsenkenden Medikamenten hat zwischen 2002 und 2012 zugenommen, vor allem unter den Personen im Alter ab 65 Jahren.

### 4.2.2 Diabetes

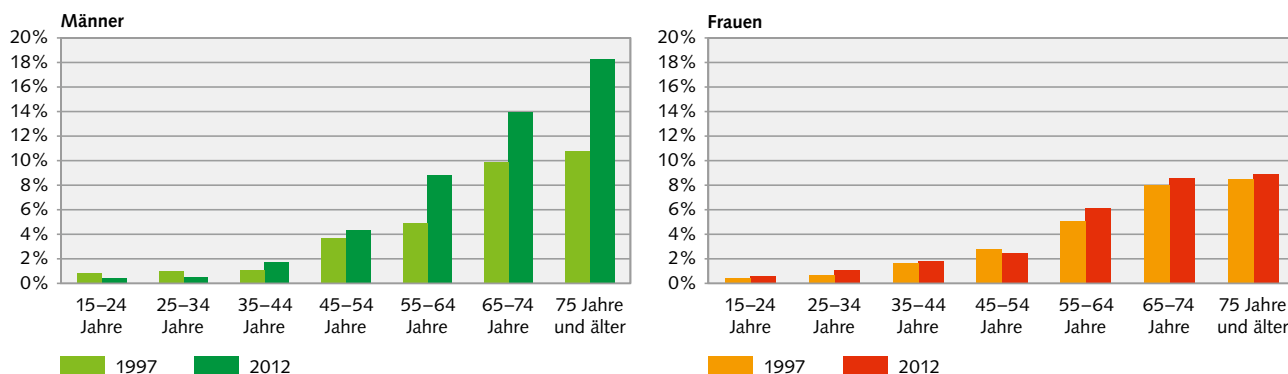
Diabetes ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da die Erkrankung eine Arteriosklerose der Blutgefäße begünstigt. Es gibt zwei Haupttypen von Diabetes: Der (relativ seltene) Diabetes des Typs I ist auf eine ungenügende Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse 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 (> Kapitel 3.5.3).

Im Jahr 2012 gaben 6% der Männer und 4% der Frauen ab 15 Jahren in Privathaushalten an, dass ihr Arzt bzw. ihre Ärztin bei ihnen Diabetes (ungeachtet



**Personen mit Diabetes**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 4.25**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

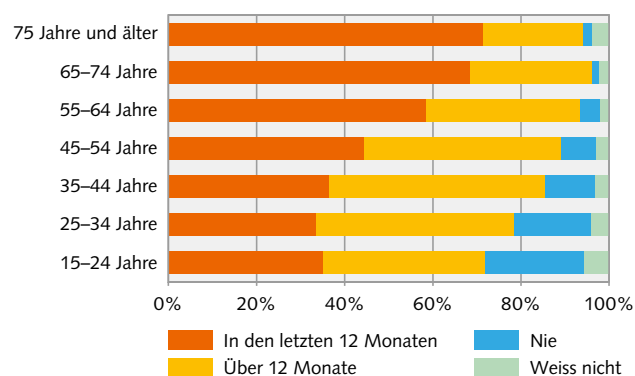
des Typs) diagnostiziert habe. Der Anteil der Betroffenen steigt bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren rasch an (G 4.25). Seit 1997 ist zudem auch eine Zunahme der diagnostizierten Fälle bei den Männern zu verzeichnen. Daher sind ab einem Alter von 45 Jahren auch deutlich mehr Männer betroffen als Frauen. Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung geben zu 10% an, von Diabetes betroffen zu sein, während 5% der Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe 2 und 4% der Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss dies berichten.

Diabetes des Typs II kann über lange Zeit hinweg symptomlos verlaufen. Die Prävention spielt daher eine wichtige Rolle. Der Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung ihren Blutzuckerspiegel hatten kontrollieren lassen, lag 2012 zwischen 36% bei den 35- bis 44-Jährigen und 71% bei den Personen ab 75 Jahren (G 4.26). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren unerheblich.

Hospitalisierungen wegen Diabetes des Typs I (als Hauptdiagnose) sind selten (2012: 1217 Personen). Allerdings wird Diabetes des Typs I im Rahmen von Hospitalisierungen auch aus anderen Gründen diagnostiziert. Dies war 2012 bei weiteren 2514 Personen der Fall. Spitalaufenthalte wegen Diabetes des Typs I sind seit Mitte der 2000er-Jahre relativ stabil. Die Hospitalisierungsrate ist bei jungen Erwachsenen unter 25 Jahren am höchsten. 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 (2012: 64'625 Personen, darunter 56% Männer). In den meisten Fällen (60'824) ist Diabetes des Typs II jedoch nicht der Hauptgrund für die Spitaleinweisung, sondern eine Nebendiagnose.

**Diabetes-Vorsorgeuntersuchung, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

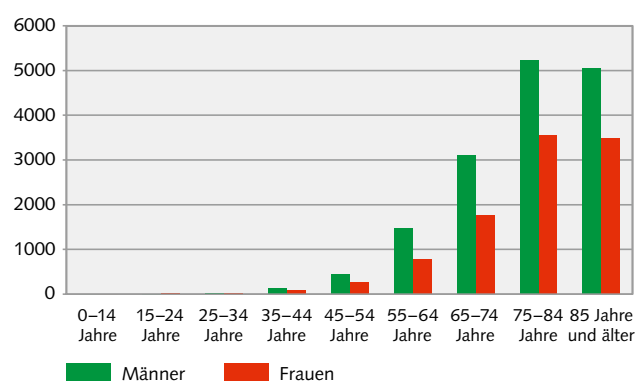
**G 4.26**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

**Hospitalisierte Personen mit Diabetes Typ II, 2010–2012**

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

**G 4.27**

Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

Spitalaufenthalte von Personen mit Diabetes des Typs II sind bis im Alter von 34 Jahren selten, danach steigt ihre Häufigkeit jedoch stark an (G 4.27). Innerhalb von fünf Jahren hat die Anzahl der mit Diabetes des Typs II hospitalisierten Personen um nahezu 20% zugenommen. Bei weiteren 3236 hospitalisierten Personen wurde ebenfalls Diabetes diagnostiziert, jedoch ohne nähere Angaben zum Typ, in über neun von zehn Fällen (93%) als Nebendiagnose.

#### 4.2.3 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 (G 4.28). Krebs ist die zweithäufigste Todesursache, rund 9000 Männer und 7200 Frauen sterben jährlich daran.

Die häufigsten Krebsarten sind beim Mann der Prostatakrebs und bei der Frau der Brustkrebs (G 4.29). 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.

#### Lungenkrebs

Jedes Jahr wird bei rund 2500 Männern und 1500 Frauen Lungenkrebs neu diagnostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensrate ist mit 15% relativ schlecht. Dies erklärt, weshalb Lungenkrebs die häufigste krebsbedingte Todesursache bei Männern (2000 Todesfälle pro Jahr) und die zweithäufigste bei Frauen (1100 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 (G 4.30). 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

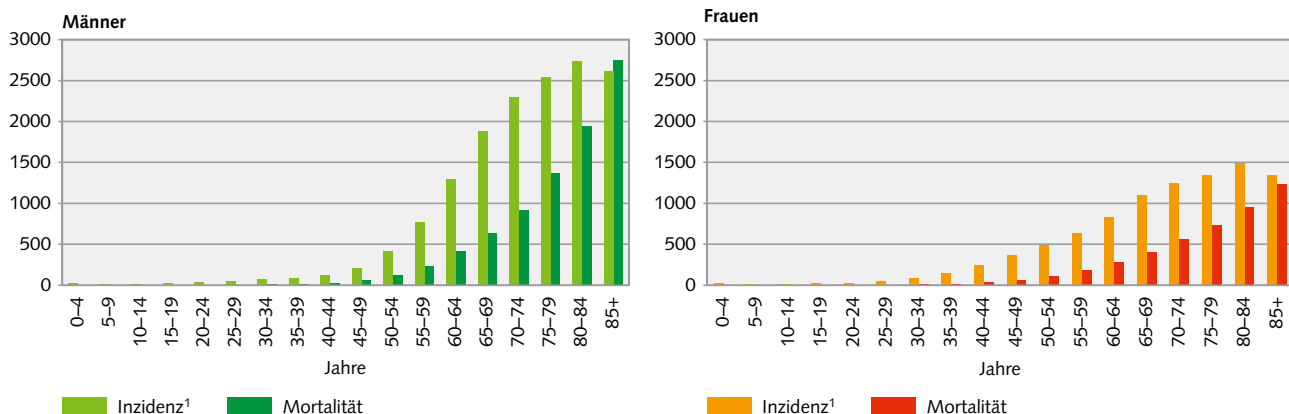
Jedes Jahr wird bei rund 4100 Personen Dickdarmkrebs neu diagnostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 61%. Mit jährlich rund 1700 Todesfällen ist Dickdarmkrebs die dritthäufigste Krebstodesursache. Die Neuerkrankungsraten waren zwischen 1987 und 2001 zunehmend, in den letzten zwei Beobachtungsperioden setzte jedoch eine Abnahme ein. Die Mortalität ist allgemein im Sinken begriffen (G 4.31).

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

#### Krebs (Total), 2007–2011

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.28



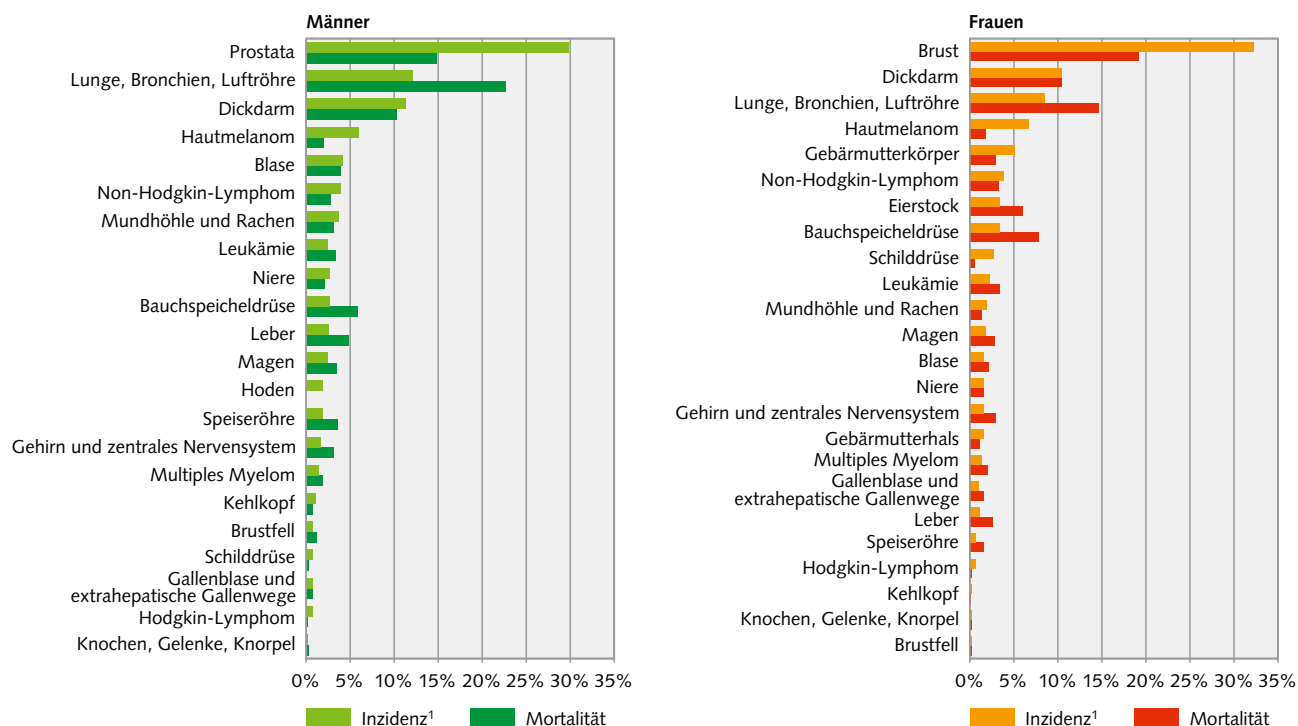
<sup>1</sup> Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

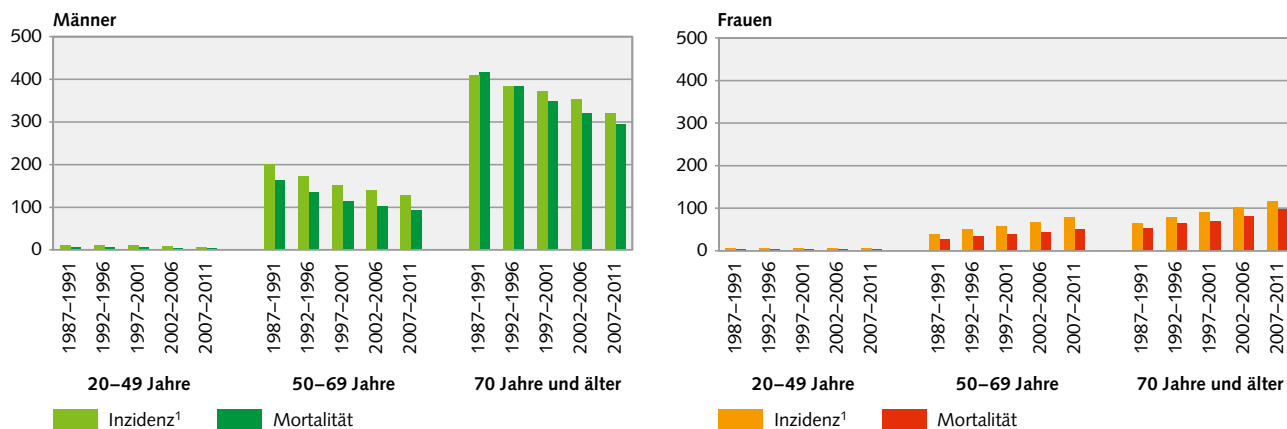
© BFS 2014

**Krebs nach Lokalisation, 2007–2011**

Anteil nach Krebslokalisation

**G 4.29****Lungenkrebs**

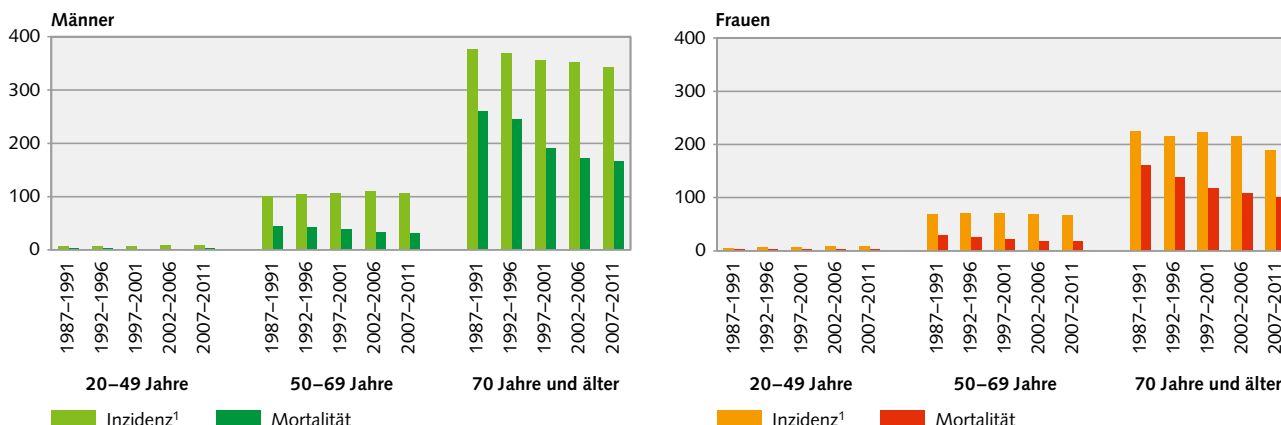
Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 4.30**

## Dickdarmkrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.31



<sup>1</sup> Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

© BFS 2014

Stuhluntersuchung auf okkultes Blut oder durch eine endoskopische Darmuntersuchung (Darmspiegelung), in der Regel zwischen 50 und 74 Jahren. Im Jahr 2012 gaben 6% der 50- bis 74-Jährigen an, sie hätten innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung eine Stuhluntersuchung auf okkultes Blut vornehmen lassen, 76% davon zwecks Früherkennung.

## Brustkrebs

Mit 5500 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen. Nach jahrelangem Anstieg ist die Zahl der neuen Brustkrebsfälle zwischen 2002–2006 und 2007–2011 stabil geblieben (G 4.32). Die Mortalität ist seit zwanzig Jahren rückläufig. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt derzeit bei 85%. Allerdings sind noch immer 19% der Krebstodesfälle bei Frauen auf Brustkrebs zurückzuführen (rund 1380 Todesfälle pro Jahr).

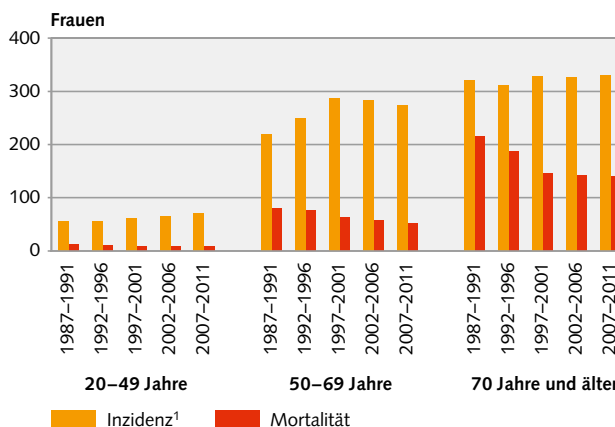
Brustkrebs steht in Zusammenhang mit den weiblichen Geschlechtshormonen. Das Risiko erhöht sich mit der Anzahl der Menstruationszyklen (frühe erste Regelblutung, späte Menopause), bei einem hohen endogenen Hormonspiegel oder bei Adipositas nach der Menopause. Umgekehrt schützen eine erste Schwangerschaft in jungen Jahren, mehrere Geburten und das Stillen vor Brustkrebs. Die Einnahme von Hormonen (Antibabypille oder Hormonersatzpräparate) während mehr als fünf Jahren erhöht das Risiko vorübergehend. 5 Jahre nach dem Absetzen sinkt dieses wieder auf den Normalwert.

Viele europäische Länder empfehlen Frauen zwischen rund 50 und 70 Jahren, im Rahmen eines organisierten Screenings eine Mammografie durchführen zu lassen.

## Brustkrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen

G 4.32



<sup>1</sup> Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

© BFS 2014

In den sechs Kantonen, die 2012 seit einigen Jahren über ein organisiertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm verfügten (VD, VS, GE, FR, NE, JU), hatten sich 78% 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 (G 4.33). 80% der Frauen in dieser Altersgruppe hatten diese Untersuchung mindestens einmal in ihrem Leben in Anspruch genommen. 49% hatten sie in den zwei Jahren vor der Befragung machen lassen, 80% davon zu Früherkennungszwecken und ohne dass Symptome vorlagen.

### Prostatakrebs

Jedes Jahr werden rund 6100 neue Fälle von Prostatakrebs diagnostiziert, sehr selten bei Männern unter 50 Jahren (G 4.34). 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 87%. Prostatakrebs ist für 15% der krebisbedingten Todesfälle bei Männern verantwortlich (rund 1300 Todesfälle pro Jahr). Die Sterberate bei Prostatakrebs war zwischen 1987 und 2011 rückläufig.

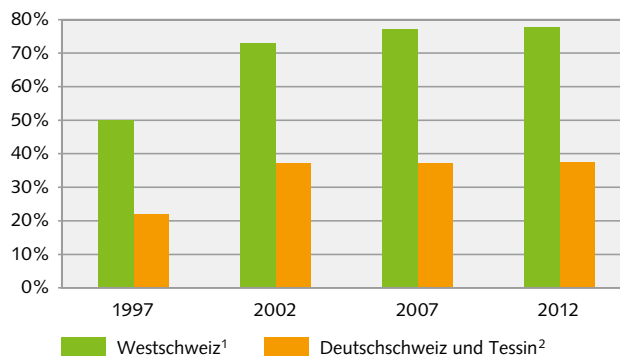
Es besteht eine Möglichkeit zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Ermittlung des Prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut, eine Untersuchung, die in der Regel zwischen 50 und 74 Jahren durchgeführt wird. Allerdings ist nicht klar, ob dies den Verlauf der Krankheit wirksam zu beeinflussen und deren Mortalität zu senken vermag. Im Jahr 2012 gaben 31% der 50- bis 74-jährigen Männer an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine solche Untersuchung durchgeführt zu haben, 78% davon zwecks Früherkennung, ohne dass Symptome vorlagen.

### Melanom

Jedes Jahr werden rund 2400 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 (G 4.35). Mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von mehr als 90%

### Mammografie

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

**G 4.33**

<sup>1</sup> VD, VS, GE, FR, NE, JU

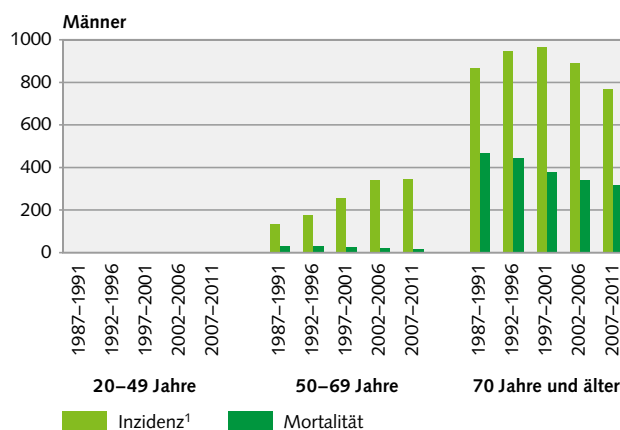
<sup>2</sup> ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Prostatakrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohner

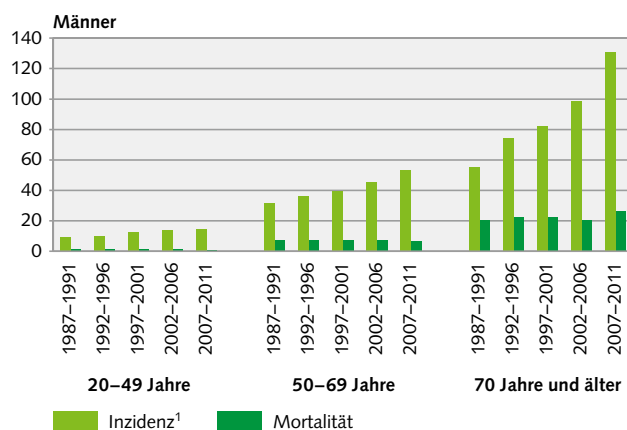
**G 4.34**

<sup>1</sup> Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

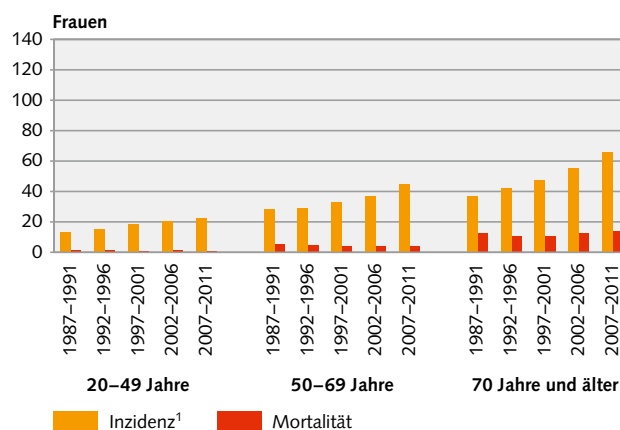
© BFS 2014

### Hautmelanom

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 4.35**

<sup>1</sup> Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

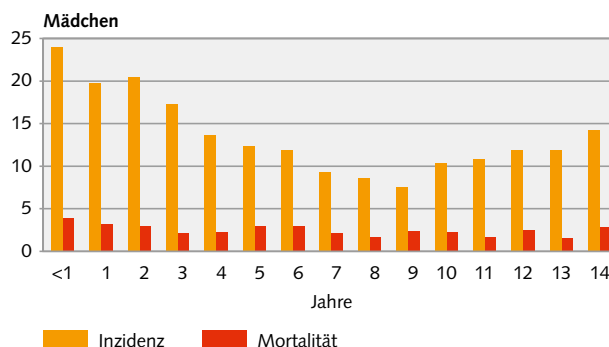
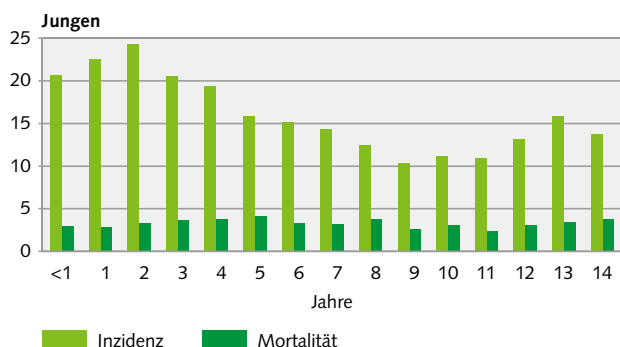


Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

© BFS 2014

**Krebs bei Kindern, 1987–2011**

Rate pro 100'000 Kinder

**G 4.36**

hat diese Krebsart eine der besten Prognosen. Hautmelanome führen jährlich zu rund 300 Todesfällen und die Sterblichkeitsrate ist seit längerem relativ stabil.

Der Hauptrisikofaktor für die Entstehung eines Melanoms ist die Exposition gegenüber ultravioletter Strahlung, insbesondere den Strahlen des Sonnenlichts, von Bräunungslampen oder Solarien. Eine helle Hautfarbe und das Vorhandensein zahlreicher Muttermale sind weitere Risikofaktoren. Entsprechend wichtig ist deren Überwachung: Über ein Drittel der Personen gaben 2012 an, dass sie sich schon mindestens einmal im Leben einer Hautuntersuchung unterzogen haben, Frauen etwas häufiger als Männer (41% gegenüber 37%). 11% der Bevölkerung hatten diese Untersuchung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung vornehmen lassen.

**Krebserkrankungen bei Kindern**

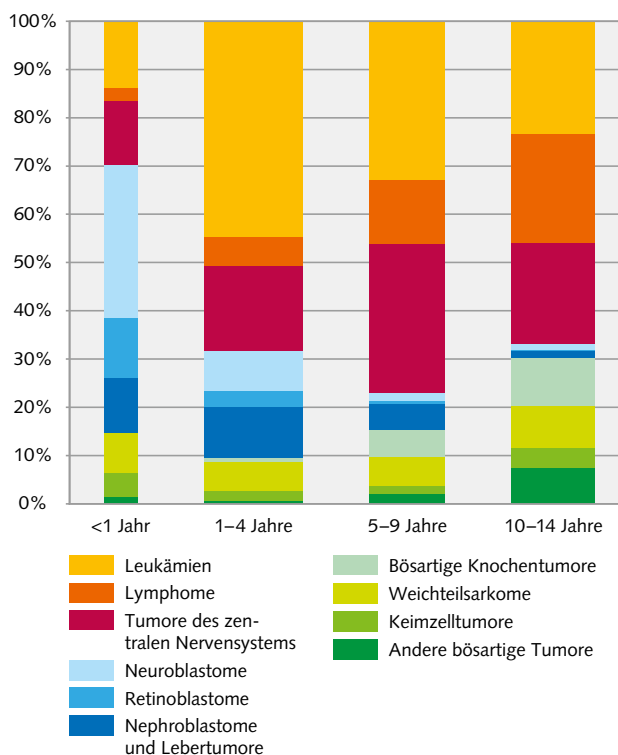
Lediglich 0,7% aller Tumore treten im Kindesalter (0–14 Jahre) auf. Dies entspricht jährlich rund 181 Neuerkrankungen. Diese Anzahl hat zwischen 1987 und 2006 zugenommen, in der letzten Periode aber abgenommen. Dennoch sind Krebserkrankungen wie bei den Erwachsenen die zweithäufigste Todesursache, mit durchschnittlich 26 verstorbenen Kindern pro Jahr.

Krebserkrankungen treten im Säuglingsalter und bei 1- bis 4-jährigen Kindern häufiger auf als im frühen Schulalter (G 4.36). 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

**Krebs bei Kindern nach Art und Alter, 1987–2011**

Anteil nach Altersklasse

**G 4.37**

Die Flächen entsprechen der Anzahl Krebsfälle

Quelle: SKKR – KE

© BFS 2014

Klassifikation der Tumore im Kindesalter, ICC (G 4.37). Am häufigsten sind Leukämien (32%), gefolgt von Tumoren des zentralen Nervensystems (22%, vor allem Hirntumoren) und Lymphomen (12%).

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 Tumorgруппen. Die besten Ergebnisse werden für Hodgkin-Lymphome erzielt (über 95% geheilt), schlechter sind sie für die akute myeloische Leukämie sowie für Hirntumore und Sarkome.

#### 4.2.4 Erkrankungen des Bewegungsapparates

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 häufigste 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 2012 nach eigener Aussage ein wenig und 7% stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen (ohne Fieber). Die Häufigkeit dieser Schmerzen nimmt mit steigendem Alter zu. Der Anteil der Personen ohne nachobligatorischen Abschluss, die stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen litten, ist doppelt so hoch wie jener der Personen mit Hochschulabschluss (12% gegenüber 5%). Solche Schmerzen können auch mit sozioökonomischen Faktoren und psychosozialen Problemen (Stress usw.) in Zusammenhang stehen.

Nacken-, Schulter- und Armschmerzen sind etwas weniger häufig: 29% der Personen litten ein wenig und 7% stark daran. In zwei von fünf Fällen führten die Betroffenen diese Schmerzen auf ihre Arbeit zurück. Dieser Anteil ist bei den Rückenschmerzen ähnlich gross.

#### *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 2012 hatten 7% der Frauen ab 40 Jahren und 2% der Männer ab 50 Jahren Medikamente gegen Osteoporose eingenommen. Die Inanspruchnahme dieser Behandlung steigt mit dem Alter stark an. Die Messung der Knochendichte erlaubt die Früherkennung der Osteoporose. 2012 gaben 31% der Frauen ab 40 Jahren und 11% der Männer ab 50 Jahren an, mindestens einmal im Leben diese Untersuchung in Anspruch genommen zu haben. Die Häufigkeit dieser Kontrolle nimmt bei den Frauen mit dem Alter deutlich zu und ist im Alter von 65 bis 74 Jahren am grössten (51%).

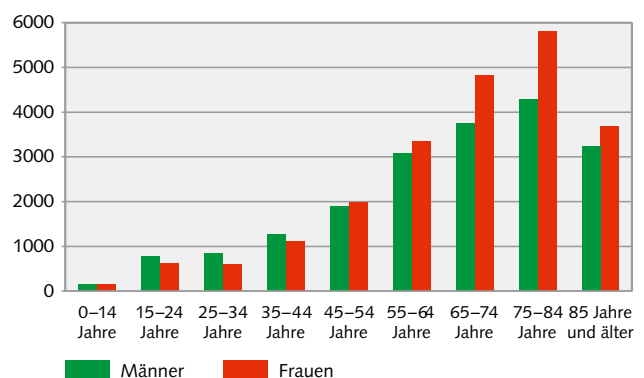
#### *Hospitalisierungen*

Im Jahr 2012 wurden 149'797 Personen (davon 45% Männer) wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates stationär behandelt. Davon wurden 56% wegen Arthropathien und 22% wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens eingewiesen. Die Hospitalisierungsrate für Erkrankungen des Bewegungsapparates ist seit 2002 gestiegen (+23% bei den Männern, +28% bei den Frauen). Bis zum Alter von 44 Jahren werden Männer etwas öfter hospitalisiert als Frauen (G 4.38). Ab diesem Alter wendet sich der Trend, und die Differenz vergrössert sich bis zum Alter von

#### Wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems hospitalisierte Personen, 2010–2012

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 4.38**



Quelle: BFS – MS

© BFS 2014



84 Jahren. Ab 85 Jahren sind Hospitalisierungen wegen Schädigungen des Bewegungsapparates als Hauptursache seltener.

Im Jahr 2012 wurden 84'119 Personen aufgrund einer Arthropathie stationär behandelt. Arthropathien sind Gelenkerkrankungen der Gliedmassen. Die häufigsten sind Arthrosen (degenerative Erkrankungen der Gelenke) und Arthritis (Gelenkentzündungen). Die Hospitalisierungsrate nimmt ab dem Alter von 45 Jahren stark zu. Zwischen 2002 und 2012 ist die Hospitalisierungsrate für Arthropathien um einen Drittel angestiegen, grösstenteils bedingt durch die zunehmende Hospitalisierungshäufigkeit von Personen ab 55 Jahren.

Im Jahr 2012 wurden 32'641 Personen aufgrund eines Rückenleidens stationär behandelt. Dorsopathien sind Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens, z.B. Bandscheibenvorfälle, Fehlbildungen der Wirbelsäule und Bandscheibenentzündungen. Ab 65 Jahren werden mehr Frauen als Männer wegen Erkrankungen

der Wirbelsäule und des Rückens hospitalisiert. Zwischen 2002 und 2012 blieb die Hospitalisierungsrate für Dorsopathien bei den Männern grösstenteils stabil, bei den Frauen nahm sie um 9% zu.

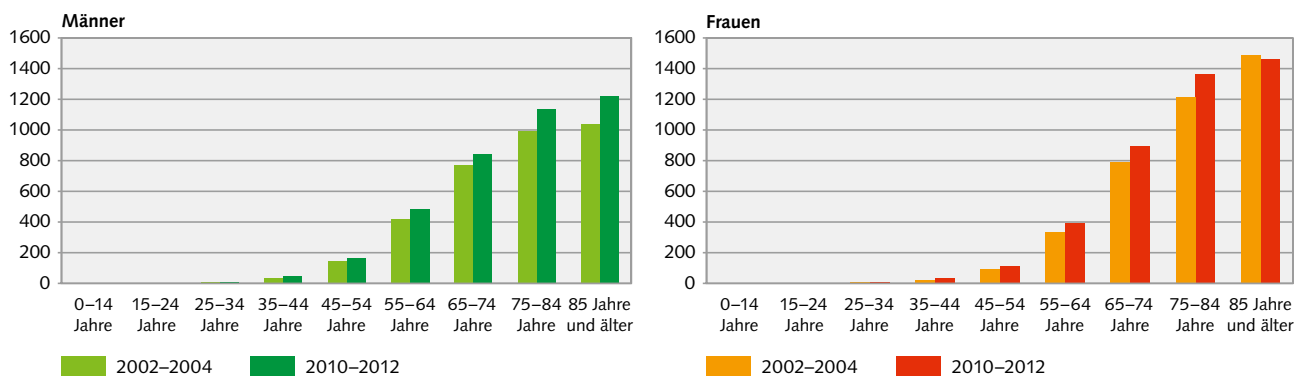
### Prothesen

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 (2012: 21'395, +40% gegenüber 2002). Frauen sind häufiger betroffen (55%) (G 4.39). Die Hospitalisierungsrate für Hüftprothesen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu, im Gegensatz zu jener für Knieprothesen. Letztere sind weniger zahlreich (16'462 im Jahr 2012), haben sich aber seit 2002 (7646) mehr als verdoppelt. Die Frauen machen 60% der behandelten Fälle

### Wegen Hüftgelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

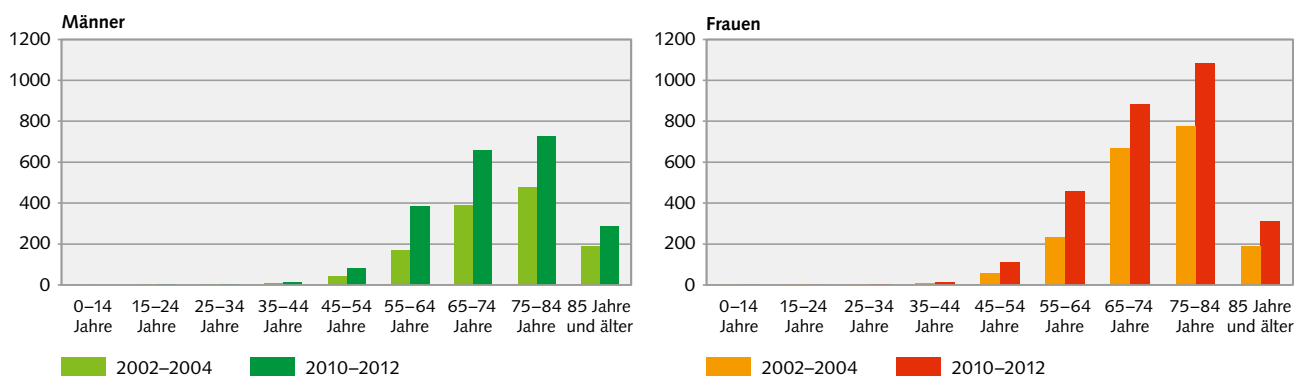
G 4.39



### Wegen Kniegelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.40





aus, dieser Anteil hat aber seit 2002 (67%) kontinuierlich abgenommen. Am häufigsten werden Knieprothesen im Alter von 65 bis 84 Jahren eingesetzt (G 4.40).

#### 4.2.5 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 einer Grippe oder Lungenentzündung. Hingegen werden chronische Erkrankungen des Atmungssystems wie chronische obstruktive Bronchitis oder Asthma anderen Faktoren zugeschrieben: zum Beispiel dem Rauchen, der Luftverschmutzung, Industrie-schadstoffen oder Allergenen.

##### Infektionskrankheiten

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entfiel rund ein Fünftel der Todesfälle in der Schweiz auf Infektionskrankheiten (fast drei Viertel 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 und die Mortalität massiv eingedämmt werden (1% der Todesfälle in den 2000er-Jahren). Die standardisierte Sterberate bei Infektionskrankheiten war daher bis 1984 rückläufig

(G 4.41). 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 Aids-Epidemie hat gezeigt, dass Infektionskrankheiten noch lange nicht bezwungen sind. Sie sind deshalb weiterhin Gegenstand einer besonderen Überwachung (Meldepflicht für Ärzteschaft und Laboratorien).

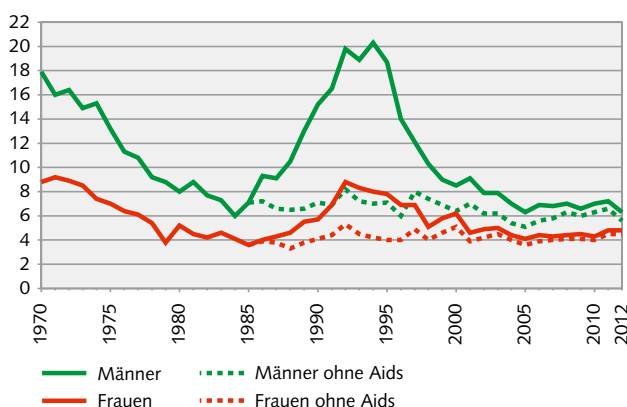
Die Tuberkulose wird seltener: Seit den 1980er-Jahren hat sich die Zahl der neuen Fälle ungefähr halbiert. Sie bleibt jedoch eine wichtige meldepflichtige Krankheit. Die Zahl der neuen Fälle nimmt seit 2005 nicht mehr ab und variiert zwischen 475 Fällen (2007) und 580 (2011). Sieben von zehn neuen Fällen treten bei Personen ausländischer Nationalität auf. Die Anzahl der Neuinfektionen nimmt bei dieser Bevölkerungsgruppe zu.

Die Neuinfektionen durch den humanen Immundefizienz-Virus (HIV) beliefen sich 2013 auf 575 Fälle, was im Vergleich zum Vorjahr einer Abnahme von 8% entspricht. (G 4.42). Die Zahl der HIV-Neuinfektionen hat in den 1990er-Jahren stark abgenommen, und zwar von mehr als 2000 auf weniger als 600 im Jahr 1999. Diese Zahl nahm anschliessend wieder zu und stabilisierte sich bis 2008 bei 700 bis 800 neuen Fällen pro Jahr, bevor sie sich wieder verringerte. 27% der 2013 gestellten Diagnosen betreffen Frauen und 39% Männer, die Sex mit Männern haben. Dank antiretroviralen Behandlungen konnten ab 1995 die Aids-Erkrankungen bei den HIV-infizierten Personen stark eingedämmt werden. Die Zahl der neuen Aidsfälle liegt seit 2005 unter 200 (gegenüber 721 im Jahr 1992 zum Höhepunkt der Epidemie). Die antiretroviralen Behandlungen haben ebenfalls zum

#### Sterberate bei Infektionskrankheiten

Standardisierte Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.41



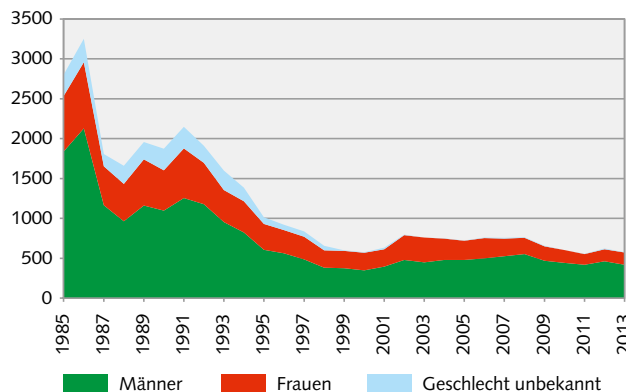
Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

#### HIV Infektionen

Labormeldungen

G 4.42



Quelle: BAG – Meldesystem der meldepflichtigen Infektionskrankheiten

© BFS 2014

Rückgang der durch Aids verursachten Todesfälle beigetragen. Im Jahr 2012 starben 45 Personen an Aids, zwei Drittel davon Männer.

### Krankheiten des Atmungssystems

Lungenentzündung (Pneumonie) und chronisch obstruktive Bronchitis sind die beiden Erkrankungen des Atmungssystems, die am häufigsten zum Tod führen (1283 respektive 1848 im Jahr 2012). 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 (G 4.43). 81% 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. Das Rauchen ist dabei der grösste Risikofaktor. Die

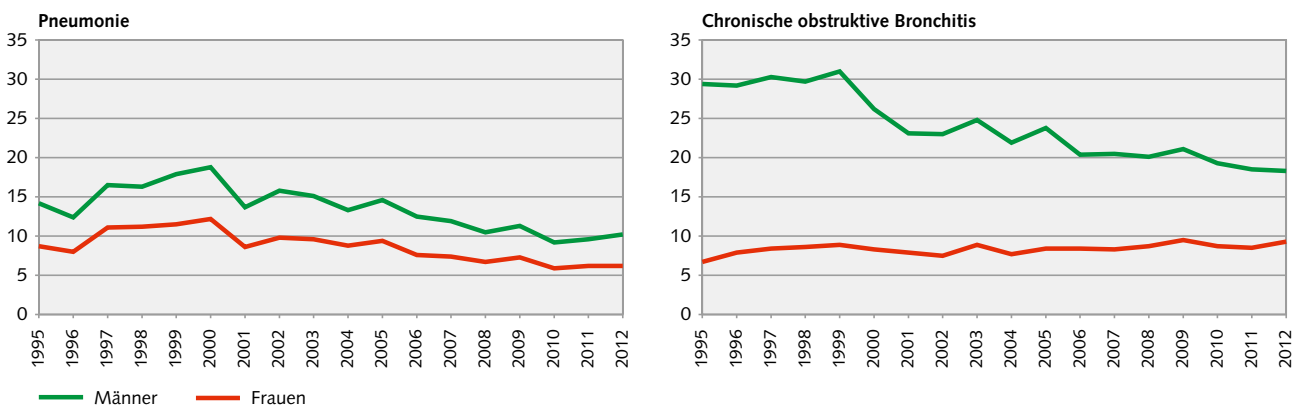
standardisierte Sterberate der Männer ist doppelt so hoch wie jene der Frauen. Sie hat jedoch zwischen Ende der 1990er-Jahre und 2010 um zwei Fünftel abgenommen. Im Gegensatz dazu hat die Sterberate der Frauen seit Mitte der 2000er-Jahre leicht zugenommen. Diese unterschiedlichen Entwicklungen sind dadurch erklärbar, dass zwar mehr Männer als Frauen rauchen, der Anteil der Rauchenden bei den Frauen jedoch länger anstieg als bei den Männern (> Kapitel 3.5.4).

Im Jahr 2012 wurden etwas mehr Personen mit einer Pneumonie stationär behandelt als mit chronischen obstruktiven Bronchitiden (34'160 bzw. 30'453). Eine Pneumonie ist dabei in der Hälfte der Fälle der Hospitalisierungsgrund (Hauptdiagnose), während die chronische obstruktive Bronchitis in drei von vier Fällen als Nebendiagnose im Rahmen einer Hospitalisierung aus anderen Gründen festgestellt wird. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Pneumonie und jene wegen

### Sterberate für Pneumonie oder chronische obstruktive Bronchitis

Standardisierte Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.43



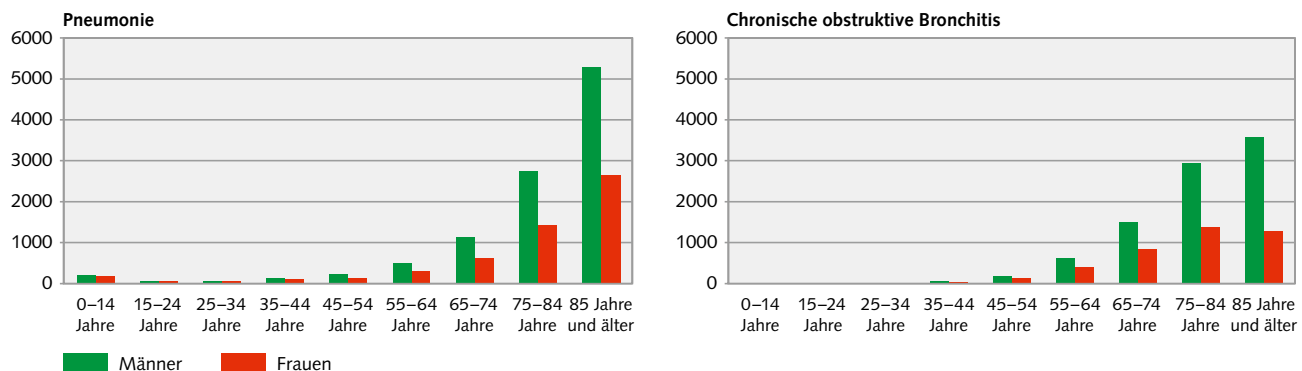
Quelle: BFS – TU

© BFS 2014

### Hospitalisierte Personen mit Pneumonie oder chronischer obstruktiver Bronchitis, 2010–2012

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

G 4.44



Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

chronischer obstruktiver Bronchitis steigen ab einem Alter von 55 Jahren stark an (G 4.44). Nahezu sechs von zehn Hospitalisierungen mit dieser Krankheiten betreffen Männer. Dieser Anteil (56%) ist bei der Pneumonie seit 2002 stabil und nahm bei der chronischen obstruktiven Bronchitis leicht von 64% auf 59% ab.

### 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

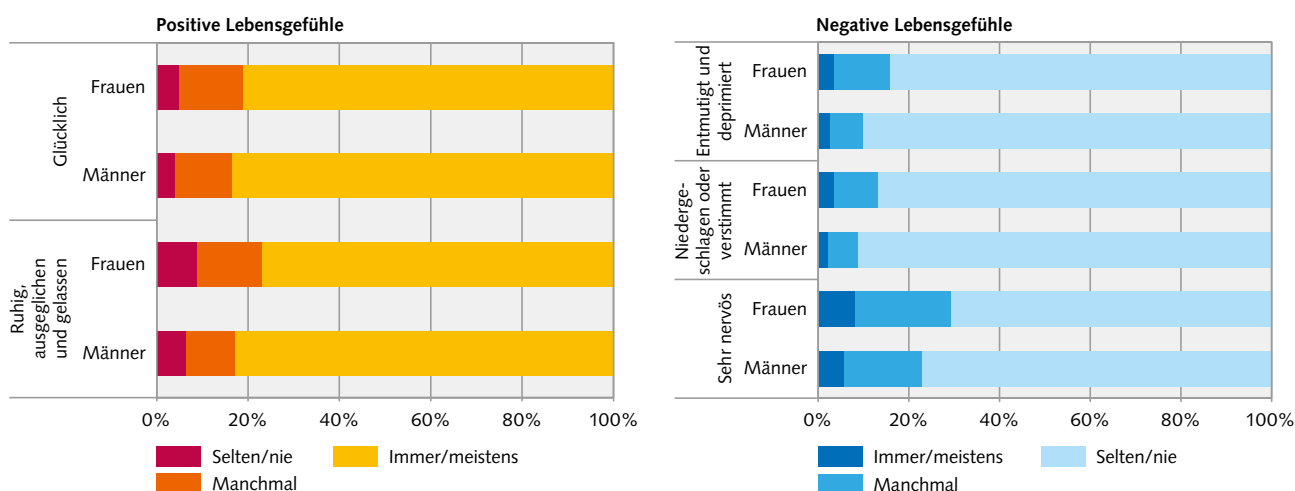
Die grosse Mehrheit der Bevölkerung empfand 2012 sehr viel häufiger positive als negative Gefühle. Die Befragten waren während der letzten vier Wochen vor der Erhebung mehrheitlich immer oder meistens «ruhig und ausgeglichen» oder «glücklich» gewesen (G 4.45). Dies gilt für Frauen und Männer gleichermassen. Bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe war emotionale Ausgeglichenheit verbreiteter (83%) als bei solchen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (71%). Die Ausgeglichenheit nahm auch mit dem Alter tendenziell zu, nämlich von 79% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 85% bei den 75-Jährigen und älter. Negative Gemütszustände wie Entmutigung, Verstimmung oder Nieder geschlagenheit waren dagegen in allen Altersgruppen relativ selten (unter 15%). Am stärksten verbreitet war 2012 die Nervosität: 29% der Frauen und 23% der Männer erlebten sich manchmal oder meistens 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. 2012 fühlten sich 32% der Bevölkerung manchmal und rund 5% häufig einsam (G 4.46). Frauen empfanden in allen Altersgruppen häufiger Einsamkeitsgefühle als Männer (42% gegenüber 30%). Mit zunehmendem Alter fühlten

#### Gemütszustand, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb von vier Wochen

G 4.45



© BFS 2014

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 häufiger ziemlich oder sehr häufig einsam (10%) als solche mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (4%) oder Tertiärstufe (3%). Einsamkeitsgefühle sind nicht zwangsläufig eine Folge von objektiven Gegebenheiten. Und von den Personen, die mindestens eine Vertrauensperson haben, fühlten sich nur 4% häufig einsam verglichen mit den 17% ohne Vertrauensperson.

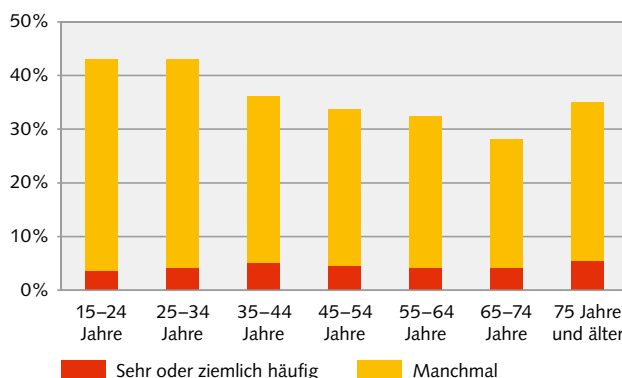
Als Kontrollüberzeugung wird das Gefühl bezeichnet, das eigene Leben und seinen Verlauf selbst bestimmen zu können. Um Alltagsprobleme und Krisen bewältigen zu können, ist diese eine weitere wichtige Ressource. Menschen, die sich dagegen den Ereignissen hilflos ausgeliefert fühlen, neigen eher zu depressiven Verstimmungen. Lediglich 1% der Personen mit starker Kontrollüberzeugung berichteten 2012 von hohen psychischen Belastungen, während der Anteil bei Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung 14% betrug. Ebenso hatten sich unter den Personen mit starker Kontrollüberzeugung lediglich knapp 2% wegen Depressionen ärztlich behandeln lassen, verglichen mit 20% der Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung.

Männer ohne nachobligatorischen Abschluss waren deutlich häufiger vom Risiko betroffen, nur über eine schwache Kontrollüberzeugung zu verfügen, als solche mit universitärer Ausbildung (33% versus 16%), während der Unterschied bei den Frauen nicht signifikant war (G 4.47). 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).

### Gefühl von Einsamkeit nach Alter, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.46



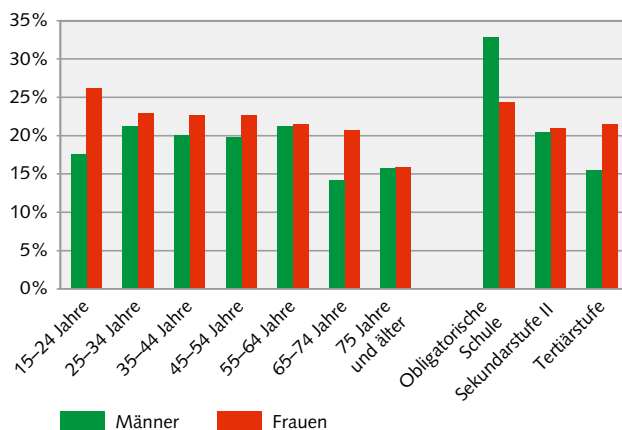
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Kontrollüberzeugung, 2012

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

G 4.47



\* Ab 25 Jahren für das Bildungsniveau

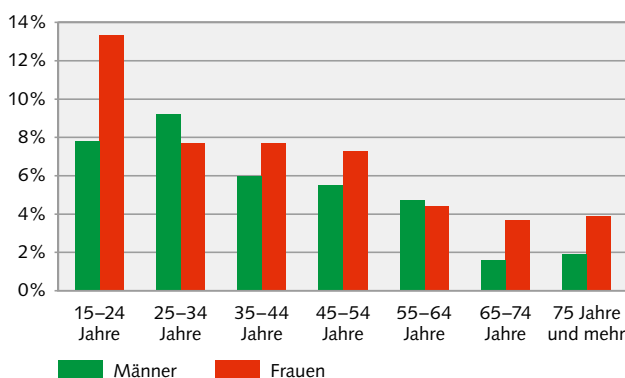
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Major Depression, 2012

Personen mit einer mittleren bis schweren Depression  
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.48



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Depression

Die 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, Denkhemmungen oder Schlafstörungen. 2012 beschrieben knapp 6% aller Männer und 7% aller Frauen ihre Situation derart, dass von einer schweren Depression (Major Depression) ausgegangen werden muss. Das Risiko einer schweren Depression nimmt mit zunehmendem Alter ab (G 4.48).

### Behandlung psychischer Probleme

Wegen eines psychischen Problems begaben sich innerhalb eines Jahres 5% der Bevölkerung in Behandlung, Frauen häufiger als Männer (7% versus 4%). Bei 30% 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 (G 4.49). Die am häufigsten konsultierten Fachleute waren Psychiater/innen (47%), gefolgt von Psychologen/innen oder Psychotherapeuten/innen (39%) und Allgemeinpraktikern/innen (16%). Männer begaben sich weniger häufig als Frauen in psychologische/psychotherapeutische Behandlung (34% gegenüber 41%).

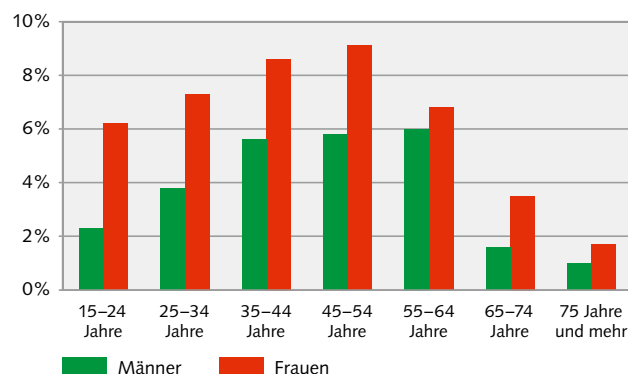
### Hospitalisierungen

Wegen psychischer und Verhaltensstörungen wurden 2012 insgesamt 63'462 Personen hospitalisiert, was rund 6% aller Spitaleinweisungen entspricht. Nachdem die Hospitalisierungsrate zwischen 2002 und 2007 relativ stabil war, stieg sie bei den Männern um 14% und bei den Frauen um 9% an, um sich 2012 bei knapp 800 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner einzupendeln. Es kommt relativ häufig vor, dass die gleiche Person innerhalb eines Jahres mehr als einmal wegen psychischer und Verhaltensstörungen stationär behandelt wird.

### Behandlung infolge psychischer Probleme, 2012

Behandlungen innerhalb von 12 Monaten  
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.49



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

Häufigster Grund für einen Spitalaufenthalt infolge psychischer und Verhaltensstörungen waren affektive Störungen (29%), wobei es sich zu 84% um eine schwere Depression handelte. Am häufigsten führten affektive Störungen bei Personen zwischen 45 und 64 Jahren zu einer Spitaleinweisung: 42% der aus psychischen Gründen hospitalisierten Frauen und 32% der Männer litten an solchen Störungen (G 4.50).

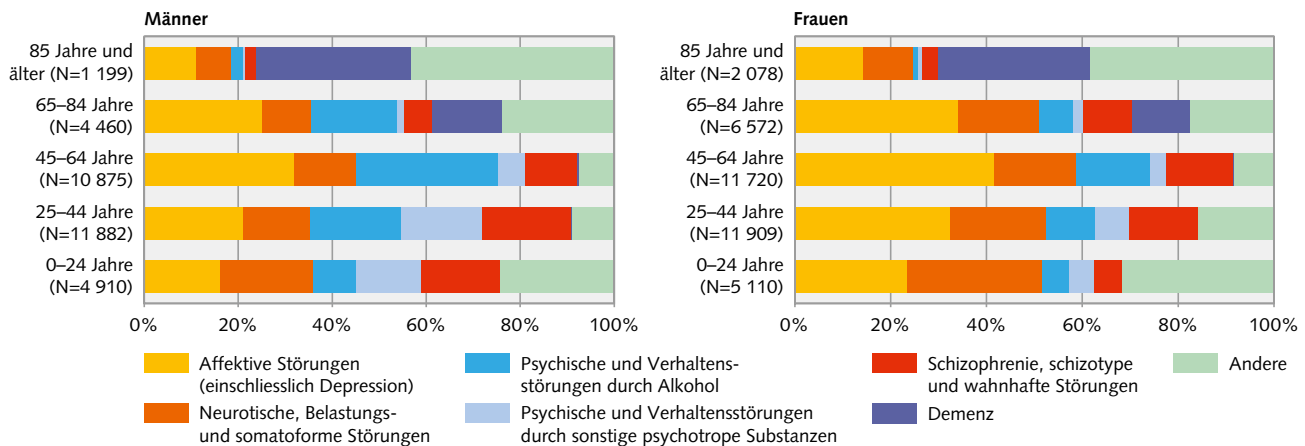
Wegen einer schweren Depression wurden 2012 insgesamt 16'965 Personen hospitalisiert. Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate betrug bei Frauen 254 und bei Männern 167 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (G 4.51). Frauen waren rund 1,5-mal häufiger betroffen als Männer. Die höchste Rate erreichten beide Geschlechter im Alter von 45 bis 54 Jahren.

Bei den Männern kamen Hospitalisierungen aufgrund von Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum am häufigsten im Alter von 45 bis 64 Jahren (30%) vor (G 4.50). 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%). Schizophrenie, schizotyp 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 Frauen in der Mehrheit. Demenz betrifft vorwiegend Personen ab 65 Jahren. 32% der Personen ab 85 Jahren, die wegen psychischen und Verhaltensstörungen hospitalisiert wurden, litten an Demenz.

## Wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen hospitalisierte Personen, 2012

Anteil häufigster Diagnosen nach Alter

G 4.50



© BFS 2014

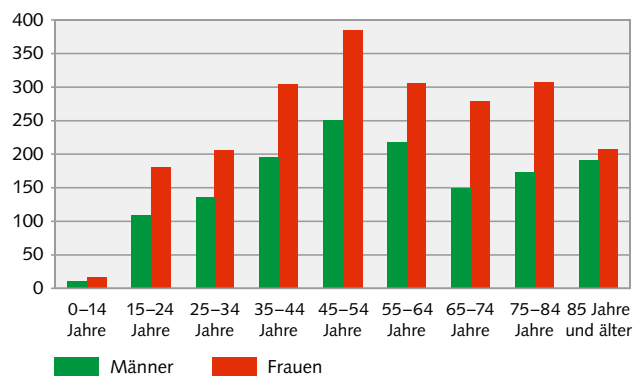
### Psychische und Verhaltensstörungen

- **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 Auslöser-situationen 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, wahnsinnig zu werden.
- **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).
- **Schizophrenie, 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.
- **Demenz:** Syndrom infolge Erkrankung des Gehirns mit Störungen vieler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Urteilsvermögen usw., jedoch ohne Bewusstseinstörung.

### Infolge Depression hospitalisierte Personen, 2010–2012

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.51



© BFS 2014

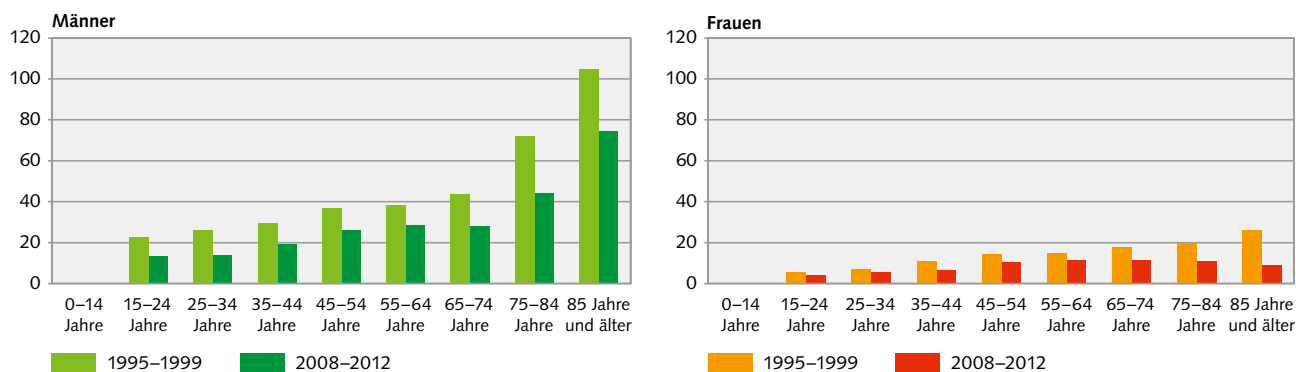
### Suizid

Im Jahr 2012 starben 1037 Personen (752 Männer und 285 Frauen) durch Suizid (ohne Fälle von assistiertem Suizid). Die altersstandardisierte Sterbeziffer für Suizid ist zwischen 1995 und 2012 um 40% zurückgegangen. Bei den Männern steigt die Suizidrate mit dem Alter stark an (G 4.52). Bei den Frauen sind die Unterschiede weniger ausgeprägt. Lediglich bei 46% der Suizidfälle wurde 2010–2012 eine vorhandene Begleitkrankheit angegeben. Am häufigsten wurde eine Depression genannt (59% der Begleitkrankheiten). Unter den körperlichen Krankheiten betrafen die häufigsten Nennungen Krebs (6%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (5%).



**Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)**

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 4.52**

© BFS 2014

**4.4 Behinderung**

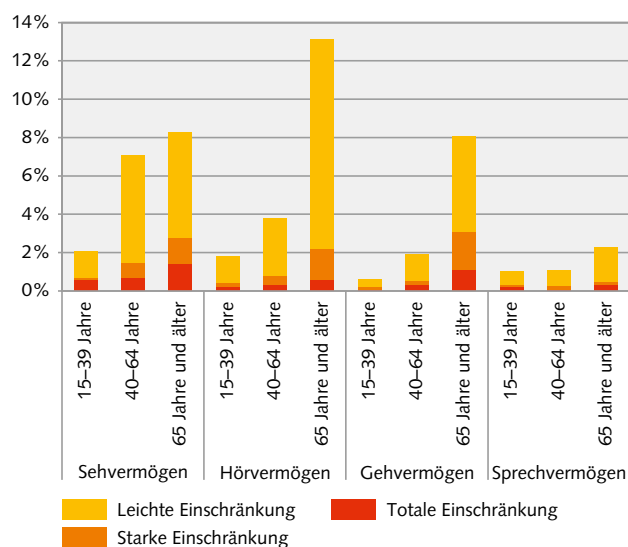
Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird von Behinderung gesprochen, wenn ein gesundheitliches Problem zu einer Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur einer Person führt (Schädigung), die Fähigkeit zur Verrichtung gewisser Aktivitäten einschränkt (Beeinträchtigung 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 Verrichtungen 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 4.7.2).

*Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten*

Im Jahr 2012 waren 12% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten von mindestens einer funktionellen Einschränkung in ihrem Seh-, Hör-, Geh- oder Sprechvermögen betroffen (> Glossar; Personen in Institutionen für Menschen mit Behinderungen und Personen in Alters- und Pflegeheimen sind darin nicht enthalten). Dieser Durchschnittswert verschleierte allerdings, dass sich die Behinderungen vor allem bei Personen von 65 Jahren und älter zeigen (G 4.53). Zudem handelt es sich in allen Altersstufen mehrheitlich um leichte Behinderungen. Funktionelle Einschränkungen treffen Frauen

**Funktionelle Einschränkungen, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

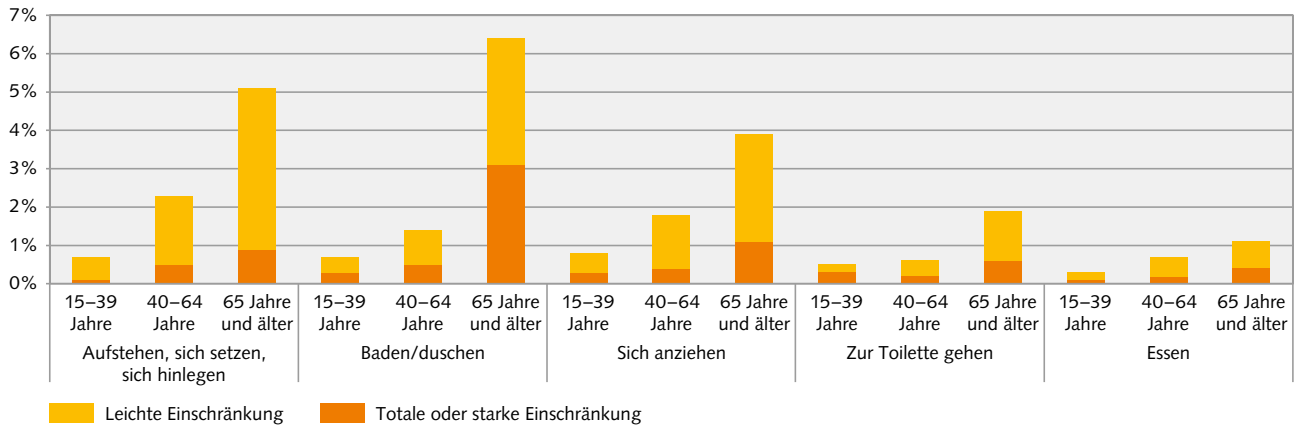
**G 4.53**

© BFS 2014

und Männer in ähnlichem Mass. Seit 1992 haben sie infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung leicht zugenommen. Das Sehvermögen stellte bis 2007 eine Ausnahme dar, da dieses wahrscheinlich dank der verbesserten Medizintechnik selbst im fortgeschrittenen Alter besser erhalten werden kann. Im Jahr 2012 jedoch nahmen die visuellen Einschränkungen zum ersten Mal seit 1992 zu. Dies ist auf die Zunahme der Personen im Alter von 40 bis 64 Jahren zurückzuführen, die nach eigenen Angaben diesbezüglich Probleme haben (7% im Jahr 2012 gegenüber 5% im Jahr 2007).

**Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 4.54**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

Ein deutlich geringerer Anteil der Bevölkerung (4%) ist von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (> Glossar) 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 (G 4.54). Frauen berichteten etwas häufiger von einer oder mehreren solchen Einschränkungen.

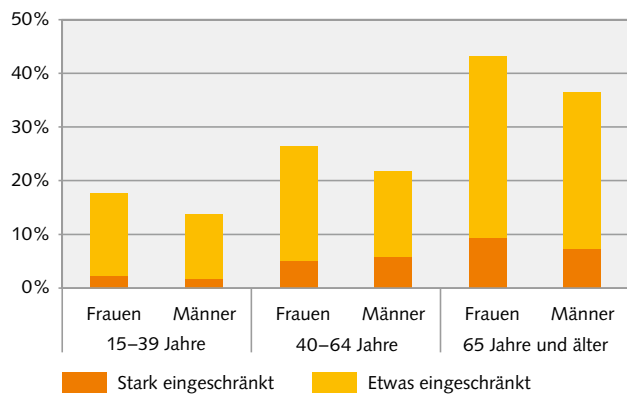
**Beeinträchtigung der Partizipation**

Ein Viertel der Personen (24%) 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 5% der Bevölkerung waren nach eigenen Angaben stark eingeschränkt. Häufigkeit und Schweregrad der Einschränkungen nahmen mit dem Alter zu (G 4.55).

Frauen berichteten häufiger von Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten als Männer (27% gegenüber 21%). Die Differenz betraf hauptsächlich die leichten Einschränkungen. Die beobachteten Unterschiede können subjektive Komponenten (Aufmerksamkeit, die den gesundheitlichen Problemen und ihren Folgen geschenkt sind), 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, 2012**

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

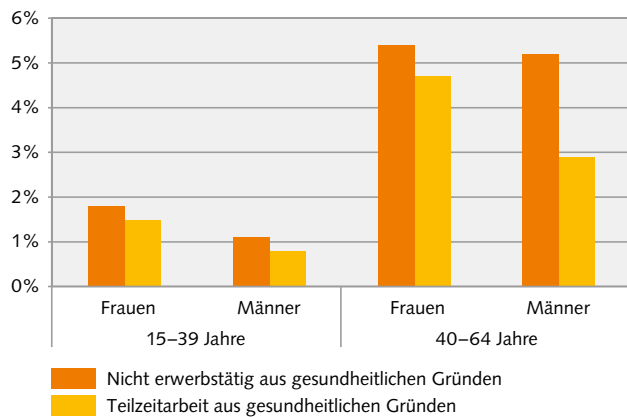
**G 4.55**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

**Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 4.56**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014



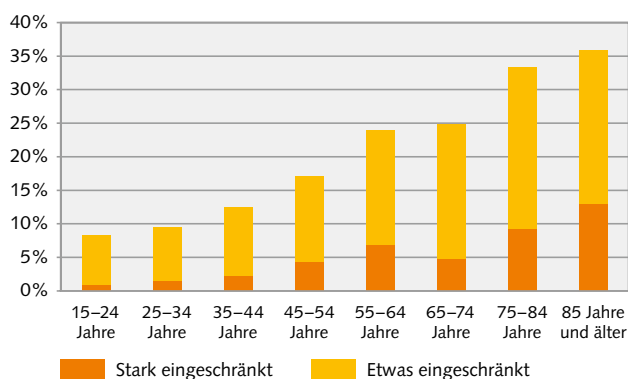
5% der Bevölkerung im Erwerbsalter gaben an, in vermindertem Umfang erwerbsfähig zu sein (Teilzeit- oder Nichterwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen). Dieser Anteil stieg mit dem Alter: Der Anteil der in vermindertem Umfang erwerbsfähigen Personen vervierfachte sich ab dem 40. Lebensjahr (G 4.56).

Frauen gaben häufiger als Männer an, aus gesundheitlichen Gründen teilzeiterwerbstätig zu sein. Die stimmt mit dem unterschiedlichen Engagement der Geschlechter in Familie und Beruf überein: Frauen entscheiden sich unschwer für Teilzeitarbeit als eine gängige und wertgeschätzte Form weiblichen Berufsengagements. Gemäss Angaben von 2007, die 2012 nicht mehr verfügbar sind, wechseln Männer häufiger als Frauen ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen.

### Menschen mit Behinderungen, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.57



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Menschen mit Behinderungen

17% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten gelten nach der Definition des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) als behindert. Dies entspricht rund 1'193'000 Personen (G 4.57). 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. Während des Jahres 2012 betreuten ausserdem Institutionen für Menschen mit Behinderungen 42'014 Klientinnen und Klienten (welche manchmal mehrfach gezählt wurden), was 0,5% der Bevölkerung entspricht. Bei den meisten Klientinnen und Klienten handelt es sich um Personen mit einer schweren Behinderung. Rund die Hälfte lebt ständig in diesen Institutionen.

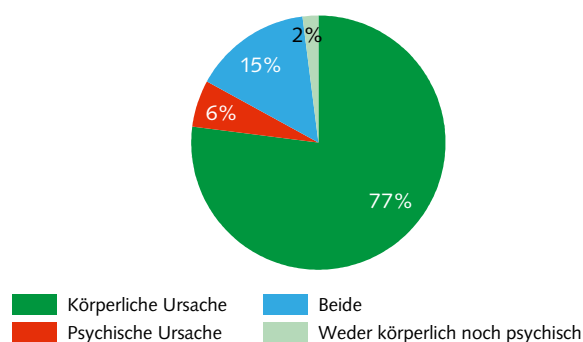
### Art der Behinderung

Mehr als drei Viertel der Personen mit Behinderungen in Privathaushalten gaben als Ursache ihrer Aktivitätseinschränkung einen körperlichen Grund an (G 4.58). 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 10% von ihnen wiesen eine körperliche Behinderung auf, während die Mehrheit Personen mit geistiger (55%) oder psychischer Behinderung (23%) waren. Daraus geht klar hervor, dass die institutionelle Betreuung bei geistiger Behinderung die Regel, bei körperlicher Behinderung hingegen die Ausnahme ist.

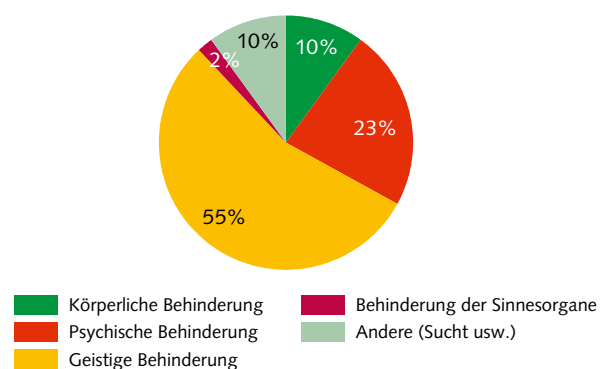
### Behinderungsart, 2012

G 4.58

Menschen mit Behinderungen in Privathaushalten<sup>1</sup>:  
Ursache der Aktivitätseinschränkung  
(N=1'193'000)



Menschen mit Behinderungen in Institutionen<sup>2</sup>:  
Behinderung nach der Krankengeschichte  
(N=42'014)



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

<sup>2</sup> Anzahl Klientinnen und Klienten jährlich in den Institutionen für Menschen mit Behinderungen (eine Person kann mehrere Klienten/Klientinnen darstellen), ohne Altersbegrenzung

Quelle: BFS – SGB und SOMED

© BFS 2014

## 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 die 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 2013 wurden nahezu 269'000 Erwerbstätige Opfer eines Arbeitsunfalls (berücksichtigt sind nur die der Unfallversicherung gemeldeten Fälle). Dies sind beinahe 12'000 (+ 4%) mehr als 2003 (G 4.59). Die Zahl der (Teilzeit- und Vollzeit-) Erwerbstätigen nahm im gleichen Zeitraum um 12% zu. Diese im Vergleich zum Wachstum der Beschäftigtenzahlen geringere Zunahme der Berufsunfälle 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 2013 mehr als dreimal häufiger Opfer von Berufsunfällen als Frauen (204'292 gegenüber 64'630). 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

Zahl der Berufsunfälle von Frauen ist seit 2003 um 20% gestiegen, während sich die Erwerbsbeteiligung der Frauen im gleichen Zeitraum um 15% erhöht hat.

Aus der Todesursachenstatistik ist nicht ersichtlich, welche Todesfälle durch einen Arbeitsunfall verursacht wurden. Im Jahr 2012 erkannten die Unfallversicherungen 88 Todesfälle durch Berufsunfall an (dazu kommen 121 Todesfälle infolge einer anerkannten Berufskrankheit).

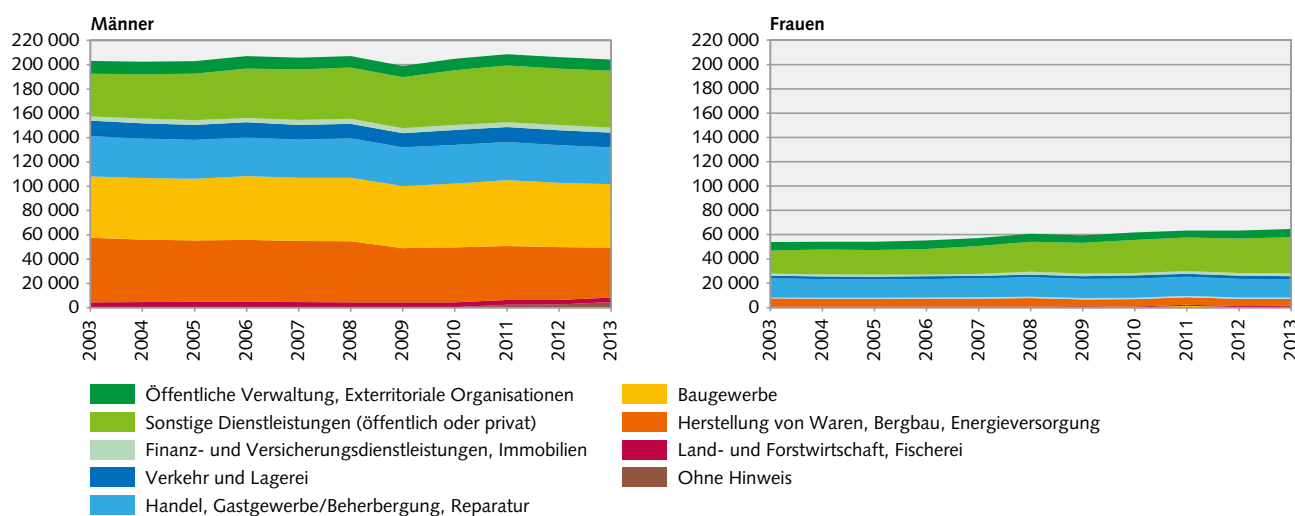
### Strassenverkehrsunfälle

Im Jahr 2013 verzeichnete die Polizei 17'473 Strassenverkehrsunfälle mit Personenschaden. Dabei wurden 269 Personen getötet, 4129 Personen schwer und 17'250 leicht verletzt. Schätzungen zur Gesamtzahl der (polizeilich erfassten und nicht erfassten) Strassenverkehrsunfälle beziffern die Zahl der im Jahr 2011 Verletzten auf etwa 85'000, darunter rund 80% Leichtverletzte (BFU 2014).

Die Zahl der getöteten und schwer verletzten Verkehrsteilnehmer geht seit Beginn der 1970er-Jahre kontinuierlich zurück (G 4.60). 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 Gurtragsobligatorium, technische Verbesserungen bei den Fahrzeugen, Verbesserungen des Strassennetzes und der Ausbau der Verkehrserziehung. Junge Erwachsene und – noch ausgeprägter – Personen fortgeschrittenen Alters haben ein

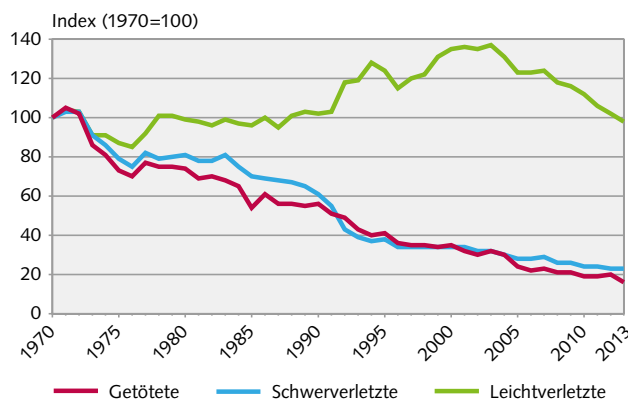
Berufsunfälle nach Wirtschaftszweig

G 4.59



Quelle: SSUV

© BFS 2014

**Verunfallte im Strassenverkehr****G 4.60**

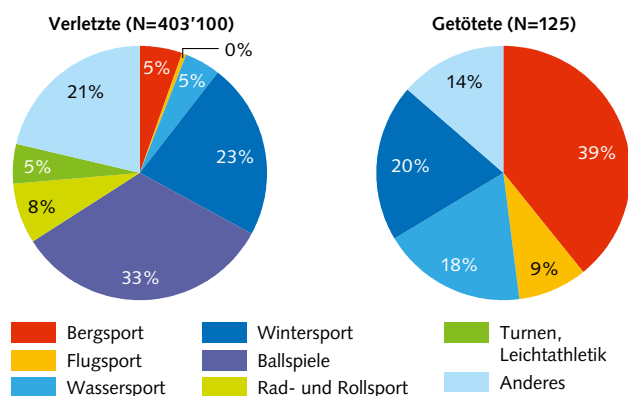
erhöhtes Risiko, durch einen Strassenverkehrsunfall getötet zu werden. Männer sind dreimal stärker gefährdet, auf Schweizer Strassen umzukommen, als Frauen. Am grössten ist der Unterschied zwischen 20 und 24 Jahren.

*Sportunfälle*

Zwischen 2007 und 2011 verletzten sich jedes Jahr im Mittel rund 403'100 Personen bei Sportunfällen. 31% der Opfer dieser Unfälle waren jünger als 17 Jahre, während lediglich 5% der Opfer 65 Jahre oder älter waren. Die meisten Verletzungen gab es bei Ballspielen und insbesondere beim Fussball (103'770 bzw. 67'600 Unfälle) sowie beim Wintersport (56'830) (G 4.61). Die meisten Todesopfer forderte der Bergsport: Von den durchschnittlich 125 in der Schweiz wohnhaften Personen, die zwischen 2009 und 2013 pro Jahr bei sportlichen Aktivitäten im Inland getötet wurden, kamen 49 beim Bergsport ums Leben.

**Bei Sportunfällen verletzte und getötete Personen**

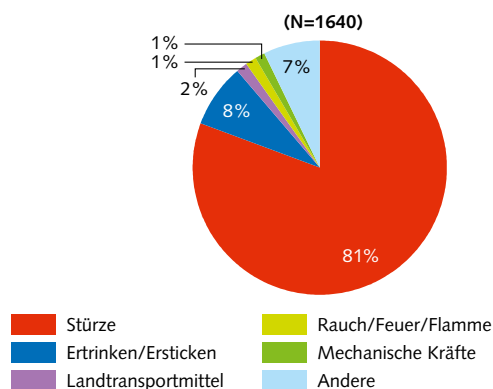
Verletzte: Jährlicher Durchschnitt zwischen 2007 und 2011;  
Getöte: Jährlicher Durchschnitt zwischen 2009 und 2013

**G 4.61***Unfälle in Haus und Freizeit*

Am meisten Personen verletzen sich bei Unfällen im Haus oder in der Freizeit, nämlich zwischen 2007 und 2011 im Schnitt jährlich 554'210 Personen. 27% der Opfer dieser Unfälle waren jünger als 17 Jahre, 21% der Opfer 65 Jahre oder älter. 49% der Unfälle wurden durch Stürze verursacht. Dieser Anteil stieg mit dem Alter und belief sich bei den Personen ab 65 Jahren auf 86% (> Kapitel 4.7.2 für Stürze bei älteren Personen). Stürze machten zudem 81% der Todesursachen bei Haus- und Freizeitunfällen aus (zwischen 2007 und 2011 durchschnittlich 1640 Getötete; G 4.62).

**Bei Haus- und Freizeitunfällen getötete Personen**

Jährlicher Durchschnitt zwischen 2007 und 2011

**G 4.62**

## Hospitalisierungen

Im Jahr 2012 wurden 126'555 Personen infolge eines Unfalls hospitalisiert. Ab 65 Jahren ist die Hospitalisierungsrate bei den Frauen höher und nimmt ab 75 Jahren stark zu (G 4.63). Stürze sind ein wichtiger Grund für diese Spitalweisungen. 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 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. Rund 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 2013 weniger als ein Zehntel. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Geburten bei Frauen ab 35 Jahren praktisch verdreifacht und beträgt heute 30% aller Gebärenden (G 4.64). Im internationalen Vergleich gehört die Schweiz damit zu den europäischen Ländern

mit einem der höchsten Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes (2013: 30,6 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 2012 gaben 2,8% der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung teilnahmen, 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 Jahren regelmässig gestiegen, von 22,7% im Jahr 1998 auf 33,4% im Jahr 2012. Die Kaiserschnittquote ist je nach Region unterschiedlich hoch. Während sie im Jura bei 19,2% lag, betrug sie in anderen Regionen der Schweiz gut das Doppelte (K 4.1).

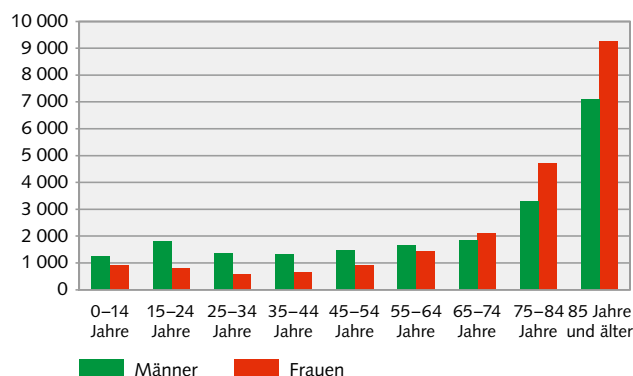
Die Zahl der Frauen, die im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung Methoden der extrauterinen Befruchtung in Anspruch nehmen, scheint sich nach einem kontinuierlichen Anstieg zwischen 2004 und 2010 stabilisiert zu haben. Dies gilt auch für die Zahl der Kinder, die infolge solcher Verfahren geboren werden (G 4.65). Im Jahr 2012 wurden mindestens 2% der Kinder im Zuge solcher Behandlungen geboren.

Empfängnisverhütung ist in der Schweiz weit verbreitet. Im Jahr 2012 gaben 80% der Personen zwischen 15 und 49 Jahren, die in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Partnerin bzw. einen Partner hatten,

### Wegen eines Unfall hospitalisierte Personen, 2010–2012

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.63

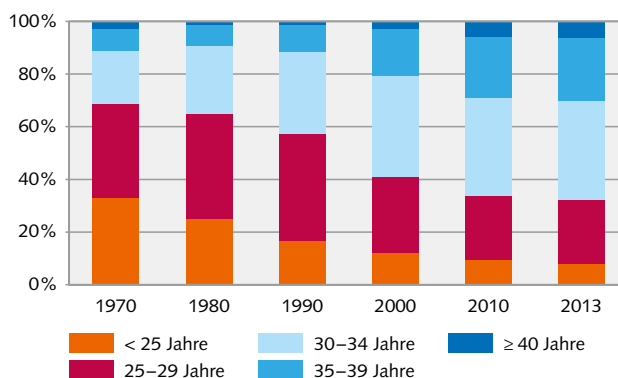


Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

### Lebendgeburten nach Alter der Mutter

G 4.64

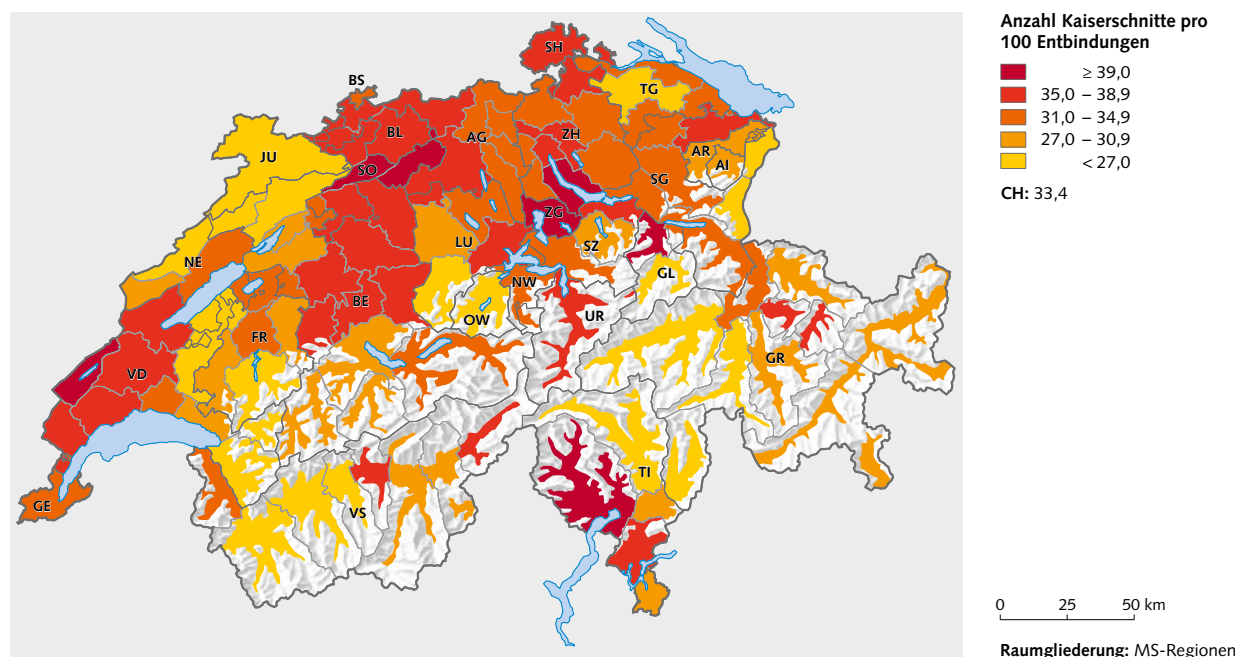


Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS 2014

## Kaiserschnittrate, 2012

K 4.1

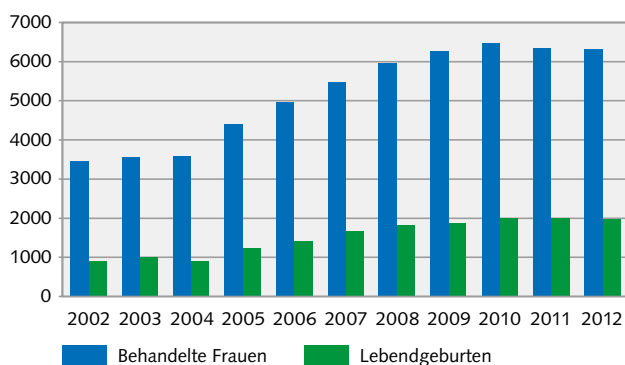


Quelle: BFS – MS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung<sup>1</sup>

G 4.65

<sup>1</sup> Methoden der Befruchtung ausserhalb des Mutterleibes

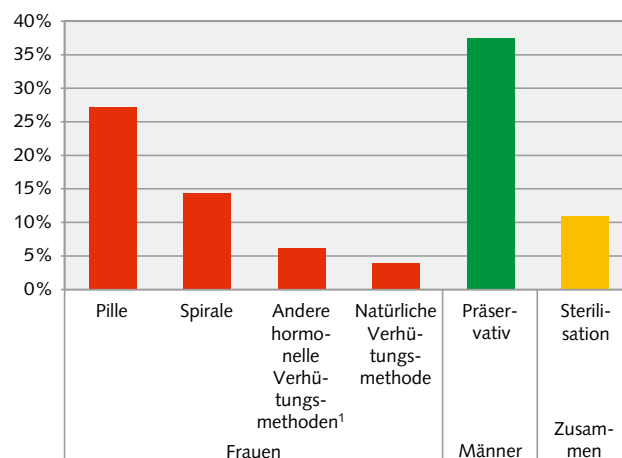
Quelle: BFS – StatLPMA

© BFS 2014

## Anwendung von Verhütungsmethoden, 2012

Sexuell aktive Frauen und Männer zwischen 15 und 49 Jahren

G 4.66

<sup>1</sup> Verhütungsring, -pflaster, -stäbchen oder 3-Monatspritze

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

an, dass sie oder ihre Partnerin bzw. ihr Partner ein Verhütungsmittel benutzte. Bei den Frauen war die Pille das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel (27% der sexuell aktiven Frauen zwischen 15 und 49 Jahren nahmen diese; davon 8% in Kombination mit dem Präservativ), gefolgt von der Spirale (14%). 37% der sexuell aktiven Männer zwischen 15 und 49 Jahren benutzten nach eigenen Angaben Präservative (G 4.66). 11% der Personen – unabhängig vom Geschlecht – gaben an, dass sie

oder ihre Partnerin bzw. ihr Partner sich hatten unterbinden lassen. Die Unterbindung betrifft vor allem Personen ab 35 Jahren und ihre jeweilige Partnerin bzw. ihren jeweiligen Partner.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist im internationalen Vergleich klein. Seit 2004 wurden pro 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren rund 7 Schwangerschaftsabbrüche registriert. Im Jahr 2013 belief sich diese Quote für in der Schweiz wohnhafte

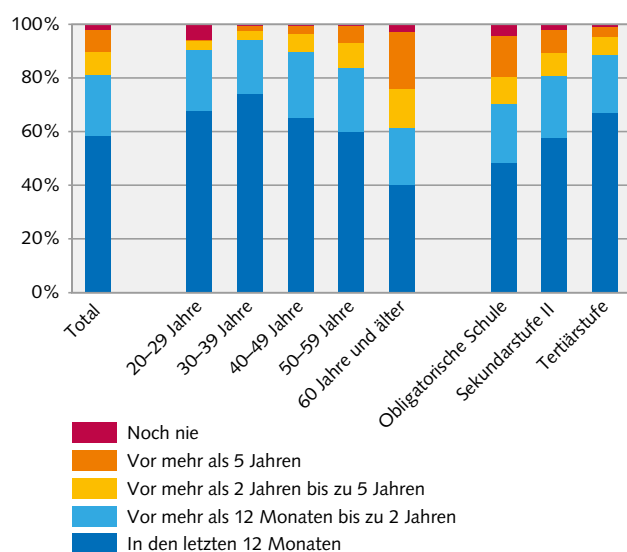
Frauen auf 6,4%. Bei den jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren war die Quote sogar noch kleiner und nimmt seit 2004 kontinuierlich ab. Im Jahr 2013 lag sie bei den in der Schweiz wohnhaften jungen Frauen bei 4,0%.

Gynäkologische Untersuchungen dienen insbesondere dazu, den PAP-Abstrich (zur Früherkennung der Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs) durchzuführen und die Gesundheit der Geschlechtsorgane der Frau zu kontrollieren. Beinahe jede sechste Frau hat innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin aufgesucht (G 4.67). Am häufigsten nahmen Frauen unter 40 Jahren gynäkologische Konsultationen in Anspruch, während lediglich 40% der Frauen ab 60 Jahren von einem Frauenarztbesuch in den vergangenen zwölf Monaten berichteten. Weiter fällt auf, dass die Häufigkeit von Frauenarztbesuchen mit der Höhe des Bildungsstandes der Frauen ansteigt. Diese Alters- und Bildungseffekte zeigten sich auch bei der Inanspruchnahme des PAP-Abstrichs.

#### Frauenarztbesuch, 2012

Frauen ab 20 Jahren

G 4.67



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

## 4.7 Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen

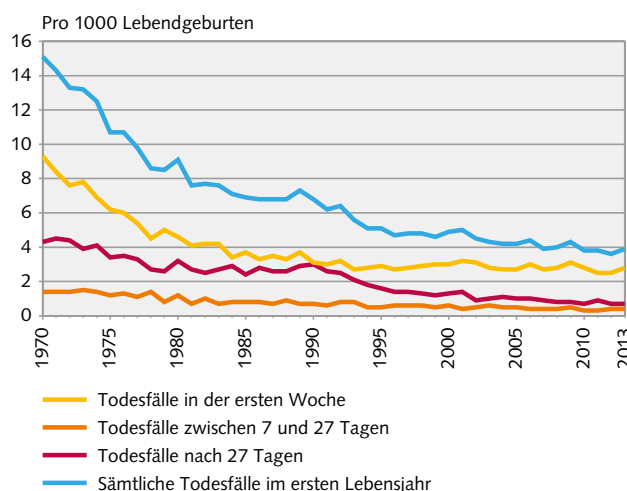
### 4.7.1 Neugeborene

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 (G 4.68). Diese Todesfälle konzentrieren sich zunehmend auf die ersten Stunden und Tage nach der Geburt. Von den 320 Todesfällen von Kindern im ersten Lebensjahr, die 2013 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 0,4% der Lebendgeburten aber 50% der Säuglingstodesfälle aus.

Im Jahr 2013 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, und zwar wenn die Fortsetzung der Schwangerschaft mehr

#### Säuglingssterblichkeit

G 4.68



Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS 2014



Risiken birgt als die Frühgeburt. Bei den Mehrlingsgeburten besteht ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten: Deren 54% erfolgen vorterminal. Ein Vergleich der Verteilung der Geburten nach Gestationsalter zeigt, dass Mehrlingsgeburten durchschnittlich drei Wochen früher erfolgen als einfache Geburten (G 4.69).

Der Anteil der Mehrlingsgeburten beträgt heute über 36 von 1000 Lebendgeburten (d.h. 18 von 1000 Schwangerschaften). Dies entspricht einer Verdoppelung gegenüber 1970. Dies lässt sich mit dem höheren Alter der Mütter bei der Geburt und einer häufigeren Inanspruchnahme von Methoden der Reproduktionsmedizin 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 1000 g hat sich innerhalb von 30 Jahren nahezu verdreifacht (G 4.70). Mehrlinge sind bei der Geburt im Durchschnitt leichter als Einlinge (Mittelwert 2013: 2332 g gegenüber 3323 g), wobei die Geburten von Kindern mit sehr geringem Gewicht sowohl bei den einfachen als auch bei den Mehrlingsgeburten zunehmen. Zu früh geborene Kinder sind zudem leichter als termingerecht geborene (2013: 2264 g gegenüber 3367 g). 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 bis 250 g.

Anhand von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft können einige Fehlbildungen und Chromosomenanomalien vorzeitig erkannt werden, was in manchen Fällen zu einem Schwangerschaftsabbruch führt. Dadurch geht die Zahl der bei der Geburt verzeichneten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien (T4.1) zurück, die für rund ein Drittel der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr verantwortlich sind.

#### T 4.1 Einige Fehlbildungen bei Lebendgeborenen, 2012

Festgestellt bei der Geburt (Spitäler und bestimmte Geburtshäuser, in der Schweiz wohnhafte Neugeborene)

| Fehlbildungen und Chromosomenanomalien                                       | Anzahl Fälle | Anteil der betroffenen Neugeborenen |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Angeborener Herzfehler                                                       | 415          | 1/196                               |
| Bei Knaben: Mündung der Harnröhre auf der Unterseite des Penis (Hypospadias) | 182          | Knaben: 1/231                       |
| Obere Harnröhrenspaltung (Epispadias)                                        | 36           | 1/2 259                             |
| Lippenspalte und/oder Gaumenspalte                                           | 105          | 1/774                               |
| Down-Syndrom (Trisomie 21)                                                   | 86           | 1/946                               |
| Edwards-Syndrom (Trisomie 18) oder Patau-Syndrom (Trisomie 13)               | 10           | 1/8 132                             |
| Offener Rücken (Spina bifida)                                                | 6            | 1/13 553                            |

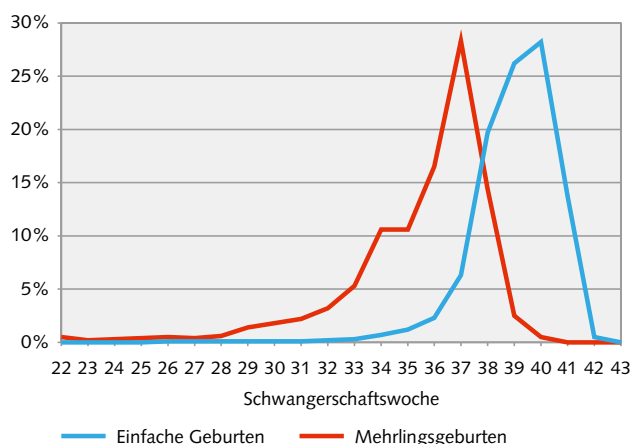
Quelle: BFS – MS

© BFS, Neuchâtel 2014

#### Einfache Geburten und Mehrlingsgeburten, 2013

Verteilung der Geburtstypen nach Schwangerschaftswoche

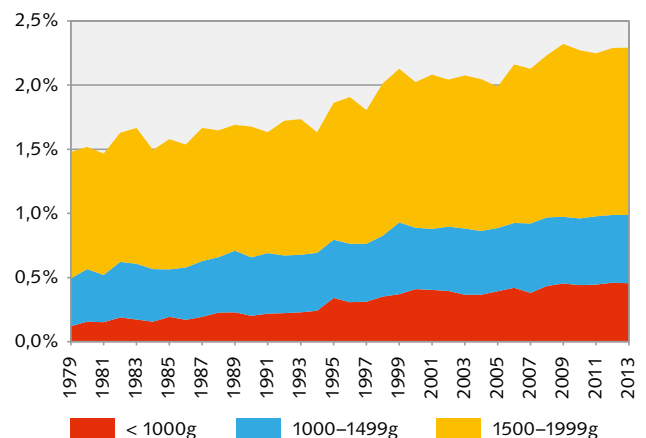
G 4.69



Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS 2014

#### Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht G 4.70



Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS 2014

#### 4.7.2 Ältere Personen

Die Lebenserwartung steigt seit Jahrzehnten an. Im Jahr 2012 waren 17,4% der Bevölkerung (1,4 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. 2012 hatten 8% der Personen ab 65 Jahren (112'155) einen längeren Aufenthalt in einer sozialmedizinischen Institution, d.h. in einem Alters- und Pflegeheim, verbracht. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen steigt mit dem Alter stark an (G 4.71). Bis zum Alter von 80 Jahren ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen, danach überwiegen die Frauen. Nahezu drei Viertel der Personen in Alters- und Pflegeheimen sind Frauen (72%).

Vier von zehn älteren Menschen, die in einem Privathaushalt lebten (Personen in Alters- oder Pflegeheimen sind in der Folge nicht berücksichtigt), waren bei ihren alltäglichen Verrichtungen seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems leicht oder stark eingeschränkt. Diese Einschränkungen nehmen mit steigendem Alter zu: Der Anteil der betroffenen Personen steigt von 36% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 53% bei Personen ab 80 Jahren.

Funktionelle Einschränkungen (des Seh-, Hör- oder Gehvermögens) nehmen mit steigendem Alter ebenfalls zu. Ab 80 Jahren verdoppelt sich der Anteil der Personen mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen, während sich der Anteil der Personen mit beeinträchtigtem Gehvermögen mehr als verdreifacht (G 4.72). 87% der Personen ab 65 tragen eine Brille und 2% haben Probleme, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen. 15% tragen

einen Hörapparat, 6% davon können jedoch keiner Konversation folgen, an der zwei oder mehr Personen teilnehmen. Die Hörprobleme verdoppeln sich mit steigendem Alter: von 2% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 4% bei den Personen ab 80 Jahren.

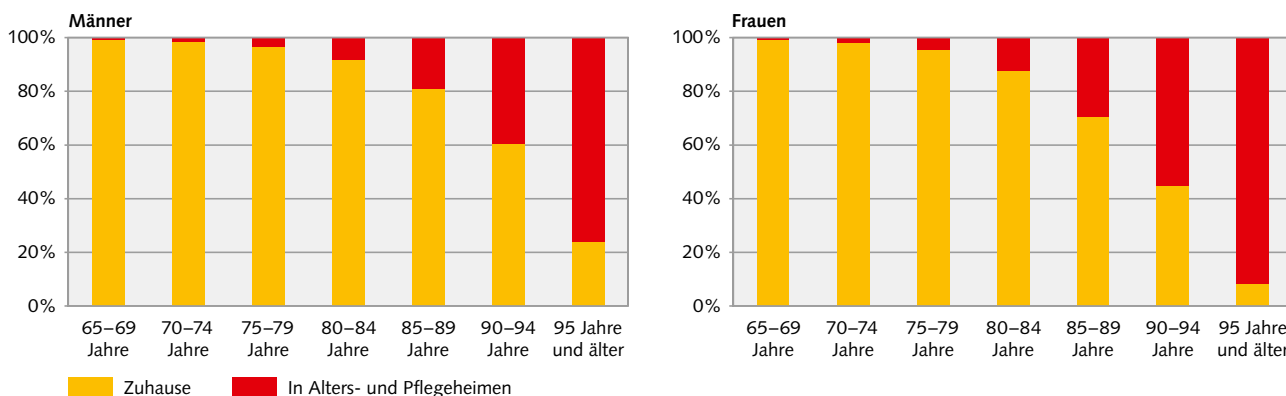
Eine ältere Person erfährt Autonomieprobleme, wenn sie nicht mehr fähig ist, gewisse Tätigkeiten selbst auszuüben, wie das Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, waschen, die Hausarbeit erledigen, sich um die Finanzen kümmern oder den öffentlichen Verkehr benutzen. 20% der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren haben grosse Schwierigkeiten oder sind nicht fähig, eine oder mehrere dieser Tätigkeiten auszuführen. Bei den Personen ab 80 Jahren ist dies fast dreimal häufiger als bei den Personen zwischen 65 und 79 Jahren (40% gegenüber 14%). Dieser Autonomieverlust spitzt sich noch zu, wenn jemand Schwierigkeiten hat, ohne fremde Hilfe Alltagsaktivitäten wie essen, sich ankleiden, zur Toilette gehen, sich waschen, aufstehen, sich hinsetzen oder zu Bett gehen, auszuüben. 3% der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren waren bei mindestens einer dieser Aktivitäten eingeschränkt. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine bedeutenden Unterschiede. Dieser Anteil beläuft sich bei den 65- bis 79-Jährigen auf weniger als 2% und bei den Personen ab 80 auf 8%.

Stürze sind eine häufige Unfallursache, vor allem bei älteren Personen (> Kapitel 4.5). Ein Viertel der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren sind während eines Jahres mindestens einmal gestürzt, davon vier von zehn mehrmals (G 4.73). Frauen sind etwas häufiger gestürzt als Männer (28% gegenüber 22%). Personen ab 80 Jahren stürzen häufiger als die Personen zwischen 65 und 79 Jahren (30% gegenüber 23%).

#### Lebensort nach Alter, 2012

Bevölkerung ab 65 Jahren

G 4.71



Quelle: BFS – SOMED, STATPOP

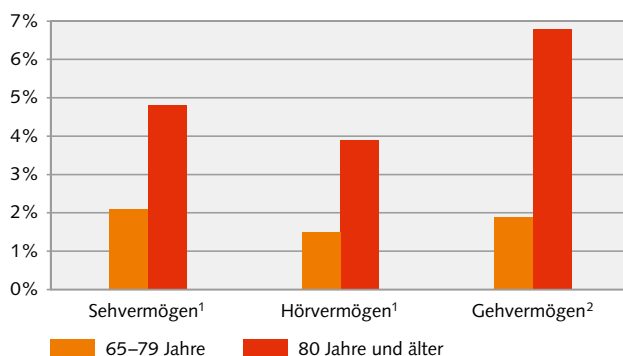
© BFS 2014



### Funktionelle Einschränkungen bei Betagten, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 65 Jahren

G 4.72

<sup>1</sup> Totale oder starke Einschränkung<sup>2</sup> Kann nicht allein gehen, oder nur ein paar Schritte

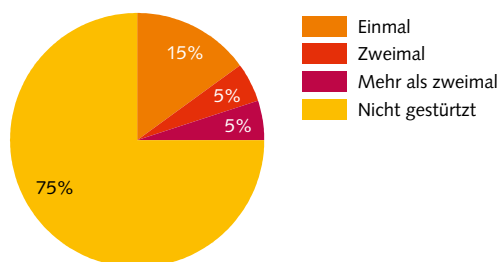
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Stürze, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 65 Jahren, innerhalb eines Jahres

G 4.73



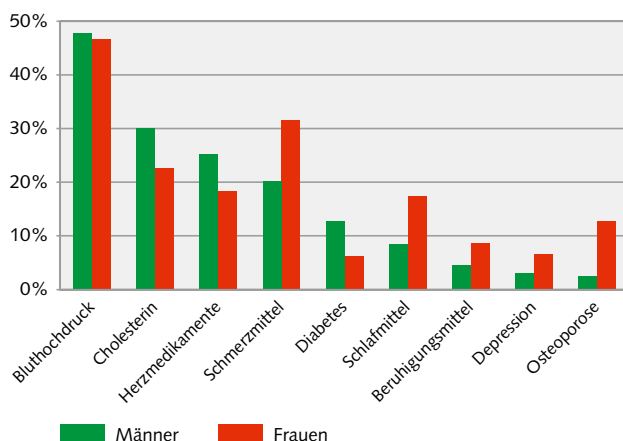
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Medikamentenkonsum, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 65 Jahren

G 4.74



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

78% der älteren Menschen konsumieren mindestens ein Medikament pro Woche, Männer ebenso wie Frauen. Bei den 65- bis 79-Jährigen beläuft sich dieser Anteil auf 75%, bei den Personen ab 80 Jahren steigt er auf 87% an. Fast die Hälfte nimmt Medikamente gegen Bluthochdruck (47%), ein Viertel Schmerzmittel (27%) oder Medikamente gegen Cholesterin (26%). Der Konsum von Medikamenten unterscheidet sich je nach Geschlecht (G 4.74). Männer nehmen häufiger als Frauen Medikamente gegen Cholesterin, für das Herz und gegen Diabetes, während Frauen häufiger Schmerzmittel, Schlafmittel und Medikamente gegen Osteoporose einnehmen. Aus einer Liste von neun Medikamenten konsumierten ältere Menschen durchschnittlich 1,6 Medikamente pro Woche. Dieser Anteil nimmt mit steigendem Alter zu.

### 4.7.3 Migrantinnen und Migranten

2012 stellte die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, d.h. zugewanderte Personen und solche mit zugewanderten Eltern (Angehörige der 2. Generation), 34,7% 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 Bevölkerungsanteil 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 ausländische Personen mit einer Niederlassungsbewilligung in der Schweiz. Zur besseren Darstellung wurden dabei die Herkunftsländer in 4 verschiedene Regionen zusammengefasst (> Glossar). Personen, die nicht ausreichend die Landessprachen beherrschen oder einen anderen Aufenthaltsstatus haben, konnten nicht befragt werden. Die Resultate können daher nicht auf die gesamte Migrationsbevölkerung übertragen werden, vor allem nicht auf Personen mit besonders prekärer aufenthaltsrechtlichen Status (Asylsuchende, Sans-Papiers).

### Gesundheitszustand

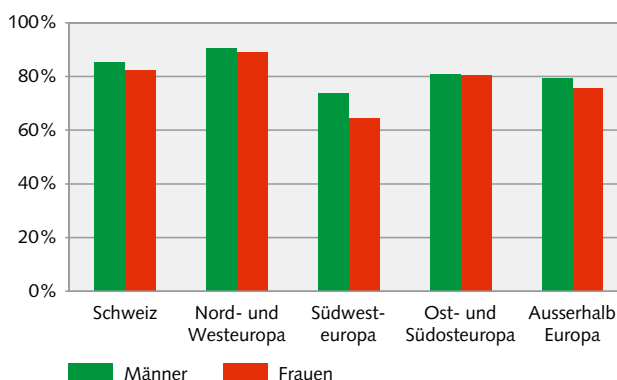
Mit Ausnahme der Personen aus Nord- resp. Westeuropa schätzten die Personen ausländischer Nationalität ihre eigene Gesundheit verglichen mit den Schweizerinnen und Schweizern weniger oft als gut oder sehr gut ein (G 4.75). In der jüngsten Alterskategorie (unter 40 Jahre) waren die Unterschiede noch gering. Die Differenz nahm mit dem Alter zu, insbesondere bei den Personen aus Südwesteuropa. Allerdings wird die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch kulturelle Wertesysteme beeinflusst, was die Interpretation der Unterschiede zwischen Nationalitäten erschwert. Demgegenüber war die ausländische Bevölkerung sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern weniger stark durch langdauernde Gesundheitsprobleme betroffen (G 4.76). Die Unterschiede bestanden auch nach Kontrolle des Alters. Insbesondere kürzlich eingewanderte Ausländerinnen und Ausländer wiesen weniger oft dauerhafte Krankheiten auf als Schweizerinnen und Schweizer.

Demgegenüber war die Beeinträchtigung durch psychische Probleme bei der ausländischen Bevölkerung stärker als bei den Schweizerinnen und Schweizern (G 4.77). Beinahe jede vierte Person aus Südwest-, sowie Südost- oder Osteuropa wies eine mittlere oder hohe psychische Belastung auf, bei den Frauen aus Südwesteuropa war es sogar mehr als jede Dritte. Am häufigsten manifestierte sich eine erhöhte psychische Belastung bei den ausländischen Personen, deren Bildungsstand nicht die obligatorische Schulbildung überstieg (32%). Die höhere psychische Belastung führte jedoch nicht

### Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Staatsangehörigkeit, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.75



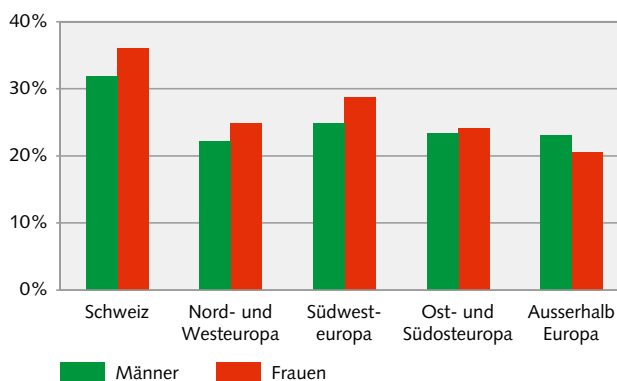
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Dauerhaftes gesundheitliches Problem nach Staatsangehörigkeit, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.76



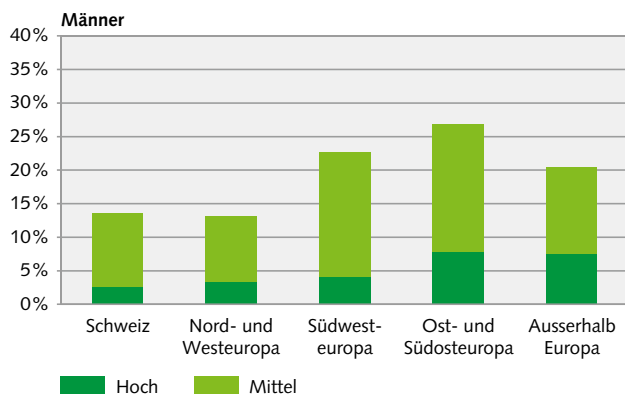
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

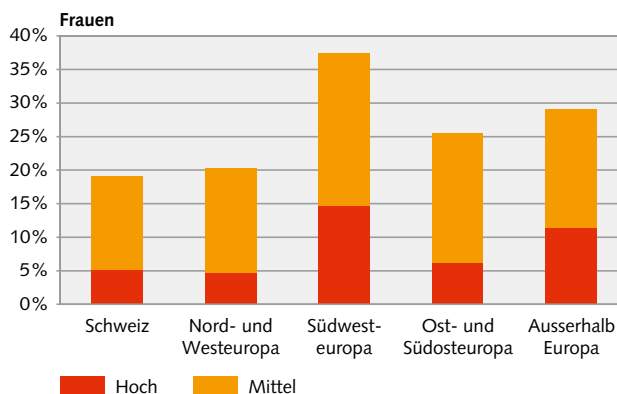
### Psychische Belastung nach Staatsangehörigkeit, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.77



Quelle: BFS – SGB



© BFS 2014

zu einer höheren Inanspruchnahme von Behandlungen wegen psychischen Problemen. Bei den Frauen aus Südost- resp. Osteuropa war diese sogar signifikant tiefer als bei den Schweizerinnen (3,4% gegenüber 6,6%). Ebenso konnten ausländische Personen auf weniger soziale Unterstützung als Schweizerinnen und Schweizer zählen und wiesen öfters eine tiefere Kontrollüberzeugung auf. Dies betraf mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa alle ausländischen Personen unabhängig von ihrer Aufenthaltsdauer in der Schweiz. Die psychische Belastung war generell höher bei geringer sozialer Unterstützung und tiefer Kontrollüberzeugung, unabhängig davon ob es sich um Schweizer oder ausländische Staatsangehörige handelte.

Das Risiko, an Übergewicht, insbesondere an Adipositas, zu leiden, war für Personen aus Südwest-, resp. Südost- und Osteuropa besonders hoch (G 4.78). Mit zunehmendem Alter vergrösserte sich die Differenz zu den Schweizerinnen und Schweizern zusehends. Demgegenüber waren Personen aus Nord- und Westeuropa weniger stark von Übergewicht und Adipositas betroffen.

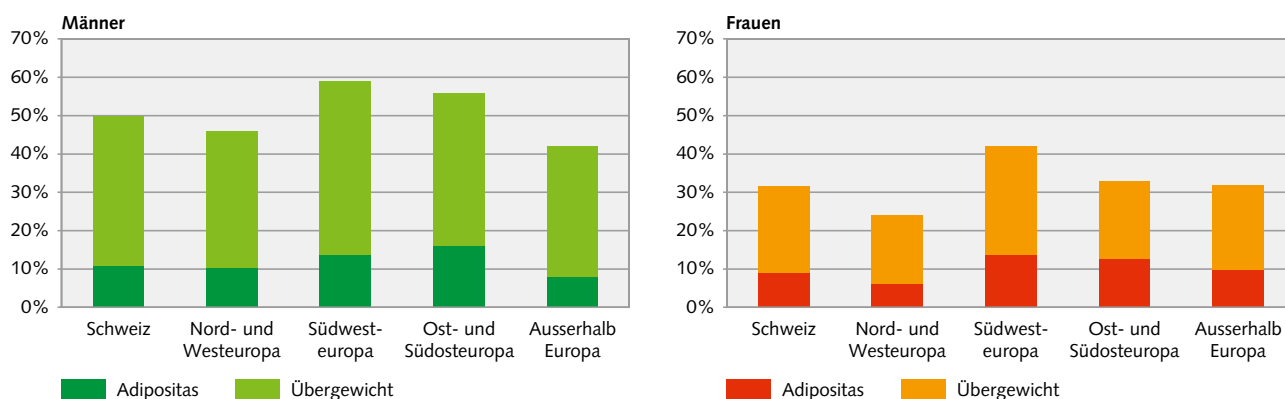
Aufgrund obiger Indikatoren zeigt sich für die ausgewählten Bevölkerungsgruppen folgendes Bild:

- Personen aus Nord- und Westeuropa haben ein sozioökonomisches Profil, das über demjenigen der schweizerischen Staatsangehörigen liegt. Rund ein Fünftel von ihnen lebt zudem seit weniger als fünf Jahre in der Schweiz. Ihr Gesundheitszustand ist oftmals besser als derjenige der Schweizerinnen und Schweizer.
- Personen aus Südwesteuropa sowie aus Südost- und Osteuropa weisen ein rund 5 Jahre tieferes Durchschnittsalter auf gegenüber den Schweizerinnen und Schweizern. 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).
- Mit zunehmendem Alter geht die Schere zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung auseinander. Der Gesundheitszustand der älteren, seit langem in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländer ist mit Ausnahme der Personen aus Nord- resp. Westeuropa deutlich weniger gut. Man kann darin auch die Wirkungsweise eines sozialen Gradienten hinsichtlich der Gesundheit erkennen. Ein Grossteil der ausländischen Bevölkerung findet sich oftmals in sozial tiefer gestellten Schichten wieder, gemessen an Bildungsstand und Einkommen. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang zwischen Migration und dem Mangel an sozialer Unterstützung sowie einer erhöhten psychischen Belastung.

## Übergewicht und Adipositas nach Staatsangehörigkeit, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.78



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Zugang zur Gesundheitsversorgung

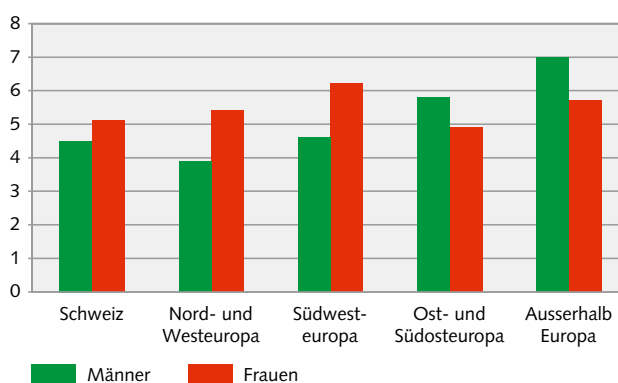
Bezüglich des Anteils der Personen, die über den Zeitraum eines Jahres hinweg mindestens einmal in ärztlicher Behandlung waren, gab es in der Regel keinen signifikanten Unterschied nach Staatsangehörigkeit. Eine Ausnahme bildeten die Frauen aus Südwesteuropa, die eine deutlich höhere Konsultationsrate aufwiesen (90% der Frauen verglichen mit 85% der Frauen schweizerischer Nationalität). Ebenso gab es auch bezüglich der Anzahl Arztbesuche pro Patientin oder Patient keine signifikanten Unterschiede nach Herkunftsregion (G 4.79). Unterschiede gab es jedoch nach Art des gewählten Arztes: Mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa gehen Personen ausländischer Herkunft im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern eher zum Generalisten als zum Spezialisten.

Frauen aus Südwesteuropa sowie ausserhalb von Europa suchten deutlich öfters als Schweizerinnen Spitalnotfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken auf (G 4.80). Bezüglich der Anzahl der aufgrund von nicht voraussehbaren Notfällen erfolgten Konsultationen pro Patientin bzw. Patient bestanden jedoch keine signifikanten Unterschiede.

### Arztkonsultationen nach Staatsangehörigkeit, 2012

Durchschnittliche Anzahl pro Patient oder Patientin innerhalb eines Jahres. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 4.79**



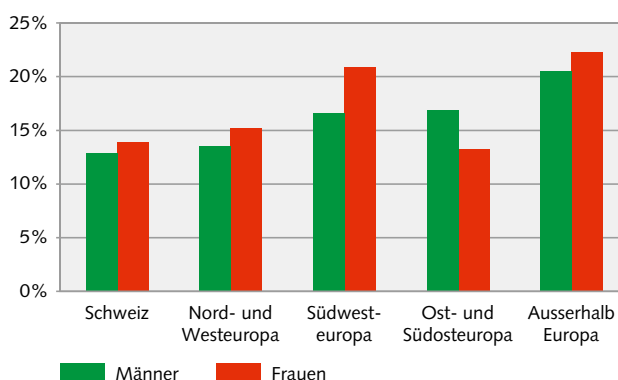
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik nach Staatsangehörigkeit, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb eines Jahres

**G 4.80**



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

# 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 inkl. Geburtshäuser), Pflegeheime für Betagte und so genannte «spezialisierte Institutionen» (Heime für Personen mit Behinderungen, mit psycho-sozialen oder mit Suchtproblemen). Das grösste Angebot stellten dabei 2012 die Pflegeheime mit rund 93'000 Betten bereit, gefolgt von Spitälern mit rund 38'400 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, Chiropraktik, Transportdienste, medizinische Labors usw.). Weniger klar eingrenzbar und nur schwierig erfassbar bleiben die vielseitigen Angebote im alternativmedizinischen und beratenden 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 usw.). Aufgrund der Datenlage werden nachfolgend nur einzelne dieser Bereiche behandelt.

## 5.1 Spitäler

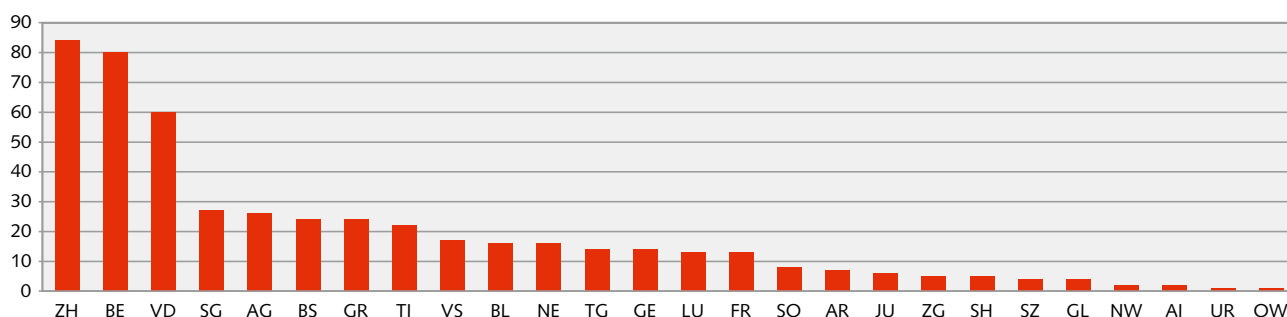
2012 wurden 297 Unternehmen gezählt, welche an 492 Standorten stationär behandelten. Besonders viele Standorte haben die bevölkerungsreichen Kantone Bern, Zürich und Waadt (G 5.1).

Von den 116 Spitalunternehmen für allgemeine Pflege dienten 30 der Zentrumsversorgung (Universittssptler und grosse Kantonssptler) und 86 der Grundversorgung (Regionalsptler und andere kleinere Sptler). Die Anzahl der Unternehmen hat zwischen 2002 und 2012 um 32,9% abgenommen (G 5.2). Dieser Rückgang lässt sich teils auf Fusionen von Sptlern, teils auf Änderungen der statistischen Methoden ab 2010 zurückführen. Die Angaben ab 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 182 Spezialkliniken der Schweiz, 4,2% weniger als noch 2002, gehörten 47 psychiatrische Kliniken, 45 Rehabilitationskliniken und 90 sonstige Kliniken.

Spitalbetriebe nach Kanton, 2012

G 5.1



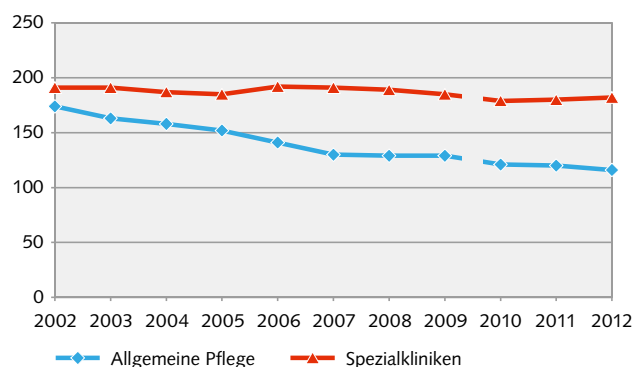
Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

## Spitalunternehmen für allgemeine Pflege und Spezialkliniken

Anzahl Spitäler

G 5.2



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

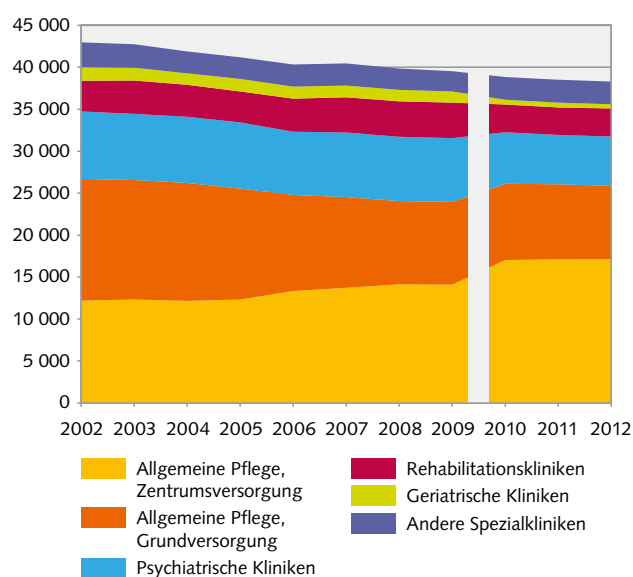
### Bettenangebot

2012 standen 38'297 Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung (ohne Betten für Neugeborene), was einer Versorgung mit 4,8 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (G 5.3). Allerdings schwankt dieser Wert je nach Kanton zwischen 1,7 (Schwyz) und 11,7 (Basel-Stadt) (K 5.1). Zwischen 2002 und 2012 ist das Bettenangebot um 13,1% gesunken. Die 2012 rund 38'000 verfügbaren Betten verteilen sich zu 62% auf Akutspitäler, zu 19% auf psychiatrische Kliniken und zu 19% auf Rehabilitations- und geriatrische Kliniken.

## Verfügbare Spitalbetten nach Betriebstyp

Anzahl Betten

G 5.3



Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

### Beschäftigte

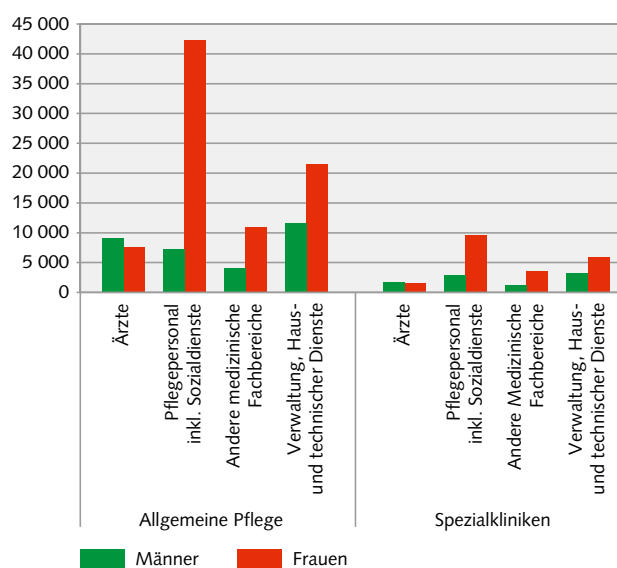
2012 arbeiteten in Spitälern insgesamt 185'357 Personen im Umfang von 144'066 Vollzeitäquivalenten, 79% davon in Spitälern der allgemeinen Pflege. Seit 2002 nahm die Anzahl Vollzeitäquivalente um 20% zu, was auch auf die Ausweitung der ambulanten Spitalbehandlungen zurückgeführt werden kann. Das Personal setzt sich aus 14% Ärztinnen und Ärzte, 43% Pflegepersonal, 14% anderen medizinischen Fachpersonen sowie 29% Personen in zentralen Diensten (Verwaltung: 14%, Hauswärtssdienste und Transport: 12%, technische Dienste: 3%) zusammen. Während das Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft eher ausgeglichen ist (G 5.4), sind in der Pflege und in den anderen medizinischen Fachbereichen vor allem Frauen tätig (82% in der allgemeinen Pflege und 76% in Spezialkliniken).

Pro Spitalbett werden für die Pflege durchschnittlich 3,1 Vollzeitstellen eingesetzt. Allerdings bestehen grössere kantonale Unterschiede (K 5.2): Am höchsten ist mit 4,1 das Pflegeverhältnis in Basel-Stadt und Luzern, am tiefsten mit 2,3 im Wallis, Jura und Tessin.

## Beschäftigte in Spitälern nach Funktion und Geschlecht, 2012

In Vollzeitäquivalenten

G 5.4

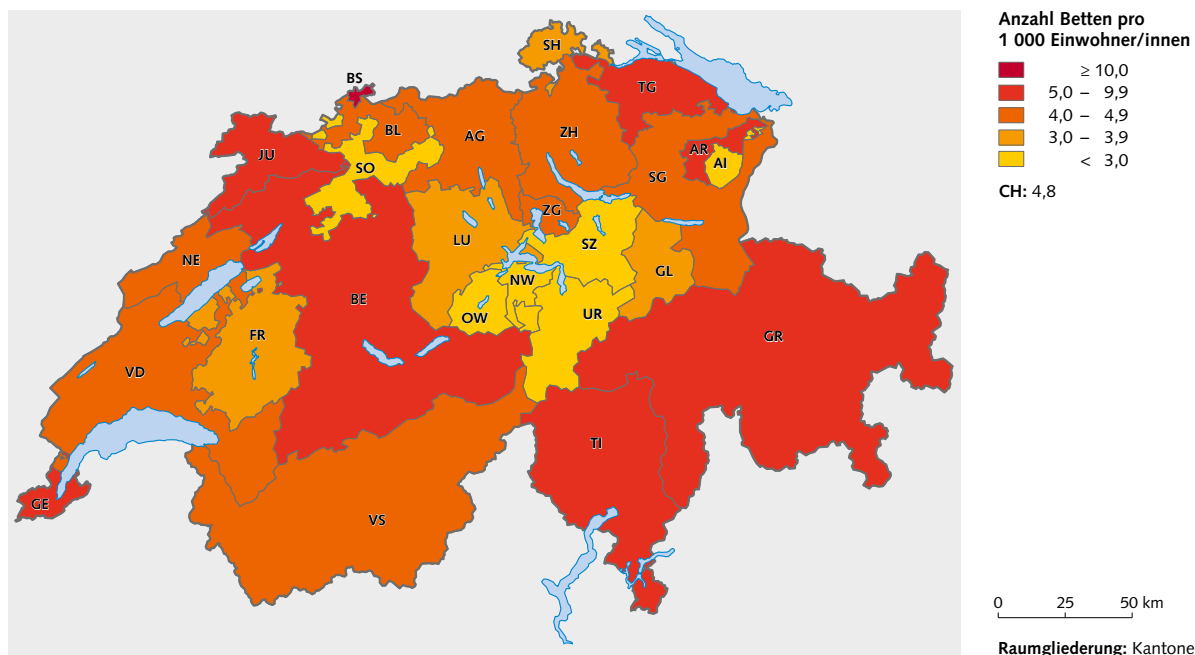


Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

## Spitalbetten, 2012

K 5.1

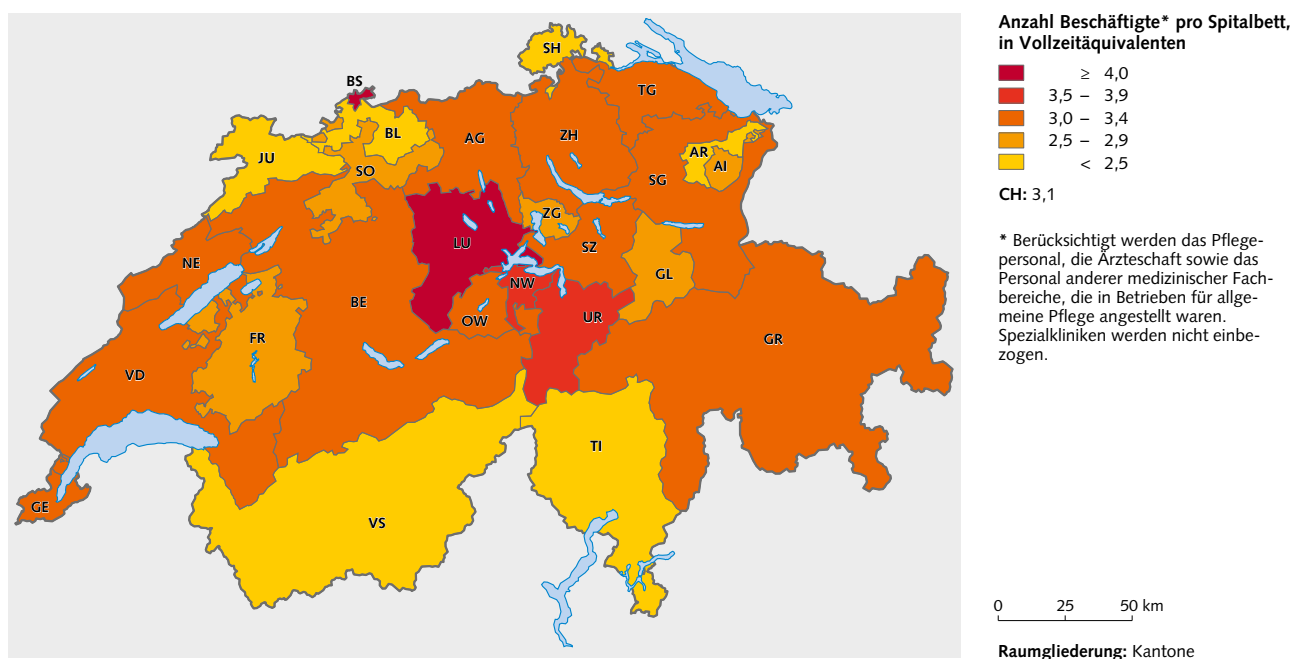


Quelle: BFS – KS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

## Pflegepersonal pro Spitalbett, 2012

K 5.2



Quelle: BFS – KS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014



## Inanspruchnahme

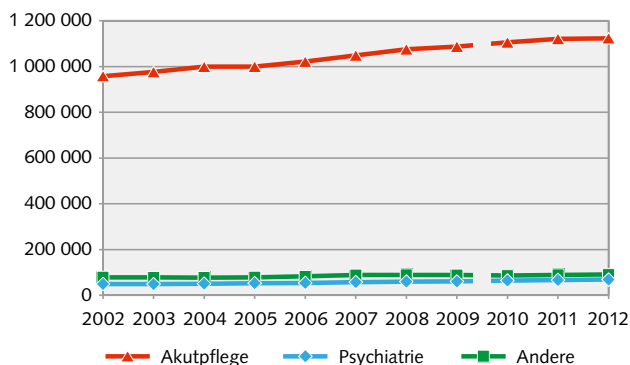
2012 wurden 1'283'779 Hospitalisierungen registriert, der grösste Teil davon in Akutspitälern als Folge von akuten Krankheiten oder Unfällen. 5,4% der Fälle betrafen psychiatrische Abteilungen in Spitälern oder psychiatrische Kliniken und 7,1% die übrigen Kategorien, hauptsächlich Rehabilitations- und geriatrische Kliniken (G 5.5). Anzumerken bleibt, dass eine Person, die wiederholt hospitalisiert wurde, auch mehrfach gezählt wird. Zusammen entsprach dies 2012 15'969 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zu 82% handelte es sich um Personen mit Wohnsitz im eigenen Kanton, zu 15% um solche aus anderen Kantonen und zu 3% um im Ausland wohnhafte Personen.

Weitaus die höchste Hospitalisierungsrate haben die Spitäler in Basel-Stadt (38'300 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner) gehabt, wobei nur 54% der Fälle aus dem eigenen Kanton stammten (G 5.6). 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 Ausserrhodens (62%), was sich mit dem grossen Angebot an Rehabilitationskliniken und chirurgischen Spezialkliniken

## In Spitälern behandelte Fälle

Anzahl Fälle

G 5.5



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

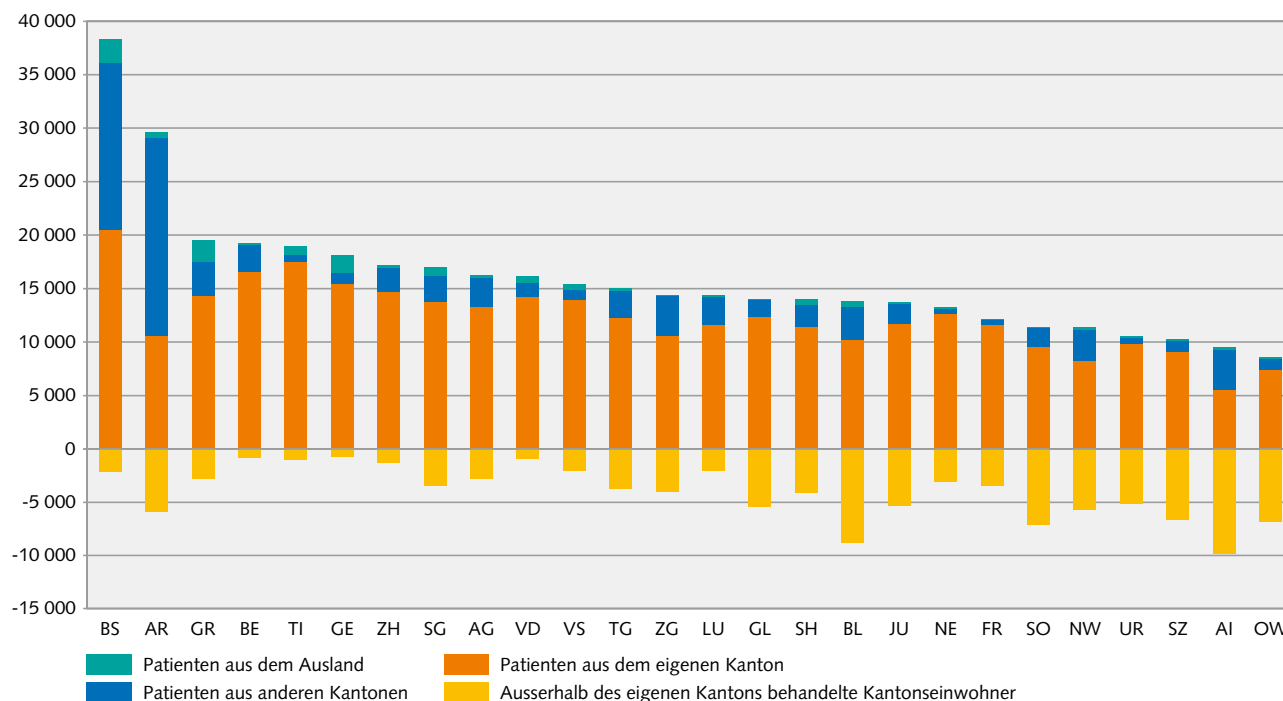
erklären lässt. Zu den Kantonen mit einem relativ hohen Anteil der ausserhalb des Kantons behandelten Kantons-einwohner gehörten Appenzell Innerrhodens, Obwalden, Basel-Landschaft, Solothurn, Schwyz, Nidwalden, Appenzell Ausserrhodens, Uri und Jura.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern betrug 2012 6,2 Tage, verglichen mit noch 9,1 Tagen im Jahr 2002. In der Psychiatrie wurden durchschnittliche 36,8 Tage verbracht und in Rehabilitations- und geriatrischen Kliniken 24,7 Tage (G 5.7).

## Hospitalisierungsrate nach Kanton, 2012

Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 5.6

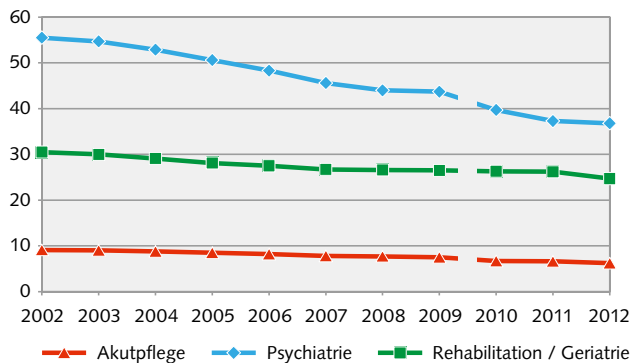


Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

**Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern**

In Tagen

**G 5.7**

Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

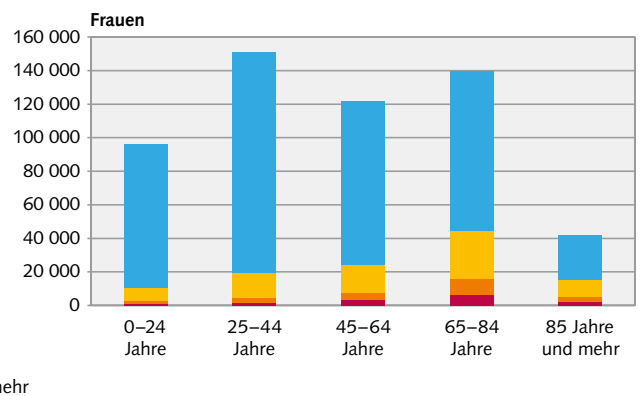
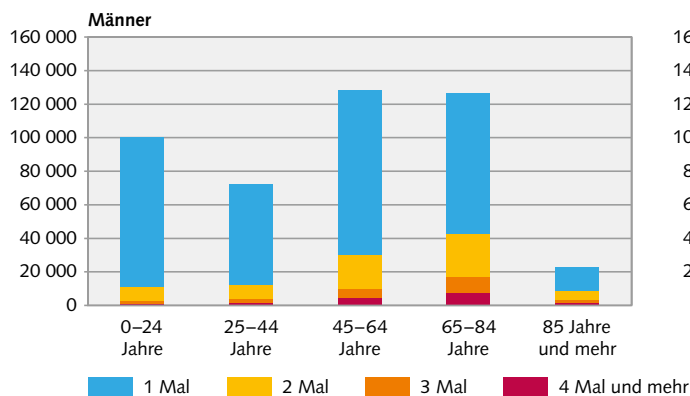
Ein Teil der Personen wurde mehrmals hospitalisiert, in 2012 ungefähr ein Viertel (G 5.8). Am häufigsten war der Anteil der Mehrfachhospitalisierungen in der Altersklasse 85 Jahre und älter.

**Kosten**

Ein Tag im Spital kostete 2012 durchschnittlich 1419 Franken, wobei dieser Wert je nach Klinikart und behandelter Krankheit beträchtlich schwanken kann. So betrugen die Durchschnittswerte für Akutspitäler 1911 Franken, für psychiatrische Kliniken 678 Franken und für Rehabilitations- oder geriatrische Kliniken 724 Franken. Die grössten Kostensteigerungen waren in Akutspitälern zu verzeichnen, nämlich um 56% seit 2002 (G 5.9).

**Mehrfachhospitalisierungen, 2012**

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

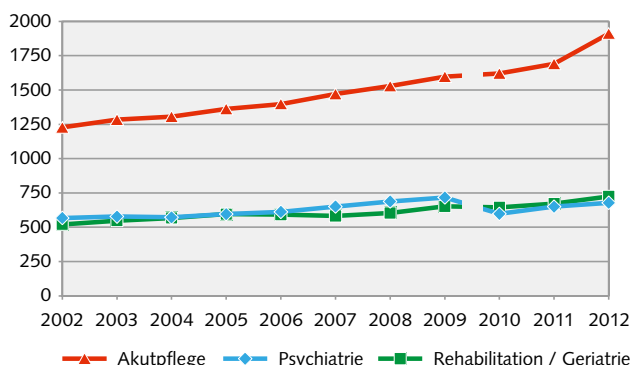
**G 5.8**

Quelle: BFS – MS

© BFS 2014

**Durchschnittskosten in Spitälern**

In Franken pro Tag und Patientin bzw. Patient

**G 5.9**

Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS – KS

© BFS 2014

Im Jahr 2012 beliefen sich die durchschnittlichen Kosten für einen stationären Spitalaufenthalt auf 9419 Franken. Hinter diesem Wert verbergen sich jedoch grosse Unterschiede, die von 2042 Franken für ein gesundes Neugeborenes bis zu 150'000 Franken für Herz- oder Knochenmarktransplantationen variieren können. Eine Hospitalisierung zur Entfernung der Mandeln kostete durchschnittlich 4506 Franken, eine natürliche Geburt ohne Komplikationen 5344 Franken und die Implantation einer Hüftprothese 16'201 Franken.

## 5.2 Alters- und 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.

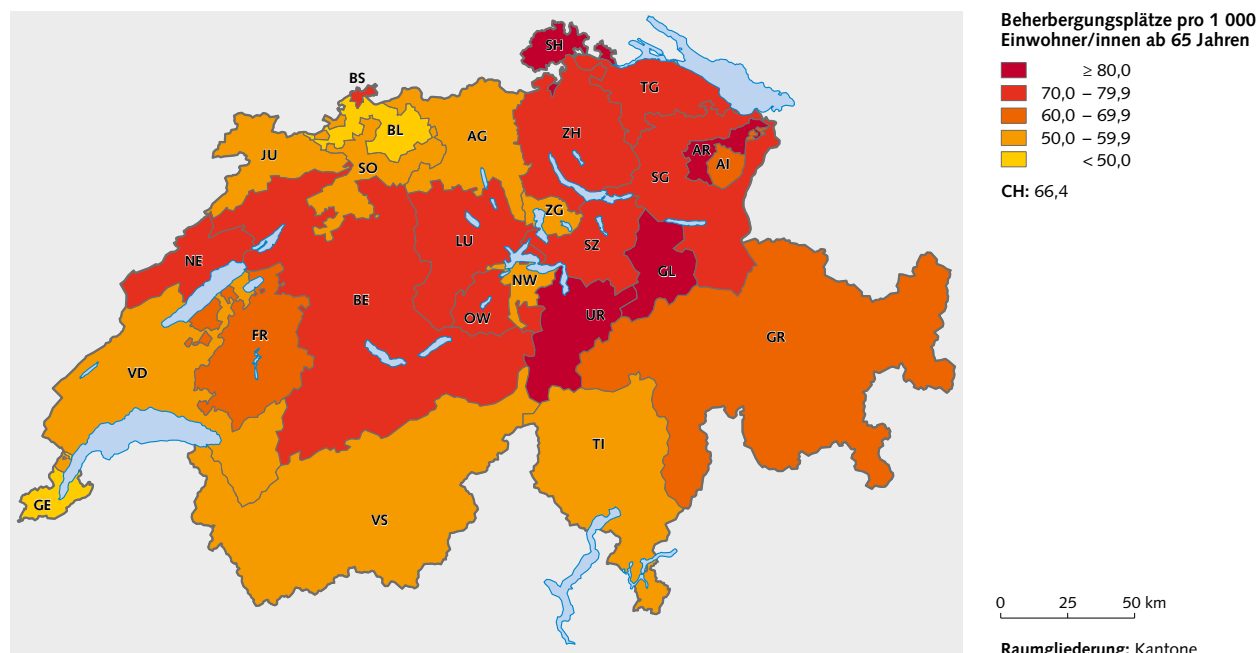
Insgesamt wurden 2012 1558 Pflegeheime gezählt, davon 630 privat finanzierte Institutionen ohne staatliche Subventionen, 465 subventionierte private Institutionen und 463 öffentliche Institutionen. Die Anzahl der im Durchschnitt pro Heim angebotenen Plätze betrug 60, wobei die Spannweite von knapp einem Dutzend Beherbergungsplätzen bis hin zu Grossbetrieben mit bis zu 335 Plätzen und nahezu spitalähnlicher Infrastruktur reichte. Private Betriebe ohne Subventionen sind in der Regel kleiner (im Mittel 50 Plätze) als solche mit Subventionen (60 Plätze) oder öffentliche Pflegeheime (73 Plätze).

### Platzangebot

2012 standen 93'155 Pflegeheimplätze zur Verfügung, 13% mehr als noch 2002. Dies entspricht 67,8 Plätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren. Die Versorgung mit Pflegeheimplätzen weist jedoch je nach Kanton beträchtliche Unterschiede auf und reicht von 48 (Basel-Landschaft) bis zu 122 (im Halbkanton Appenzell Ausserrhoden) Pflegeplätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (K 5.3).

### Plätze in Pflegeheimen, 2012

K 5.3



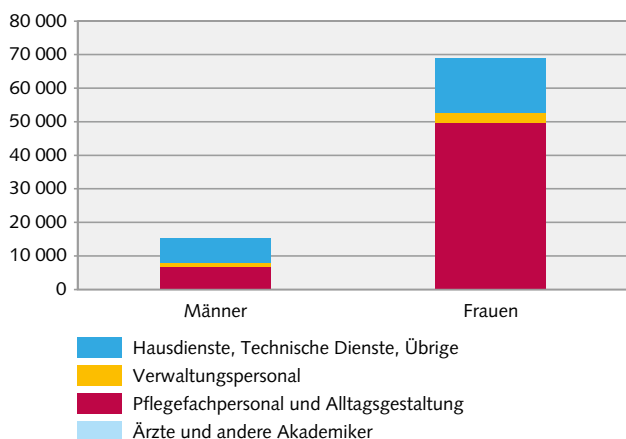
Quelle: BFS – SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

## Beschäftigte in Pflegeheimen nach Berufsgruppen und Geschlecht, 2012

In Vollzeitäquivalenten

G 5.10



Quelle: BFS – SOMED

© BFS 2014

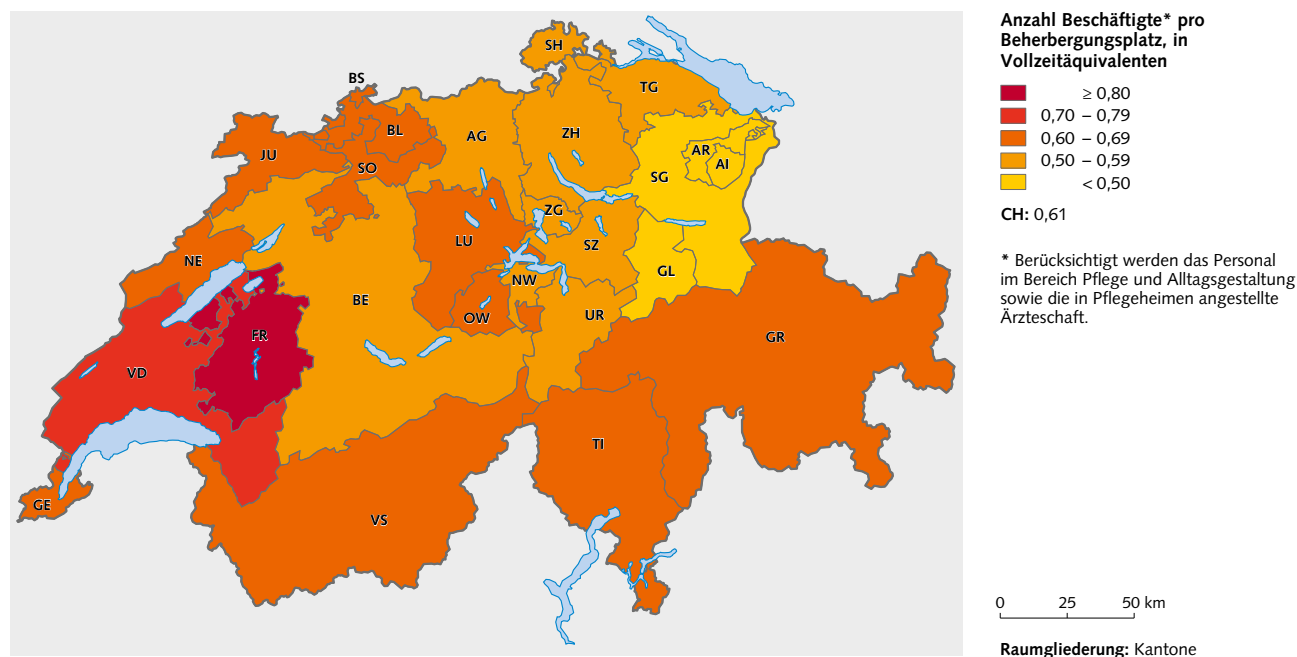
### Beschäftigte

2012 arbeiteten 119'612 Personen in Pflegeheimen, wobei der Frauenanteil bei 84% lag. In Vollzeitäquivalenten gemessen betrug die Beschäftigung allerdings nur 84'216 Stellen, was auf einen hohen Anteil von Teilzeit arbeitenden Personen hinweist. Der mittlere Beschäftigungsgrad der Frauen lag mit 68,3 Stellenprozenten deutlich tiefer als jener von Männern (82 Stellenprozente). Seit 2006 ist das Beschäftigungsvolumen um 21,2% angestiegen, etwas stärker bei Männern (+27,6%) als bei Frauen (+19,8%). Zwei Drittel der Arbeitsleistung wird für die Pflege und Alltagsgestaltung eingesetzt und knapp ein Drittel für den Hausdienst und den technischen Dienst (G 5.10). Die ärztlichen Behandlungen 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 Rollenverteilung: Frauen arbeiten vornehmlich in der Pflege und Alltagsgestaltung, Männer im Hausdienst.

Die Intensität der Betreuung beträgt im schweizerischen Mittel 0,61 Stellen pro Beherbergungsplatz (K 5.4). Ein relativ hohes Pflegeverhältnis hat der Kanton Freiburg mit 0,81 Stellen, ein relativ tiefes die Kantone Glarus (0,38) und Appenzell Ausserrhoden (0,42).

## Personal der Pflegeheime, 2012

K 5.4



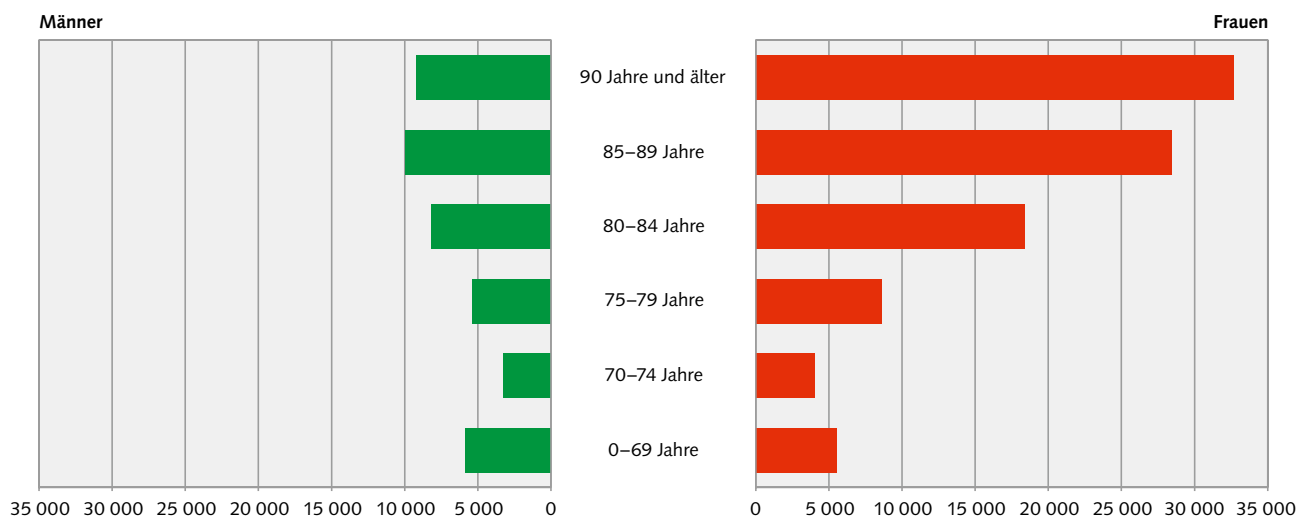
Quelle: BFS – SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

## Klientinnen und Klienten in Pflegeheimen, 2012

Anzahl nach Altersklasse

G 5.11



Quelle: BFS – SOMED

© BFS 2014

## Dauer der Aufenthalte in Pflegeheimen, 2012

Heimaustritte 2012

G 5.12



Quelle: BFS – SOMED

© BFS 2014

### Inanspruchnahme

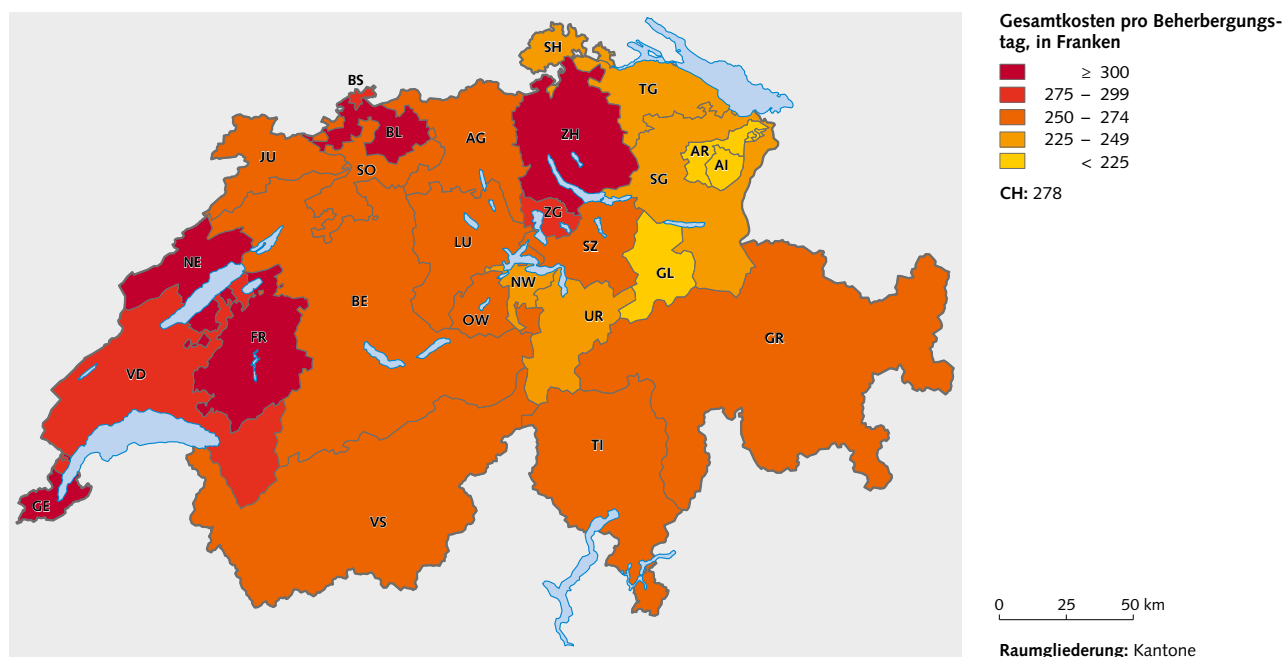
2012 nahmen insgesamt 139'409 Personen Leistungen von Pflegeheimen in Anspruch. Die rund 3791 externen Klientinnen und Klienten, die ausschliesslich die Tages- oder Nachtstruktur nutzten, sind in diesen Zahlen nicht enthalten. 58% aller Klientinnen und Klienten waren über 85 Jahre alt (G 5.11). Bei den 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 zurückführen, dass die erstverstorbenen Lebenspartner mehrheitlich Männer sind und von ihren Partnerinnen zuhause gepflegt werden können, während die länger lebenden Frauen häufiger auf institutionelle Hilfe angewiesen sind.

37% der Personen, die 2012 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 Entlastung pflegender Angehöriger. Die durchschnittliche Dauer dieser befristeten stationären Aufenthalte betrug 33 Tage. Bei den Langzeitaufenthalten, die im Jahr 2012 durch Austritt endeten, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den Männern 702 Tage und bei den Frauen 1075 Tage. Der Anteil der Personen, die mindestens 5 Jahre im Pflegeheim gewohnt hatten, belief sich bei den Männern auf 11% und bei den Frauen auf 21% (G 5.12).

## Kosten der Pflegeheime, 2012

K 5.5



Quelle: BFS – SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

*Kosten*

Pro Beherbergungstag entstanden 2012 Gesamtkosten von durchschnittlich 278 Franken. Je nach Kanton bestanden allerdings beträchtliche Unterschiede, welche von 195 Franken (Glarus) bis 387 Franken (Genf) reichten (K 5.5). 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.

**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 2012 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 (25%).

*Infrastruktur*

2012 standen insgesamt rund 27'100 Wohnplätze (mit und ohne Tagesbeschäftigung) und 26'100 Tagesplätze zur Verfügung. Der überwiegende Teil des Angebots richtet sich an Personen mit Behinderungen (für

Erwachsene 83% der Wohn- und 90% der Tagesplätze). Bei den Tagesangeboten für Erwachsene handelte es sich mehrheitlich um geschützte Werkstätten, bei jenen für Minderjährige um Sonderschulen.

Seit 2006 hat das Angebot für Erwachsene an Wohn- und Tagesplätzen einen Zuwachs von 22% erfahren. Diese Zunahme konzentriert sich auf die Tagesplätze: Jene für Suchtprobleme nahmen um 85%, jene für Behinderungen um 44% und solche für psychosoziale Probleme um 33% zu. Bei den Wohnplätzen wurden demgegenüber lediglich für Behinderte 12% mehr geschaffen, während jene in Institutionen für Suchtkranke um 18% 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 (+4%) und die Tagesangebote ab (-1,4%).

### Beschäftigte

In spezialisierten Institutionen waren 2012 Personen im Umfang von 33'217 Vollzeitäquivalenten beschäftigt, was einem Wachstum seit 2006 von 23% entspricht. Die Zusammensetzung nach Funktionen blieb in den sieben Jahren etwa konstant: Bei 68% handelte es sich um pädagogische und therapeutische Fachleute, bei 20% um Mitarbeitende in der Verwaltung und bei 12% um Personal von Werkstätten.

### Inanspruchnahme

In spezialisierten Institutionen wurden 2012 52'156 Fälle betreut, 80% im Zusammenhang mit einer Behinderung, 12% mit psychischen und 8% 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 2012 die Erwachsenenheime mit einem Beschäftigungsangebot (420 Franken), die Internate für Kinder (456 Franken) und die Sonderschulen (355 Franken) (G 5.13). Weit günstiger waren die Tagesstätten für Erwachsene (143 Franken pro Tag und Person), doch diese Kosten haben sich seit 2006 mehr als verdoppelt.

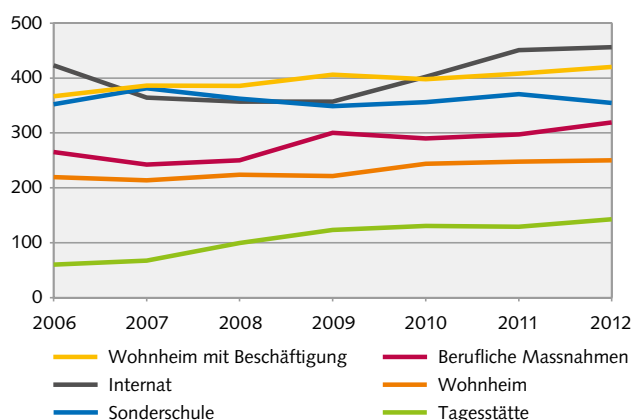
## 5.4 Ambulante Versorgung

Die ärztliche Grundversorgung in Praxen wurde 2013 durch 6764 Generalistinnen und Generalisten (mit Facharzttitle in Allgemeine Innere Medizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte) und 962 Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin sichergestellt (G 5.14). Zusammengenommen weist die Grundversorgung eine Ärztedichte von durchschnittlich 95 pro

### Durchschnittskosten in spezialisierten Institutionen

Franken pro Tag und nach Art des Platzes

G 5.13



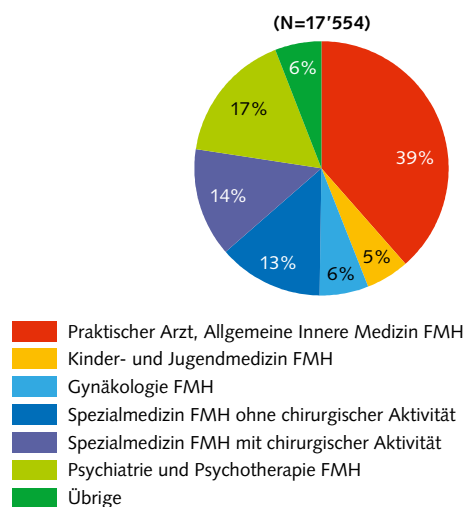
Quelle: BFS – SOMED

© BFS 2014

### Ambulant praktizierende Ärztinnen und Ärzte, 2013

Nach Hauptfachgebiet

G 5.14



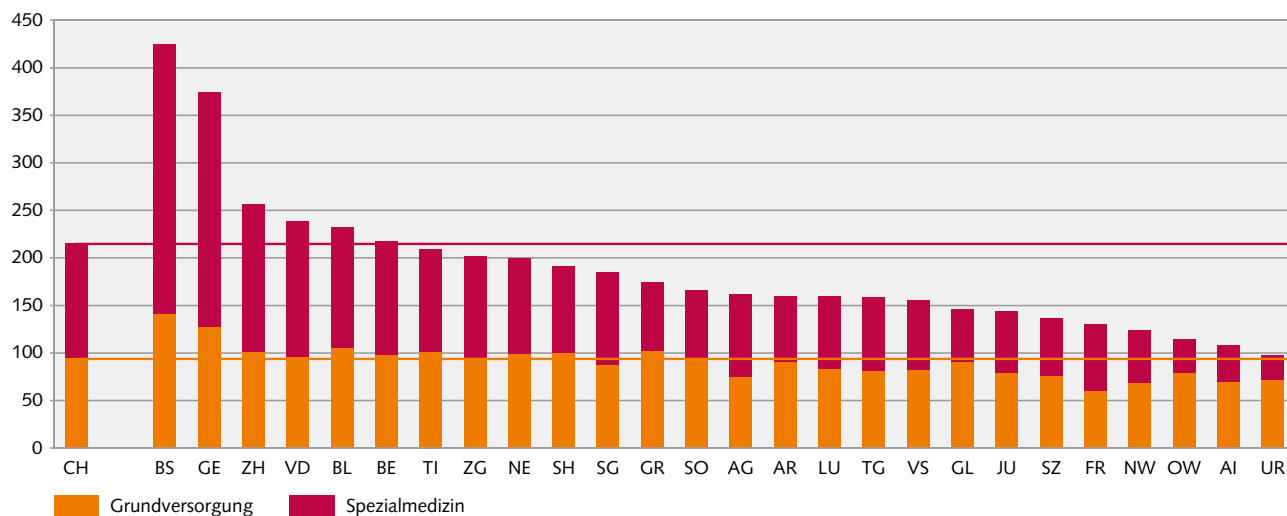
Quelle: FMH – Ärztestatistik

© BFS 2014



**Dichte der ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nach Kanton, 2013**

Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 5.15**

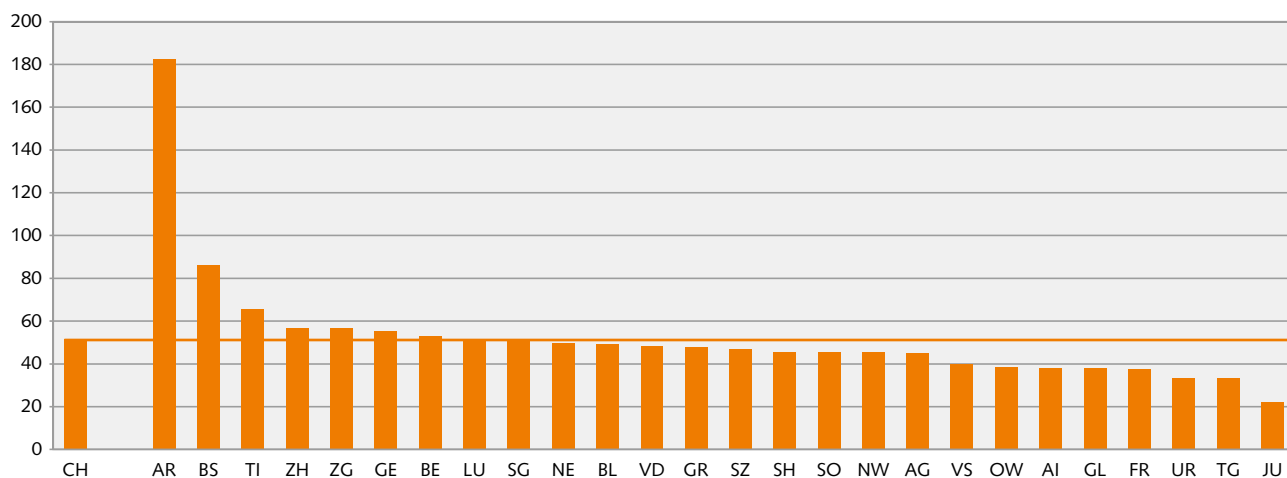
Grundversorgung: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel in Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte

Quelle: FMH – Ärztestatistik

© BFS 2014

**Dichte der Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Kanton, 2013**

Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**G 5.16**

Quelle: SSO

© BFS 2014

100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf, wobei die Spannweite von 60 (Kanton Freiburg) bis 141 (Kanton Basel-Stadt) reicht (G 5.15).

Die Spezialmedizin teilt sich in eine Vielzahl von Fachrichtungen auf. Am stärksten ist die Psychiatrie vertreten, gefolgt von der Gynäkologie. Mit 121 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die durchschnittlich Dichte der Spezialärzte rund ein Viertel über dem Wert der Grundversorger. Besonders hoch ist die Spezialistendichte in Kantonen mit Universitätsspitalern. Sie ist auch in sieben anderen Kantonen (AG, BL, FR, SG, TI, ZG, NE) 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 in Gruppenpraxen Teilzeitbeschäftigte tendenziell häufiger anzutreffen sind als anderswo.

Für die zahnärztliche Versorgung zeichnen sich 2013 4208 Zahnärztinnen und Zahnärzte verantwortlich, beziehungsweise pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner 52. Auffallend hoch ist die Zahnärztedichte im Kanton Appenzell Ausserrhoden, da dort auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit kantonaler Zulassung praktizieren dürfen (G 5.16).

Seit 1990 hat die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte deutlich zugenommen, und zwar von 295 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 409 im Jahr 2013. Während der letzten zwei Jahre war diese Zunahme besonders gross (G 5.17). Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten ist die Zunahme gering (48 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 1990 und 52 im Jahr 2013). Seit 2007 ist der Anteil pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner stabil.

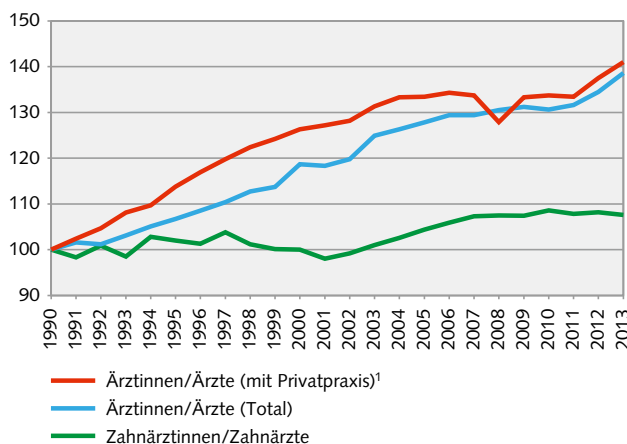
### Inanspruchnahme

71% der Männer und 86% der Frauen suchten innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis auf. Diese Differenz ist vor allem auf gynäkologische Untersuchungen zurückzuführen (> Kapitel 4.6). Zwei Drittel der Bevölkerung haben mindestens einmal im Verlauf des Jahres eine Generalistin oder einen

### Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte

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

G 5.17



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

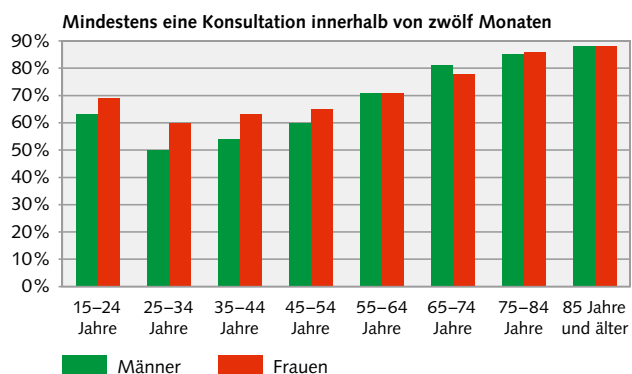
Quelle: FMH, SSO

© BFS 2014

### Konsultationen bei Generalistinnen und Generalisten, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

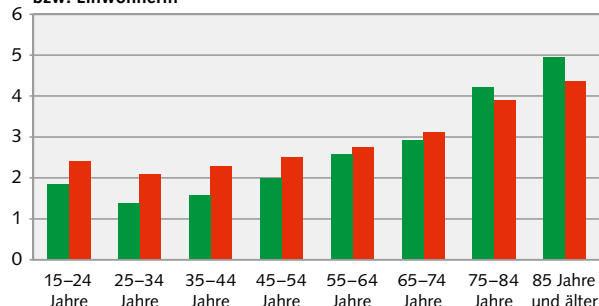
G 5.18



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

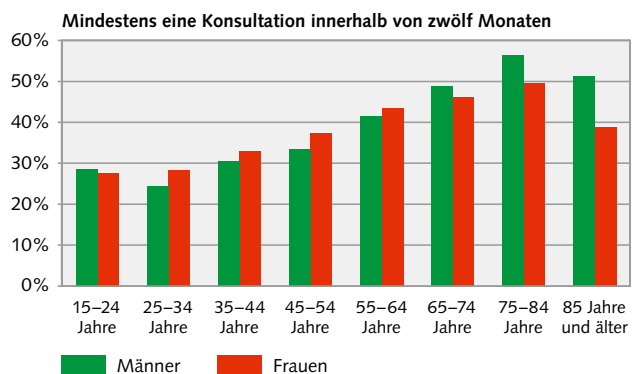
### Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr und Einwohner bzw. Einwohnerin



### Konsultationen bei Spezialärztinnen und Ärzten (ohne Gynäkologie), 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

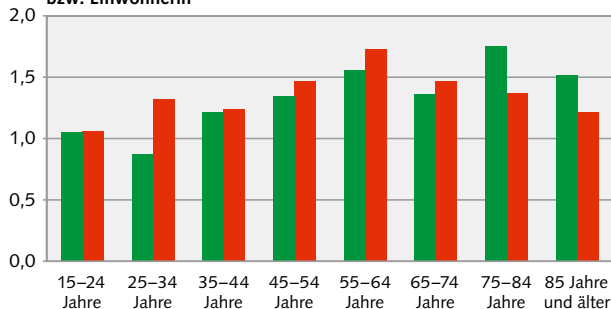
G 5.19



Quelle: BFS – SGB

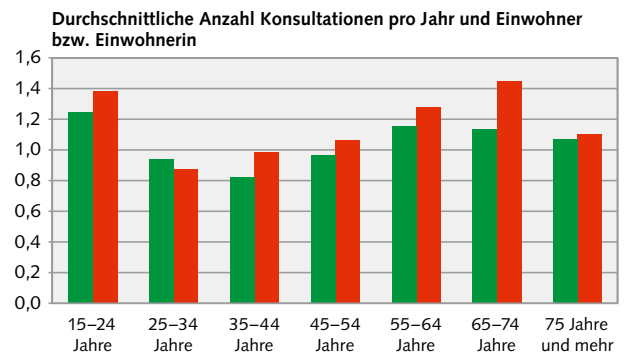
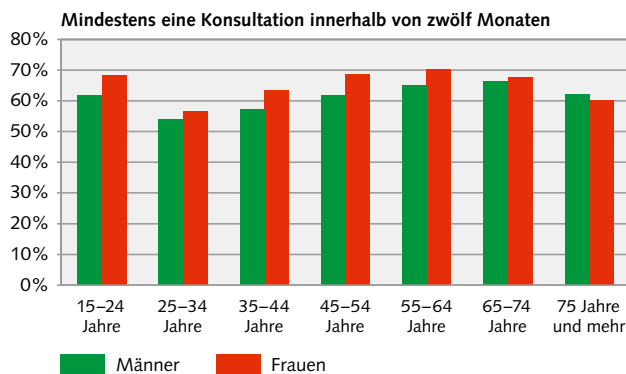
© BFS 2014

### Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr und Einwohner bzw. Einwohnerin



**Konsultationen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

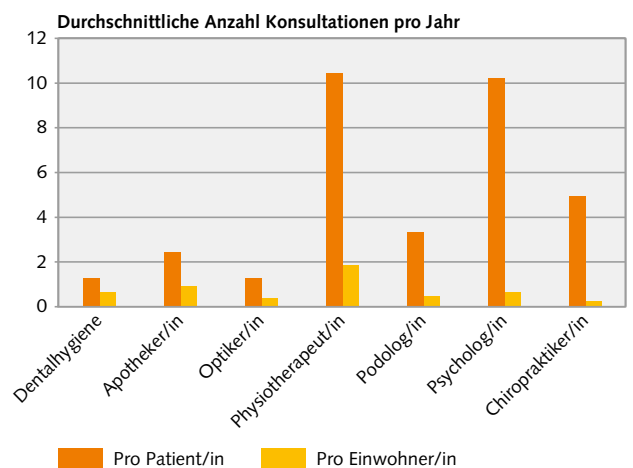
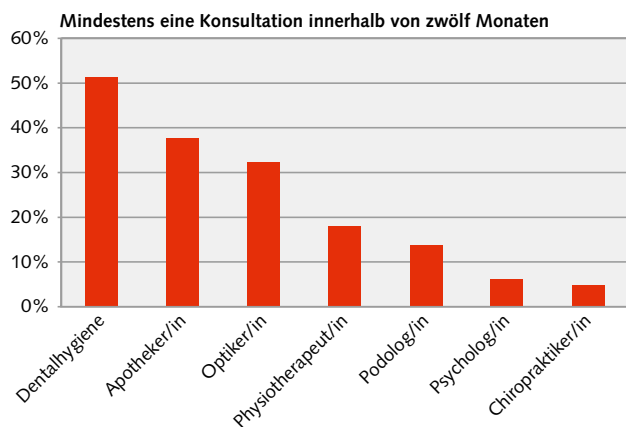
**G 5.20**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

**Konsultation bei weiteren Leistungserbringern, 2012**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

**G 5.21**

Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

Generalisten aufgesucht, wobei die Anzahl der Konsultationen pro Jahr mit steigendem Alter rasch zunimmt, ab 75 Jahren am deutlichsten (G 5.18). Mehr als ein Drittel der Bevölkerung war bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin (hier ohne Gynäkologie), ohne dass sich dort das Alter wesentlich auf die Besuchshäufigkeit auswirkt (G 5.19). Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss suchten häufiger Generalisten auf als solche mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (77% versus 61%), dafür seltener die Praxis von Spezialisten (31% versus 39%).

Ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin wurde von 66% der Bevölkerung mindestens einmal innert Jahresfrist aufgesucht (G 5.20), von Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss etwas seltener als von solchen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (57% versus 69%).

Des Weiteren wurden von der Hälfte der Bevölkerung Leistungen einer Dentalhygienikerin oder eines Dentalhygienikers beansprucht.

Häufig werden auch Apotheken für eine medizinische Beratung aufgesucht (G 5.21). Seltener ist die Inanspruchnahme von chiropraktischen, physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Diensten. Frauen nehmen diese Dienste häufiger in Anspruch als Männer. Bei der Fusspflege (Podologie) gibt es besonders deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Deren Dienste werden von Frauen (21%) häufiger beansprucht als von Männern (7%).

## 5.5 Spitex

Zu den Kernaufgaben der Spitex gehören die «pflegerischen Leistungen» gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (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 2012 erfassten 1522 Dienstleistern handelte es sich zu 41% um privat- oder öffentlich-rechtliche Non-Profit-Organisationen. Selbstständige Pflegefachpersonen machten 41% dieser Dienstleister aus, die restlichen 18% entfielen auf gewinnorientierte private Unternehmen. Wenn allerdings die Vollzeitäquivalente betrachtet werden, lag der Anteil der Non-Profit-Organisationen mit 82% deutlich höher, während die gewinnorientierten Unternehmen lediglich 16% und die selbstständigen Krankenpflegerinnen und -pfleger 2% ausmachten.

### Beschäftigte

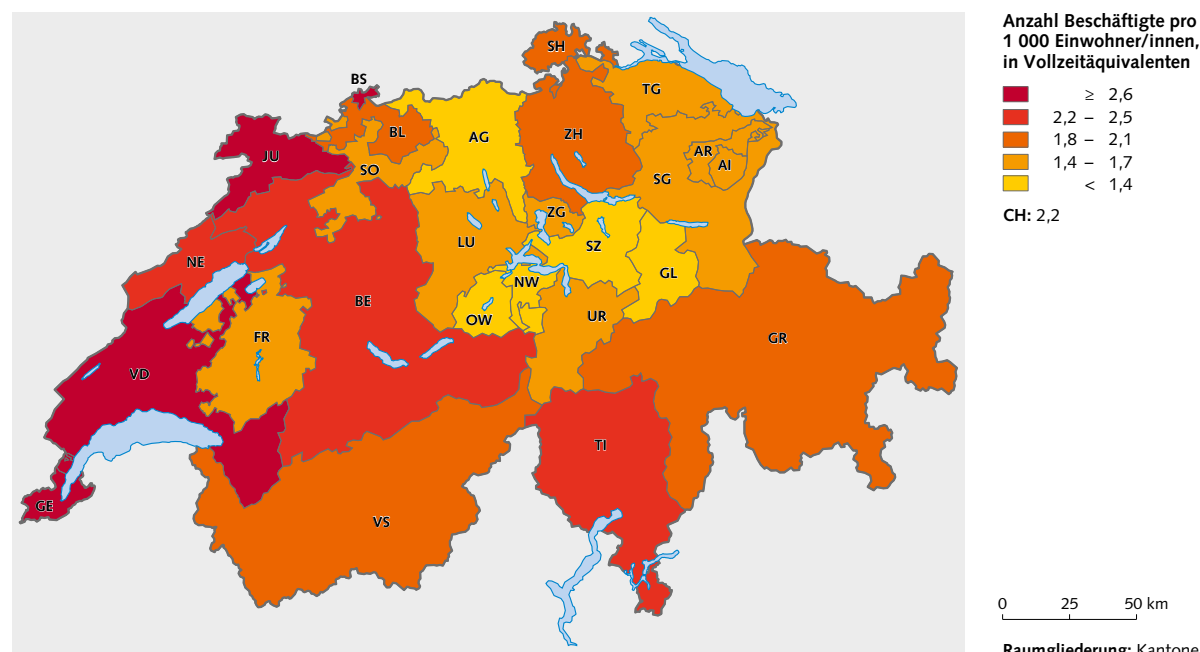
Für die direkten Dienstleistungen vor Ort stehen 17'415 Vollzeitstellen zur Verfügung, was 2,2 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (K 5.6). In den westlichen Landesteilen ist die Versorgungsdichte der Spitex generell höher als in der übrigen Schweiz. Eine besonders hohe Versorgungsdichte weisen die Kantone Genf, Waadt, Basel-Stadt und Jura mit etwas mehr als 3 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Seit 2002 hat die Beschäftigtenzahl der Spitex-Dienste laufend zugenommen (G 5.22). Gewinnorientierte Unternehmen und die selbstständigen Pflegefachpersonen werden erst seit 2010 berücksichtigt. Seither ist eine Stabilisierung der Beschäftigtenzahl bei den Non-Profit-Organisationen festzustellen. Bei den anderen Anbietern zeigt sich eine deutliche Zunahme, die teilweise auf die angepasste Grundgesamtheit zurückzuführen ist.

### Inanspruchnahme

Die Spitex-Dienste betreuten 2012 257'724 Klientinnen und Klienten und erbrachten dabei Leistungen im Umfang von rund 17,5 Millionen Stunden. Bei 65% handelte es sich um Pflege, bei 32% um hauswirtschaftliche oder sozialbetreuerische und bei 3% um sonstige Leistungen (z.B. Sozialdienst, Fahrdienste, Notrufsysteme,

## Spitex-Personal, 2012

K 5.6

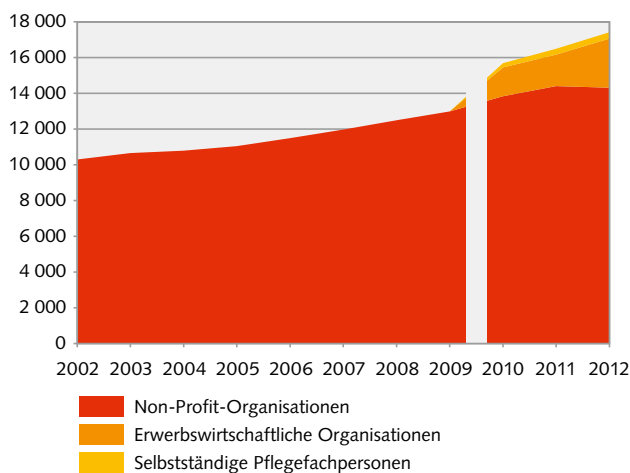


Quelle: BFS – SPITEX

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

**Beschäftigte der Spitex-Dienste**

In Vollzeitäquivalenten

**G 5.22**

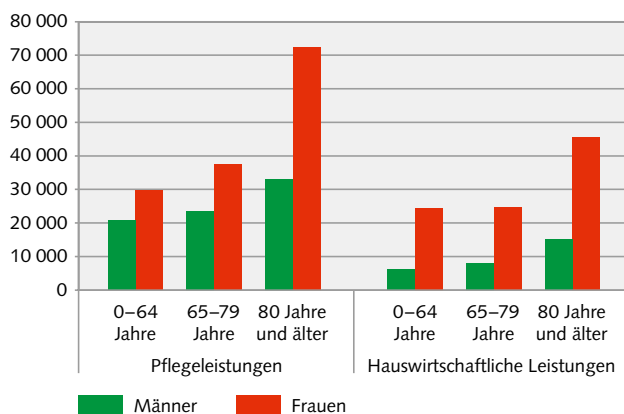
Anpassung der Erhebung 2010, neu inklusive der privaten Unternehmen und der selbstständigen Pflegefachpersonen

Quelle: BFS – SPITEX

© BFS 2014

**Von Spitex-Diensten betreute Fälle, 2012**

Anzahl nach Art der Leistung und Alter

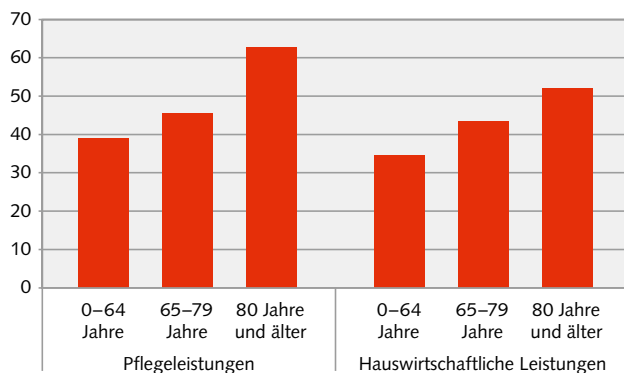
**G 5.23**

Quelle: BFS – SPITEX

© BFS 2014

**Zeitaufwand von Spitex-Diensten nach Leistungsart und Altersklasse, 2012**

Stunden je Fall

**G 5.24**

Quelle: BFS – SPITEX

© BFS 2014

usw.) (G 5.23). 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-Dienste erbrachten Pflegeleistungen werden daher bis ins Alter von 79 Jahren zu 60% und ab 80 Jahren sogar zu 69% von Frauen in Anspruch genommen. Bei den hauswirtschaftlichen Leistungen wirkt sich obiges Phänomen, aber auch die traditionelle Rollenverteilung, noch stärker aus: Der Frauenanteil lag bei der jüngsten Altersklasse bei 78% und bei den Personen ab 80 Jahren bei 75%.

Jeder Bezug einer Leistungskategorie generiert einen Fall. Pro Person wurden so durchschnittlich 1,5 Fälle verrechnet (Total: 395'368 Fälle). Pro Pflegeleistungsfall betrug der durchschnittliche Zeitaufwand 2012 zwischen 39 Stunden (0-64 Jahre) und 63 Stunden (80 Jahre und älter), bei hauswirtschaftlichen Leistungen zwischen 35 und 52 Stunden (G 5.24). 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.

**Finanzierung**

Die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) kommt für 43% der Spitex-Leistungen auf, die Grundversicherung übernimmt 36% (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. 2012 wurden im Durchschnitt 7119 Franken pro Klientin und Klient verrechnet, unabhängig von der Art der Leistung. 2002 lag dieser Wert noch bei 4891 Franken.

## 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

2012 erhielten 14% der Bevölkerung innerhalb von 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder der Nachbarschaft. Bis zu einem Alter von 74 Jahren blieb dieser Anteil nahezu unverändert (G 5.25). In den obersten beiden Altersgruppen stieg er dann stark an und erreichte bei den Frauen ab 85 Jahren 41%, während er bei den gleichaltrigen Männern deutlich tiefer blieb (24%). Frauen erhielten nach eigenen Angaben mehr Hilfe als Männer, vor allem ab 65 Jahren.

Laut den Empfängerinnen und Empfängern handelte es sich bei der erhaltenen Hilfe in den meisten Fällen um Hilfe im Haushalt (65%), Einkäufe (57%), moralische Unterstützung (41%), Fahrdienste (38%), Mahlzeiten (31%) und Kranken- oder Körperpflege (29%) (mehrere Antworten möglich). Das familiäre Umfeld spielt eine wichtige Rolle. 52% der informellen Hilfeleistungen wurden durch die Partnerin bzw. den Partner, 31% durch die Kinder, 19% durch die Eltern und 20% durch die übrigen Familienmitglieder erbracht (mehrere Antworten möglich). Der Beitrag von Nachbarn, Bekannten und Freunden ist mit 18% ebenfalls signifikant.

### Geleistete informelle Hilfe

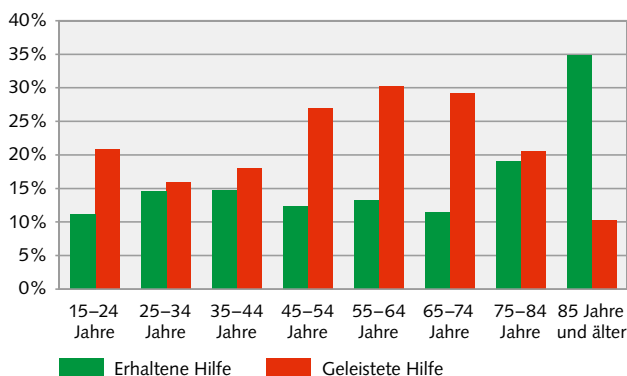
2012 erbrachten 20% der Männer und 25% der Frauen regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – Hilfeleistungen für andere Personen, indem sie z.B. Kranke, Menschen mit Behinderungen oder ältere Menschen besuchten, ihnen im Haushalt halfen, Mahlzeiten brachten oder Transportdienste leisteten. Der Anteil der Hilfeleistenden ist im Alter zwischen 45 und 74 Jahren am höchsten (G 5.25).

Familienmitglieder und Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben (58%), nehmen am häufigsten Hilfeleistungen in Anspruch; die Nachbarn, Bekannten

### Informelle Hilfe, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb eines Jahres

G 5.25



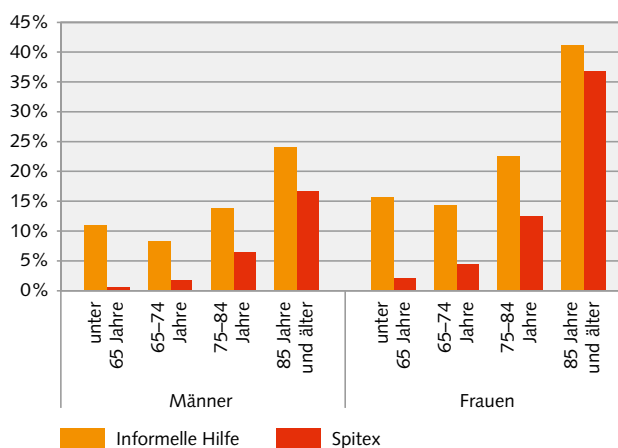
Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

### Inanspruchnahme von informeller Hilfe und der Spitex, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb eines Jahres

G 5.26



Quelle: BFS – SGB

© BFS 2014

oder Freunde (35%) kommen an zweiter Stelle, gefolgt von Personen aus dem eigenen Haushalt (20%). Die Hilfe im Haushalt ist deutlich häufiger als Kranken- oder Körperpflege (53% gegenüber 17%). Letztere wird vor allem innerhalb des eigenen Haushalts geleistet. Der Anteil der Hilfe leistenden Personen ist bis im fortgeschrittenen Alter (74 Jahre) deutlich höher als der Anteil der Hilfeempfängerinnen und -empfänger.

### Informelle Hilfe und Spitex

3% der Bevölkerung nehmen Spitexleistungen in Anspruch. Bei den 75- bis 84-Jährigen betrug dieser Anteil 10%, bei den Personen ab 85 Jahren 29% (G 5.26). Professionelle Hilfe und Pflege zuhause durch Spitexdienste

sind kein Ersatz für informelle Hilfe: 63% der Personen, die Spitexleistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzlich noch informelle Hilfe. Frauen beziehen häufiger informelle Hilfe oder Spitexleistungen als die Männer (18% gegenüber 12%). Die Inanspruchnahme dieser Unterstützung steigt mit zunehmendem Alter an, insbesondere bei den Spitexleistungen. Es ist nicht selten, dass Personen unter 65 Jahren informelle Hilfe beziehen (13%), im Gegensatz zu Spitexleistungen (1%).

## 5.7 Kosten des Gesundheitssystems

Die Kosten für die vom Gesundheitswesen erbrachten Leistungen betrugen 2012 68,0 Milliarden Franken, was 10,9% des Bruttoinlandprodukts entsprach (nach BIP-Revision vom September 2014). Seit 1995 sind sie im Durchschnitt um 3,9% pro Jahr gewachsen, wobei die Wachstumsrate zwischen 1,4% (2006) und 6,4% (2001) schwankte. Bei allen Leistungsarten war ein nahezu ununterbrochenes Wachstum beobachtbar (G 5.27), 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 17 Jahren von 3,7% auf 8,6% verdoppelt.

### Gesundheitskosten pro Kopf

2012 entfielen auf jede in der Schweiz wohnhafte Person Gesundheitskosten von monatlich 709 Franken (G 5.28). Die beiden Leistungsarten stationäre Behandlung (327 Franken) und ambulante Behandlung (235 Franken) machen dabei über drei Viertel der Gesamtkosten aus.

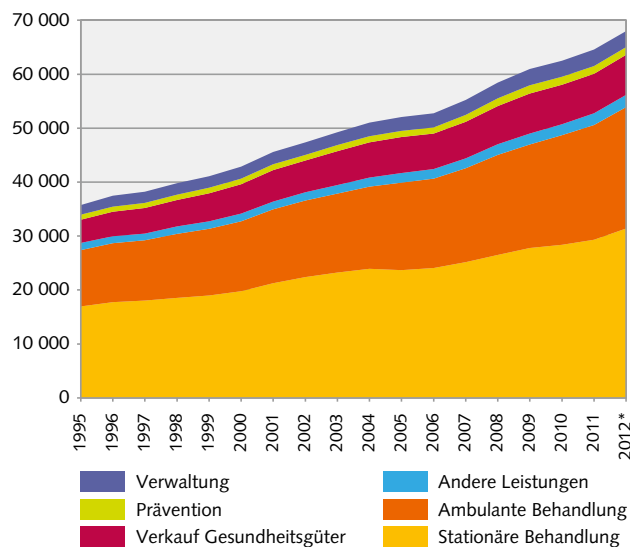
### Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht

Die Gesundheitskosten steigen mit zunehmendem Alter stark an (G 5.29), weshalb die 60-jährigen und älteren Personen etwa gleich hohe Kosten verursachten wie die unter 60-jährigen, obwohl erstere 2012 nur 23,1% 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 8,1% beträgt. Daraus darf allerdings nicht gefolgert werden, dass das Kostenwachstum vor allem auf die zunehmende

## Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten

In Millionen Franken

G 5.27



\* Provisorische Zahlen

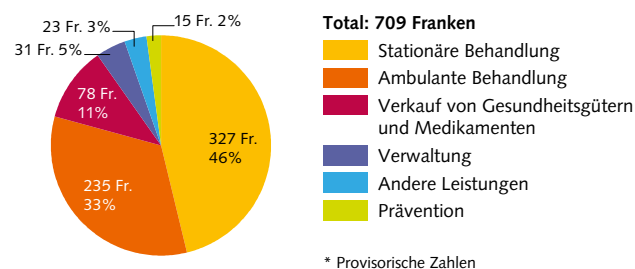
Quelle: BFS – COU

© BFS 2014

## Gesundheitsausgaben pro Einwohner, 2012\*

In Franken pro Monat

G 5.28



\* Provisorische Zahlen

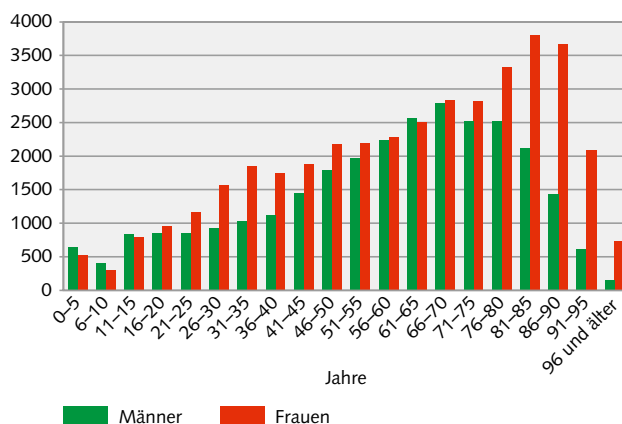
Quelle: BFS – COU

© BFS 2014

## Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2012\*

In Millionen Franken

G 5.29



\* Provisorische Zahlen

Quelle: BFS – COU

© BFS 2014



Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sei. Weitaus 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 57,7% und Männer 42,3% der Gesundheitskosten. In den einzelnen Altersklassen ergibt sich aber jeweils ein unterschiedliches Bild: Bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren haben Mädchen rund 14,5% 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 65 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 10,4% im Jahr 2004. Von 2005 bis 2008 wuchs das Bruttoinlandprodukt wieder stärker als die Gesundheitskosten, weshalb das Verhältnis zum BIP 2007 wieder auf 9,6% sank. Eine stark ins Gewicht fallende Steigerung der Spitalkosten im ersten Jahr der veränderten Spitalfinanzierung nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) führte zu einem Maximum des Verhältnis zum BIP von 10,9% in 2012. Die genannten Zahlen berücksichtigen bereits die im Jahr 2014 vorgenommene Revision der Daten zum Bruttoinlandprodukt ab 1995.

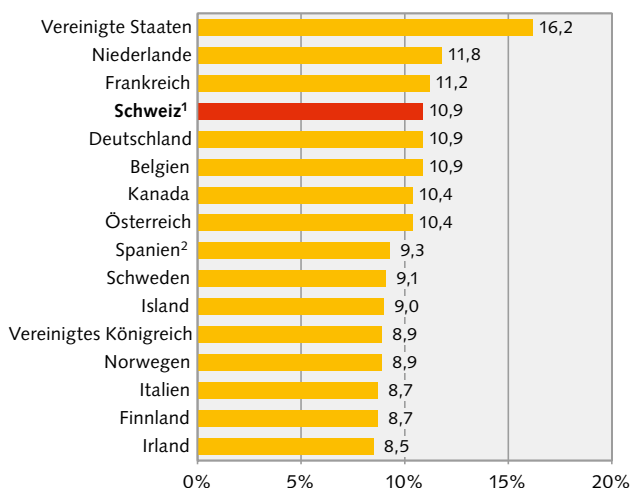
In der Rangfolge der OECD-Länder, basierend auf dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, steht 2012 die Schweiz an vierter Stelle (G 5.30). Allerdings ist auch die Lebenserwartung in der Schweiz mit 82,8 Jahren die dritthöchste (nach Japan mit 83,2 und Island mit 83,0 Jahren). Die OECD bescheinigt 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).

#### **Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2012**

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt

**G 5.30**



<sup>1</sup> Nach BIP-Revision vom September 2014

<sup>2</sup> 2011

Quelle: OECD, BFS

© BFS 2014

# 6 Finanzierung des Gesundheitswesens

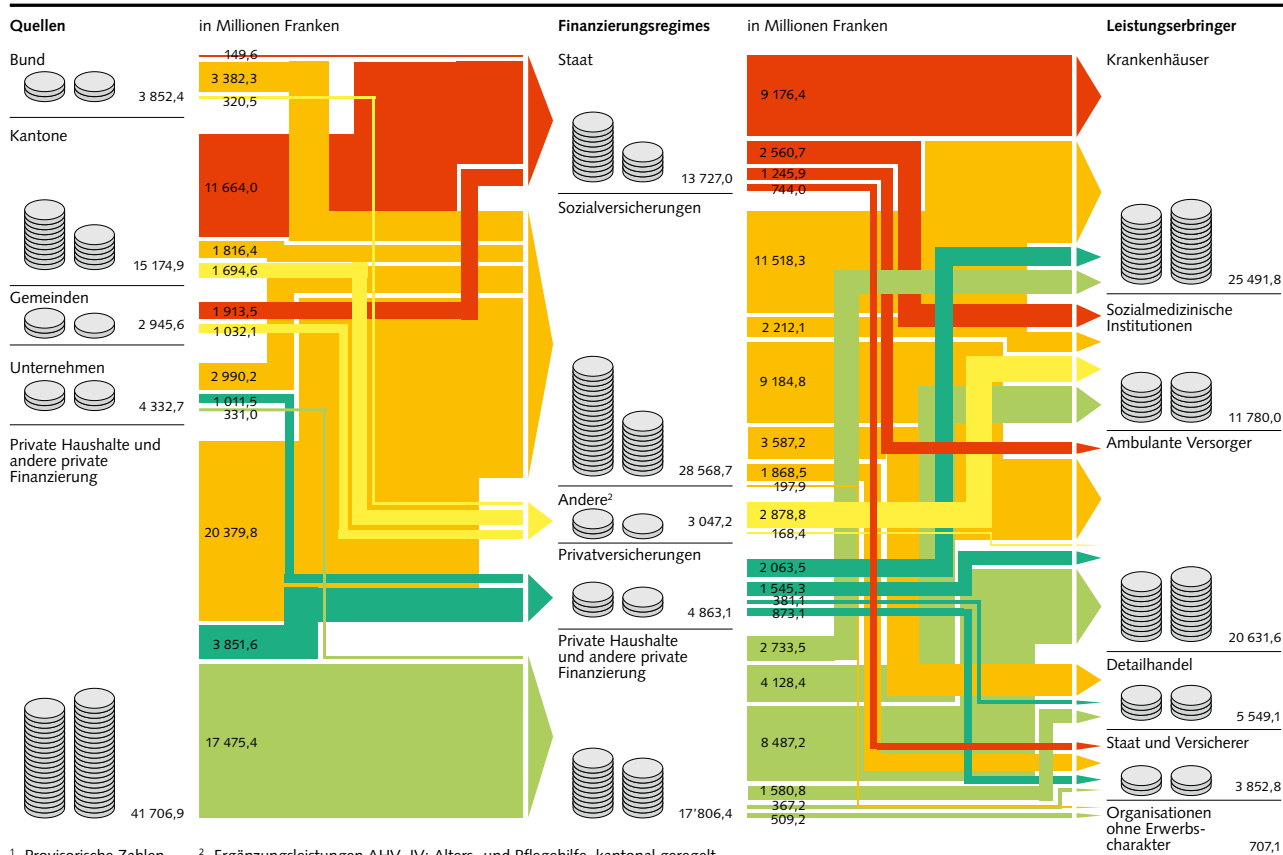
Die Institutionen des Gesundheitswesens erhalten die Mittel für die Erbringung ihrer Leistungen von unterschiedlichster Seite, insbesondere von den Kantonen und Gemeinden, Sozial- und Privatversicherungen sowie den Privathaushalten. Die Versicherungsgesellschaften refinanzieren sich aber ihrerseits bei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

## Finanzierung durch Finanzierungsregimes

Bei der Analyse der Finanzierungsregimes wurden die vorläufigen Kostenträger betrachtet, welche den Leistungserbringern ihre Leistungen bezahlen. Den Löwenanteil von 42,0% bezahlten 2012 die Sozialversicherungen, welche die obligatorische Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die AHV und IV sowie die Militärversicherung umfassen (G 6.1). Die obligatorische Krankenversicherung (auf der Basis des Krankenversicherungsgesetzes KVG) steuerte dabei alleine schon 35,8%

## Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012<sup>1</sup>

G 6.1



© BFS 2014

bei. Zweitwichtigstes Finanzierungsregime waren mit einem Anteil von 25,2% 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 2012 einen Anteil von 20,2% an den Finanzierungsregimes, wobei die Kantone die Hauptlast trugen (17,1%). 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 7,2% 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 (G 6.2): Der Anteil der Finanzierung durch die Privathaushalte ist bei der Zahnbehandlung am grössten. Während die stationäre

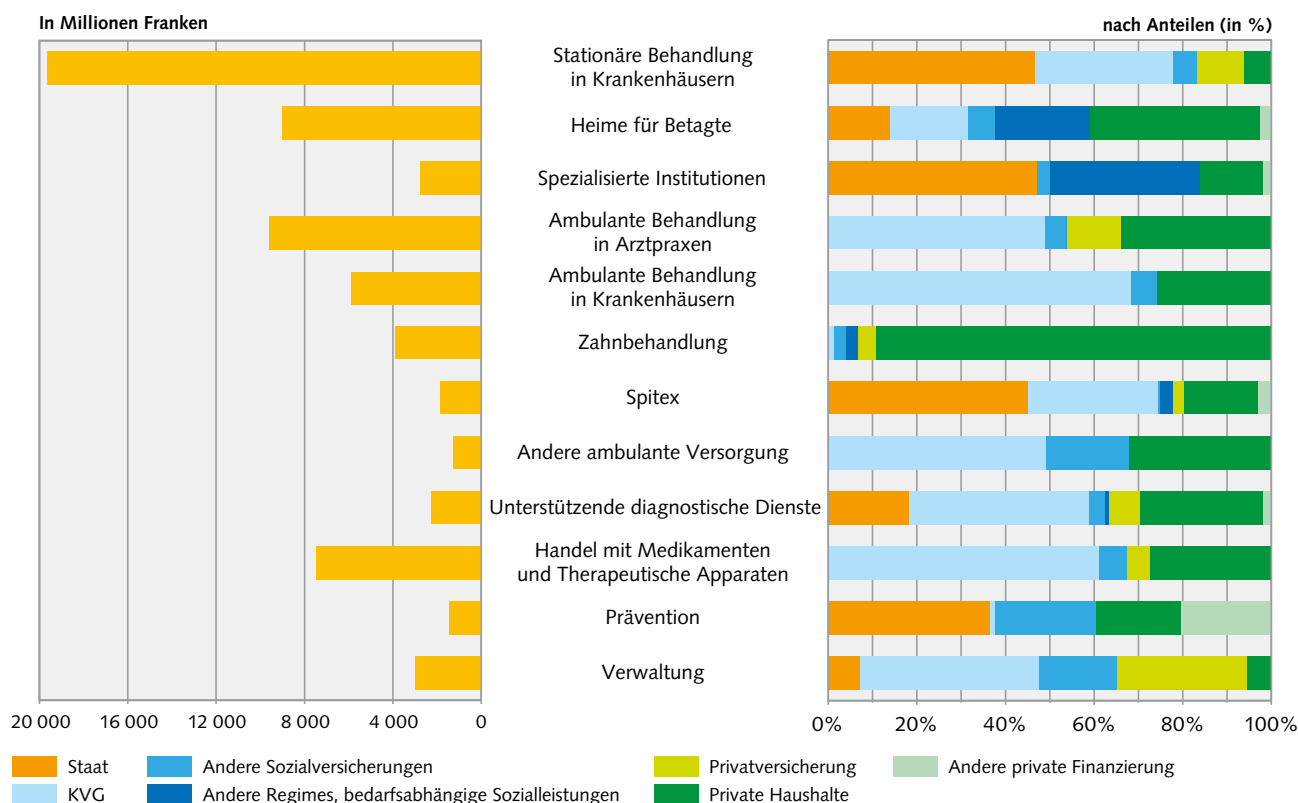
Versorgung weitgehend durch den Staat und die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt wird, muss die ambulante Versorgung (durch Krankenhäuser, Ärzte oder andere Dienstleister) mit Ausnahme der Spitex ohne staatliche Beihilfen auskommen. Sie erhält dafür bedeutende Mittel von anderen Sozialversicherungen 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 Hilfenlosenentschädigung der AHV und IV beim Staat (Bund, Kantone) verbucht werden.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten, 2012\*

G 6.2



Quelle: BFS – COU

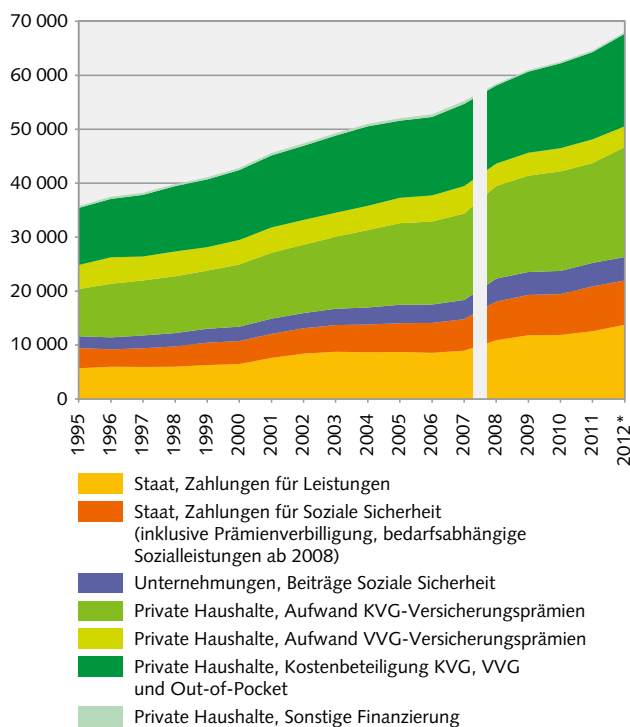
© BFS 2014

Bei dieser Betrachtungsweise finanzierten 2012 die Haushalte 61,3% und die öffentliche Hand 32,3% der Gesundheitskosten (G 6.3). Die Unternehmen kommen für Beiträge an die Unfallversicherung und an die Finanzierung der AHV/IV auf (Unternehmen führen Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- sowie Selbständigerwerbenden-anteile an die Sozialversicherungen ab), was zu einem Finanzierungsanteil von 6,4% führte. Anteilsmässig haben sich die Lasten in der Periode 2008 bis 2012 nur wenig verändert: Der Finanzierungsanteil des Staates wuchs um anderthalb Prozentpunkte, während die Unternehmungen einen ganzen und die Haushalte rund einen halben Prozentpunkt weniger bezahlten.

### Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen

In Millionen Franken

G 6.3



Zeitreihenbruch ab 2008, Teilrevision bezüglich der Finanzierung

\* Provisorische Zahlen

Quelle: BFS – COU

© BFS 2014

# 7 Beilagen

## 7.1 Abkürzungen

|          |                                                                                                                          |          |                                                         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|
| ASTRA    | Bundesamt für Strassen                                                                                                   | SILC     | Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz          |
| BAFU     | Bundesamt für Umwelt                                                                                                     | SKKR     | Schweizer Kinderkrebsregister                           |
| BAG      | Bundesamt für Gesundheit                                                                                                 | SNC      | Swiss National Cohort                                   |
| BASPO    | Bundesamt für Sport                                                                                                      | SOMED    | Statistik der sozialmedizinischen Institutionen         |
| BEVNAT   | Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung                                                                           | SPITEX   | Hilfe und Pflege zu Hause                               |
| BFS      | Bundesamt für Statistik                                                                                                  | SSO      | Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft                   |
| BFU      | Beratungsstelle für Unfallverhütung                                                                                      | SSUV     | Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung   |
| BIP      | Bruttoinlandprodukt                                                                                                      | StatLPMA | Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung   |
| BSV      | Bundesamt für Sozialversicherungen                                                                                       | STATPOP  | Statistik der Bevölkerung und der Haushalte             |
| COU      | Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens                                                                            | TU       | Todesursachenstatistik                                  |
| ESPOP    | Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (1981–2010)                                                                 | VGR      | Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung                     |
| FMH      | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte                                                                             | WHO      | World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation) |
| HIV/AIDS | Humane Immundefizienz-Virus-Infektion/ Erworbenes Immunschwäche-Syndrom                                                  |          |                                                         |
| ICD-10   | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision              |          |                                                         |
| IMC      | Body-Mass-Index                                                                                                          |          |                                                         |
| IV       | Invalidenversicherung                                                                                                    |          |                                                         |
| KE       | Krebsepidemiologie                                                                                                       |          |                                                         |
| KKR      | Kantonale Krebsregister                                                                                                  |          |                                                         |
| KS       | Krankenhausstatistik                                                                                                     |          |                                                         |
| KVG      | Bundesgesetz über die Krankenversicherung                                                                                |          |                                                         |
| MS       | Medizinische Statistik der Krankenhäuser                                                                                 |          |                                                         |
| NICER    | Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung                                                            |          |                                                         |
| OECD     | Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) |          |                                                         |
| SAKE     | Schweizerische Arbeitskräfteerhebung                                                                                     |          |                                                         |
| SGB      | Schweizerische Gesundheitsbefragung                                                                                      |          |                                                         |

## 7.2 Glossar

### *Altersstandardisierte Rate oder standardisierte Rate*

Ein zusammenfassendes Mass der Rate, die in einer Bevölkerung verzeichnet würde, wenn diese eine Standardstruktur 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. die demografische 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.

### *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 im betreffenden Land liegt. Die Armutsgefährdungsschwelle wird auf Ebene der Europäischen Union (EU) vereinbarungsgemäss bei 60 Prozent des verfügbaren medianen Äquivalenzeinkommens des Haushalts angesetzt. Von erheblicher Armutsgefährdung wird gesprochen, wenn die Grenze bei 50 Prozent 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 allgemeinbildende Ausbildungsgänge mit gymnasialer Maturität oder in einer Fachmittelschule) und Tertiärstufe (universitäre Hochschulen, Fachhochschulen, höhere Berufsbildung).

### *Bruttoinlandprodukt (BIP)*

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) ist ein Mass für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft innerhalb 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) zu 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» (totale Einschränkung).

### *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 erwerbslos gemäss ILO gelten Personen im Alter von 15 bis 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 waren. Diese Definition entspricht den Empfehlungen des Internationalen Arbeitsamtes und der OECD sowie den Definitionen von EUROSTAT.

### *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 höherer Franchisen (bis 2500 Franken) anbieten.

### *Fünf-Jahres-Überlebensrate*

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

### *Funktionelle Einschränkungen*

Die Personen wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, a) (allenfalls mit Brille) ein Buch oder eine Zeitung zu lesen oder fernzusehen (Sehvermögen), b) (allenfalls mit Hörgerät) einem Gespräch mit mindestens zwei Personen zu folgen (Hörvermögen), c) alleine (ohne Hilfe), ohne anzuhalten und ohne grössere Beeinträchtigungen zu gehen (Gehvermögen) oder d) 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).

### *Geburtszange (Forceps)*

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

### *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 Ausserrhodens, Appenzell Innerrhodens, 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 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 behandelter 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 Koronarsynndrome 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 in guter Gesundheit*

Durchschnittliche Zahl der (bei Geburt) zu erwartenden Lebensjahre in guter Gesundheit. Eine gute Gesundheit wird definiert als ein guter oder sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. 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 absolut beschrieben werden, dies im Unterschied zur Armutsgefährdung, 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; eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause zu finanzieren; jeden zweiten Tag eine fleisch- oder fischhaltige Mahlzeit (oder vegetarische Entsprechung) zu essen; die Wohnung ausreichend zu heizen; keine Zahlungsrückstände zu 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 beobachteten Werte (und Ordinatenwerte nach Grösse) 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 Sperma 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 (stark oder etwas) eingeschränkt sind.

*Mortalität*

Häufigkeit von Todesfällen bezogen auf eine definierte Bevölkerung und eine festgelegte Zeitspanne.

*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 und diesem theoretischen Sterbealter. 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 Antigen, das im Blut des Mannes vorliegt. Prostatakrebs, aber auch eine akute Entzündung der Prostata und gutartige Tumore können zu einer Erhöhung des PSA-Wertes führen.

### *Saugglocke (Vakuumentraktor)*

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 (KGV) 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 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.

### *Staatsangehörigkeit (Ländergruppen)*

Die Herkunftsländer von in der Schweiz wohnhaften ausländischen Staatsangehörigen werden in vier Gruppen eingeteilt: *Nord- und Westeuropa*: Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Grossbritannien, Irland, Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden, Monaco; *Südwesteuropa*: Portugal, Spanien, Italien, Vatikanstaat, Malta, San Marino; *Südost- und Osteuropa*: Türkei, Serbien, Kroatien, Slowenien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Mazedonien, Kosovo, Albanien, Griechenland, Zypern, Bulgarien, Rumänien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Ungarn, Slowakei, Tschechische Republik, Moldawien, Russland, Ukraine, Weissrussland. *Ausserhalb von Europa*: alle Länder ausserhalb von Europa.

### *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.

### 7.3 Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich\*

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

#### *Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)*

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) ist eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS), die seit 2007 die Einkommen und Lebensbedingungen der Schweizer Haushalte untersucht. Ziel dieser Erhebung ist die Untersuchung der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand europäisch vergleichbarer Indikatoren. Die SILC basiert in der Schweiz auf einer Zufallsstichprobe von rund 7000 Haushalten und 17'000 Personen.

#### *Krankenhausstatistik (KS)*

Die Krankenhausstatistik ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie bezweckt die Beschreibung der Infrastruktur und der Aktivitäten der Schweizer Spitäler und der Geburtshäuser nach folgenden Gesichtspunkten: Krankentyp, 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.

#### *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 2013), 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 (2013), 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.

#### *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)*

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) ist eine Synthesestatistik. Sie ist eine Synthese aus sämtlichem verfügbaren 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.

#### *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 Erhebung erfolgt jährlich. 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.

#### *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 2012 (21'597 befragte Personen).

#### *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)*

Die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (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.

#### *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.

#### *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)*

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie bezweckt die 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.

#### *Statistik des Schwangerschaftsabbruchs*

Die Schwangerschaftsabbruchstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Ärzte (Meldepflicht). Die Schwangerschaftsabbruchstatistik liefert einen Überblick über die Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz. Sie lässt Veränderungen im Laufe der Zeit erkennen und gibt Hinweise auf notwendige oder mögliche präventive Massnahmen. Die Daten sind ab 2004 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 Sterbengeschehen und die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1876 verfügbar, ab 1969 in elektronischer Form. Seit 1995 erfolgt die Kodierung der Todesursachen basierend auf der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10), die auf ICD-8 folgte.

## 7.4 Literaturverzeichnis

- BAG (2013), «Tuberkulose in der Schweiz 2005 bis 2011», Bulletin 21, Bern
- BAG (2014), «HIV- und STI-Fallzahlen 2013: Berichterstattung, Analysen und Trends», Bulletin 20, Bern
- BAG/BFM (2011), Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht, Bern
- BFS (2008), Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004, Neuchâtel
- BFS (2009), 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. Schweizerische Gesundheitsbefragung, 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 (2012a), Krebsepidemiologie. Hautmelanom: Bestandesaufnahme und Prävention, Neuchâtel
- BFS (2012b), Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003–2010, 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 (2012f), Die Situation der Menschen mit Behinderung in sozialen Einrichtungen, Neuchâtel
- BFS (2013a), Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, Neuchâtel
- BFS (2013b), Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011, Neuchâtel
- BFS (2013c), Spitallandschaft Schweiz 2011, Neuchâtel
- BFS (2013d), Die Kosten der stationären Spitalaufenthalte 2011, Neuchâtel
- BFS (2013e), Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2012: Zahlen und Trends, Neuchâtel
- BFS (2013f) «Mit unter 20 Jahren ein Kind bekommen?» Demos. Informationen aus der Demografie, Nr. 2, Neuchâtel
- BFS (2014a) «Elternwerden im Alter ab 40 Jahren» Demos. Informationen aus der Demografie, Nr. 1, Neuchâtel
- BFS (2014b), Todesfälle durch Infektionskrankheiten und Aids von 1970 bis 2009: Entwicklung von Generation zu Generation, Neuchâtel
- BFS (2014c), Todesfälle durch Krebs von 1970 bis 2009: Entwicklung von Generation zu Generation, Neuchâtel
- BFS (2014d), Kinder im Spital, Neuchâtel
- BFS (2014e), Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, Neuchâtel
- BFS (2014f), Funktionale Gesundheit von Betagten in Privathaushalten 2012, Neuchâtel
- BFS (2014g), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Bewegung und Gesundheit, Neuchâtel
- BFS (2014h), Gesundheit von Müttern und Kindern der Migrationsbevölkerung 2000–2012, Neuchâtel
- BFS, NICER, SKKR (2011), Krebs in der Schweiz. Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007, Neuchâtel
- BFU (2014), Status 2014. Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz, Bern
- Cavalli, Stefano (2002), Vieillards à domicile, vieillards en pension: une comparaison, Lausanne

Karasek, Robert & Theorell Töres (1990), Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life, New York

Maag J., Braun J., Bopp M., Faeh D. (2013), Direct estimation of death attributable to smoking in Switzerland based on record linkage of routine and observational data, Nicotine & Tobacco Research, 15 (9), S. 1588–1597

Marmet S., Gmel G. sen, Gmel G. jun, Frick H., Rehm J. (2013), Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, Addiction Suisse, Lausanne

OECD (2013), Gesundheit auf einen Blick 2013 OECD-Indikatoren, Paris

OECD, WHO (2011), Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011, Paris

OMS (2009), Comblen 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

Oncosuisse (2011), Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015, Bern

UVG (2014), Unfallstatistik UVG 2014, Luzern

# 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

**Todesfälle durch Infektionskrankheiten und Aids von 1970 bis 2009: Entwicklung von Generation zu Generation**, Neuchâtel 2014, 8 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1410-0901

**Todesfälle durch Krebs von 1970 bis 2009: Entwicklung von Generation zu Generation**, Neuchâtel 2014, 13 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1410-0902

**Kinder im Spital**, Neuchâtel 2014, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1438-1400-05

**Arbeit und Gesundheit**. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, Neuchâtel 2014, 36 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 213-1206

**Funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten 2012**, Neuchâtel 2014, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1451-1200-05

**Bewegung und Gesundheit 2012**, Neuchâtel 2014, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 213-1208-05

**Gesundheit von Müttern und Kindern der Migrationsbevölkerung 2000–2012**, Neuchâtel 2014, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1455-1200-05



Diese Publikation gibt einen Überblick über das Thema Gesundheit. Sie präsentiert insbesondere die wichtigsten Ergebnisse der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2012 durchgeführt wurde. 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.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)).

**Bestellnummer**

1290-1400

**Bestellungen**

Tel. 058 463 60 60

Fax 058 463 60 61

E-Mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

**Preis**

Fr. 22.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14212-7