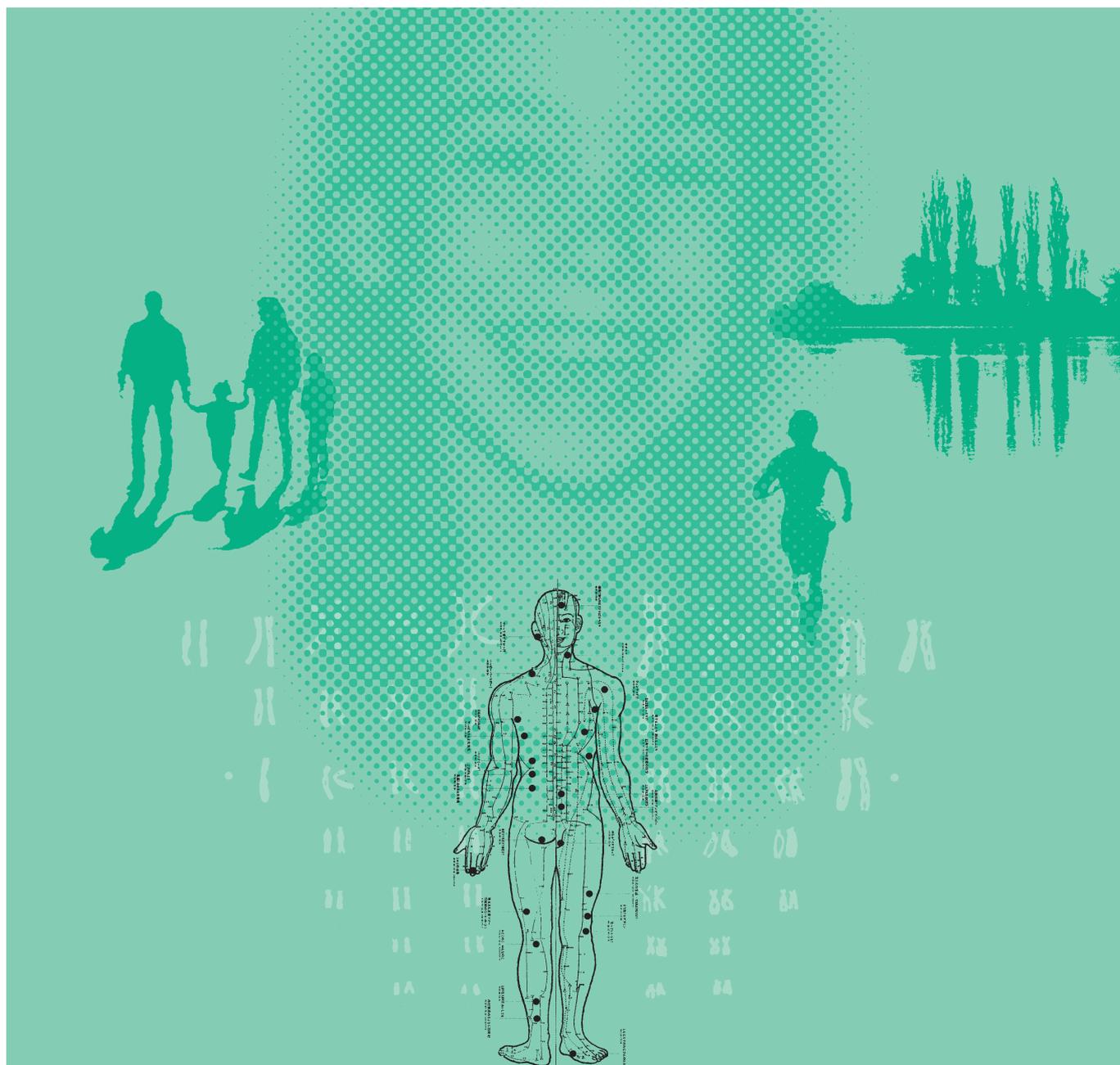


# Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002

Schweizerische Gesundheitsbefragung



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 Verkehr und Nachrichtenwesen
- 12 Geld, Banken, Versicherungen
- 13 Soziale Sicherheit
- 14 Gesundheit
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur, Informationsgesellschaft, Sport
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19 Kriminalität und Strafrecht
- 20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21 Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

# Gesundheit und Gesundheits- verhalten in der Schweiz 1992–2002

## Schweizerische Gesundheitsbefragung

**Autorinnen und Autoren** Roland Calmonte  
Marilina Galati-Petrecca  
Renaud Lieberherr  
Manfred Neuhaus  
Sonja Kahlmeier

**Herausgeber** Bundesamt für Statistik (BFS)



**Herausgeber:** Bundesamt für Statistik (BFS)  
**Auskunft:** Roland Calmonte, BFS, Sektion Gesundheit, Tel. 032 713 65 64  
**Autoren:** Roland Calmonte, Marilina Galati-Petrecca, Renaud Lieberherr, Manfred Neuhaus, Sonja Kahlmeier  
**Vertrieb:** Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

**Bestellnummer:** 213-0206  
**Preis:** Fr. 14.– (exkl. MwSt)  
**Reihe:** Statistik der Schweiz  
**Fachbereich:** 14 Gesundheit  
**Originaltext:** Deutsch und Französisch  
**Übersetzung:** Sprachdienste BFS  
**Titelgrafik:** Roland Hirter, Bern  
**Grafik/Layout:** BFS  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2005  
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Angabe der Quelle gestattet

**ISBN:** 3-303-14090-1

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>Jugendliche und junge Erwachsene: psychosoziale Bedingungen, Gesundheit und Konsum psychotroper Substanzen</b>	<b>75</b>
<b>Das Wichtigste in Kürze</b>	<b>7</b>	6.1	Soziale und psychosoziale Situation der Jugendlichen	75
<b>1 Einleitung</b>	<b>9</b>	6.2	Psychosoziale Bedingungen und Gesundheit	76
<b>2 Gesundheitszustand</b>	<b>13</b>	6.3	Konsum von psychotropen Substanzen	77
2.1 Körperliche Gesundheit	13	6.4	Körpergewicht	83
2.2 Psychische Gesundheit	23	<b>7</b>	<b>Gesundheit ab 65 Jahren</b>	<b>85</b>
2.3 Psychosoziale Aspekte der Gesundheit	31	7.1	Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	85
<b>3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen</b>	<b>39</b>	7.2	Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens	88
3.1 Körperliche Aktivität	39	7.3	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems	89
3.2 Ernährung	41	7.4	Informelle Hilfeleistung: Wer benötigt Hilfe, wer erbringt Hilfe und welcher Art ist diese?	91
3.3 Alkoholkonsum	44	7.5	Schlussfolgerungen	92
3.4 Rauchen	47			
3.5 Medikamenteneinnahme	51			
3.6 Illegale Drogen	53			
<b>4 Leistungen der Gesundheitsdienste und Hilfeleistungen</b>	<b>55</b>			
4.1 Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung	55			
4.2 Hilfeleistungen und Systeme gegenseitiger Hilfe	63			
4.3 Vergleich zwischen den drei Erhebungen 1992, 1997 und 2002	66			
<b>5 Arbeit und Gesundheit</b>	<b>69</b>			
5.1 Belastungen am Arbeitsplatz und Gesundheit	69			
5.2 Psychosoziale Belastungen: Eine Bedrohung für die Gesundheit der Arbeitenden	71			
5.3 Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle	73			
5.4 Arbeitszufriedenheit und Gesundheit	74			



# Vorwort

Der Preis der Krankheit, der sich unter anderem in steigenden Prämien der Krankenversicherung niederschlägt, hat dazu geführt, dass sich nicht nur die Politik sondern die ganze Öffentlichkeit heute mit dem Thema Gesundheit befasst. Auf Schritt und Tritt begleiten uns Gesundheitsratgeber und Warnungen vor dem, was uns krank macht: in unserer Nahrung, der Luft, der Wohnung und am Arbeitsplatz. Damit ist nicht nur das Bewusstsein darüber gewachsen, wie vielfältig die Faktoren sind, die unsere Gesundheit beeinflussen, sondern auch, wie ungleich in der Bevölkerung die Chancen verteilt sind, gesund zu sein. Und wer gesund ist, hat wiederum die besseren Voraussetzungen, gesund zu bleiben.

Diese Zusammenhänge verweisen auch darauf, dass die Gesundheit der Bevölkerung bei weitem nicht nur davon abhängt, was wir individuell und kollektiv für die Behandlung von Krankheit ausgeben. Konsequenterweise lässt sich denn auch gesundheitliche Chancengleichheit nicht allein über die Sicherstellung eines gleichen Zugangs zu Behandlungsleistungen gewährleisten. Bereits Mitte der 1980er Jahre hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf diese Sachverhalte hingewiesen. Mit dem Programm «Gesundheit für alle» hat sie den Mitgliedstaaten ein Programm für eine neue Gesundheitspolitik (New Public Health) an die Hand gegeben; eine Gesundheitspolitik, die an der Vermeidung gesundheitlicher Risiken und der Förderung von Gesundheit ansetzt, und damit auf die gesamte Bevölkerung und insbesondere auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet ist.

Die Schweiz hat mit den anderen Mitgliedstaaten der WHO vor rund 20 Jahren die Ziele der «Gesundheit für alle» und die Verpflichtung übernommen, die Fortschritte hinsichtlich der Zielerreichung periodisch zu messen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung, die 1992 zum ersten Mal durchgeführt wurde, ist die wichtigste Datenquelle für diese Evaluation. Der vorliegende Bericht zeigt, dass seither Fortschritte erzielt worden sind, weist aber auch auf weiterhin bestehende und zum Teil neue Probleme hin. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung von 2002 zeigen jedoch vor allem, dass die kontinuierliche Beobachtung der Lebensbedingungen, des Gesundheitsverhaltens, der Gesundheit der Bevölkerung und der Bewältigung von Krankheit und Behinderung nach wie vor aktuell und unverzichtbar ist für eine Gesundheitspolitik, die sich an der gesellschaftlichen Realität orientiert.

Heinz Gilomen  
Vizedirektor



# Das Wichtigste in Kürze

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) sind 2002 19'706 zufällig ausgewählte Personen befragt worden. Es handelt sich dabei um eine Stichprobe, die für die Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren, die in privaten Haushalten lebt, repräsentativ ist.

Was den Gesundheitszustand angeht, ist festzustellen, dass es auch 2002 der grossen Mehrheit der Bevölkerung (86%) nach eigenen Aussagen gesundheitlich gut oder sogar sehr gut geht. Dennoch fühlen sich hochgerechnet rund 200'000 (3%) Personen schlecht bis sehr schlecht. Rund jede 6. Person hat ein dauerndes Gesundheitsproblem, das heisst eine chronische Krankheit oder eine Behinderung. Von einer gesundheitlich bedingten temporären Einschränkung der Leistungsfähigkeit sind im Laufe von 4 Wochen 15% betroffen, vor allem Personen im Erwerbstätigenalter. Bluthochdruck, Heuschnupfen/Allergien und Rheumatismus gehören zu den häufigsten Gründen für ärztliche Behandlungen. Unter allergischem Schnupfen leidet jede(r) 6. Erwachsene, und zwar sind es hauptsächlich die Jüngeren. Fast 100'000 brauchen Asthmamedikamente.

Vor allem bei den Jüngeren ist die psychische Ausgeglichenheit relativ häufig beeinträchtigt: Fast jede dritte Person zwischen 15 und 24 Jahren ist oft angespannt, gereizt, nervös. Rund 200'000 Personen weisen ernsthafte Symptome einer Depression auf. Im Laufe eines Jahres sind 3% der Männer und 6% der Frauen wegen eines psychischen Problems in Behandlung. Rund 200'000 Personen fühlen sich oft oder sehr oft einsam, 300'000 haben keine Vertrauensbeziehung. Unter den 15- bis 24-Jährigen haben 3% keine einzige Vertrauensperson, mit der sie über ihre Probleme sprechen können, und 2% fühlen sich oft einsam.

Insgesamt gegen 150'000 Personen oder 13% derer, die über 65 Jahre alt sind und in einem Privathaushalt leben, weisen mindestens eine bedeutsame Behinderung (Seh-, Geh-, Hörbehinderung) aus oder Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie sich an- und ausziehen, essen oder sich waschen. Der Gesundheitszustand der älteren Frauen und Männer (ab 65 Jahren) in der Schweiz hat sich jedoch (in Übereinstimmung

mit anderen Studien) in den letzten zehn Jahren verbessert. Gegenüber 1992 ist der Anteil der älteren Personen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut beurteilen, um 3%-Punkte auf 26% gesunken. Verbesserungen gegenüber den früheren Erhebungen sind auch bei der psychischen Ausgeglichenheit, bei den Schlafstörungen und bei der Verwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln durch ältere Menschen zu verzeichnen. Allerdings haben die älteren Personen 2002 die Leistungen des Gesundheitssystems im Vergleich zu 1992 und 1997 häufiger in Anspruch genommen.

Der Anteil Übergewichtiger unter der 25- bis 74-jährigen Bevölkerung ist zwischen 1992 und 2002 von 33% auf 41% angestiegen, was einer Zunahme um rund 446'000 Personen entspricht. Bei den 15- bis 24-Jährigen ist Übergewicht für eine von zehn Personen und starkes Übergewicht für 2% ein Problem. Beunruhigend ist auch die Beobachtung, dass von den 43% Leichtgewichtigen unter den 19- bis 24-jährigen Frauen fast ein Viertel noch weiter abzunehmen wünscht.

Gesundheit wird stark durch Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen beeinflusst. Drei Viertel der Bevölkerung sind körperlich aktiv, insofern sie täglich mindestens 30 Minuten gehen oder Rad fahren, 3 Mal pro Woche bei Freizeitaktivitäten, Garten- und Hausarbeit, bei der Erwerbstätigkeit oder beim Sporttreiben ins Schwitzen kommen. 44% erfüllen die Mindestempfehlungen des Bundesamtes für Sport bezüglich eines gesundheitswirksamen körperlichen Aktivitätsniveaus.

Die Ernährungsgewohnheiten haben sich in den letzten 10 Jahren deutlich verändert: Die Jungen achten heute weniger auf ihre Ernährung, die Älteren mehr. So hat bei den Jüngeren entgegen allen Empfehlungen der Früchte- und Gemüsekonsum ab-, bei den Älteren hingegen zugenommen. Auch beim Alkoholkonsum sind Veränderungen festzustellen: Etwas weniger trinken täglich alkoholische Getränke und etwas mehr einige Male pro Woche. Der Anteil derer, die keinen Alkohol trinken, hat zwischen 1992 und 2002 von 16% auf 23% zugenommen. Während die Rate der Raucher mit 30% über die 10 Jahre relativ konstant geblieben ist, hat die Anzahl

gerauchter Zigaretten, mithin die Zahl der starken Raucher, abgenommen. Vor allem unter den Jungen rauchen heute weniger 10 Zigaretten und mehr am Tag. Hingegen rauchen 37% unter ihnen gegenüber 29% unter den über 25-Jährigen.

Die Verwendung von Cannabis ist vor allem bei den Jungen verbreitet. Im Alter von 15 bis 24 Jahren wird Haschisch von 12% mit einiger Regelmässigkeit geraucht, das heisst von gut der Hälfte unter ihnen mindestens 1 Mal pro Woche. Der Anteil derer, die Erfahrung mit Haschisch haben, ist unter den 15- bis 39-Jährigen zwischen 1992 und 1997 von 16% auf 27% angestiegen, hat jedoch danach bis 2002 nur noch um 1% zugelegt.

Bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste hat sich seit Beginn der 1990er Jahre relativ wenig verändert. Rund drei Viertel der Schweizer Bevölkerung suchten auch im Laufe des Jahres 2002 einen Arzt auf. Komplementärmedizinische Leistungen wurden von 15% in Anspruch genommen. Bei manuellen Therapieformen (Physiotherapie, Chiropraktik) und der Komplementärmedizin haben sich die Konsultationsraten leicht erhöht. Gut jede zehnte Person wurde im Krankenhaus behandelt, wobei eine Reduktion der mittleren Anzahl Hospitalisierungstage pro Jahr und Patient und eine deutliche Zunahme ambulanter Behandlungen im Spital zu beobachten ist. Blutdruckmessung und Überprüfung des Cholesterinspiegels sowie des Blutzuckerwertes sind die am häufigsten durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Bei gut der Hälfte der Frauen wurde im letzten Jahr eine Brustuntersuchung durch den Arzt durchgeführt, knapp die Hälfte hat sich schon einmal einer Mammographie unterzogen.

Bemerkenswert ist, dass die nicht professionelle Hilfe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung noch immer eine grosse Rolle spielt. So zeigt ein Gesamtvergleich bezüglich der Hilfeleistungen, dass das Ausmass der informellen, durch Angehörige, Nachbarn usw. erbrachten Hilfe die Leistungen der professionellen Pflege zu Hause (Spitex) bei weitem übertrifft. In diesem Rahmen werden im Laufe eines Jahres insgesamt rund 400 Mio. Stunden unentgeltlicher Arbeit geleistet.

# 1 Einleitung

Die gesundheitliche Situation der Schweizer Bevölkerung ist 2002 zum dritten Mal im Rahmen der alle fünf Jahre erfolgenden Schweizerischen Gesundheitsbefragung<sup>1</sup> ermittelt worden. Es handelt sich dabei um eine breit angelegte Befragung einer Personenstichprobe, die für die gesamte, mindestens 15-jährige Bevölkerung repräsentativ ist. Solche Befragungen gehören heute zum Standardinstrumentarium zur Beschaffung der für die Gesundheitspolitik und das Management im Gesundheitswesen benötigten Informationen. Dabei stehen drei Verwendungszwecke bzw. Fragestellungen im Vordergrund:

1. Erfassen der aktuellen Situation und verfolgen von Entwicklungstrends (Monitoring) bezüglich der verschiedenen Aspekte der Gesundheit der Bevölkerung und der gesundheitlichen Lebensqualität im Hinblick auf Planen und (rechtzeitiges) Handeln im Gesundheitswesen.
2. Identifikation der wichtigsten Faktoren (Lebensbedingungen, Gegebenheiten der sozialen und physikalischen Umwelt, Persönlichkeitsmerkmale sowie Lebensstil und Verhaltensweisen), die sich in positiver oder negativer Weise auf die Gesundheit auswirken, mit dem Ziel der Definition von Massnahmen und Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten, Unfällen oder anderen gesundheitlichen Problemen.
3. Erkenntnisgewinn bezüglich der Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Situation und deren Determinanten/Einflussfaktoren einerseits sowie der Inanspruchnahme von Gütern und Leistungen der Gesundheitsdienste andererseits, damit die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden können, dass der grösstmögliche Gewinn an Gesundheit und gesundheitlicher Lebensqualität auf Ebene der Gesamtbevölkerung erzielt werden kann. Dieser Fragestellung kommt bei steigenden Kosten bzw. sich verknappenden Ressourcen besondere Bedeutung zu.

<sup>1</sup> Die rechtlichen Grundlagen dazu sind mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 9. Oktober 1992 und der Verordnung über die Durchführung statistischer Erhebungen vom 30. Juni 1993 gegeben.

## 1.1 Inhalte

Den erwähnten Fragestellungen entsprechend, bezieht sich die Schweizerische Gesundheitsbefragung im Wesentlichen auf die folgenden Inhalte:

- Körperliches, psychisches und soziales gesundheitliches Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten, Unfälle, beeinträchtigte gesundheitliche Lebensqualität aufgrund von Behinderungen und anderen Krankheits- und Unfallfolgen.
- Soziodemographische Merkmale (Geschlecht, Alter, Bildungsstand, berufliche Tätigkeit usw.) und Einstellungen gegenüber der Gesundheit.
- Belastende Aspekte der generellen Lebensbedingungen (z.B. knappe finanzielle Mittel, Arbeitsplatzunsicherheit), der sozialen Beziehungen (z.B. Konflikte, Bedrohung durch Gewalt), der beruflichen Tätigkeit bzw. Arbeitssituation, der Wohnverhältnisse oder der weiteren physikalischen Umwelt.
- Gesundheitliche Ressourcen im Sinne sozialer Unterstützung bzw. guter sozialer Beziehungen, von Autonomie und Entfaltungsmöglichkeiten, positiver Lebenserfahrung und des Vertrauens in die Kontrollierbarkeit des Lebens.
- Lebensstilmerkmale und Verhaltensweisen wie zum Beispiel körperliches Aktivitätsniveau bzw. Sedentariätät, Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Gebrauch von Arzneimitteln usw.
- Situation bezüglich der Krankenversicherung (Zusatzversicherungen, Selbstbehalte) Beteiligung an informellen Hilfeleistungen (innerhalb der Familie, Nachbarschaft) und Beanspruchung solcher Laienhilfe.
- Inanspruchnahme der Angebote der Gesundheitsdienste: präventive Massnahmen bzw. Untersuchungen, ambulante ärztliche Behandlung, paramedizinische und Spitex-Dienste, Krankenhausbehandlung.

## 1.2 Methoden

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung beruhen nicht auf einer Vollerhebung wie beispielsweise die Volkszählung, sondern auf den Angaben einer aus der schweizerischen Wohnbevölkerung ausgewählten Stichprobe. Diese soll ein möglichst realitätsgetreues, verkleinertes Abbild der Gesamtbevölkerung darstellen, so dass die auf der Basis der Stichprobe gewonnenen Aussagen als repräsentativ für die Gesamtheit gelten können. Damit dies erreicht wird, müssen verschiedene, auf einer wissenschaftlichen Methodik beruhende Verfahrensschritte angewandt werden, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Für ausführlichere Informationen zum methodischen Vorgehen siehe Graf & Renfer (2005)<sup>2</sup>.

### 1.2.1 Bildung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung beruht auf einer **2-stufigen geschichteten Zufallsstichprobe** aus der Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) von 15 und mehr Jahren, die in einem Privathaushalt mit Telefonanschluss leben.

Die Bestimmung der Zielpersonen erfolgte in **zwei Schritten**:

**Erster Schritt:** Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichprobe von Privathaushalten

Als Erstes wurden für die sieben Grossregionen der Schweiz (Région lémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Ticino) regionale Stichproben festgelegt. Dabei wurden bevölkerungsarme Regionen überproportional und bevölkerungsreiche Regionen unterproportional berücksichtigt. Diese regionalen Stichproben von insgesamt 16'000 Haushalten wurde daraufhin pro Region, nach Kantonen geschichtet (proportional) aufgeteilt. Hinzu kamen kantonale Zusatzstichproben: 16 Kantone (AG, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, SO, SG, TI, VD, VS, ZG, ZH) haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ihre Stichproben mit eigenen Mitteln aufzustocken und dadurch einen Stichprobenumfang zu erhalten, der ihnen zuverlässige Analysen auf kantonaler Ebene erlauben sollte.

In jedem Kanton wurde daraufhin die entsprechende Anzahl Privathaushalte mittels elektronischen Zufallsgenerators aus dem elektronischen Telefonregister der Swisscom gezogen. Die 32'868 so ausgewählten Haushalte wurden in einem Brief informiert und zur Teilnahme eingeladen.

Ungültige Adressen (Todesfälle, Wegzug mit unbekannter Adresse, Verweigerungen) wurden bereinigt oder ausgeschieden.

**Zweiter Schritt:** Zufallsauswahl der Zielperson innerhalb des Privathaushalts

Bei den nach der Adressenbereinigung verbleibenden 30'829 Privathaushalten wurde versucht, per Telefon die Haushaltmitglieder von 15 und mehr Jahren zu ermitteln und anschliessend eine dieser Personen zufällig für die Befragung auszuwählen. Teilnahmeverweigerungen stammen sowohl von der Ebene der kontaktierten Haushalte (7'668) wie auch von der ausgewählten Zielpersonen (3'455).

### 1.2.2 Durchführung der Befragung (Feldarbeit)

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

Dank hoher Telefondichte bietet sich in der Schweiz die telefonische Befragung heute als effizienteste Befragungsmethode an. Für ältere und betagte Personen eignet sich die telefonische Befragung aber unter Umständen, z.B. wegen Hörproblemen, weniger. Deshalb wurde 75-Jährigen und älteren Zielpersonen angeboten, eine **persönliche Befragung bei ihnen zu Hause** durchzuführen (CAPI: Computer assisted personal interview). Die Fragen waren die gleichen wie im telefonischen Interview.

Zur Ergänzung der telefonischen Fragen ist den Teilnehmern am telefonischen und am persönlichen Interview anschliessend ein **schriftlicher Fragebogen** zugeschickt worden. Einerseits enthielt dieser Fragen, die nicht ohne weiteres am Telefon beantwortet werden konnten, und andererseits konnte damit die Dauer des Telefoninterviews in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden.

<sup>2</sup> Graf E, Renfer J-P (2005): Enquête suisse sur la santé 2002: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Office Fédéral de la Statistique. Neuchâtel.

Sämtliche Feldarbeiten wurden vom Institut IHA-GfK in Hergiswil in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik durchgeführt. Die Interviewerinnen und Interviewer führten die Gespräche von überwachten CATI-Arbeitsplätzen aus in zwei zentralen Telefonlabors, auf Deutsch in Luzern und auf Französisch und Italienisch in Lausanne.

Die Feldarbeiten fanden in vier saisonalen Blöcken, verteilt über das ganze Jahr 2002, statt.

Aus der bereinigten Stichprobe von 30'829 Privathaushalten waren 19'501 Personen bereit für ein Telefoninterview (inbegriffen 947 Proxy-Interviews). 205 Personen von 75 und mehr Jahren beantworteten die Fragen in einem persönlichen Interview. Es konnten demnach insgesamt 19'706 Personen befragt werden, die **Netto-Antwortquote** beträgt somit **64%** – eine im internationalen Vergleich hohe Ausschöpfung, die wesentlich zur hohen Qualität der Ergebnisse beiträgt.

Die restlichen Personen (36%) verweigerten die Teilnahme (14% Verweigerungen auf der Ebene Haushalt und 7% auf der der ausgewählten Zielpersonen), waren nicht erreichbar oder aus anderen Gründen wie Krankheit, Abwesenheit oder Sprachproblemen nicht befragbar (15%).

Von den 18'759 Teilnehmern am telefonischen oder am persönlichen Interview (ohne Proxy-Interviews) füllten 16'141 (86%) anschliessend den schriftlichen Fragebogen aus.

Trotz dieser hohen Antwortquote müssen die Verweigerungen genauer analysiert werden. Unterscheiden sich Personen, die eine Teilnahme abgelehnt haben, in wesentlichen Merkmalen von denjenigen, die mitgemacht haben? Sind es – im Extremfall – gesündere oder kränkere Personen, deren Antworten in der Stichprobe fehlen, so dass ein falsches Bild entsteht von der Gesundheit in der Schweiz? Diese Fragen sind ganz entscheidend für die Repräsentativität der Ergebnisse. Da über die Haushalte und Zielpersonen, die eine Befragung verweigert haben, nur wenige soziodemografische Merkmale vorliegen, können diese Fragen allerdings nicht abschliessend beantwortet werden.

### 1.2.3 Kontrolle der Repräsentativität und Gewichtungverfahren

Um sicherzustellen, dass die aufgrund der Stichprobe gewonnenen Aussagen für die Schweizer Wohnbevölkerung Gültigkeit beanspruchen können, wurde die Zusammensetzung der Stichprobe anhand bestimmter Kriterien mit den wirklichen Verhältnissen in der Bevölke-

rung verglichen. Sofern bei diesem Vergleich Abweichungen in der Stichprobenszusammensetzung zu Tage traten, mussten diese rechnerisch ausgeglichen werden. Vereinfacht ausgedrückt ging es darum, die Qualität, mit der die Stichprobe die Gesamtpopulation abbildet, zu optimieren.

Dies ist meistens nur bezüglich einzelner und wohldefinierter Kriterien möglich, von denen man hofft – aber nie sicher ist –, dass die Stichprobe damit auch bezüglich derjenigen Eigenschaften, die erforscht werden sollen, zum Abbild der Population wird. Üblich ist der Rückgriff auf soziodemografische Kriterien, deren Verteilung in der Gesamtbevölkerung aus der Volkszählung bekannt ist. Für die Gesundheitsbefragung sind Stichprobe und Gesamtbevölkerung in Bezug auf **Geschlecht, Alter, Wohnort** und **Nationalität** (Schweizer / Ausländer) verglichen worden. Aufgrund dieses Vergleichs wurde für jedes Individuum der Stichprobe ein Gewichtungsfaktor errechnet, mit dem alle seine Aussagen multipliziert wurden.

Da z.B. ausländische Männer zwischen 25 und 34 Jahren mit Wohnort im Kanton Genf im Vergleich mit ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung in der Stichprobe leicht untervertreten waren, sind ihre Aussagen mit einem Gewichtungsfaktor «grösser als 1» in die Hochrechnung eingeflossen. Und Frauen im mittleren Alter bekamen wegen ihrer höheren Antwortquote ein Gewicht kleiner als 1.

Die ungewichteten Daten beruhen auf einer Datenbasis von 19'706 (tatsächlich) befragten Personen, die gewichteten Daten betreffen die Schweizer Wohnbevölkerung von 15 und mehr Jahren Ende 2001, insgesamt 6'017'638 Personen.

### 1.2.4 Vergleiche der Ergebnisse von 1992, 1997 und 2002

Insofern mit der Befragung von 2002 dieselben Themen abgedeckt wurden wie mit den Befragungen von 1992 und/oder 1997, wird ein Vergleich der Befunde und eine Aussage über Veränderungen innerhalb der dazwischen liegenden 10 Jahre möglich. Voraussetzung dazu bilden die identische Frageformulierung und Erhebungsmethode zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten.

### 1.3 Zum vorliegenden Bericht

Der hier vorliegende Bericht vermittelt über 7 Kapitel einen Überblick zu den hauptsächlichen Themen und Ausagemöglichkeiten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002.

In einem ersten Themenkreis geht es um die Beschreibung des Gesundheitszustands anhand der Kriterien Wohlbefinden, Häufigkeit von gesundheitlichen Störungen und Krankheitslast, wobei die Komponenten der körperlichen Gesundheit (Kap. 2.1), der psychischen Gesundheit (Kap. 2.2) sowie psychosoziale Aspekte und soziales Wohlbefinden (Kap. 2.3) getrennt erörtert werden.

Ein zweiter Themenkreis hat das gesundheitsbezogene Verhalten zum Gegenstand, und zwar zunächst die in der Literatur allgemein dem Lebensstil zugeordneten, einerseits gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen wie bewusste Ernährung oder angemessene körperliche Aktivität und andererseits gesundheitsgefährdende bis -schädigende Formen des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums (Kap. 3). Ein weiterer Aspekt des Gesundheitsverhaltens stellt die Inanspruchnahme der Leistungen der Gesundheitsdienste dar (Kap. 4.1). Diese reichen von präventiven Angeboten und Check-ups über ambulante Behandlungen von gesundheitlichen Störungen bis hin zum Krankenhausaufenthalt und zur häuslichen Pflege. Schliesslich wird dargestellt, wer sich in welchem Umfang an den verschiedenen Formen der unbezahlten Laienhilfe im Kreis der Familie, Freunde und Nachbarn beteiligt und solche Hilfe in Anspruch nimmt (Kap. 4.2).

Ein dritter Themenkreis geht auf einige wichtige Einflussfaktoren bzw. Determinanten der Gesundheit ein. Dazu zählen zunächst die konkreten Gegebenheiten am Arbeitsplatz (Kap. 5), insbesondere die Exposition gegenüber gesundheitlichen Belastungen aus der physikalischen Umwelt (Lärm, Abgase usw.), dem sozialen Umfeld (Konflikte, Spannungen, Stress) oder ökonomischer Art (Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitslosigkeit).

Ein weiterer Themenkreis ist der besonderen gesundheitlichen Problematik bestimmter Bevölkerungsgruppen gewidmet. In Kapitel 6 werden die gesundheitlichen Probleme und Bedürfnisse diskutiert, die für Jugendliche und junge Erwachsene typisch sind. Zum Schluss ist Kapitel 7 der gesundheitlichen Situation der betagten Bevölkerung gewidmet.

## 2 Gesundheitszustand

Gesundheit lässt sich weder aus der Sicht der Wissenschaft noch im Alltagsverständnis der Menschen in einfacher und eindeutiger Weise definieren. Zwar ist Gesundheit für viele zunächst einmal einfach die Abwesenheit von Krankheit, und die Wissenschaft hat sich lange fast nur mit den negativen Aspekten von Gesundheit, nämlich den verschiedenen Formen von Krankheit, befasst. Gerade die Alltagssprache verfügt jedoch über eine Vielzahl von Ausdrücken und Umschreibungen für gute Gesundheit, die von «in Form» oder gut aufgelegt sein, arbeitsfähig und in der Lage sein, den täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nachzukommen, über seelische Ausgeglichenheit bis hin zu der Fähigkeit, sein Leben zu bewältigen und gute soziale Kontakte und Beziehungen zu pflegen, reichen. Diese Aspekte finden sich denn auch als Komponenten der viel zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation, nämlich als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Insbesondere wenn es darum geht, auf kollektiver Ebene den Gesundheitszustand und die damit zusammenhängende Lebensqualität zu beschreiben, gewissermaßen eine *Bevölkerungsdiagnose* zu erstellen, ist diesen drei Komponenten angemessen Rechnung zu tragen. Das vorliegende Kapitel geht deshalb getrennt auf die verschiedenen Dimensionen der körperlichen, psychischen und psychosozialen Gesundheit ein.

### 2.1 Körperliche Gesundheit

Der körperliche Gesundheitszustand einer Bevölkerung lässt sich am Niveau des Wohlbefindens oder – genauer gesagt – daran, wie Menschen ihre Gesundheit aufgrund ihrer eigenen Wahrnehmung selber beurteilen, abschätzen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Personen mittleren und höheren Alters, die ihre Gesundheit subjektiv als schlecht einschätzen, ein erhöhtes Sterberisiko haben<sup>1</sup> und dass ihre Fähigkeit, mit Beschwerden etwa als Folge des Alterns umzugehen, geringer ist als bei Personen, die ihre Gesundheit als gut einschätzen<sup>2</sup>. Die meisten anderen Gesundheitsindikatoren beziehen sich auf gesundheitliche Störungen wie die Häufigkeit von Beschwerden, Krankheiten, Unfällen und Behinderungen. Chronische Krankheiten können zu Behinderungen führen und beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern können auch hohe Behandlungskosten verursachen. Unfälle sind eine wichtige Ursache für vorzeitig verlorene Lebensjahre und somit ebenfalls ein wichtiger Kostenfaktor. Die Kenntnis der Trends bezüglich der Formen und Auftretenshäufigkeit solcher Ereignisse ist somit eine wichtige Basis für vorbeugende Massnahmen, aber auch für die Planung im Gesundheitswesen. In Ergänzung zu diesen manifesten gesundheitlichen Störungen wird die Häufigkeit von Übergewicht, Bluthochdruck und eines erhöhten Blutfettspiegels beschrieben, welche als Risikofaktoren für wichtige chronische Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs gelten.

<sup>1</sup> Kaplan GA, Goldberg DE, Evertson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J (1996): Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol* 25 (2): S. 259-65.

<sup>2</sup> Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP (1999): Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54 (2): S. 85-93.

### 2.1.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit und lange dauernde Gesundheitsprobleme

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand wurde mit der Frage «wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?» erhoben. Mehr als vier Fünftel (86%) der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren sagen, dass sie sich gesundheitlich gut bzw. sehr gut fühlen. Nur 3% geben an, sich schlecht bzw. sehr schlecht zu fühlen, was aber immerhin rund 200'000 Personen entspricht. Frauen fühlen sich gesundheitlich leicht schlechter als Männer. Der Anteil der Personen mit guter oder sehr guter Gesundheit nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter ab (G2.1). Dennoch schätzen auch unter den über 74-Jährigen noch knapp 70% ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein. Verglichen mit den Ergebnissen von 1992 und vor allem 1997 ist insgesamt eine leichte Verbesserung festzustellen (85%, 83%, 86%).

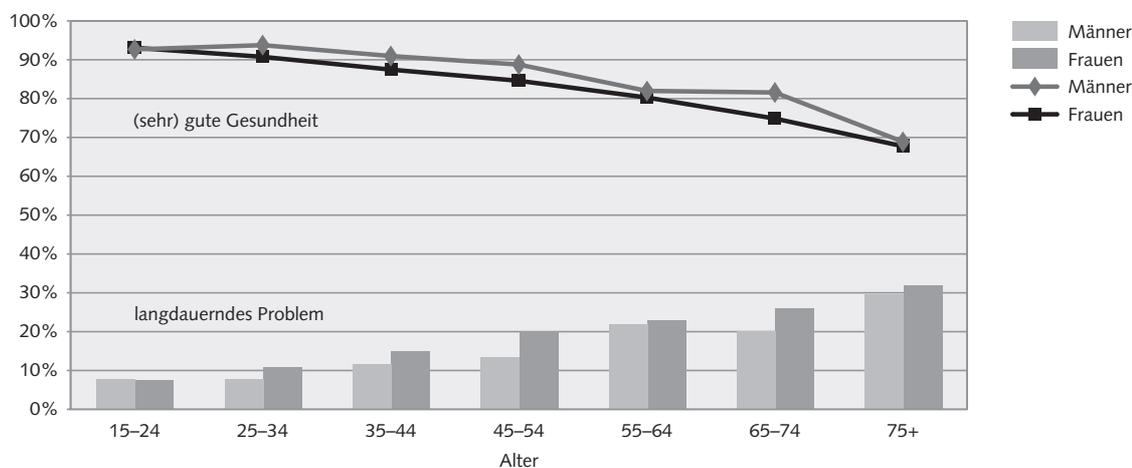
Ein weiteres generelles Kriterium des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Lebensqualität ist die Freiheit oder Betroffenheit von einem chronischen Gesundheitsproblem. Im Telefoninterview wurde nach einem körperlichen oder psychischen Problem, das sich auf die alltäglichen Aktivitäten einschränkend auswirkt und das schon mindestens ein Jahr dauert, gefragt. 18% der Frauen und 14% der Männer nannten ein solches Problem. Über drei Viertel dieser Probleme sind nach Einschätzung der Befragten körperlich bedingt, ein Zehntel psychisch und ein Zehntel durch beides. Wie G2.1 zeigt, nehmen chronische Gesundheitsprobleme mit dem Alter deutlich zu, und Frauen sind in allen Altersklassen stärker davon betroffen als Männer.

### 2.1.2 Körperliche Beschwerden

Als Beschwerden gelten gesundheitliche Störungen, die im Wesentlichen Symptomcharakter haben. In der Befragung wurden Kopf-, Rücken-, Brust- und Bauchschmerzen, Müdigkeit, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen und Herzbeschwerden in den letzten vier Wochen erfasst. Diese Beschwerden können – falls sie nicht in Zusammenhang mit einer akuten Krankheit stehen – psychische Ursachen haben, d. h. Folge von hohen psychosozialen Belastungen (Stress) sein. Da uns im Folgenden dieser Aspekt interessiert, wurden Beschwerden, die in Zusammenhang mit Fieber, d. h. mit einer akuten Erkrankung, auftraten, nicht berücksichtigt.

Als Beschwerden wurden am häufigsten Rücken- und Kopfschmerzen genannt. Fast doppelt so viele Frauen wie Männer klagen über starke Rückenschmerzen (13% versus 8%) bzw. über starke Kopfschmerzen (10% versus 5%). Die Häufigkeit der erwähnten Beschwerden nimmt mit dem Alter zu, wobei die Unterschiede nach Geschlecht erhalten bleiben. An diesen Verhältnissen hat sich seit 1992 wenig geändert. Um sich ein Gesamtbild über das Ausmass von Beschwerden machen zu können, die mit hohen psychosozialen Belastungen im Zusammenhang stehen, wurden die oben erwähnten acht Beschwerden zu einem Index zusammengefasst. Anhand dieses Index' zeigte sich, dass 16% der Männer und 30% der Frauen über starke Beschwerden innerhalb der letzten 4 Wochen berichteten. Diese sind bereits bei jungen Erwachsenen relativ häufig, 15- bis 34-jährige Frauen litten zu über einem Viertel daran, bei den jungen Männern waren es 13% (G2.2). Nachdem zwischen 1992 und

**Anteile der Männer und Frauen mit guter bis sehr guter wahrgenommener Gesundheit bzw. mit einem langdauernden Gesundheitsproblem<sup>1</sup>, nach Alter G 2.1**



<sup>1</sup> körperliche oder psychische Ursache; seit mindestens einem Jahr

1997 eine Zunahme von Personen mit solchen Beschwerden von 24% auf 27% festzustellen war, sehen wir 2002 wieder eine Abnahme bis auf das Niveau von 1992.

Neben solchen Beschwerden treten auch Gelenkprobleme relativ häufig auf. Diese können die Lebensqualität der Betroffenen ebenfalls in hohem Masse beeinträchtigen (u.a. eingeschränkte Mobilität, starke Schmerzen). Über ein Drittel der Befragten klagt über solche Gelenkprobleme, wiederum mehr Frauen als Männer: An starken Gelenkschmerzen leiden 10% der Frauen und 7% der Männer (4-Wochen-Prävalenz). Daran hat sich seit 1997 wenig geändert.

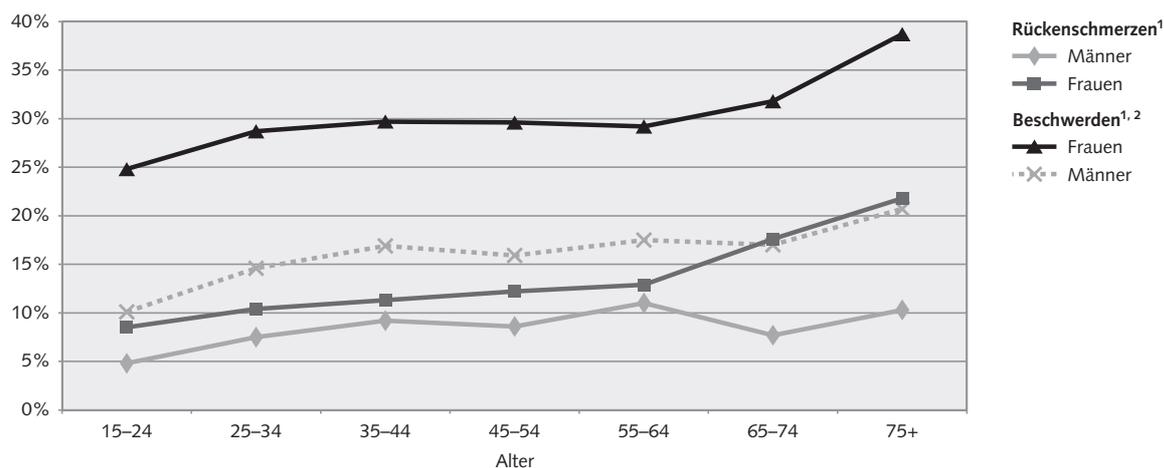
Die erwähnten Beschwerden dürfen in ihrer Bedeutung als Kostenfaktor im Gesundheitswesen nicht unterschätzt werden. So sind Rückenschmerzen nicht nur in der Schweiz, sondern allgemein in industrialisierten Ländern einer der wichtigsten Gründe für eine Arztkonsultation. Sie können wie erwähnt psychische bzw. psychosoziale Ursachen haben (Stress und Arbeitsbelastung), aber auch durch mangelnde körperliche Aktivität und langes Sitzen (Computer, Fernsehen) ausgelöst werden<sup>3</sup>. Bei chronischem Verlauf führen diese Beschwerden zu hohen Gesundheitskosten (Therapie) und bei häufigen Arbeitszeitabwesenheiten zu einer bedeutenden Belastung für die Wirtschaft.

### 2.1.3 Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten aus gesundheitlichen Gründen

Gesundheit lässt sich – im Sinne einer positiven Definition – auch als Funktions- und Leistungsfähigkeit umschreiben. Deshalb ist es wichtig zu wissen, wie häufig aus gesundheitlichen Gründen Alltagsaktivitäten nicht ausgeübt werden können. 15% der Befragten geben an, im Laufe der letzten 4 Wochen nicht immer voll leistungsfähig gewesen zu sein, Frauen häufiger als Männer (17% im Vergleich zu 14%). Dieser höhere Anteil bei Frauen ist in allen Altersklassen zu beobachten (G2.3). Auffällig ist er bei den Personen zwischen 25 und 54 Jahren (G2.4). Am wenigsten aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt fühlen sich Personen im Alter kurz nach der Pensionierung.

Anteile der Männer und Frauen mit starken Beschwerden bzw. Rückenschmerzen, nach Alter

G 2.2



<sup>1</sup> 4-Wochenprävalenz

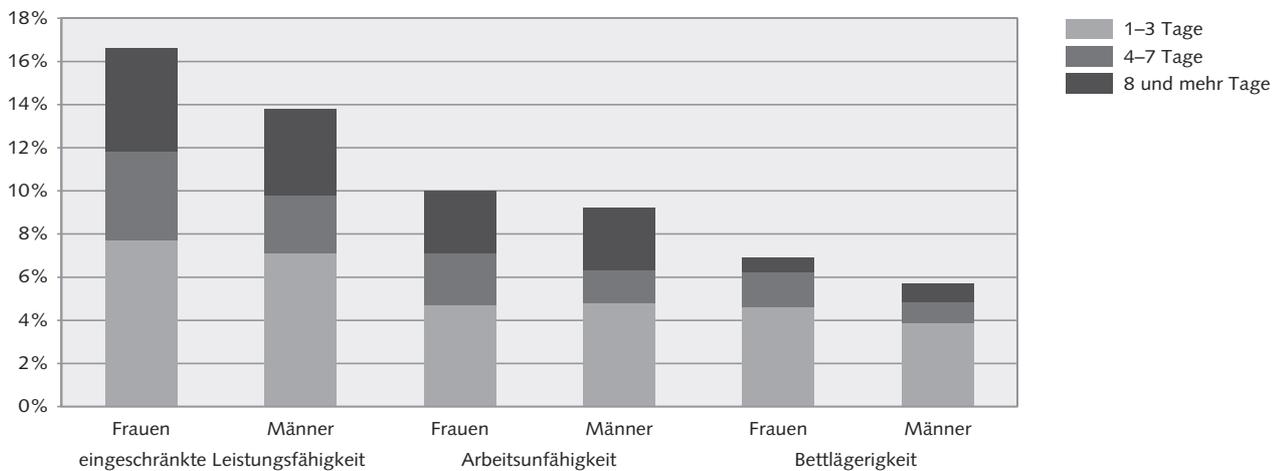
<sup>2</sup> Index aus den folgenden 8 Beschwerden: Kopf-, Rücken-, Brust-, Bauchschmerzen, allgemeine Schwäche, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Herzbeschwerden; starke Beschwerden: mindestens 2 starke oder 4 schwache Beschwerden. Ohne Personen mit Fieber.

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>3</sup> Keel P, Schütz-Petitjean D, Santos-Eggimann B (1996): Kreuzschmerzen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O (Hrsg): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Bern: Hans Huber. S. 336-344.

### Anteile der Frauen und Männer, die innerhalb von 4 Wochen aus gesundheitlichen Gründen bei ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt waren, nach Schweregrad und Dauer

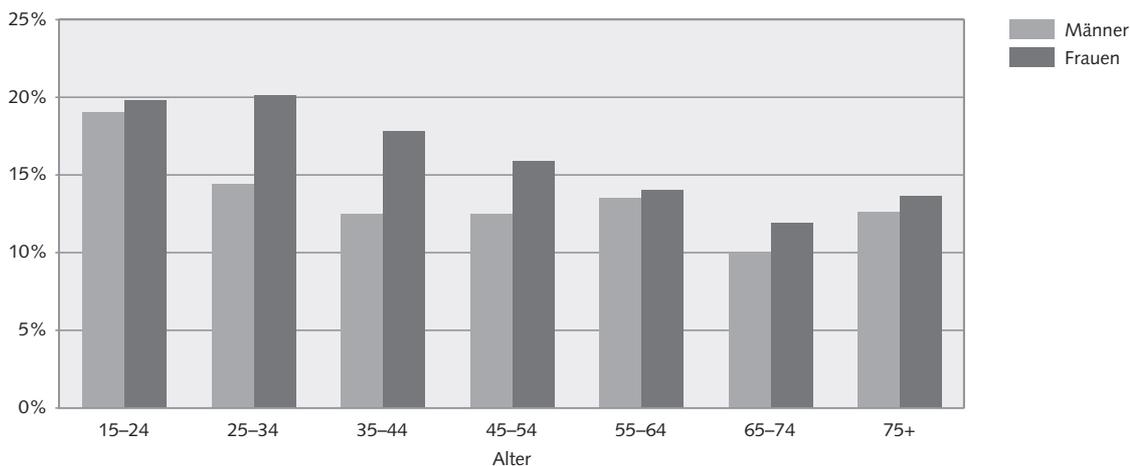
G 2.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

### Anteile der Männer und Frauen, die innerhalb von 4 Wochen an mindestens einem Tag aus gesundheitlichen Gründen nicht wie gewohnt leistungsfähig waren nach Alter

G 2.4



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Ähnlich wie bei den körperlichen Beschwerden (G2.2) ist auch bei den Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zwischen 1992 (13%) und 1997 (17%) eine Verschlechterung und dann bis 2002 wieder eine Verbesserung (15%) fest zu stellen. Diese Veränderungen sind vor allem bei Personen im Erwerbstätigenalter zu beobachten (G2.5).

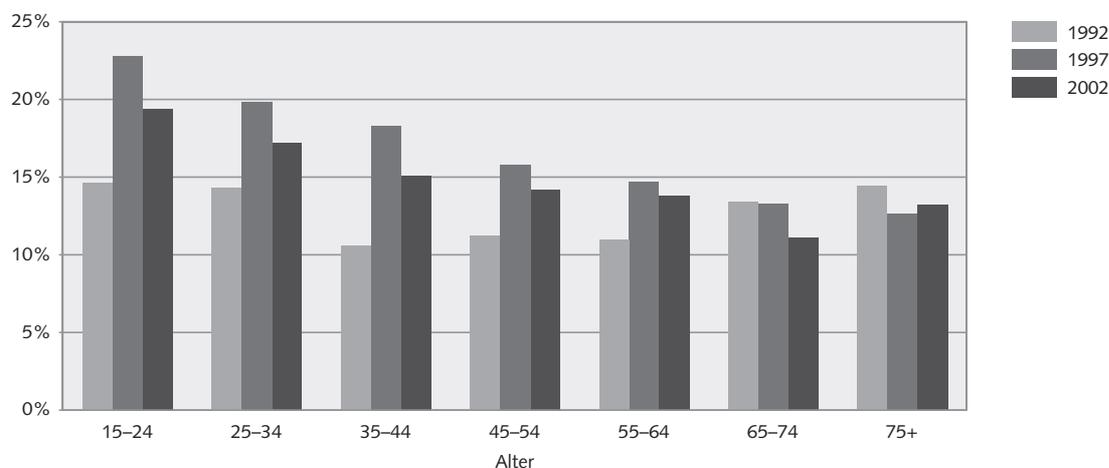
Bei 7% der Männer und gut 9% der Frauen dauerte diese eingeschränkte Leistungsfähigkeit mindestens 4 Tage. Präzisere Hinweise auf den Schweregrad geben Arbeitsunfähigkeit bzw. Bettlägerigkeit. Bei beiden Geschlechtern waren rund 10 von 100 Befragten mindestens an einem Tag in den letzten 4 Wochen nicht fähig,

zur Arbeit zu gehen oder Haushaltsarbeiten zu verrichten (G2.3). Gut 5% waren 4 Tage oder mehr nicht arbeitsfähig. Bettlägerig waren etwa 6%. Mindestens 4 Tage bettlägerig waren rund 2%. Auch bei diesen beiden Stufen des Schweregrades finden sich leicht mehr Frauen als Männer.

Hochgerechnet auf das ganze Jahr ergibt sich eine mittlere Anzahl von Tagen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen von 18 Tagen für die Frauen und 15 Tagen für die Männer. Arbeitsunfähig sind beide Geschlechter rund 11 Tage und bettlägerig rund 4 Tage pro Jahr.

**Anteile der Personen, die innerhalb von 4 Wochen an mindestens einem Tag aus gesundheitlichen Gründen nicht wie gewohnt leistungsfähig waren: Vergleich 1992, 1997 und 2002, nach Alter**

G 2.5



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**2.1.4 Chronische Krankheiten**

Kenntnisse über die Häufigkeit von chronischen Krankheiten sind ein wichtiges Anliegen für die Prävention<sup>4</sup>. Zurzeit ist die Gesundheitsbefragung – in Ergänzung zur Todesursachenstatistik – dafür die wichtigste Datenquelle.

Schätzungen der Häufigkeit von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung basieren auf verschiedenen Puzzlesteinen (Fragenkomplexen) der Befragung. Neben dem besprochenen generellen Indikator über das Vorliegen eines lange dauernden Gesundheitsproblems (vgl. G2.1) ist auch gezielt nach einigen wichtigen chronischen

schen Krankheiten gefragt worden. Den Befragten ist dabei eine Liste von Krankheiten vorgelegt worden mit der Frage, ob bzw. für welche dieser Krankheiten sie sich im Laufe der vergangenen 12 Monate haben ärztlich behandeln lassen. Bluthochdruck, Rheuma und Heuschnupfen/andere Allergien wurden am häufigsten genannt (T2.1). Frauen leiden doppelt so häufig an Rheuma wie Männer. Sowohl die Häufigkeit von Rheuma als auch von Bluthochdruck nimmt mit dem Alter deutlich zu. Entsprechende Unterschiede nach Alter und Geschlecht zeigen sich auch bei der Einnahme von Medikamenten gegen diese Krankheiten (G2.6a/b).

**T2.1 Anteile der Männer und Frauen, die wegen einer chronischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung<sup>1</sup> waren, nach Krankheitsgruppen (in %)**

Diagnose	Männer		Frauen		Total	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Bluthochdruck	11,7	13,6	14,2	14,3	13,0	14,0
Rheumatismus	7,1	6,0	14,1	11,0	10,7	8,6
Heuschnupfen/andere Allergien	9,9	9,8	12,6	10,2	11,3	10,0
chron. Bronchitis/Emphysem	4,2	3,4	5,5	3,4	4,8	3,4
Nervenzusammenbruch/Depression	3,3	4,2	6,0	5,9	4,6	5,1
Nierenkrankheiten/Nierensteine	2,4	2,5	2,4	1,9	2,4	2,2
Krebs/Geschwulst	1,7	2,2	2,7	3,2	2,2	2,7
Herzinfarkt	2,7	3,2	1,3	1,2	2,0	2,2
Schlaganfall	0,8	1,2	0,6	0,7	0,7	1,0

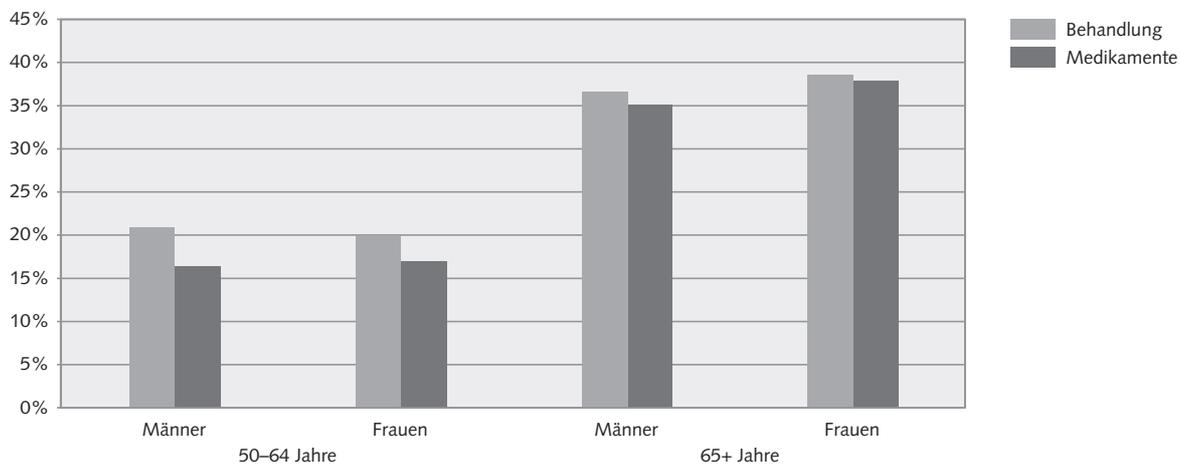
<sup>1</sup> Behandlung in den letzten 12 Monaten vor oder zum Zeitpunkt der Befragung

<sup>4</sup> Bisig B, Paccaud F, Levi F (2002): Ziel 8: Verringerung nicht übertragbarer Krankheiten. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) (Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). Bern. S. 26-28.

Der Anteil Personen, die angeben, wegen Rheumatis- mus in Behandlung gewesen zu sein, nahm seit 1992 in allen Altersklassen stark ab (G2.7a/b). Ähnliche Trends sind auch bei den Angaben zur Einnahme von Medika- menten gegen Rheuma festzustellen. Ist Rheuma im Jahr 2002 noch dasselbe wie Rheuma im Jahr 1992? Für eine reelle Verbesserung der Lage spricht die Tatsache, dass innerhalb der Altersklassen starke Abnahmen zu beob- achten sind – man klagt im gleichen Alter heute weniger über Rheuma als vor 10 Jahren, während diese Abnahme innerhalb der gleichen Personengruppe (Jahrgangsko- horte) 10 Jahre später nur gering ausfällt und nur bei Älteren zu beobachten ist (G2.7a/b).

Allergien sind in der Bevölkerung relativ verbreitet. 17% der Frauen und 18% der Männer leiden an allergi- schem Schnupfen (für ärztliche Behandlungen von Heu- schnupfen und anderen Allergien vgl. T2.1). Diese Be- schwerden sind im Gegensatz zu den übrigen erwähnten Krankheiten deutlich häufiger bei jungen (15- bis 34-Jährige: 24%) als bei älteren Personen (über 65-Jährige: 9%). Insgesamt ist seit 1992 eine leichte Zu- nahme um rund 2 Prozentpunkte festzustellen. Regel- mässig Medikamente gegen Asthma nehmen 2% der Frauen und 1% der Männer (ein- oder mehrmalige Ein- nahme in der Woche vor der Befragung).

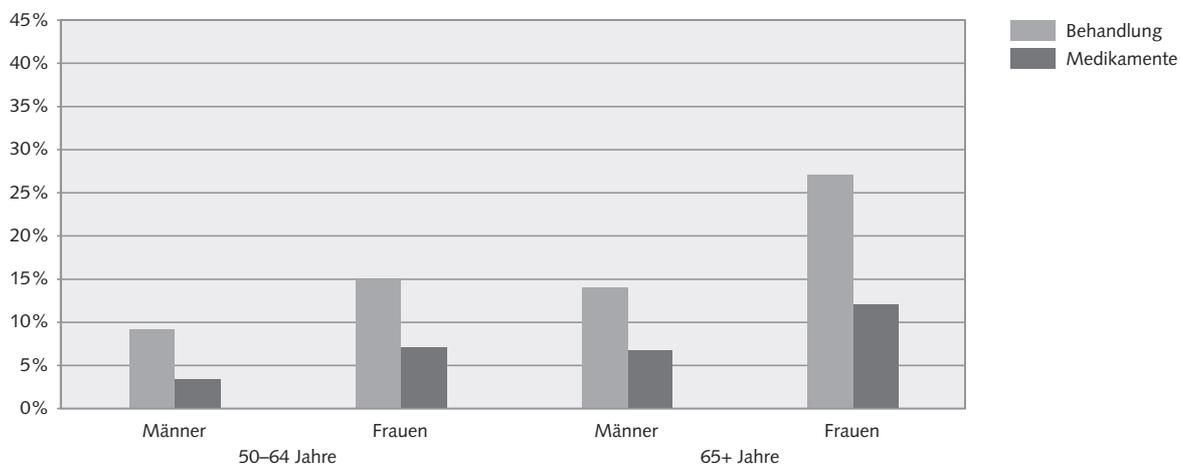
**Anteile der Männer und Frauen, die wegen Bluthochdrucks in Behandlung<sup>1</sup> waren bzw. Medikamente<sup>2</sup> einnahmen, nach Alter** **G 2.6a**



<sup>1</sup> ärztlich behandelt; 12-Monatsprävalenz  
<sup>2</sup> mehrmals wöchentlich (7-Tage-Prävalenz)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

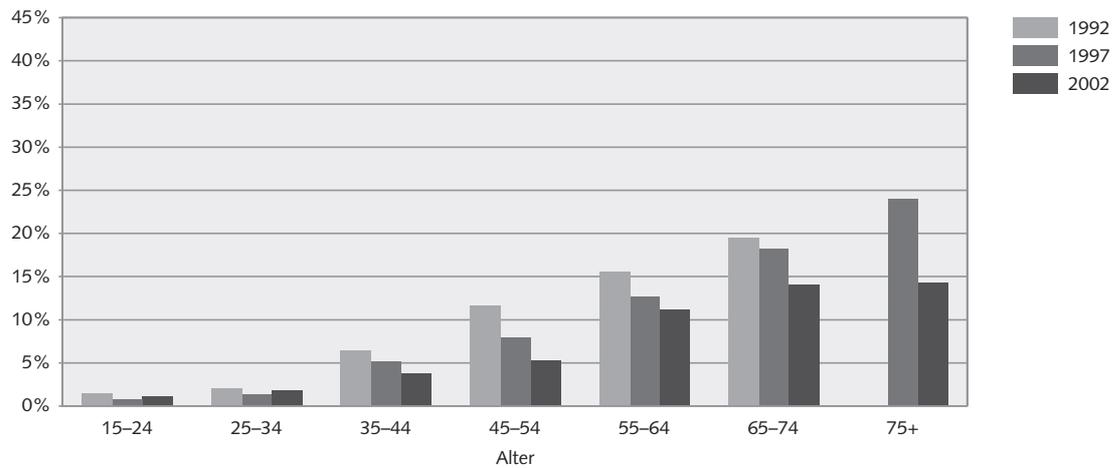
**Anteile der Männer und Frauen, die wegen Rheuma in Behandlung<sup>1</sup> waren bzw. Medikamente<sup>2</sup> einnahmen, nach Alter** **G 2.6b**



<sup>1</sup> ärztlich behandelt; 12-Monatsprävalenz  
<sup>2</sup> mehrmals wöchentlich (7-Tage-Prävalenz)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

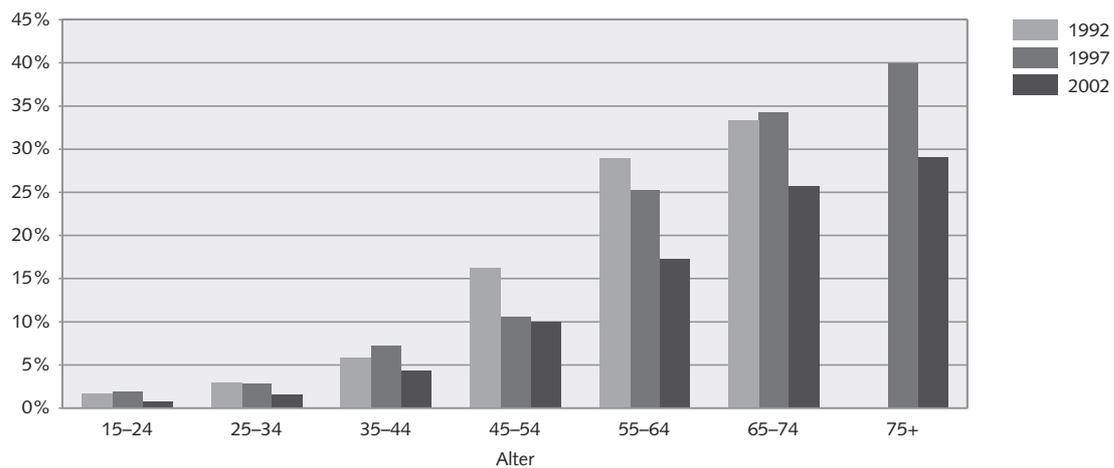
**Anteile der Männer mit Rheuma: Vergleich 1992, 1997 und 2002, nach Alter<sup>1</sup> G 2.7a**



<sup>1</sup> Für Personen ab 75 Jahren liegen für das Jahr 1992 keine Ergebnisse vor

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Anteile der Frauen mit Rheuma: Vergleich 1992, 1997 und 2002, nach Alter<sup>1</sup> G 2.7b**



<sup>1</sup> Für Personen ab 75 Jahren liegen für das Jahr 1992 keine Ergebnisse vor

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Eine weitere wichtige chronische Krankheit, vor allem im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankheiten, ist Diabetes<sup>5,6</sup>. Wird sie nicht oder zu spät behandelt, ist sie auch eine der wichtigsten Ursachen der Erblindung aber auch von Fussamputationen bei Betagten. Je rund 4% der Frauen und der Männer gaben an, dass bei ihnen bereits einmal die Diagnose Diabetes gestellt worden sei. Jedoch nur ein Drittel der betreffenden Personen respek-

tive rund 80'000 brauchten zur Zeit der Befragung Insulin (für detailliertere Ausführungen siehe Kapitel 7.1). Generell ist die Information über den Risikofaktor Diabetes relativ schlecht: In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen wurde der Blutzuckerspiegel innerhalb von 12 Monaten bei 31% gemessen. Diese Rate steigt mit dem Alter kontinuierlich an und erreicht bei den über 75-Jährigen 77% (siehe auch Kapitel 4.1.4).

<sup>5</sup> Waldhäusl W (2004): Diabetes in der Praxis. Berlin: Springer.

<sup>6</sup> Schweizerische Herzstiftung (Hrsg.) (2004): Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. 2. Auflage. Bern.

### 2.1.5 Risikofaktoren für wichtige chronische Krankheiten<sup>6</sup>

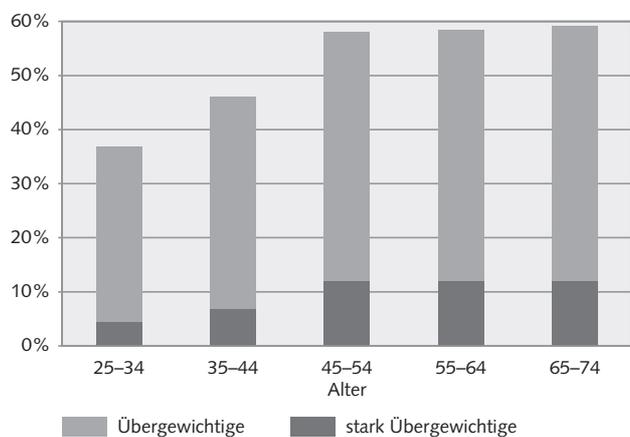
Als Basis für Massnahmen zur Verhütung von chronischen Krankheiten ist die Kenntnis der Verteilung der entsprechenden Risikofaktoren wesentlich, auch wenn die diesbezüglichen Auskünfte von Befragten von deren Sachkenntnis und Erinnerungsvermögen abhängen. Als gesundheitliche Risikofaktoren u.a. für eine der wichtigsten Todesursachen, die Herz-/Kreislaufkrankheiten, gelten – neben Rauchen und Bewegungsmangel (vgl. dazu Kapitel 3) – erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin), hoher Blutdruck und Übergewicht<sup>7</sup>.

**Hoher Cholesterinspiegel:** Von den befragten Personen sagten 15%, dass bei ihnen irgend einmal von einem Arzt ein erhöhter Cholesterinwert diagnostiziert worden sei. Einen aktuell (d.h. zur Zeit der Befragung) erhöhten Wert nennen nur rund 7% aller Befragten. Dies entspricht einer leichten Zunahme gegenüber 1997 von 3 respektive 2 Prozentpunkten. Bei rund der Hälfte der Bevölkerung wurde der Cholesterinspiegel innerhalb von einem Jahr gemessen, von 28% bei den Jüngsten bis zu 76% bei den Ältesten (T4.3).

**Bluthochdruck:** Bei 21% der Befragten beider Geschlechter soll diese Diagnose irgend einmal von einem Arzt gestellt worden sein. Einen zur Zeit der Befragung erhöhten Wert nennen jedoch nur rund 14% aller Befragten, mit der erwarteten altersbedingten Zunahme bis zu 40% bei den Betagten über 75 Jahren<sup>8</sup>. In dieser Gruppe geben auch 92% an innerhalb eines Jahres getestet worden zu sein, gegenüber 76% in der Gesamtbevölkerung. Recht gute indirekte Hinweise auf die Häufigkeit von hohem Blutdruck in der Bevölkerung gibt auch der Anteil von ärztlich behandeltem Bluthochdruck (vgl. dazu T2.1).

**Übergewicht:** Der Risikofaktor Übergewicht berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergrösse (in Metern), dem so genannten Körpermassenindex (englisch: Body Mass Index BMI). Je höher der BMI einer Person ist, desto höher ist deren Risiko, an Diabetes, Herz-/Kreislaufkrankheiten oder gewissen Krebsformen zu erkranken und an Gelenkbeschwerden zu leiden<sup>9</sup>.

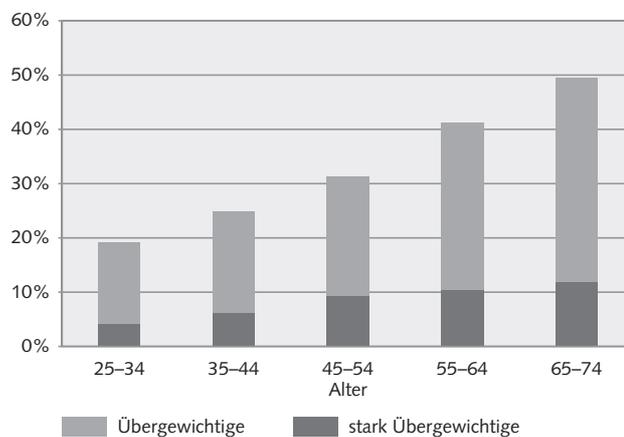
**Anteile übergewichtiger<sup>1</sup> und stark übergewichtiger<sup>2</sup> Männer, nach Alter** G 2.8a



<sup>1</sup> 25 ≤ BMI < 30; <sup>2</sup> BMI ≥ 30

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Anteile übergewichtiger<sup>1</sup> und stark übergewichtiger<sup>2</sup> Frauen, nach Alter** G 2.8b



<sup>1</sup> 25 ≤ BMI < 30; <sup>2</sup> BMI ≥ 30

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>6</sup> Schweizerische Herzstiftung (Hrsg.) (2004): Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. 2. Auflage. Bern.

<sup>7</sup> Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2004): Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Schlussbericht. HealthEcon im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basel.

<sup>8</sup> Diese Werte können wegen methodischen Veränderungen bei der Erhebung nicht direkt mit den Werten der früheren Erhebungen verglichen werden.

<sup>9</sup> [http://www.bfu.ch/forschung/statistik/statistik\\_2004/index.html](http://www.bfu.ch/forschung/statistik/statistik_2004/index.html). Zugriff am 31.3.2005.

Insgesamt sind 41% der Schweizer Bevölkerung zwischen 25 und 74 Jahren<sup>10</sup> übergewichtig (BMI: 25 und mehr). 9% sind stark übergewichtig (BMI von 30 und mehr). Männer sind häufiger übergewichtig als Frauen. Übergewicht nimmt jedoch bei beiden Geschlechtern bis ins Pensionsalter deutlich zu. Bei den Frauen stetig, bei den Männern ist im Alter von 45- 54 Jahren mit einem Anteil von gegen 60% das höchste Niveau fast schon erreicht (G2.8a/b).

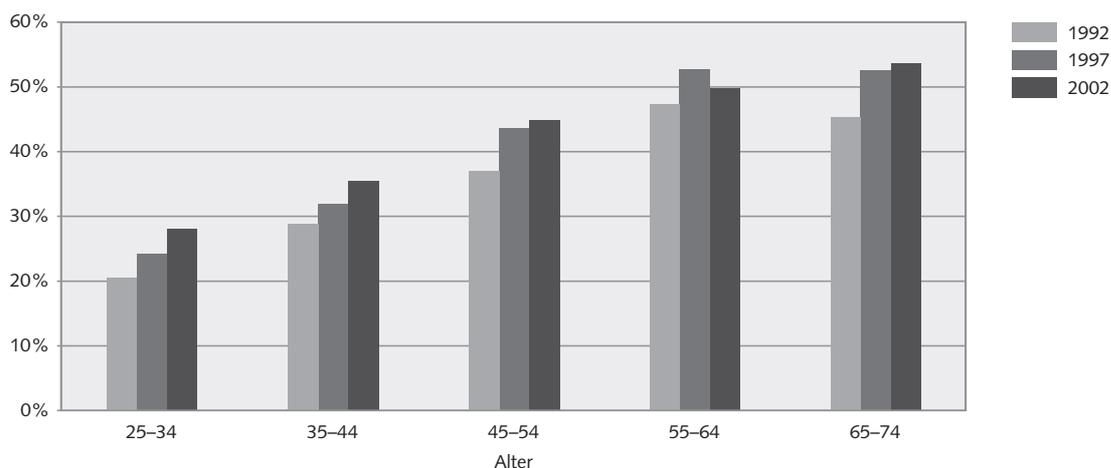
Die Vergleiche mit den Jahren 1992 (33%) und 1997 (39%) zeigen ein alarmierendes Bild: Insgesamt stellen wir in der Altersklasse von 25-74 Jahren eine Zunahme um 8 Prozentpunkte fest, was auf die Bevölkerung bezogen rund 446'000 mehr Übergewichtigen entspricht. Dass es sich hier um eine Verschlechterung in derselben Personengruppe handelt, können wir feststellen, wenn wir die Ergebnisse der gleichen Jahrgänger 1992 und 2002 vergleichen. Z.B. waren die im Jahr 2002 45- bis 54-Jährigen 1992 35-44 Jahre alt. Innerhalb dieser «Jahrgangskohorte» stellen wir sogar eine Zunahme von Übergewichtigen von 29% auf 45% fest (G2.9).

Betrachtet man nur die Übergewichtigen, so möchten zwar drei Viertel von diesen ihr Gewicht ändern. Die Häufigkeit dieses Wunsches verläuft jedoch nicht parallel mit der Verteilung des Risikofaktors (vgl. dazu auch das Kapitel 3.2). So sind Männer zwar häufiger übergewichtig als Frauen, haben jedoch seltener den Wunsch abzunehmen. Übergewicht nimmt mit dem Alter zu, der Anteil Personen, die das Gewicht ändern möchten, ist jedoch bis zum Pensionsalter relativ konstant.

Die hier besprochenen gesundheitlichen Risikofaktoren sind also bei beiden Geschlechtern häufig. Dies weist auf ein hohes Präventionspotential hin. Im Vordergrund steht hier die Reduzierung von Übergewicht. Sowohl die Reduktion des Fettkonsums in der Nahrung als auch regelmäßige körperliche Bewegung beeinflussen das Körpergewicht positiv. Für eine Übersicht der Häufigkeit der wichtigsten Verhaltensweisen, die sich (negativ) auf die Gesundheit auswirken, sei auf Kapitel 3 (Gesundheitsverhalten) verwiesen.

Neben den erwähnten Verhaltensänderungen der Bevölkerung muss auch die Information der Patientinnen und Patienten über ihre gesundheitliche Risikosituation verbessert werden: Ein zu hoher Anteil der Bevölkerung weiss nicht, wann der Blutzucker, das Blutfett (Cholesterin) und der Blutdruck gemessen wurden. Hier ist nicht nur die Patientenschaft (vermehrtes Rückfragen) sondern auch die Ärzteschaft gefordert (leicht verständliche Kommunikation der medizinischen Untersuchungen und Befunde).

**Anteile der Übergewichtige<sup>1</sup>: Vergleich 1992, 1997 und 2002, nach Alter** G 2.9



<sup>1</sup> BMI ≥ 25

<sup>10</sup> Wir beschränken uns hier aus methodischen Gründen auf die Darstellung der 25 bis 74-Jährigen, weil bei den Jüngsten und den Ältesten andere Grenzwerte verwendet werden müssten

### 2.1.6 Unfälle

Laut der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung verunfallen in der Schweiz jährlich rund 1,2 Millionen Menschen und 2'150 davon erleiden dabei tödliche Verletzungen<sup>11</sup>.

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verunfallten 2002 rund eine Million Personen. Berücksichtigt man, dass hier nur in der Schweiz wohnhafte Personen und keine Kinder berücksichtigt sind, kann man von einer guten Übereinstimmung sprechen. Das gleiche gilt für die Todesfälle, wo die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik rund 2'000 Unfalldtote pro Jahr registriert – wiederum ohne im Ausland wohnhafte Personen.

Die Gesundheitsbefragung zeigt, dass jede sechste Person ab 15 Jahren innerhalb eines Jahres mindestens einen Unfall erlitt. Davon mussten rund zwei Drittel ärztlich behandelt werden, ein Drittel konnte sich selbst behandeln (T2.2).

Am häufigsten ereignen sich Unfälle beim Sport. Jeder zwölfte Befragte hatte mindestens einen Sportunfall im Verlauf des letzten Jahres vor der Befragung, wobei hier von den Männern häufiger eine Selbstbehandlung angegeben wird als bei den anderen Unfallarten. Unfälle im Beruf bzw. im Haushalt waren nur rund halb so häufig. Einen Unfall im Strassenverkehr erlitten knapp 2 von 100 Befragten ab 15 Jahren.

Es sind deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu beobachten: Männer verunfallen häufiger bei der Arbeit und beim Sport, Frauen in Haus und Garten (T2.2). Das Unfallrisiko variiert auch nach dem Alter: Sport-, Arbeits- und Verkehrsunfälle nehmen mit dem Alter ab und Haushaltsunfälle nehmen zu. Die Unfallhäufigkeit insgesamt ist seit 1992 bei beiden Geschlechtern weitgehend konstant geblieben.

### T2.2 Anteile der Männer und Frauen, die im Laufe eines Jahres<sup>1</sup> einen Unfall erlitten haben, nach Unfall- und Behandlungsart (in %)

Unfallart	Männer	Frauen	Total
Arbeitsunfälle insgesamt <sup>2</sup>	7,6	2,4	5,4
selbst behandelt	1,4	(0,4)	1,0
ärztlich behandelt	6,2	2,1	4,4
Verkehrsunfälle insgesamt	1,9	1,8	1,9
selbst behandelt	0,6	0,6	0,6
ärztlich behandelt	1,3	1,2	1,3
Unfälle im Haus/Garten insgesamt	4,1	5,5	4,8
selbst behandelt	1,6	1,7	1,7
ärztlich behandelt	2,5	3,8	3,1
Unfälle bei Sport, Spiel usw.	11,4	5,1	8,1
selbst behandelt	5,0	1,5	3,2
ärztlich behandelt	6,4	3,6	4,9
mindestens einen dieser Unfälle	20,6	12,8	16,6
selbst behandelt	6,6	3,6	5,0
ärztlich behandelt	14,0	9,3	11,6

<sup>1</sup> innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Zeitpunkt der Befragung

<sup>2</sup> nur Erwerbstätige; Alter 15–64 Jahre

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

<sup>11</sup> Bundesamt für Strassen ASTRA (Hrsg.) (2002): Erarbeitung der Grundlagen für eine Strassenverkehrssicherheitspolitik des Bundes: Schlussbericht. Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu. Forschungsauftrag ASTRA 2000/447 auf Antrag des ASTRA. Bern.

Massnahmen der Unfallverhütung haben in den letzten Jahrzehnten zu einer deutlichen Reduktion der Unfallhäufigkeiten sowohl bei der Arbeit als auch im Strassenverkehr geführt. Eine weitere Reduktion vor allem der schweren Unfälle bleibt jedoch – nicht nur aufgrund der hohen direkten und indirekten Kosten – ein wichtiges Ziel der Prävention (jeder schwere Unfall ist einer zuviel). Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Verhütung von Sportunfällen, der häufigsten Unfallart, gerichtet werden. Extremsportarten mit entsprechend hohem Unfallrisiko finden hauptsächlich bei jungen Erwachsenen zunehmend Verbreitung. Bei der Unfallverhütung muss insgesamt bedacht werden, dass Unfälle Bestandteil eines komplexen Problems sind, zu dem verschiedene Bereiche der Gesellschaft (u.a. Transportwesen, Stadtplanung, Industrie) beitragen. Somit ist Unfallverhütung eine Gemeinschaftsaufgabe der erwähnten Bereiche in enger Zusammenarbeit mit dem Erziehungs- und dem Gesundheitswesen<sup>12</sup>.

## 2.2 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ein wichtiger Bestandteil eines umfassenden gesundheitlichen Wohlbefindens. Entsprechend ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung heute ein öffentliches Anliegen geworden. Im Rahmen des Projektes «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» wurde in den Jahren 2000 bis 2003 ein Entwurf für eine «Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz» erarbeitet<sup>13</sup>.

Psychische Gesundheit wird umschrieben als persönliches Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, sowie zu gesellschaftlicher Partizipation in der Lage zu sein. Psychische Krankheit dagegen ist charakterisiert durch klinisch erkennbare psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Störungen des zentralen Nervensystems<sup>14</sup>.

Anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung können verschiedene der oben erwähnten Aspekte von psychischer Gesundheit respektive psychischer Krankheit bezogen auf die Schweizer Bevölkerung sowie die Veränderungen zwischen 1992 und 2002 beschrieben werden.

### 2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit

Psychische Ausgeglichenheit ist eine wichtige Voraussetzung für eine angemessene, stressfreie Bewältigung der täglichen Aufgaben. Psychische Anspannung bewirkt das Gegenteil und kann durch den dadurch hervorgerufenen Stress zu negativen Folgen für die Gesundheit führen. Die psychische Ausgeglichenheit wurde an Hand von vier Fragen ermittelt, die sich auf die Häufigkeit bestimmter positiver und negativer Gemütszustände in der Woche vor dem Interview bezogen. Aus den Antworten auf diese Fragen wird ein Index gebildet, mit dem sich die psychische Ausgeglichenheit einer Person in eine der drei Kategorien «schlecht», «mittel» und «gut» einteilen lässt.

Menschen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit fühlen sich selten oder nie niedergeschlagen, schlecht gelaunt, angespannt, gereizt oder nervös. Vielmehr geben sie an, praktisch jeden Tag ruhig, ausgeglichen bzw. gelassen, voller Kraft und Optimismus zu sein. Im Gegensatz zu dieser Gruppe sind Personen mit schlechtem psychischem Befinden nach eigener Aussage oft bzw. fast täglich niedergeschlagen, angespannt und gereizt, aber selten ruhig und ausgeglichen, voller Kraft, Energie und Optimismus.

Legt man diese Skala an die gesamte Bevölkerung der Schweiz an, so weist gut die Hälfte der Bevölkerung eine gute, rund ein Viertel eine mittlere und gut ein Fünftel eine schlechte psychische Ausgeglichenheit auf. Es sind allerdings grosse Altersunterschiede festzustellen, insofern sich etwa unter den Jungen (15- bis 24-Jährigen) nur 41 % als ausgeglichen und emotional entspannt und 28 % als unausgeglichen und gespannt zeigen. Die Ausgeglichenheit nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Bis 65 sind keine grossen Differenzen zwischen den Geschlechtern festzustellen; ab diesem Alter erreichen die Männer die besseren Werte (G2.10).

Ein sehr positives Ergebnis ist in der buchstäblichen Entspannung innerhalb der letzten 10 Jahre zu sehen. In jedem Alter und bei beiden Geschlechtern sind die Werte für gute psychische Ausgeglichenheit zwischen 1992 und 2002 kontinuierlich angestiegen.

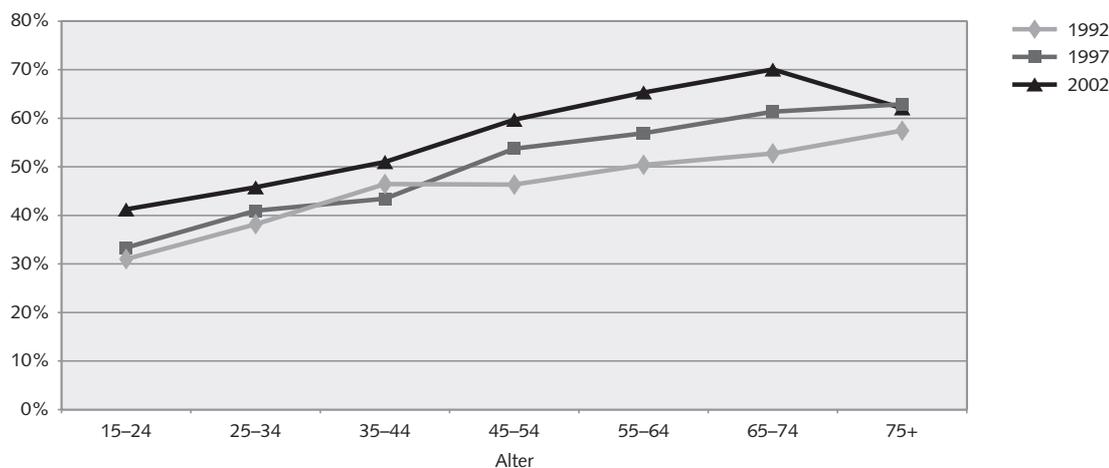
<sup>12</sup> Boillat MA (2002): Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückführenden Verletzungen. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) (Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). Bern. S. 29-31.

<sup>13</sup> [http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show\\$Id=1316.html](http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show$Id=1316.html). Zugriff am 31.3.2005

<sup>14</sup> Rüesch P, Manzoni P (2003): Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring. Edition Obsan: Zollikofen.

### Anteile der Personen mit guter psychischer Ausgeglichenheit: Vergleich 1992, 1997 und 2002, nach Alter

G 2.10



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Diese Befunde sind auch aus anderen Kontexten bekannt<sup>15</sup>. Sie könnten darauf hindeuten, dass sich die Jungen – die nach eigener Aussage häufiger nervös, unausgeglichen und niedergeschlagen sind – Sorgen um ihre Zukunft machen und dass der niedrige Grad der Zufriedenheit bzw. des Wohlbefindens ihre Schwierigkeiten reflektiert, sich in die Gesellschaft der Erwachsenen einzufügen und ihren Platz im Erwerbs- und Familienleben zu finden. Demgegenüber schätzen die älteren Menschen zumindest diejenigen, die zuhause wohnen, da ja die in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen in der Gesundheitsbefragung nicht erfasst werden ihr psychisches Befinden als besser ein, was Anlass zur Vermutung gibt, dass ihr positiver Gemütszustand von der Befriedigung herrührt, die sie aus dem in ihrem Leben Erreichten und aus ihrer heutigen Situation und Lebensweise beziehen.

#### 2.2.2 Depressionen

Phasen von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen oder Energielosigkeit erleben wir alle irgendwann in unserem Leben. Die Gründe dafür sind vielfältig: Zwischenmenschliche Konflikte, Existenzangst, Verlust durch Tod oder Trennung usw. Sieht man dabei ein Licht am Ende des Tunnels, dann ist oft ein Gespräch mit einer Vertrauensperson schon sehr hilfreich. Ist dieses

Licht nicht sichtbar respektive dauert die Störung des Gleichgewichts länger an, ohne sich zu verbessern, dann ist der Besuch beim Arzt oder bei einem Spezialisten angezeigt.

Zum ersten Mal wurde in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 in einer nationalen Gesundheitserhebung eine Skala zur Einschätzung der depressiven Stimmung einer Person verwendet<sup>16,17</sup>. Anhand von 10 Fragen zu psychiatrisch definierten Symptomen für eine Depression wurde für jede Person ein Symptomwert ermittelt<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Campbell A (1981): The sense of well-being in America. New-York: Mc Graw Hill.

<sup>16</sup> Wittchen HU (2001): Prevalence and recognition syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated. *International Clinical Psychopharmacology* 16: S. 121-135.

<sup>17</sup> Wittchen HU (1998): Test-retest reliability of the computerized DSMIV version of the Munich Composite International Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: S. 568-578.

<sup>18</sup> Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt? Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteten? Haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt (auch, wenn Sie nicht hart gearbeitet haben)? Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren? Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht? Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich? War Ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten Sie gar kein sexuelles Verlangen mehr? Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe? Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen? Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?

**T2.3 Anteile der Männer und Frauen mit klinisch auffälligen Symptomen für eine Depression (in %)**

	Männer	Frauen	Total
Keine Symptome	85,1	79,4	82,3
Schwache Symptome	12,1	16,9	14,5
Mittlere bis starke Symptome	1,7	2,5	2,1
Gravierende Symptome	1,2	1,2	1,2

Die Fragen bezogen sich auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung und konnten mit «an den meisten Tagen», «manchmal» oder «nein, nie» beantwortet werden.

Die Ergebnisse dieser Erhebung erlauben es uns, die Antwortenden in vier Klassen bezüglich ihrer depressiven, klinischen Symptomatik einzuteilen (T2.3):

Die Gruppe mit mittleren bis starken oder gravierenden Symptomen manifestiert eine ernsthafte Depression, die eine Behandlung durch einen Spezialisten erfordern würde. Dies entspricht knapp 200'000 Personen. Für die rund 870'000 Personen mit schwachen Symptomen ist ein gutes soziales Netzwerk mit Vertrauenspersonen, mit denen persönliche Dinge besprochen werden können, sehr hilfreich und kann sie vor Verschlechterungen schützen.

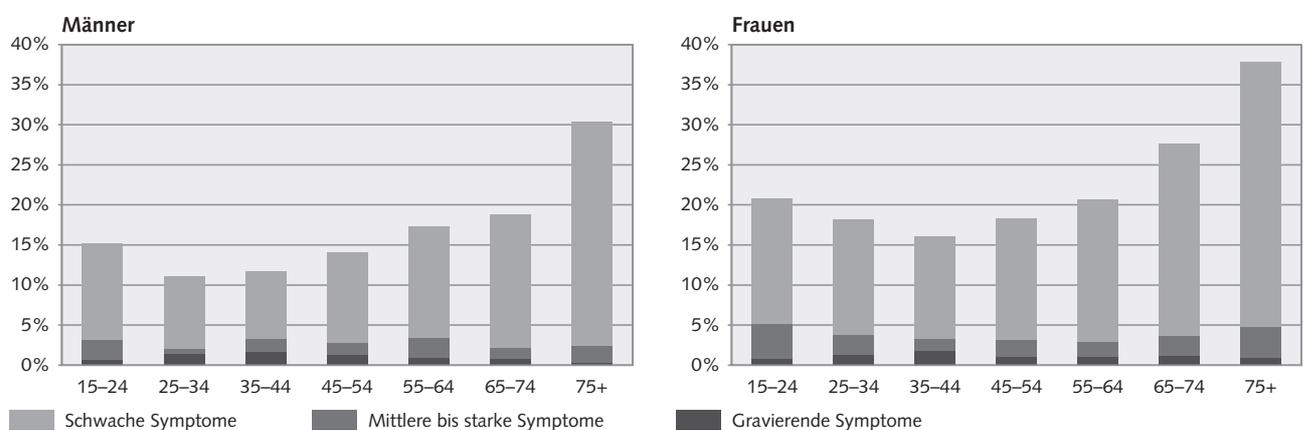
In starkem Mass betroffen von depressiven Verstimmungen ist bei beiden Geschlechtern, über alle Lebensabschnitte hinweg, etwa ein gleicher Anteil (G2.11). Grosse Unterschiede zeigen sich aber bei den schwachen Symptomen. Diese sind bei den Frauen, bei den Jungen

und vor allem bei den Älteren und Betagten weiter verbreitet als bei Personen im mittleren Alter. Erstere stehen am Anfang des Erwachsenenlebens mit all den neuen Anforderungen, die zu bewältigen sind und die auch die «Gefahr» von Misserfolgen in sich bergen (siehe auch Kapitel 6). Das Leben von Älteren und Betagten ist gekennzeichnet von körperlichen, geistigen und sozialen Einschränkungen, mit Verlust und zunehmender Einsamkeit respektive Verschlechterung des sozialen Beziehungsnetzes sowie natürlich auch von Eigenständigkeit einhergehen (siehe auch Kapitel 7).

Als wichtiger Schutzfaktor vor Depression stellt sich eine gute Bildung heraus: Personen mit höherer Bildung weisen bedeutend weniger klinische Symptome einer Depression auf als Personen mit geringerer Bildung (G2.12). Dies verwundert weiter nicht sehr, stehen doch Personen mit guter Bildung in der Regel auch mehr Ressourcen kognitiver und materieller Natur zur Bewältigung der Anforderungen des Alltags zur Verfügung.

**Anteile der Personen mit klinisch auffälligen Symptomen für eine Depression nach Geschlecht und Alter**

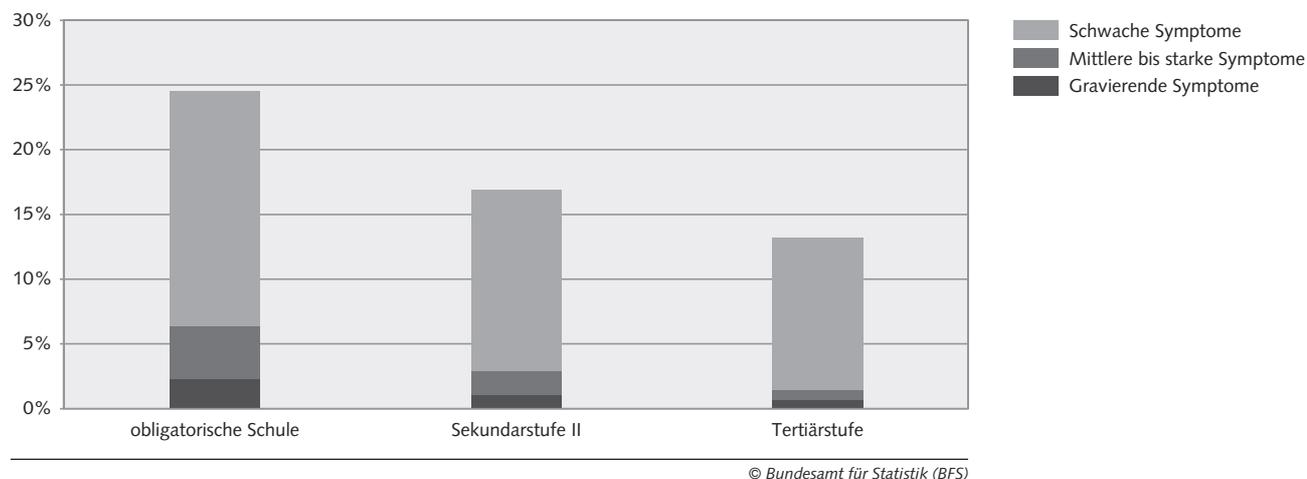
**G 2.11**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

## Anteile der Personen mit klinisch auffälligen Symptomen für eine Depression, nach Bildung

G 2.12



### 2.2.3 (Berichtete) psychische Krankheiten

Drei Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 waren psychischen Gesundheitsproblemen gewidmet. Sie sollten aufzeigen, ob die Befragten:

- an einem lange dauernden Gesundheitsproblem psychischer Natur litten,
- einen Arzt wegen eines psychischen Gesundheitsproblems konsultiert hatten,
- sich wegen einer Depression hatten behandeln lassen.

Die Befragung schloss auch den regelmässigen Konsum von Psychopharmaka, insbesondere von Beruhigungsmitteln, ein.

### T2.4 Anteile der Männer und Frauen, die einen psychischen Grund als Ursache für eine lange dauernde gesundheitliche Störung bzw. Krankheit (mindestens 1 Jahr) geltend machten, nach Alter (in %)

Alter	Männer	Frauen	Total
15–24	(2,2)	(2,2)	2,2
25–34	(1,7)	2,9	2,3
35–44	2,3	4,8	3,5
45–54	2,7	5,1	3,9
55–64	3,7	5,0	4,3
65–74	(2,4)	3,2	2,9
75+	(3,1)	4,7	4,1
<b>Total</b>	<b>2,5</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

Lange dauernde Krankheiten: Nahezu ein Sechstel der über 15-jährigen Bevölkerung der Schweiz (14% der Männer und 18% der Frauen) vermelden ein seit über einem Jahr andauerndes Gesundheitsproblem. Nach Aussage der Betroffenen sind die Ursachen der Krankheiten meist körperlicher Natur (vgl. oben, Kapitel 2.1.1). Viel seltener werden psychische Ursachen dafür verantwortlich gemacht. Etwas mehr Frauen als Männer und Personen beider Geschlechter im mittleren Alter machen solche Ursachen für ihre Probleme geltend (T2.4).

Das Herunterspielen der psychischen und psychosozialen Ursachen lange dauernder Krankheit ist das Ergebnis der gesellschaftlichen Stigmatisierung der «Geisteskrankheit» und des langen sozio-historischen Prozesses, in dem sich das biomedizinische Krankheitsmodell durchsetzte. Auch die Tatsache, dass ältere Menschen ihre chronischen Leiden seltener auf psychische Ursachen zurückführen, hängt wahrscheinlich mit der Dominanz des biomedizinischen Modells in der Psychogeriatric zusammen.

Psychische Probleme: Der Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, ist im Vergleich zu den früheren Erhebungen ziemlich konstant geblieben: 3% der Männer und 6% der Frauen (T2.5 und G2.13a/b). Derartige Konsultationen sind bei den Jüngeren – mit einem Spitzenwert um die 40 – häufiger und nehmen dann mit zunehmendem Alter ab. Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden zu sehen, das bei den älteren Menschen höher ist.

**T2.5 Anteile der Männer und Frauen, die innerhalb von 12 Monaten wegen psychischer Probleme in Behandlung waren, nach Alter (in %)**

Alter	Männer	Frauen	Total
15–24	(1,4)	4,5	2,9
25–34	2,8	7,2	5,0
35–44	4,0	8,0	6,0
45–54	3,5	7,1	5,3
55–64	3,5	6,0	4,8
65–74	(2,1)	3,2	2,7
75+	(1,3)	3,2	2,5
<b>Total</b>	<b>2,9</b>	<b>6,0</b>	<b>4,5</b>

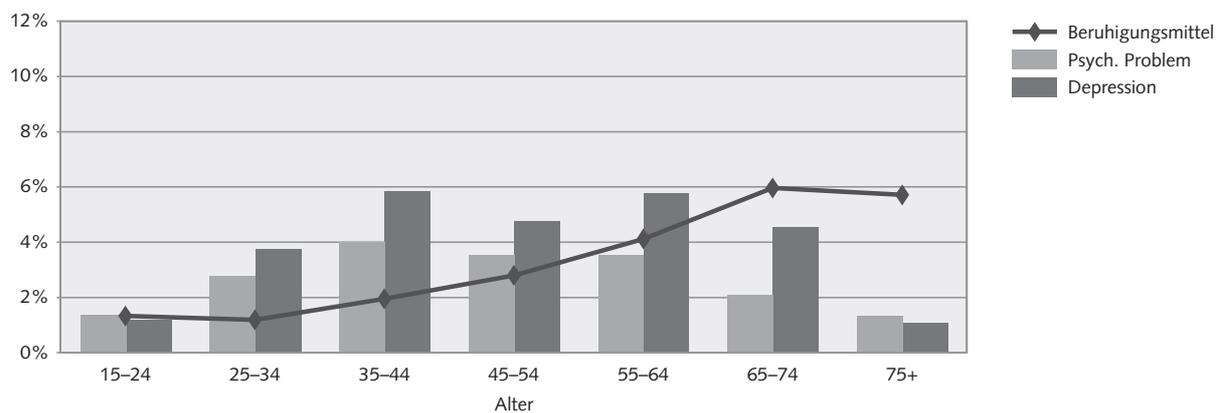
Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

Diese Behandlungen werden im Wesentlichen von Vertretern dreier Berufe durchgeführt: Allgemeinpraktiker (31%), Psychiater (31%) und Psychologen/Psychotherapeuten (29%); der Rest entfällt auf andere nicht-medizinische Gesundheitsberufe (9%). Auffallend ist, dass sich die Männer nach eigenen Angaben häufiger an einen Psychiater wenden während die Frauen eher einen Allgemeinpraktiker aufsuchen.

Behandelte Depressionen: Zusammen mit anderen chronischen Krankheiten wie Diabetes, chronischer Bronchitis oder Nierenleiden wird im Fragebogen auch danach gefragt, ob eine ärztliche Behandlung wegen nervöser Depression innerhalb des letzten Jahres stattgefunden hat. Verschiedene Arbeiten im Bereich der psychia-

**Anteile der Männer, die sich wegen eines psychischen Problems<sup>1</sup> bzw. einer nervösen Depression<sup>1</sup> behandeln liessen oder die Beruhigungsmittel nehmen<sup>2</sup>, nach Alter**

G 2.13a

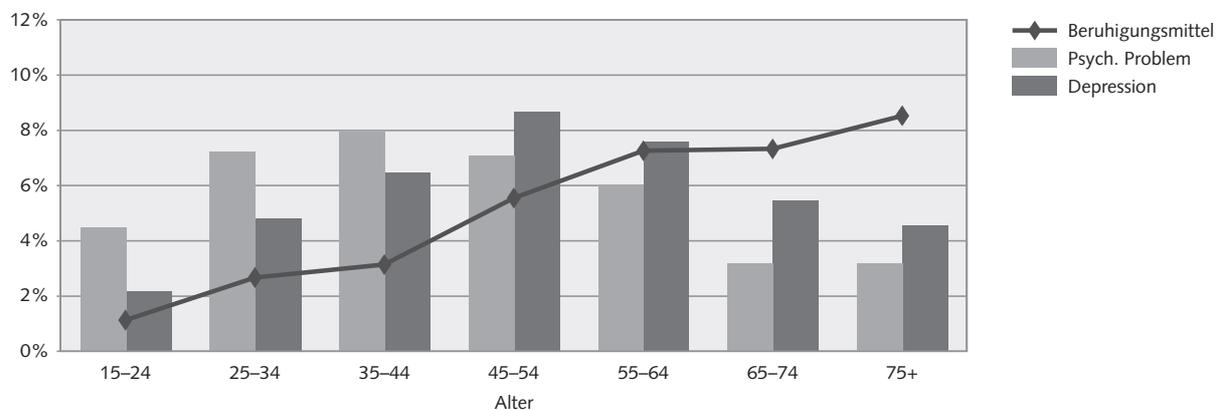


<sup>1</sup> innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung  
<sup>2</sup> innerhalb der letzten 7 Tage vor der Befragung

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Anteile der Frauen, die sich wegen eines psychischen Problems<sup>1</sup> bzw. einer nervösen Depression<sup>1</sup> behandeln liessen oder die Beruhigungsmittel nehmen<sup>3</sup>, nach Alter**

G 2.13b



<sup>1</sup> innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung  
<sup>2</sup> innerhalb der letzten 7 Tage vor der Befragung

© Bundesamt für Statistik (BFS)

## T2.6 Anteile der Männer und Frauen, die innerhalb von 12 Monaten wegen einer Depression in medizinischer Behandlung waren, nach Alter (in %)

Alter	Männer	Frauen	Total
15–24	(1,2)	(2,2)	1,7
25–34	3,7	4,8	4,3
35–44	5,9	6,5	6,2
45–54	4,7	8,7	6,7
55–64	5,8	7,6	6,7
65–74	4,5	5,5	5,1
75+	(1,1)	4,6	3,3
<b>Total</b>	<b>4,2</b>	<b>5,9</b>	<b>5,1</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

trischen Epidemiologie rechtfertigen den Status als chronische Krankheit, indem sie aufzeigen, dass schwere depressive Störungen ein oft wiederkehrendes Leiden sind (in 70-80% der Fälle<sup>19,20</sup>).

Gesamt-schweizerisch betrachtet liegt die Prävalenz der medizinisch behandelten Depressionen bei 5%, was rund 300'000 Betroffenen entspricht. Frauen leiden häufiger unter dieser Krankheit als Männer. Bei beiden Geschlechtern sind sie im mittleren Alter am häufigsten (T2.6 und G2.13a/b).

Konsum von Beruhigungsmitteln: Vergleicht man die Prävalenz der psychisch bedingten Behandlungen, jene der behandelten Depressionen sowie den regelmässigen Konsum von ärztlich verschriebenen Beruhigungsmitteln

nach Geschlecht (G2.13a/b), so sind grosse Unterschiede in den Verläufen über das Alter zu beobachten. Während die Kurven zu den behandelten psychischen Problemen und Depressionen eine umgekehrte U-Form mit der höchsten Prävalenz im mittleren Alter zeigen, nimmt der Konsum von ärztlich verschriebenen Beruhigungsmitteln bis ins hohe Alter trotz weniger Behandlungen stetig zu. Im jüngeren Alter spielen also die Behandlungen eine grössere Rolle, bei den Älteren und Betagten sind es die Medikamente.

## 2.2.4 Schlafqualität und Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Auf Grund von vier Fragen, die den Themen Einschlafstörungen, unruhiger Schlaf, wiederholtes Aufwachen in der Nacht und vorzeitiges Erwachen gewidmet waren, wurde ein Index für Schlafstörungen gebildet. Dieser Index unterscheidet zwischen Personen, die oft unruhig schlafen und in der Nacht mehrmals aufwachen (pathologische Störungen) und solchen, die (oft) Einschlafprobleme haben, (oft) zu früh erwachen oder von Zeit zu Zeit andere – durch vorübergehende Schwierigkeiten bedingte – Schlafstörungen aufweisen (mittelschwere Störungen). Rund 72% der Gesamtbevölkerung haben in diesem Sinn keine oder kaum Schlafstörungen, 23% haben gewisse Schwierigkeiten bzw. gelegentliche Störungen, während rund 5% unter pathologischen Schlafstörungen leiden. Auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet, sind das rund 300'000 Personen.

## T2.7 Anteile der Männer und Frauen mit Schlafstörungen, nach Schweregrad und Alter (in %)

Alter	Männer		Frauen		Total	
	mittelschwer	pathologisch	mittelschwer	pathologisch	mittelschwer	pathologisch
15–24	13,4	(2,0)	22,3	(4,2)	17,8	3,1
25–34	14,1	(2,4)	22,5	4,6	18,4	3,5
35–44	17,7	2,9	20,1	4,3	18,9	3,5
45–54	20,8	4,9	23,7	7,4	22,3	6,1
55–64	26,1	5,7	29,8	9,0	28,0	7,4
65–74	28,0	5,3	33,2	7,4	30,9	6,5
75+	32,7	(6,3)	36,9	6,0	35,3	6,1
<b>Total</b>	<b>20,1</b>	<b>3,9</b>	<b>25,8</b>	<b>6,0</b>	<b>23,0</b>	<b>5,0</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

<sup>19</sup> Wittchen HU, Zerssen D (1988): Verläufe behandelter und unbehalteter Depressionen und Angststörungen: Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin: Springer.

<sup>20</sup> Angst J (1992): How recurrent and predictable is depressive illness? In: Montgomery SA, Rouillon F (1992): Long-term treatment of depression. John Wiley.

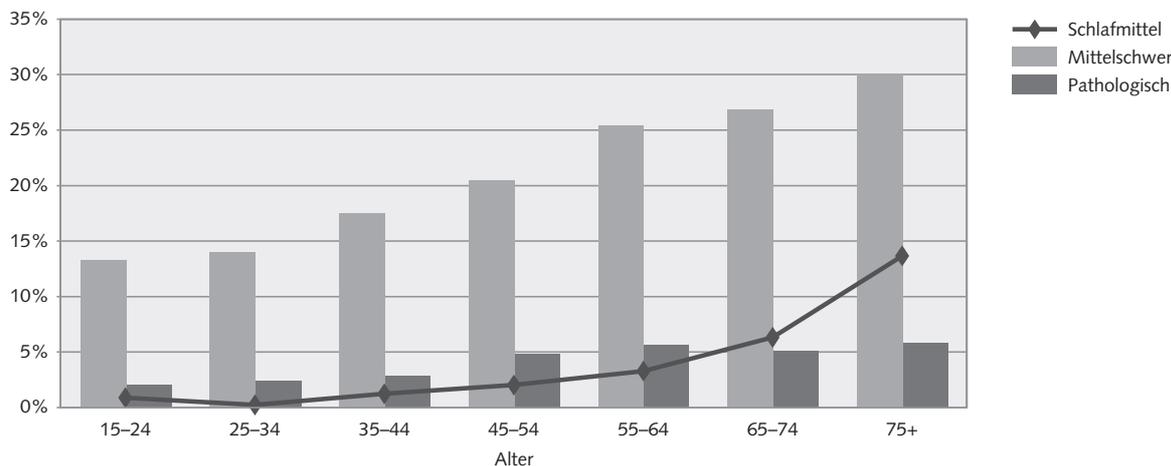
Frauen sind stärker von Schlafstörungen betroffen als Männer (T2.7). Im übrigen entspricht dieser Anteil (von rund 5%) pathologischer Schlafstörungen der Prävalenzrate in den meisten Industriegesellschaften.

Vergleicht man die Schlafstörungen und den regelmässigen Konsum von Schlafmitteln, dann beobachtet man etwas Ähnliches wie oben bei den behandelten psychischen Problemen und dem Konsum von Beruhigungsmitteln (G2.14a/b): Bei Männern und Frauen ist eine klar altersgebundene, progressive Zunahme des regelmässigen Konsums von Schlafmitteln zu verzeichnen. Dieser Anstieg übersteigt die Zunahme von pathologischen Störungen, die sich im höheren Alter stabilisieren oder sogar eher abnehmen, bei weitem und in geringerem Mass

auch die Zunahme der mittelschweren Störungen. Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter lockerer mit Schlafmitteln umgegangen wird und teilweise auch dann welche eingenommen werden, wenn es nicht unbedingt angezeigt wäre.

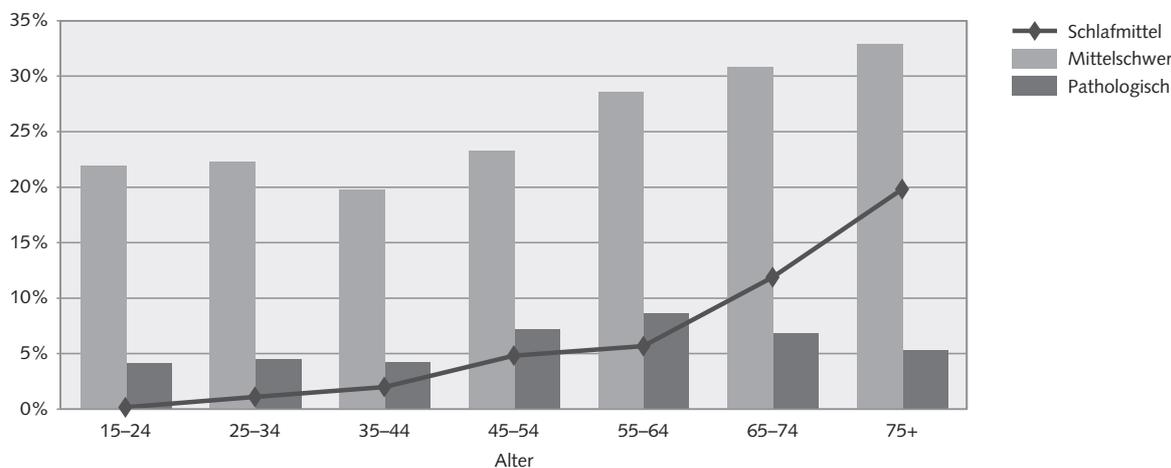
Erfreulich ist, dass sich bei den älteren Frauen seit 1992 bei leicht abnehmenden pathologischen und mittelschweren Schlafproblemen auch der Konsum von Schlafmitteln reduziert hat (Frauen zwischen 55 und 64 Jahren: von 9% auf 5%, zwischen 65 und 74 Jahren: von 14% auf 12%, über 75 Jahre: von 34% auf 20%). Dies ist möglicherweise auf eine vorsichtigeren Verschreibungspraxis zurückzuführen.

**Anteile der Männer, die an Schlafstörungen leiden oder Schlafmittel nehmen, nach Schweregrad und Alter** G 2.14a



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Anteile der Frauen, die an Schlafstörungen leiden oder Schlafmittel nehmen, nach Schweregrad und Alter** G 2.14b



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Wiederholter Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist ein Phänomen, das 7% der Gesamtbevölkerung betrifft. Es sind rund 400'000 Personen, die mindestens einmal pro Woche solche Medikamente nehmen, meistens auf ärztliche Verordnung; die Selbstmedikation ist wenig verbreitet.

Frauen jeden Alters haben einen etwas höheren Konsum als Männer; mit zunehmendem Alter ist die Differenz überdies deutlich grösser (T2.8). Dieser «Überkonsum» bei den betagten Frauen, der bereits in den früheren Gesundheitsbefragungen aufgedeckt wurde<sup>21</sup>, rückt das Problem des sozialen Einsatzes von Medikamenten und der Arzneimittelverschreibung als Mittel der sozialen Kontrolle in den Vordergrund, insofern dadurch die psychosozialen Probleme älterer Menschen minimiert oder verdeckt werden.

### 2.2.5 Schlussbemerkungen

Das psychische Befinden der Schweizer Wohnbevölkerung wurde auf Grund von verschiedenen Indikatoren untersucht, von denen einige schon 1992 oder 1997 zum Einsatz kamen – das Gefühl der psychischen Ausgeglichenheit, die behandelte nervöse Depression, die Schlafqualität und der Konsum von Beruhigungs- und Schlafmittel, lange dauernde psychische Krankheiten und die Behandlung wegen psychischer Probleme – und dadurch Hinweise auf die Entwicklung dieser Aspekte der psychischen und psychosozialen Gesundheit geben können. Erstmals zum Einsatz kam eine Skala zur Messung der Depressivität.

Verbesserungen gegenüber den früheren Erhebungen sind bei der psychischen Ausgeglichenheit, bei den Schlafstörungen und bei der Verwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln älterer Menschen zu verzeichnen.

Die neuen Ergebnisse unterstreichen die Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Störungen und jener der Verwendung von entsprechenden Medikamenten. Wie aus zahlreichen Arbeiten hervorgeht, übersteigt die Prävalenz des Medikamentenkonsums in den meisten Fällen die Prävalenz der psychischen Störungen, derentwegen sie verschrieben werden<sup>21</sup> und zwar nimmt diese Prävalenz mit steigendem Alter bei den Frauen stärker zu als bei den Männern<sup>22</sup>. In einer Sondernummer der Zeitschrift *Santé Mentale au Québec* wurden diese psychosozialen Aspekte der Psychopharmaka eingehend thematisiert<sup>23</sup>.

Die Ergebnisse der SGB decken sich mit dem internationalen Wissensstand, wobei der Akzent auf gewissen spezifischen psychosozialen Aspekten im Laufe des Lebens liegt. Mehr als jede dritte Person zwischen 15 und 24 Jahren ist oft angespannt, gereizt, nervös und verspürt in hohem Masse einen Mangel an Wohlbefinden. Erwachsene im mittleren Alter, vor allem Frauen, lassen sich häufiger wegen nervöser Depression behandeln, während ältere Menschen, insbesondere Frauen, mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel verwenden, die meist von ihrem Arzt verordnet werden.

### T2.8 Anteile der Männer und Frauen, die im Laufe einer Woche Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumiert haben, nach Alter (in %)

Alter	Männer		Frauen		Total	
	Schlafmittel	Beruhigungsmittel	Schlafmittel	Beruhigungsmittel	Schlafmittel	Beruhigungsmittel
15–24	(0,9)	(1,3)	(0,2)	(1,1)	(0,5)	(1,2)
25–34	(0,2)	(1,2)	(1,1)	2,7	(0,7)	1,9
35–44	1,2	2,0	2,0	3,1	1,6	2,5
45–54	2,0	2,8	4,8	5,6	3,4	4,2
55–64	3,3	4,1	5,7	7,3	4,5	5,7
65–74	6,3	6,0	11,9	7,3	9,5	6,7
75+	13,7	5,7	19,8	8,5	17,5	7,5
<b>Total</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>5,4</b>	<b>4,7</b>	<b>4,1</b>	<b>3,8</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

<sup>21</sup> Ashton H (1991): Psychotropic drugs prescribing for women. *British Journal of Psychiatry* 158 (suppl 10): S. 30-35.

<sup>22</sup> Morabia A, Fabre J, Dunand JP (1992): The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *Journal of Clinical Epidemiology* 45: S. 111-116.

<sup>23</sup> *Santé Mentale au Québec. Thérapies et patient borderline et médicaments psychotropes: aspects psychosociaux. Volume XXII, Numéro 1 (Printemps 1997). Montreal.*

Die psychosozialen Faktoren der Depressionsanfälligkeit bei Erwachsenen, namentlich Frauen, sollten Gegenstand entsprechender Programme sein. Nachdem die Auswirkungen psychotroper Medikamente auf das Risiko von Stürzen, Knochenbrüchen, Gedächtnisstörungen und Störungen der Aufmerksamkeit bei älteren Personen bekannt sind, drängen sich Informations- und Schulungsanstrengungen bei den Fachleuten im Gesundheitsbereich auf.

## 2.3 Psychosoziale Aspekte der Gesundheit

Bei der Beschreibung der psychosozialen Situation der Bevölkerung werden Merkmale thematisiert, die sich zum einen direkt auf den Gesundheitszustand beziehen und zum anderen Faktoren darstellen, welche die Gesundheit beeinflussen. So erhöht beispielsweise das Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen. Das permanente oder häufige Gefühl der Einsamkeit ist jedoch an sich schon ein Merkmal gestörten (sozialen) Wohlbefindens.

Im Folgenden stehen zwei Themenkreise im Vordergrund: Erstens soziale Beziehungen, die in positiver Weise ein Potential sozialer Unterstützung, in negativer Weise jedoch zugleich eine Quelle gesundheitlicher Beeinträchtigung darstellen, dann nämlich, wenn Beziehungen konfliktträchtig sind oder gar gewalttätige Elemente beinhalten. Zweitens werden spezifische Einstellungen angesprochen, die für die Gesundheit, die gesundheitliche Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten von Bedeutung sind wie z.B. die persönliche Überzeugung, sein Leben «im Griff zu haben».

### 2.3.1 Soziale Ressourcen

Soziale Beziehungen und die im sozialen Netz verfügbare Unterstützung sind eine wichtige Voraussetzung für das psychische Wohlbefinden und beeinflussen sogar unsere Lebenserwartung. Aus der Forschung ist bekannt, dass bestimmte soziale Ressourcen eine direkte Wirkung auf die Gesundheit haben und andere vor allem indirekt, als eine Art «Puffer» in Krisensituationen wirken<sup>24,25</sup>. Gibt es genügend Personen, mit denen wir unsere Freizeit verbringen können, über alltägliche, aber auch ganz per-

sönliche Probleme sprechen können, denen wir vertrauen und die uns Hilfe und Trost geben, wenn wir sie brauchen?

#### **Vertrauens-Beziehungen als Puffer in Krisensituationen:**

Eine der wichtigsten Komponenten des sozialen Netzes sind die Vertrauenspersonen. Das sind Personen, zu denen wir eine so gute Beziehung haben, dass wir mit ihnen über alles sprechen können. Diese sind besonders wichtig zur Bewältigung von Krisensituationen, wobei die Existenz einer einzigen wirklich nahe stehenden Person genügt<sup>26</sup>.

Rund 5% der befragten Personen geben an, keine solche Vertrauensbeziehung zu haben. Von diesen nehmen jedoch nur knapp zwei Fünftel die fehlende Vertrauensbeziehung auch bewusst als Mangel wahr: Sie geben an, eine solche Person zu vermissen. Hochgerechnet sind in der Schweiz über 100'000 Personen in dieser Situation. Wie bedeutsam die Verfügbarkeit einer Vertrauensperson für die Gesundheit ist, zeigt sich am Beispiel der psychischen Ausgeglichenheit<sup>27</sup>: von allen Befragten, welche eine solche Person vermissen, weisen 40% eine niedrige psychische Ausgeglichenheit auf, bei denjenigen Befragten, die eine solche Person nicht vermissen, sind es lediglich knapp 20%. Ähnliches gilt auch für das psychische Wohlbefinden (23% vs. 9%).

Gegenüber den früheren Erhebungen hat sich die Situation leicht verbessert. Selbst wenn keine Vertrauenspersonen da sind, werden sie heute weniger vermisst als früher.

Mit dem Alter nimmt der Umfang der sozialen Beziehungen ab, was sich, wie aus G2.15 ersichtlich ist, auch auf das Vorhandensein bzw. Fehlen einer Vertrauensperson auswirkt. Interessant ist dabei, dass bei den Jüngeren die Männer und bei den Älteren die Frauen seltener über Vertrauensbeziehungen verfügen. Junge Männer leben noch allein und ältere Frauen leben, wegen ihrer höheren Lebenserwartung als ihre Partner, wieder allein.

Betrachtet man zudem die Anteile der Personen, die eine Vertrauensperson auch wirklich vermissen, so sieht man, dass diese im Gegensatz zu den Männern bei den Frauen mit dem Alter zunehmen. Im Verhältnis zum Anteil derer, die keine Vertrauensbeziehung haben, nehmen sie jedoch auch bei den Frauen leicht ab. Bei den Jüngsten sind es rund drei, bei den Ältesten rund zwei Fünftel, die eine Vertrauensbeziehung auch vermissen (G2.15).

<sup>24</sup> Borgetto B (2004): Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber: Bern / Göttingen / Toronto.

<sup>25</sup> Röhrle B (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.

<sup>26</sup> Cohen S, Wills TA (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(2): S. 310-357.

<sup>27</sup> Erhoben mit vier Items (Depression, Heiterkeit, Nervosität und Optimismus); vgl. Kapitel 2.2.

Bei den Männern scheint dies weniger der Fall zu sein. In den Altersgruppen des mittleren Erwachsenenalters nimmt der Anteil der Männer, die keine Vertrauensbeziehung haben zu, nicht aber der Anteil derjenigen, die eine solche auch vermissen. Man könnte das so interpretieren, dass bei den Frauen das Bedürfnis nach nahen Bezugspersonen über die ganze Lebensspanne stärker vorhanden ist als bei den Männern.

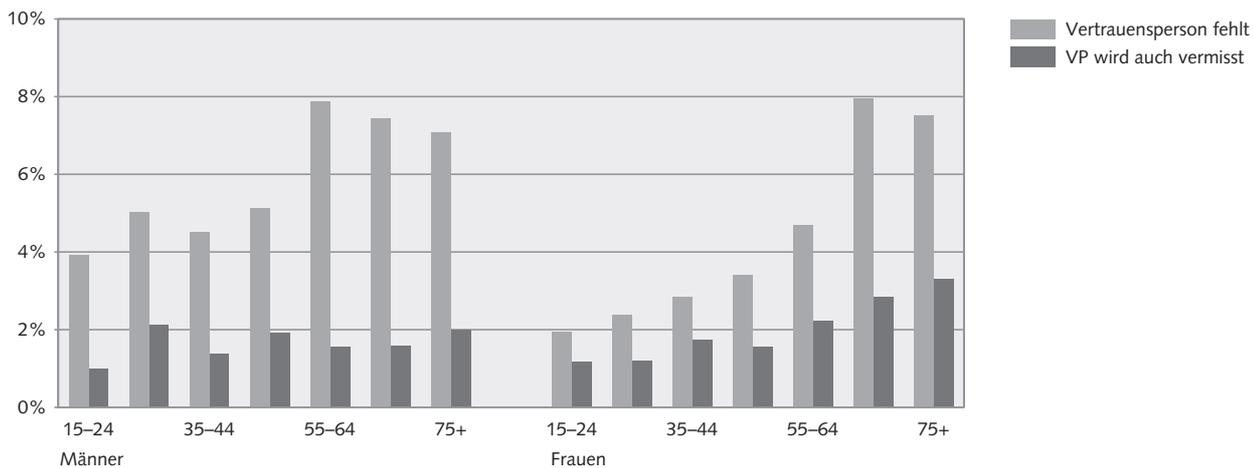
Frauen scheinen ein besseres soziales Netz zu haben als früher: Der Anteil ohne Vertrauensperson ist seit 1992 in jedem Alter zurückgegangen und im gleichen Verhältnis auch der Anteil der Frauen, die eine solche Person auch vermissen. Bei den Männern ist alles etwa gleich geblieben, auch dass zu allen drei Zeitpunkten der grösste Anteil ohne Vertrauensperson in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen zu finden ist.

Es zeigen sich auch Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen in der Bevölkerung: Z.B. fehlen Vertrauenspersonen bei Personen mit niedriger Bildung eher als bei Personen mit höherer Bildung (8% vs. 4%). In der französischsprachigen Schweiz gibt es mit 7% mehr Personen, die keinen Menschen kennen, dem sie völlig vertrauen. In der deutschsprachigen Schweiz ist dieser Anteil etwa halb so gross und beträgt in der italienischsprachigen Schweiz 5%. Hingegen zeigt sich kein Unterschied, ob jemand in einer grossen oder kleinen Gemeinde, in einem Stadtgebiet oder auf dem Lande wohnt.

**Einsamkeitsgefühle:** Soziale Kontakte haben nicht nur eine Bedeutung als gesundheitsschützende «Puffer» im Falle einer Krise, sondern sie haben auch einen direkten Einfluss auf das alltägliche Wohlbefinden und die Ge-

**Anteile der Männer und Frauen, die keine Vertrauensperson haben und eine solche auch vermissen, nach Alter**

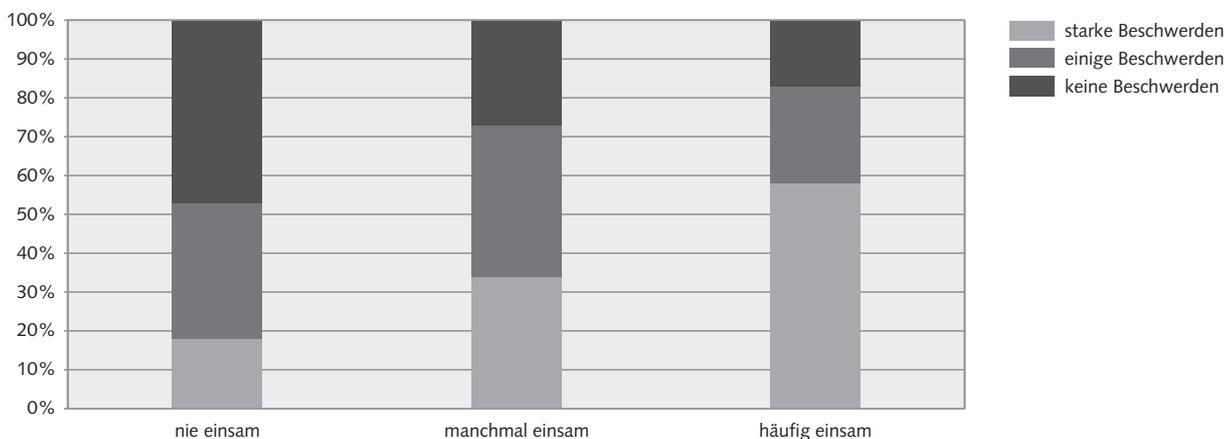
G 2.15



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Anteile der Personen mit körperlichen Beschwerden, nach dem Grad der Einsamkeit**

G 2.16



© Bundesamt für Statistik (BFS)

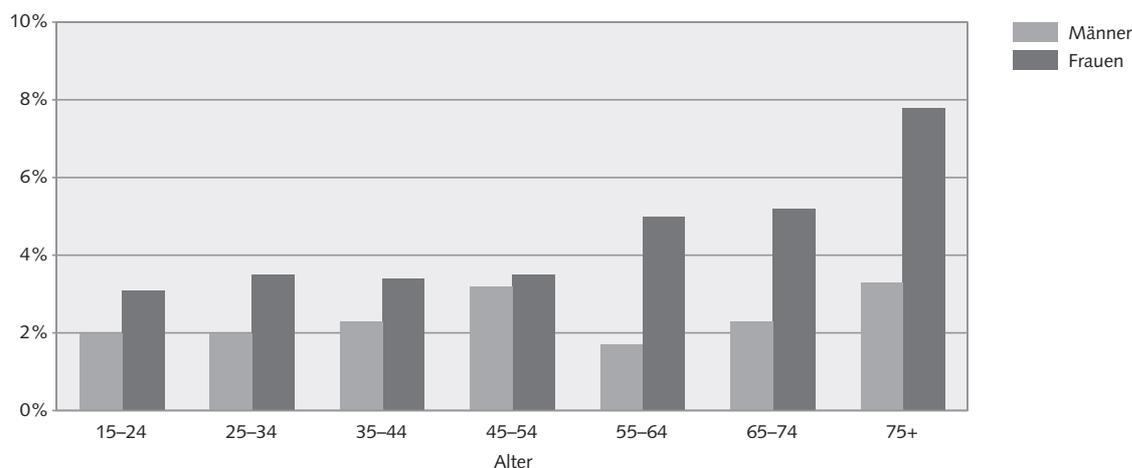
sundheit. Am deutlichsten zeigt sich dies am Phänomen der Einsamkeit. Menschen brauchen für ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit und ihre geistige und soziale Entwicklung eine bestimmte Menge und Art von sozialem Kontakt. Einsamkeitsgefühle sind der subjektive Ausdruck eines Mangels an sozialen Ressourcen resp. eines Bedürfnisses nach mehr oder nach anderen Formen von sozialen Kontakten. Sich vorübergehend einmal einsam zu fühlen, ist eine normale Erfahrung, welche wohl schon jede und jeder einmal durchgemacht hat. Wenn dieser Mangelzustand aber dauerhaft wird, kann er zu einer starken Belastung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen werden. So zeigt sich denn auch ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen und dem Auftreten von körperlichen Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schlaf- und Verdauungsstörungen, die als typische Reaktionen auf hohe psychosoziale Belastungen gelten können. Wie aus G2.16 hervorgeht, ist in der Gruppe der häufig Einsamen der Anteil der Personen mit starken

bzw. häufigen körperlichen Beschwerden ungefähr dreimal so hoch wie in der Gruppe der nie Einsamen<sup>28</sup>.

Während die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung offenbar das Gefühl der Einsamkeit nicht kennt, fühlt sich gut ein Viertel der Befragten manchmal und gut 3% oder rund 200'000 Personen häufig oder sogar sehr häufig einsam. Wie aus G2.17 hervorgeht, fühlen sich bis gegen das Pensionsalter in allen Altersklassen immer etwa zwei Prozent Männer und drei Prozent Frauen einsam. Ab 55 Jahren nimmt die Einsamkeit bei den Frauen allmählich und im hohen Alter deutlich zu. Hier widerspiegelt sich wahrscheinlich die Tatsache, dass Frauen mit zunehmendem Alter immer häufiger allein leben. Insgesamt leiden Frauen in allen Altersgruppen häufiger unter Einsamkeitsgefühlen als Männer: Es gibt auch deutlich weniger Frauen, die sich nie einsam fühlen (65%) als dies bei den Männern der Fall ist (76%). Ob dies an einer besseren sozialen Integration der Männer zum Beispiel aufgrund vielfältigerer gesellschaftlicher und beruflicher Rollen oder aber an einem höheren Be-

**Anteile der Personen, die sich oft oder sehr oft einsam fühlen, nach Alter und Geschlecht**

**G 2.17**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>28</sup> Dieses Ergebnis sagt allerdings nichts über die Richtung dieses Zusammenhangs aus. Einerseits können Drittvariablen wie Alter und psychische Stimmung sowohl die Wahrnehmung des körperlichen Befindens wie auch des sozialen Umfelds beeinflussen. Andererseits ist beispielsweise aus der Forschung zur Bewältigung von Krankheiten bekannt, dass das Auftreten von ernsthaften und chronischen Krankheiten zu einem schmerzhaften Verlust an wichtigen sozialen Beziehungen führen kann (Ehen, die auseinander brechen; Freunde und Bekannte, die Angst haben, über Krankheit, Behinderung oder Tod zu sprechen und sich zurückziehen etc.). Damit wird das Wegfallen von wichtigen Beziehungen selbst zu einer eigenständigen Belastung in einer Zeit, in der man eigentlich dringend auf ein gutes soziales Netz angewiesen wäre. Bei bestimmten Krankheits- oder Krisenfällen ist die Gefahr der mangelnden Unterstützung durch das natürliche soziale Umfeld besonders gross. Es handelt sich dabei um Ereignisse, die entweder tabuisiert oder emotional besonders belastend sind, die lange andauern oder bei denen das Wissen wie man helfen kann und soll, in der Bevölkerung fehlt (z.B. bei Gewalt in der Familie, Alkoholismus, Krankheiten wie Krebs Aids oder Altersdemenz). In solchen Fällen stellen Selbsthilfegruppen ein besonders wertvolles Angebot dar.

dürfnis der Frauen nach sozialen Kontakten und Beziehungen liegt, kann hier nicht beantwortet werden. Am einsamsten sind die älteren Personen. Allerdings hat sich die Situation vor allem in dieser Altersgruppe, aber auch leicht bei den Jungen, seit 1997 verbessert.

Die Existenz einer einzigen Vertrauensperson, zu der man auch über sehr persönliche Dinge sprechen kann, ist von entscheidender Bedeutung als Schutz vor Einsamkeit: 11% der Personen, welche keine Vertrauensperson haben, fühlen sich häufig einsam. Der Unterschied zwischen Personen mit einer oder mit mehreren Vertrauenspersonen ist hingegen minimal, was zeigt, dass hier die kritische Schwelle wirklich bei N=1 liegt. Für Frauen scheint es wichtiger zu sein, eine solche Person zu kennen, mit der sie über alles sprechen können (G2.18). Doppelt so viele Frauen fühlen sich häufig oder sehr häufig einsam, wenn sie niemanden kennen, der oder dem sie völlig vertrauen können. Auch auf dem Hintergrund dieses Befunds scheint es wichtig, der sozialen Isolierung von älteren Frauen in unserer Gesellschaft auch aus gesundheitspolitischen Gründen vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken.

Alleine zu leben stellt in ähnlicher Masse wie keine Vertrauensperson zu haben, ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit dar. Wie steht es nun mit dem viel gehörten Argument, ein Haustier stelle in vielen Fällen eine Art Ersatz für Mitmenschen dar? In T2.9 ist weder bei Personen, die mit anderen Menschen zusammenleben, noch bei Personen, die alleine leben, ein derartiger Zusammenhang zu finden.

### 2.3.2 Gesundheitliche Gefährdung aus der sozialen Umwelt

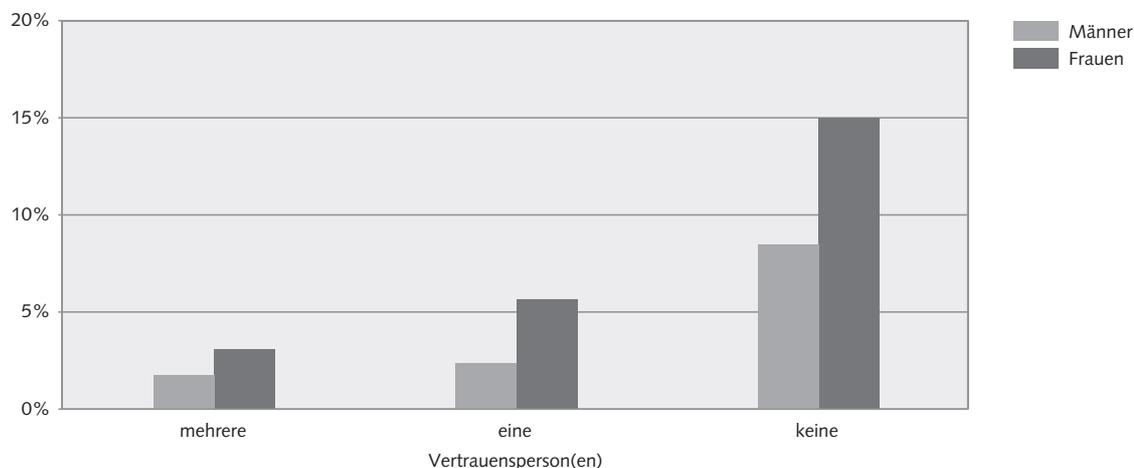
Menschliches Zusammenleben ist auch geprägt durch Konflikte, die sich in Form psychischer und physischer Gewalt äussern können. Zwischenmenschliche Gewalt wird heute angesichts der damit verbundenen beträchtlichen Folgeschäden nicht mehr nur als soziales sondern auch als gesundheitspolitisches Problem diskutiert. So hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1996 eine Resolution verabschiedet, in welcher die Bekämpfung von Gewalt und insbesondere von Gewalt gegen Frauen zu einem Hauptziel der Gesundheitspolitik erklärt wurde. In der Schweiz trat am 1993 das Opferhilfegesetz (OHG,

#### T2.9 Anteile der Personen mit Einsamkeitsgefühlen, nach Haushaltstyp und Vorhandensein eines Haustieres (in %)

	Häufig	Manchmal	Nie
Lebt allein, ohne Haustier	7,7	40,3	51,9
Lebt allein, mit Haustier	10,0	37,9	52,2
Lebt nicht allein, ohne Haustier	2,5	23,3	74,2
Lebt nicht allein, mit Haustier	2,2	24,5	73,3

#### Anteile der Personen, die sich einsam fühlen, nach der Anzahl Vertrauensbeziehungen

G 2.18



© Bundesamt für Statistik (BFS)

SR 312.5) in Kraft, welches zum Ziel hat, Opfern von Straftaten eine rasche Rehabilitation zu ermöglichen, indem wirksame medizinische, psychologische, soziale und finanzielle Hilfe geleistet wird. Personen, welche von den Opferhilfestellen betreut werden, bilden jedoch nur die Spitze des Eisbergs der von Gewalt Betroffenen, da erstens nur Fälle aufgenommen werden, bei denen eine Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit ersichtlich ist, und es zweitens für viele Betroffene sehr schwierig ist, sich an eine solche Stelle zu wenden. Im Jahr 1998 wurden 11'165 Personen von einer der schweizerischen Opferhilfestellen betreut, von denen drei Viertel Frauen oder Mädchen waren<sup>29</sup>. 43 % waren Opfer von Verstössen gegen die sexuelle Integrität.

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 wurde danach gefragt, ob jemand befürchte, in Zukunft von Gewalttaten betroffen zu sein. Folgende Gewaltformen wurden als Möglichkeiten vorgegeben:

1. Gewalt mittels Worten: Beschimpfungen oder Drohungen in direkter oder indirekter Form (schriftlich oder per Telefon)
2. körperliche Gewalt (Schläge, Zufügen von Verletzungen, sexuelle Belästigungen und Zwang zu sexuellen Handlungen)
3. Eigentumsdelikte (Diebstahl, Einbruch und Überfall).

Nicht nur erlebte Gewalt sondern auch die Angst vor Gewalt kann das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit sowie die Möglichkeit, sich im geografischen und sozialen Raum frei zu bewegen und entwickeln zu können, erheblich beeinträchtigen. In der Gesundheitsbefragung

wurde deshalb auch danach gefragt, wie hoch das Risiko eingeschätzt werde, in den nächsten 12 Monaten Opfer der verschiedenen Formen von Gewalt zu werden. In T2.10 sind die Antworten nach Art der Gewalt und Geschlecht wiedergegeben.

Ein Viertel der befragten Personen erwartet mit grosser Wahrscheinlichkeit, in den folgenden 12 Monaten Opfer eines Eigentumsdelikts zu werden, was ein sehr hoher Anteil ist, verglichen mit den knapp 4%<sup>30</sup> von Personen, die in einem entsprechenden Zeitraum in der Vergangenheit tatsächlich Opfer eines solchen Deliktes geworden waren. Deutlich weniger Personen erwarten, auf verbale Weise bedroht oder belästigt zu werden. Nur wenige Personen befürchten körperliche Gewalt erleiden zu müssen.

Etwa doppelt so viele Frauen wie Männer befürchten, mittels Briefen oder Telefonanrufen bedroht oder belästigt zu werden. Erwartungsgemäss ist die Angst, sexueller Gewalt ausgesetzt zu sein, bei den Frauen ebenfalls deutlich häufiger. 14% der befragten Frauen zwischen 15 und 24 Jahren schätzen das Risiko hoch ein, in den folgenden 12 Monaten sexuell belästigt zu werden. Gut 6% dieser Altersgruppe hält es auch für sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich in diesem Zeitraum zu sexuellen Handlungen gezwungen zu werden. Auch bei den Eigentumsdelikten schätzen die Frauen das Risiko höher ein als die Männer.

Insgesamt haben also deutlich mehr Frauen als Männer Angst, Opfer irgendeiner Form von Gewalt zu werden. Inwiefern dieser Umstand das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Entwicklungsmöglichkeiten von Frauen in unserer Gesellschaft beeinträchtigt, darüber kann zur heutigen Zeit nur spekuliert werden. In diesem

**T2.10 Anteile der Männer und Frauen, welche das Risiko, in den nächsten 12 Monaten Opfer von Gewalt zu werden, als sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich einschätzen, nach Gewaltform (in %)**

Art der Gewalt	Spezifische Form der Gewalt	Männer	Frauen	Total
Verbal	Indirekt (Briefe, Telefon)	6,3	10,3	8,4
	In direktem Kontakt	14,1	13,8	14,0
Körperlich	Verletzungen, Schläge	5,8	5,2	5,5
	Sexuelle Belästigung	0,7	5,4	3,1
	Zwang zu sex. Handlungen	0,7	3,3	2,0
Eigentumsdelikt	Diebstahl	22,7	26,9	24,9
	Einbruch	21,2	22,5	21,8
	Überfall	14,7	18,7	16,7

<sup>29</sup> Justiz- und Polizeidepartement (2000): Dritter Bericht über den Vollzug und die Wirksamkeit der Hilfe an Opfer von Straftaten: Immer mehr Personen wenden sich an die Opferhilfe. Pressemitteilung vom 23.8.2000. Bern.

<sup>30</sup> Diese Zahl stammt aus der Gesundheitsbefragung 1997.

Zusammenhang scheint es sowohl sinnvoller wie auch ethisch vertretbarer, strukturbezogene Gewaltprävention zu betreiben (öffentlichen und privaten Raum für Frauen sicherer zu gestalten) als durch spezifisch an Frauen gerichtete Interventionen und Warnungen, deren Angst weiter zu erhöhen.

Die Risikoeinschätzung ist auch in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich hoch. Ältere Personen fühlen sich zu Recht weniger bedroht von verbaler und körperlicher Gewalt, schätzen aber das Risiko der Möglichkeit eines Einbruchs oder eines Überfalls höher ein als die Jüngeren, obwohl sich in dieser Untersuchung kein diesbezüglich erhöhtes Risiko der älteren Bevölkerung zeigt.

Eine leichte Verbesserung seit 1997 von 11% auf 8% zeigt sich bei der Furcht vor indirekten verbalen Belästigungen (Briefe, Telefon). Dies könnte eine Folge der grossen Veränderungen in der Kommunikationswelt sein. Auch bei der Furcht vor Eigentumsdelikten ist eine Abnahme in etwa der gleichen Grössenordnung festzustellen. Beide stellen einen Gewinn für die Lebensqualität dar.

### 2.3.3 Gesundheitsrelevante Einstellungen

Neben der angeborenen Konstitution sowie den Belastungen und Krisen, die wir erleben, spielen persönliche Einstellungen und Eigenschaften eine wichtige Rolle für die Gesundheit. Als gesundheitsschützende Persönlichkeitseigenschaften sind beispielsweise Selbstwert, Optimismus und Kontrollüberzeugung bekannt<sup>31</sup>. Diese auch als persönliche Gesundheitsressourcen bezeichneten Ei-

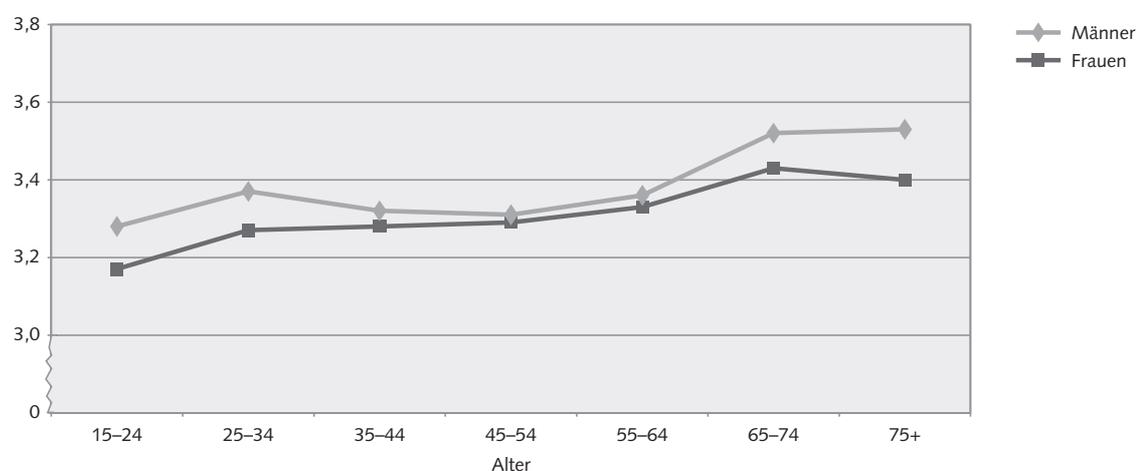
genschaften sind im Erwachsenenalter im allgemeinen recht stabil, werden aber beeinflusst durch die Erfahrungen, welche wir während des ganzen Lebens sammeln. So können stark belastende Situationen wie zum Beispiel langdauernde Arbeitslosigkeit den Selbstwert oder die Erwartung, sein Leben unter Kontrolle zu haben, stark beeinträchtigen.

**Kontrollüberzeugung:** Die Erwartung, über das, was in seinem Leben geschieht, selbst bestimmen zu können, ist ganz besonders bedeutsam für die Gesundheit eines Menschen. Umgekehrt führt der Glaube, keine Kontrolle zu haben und den Ereignissen hilflos ausgeliefert zu sein, auf die Dauer zu depressiven Verstimmungen. Eine hohe Kontrollüberzeugung ist also zunächst einmal für das psychische Wohlbefinden von Bedeutung und zudem auch eine wichtige Voraussetzung, um Alltagsprobleme und Krisen konstruktiv bewältigen zu können oder gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten mit Erfolg durchzuführen. So ist beispielsweise in mehreren Untersuchungen gezeigt worden, dass Personen mit hohen Kontrollerwartungen eine Nikotinentwöhnung eher durchstehen und in Programmen zur Gewichtsreduktion erfolgreicher abschneiden oder dass beispielsweise Jugendliche mit hoher Kontrollerwartung sich in Gruppensituationen eher gegen riskantes Verhalten abgrenzen können.

Diese wichtige protektive Persönlichkeitseigenschaft ist in der Bevölkerung nicht gleich verteilt. So haben Männer generell eine höhere Erwartung, selbst bestimmen zu können was in ihrem Leben geschieht, als Frauen, was den internationalen Befunden entspricht. In-

Durchschnittliche Kontrollüberzeugung, nach Alter und Geschlecht

G 2.19



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>31</sup> Schwarzer R (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.

interessant ist der Verlauf in den verschiedenen Altersgruppen (G2.19): Es zeigen sich zwei «Peaks» und zwar im Alter von 25-34 Jahren und im höheren Alter ab 65 Jahren. Jugendliche und junge Erwachsene haben hingegen die tiefsten Werte. Es ist nicht ganz einfach, diesen Befund zu interpretieren. Am augenscheinlichsten ist das Zusammentreffen der «Peaks» mit dem Ein- und Austritt aus dem Erwerbsleben, was auch den deutlicheren Anstieg der Kontrollüberzeugung bei den pensionierten Männern erklären könnte.

Neben Alter und Geschlecht spielt auch der sozioökonomische Status eine Rolle für das Ausmass von persönlichen Ressourcen. Bei den an- und ungelernten Arbeiterinnen und Arbeitern finden sich erwartungsgemäss am wenigsten, beim höheren Kader am meisten Personen, die ihr Leben als kontrollierbar oder selbstbestimmbar wahrnehmen. Dasselbe gilt für den Grad der Bildung. Der Anteil der Frauen, welche ihr Leben als kontrollierbar wahrnehmen, ist jedoch in jeder Schicht tiefer als bei den Männern.

Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit: Ein weiterer Faktor, der für die Gesundheitsförderung relevant ist, ist die Einstellung, die die Menschen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit haben. Abhängig vom Stellenwert, den die Gesundheit im täglichen Leben einer Person hat, ist diese Person für gesundheitsförderliche Massnahmen eher empfänglich oder nicht.

Aus der Gesundheitspsychologie ist das Phänomen bekannt, dass gesunde Menschen ihre Zukunft zu optimistisch sehen und das Risiko, beispielsweise einen Unfall zu erleiden oder ernsthaft krank zu werden, unterschätzen. Andererseits kann ein illusionärer Optimismus in Bezug auf die eigene Abwehrkraft und die «Unbesiegbarkeit» des eigenen Körpers dazu führen, dass lebenswichtige Schutzmassnahmen vernachlässigt (z.B. safer sex) und bedrohliche Signale des Körpers zu lange verdrängt werden.

Menschen, welche das Risiko, krank zu werden, sehr tief einschätzen, leben nicht unbedingt gesünder – eher das Gegenteil stimmt: In dieser Gruppe finden sich mehr Personen, welche sich in der Freizeit kaum körperlich bewegen, stark rauchen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sowie aussagen, dass sie in ihrem Leben nicht besonders auf die Gesundheit achten. Die persönliche Risikoeinschätzung stützt sich also nicht unbedingt auf rational begründbare Prozesse ab. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch ein gewisses «präventives Dilemma» dieser Einschätzung der eigenen Unverwundbarkeit resp. Verwundbarkeit: Personen, welche sich zu stark ängstigen, sind in ihrer psychischen Gesundheit eingeschränkt. Andererseits

sind Personen, welche sich für unverletzlich halten, für präventive Massnahmen kaum zu gewinnen. Es braucht wohl das «richtige Mass» an Unbekümmertheit wie auch an Motivation, sich selbst vor Risiken zu schützen, um in einem umfassenden Sinn gesund zu sein und zu bleiben. Vor allem das Letztere ist ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung von Präventionsmassnahmen, welche auf die Verringerung von Risikoverhalten abzielen.

Rund zwei Drittel der Befragten geben an, Gedanken an die Gesundheit beeinflussen ihren Lebensstil, etwa gleich viele Männer wie Frauen. Ein Fünftel sagt sogar, dass gesundheitliche Überlegungen ihr Leben weitgehend bestimmen – hier sind es etwas mehr Frauen (25%) als Männer (18%). Für sie alle ist die Gesundheit ein wichtiges Anliegen, und sie dürften gesundheitlichen Erkenntnissen und Empfehlungen gegenüber offen sein.

Etwa 12% der Bevölkerung kümmert sich jedoch nicht um das Thema Gesundheit respektive lebt, ohne dabei an die Gesundheit zu denken. Diese Unbekümmertheit ist bei den Männern, bei den Jungen und bei den weniger gut Gebildeten sowie in der Westschweiz am grössten (T2.11). Diese Personen mit gesundheitsförderlichen Ideen zu erreichen, dürfte deutlich schwieriger sein. Häufig sind es jedoch genau diese, bei denen es nötig wäre.

#### **T2.11 Anteile der Personen, die leben, ohne sich um ihre Gesundheit zu kümmern, nach Geschlecht, Alter, Bildung, Sprachregion und Messzeitpunkt**

Männer	14,4
Frauen	9,4
15- bis 24-jährig	23,3
25- bis 34-jährig	13,4
35- bis 44-jährig	11,8
45- bis 54-jährig	9,9
55- bis 64-jährig	8,2
65- bis 74-jährig	6,0
75+ jährig	7,3
obligatorische Schule	15,9
Sekundarstufe II	10,7
Tertiärstufe	8,4
Deutschschweiz	9,5
Französische Schweiz	18,8
Italienische Schweiz	11,8
1997 Total	12,3
2002 Total	11,8



# 3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Dass die Gesundheit von einer Vielzahl verschiedener Faktoren abhängt, ist eine Binsenwahrheit. Eine wichtige Rolle spielen dabei unbeeinflussbare Faktoren wie der Zufall oder genetisch vererbte Prädispositionen. Es steht aber ausser Frage, dass auch der Lebensstil, die Umweltbedingungen und gute soziale Beziehungen – alles Faktoren, die wir beeinflussen können – von entscheidender Bedeutung sind für die psychische und physische Gesundheit eines Individuums; diese Faktoren sind denn auch besonders wichtig für die Prävention. Dieses Kapitel gibt zuerst Aufschluss über die unterschiedlichen Verhaltensweisen, deren Wirkung jede und jeder Einzelne kontrollieren kann: So werden beispielsweise körperliche Aktivität, die Häufigkeit des Konsums gewisser Nahrungsmittel und die Gewichtskontrolle über bewusste Ernährung als gesundheitsfördernd betrachtet; untersucht werden aber auch der Alkohol- und Tabakkonsum, der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören und das Passivrauchen, der Konsum von Psychopharmaka und schliesslich der Konsum von Drogen, insbesondere von Haschisch.

## 3.1 Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Aktivität wirkt präventiv gegen zahlreiche Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Osteoporose, Übergewicht und Adipositas. In unseren westlichen Gesellschaften ist die körperliche Aktivität allerdings infolge der Tertiarisierung des Berufslebens sowie der Mechanisierung des Haushalts und des Verkehrs<sup>1</sup> stark zurückgegangen.

Rund drei Viertel der Frauen und Männer in der Schweiz (76% der Wohnbevölkerung) sind regelmässig körperlich aktiv, d.h., sie legen täglich mindestens 30 Minuten Wegstrecke zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurück,

kommen mindestens dreimal in der Woche durch eine Freizeitaktivität, während der Hausarbeit, im Beruf oder im Garten ins Schwitzen und/oder betreiben intensiv Sport. Auch wenn der Prozentsatz der in diesem Sinne aktiven Personen mit zunehmendem Alter leicht abnimmt, bleibt er doch relativ hoch: Immerhin 73% der über 74-Jährigen machen noch die entsprechenden Angaben (gegenüber 85% der 15- bis 24-Jährigen).

Männer und Frauen konzentrieren ihre Aktivitäten auf unterschiedliche Bereiche: Diese Differenzen sind vermutlich zumindest teilweise auf die geschlechtsspezifische Sozialisation und auf die unterschiedliche Berufs- und Lebenssituation zurückzuführen: Männer kommen häufiger während der Arbeit oder in der Freizeit zum Schwitzen, während die Frauen öfter täglich mindestens 30 Minuten zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs sind (T3.1). Der hohe Anteil körperlich aktiver Personen mag einer der Gründe sein, weshalb die Schweiz weltweit eines der Länder mit der tiefsten Sterberate aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen ist<sup>2</sup>.

In fünf Jahren hat sich der Anteil der Personen, die mindestens dreimal wöchentlich durch körperliche Aktivitäten in der Freizeit ins Schwitzen kommen (27%), nicht verändert, während der Prozentsatz der Personen, die ihre täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurücklegen, um 3 Punkte von 40% auf 43% angestiegen ist – dies alles trotz einer Anhebung der empfohlenen Mindestbewegungszeit<sup>3</sup>.

Körperliche Aktivitäten allgemein und aktives Sporttreiben im Besonderen sind wichtig und können – falls genügend intensiv betrieben – ein Sicherheitspfand für physisches und psychisches Wohlbefinden darstellen. Ende der 90er-Jahre haben das Bundesamt für Sport (BASPO) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Empfehlungen im Hinblick auf gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten herausgegeben: Mindestens während einer halben Stunde täglich sollte man sich un-

<sup>1</sup> Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): Ziel 11: Gesünder leben. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Bern. S. 35-36

<sup>2</sup> WHO/Europe, Health for All - MDB (Jan 2004). Database.

<sup>3</sup> 1997 wurden 20 Minuten empfohlen, 2002 30 Minuten.

**T3.1 Anteile der Bevölkerung, die unterschiedliche körperliche Aktivitäten praktizieren, nach Geschlecht (in %)**

	Frauen	Männer	Total
<b>Tägliche Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad</b>			
nein	39,6	53,3	46,1
ja, < 30 Min./Tag	11,9	10,3	11,1
ja, ≥ 30 Min./Tag	48,5	36,4	42,8
<b>Durch körperliche Anstrengung in der Freizeit ins Schwitzen kommen</b>			
nein	41,0	32,2	36,8
ja, 1–2mal/Woche	35,2	37,1	36,1
ja, 3mal oder mehr/Woche	23,8	30,7	27,1
<b>Durch Beruf, Haus- oder Gartenarbeit ins Schwitzen kommen</b>			
nein	43,9	42,8	43,4
ja, 1–2 mal/Woche	30,7	26,7	28,8
ja, 3mal oder mehr/Woche	25,4	30,5	27,8
<b>Intensität von Sport, Gymnastik oder Fitness</b>			
keine Aktivität	47,3	45,2	46,3
wenig intensiv	3,6	3,4	3,5
mässig intensiv	24,5	23,1	23,8
sehr intensiv	24,6	28,3	26,4

**T3.2 Anteile der Bevölkerung mit körperlicher Aktivität unterschiedlicher Intensitätsgrade, nach Geschlecht und Alter (in %)**

	<b>Trainiert:</b> Mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität, verteilt auf mindestens 5 Tage/Woche	<b>regelmässige Aktivität:</b> mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität, verteilt auf 1–4 Tage/Woche	<b>unregelmässige Aktivität:</b> Aktivität von 30–149 Minuten, verteilt über die ganze Woche	<b>teilweise Aktivität:</b> Aktivität von weniger als 30 Minuten oder <b>inaktiv</b>
Männer	19,0	29,5	23,9	27,6
Frauen	16,6	23,2	26,7	33,5
15–24 Jahre	21,0	38,0	23,8	17,2
25–34 Jahre	18,1	27,9	28,6	25,4
35–44 Jahre	16,5	24,9	29,8	28,8
45–54 Jahre	16,1	25,0	27,3	31,6
55–64 Jahre	17,2	23,7	24,1	35,0
65–74 Jahre	19,2	24,1	18,7	38,0
75+ Jahre	16,8	13,7	16,4	53,1
Total	17,8	26,2	25,3	30,7

abhängig von Alter und Geschlecht bei täglichen Ver- richtungen oder beim Sporttreiben mässig intensiv be- wegen. Körperliche Aktivitäten mittlerer Intensität brin- gen einen leicht ausser Atem, aber nicht zum Schwitzen, besagt der Bericht von Lamprecht und Stamm<sup>4</sup>. Inwie- weit dieser Empfehlung Folge geleistet wird, wurde in der vorliegenden Erhebung mit Fragen nach der Häufig- keit körperlicher Aktivitäten pro Woche und deren durchschnittlicher jeweiliger Dauer analysiert. Untermau- ert wurden die Fragen mit Beispielen wie schnelles Ge- hen, Ausflüge zu Fuss, Tanzen, Gärtnern oder «verschie- dene Sportarten». Wenn man von diesen Freizeitaktivitä- ten<sup>5</sup> ausgeht, halten sich 44% der Bevölkerung an die Empfehlungen des Bundes und können in diesem Sinn als aktiv angesehen werden. (18% davon können als trainiert und 26% als regelmässig aktiv betrachtet wer- den<sup>6</sup>; T3.2).

### 3.2 Ernährung

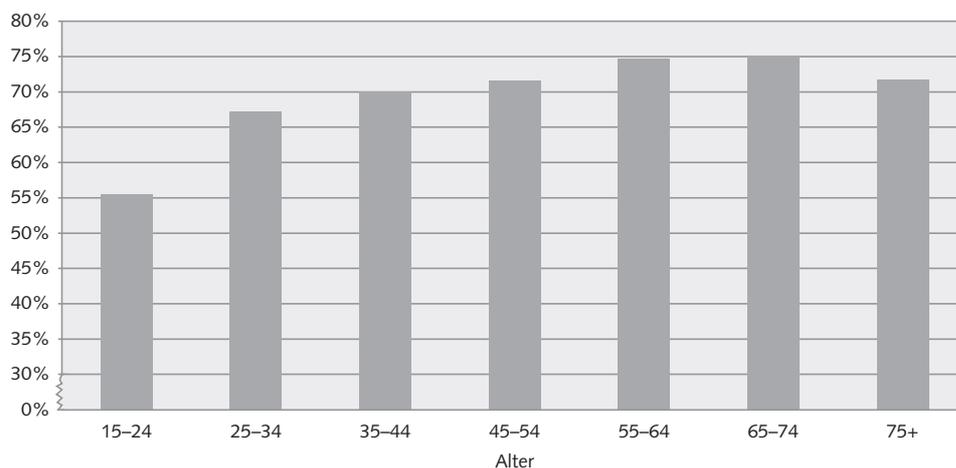
Die neusten wissenschaftlichen Kenntnisse in Sachen Er- nährung und Gesundheit bestätigen den direkten Zu- sammenhang zwischen dem Ernährungsverhalten und den so genannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs.

Diese Krankheiten – und damit verbunden frühzeitiger Tod und Morbidität – nehmen mit falschem Ernährungs- verhalten zu. Neben den Risikofaktoren wie einem ho- hen Fettkonsum spielen aber auch bestimmte Schutzfa- ktoren in der Ernährung eine entscheidende Rolle: bei- spielsweise Mikronährstoffe, Antioxydantien oder Nah- rungsfasern<sup>7</sup>. Deshalb sind Ernährung und körperliche Aktivität wichtige Präventionsthemen<sup>8</sup>.

Sich angemessen zu ernähren, setzt die Kenntnis der Inhaltsstoffe der Nahrung voraus. Das Essen muss in die- ser Hinsicht gesund, ausgewogen und mässig sein. 69% der Bevölkerung achten auf ihre Ernährung – die Frauen eindeutig mehr (76%) als die Männer (62%)<sup>9</sup>. Der tie- fere Prozentsatz bei den Männern bedeutet nicht unbe- dingt, dass sie sich weniger ausgewogen ernähren: Zwar achten sie selbst nicht so sehr auf ihre Ernährung, haben aber vielleicht eine andere Person in ihrem näheren Um- feld, die das an ihrer Stelle übernimmt. Ein Vergleich der Altersgruppen zeigt einen stetigen Zuwachs der Be- wusstheit in Sachen Ernährung mit zunehmendem Alter: zwischen 55 und 74 achten drei Viertel der Bevölkerung auf ihre Ernährung. Ab 75 Jahren flacht die Kurve leicht ab (G3.1). Ist diese Achtsamkeit eine bewusste Entschei- dung oder ein Muss, indiziert durch das Auftreten be- stimmter Krankheiten, die eine gezielte Ernährungskont- rolle notwendig machen? Wenn man die drei Sprachre-

Anteil der Bevölkerung, der sich bewusst ernährt, nach Alter

G 3.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>4</sup> Lamprecht M, Stamm H (2004): Bewegungsverhalten in der Gesund- heitsbefragung 2002. Observatorium Sport und Bewegung Schweiz c/o L & S, Sozialforschung und Beratung AG. Zürich.  
<sup>5</sup> D.h., berufliche körperliche Aktivitäten werden in dieser Evaluation nicht berücksichtigt.  
<sup>6</sup> Gemäss den Kriterien von BASPO und BAG wird eine Person als «trai- niert» betrachtet, wenn sie wöchentlich mindestens an 5 Tagen mindes- tens 2 ½ Stunden körperlich aktiv ist. Als «regelmässig aktiv» gilt eine Person, die ebenfalls wöchentlich mindestens 2 ½ Stunden körperlich aktiv ist, aber nur an 1 - 4 Tagen.

<sup>7</sup> Bundesamt für Gesundheit (2001) : Aktionsplan Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolitik für die Schweiz. Bern.  
<sup>8</sup> Gervasoni J-P, Cornuz J (2002): Ziel 11: Gesünder leben. In: Schweizeri- sche Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesund- heitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Bern. S. 35-36  
<sup>9</sup> Tschannen A, Calmonte R (2005): Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz: Statsanté (im Druck), Bundesamt für Statistik. Neuchâtel

gionen vergleicht, stellt man einen deutlichen Unterschied zwischen der Westschweiz und den beiden andern Sprachregionen fest: In der Deutschschweiz und in der italienischen Schweiz achten drei von vier Personen (74% resp. 73%) auf ihre Ernährung, in der Romanie kaum mehr als die Hälfte (54%).

Um das Risiko ernährungsbedingter Krankheiten zu verringern, sollte man mehrmals täglich (grundsätzlich fünfmal) Früchte und Gemüse essen. Ein regelmässiger und ausreichender Verzehr dieser Nahrungsmittel hat eine schützende Wirkung gegen bestimmte Krebserkrankungen. Dennoch essen nur 59% der Bevölkerung jeden Tag Früchte und Gemüse.

Die Häufigkeit des Konsums variiert stark je nach Geschlecht und Alter. Bei den Frauen essen 70% täglich Früchte und Gemüse, bei den Männern nur 49%; von den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren sind es weniger als die Hälfte (45%), während von den älteren Menschen (ab 65 Jahren) fast drei Viertel (74%) jeden Tag Früchte und Gemüse zu sich nehmen.

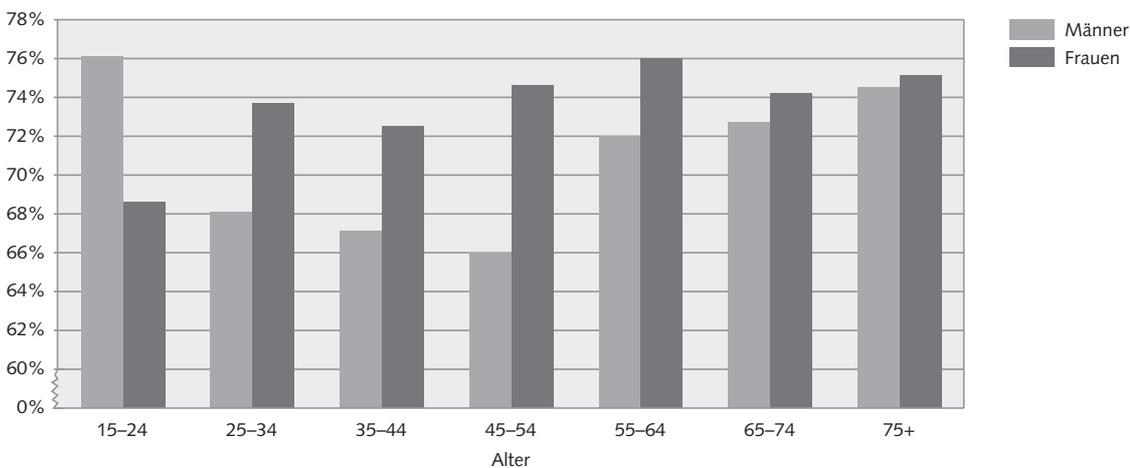
Milch und Milchprodukte wie Yoghurt, Quark oder die Milch selber sind wichtige Kalziumlieferanten. Es ist allgemein anerkannt, dass der tägliche Verzehr von Milchprodukten das Osteoporoserisiko senkt. Neben Kalzium enthalten diese Nahrungsmittel Proteine, aber auch gesättigte Fettsäuren, die Herz-Kreislaufkrankheiten begünstigen können. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt deswegen aber nicht, Milchprodukte vom Speisezettel zu verbannen, sondern Produkte

mit geringem Fettanteil und teilweise oder ganz entrahmte Milch zu verwenden. Auf diese Weise wirkt ihr Verzehr gegen Osteoporose, ohne andere Krankheiten zu begünstigen. 72% der Bevölkerung trinken oder essen täglich Milchprodukte. Auch hier sind die Frauen etwas zahlreicher als die Männer (73% gegen 70%). Eine kalziumreiche Ernährung vom frühesten Kindesalter an trägt zur Knochenbildung und –stärkung im Wachstum bei. Im Erwachsenenalter wirkt ein ausreichender Kalziumkonsum erhaltend, während er im dritten Lebensalter zur Verlangsamung des Kalziumverlustes der Knochen beiträgt. Interessanterweise steigern die meisten Personen um die 50 ihren Milchproduktekonsum: Bei den Frauen ist dies der Zeitpunkt der Menopause (45-54 Jahre), während die Zunahme bei den Männern etwas später, gegen 55 Jahre, einsetzt (G3.2).

Der Organismus eines Erwachsenen braucht täglich 2,5 Liter Flüssigkeit. Davon sollte man 1,5 Liter in Form von Getränken zu sich nehmen, während der Rest mit der Nahrung aufgenommen wird. Der Mindestbedarf an Flüssigkeit des Körpers kann aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren variieren: z.B. starkes Schwitzen, erhöhte Aussentemperatur oder auch bestimmte Krankheiten<sup>10</sup>. Gemessen an diesem Tagesmittel trinkt die schweizerische Bevölkerung mit 1,8 Litern nicht alkoholischer Getränke genug für ihre körperlichen Bedürfnisse. Allerdings ist dieser Getränkekonsum ungleichmässig verteilt: Etwas mehr als ein Viertel der Bevölkerung (27%) trinkt nicht mehr als 1 Liter alkoholfreie Getränke. Dieser Pro-

**Anteile der Männer und Frauen, die täglich Milchprodukte konsumieren, nach Alter**

G 3.2



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>10</sup> Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (2004): Flüssigkeitsbedarf und Getränke. Merkblätter zur Ernährung, CD Vol. 2. Bern.

**T3.3 Anteile der Frauen und Männer, die mit ihrem Körpergewicht zufrieden sind und auf ihre Ernährung achten und/oder körperlich aktiv sind, in Abhängigkeit des Body-Mass-Indexes (BMI)<sup>1</sup> (in %)**

	Zufrieden mit dem Gewicht	bewusste Ernährung	körperliche Aktivität mind. 3 mal/Woche	BMI
<b>Frauen</b>				
untergewichtig	87,2	72,3	27,3	20,3
normalgewichtig	68,5	77,3	24,8	50,4
übergewichtig	31,3	76,4	19,9	21,8
adipös	18,8	77,4	20,3	7,5
<b>Männer</b>				
untergewichtig	76,3	53,6	34,6	5,2
normalgewichtig	87,5	63,1	36,6	49,3
übergewichtig	55,4	61,8	24,8	37,5
adipös	29,3	58,3	19,5	7,9

<sup>1</sup> Untergewichtige: BMI <20; Normalgewichtige: 20 ≤ BMI < 25; Übergewichtige: 25 ≤ BMI < 30; Adipositas: BMI ≥ 30

zentsatz nimmt mit dem Alter stark zu: von 22% der 15- bis 24-Jährigen auf 38% der 75-Jährigen und Älteren. Während eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme den Organismus kaum vor Probleme stellt, kann ungenügendes Trinken langfristig nicht nur der Verstopfung Vorschub leisten, sondern auch die Haut austrocknen und (beispielsweise bei starker Hitze) zu Dehydratation führen.

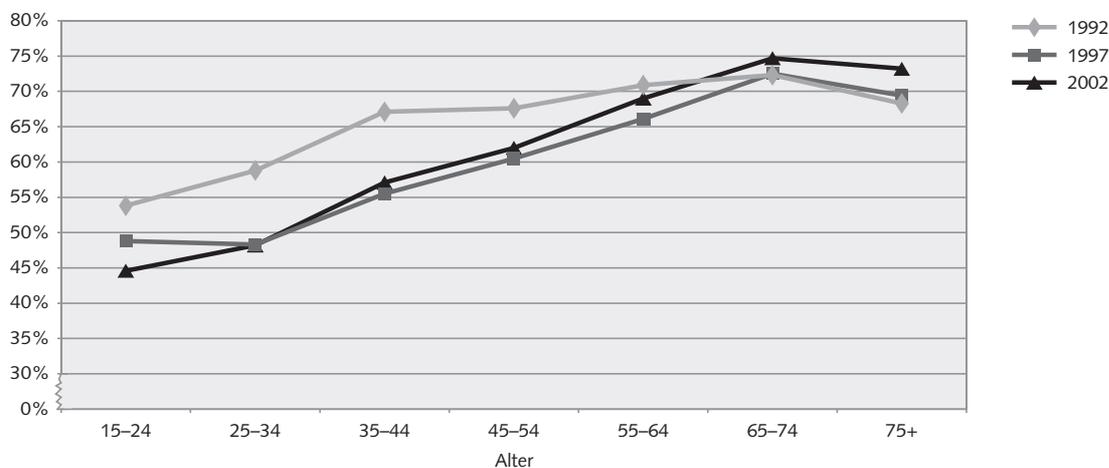
Angesichts der Tatsache, dass 69% der schweizerischen Wohnbevölkerung auf ihre Ernährung achten, stellt sich die Frage, ob die Leute mit ihrem Gewicht zufrieden sind oder nicht. Damit zufrieden sind 60% der Frauen und 70% der Männer. Wenn man die Zahlen nach Geschlecht und Alter analysiert, stellt man bei den Männern eine U-förmige Zufriedenheitskurve fest: Am unzufrie-

densten sind die Männer mit ihrem Gewicht zwischen 45 und 54 Jahren. Bei den Frauen sinkt die Zufriedenheit konstant bis 75 Jahre und steigt erst danach wieder an. Ein Blick auf die BMI-Werte (Body-Mass-Index) ergibt einen direkten Zusammenhang zwischen diesem Index und dem angegebenen Zufriedenheitsgrad: je höher der BMI, desto grösser die Unzufriedenheit. Demgegenüber hat der BMI nur einen geringen Einfluss auf die körperliche Aktivität und die bewusste Ernährung (T3.3).

Das Ernährungsbewusstsein der Schweizer Bevölkerung hat sich im letzten Jahrzehnt kaum geändert: 1992 gaben 68% an, auf ihre Ernährung zu achten; 2002 waren es 69%. Nur gerade bei den 75-Jährigen und Älteren stellt man im selben Zeitraum eine deutliche Zunahme

**Anteil der Bevölkerung, der angibt, täglich Früchte und Gemüse zu essen, nach Alter**

G 3.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

von 65% auf 72% fest. Eine Zunahme in derselben Grössenordnung stellt man bei dieser Alterskategorie auch beim Konsum von Früchten und Gemüse fest, während dieser bei den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren im gleichen Jahrzehnt gesunken ist: Gaben 1992 noch 54% an, pro Tag mindestens eine Frucht und eine Portion Gemüse zu essen, waren es 1997 nur noch 49% und 2002 lediglich noch 45%. (G3.3).

### 3.3 Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum hat positive, aber auch Schattenseiten: Einerseits wirkt der mässige Konsum sicher schützend oder bremsend gegen die Entwicklung gewisser Herz-Kreislaufstörungen, andererseits kostet aber der Alkoholmissbrauch einige Lebensjahre, bringt zahlreiche Krankheiten und Unfälle mit sich<sup>11</sup> und verursacht jährliche Kosten von rund 6,5 Milliarden Franken<sup>12</sup>. Zudem ist festzuhalten, dass übermässiges Trinken bei jungen Menschen zu zahlreichen Behinderungen oder Todesfällen führt (beispielsweise als Ursache von Verkehrsunfällen).

Die Verteilung der üblicherweise konsumierten Menge Alkohol unterscheidet sich von einer Sprachregion zur anderen: Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer konsumieren im Allgemeinen weniger Alkohol pro Tag

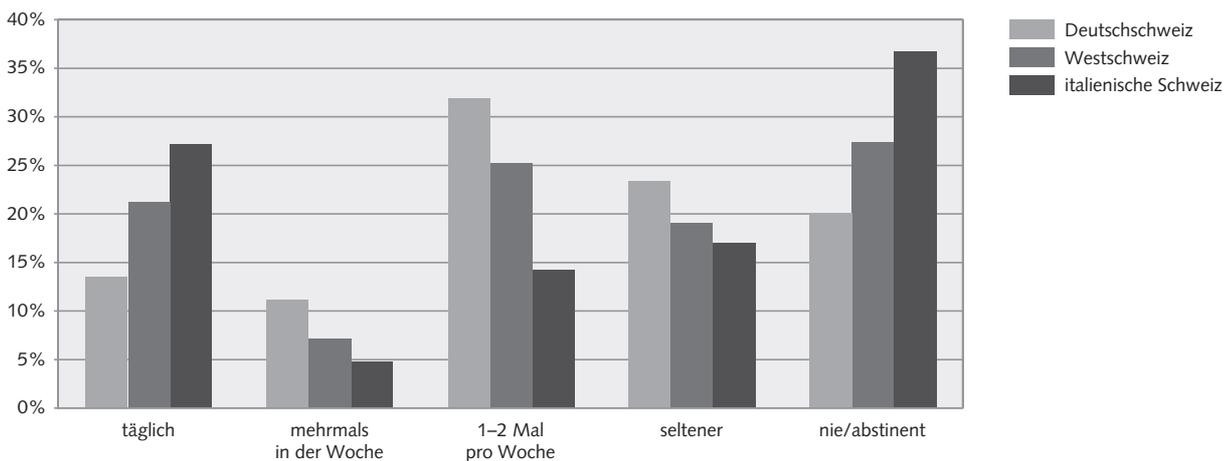
und nur ein- bis zweimal wöchentlich, und dies meist am Wochenende. Es gibt aber auch weniger Abstinente (20%) in der Deutschschweiz. Bei den Tessinerinnen und Tessinern ist es umgekehrt: Zwar verteilen mehr unter ihnen den Konsum alkoholischer Getränke auf die ganze Woche (27% trinken täglich), andererseits geben aber 37% an, abstinent zu sein. Das Trinkverhalten in der Romandie bewegt sich zwischen jenem des Tessins und jenem der Deutschschweiz (G3.4).

Man geht allgemein davon aus, dass Frauen ab einem täglichen Konsum von 20g und Männer ab 40g ein mittleres Gesundheitsrisiko eingehen. Ein hohes Risiko wird bei einer Menge ab 40g für Frauen und 60g für Männer angenommen. Demgegenüber reichen ein Glas (entspricht 10g reinem Alkohol) für Frauen und zwei Gläser für Männer zur Entfaltung der schützenden Wirkung aus. Allerdings gelten diese Mengen für den regelmässigen täglichen Konsum und sollten nicht gewissermassen «aufbewahrt» und bei einer günstigen Gelegenheit (beispielsweise am Wochenende) auf einmal konsumiert werden.

In der Schweiz gehen 3% der Frauen und 4% der Männer aufgrund ihres Alkoholkonsums ein mittleres Gesundheitsrisiko ein. Hoch ist dieses Risiko bei gut 1% der Frauen und knapp 3% der Männer (T3.4). Dabei lassen sich deutliche sprachregionale Unterschiede feststellen: In der Deutschschweiz geht man allgemein ein geringeres Risiko ein als in der Romandie und im Tessin. Es

**Aufteilung der Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke, nach Sprachregion**

**G 3.4**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>11</sup> World Health Organization (WHO) (2002): World Health Report. Geneva.

<sup>12</sup> Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Institut de recherches économiques et régionales (IRER). Neuchâtel.

wäre also falsch, von einer einheitlichen schweizerischen Trinkkultur zu sprechen.

Das Trinkverhalten wird weitgehend von den Männern bestimmt. Die Frauen ziehen in allen Sprachregionen eher den Wein vor, wobei die Präferenz bei den Westschweizerinnen und Tessinerinnen deutlicher ist. Entgegen der allgemein verbreiteten Vorstellung ist es nicht die Deutschschweizer Bevölkerung, die am meisten Bier trinkt, sondern jene im Tessin, gefolgt von den Romands, deren Vorliebe aber trotzdem dem Wein gilt. Allerdings ist die Trinkmenge pro Gelegenheit in der Deutschschweiz höher (T3.5). Untersucht man die Häufigkeit des Konsums nach Alter und Geschlecht, stellt sich heraus, dass die Männer zwischen 35 und 54 Jahren am meisten Bier trinken, während die Häufigkeit des Bierkonsums bei den Frauen mit dem Alter abnimmt. Was den Wein betrifft, nimmt die Zahl der wahrgenommenen Trinkgelegenheiten bei Frauen und Männern mit dem Alter zu. Bei den Spirituosen ist die Häufigkeit des Konsums an den zwei Extremen der Alterspyramide am grössten: bei den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren und ab 65 Jahren, und zwar vor allem bei den Männern.

Zu Beginn der 80er-Jahre beauftragte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung eines Instrumentes zur Früherkennung von Alkoholproblemen. Dieses Instrument, genannt AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) sollte als

Beobachtungsinstrument auch bei Bevölkerungsumfragen einsetzbar sein<sup>13</sup>.

Gemäss AUDIT verzeichnen unter den Alkohol Konsumierenden (das Instrument berücksichtigt die Abstinente nicht) rund 424'000 Personen, d.h. 9% der schweizerischen Wohnbevölkerung, einen problematischen Alkoholkonsum (4% der Frauen; 14% der Männer). Wenn man die Resultate nach Geschlecht differenziert betrachtet, stellt man fest, dass der Anteil der Frauen, deren Alkoholkonsum problematisch ist, in allen drei Sprachregionen praktisch identisch ist (4%). Der höchste Prozentsatz an Männern mit problematischem Alkoholkonsum findet sich in der Romandie (19% gegenüber 13% in der Deutschschweiz und 11% im Tessin). Trägt man zudem den unterschiedlichen Abstinenzanteilen Rechnung, lässt sich sagen, dass problematischer Alkoholkonsum in der Romandie eindeutig ein grösseres Problem darstellt als in den anderen Sprachregionen.

Die Grafik G3.5 relativiert die hohen Anteile an Personen mit problematischem Alkoholkonsum ein wenig: Denn einerseits reduziert sich dieses Trinkverhalten offenbar mit zunehmendem Alter. Andererseits entwickelt sich eine Alkoholabhängigkeit in einem Zeitraum von 10 bis 20 Jahren. Jugendliche und junge Erwachsene bezeichnen sich also selten als abhängig, auch wenn ihr Konsum bereits problematisch ist. Die meisten Alkohol-

### T3.4 Verteilung des Risikos in Abhängigkeit des täglichen Konsum reinen Alkohols (in Gramm), nach Sprachregion (in %)

	Deutschschweiz	Westschweiz	italienische Schweiz	Total
<b>Frauen</b>				
Abstinente	27,9	36,4	50,1	31,0
geringes Risiko (<20gr./Tag)	68,3	58,3	41,2	64,6
mittleres Risiko (20≤gr. <40/Tag)	2,9	3,9	6,3	3,3
erhöhtes Risiko (≥40gr./Tag)	0,9	1,5	(2,4)	1,1
<b>Männer</b>				
Abstinente	13,2	17,6	22,2	14,6
geringes Risiko (<40gr./Tag)	80,8	72,6	65,2	78,3
mittleres Risiko (40≤gr. <60/Tag)	3,7	5,1	7,7	4,2
erhöhtes Risiko (≥60gr./Tag)	2,3	4,7	5,0	2,9

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen.

<sup>13</sup> Babor T F, De La Fuente JR, Saunderson J, Grant M (1998): Audit - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization, Division of Mental Health. Geneva.

**T3.5 Anzahl Trinkgelegenheiten und Trinkmengen pro Gelegenheit, nach Getränkety (Abstinente ausgeschlossen)**

		Jährliche Trinkgelegenheiten			Konsummenge pro Gelegenheit (in Litern)		
		Bier	Wein	Spirituosen	Bier	Wein	Spirituosen
<b>Frauen</b>	Deutscheschweiz	24	108	22	0,25	0,17	0,03
	Westschweiz	27	161	20	0,26	0,16	0,02
	italienische Schweiz	36	213	26	0,28	0,15	0,02
	15-24 Jahre	33	38	33	0,37	0,13	0,04
	25-34 Jahre	26	87	22	0,28	0,17	0,03
	35-44 Jahre	23	112	17	0,24	0,18	0,03
	45-54 Jahre	21	135	18	0,24	0,17	0,02
	55-64 Jahre	31	170	23	0,23	0,17	0,02
	65-74 Jahre	20	173	19	0,20	0,16	0,02
	75+ Jahre	17	183	23	0,14	0,16	0,02
	Total	25	123	22	0,25	0,16	0,03
<b>Männer</b>	Deutscheschweiz	94	120	39	0,54	0,19	0,04
	Westschweiz	119	213	42	0,48	0,19	0,04
	italienische Schweiz	120	276	53	0,45	0,16	0,03
	15-24 Jahre	87	40	48	0,75	0,15	0,06
	25-34 Jahre	89	93	36	0,60	0,20	0,04
	35-44 Jahre	111	129	36	0,53	0,21	0,04
	45-54 Jahre	118	168	39	0,50	0,20	0,03
	55-64 Jahre	105	203	35	0,42	0,19	0,03
	65-74 Jahre	99	242	50	0,41	0,18	0,03
	75+ Jahre	69	247	47	0,30	0,15	0,02
	Total	101	146	40	0,53	0,19	0,04

abhängigen in Behandlung sind denn auch mittleren Alters<sup>14</sup>. AUDIT fungiert somit nicht in erster Linie als «Alkoholismusedetektor» bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ganz offenbar sehen sie die Alkoholproblematik anders als die Experten – eine Tatsache, die sich auch in anderen Kulturen mit anderen Trinkgewohnheiten manifestiert.

Wichtig ist auch festzuhalten, dass der Anteil der Personen, die sich als abstinent bezeichnen, seit zehn Jahren steigt, und zwar bei Männern und Frauen. 1992 machten die Abstinente noch 16% der Bevölkerung aus, 2002 bereits 23%. Bei den Männern beträgt die

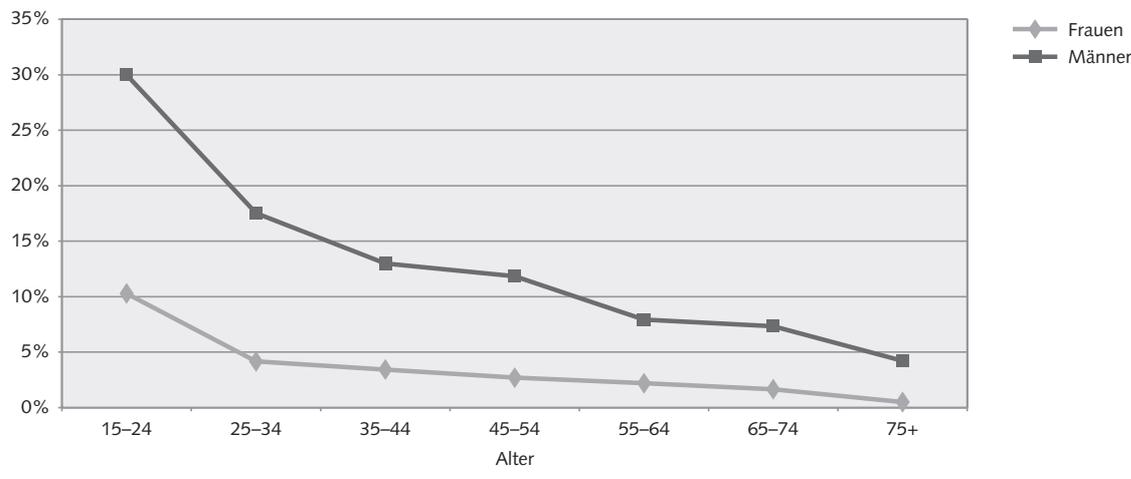
Zunahme 5% (von 9% auf 14%), bei den Frauen 8% (von 22% auf 30%). Zudem ist eine Verhaltensänderung beim üblichen Alkoholkonsum zu beobachten: Weniger Leute trinken täglich – der Alkoholkonsum wird eher auf das Wochenende verlegt.

Die spezifische Analyse der Trinkgelegenheiten pro Jahr enthüllt auch eine – wenn auch leichte – Änderung im geschlechtsspezifischen Verhalten: Während bei den Männern eine leichte Abnahme der Trinkgelegenheiten festzustellen ist (zumindest was Wein und Bier betrifft), scheint bei den Frauen die Häufigkeit des Konsums von Wein und Spirituosen zuzunehmen (T3.6).

<sup>14</sup> Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004): Alkohol. In: Zahlen und Fakten. Lausanne. S. 6-41.

**Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum (nach AUDIT), nach Geschlecht und Alter**

G 3.5



**T3.6 Vergleich der Trinkgelegenheiten und der Trinkmengen nach Getränketyp (Abstinente ausgeschlossen) zwischen 1997 und 2002**

		Anzahl Trinkgelegenheiten pro Jahr			konsumierte Menge pro Gelegenheit (in Litern)		
		Bier	Wein	Spirituosen	Bier	Wein	Spirituosen
<b>Frauen</b>	1997	25	120	17	0,24	0,17	0,02
	2002	25	123	22	0,25	0,16	0,03
<b>Männer</b>	1997	110	151	40	0,54	0,20	0,04
	2002	101	146	40	0,53	0,19	0,04

**3.4 Rauchen**

Rauchen steht wahrscheinlich weltweit an erster Stelle der vermeidbaren Todesursachen. Angesichts der Tatsache, dass in der Schweiz immer noch fast 8'300 Menschen jährlich an den Folgen des Rauchens sterben<sup>15,16</sup>, kann man sich fragen, wie wirksam die Präventionsmassnahmen sind. Tatsächlich ist der Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung im letzten Jahrzehnt relativ stabil geblieben.

31% der 15-jährigen und älteren Wohnbevölkerung (36% der Männer und 26% der Frauen) rauchen. Insgesamt sinkt der Anteil der Rauchenden mit zunehmendem Alter, während jener der Ex-Raucher entsprechend zunimmt. Ab 55 geht er wieder leicht zurück. Demgegenüber nehmen die Anteile der Personen, die nie geraucht

haben, zunächst ab, steigen aber mit höherem Alter wieder an, was sicher mit der höheren Lebenserwartung dieser Personen zusammenhängt (G3.6).

Frauen rauchen im Durchschnitt etwas weniger (11,6 Zigaretten pro Tag; Männer: 14,1/Tag).

Man geht davon aus, dass Rauchende ab 10 Zigaretten<sup>17</sup> im Tag süchtig sind. Etwas mehr als 60% der Rauchenden geben an, mehr als 10 Zigaretten im Tag zu rauchen, was bedeutet, dass mehr als eine Million Menschen in der Schweiz nikotinabhängig sind. Obwohl weniger Frauen rauchen und dies im Durchschnitt auch weniger pro Tag tun, ist der Anteil der Abhängigen unter ihnen in etwa gleich gross wie bei den Männern. Frauen sind zudem seltener «Gelegenheitsrauchernde» (nicht täglicher Konsum) als Männer.

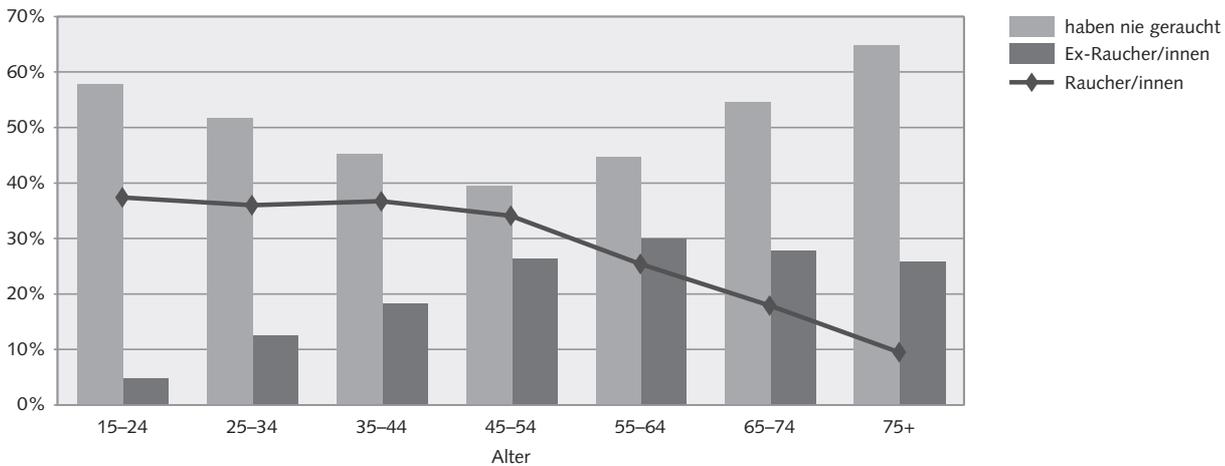
<sup>15</sup> Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004): Tabak. In: Zahlen und Fakten. Lausanne.S. 44-62.

<sup>16</sup> Frei A (1998): Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz. Teil 1: Epidemiologie, Teil 2: Direkte Kosten. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Basel: HealthEcon.

<sup>17</sup> Dieses Mass umfasst alle Tabakprodukte (Zigarren, Cigarillos und Pfeifentabak), umgerechnet in Zigaretten-Äquivalente.

### Anteile Raucher/innen, Ex-Raucher/innen und Personen, die nie geraucht haben, nach Alter

G 3.6



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Zwischen 1992 und 2002 ist der Anteil der Rauchenden praktisch stabil geblieben. Dies ist hauptsächlich auf die Stabilisierung des Konsums der Männer zurückzuführen, während bei den Frauen ein leichter Anstieg (von 24% im Jahr 1992 auf 26% im Jahr 2002) zu verzeichnen ist. Detaillierte Analysen nach Alterskategorien zeigen allerdings einen erheblichen Anstieg der Rauchenden unter den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren, deren Anteil von 31% im Jahr 1992 auf 37% im Jahr 2002 gestiegen ist<sup>18</sup>. Auch wenn sich wie gesagt die Zahl der Rauchenden gesamthaft kaum verändert hat, ist doch die Anzahl gerauchter Zigaretten deutlich zurückgegangen. 1992 rauchte ein Raucher bzw. eine Raucherin im Durchschnitt 15,3 Zigaretten im Tag; 2002 waren es noch 13,0. Und während vor zehn Jahren noch 71% der Rauchenden als abhängig betrachtet werden mussten (10 Zigaretten-Äquivalente und mehr pro Tag), waren es 2002 noch 62%. Im selben Zeitraum ist die Anzahl jugendlicher Rauchender zwar gestiegen, aber die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ist gesunken (G3.7). Haben also die Präventionsmassnahmen doch gegriffen? Jedenfalls scheint die wiederholte Erhöhung des Zigarettenpreises die Menge gerauchter Zigaretten zu beeinflussen und so auch eine abschreckende Wirkung zu haben – vor allem auf die Jugend.

Das Abhängigkeitspotenzial des Nikotins ist sehr hoch: Unter den Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, haben es nur gerade 16% geschafft. Nur 40% wollen nicht aufhören zu rauchen, während 33% aufhören möchten und 27% es ernsthaft versucht haben (mindestens 14 Tage nicht geraucht), aber wieder rückfällig geworden sind. Dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Ab 25 Jahren versuchen 26% der Rauchenden, mit Rauchen aufzuhören. Mit dem Alter sinkt der Anteil. Inwiefern hier die Erfahrung mehrerer erfolgloser Versuche die Betroffenen von der «Sinnlosigkeit» ihrer Versuche überzeugt hat oder sie die Tatsache, dass sie auch als Rauchende bereits ein fortgeschrittenes Alter erreicht haben, in ihrem Verhalten bestärkt, ist schwer zu sagen. Ein Rauchstopp kann aber in jedem Lebensalter kostbare Lebensjahre retten, und es ist grundsätzlich immer – auch nach Misserfolgen – möglich, sich aus einer Sucht zu befreien<sup>19</sup>.

Von zehn Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung mit dem Rauchen aufgehört oder es versucht haben, haben acht dies ohne Hilfsmittel versucht bzw. geschafft, während zwei sich für ein Mittel, einschliesslich Nikotinersatz<sup>20</sup>, entschieden haben. Gewisse Mittel

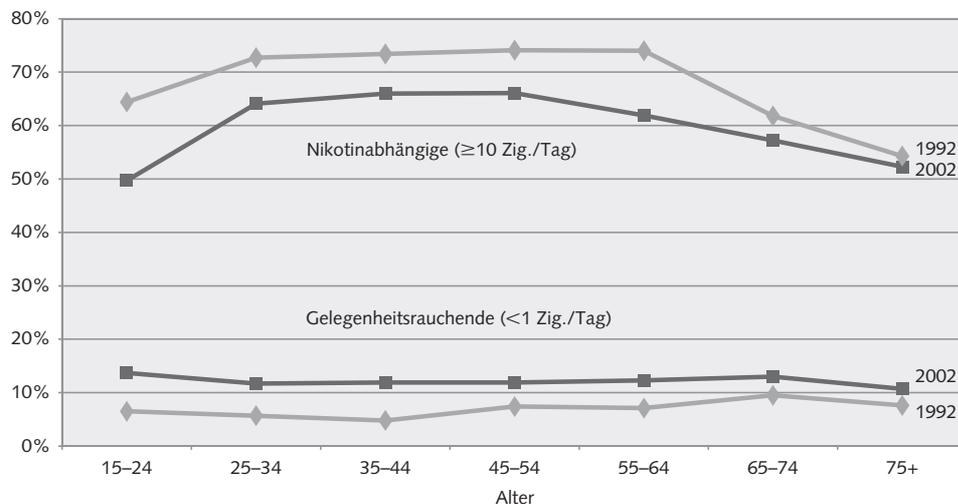
<sup>19</sup> Cornuz J, Besson J (2002): Ziel 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Bern. S. 37-39

<sup>20</sup> In der Erhebung haben wir keine expliziten Beispiele für «andere Hilfsmittel» gegeben, ausser, dass sie kein Nikotin enthalten. Das kann zum Beispiel das Lutschen eines Süssholzstengels oder eines Bonbons sein oder eine ganz bestimmte Tätigkeit zur Ablenkung vom Verlangen nach der Zigarette.

<sup>18</sup> Siehe auch Kapitel 6: Jugendliche und junge Erwachsene: Psychosoziale Bedingungen, Gesundheit und Konsum psychoaktiver Substanzen.

**Verteilung der Rauchenden nach (durchschnittlicher) Anzahl gerauchter Zigaretten, nach Alter**

G 3.7



© Bundesamt für Statistik (BFS)

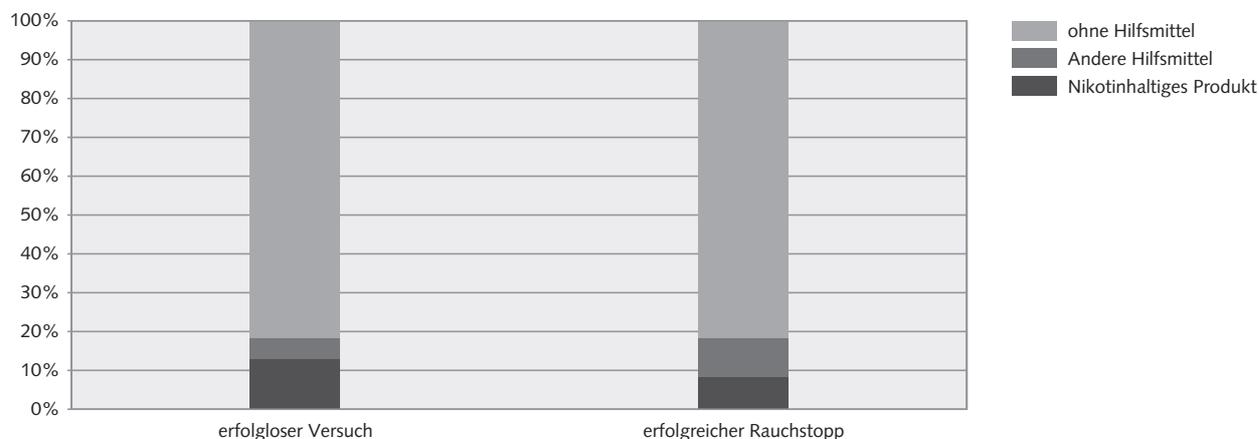
können vor allem bei den ersten Versuchen helfen, doch der Schlüssel zum Erfolg liegt in erster Linie beim Willen, was zweifellos eine psychische Vorbereitung und einen Lernprozess beim Umgang mit den Entzugserscheinungen erfordert (G3.8).

Es ist immerhin ermutigend festzustellen, dass das Bewusstsein um die Schädlichkeit des Rauchens zwischen 1992 und 2002 zugenommen hat: Während 1992 noch eine/r von zwei Rauchenden aufhören wollte (55%), sind es 2002 schon sechs von zehn (63%) (G3.9).

Passiv eingeatmeter Tabakrauch besteht aus dem von den Rauchenden ausgeatmeten Rauch und – vor allem – aus dem Rauch, der aus der brennenden Zigarette in die Luft entweicht. In Bezug auf seine Zusammensetzung unterscheidet sich der passiv eingeatmete Rauch nicht vom aktiv inhalierten, enthält aber u.U. einen höheren Anteil an krebserregenden und toxischen Substanzen<sup>21</sup>. Bei den dem Tabakrauch ausgesetzten Nicht-Rauchenden kann das Passivrauchen – je nach Grad der Ausgesetzttheit – Lungenkrebs, Herz-Kreislaufkrankhei-

**Anteile der Rauchenden, die versucht haben aufzuhören, nach Resultat und verwendeten Mitteln**

G 3.8

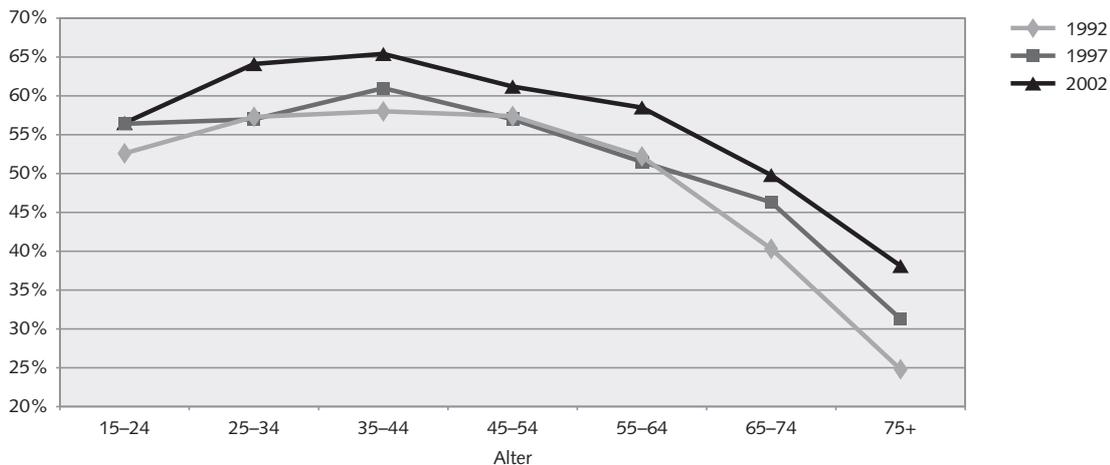


© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>21</sup> Factsheet (Mai 2004): Passivrauchen, Bundesamt für Gesundheit, Bern.

## Anteile der Rauchenden, die aufhören möchten, nach Alter

G 3.9



© Bundesamt für Statistik (BFS)

ten, Asthma und Infektionen der Atemwege<sup>22</sup> verursachen. Tests haben ergeben, dass schon nur eine halbe Stunde Passivrauchen genügt, um das Herz eines Nichtrauchenden vorübergehend zu schwächen. Weitere sehr präzise Analysen zeigen, dass andauerndes Passivrauchen das Risiko, an Lungenkrebs oder an einem Herz-Kreislaufleiden zu erkranken, um etwa 25% erhöht. Verglichen mit dem Risiko der aktiven Rauchenden, das 15 bis 20mal höher ist, mag dieser Prozentsatz verschwindend klein erscheinen, aber man darf nicht vergessen, dass es sich hierbei um eine Umweltverschmutzung handelt, die nichts zu tun hat mit einer selbst ge-

wählten Lebensgewohnheit<sup>23</sup>. Zu bedenken gilt es zudem, dass in der Schweiz eine von vier nichtrauchenden Personen (27%) während mindestens einer Stunde täglich dem Tabakrauch anderer ausgesetzt ist. Bei den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren ist es gar eine von zwei Personen (48%). Analysiert man die Zahlen nach Sprachregion, ist der Unterschied des Ausgesetztseins eklatant: Ist die Deutschschweiz weniger tolerant gegenüber Rauchenden? Oder setzt sie strengere Regeln zum Schutz der Nichtraucher durch? Sicher ist, dass diesseits der Saane «nur» 24% der Nichtraucher mindestens eine Stunde pro Tag dem Tabakrauch ausgesetzt sind, während es in der Westschweiz und im Tessin 32% sind (T3.7)

### T3.7 Anteile der Nichtraucher, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Tabakrauch ausgesetzt sind, nach Geschlecht, Alter und Sprachregion (in %)

	Deutschschweiz	Westschweiz	italienische Schweiz	Total
Männer	32,7	37,3	40,7	34,0
Frauen	17,9	27,7	25,8	20,6
15-24 Jahre	48,1	60,5	65,8	51,5
25-34 Jahre	32,7	35,0	38,5	33,6
35-44 Jahre	27,6	40,2	34,0	30,8
45-54 Jahre	26,1	31,6	39,2	27,9
55-64 Jahre	17,9	24,4	24,7	19,7
65-74 Jahre	7,7	12,3	(13,3)	9,0
75+ Jahre	4,0	7,6	(9,3)	5,1
<b>Total</b>	<b>24,5</b>	<b>31,7</b>	<b>32,1</b>	<b>26,5</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen.

<sup>22</sup> Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R (1999): Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tobacco Control 8: p. 156-160.

<sup>23</sup> Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2005): Drogeninfos Tabak. Lausanne.

### 3.5 Medikamenteneinnahme

Die Fortschritte der Medizin im Allgemeinen und der pharmazeutischen Forschung im Besonderen haben es möglich gemacht, zahlreiche Krankheiten zu behandeln und zu heilen – oder zumindest die dadurch hervorgerufenen Schmerzen zu lindern – denen man noch vor wenigen Jahrzehnten machtlos gegenüber stand. Die fortwährende Entwicklung medizinisch nutzbarer Wirkstoffe findet ihre Entsprechung in der Zunahme verfügbarer Medikamente. 2002 waren in der Schweiz 6'700 Humanpräparate registriert, von denen mehr als die Hälfte rezeptpflichtig sind (57%)<sup>24</sup>. Die Ausgaben für Medikamente machten im selben Jahr 10% der gesamten Gesundheitskosten aus, wobei zwei Drittel der abgegebenen Medikamente rezeptpflichtig sind.

Auch wenn die Verwendung der zur Verfügung stehenden Medikamente einen unleugbaren Nutzen für die Volksgesundheit darstellt, kann die Einnahme therapeutischer Wirkstoffe ohne ärztliche Kontrolle andererseits auch unerwünschte Wirkungen zeitigen und ein Risiko bergen, wenn sie nicht unter den erforderlichen Bedingungen stattfindet. Nach groben Schätzungen kommen etwa 10% der Medikamente für Medikamentenmissbrauch in Frage, haben aber mehrheitlich, in therapeutischem Rahmen eingesetzt, eine positive psychotrope Wirkung. Sie lassen sich den folgenden Medikamentenkategorien zuordnen: Hypnotika (Schlafmittel), Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Schmerzmittel (Analgetika) und Anregungsmittel (Stimulantien). Weniger zu Missbrauch verleiten augenscheinlich Antidepressiva und Neuroleptika – wahrscheinlich aufgrund ihrer besonderen therapeutischen Indikation und ihren spezifischen Wirkungen, aber auch wegen der oft zu beobachtenden Nebenwirkungen. Weitere Präparate mit Missbrauchspotenzial enthalten ebenfalls psychotrope Wirkstoffe, die jedoch höchstens indirekt therapeutische Wirkung haben. Dies ist beispielsweise bei den meisten Hustenmitteln (Opioide) und den Appetitzüglern (amphetaminähnliche Substanzen) der Fall. Eine Ausnahme bilden die Laxantien: Sie verleiten zu Missbrauch, obwohl sie keine direkte psychotrope Wirkung haben. Ungefähr 1% der Bevölkerung nehmen täglich Laxantien ein (doppelt so viele Frauen wie Männer); Dieser Prozentsatz ist verhältnismässig stabil, zumindest seit der ersten gesamtschweizerischen Erhebung im Jahr 1992. Die geringen Fallzahlen bei einer Stichprobe von 19'700 Personen anlässlich der Schweizeri-

schen Gesundheitsbefragung 2002 erlauben keine weitergehende Aufspaltung der Analysen, z.B. nach Alter oder Sprachregion.

Auch in der Schweiz bestätigt sich ein international bekanntes Phänomen<sup>25</sup>: Frauen nehmen deutlich mehr Medikamente ein als Männer (T3.8). Dafür gibt es verschiedene Erklärungsansätze: Frauen würden psychische und physische Probleme viel ernster nehmen und als problematisch auffassen als Männer und in Stresssituationen eher zu Strategien der Verdrängung und Selbstmedikation greifen, während Männer unter solchen Umständen eher Alkohol bevorzugten. Auch die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung wird als möglicher Erklärungsansatz herangezogen. Tatsächlich haben verschiedene Studien in der Schweiz gezeigt, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten zum Teil mit der unterschiedlichen Teilnahme von Frauen und Männern am Erwerbsleben übereinstimmen. Hausfrauen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, nehmen häufiger Medikamente ein als Frauen, die Voll- oder Teilzeit arbeiten.

Die SGB 2002 bestätigt noch ein weiteres Phänomen: Unabhängig vom Geschlecht werden in der Deutschschweiz wesentlich weniger Medikamente eingenommen als in der Westschweiz und im Tessin (T3.9). Dieser regionale Unterschied bleibt auch bestehen, wenn man Faktoren wie die Gesundheit, das Alter- und die Zahl der Arztbesuche mit einbezieht<sup>26</sup>. Kulturelle Faktoren wie ein unterschiedliches Krankheitsempfinden liefern also keine ausreichende Erklärung. Wahrscheinlicher ist, dass die Unterschiede auf eine unterschiedliche ärztliche Verschreibungspraxis zurückzuführen sind. So sind die Unterschiede zwischen den Sprachregionen bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln ausgeprägter als bei den Schmerzmitteln.

Insgesamt werden 88% der Schlafmittel und 85% der Beruhigungsmittel auf ärztliche Verschreibung eingenommen, während es bei den Schmerzmitteln «nur» 56% sind.

Fragt man nach der mehrmaligen Einnahme pro Woche von mindestens einem der drei erwähnten Medikamente (Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel), stellt man fest, dass dies für 12% der schweizerischen Wohn-

<sup>24</sup> Interpharma (2003): Pharma-Markt Schweiz, Basel.

<sup>25</sup> Maffli E, Bahner U (1999): Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz. Forschungsbericht Nr. 33. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne: ISPA-Press.

<sup>26</sup> Gmel G. (2000): Verbreitung und Einflussfaktoren des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. In: Maffli E (Ed.) Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne: ISPA-Press: S.25-38.

### T3.8 Anteile der Bevölkerung die mehrmals wöchentlich Schlaf-, Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel einnehmen, nach Geschlecht und Alter (in %)

Geschlecht	Altersgruppe	Schlafmittel		Beruhigungsmittel		Schmerzmittel	
		1992	2002	1992	2002	1992	2002
<b>Männer</b>	15-34 Jahre	(0,3)	(0,2)	1,6	(0,9)	5,5	4,2
	35-54 Jahre	1,6	1,3	1,8	2,1	5,3	6,4
	55-74 Jahre	5,1	3,3	3,9	3,7	7,8	8,1
	75+ Jahre	12,3	10,7	5,5	5,2	(7,7)	9,1
	<b>Total</b>	2,5	2,0	2,4	2,3	6,1	6,3
<b>Frauen</b>	15-34 Jahre	(0,8)	(0,5)	2,1	1,6	7,6	8,1
	35-54 Jahre	2,7	2,6	3,3	3,5	7,9	10,3
	55-74 Jahre	9,4	6,5	7,9	6,2	9,1	11,8
	75+ Jahre	29,1	17,1	10,9	6,3	15,6	16,3
	<b>Total</b>	5,4	4,4	4,5	3,9	8,6	10,6
<b>Total</b>	15-34 Jahre	0,5	(0,4)	1,8	1,2	6,6	6,1
	35-54 Jahre	2,1	1,9	2,6	2,8	6,6	8,4
	55-74 Jahre	7,4	5,0	6,0	5,0	8,5	10,1
	75+ Jahre	22,0	14,7	8,7	5,9	12,3	13,6
	<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>3,2</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>7,4</b>	<b>8,5</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen.

### T3.9 Anteile der Bevölkerung, die mindestens einmal wöchentlich Schlaf-, Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel einnehmen, nach Geschlecht, Alter und Sprachregion (in %)

	Sprachregion	Männer	Frauen	15-54 Jahre	55-64 Jahre	65-74 Jahre	75+ Jahre	Total
<b>Schlafmittel</b>								
	Deutschschweiz	1,4	3,6	0,8	2,2	6,5	13,1	<b>2,6</b>
	Westschweiz	3,4	6,1	2,3	5,7	9,6	20,1	<b>4,8</b>
	italienische Schweiz	4,3	5,9	(2,2)	(6,9)	(10,9)	(14,5)	<b>5,2</b>
<b>Beruhigungsmittel</b>								
	Deutschschweiz	1,6	2,7	1,4	3,6	3,3	4,9	<b>2,2</b>
	Westschweiz	4,5	6,9	4,2	7,8	12,4	8,7	<b>5,8</b>
	italienische Schweiz	(2,3)	5,3	(2,2)	(5,5)	(8,4)	(6,8)	<b>3,9</b>
<b>Schmerzmittel</b>								
	Deutschschweiz	5,4	8,9	6,0	8,4	9,7	12,2	<b>7,2</b>
	Westschweiz	8,9	14,8	11,2	12,6	12,9	17,9	<b>12,1</b>
	italienische Schweiz	7,7	13,7	9,0	15,1	13,8	(13,5)	<b>10,9</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen.

bevölkerung zutrifft (15% der Frauen, 9% der Männer). Dieser Prozentsatz steigt auf 30% der Frauen und auf 19% der Männer der Altersgruppe der über 74-Jährigen (G3.10). Ob ein solch massiver Einsatz dieser Wirkstoffe sinnvoll ist, kann man zumindest bezweifeln.

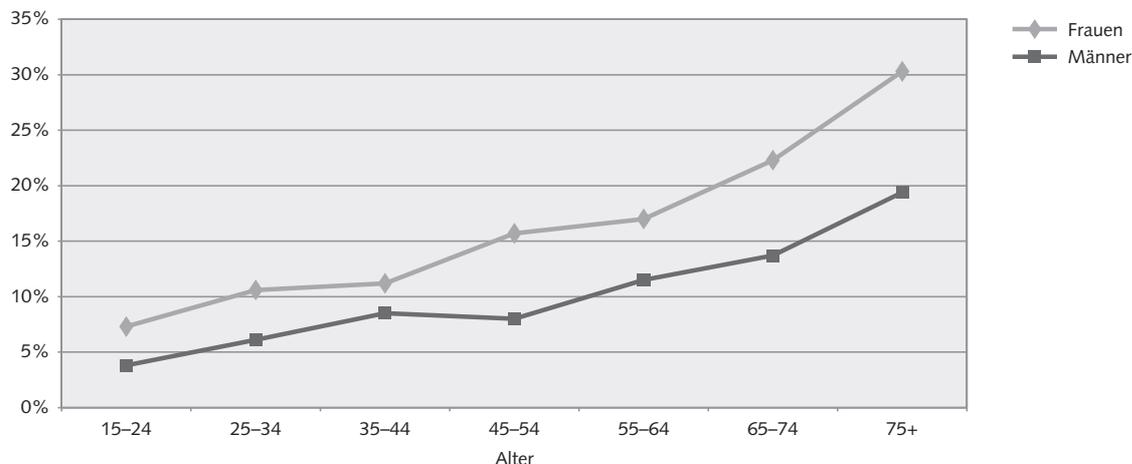
Die Zahl der Personen, die mehrmals wöchentlich Beruhigungs- und Schlafmittel einnehmen, ist zwischen

1992 und 2002 leicht gesunken, eine Tendenz, die noch deutlicher zutage tritt, wenn man die Resultate nach Alter untersucht, vor allem bei Frauen, die 75-jährig und älter sind<sup>27</sup>. Bei den Schmerzmitteln stellt man umgekehrt eine Zunahme fest (T3.8).

<sup>27</sup> Siehe auch Kapitel 2.2: Psychische Gesundheit.

**Anteile der Männer und Frauen, die mehrmals pro Woche Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel einnehmen, nach Alter**

G 3.10



© Bundesamt für Statistik (BFS)

### 3.6 Illegale Drogen

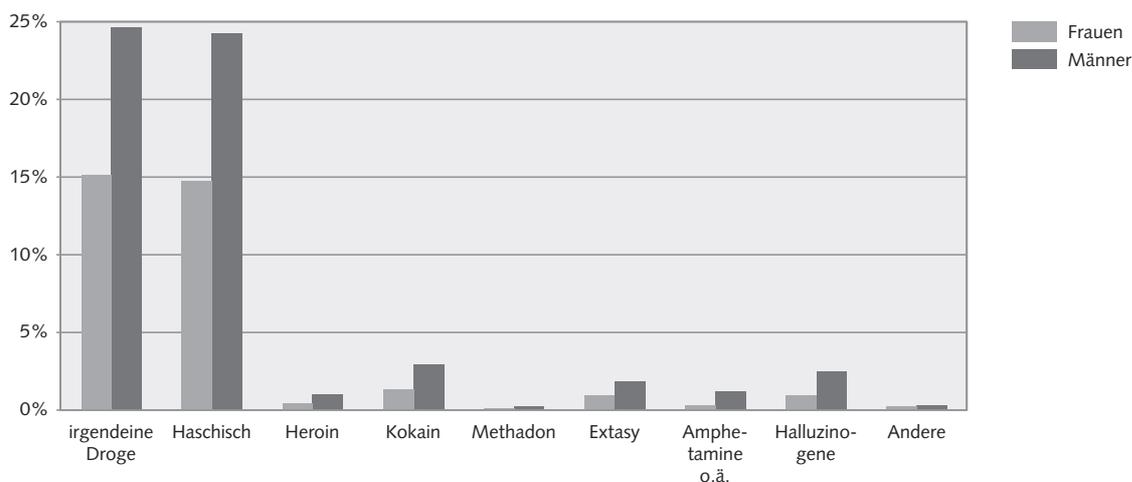
Fast eine Million Menschen – 20% der schweizerischen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (15% der Frauen, 25% der Männer) – haben zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Bei den 15- bis 19-Jährigen sind es 26%, bei den 20- bis 24-Jährigen 38%; dann sinkt der Anteil mit zunehmendem Alter stetig. Die meistkonsumierte Droge ist dabei Cannabis (20%), das von 15% der Frauen und 24% der Männer dieser Gruppe konsumiert wird (G3.11). Mit Aus-

nahme des Cannabis werden Drogen überwiegend aus Neugier bzw. probeweise konsumiert, was sich in den tiefen Prozentsätzen der Personen ausdrückt, die in den 12 Monaten vor der Befragung diese anderen Drogen eingenommen haben<sup>28</sup>. Dabei gilt es zu bedenken, dass in der Regel der «harte Kern» der Drogenkonsumierenden in Erhebungen zu diesem Thema nicht erfasst wird und somit nur Tendenzen aufgezeigt werden können.

Fast 5% der 15- bis 64-Jährigen haben im Jahr vor der Befragung Cannabis konsumiert, und fast eine von zwei konsumierenden Personen (48%) greift mindestens

**Anteile der 15- bis 64-Jährigen, die mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht**

G 3.11



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>28</sup> So haben nur 5 von den befragten Personen angegeben, im Zeitraum der Befragung Heroin konsumiert zu haben. Diese Fallzahl ist allerdings zu gering, um zuverlässig zu sein.

einmal pro Woche zu Cannabis. Was das Alter beim Erstkonsum von Haschisch/Marihuana betrifft, so spielt das Bildungsniveau eine wichtige Rolle: Je tiefer das Bildungsniveau, desto früher erfolgt der Erstkonsum (G3.12).

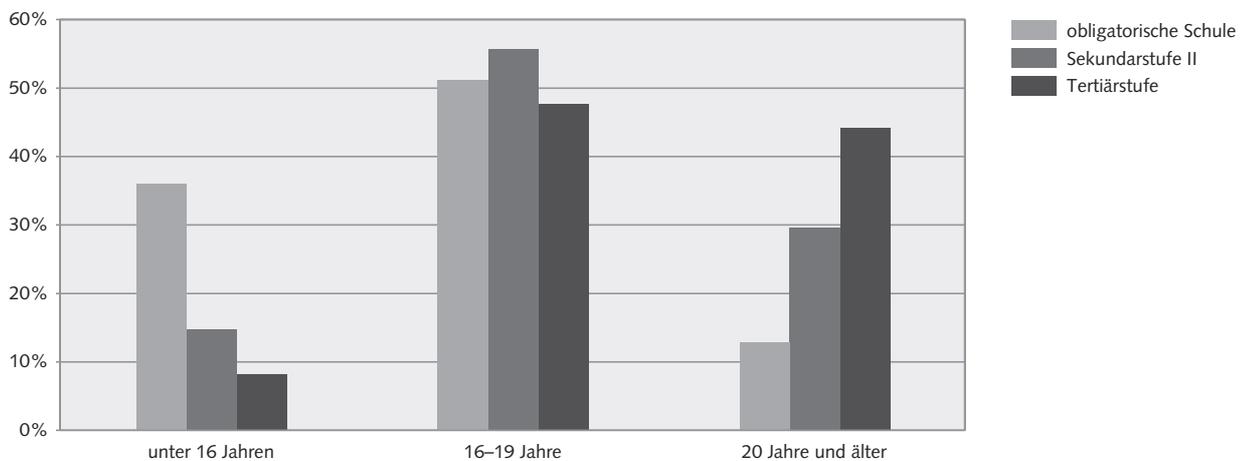
Zwischen 1992 und 2002<sup>29</sup> ist eine Zunahme der Prävalenz des Haschischkonsums um 12 Punkte (von 16% auf 28%) festzustellen. Dabei gilt es zu bedenken, dass diese massive Zunahme vor allem zwischen 1992 und 1997 zustande gekommen ist. Danach tendiert die Prävalenzkurve zu einer Stabilisierung (zwischen 1997 und 2002 steigt sie nur um 1%). Die Prävalenz des Konsums harter Drogen wie Kokain, Amphetamine oder Extasy bleibt stabil, während der Heroinkonsum gar nach unten tendiert. Drückt sich in diesem Rückgang eine Modeerscheinung aus?<sup>30</sup> Zumindest bestätigt ein Vergleich dieser Tendenzen mit anderen Quellen (u.a. Polizei) den Rückgang des Heroinkonsums seit 1993.

Diese Beruhigung beim Heroinkonsum ist zwar erfreulich, sollte aber der Zunahme beim Cannabiskonsum gegenübergestellt werden – eine Zunahme, die seit mehreren Jahren in zahlreichen Ländern zu beobachten ist<sup>31,32</sup>.

Die starke Zunahme des Cannabiskonsums wirft zahlreiche Fragen auf, und die Tatsache, dass die Jugendlichen meist lange vor dem 18. Altersjahr anfangen, Cannabis zu konsumieren, gibt zu denken. Cannabis wird nicht mehr so stigmatisiert wie früher, und man ist heute eher bereit, den Konsum zuzugeben. Auch muss betont werden, dass der Zugang zu dieser Droge leichter geworden ist und die Zeiten praktisch vorbei sind, als man sie sich auf der Strasse beschaffen musste.

### Verteilung der 15- bis 64- Jährigen, nach dem Alter des Erstkonsums vom Haschisch/Marihuana und nach Bildungsniveau

G 3.12



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>29</sup> Der Vergleich 1992-1997-2002 stützt sich auf die Befragung der 15- bis 39- Jährigen, weil 1992 die Fragen zum Drogenkonsum ausschliesslich dieser Bevölkerungskategorie gestellt wurden.

<sup>30</sup> Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Flyer Heroin. Lausanne.

<sup>31</sup> Bundesamt für Polizeiwesen, Schweizerische Betäubungsmittelstatistik 1993-2003. In: Zahlen und Fakten 2004, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne. S.92

<sup>32</sup> Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004): Jahresbericht. Der Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und in Norwegen. Luxemburg.

# 4 Leistungen der Gesundheitsdienste und Hilfeleistungen

Seit der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992/1993 wurde das Gesundheitswesen in der Schweiz mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 grundlegenden Reformen unterzogen. Die wichtigsten Neuerungen waren eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten, eine Einschränkung der Palette an vergüteten Leistungen auf der Basis von Kosten-Nutzen-Kriterien sowie striktere Finanzierungsbedingungen für die Spitäler in Form von Globalbudgets. Inzwischen wurden die Auswirkungen des KVG anhand verschiedener Studien untersucht<sup>1</sup>.

Es stehen jedoch weiterhin nur wenig Datenquellen zur Verfügung, welche die Beobachtung von Veränderungen über einen längeren Zeitraum erlauben. Die dritte SGB 2002 ermöglicht nun, Entwicklungen in der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungserbringer wie Allgemeinärzte, Spezialärzte, Komplementärmediziner und Spitäler in den letzten 10 Jahren zu beschreiben. Dieses Kapitel enthält in einem ersten Teil eine epidemiologische Beschreibung der Nutzung der Gesundheitsdienste in der Schweiz im Jahr 2002. Anschliessend wird auf den Bereich der informellen Hilfeleistung und die Spitexdienste eingegangen. Die wichtigsten Veränderungen dieser Nutzung zwischen 1992 und 2002 werden im letzten Teil dargestellt und diskutiert, soweit die Vergleichbarkeit über die drei Erhebungen dies erlaubt.

## 4.1 Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung

Bei den im Folgenden dargestellten Ergebnissen handelt es sich in der Regel um jährliche Konsultationsraten. Diese Raten entsprechen also dem Anteil jener Personen, die angegeben haben, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Leistungserbringer des Gesundheitswesens in Anspruch genommen zu haben.

### 4.1.1 Konsultationen in der Arztpraxis

Es wurde einerseits danach gefragt, wie oft im letzten Jahr irgendein Arzt (ausser dem Zahnarzt) besucht wurde. Andererseits wurde gezielt nach der Konsultation folgender Kategorien von Ärzten gefragt:

- 1) Hausarzt (in der Regel ein Allgemeinarzt oder ein Internist);
- 2) anderer Arzt (in der Regel ein Spezialist), Gynäkologen ausgenommen;
- 3) Gynäkologe.

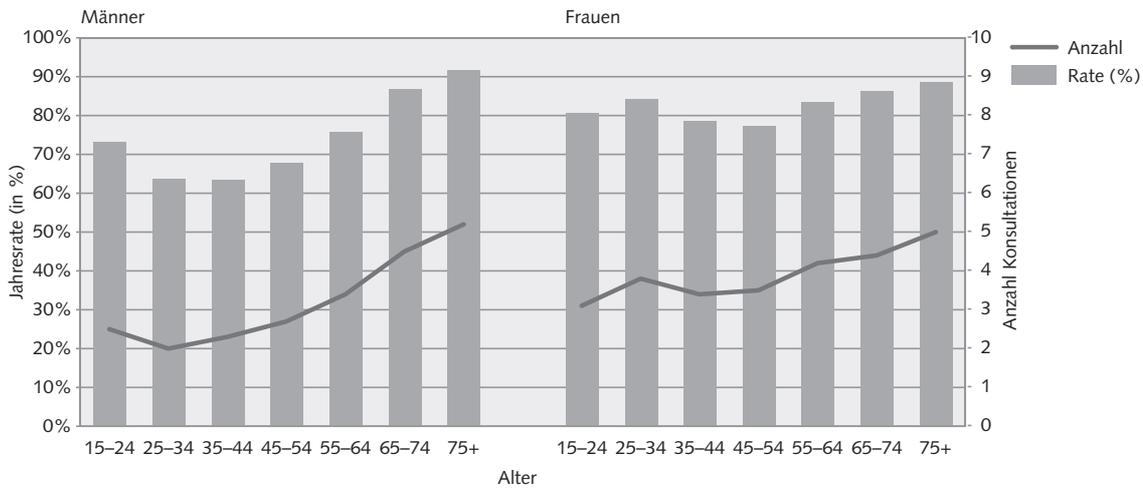
Insgesamt suchten 77% der Schweizerinnen und Schweizer in den letzten 12 Monaten einen Arzt auf. Der Anteil liegt bei den Männern mit 71% tiefer als bei den Frauen (82%). Wie Grafik G4.1 zeigt, besteht bei den Frauen bezüglich der jährlichen Arztkonsultationsrate nur ein geringer Altersunterschied, während sie bei den Männern mittleren Alters deutlicher abnimmt, um ab 45 wieder anzusteigen. Dies dürfte in erster Linie auf die vermehrten Arztkonsultationen der Frauen zwischen 25 und 44 im Zusammenhang mit Schwangerschaften zusammenhängen.

Im Mittel wurde 3,4-mal jährlich irgendein Arzt konsultiert, von Frauen wiederum häufiger (3,8) als von Männern (2,9). Die Konsultationsfrequenz erhöht sich mit zunehmendem Alter von knapp 3 auf 5 Mal jährlich (G4.1). Wie die Ergebnisse nach den drei Ärztekategorien in T4.1 zeigen, betrifft diese Zunahme vor allem die Besuche beim Hausarzt, während sich die mittlere Anzahl Besuche beim Spezialisten kaum verändert. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Arztbesuche zu Kontrollzwecken (Checkups) zunimmt. Insgesamt besuchten zwei Drittel (65%) in den letzten 12 Monaten einen Allgemeinarzt und knapp ein Drittel (29%) einen Spezialisten. Bezüglich des Besuchs beim Spezialisten fällt auf, dass die Konsultationsrate für ältere Männer (ab 65 Jahren) höher liegt als für gleichaltrige Frauen. Die Konsultationshäufigkeit ist aber auch abhängig von der Ausbil-

<sup>1</sup> Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/01. Bern.

**Arztbesuche in den letzten 12 Monaten: Konsultationsraten und durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Einwohner, nach Geschlecht und Alter**

G 4.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**T4.1 Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten ärztlicher Leistungen in Anspruch genommen haben (in %) und mittlere Anzahl Konsultationen pro Kopf (MK), nach Geschlecht und Alter**

	Allgemeinarzt		Spezialist (ohne Gynäkologe)		Gynäkologe	
	%	MK	%	MK	%	MK
<b>Männer</b>	62,1	2,0	27,8	1,0	-	-
15-24 Jahre	62,6	1,8	22,0	0,8	-	-
25-34 Jahre	53,3	1,2	23,2	0,9	-	-
35-44 Jahre	54,9	1,5	21,6	0,8	-	-
45-54 Jahre	58,5	1,9	29,4	1,0	-	-
55-64 Jahre	67,9	2,6	33,5	1,1	-	-
65-74 Jahre	79,1	3,2	41,6	1,2	-	-
75+ Jahre	83,7	4,4	40,6	1,3	-	-
<b>Frauen</b>	67,2	2,5	30,3	1,1	53,3	1,1
15-24 Jahre	65,6	2,2	25,7	0,8	48,9	0,9
25-34 Jahre	63,3	1,7	28,2	1,3	70,2	2,2
35-44 Jahre	59,3	2,0	28,6	1,1	60,7	1,3
45-54 Jahre	60,6	2,2	28,2	1,0	56,9	1,0
55-64 Jahre	70,7	2,8	34,8	1,3	51,9	0,8
65-74 Jahre	79,9	3,1	34,5	1,1	38,8	0,5
75+ Jahre	82,0	4,2	35,5	0,8	20,4	0,3
<b>Total</b>	<b>64,8</b>	<b>2,3</b>	<b>29,1</b>	<b>1,0</b>	-	-

dung: Während 27% der Personen mit obligatorischer Schulbildung einen Spezialisten besuchten, waren es bei denjenigen mit Sekundarstufe II-Ausbildung 29% und bei denen mit einer Ausbildung der Tertiärstufe 34%. Die Personen mit der tiefsten Ausbildung besuchten dafür häufiger den Hausarzt (70%) als diejenigen mit der höchsten Ausbildung (61%). Auch zwischen den Sprachregionen zeigen sich leichte Unterschiede: In der Romandie konsultierten 33% einen Spezialisten, im Tessin 29% und in der Deutschschweiz 28%.

Gut die Hälfte der interviewten Frauen war innerhalb von 12 Monaten beim Gynäkologen. Auch hier zeigt sich ein Unterschied nach Ausbildung: Lediglich 45% der Frauen mit obligatorischer Schulbildung wurden vom Gynäkologen untersucht, gegenüber 57% der Sekundarstufe II und 62% der Tertiärstufe. Die Konsultationsrate ist bei den Gynäkologen für die Altersgruppen mit hoher Fortpflanzungswahrscheinlichkeit (25 bis 45 Jahre) am höchsten und nimmt in den nachfolgenden Gruppen

rasch ab. Die zwei anderen Ärztekategorien verzeichnen dagegen bei 15- bis 25-jährigen Patienten etwas höhere Werte, danach ein Zwischentief bei den 25- bis 45-Jährigen und schliesslich wieder einen Anstieg für die Älteren.

#### 4.1.2 Inanspruchnahme zahn- und paramedizinischer Leistungen

In T4.2 sind die jährlichen Konsultationsraten bei zahn- und paramedizinischen Berufen sowie deren mittlere Anzahl Konsultationen pro Patient zusammengefasst. Aus dieser Gruppe von Leistungserbringern wurde in den letzten zwölf Monaten am häufigsten ein Zahnarzt (62%) besucht, gefolgt von der Dentalhygiene (37%), Apotheke (29%) und dem Optiker (27%). Andere paramedizinische Leistungen wurden nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen. Während die erstgenannten Anbieter eine relativ niedrige Anzahl Konsultationen pro Patient aufweisen (zwischen 1,3 und 2,6 pro Jahr), beansprucht die Behandlung durch die

#### T4.2 Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten zahn- und paramedizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, nach Art der Leistungserbringer (in %) sowie mittlere Anzahl Konsultationen pro Patient und pro Person, nach Geschlecht und Alter

	Zahnarzt	Dentalhygiene	Apotheke	Optiker	Physiotherapie	Podologe	Chiropraktiker	Psychologe
<b>Männer</b>	<b>59,7</b>	<b>33,9</b>	<b>24,6</b>	<b>25,4</b>	<b>12,7</b>	<b>5,5</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1</b>
15–24 Jahre	65,0	19,4	21,9	32,9	12,2	(3,3)	(2,9)	(1,8)
25–34 Jahre	54,4	30,6	39,1	20,0	11,1	(1,1)	5,3	3,8
35–44 Jahre	57,4	39,6	27,4	16,4	13,4	3,2	5,0	3,8
45–54 Jahre	63,7	40,8	23,0	29,5	12,4	5,2	4,9	4,6
55–64 Jahre	61,1	40,3	18,2	27,5	16,5	6,7	4,1	3,5
65–74 Jahre	62,5	34,5	16,8	27,3	10,3	11,9	3,7	(1,1)
75+ Jahre	50,7	21,8	12,4	35,5	11,8	18,9	(3,7)	(0,2)
<b>Frauen</b>	<b>64,3</b>	<b>39,3</b>	<b>33,6</b>	<b>28,6</b>	<b>16,4</b>	<b>17,5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>
15–24 Jahre	71,5	27,4	41,2	37,5	14,6	5,9	4,5	6,2
25–34 Jahre	61,7	39,7	52,4	25,2	12,8	7,6	5,3	7,0
35–44 Jahre	66,4	46,0	39,6	21,0	16,6	10,3	7,5	7,1
45–54 Jahre	70,2	48,3	30,0	31,4	18,8	17,3	5,1	6,3
55–64 Jahre	69,5	44,9	26,3	29,7	19,1	23,3	5,1	5,0
65–74 Jahre	59,9	36,5	18,4	33,2	18,0	33,4	4,5	(2,4)
75+ Jahre	42,8	21,0	15,1	25,2	14,5	36,4	3,8	(2,2)
<b>Total</b>	<b>62,1</b>	<b>36,7</b>	<b>29,3</b>	<b>27,1</b>	<b>14,6</b>	<b>11,8</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>
Mittl. Anz. Konsult. pro Patient	2,0	1,3	2,6	1,6	11,8	3,6	5,7	9,0
Mittl. Anz. Konsult. pro Person	1,2	0,5	0,8	0,4	1,7	0,4	0,3	0,4

Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Befragte

übrigen Anbieter jedoch meist deutlich mehr Sitzungen (3,6 bis 11,8 pro Jahr). Auch das Profil der Konsultationsraten nach Geschlecht und Alter variiert zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Frauen nehmen tendenziell alle Leistungen häufiger als Männer in Anspruch. Insbesondere lassen sie sich häufiger vom Apotheker beraten und besuchen die Fusspflege. Bei den älteren Altersgruppen nehmen die Konsultationsraten der Zahnärzte, Dentalhygieniker, Chiropraktiker und Psychologen ab, während jene der Podologen zunehmen.

#### 4.1.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen

In den letzten zwölf Monaten liessen sich 15% der Schweizer Wohnbevölkerung komplementärmedizinisch behandeln. Frauen nahmen diese Leistungen rund doppelt so häufig (19%) wie Männer (10%) in Anspruch. Die häufigsten Behandlungsarten sind die Homöopathie (6%), gefolgt von Shiatsu/Reflexologie und Akupunktur (je 4%) sowie Naturheilverfahren (3%). Die anderen Angebote (traditionelle chinesische Medizin, autogenes Trai-

ning, anthroposophische Medizin, Neuraltherapie) werden nur von rund 1% in Anspruch genommen. Die Konsultationsraten tendieren mit zunehmendem Alter nach unten. Die mittlere Anzahl Konsultationen pro Patient liegt zwischen 3,4 (Homöopathie) und 6,6 (Shiatsu/Reflexologie und traditionelle chinesische Medizin). Die Mehrheit der konsultierten Therapeuten verfügen über ein amtliches ärztliches Diplom, insbesondere die anthroposophischen Mediziner (85%), Neuraltherapeuten (68%) Akupunkteure (66%) und Homöopathen (64%).

#### 4.1.4 Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorge hat im Rahmen der Gesundheitspflege grosse Bedeutung, da ein frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren die Heilungschancen erhöht. T4.3 bietet einen Überblick, mit welcher Häufigkeit pro Jahr die wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden.

76% der Schweizerinnen und Schweizer liessen in den letzten zwölf Monaten ihren Blutdruck überprüfen, einen wichtigen Risikofaktor für die häufigste Todesursache, die Herz-/ Kreislaufkrankheiten. Damit ist die Blutdruckmes-

**T4.3 Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen haben, nach Art der Untersuchung, Geschlecht und Alter (in %)**

	Blutdruck	Cholesterin	Blutzucker	Prostata	Gebärmutterhalsabstrich	Mammografie	Ärztl. Brustunters.	Muttermale	HIV-Test
<b>Männer</b>	<b>71,0</b>	<b>47,6</b>	<b>48,2</b>	-	-	-	-	<b>8,5</b>	<b>5,8</b>
15–24 Jahre	60,7	24,2	26,1	-	-	-	-	9,4	6,1
25–34 Jahre	59,3	31,0	31,4	-	-	-	-	6,2	8,5
35–44 Jahre	64,1	38,7	38,8	-	-	-	-	5,5	7,5
45–54 Jahre	71,6	51,8	51,6	16,8	-	-	-	6,6	5,9
55–64 Jahre	82,2	64,9	65,9	32,3	-	-	-	12,3	3,5
65–74 Jahre	91,5	74,6	76,3	36,8	-	-	-	12,5	(1,9)
75+ Jahre	93,8	80,9	78,8	30,1	-	-	-	15,0	(1,4)
<b>Frauen</b>	<b>80,9</b>	<b>51,8</b>	<b>55,3</b>	-	<b>47,6<sup>1</sup></b>	<b>13,6<sup>1</sup></b>	<b>55,2<sup>1</sup></b>	<b>8,2</b>	<b>4,4</b>
15–24 Jahre	71,6	32,0	36,6	-	47,0 <sup>1</sup>	1,8 <sup>1</sup>	60,2 <sup>1</sup>	9,2	7,4
25–34 Jahre	78,7	42,4	48,1	-	54,8	2,7	65,6	9,3	11,5
35–44 Jahre	74,6	41,7	44,2	-	53,5	6,3	59,3	7,9	5,1
45–54 Jahre	80,4	50,5	54,1	-	53,9	21,4	58,2	6,7	1,9
55–64 Jahre	87,2	61,9	64,0	-	49,5	28,7	56,1	6,6	1,4
65–74 Jahre	89,2	71,1	74,9	-	34,2	19,5	45,3	9,3	(0,6)
75+ Jahre	91,6	73,7	75,6	-	13,7	10,1	29,4	8,5	(0,1)
<b>Total</b>	<b>76,2</b>	<b>49,8</b>	<b>51,9</b>	-	-	-	-	<b>8,3</b>	<b>5,1</b>

<sup>1</sup> Diese Frage wurde nur Frauen ab 20 gestellt. Somit umfasst die unterste Altersgruppe hier die 20- bis 24-Jährigen und das Total die ab 20-Jährigen. Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Befragte

sung die häufigste Vorsorgeuntersuchung. Ein weiterer Risikofaktor für Erkrankungen des Herz-/ Kreislaufsystems, der Cholesterinspiegel (Blutfettwert), wurde bei der Hälfte der Personen gemessen (50%), ebenso der Blutzuckerwert (52%). Dieser gibt einen Hinweis über das Risiko für Diabetes, eine wichtige chronische Krankheit (siehe Kapitel 2.1). Diese drei Tests werden oft routinemässig anlässlich eines Besuchs beim Allgemeinarzt und häufiger bei Frauen als bei Männern durchgeführt. Ihre jährliche Frequenz steigt mit zunehmendem Alter: So wurden beispielsweise bei fast allen über 65 innerhalb von 12 Monaten der Blutdruck gemessen, gegenüber drei von vier Personen in der Gesamtbevölkerung.

Mit einer Kontrolle der Prostata (via Rektaluntersuchung) lässt sich eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse, die bei Männern ab 50 relativ häufig ist und gut- oder bösartig sein kann, frühzeitig feststellen. Diese Untersuchung wird ebenfalls mit zunehmendem Alter häufiger durchgeführt, jedoch deutlich seltener als die oben besprochenen Routineuntersuchungen: Nur rund ein Drittel der Männer über 55 Jahren berichtet davon. Untersuchungen zur Früherkennung von bösartigen Hautveränderungen sind bedeutsam, da Hautkrebs oft heilbar ist, wenn er rechtzeitig erkannt wird. Innerhalb des letzten Jahres wurde eine Untersuchung der Muttermale an 8% der Personen und häufiger bei Männern ab 55 Jahren sowie bei jungen Erwachsenen beider Geschlechter vorgenommen. Der Aids- bzw. Immunschwächetest (HIV) wird bei den Frauen am häufigsten zwischen 25 und 34 Jahren und bei den Männern vor allem zwischen 25 und 44 Jahren vorgenommen. Insgesamt ist er mit 5% jedoch eine selten genannte Vorsorgeuntersuchung.

## Frauenspezifische Vorsorgeuntersuchungen

Brustkrebs ist bei Frauen der wichtigste Grund für vorzeitig verlorene Lebensjahre. Zur Früherkennung dieser Erkrankung kommen zwei Methoden zur Anwendung: Die Brustuntersuchung durch Palpation, eine einfache Methode zur Feststellung von knotigen Veränderungen, die eine Krebsgeschwulst darstellen können, und eine speziellen Röntgenuntersuchung der Brust, die Mammographie, welche die zurzeit effizienteste Methode zur Früherkennung einer Krebserkrankung der Brust darstellt. Bei 55% der Frauen ab 20 Jahren wurde im letzten Jahr eine Brustuntersuchung durch den Arzt durchgeführt. Da die Brustuntersuchung hauptsächlich von Gynäkologen vorgenommen wird, nimmt deren Häufigkeit mit zunehmendem Alter parallel zur entsprechenden Konsultationsrate ab (T4.1). Dies steht jedoch im Gegensatz zur Häufigkeit neu auftretender Brustkrebsfälle, die mit dem Alter zunehmen<sup>2</sup>. Die Mammographie wurde 1996 für Frauen zwischen 50 und 69 als Pflichtleistung in die Grundversicherung aufgenommen<sup>3</sup>. Sie wird in dieser Altersgruppe mit 28% denn auch am häufigsten durchgeführt, der Abdeckungsgrad liegt jedoch immer noch deutlich unter den Empfehlungen: Nur 43% der Frauen über 20 geben an, dass bei ihnen jemals eine Mammographie durchgeführt wurde und nur bei 14% fand sie innerhalb der letzten 12 Monate statt (T4.3). Mammographien wurden in der Romandie doppelt so häufig wie in der Deutschschweiz durchgeführt (22% versus 11%; Tessin 16%), was vor allem auf das Vorhandensein organisierter Screeningprogramme in den Kantonen Genf, Wallis und Waadt zurückzuführen sein dürfte. Dafür spricht auch, dass in der Romandie die Teilnahme an einem Präventionsprogramm deutlich häufiger (12%) als Grund für die Mammographie in den letzten 12 Monaten angegeben wurde als in den anderen Sprachregionen (Tessin <1%, Deutschschweiz 2%<sup>4</sup>). Als häufigster Grund für diese Untersuchung wurde jedoch die Aufforderung durch einen Arzt genannt (78%), gefolgt von Eigeninitiative (16%).

<sup>2</sup> Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds.) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, France: IARC Scientific Publications.

<sup>3</sup> Faist K, Ricka Heideberger R (2001): Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Untersuchung der Umsetzung. ISPM Zürich im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga, des Bundesamtes für Gesundheit, des Bundesamtes für Sozialversicherung, des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer und der Sanitätsdirektorenkonferenz. Zürich.

<sup>4</sup> Diese Zahlen beziehen sich auf weniger als 30 Befragte.

Durch den Gebärmutterhalsabstrich lassen sich Zellentartungen feststellen, bevor sich eine invasive Krebserkrankung der Gebärmutter entwickelt. Er wurde bei knapp der Hälfte der Frauen über 20 durchgeführt und ist damit ebenfalls relativ weit verbreitet. Da wie die Brustuntersuchung meist Teil der Routineuntersuchung beim Gynäkologen, nimmt die Häufigkeit jedoch ebenfalls mit zunehmendem Alter ab (T4.3), was (wie beim Brustkrebs) im Widerspruch zur steigenden Inzidenz bei höherem Alter steht<sup>5</sup>. Bei den älteren Frauen lässt sich – wie schon in den Gesundheitsbefragungen von 1992 und 1997 – zudem ein unzureichender Abdeckungsgrad feststellen: 23% der 65- bis 74-Jährigen und 48% der über 74-Jährigen geben an, bei ihnen sei noch nie ein Abstrich durchgeführt worden.

#### 4.1.5 Ambulante Behandlungen und Hospitalisierungen

Ambulante Behandlungen in einer Poliklinik oder einem Spital und insbesondere Hospitalisierungen stellen einen wesentlichen Kostenfaktor dar. 13% der Personen lies-

sen sich im letzten Jahr ambulant behandeln und 12% wurden in ein Spital eingeliefert (T4.4). Die Raten sind für die jungen Erwachsenen, insbesondere die Frauen im gebärfähigen Alter, höher und sinken für die Erwachsenen mittleren Alters, um etwa ab 45 wieder zu steigen. Die hospitalisierten Personen waren in den letzten zwölf Monaten durchschnittlich 1,3 mal im Spital; dieser Wert ist für beide Geschlechter und über alle Altersgruppen hinweg konstant. Demgegenüber schwankt die Anzahl im Spital verbrachter Tage pro Jahr, welche im Durchschnitt 9,2 Tage beträgt<sup>6</sup>, stark nach Geschlecht und Alter der Patienten. Insgesamt werden Frauen etwas häufiger hospitalisiert als Männer (13% versus 11%) und die Patientinnen bleiben auch etwas länger im Spital (durchschnittlich 9,6 versus 8,7 Tage), was vor allem auf einen Unterschied bei den Jüngsten und bei den 65- bis 74-jährigen zurück zu führen ist. Auf die Gesamtbevölkerung (Personen mit und ohne Krankenhausaufenthalt) umgerechnet, ergeben sich 1,1 Hospitalisierungstage pro Einwohner.

#### T4.4 Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten ambulant behandelt (Spital oder Poliklinik) oder hospitalisiert wurden (in %) und Anzahl Hospitalisierungstage pro Patient und Einwohner, nach Geschlecht und Alter

	Ambulante Behandlung	Hospitalisierungen	Mittlere Anzahl Hospitalisierungen	Mittl. Anzahl im Spital verbrachter Tage	
	%	%	pro Patient	pro Patient	pro Einw.
<b>Männer</b>	<b>12,4</b>	<b>10,7</b>	<b>1,3</b>	<b>8,7</b>	<b>0,9</b>
15–24 Jahre	10,7	7,9	1,2	3,2	0,2
25–34 Jahre	12,0	7,6	1,2	6,3	0,5
35–44 Jahre	11,0	7,0	1,3	8,5	0,6
45–54 Jahre	11,8	9,8	1,2	8,7	0,8
55–64 Jahre	11,6	14,1	1,4	8,7	1,2
65–74 Jahre	15,2	17,2	1,5	9,7	1,7
75+ Jahre	21,0	22,6	1,3	15,1	3,4
<b>Frauen</b>	<b>13,3</b>	<b>13,0</b>	<b>1,3</b>	<b>9,6</b>	<b>1,2</b>
15–24 Jahre	11,0	7,2	1,1	7,7	0,6
25–34 Jahre	13,0	18,8	1,1	6,2	1,2
35–44 Jahre	12,1	11,1	1,4	9,7	1,1
45–54 Jahre	11,7	9,1	1,3	8,8	0,8
55–64 Jahre	13,9	12,0	1,3	7,8	0,9
65–74 Jahre	16,5	14,0	1,4	12,5	1,7
75+ Jahre	17,1	21,0	1,3	15,1	3,2
<b>Total</b>	<b>12,8</b>	<b>11,8</b>	<b>1,3</b>	<b>9,2</b>	<b>1,1</b>

<sup>5</sup> Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J (eds.) (1997): Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon, France: IARC Scientific Publications.

<sup>6</sup> Diese Zahl stimmt gut mit der Krankenhausstatistik überein, was die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern für allgemeine Pflege angeht (Bundesamt für Statistik (2004): Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2002: Resultate in Form von Standardtabellen. Neuchâtel).

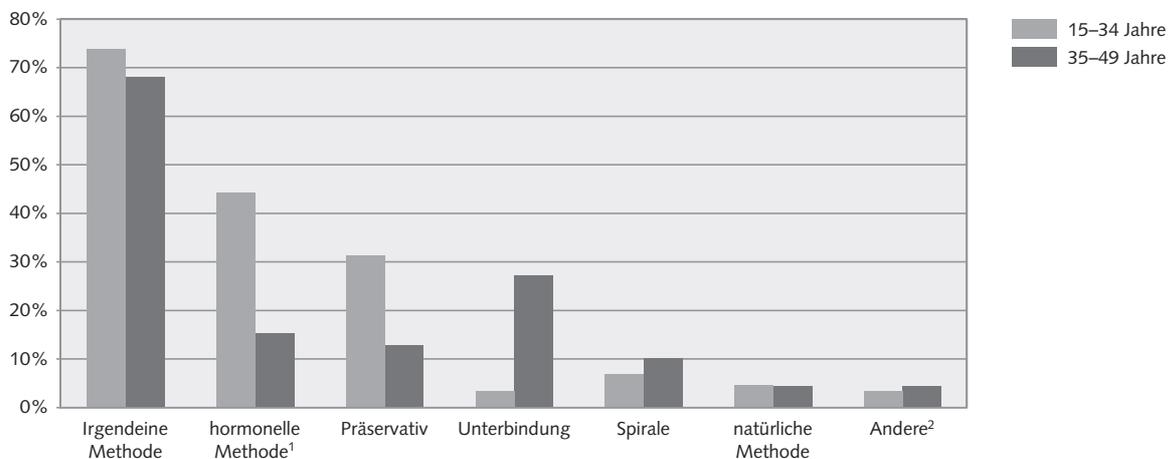
#### 4.1.6 Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Empfängnisverhütung und Hormonersatztherapie

Im Folgenden werden zwei Themen aus dem Bereich der sexuellen Gesundheit näher beleuchtet: Einerseits geht es um die Thematik der Empfängnisverhütung. Andererseits werden die Ergebnisse zur Hormonersatztherapie präsentiert, die bei Frauen gegen Beschwerden in den Wechseljahren eingesetzt wird. Die Empfehlungen zum Einsatz dieser Therapie sind in den letzten Jahren aufgrund kontroverser Diskussionen und neuer Erkenntnisse bezüglich Nebenwirkungen (insb. einem erhöhten Brustkrebsrisiko) wesentlich restriktiver geworden, vor allem bezüglich Herz- / Kreislauf- und Osteoporoseprävention. Zum Zeitpunkt der Erhebung lagen diese neuen Ergebnisse jedoch noch nicht vor. Auf eine weitere Thematik im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit, die Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter), wird im folgenden Abschnitt im Zusammenhang mit den Operationen eingegangen.

Gesamtschweizerisch bejahen 57% der 15- bis 74-jährigen Personen die Frage, ob sie Empfängnisverhütung betreiben. Gemäss internationalem Standard<sup>7</sup> werden bei dieser Frage die Angaben der Frauen zwischen 15 und 49, d.h. im reproduktiven Alter, verwendet<sup>8</sup>. In dieser Altersgruppe ist der Anteil derjenigen, die Verhütung betreiben, mit 71% denn auch höher als in der Gesamtbevölkerung. Wird nach einzelnen Kontrazeptionsmethoden gefragt, zeigen sich deutliche Unterschiede nach Altersgruppen (G4.2): Die 15- bis 34-jährigen Frauen nennen am häufigsten hormonelle Methoden (Pille oder 3-Monatsspritze: 44%), gefolgt vom Präservativ (31%). Vor allem die Unterbindung (27%), aber auch die Spirale (10%) werden von 35- bis 49-jährigen Frauen häufiger gewählt, während diese hormonelle Methoden (15%) und das Präservativ (13%) seltener verwenden.

**Anteil der Frauen, die eine Methode zur Empfängnisverhütung anwenden, nach Methode und Alter (15–49 Jahre)**

**G 4.2**



<sup>1</sup> Pille oder 3-Monatsspritze

<sup>2</sup> Diaphragma, Portiokappe oder anderes

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>7</sup> United Nations (2004): World Contraceptive Use 2003. United Nations Publications: New York.

<sup>8</sup> Die Frauen konnten auf der Partnerebene antworten, d.h. ob sie selbst oder der Partner eine Verhütungsmethode anwendet. Ein Einschluss der männlichen Befragten verändert die Resultate deshalb kaum, lediglich die berichtete Verwendung des Präservativs steigt in diesem Fall etwas (15-34-J.: 37%, 35-49-J.: 27%).

Die Frage, ob sie sich gegenwärtig einer Hormonerersatzbehandlung unterziehen, bejahen 16% der Frauen ab 35 Jahren. Am häufigsten ist sie natürlicherweise bei den 50- bis 64-Jährigen (34%), liegt doch das Durchschnittsalter für die Menopause bei den Schweizer Frauen bei rund 50 Jahren. Von den 35- bis 49-jährigen Frauen lassen sich lediglich 5% gegenwärtig mit Hormonen behandeln und bei den über 65-Jährigen sind es 12%. Es wurde auch nach den Gründen für die Behandlung gefragt, wobei jeweils mehrere angegeben werden konnten. Mit je rund einem Drittel der genannten Gründe liegen Menopausebeschwerden (36%) und die Osteoporoseprävention (32%) an der Spitze. Deutlich seltener wurde eine bestehende Osteoporose (11%) oder die Vorbeugung von Herz-/Kreislaufkrankheiten (10%) als Grund angeführt. Auch bei dieser Thematik zeigen sich regionale Unterschiede: Hormonerersatzbehandlungen werden in der französischsprachigen Schweiz (20%) am häufigsten durchgeführt, gefolgt von der Deutschschweiz (16%) und der italienischsprachigen Landesregion (12%). Auch bei den für die Behandlung angeführten Gründen gibt es Unterschiede: Insbesondere wird im Tessin die Osteoporoseprophylaxe seltener als Grund genannt (24%) als in den anderen Regionen (Deutschschweiz 32%, Romandie 34%).

#### 4.1.7 Operationen

Mehrere Fragen bezogen sich auf so genannte «elektive» Operationen, d.h. nicht notfallmässige Eingriffe. Die Lebenszeitprävalenzraten dieser Operationen sind in T4.5 zusammengestellt. Dabei ist zu beachten, dass gewisse Operationen typischerweise in einem bestimmten Alter ausgeführt werden, z.B. die Mandeloperation im Kindesalter, die Blinddarmoperation bei Kindern und jungen Erwachsenen oder die Operation des Grauen Stars bei älteren Menschen. Die Lebenszeitprävalenz in den verschiedenen Altersgruppen widerspiegelt jedoch auch den medizinisch-technischen Fortschritt bis hin zu sich verändernden medizinischen «Modeerscheinungen» bezüglich Operationen.

Eine relativ häufig durchgeführte Operation ist die Mandelentfernung, welche bei knapp einem Drittel (29%) durchgeführt wurde. Die geringe Häufigkeit in den beiden jüngsten Altersgruppen weist jedoch darauf hin, dass dieser Eingriff heute generell seltener durchgeführt wird als früher. Bei der Blinddarmentfernung ist diese unterschiedliche Häufigkeit zwischen Jungen und Älteren noch deutlicher. Zudem nimmt der Geschlechtsunterschied hier mit dem Alter stark zu: Während der Eingriff beispielsweise bei 28% der 65- bis 74-jährigen

**T4.5 Anteil Personen, die sich bisher in ihrem Leben einer Operation unterzogen haben, nach Art der Operation, Geschlecht und Alter (in %)**

	Mandeln	Blinddarm	Gebärmutter	Knie	Fussgelenk	Grauer Star	Hüfte
<b>Männer</b>	28,4	16,5	-	14,0	5,8	2,8	2,5
15–24 Jahre	15,9	6,1	-	3,8	(1,5)	(0,1)	(0,8)
25–34 Jahre	23,3	10,0	-	11,8	7,1	(0,1)	(0,9)
35–44 Jahre	31,8	13,7	-	15,6	9,8	(0,3)	(0,8)
45–54 Jahre	35,0	18,4	-	17,3	6,2	(0,9)	(1,4)
55–64 Jahre	33,6	24,7	-	18,1	4,5	2,5	3,0
65–74 Jahre	30,5	28,3	-	18,9	4,0	8,5	7,0
75+ Jahre	27,0	28,7	-	13,4	(3,0)	25,4	13,3
<b>Frauen</b>	30,2	25,1	-	9,2	4,6	4,2	2,1
15–24 Jahre	17,6	4,4	-	4,2	(2,2)	(0,0)	(0,1)
25–34 Jahre	26,0	10,9	(0,8)	7,0	4,8	(0,0)	(0,3)
35–44 Jahre	32,0	18,1	4,9	8,0	5,5	(0,2)	(0,7)
45–54 Jahre	37,7	26,2	18,6	9,7	5,1	(1,0)	(0,7)
55–64 Jahre	35,9	38,9	32,8	10,5	5,1	1,9	(1,0)
65–74 Jahre	33,8	43,8	36,9	13,6	5,2	8,7	6,2
75+ Jahre	25,9	47,6	25,7	14,0	3,8	29,3	10,7
<b>Total</b>	29,3	21,0	-	11,4	5,2	3,5	2,3

Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Befragte

Männer durchgeführt wurde, liegt die Prävalenz bei den gleichaltrigen Frauen mit 44% deutlich höher. Da es keinen Hinweis auf ein häufigeres Vorkommen von Blinddarmentzündung bei älteren Frauen gibt<sup>9</sup>, liegt eine mögliche Erklärung darin, dass bei Frauen früher häufiger der Blinddarm entfernt wurde, wenn sich im Rahmen einer anderen Operation dazu die Gelegenheit ergab. Solche so genannten «Gelegenheitsappendektomien» werden heute jedoch nicht mehr empfohlen (und unter dem neuen KVG auch nicht mehr vergütet).

Die Operation des Grauen Stars ist vor allem eine Operation bei hochbetagten Frauen und Männern: Sie ist bei einem Viertel der ab 75-jährigen Männer (25%) und knapp einem Drittel der gleichaltrigen Frauen (29%) durchgeführt worden. Anders als bei der Blinddarmentzündung gibt es hier Hinweise darauf, dass Frauen häufiger vom Grauen Star betroffen sind und dass dies den beobachteten Unterschied zumindest teilweise erklärt<sup>10</sup>.

Die Frage nach der Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) wurde nur Frauen ab 21 Jahren gestellt; 17% von ihnen bejahten sie. Wie T4.5 zeigt, steigt die Häufigkeit dieses Eingriffs bis zum Alter von 74 Jahren, wobei hierfür vor allem biologische Gründe vorliegen dürften: Einer der Hauptgründe für diesen Eingriff ist eine Krebserkrankung der Gebärmutter, die mit steigendem Alter häufiger auftritt. Die Interpretation wird bei diesem Eingriff aber durch die Überlagerung des Altersseffektes mit den Veränderungen in der medizinischen Praxis in den letzten 10 Jahren erschwert, welcher die höhere Prävalenz bei den älteren Frauen ebenfalls teilweise erklären könnte. Bei diesem Eingriff gibt es zudem einen deutlichen Unterschied nach Ausbildung: Er wird bei Frauen mit obligatorischer Schulbildung häufiger vorgenommen (24%) als bei denjenigen mit Sekundarstufe-II-Ausbildung (16%) und mit Tertiärausbildung (9%).

Knie- und Knöcheloperationen auf Grund von Gelenk- oder Muskelproblemen werden bei Männern häufiger durchgeführt. Mögliche Erklärungen liegen in der stärkeren physischen Belastung am Arbeitsplatz durch eine unterschiedliche Berufswahl (siehe auch Kapitel 5) und in einer unterschiedlichen Freizeitgestaltung (z.B. Fussballspielen). Hüftprothesen werden ab dem 55. Altersjahr vor allem aufgrund von Abnutzung eingesetzt. Bei den über 75-Jährigen haben mehr als 10% eine Prothese, die Männer etwas häufiger als die Frauen.

<sup>9</sup> Salomon EM, Schey D, Penalver M, Gomez-Marin O, Lambrou N, Almeida Z, Mendez L (1997): Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg.* 21(3): 313-317.

<sup>10</sup> Lundström M, Stenevi U, Thornburn W (1999): Gender and cataract surgery in Sweden 1992-1997. *Acta Ophthalmol. Scand.* 77: 204-208.

## 4.2 Hilfeleistungen und Systeme gegenseitiger Hilfe

Die in diesem Abschnitt besprochenen Hilfeleistungen umfassen einerseits die spital- und heimexterne Gesundheits- und Krankenpflege und Hilfe, die so genannte «Spitex». Ein gewisser Teil der Kosten für ärztlich verordnete Pflegeleistungen wird seit der Einführung des KVG von den Krankenkassen übernommen. Andererseits wird auf informelle Hilfeleistungen zwischen Familienmitgliedern, Freunden oder Nachbarn eingegangen, welche unabhängig von den professionellen Dienstleistungen des Gesundheitswesens einen wichtigen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen leisten und zur Senkung der Gesundheitskosten beitragen.

### 4.2.1 Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen

Wie in T4.6 dargestellt, nutzen 1% der Männer und 4% der Frauen innerhalb eines Jahres Spitex-Dienste. Wird nur die Inanspruchnahme innerhalb der letzten Woche betrachtet, halbieren sich die Anteile ungefähr. Männer unter 75 Jahren beanspruchen insgesamt zwar nur selten Spitex-Leistungen. Wenn sie diese aber in Anspruch nehmen, dann etwas häufiger regelmässig. Dies erklärt sich durch den höheren vorübergehenden Bedarf der Frauen aus Schwangerschaftsgründen, weswegen Frauen auch bereits unter 65 Jahren etwas häufiger Spitex-Hilfe in Anspruch nehmen. Auch bei ihnen steigt der Bedarf dann aber vor allem ab 65 Jahren. Unter den betagten Personen erklärt sich die stärkere Inanspruchnahme seitens der Frauen dadurch, dass diese öfter alleine im Haushalt verbleiben, da ihr Partner verstorben oder in stationärer Pflege ist (siehe dazu auch Kapitel 7).

#### T4.6 Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten oder in den letzten 7 Tagen Spitex-Leistungen in Anspruch genommen haben, nach Alter und Geschlecht (in %)

	innerhalb letzte 12 Monate	davon regelmässig	innerhalb letzte 7 Tage
<b>Männer</b>	<b>1,1</b>	<b>60,3</b>	<b>0,6</b>
bis 64 Jahre	0,5	(56,9)	(0,2)
65–74 Jahre	(1,9)	(46,4)	(0,6)
75+ Jahre	8,8	67,4	5,4
<b>Frauen</b>	<b>4,0</b>	<b>46,8</b>	<b>1,4</b>
bis 64 Jahre	2,4	24,8	(0,4)
65–74 Jahre	6,1	54,7	2,9
75+ Jahre	15,2	71,5	8,1
<b>Total</b>	<b>2,6</b>	<b>50,4</b>	<b>1,0</b>

Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Befragte

#### 4.2.2 Geleistete informelle Hilfe

Die Frage an die informellen Leistungserbringer war folgendermassen formuliert: «Helfen Sie regelmässig anderen Personen – ohne dafür bezahlt zu werden – z.B. indem Sie Kranke, Behinderte oder Betagte besuchen, indem Sie ihnen im Haushalt helfen, Mahlzeiten bringen oder Transportdienste leisten?»

In der Schweiz leisten 36% der Männer und 40% der Frauen regelmässig unentgeltliche Hilfe an nahe stehende Personen (Familie, Freunde oder Nachbarn). Dabei leisten einer von fünf Männern (21%) und eine von vier Frauen (25%) häufig, d.h. mindestens einmal pro Woche, solche Hilfe. Während die Häufigkeit regelmässiger Hilfeleistungen bei den Männern relativ stabil bleibt, bauen die Frauen ab 35 diese Tätigkeit aus (G4.3). Am seltensten leisten die 25- bis 34-jährigen Personen unentgeltliche Hilfe. Geholfen wird vor allem Familienmitgliedern (68% aller Antworten), gefolgt von Freunden und Nachbarn (22%); Hilfeleistungen für andere Personen, z.B. solche, die in Einrichtungen der stationären Versorgung leben, machen nur einen geringen Teil der Gesamthilfe aus (10%).

In Zahlen ausgedrückt, sind es rund 1,4 Mio. Personen in der Schweiz, die mindestens ein Mal pro Woche informelle Hilfe leisten und über 210'000 Menschen in deren Umgebung, denen diese Hilfe zugute kommt (siehe auch Abschnitt 4.2.3). Die Diskrepanz zwischen der berichteten Häufigkeit geleisteter und empfangener Hilfe wird auch aus G4.3 deutlich. Erst bei den ab 75-Jährigen nähert sich das Ausmass der empfangenen Hil-

feleistungen jenem der geleisteten Hilfe an. In der Tat werden die Hilfeleistungen überwiegend von den jüngeren für die älteren Generationen erbracht. Ausserdem erhalten ältere Menschen oft Hilfe von verschiedenen nahe stehenden Personen, was die höhere Zahl der Leistungserbringer zum Teil erklärt.

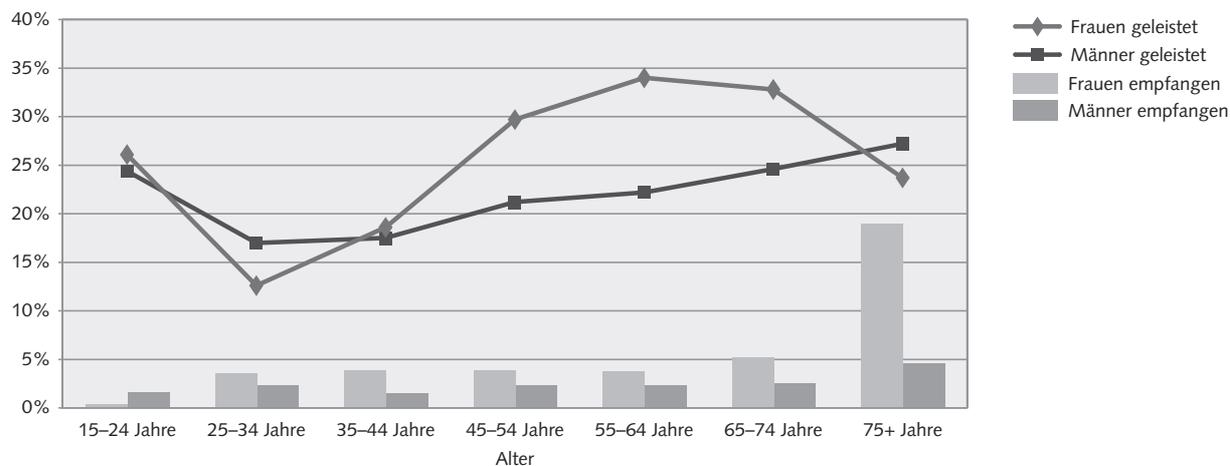
#### 4.2.3 Erhaltene informelle Hilfe

10% der Schweizer Wohnbevölkerung gaben 2002 an, in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn erhalten zu haben, z.B. in Form von Einkaufen, Pflege, oder Lieferung von Mahlzeiten. Davon haben knapp die Hälfte (4%) in der Woche vor der Befragung derartige Hilfe beansprucht; das sind – umgerechnet auf die Schweizer Gesamtbevölkerung – rund 210'000 Personen: 64'000 Männer und 146'000 Frauen. Auf die Art der erhaltenen Hilfe wird in Kapitel 7 näher eingegangen.

Informelle Hilfeleistungen werden – aus der Sicht der Empfänger – hauptsächlich durch Personen aus dem Familienkreis erbracht: Partnerin und Partner (29%), Kinder (24%), Eltern (12%) und andere Familienmitglieder (13%). Nachbarn und Bekannte leisten lediglich 23% dieser Hilfe. Das Familiennetz steht in den Systemen gegenseitiger Hilfe also sowohl seitens der Leistungsempfänger wie auch seitens der Leistungserbringer im Vordergrund.

Der Anteil der Personen, die in den letzten sieben Tagen informelle Hilfe empfangen haben, steigt ab 65 Jahren leicht und, vor allem bei den Frauen, ab

### Anteil Personen, die mindestens wöchentlich Hilfe geleistet oder empfangen haben, nach Geschlecht und Alter G 4.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

75 Jahren sehr deutlich an (G4.3). Anders sieht das Bild aus, wenn wir die Inanspruchnahme in absoluten Zahlen betrachten. Dann übersteigt der gesamte Hilfsbedarf der jüngeren Personen (bis 64 Jahre) den der Älteren sogar: Von den unter 65-Jährigen haben nämlich rund 127'000 in den letzten 7 Tagen vor der Befragung Hilfe erhalten, während es bei den über 65-Jährigen rund 87'000 sind. Informelle Hilfe hat zudem für Personen mit tiefem Einkommen die grösste Bedeutung: 7% der Personen im untersten Einkommensfünftel nehmen Hilfe in Anspruch, gegenüber lediglich 2% im höchsten Fünftel. Auch zwischen den Sprachregionen gibt es Unterschiede: Informelle Hilfe ist in der italienischen Schweiz doppelt so verbreitet (7%) wie in der französischen und deutschen (je 3%).

#### 4.2.4 Wirtschaftliche Dimension der informellen Hilfeleistungen

In einer Zeit, in der über die Kosten des Gesundheitswesens und insbesondere auch die Pflegekosten<sup>11</sup> debattiert wird, ist es notwendig, der häuslichen «Gesundheitsarbeit»<sup>12</sup> und den informellen Hilfeleistungen, die ausserhalb des kommerziellen Bereichs erbracht wurden,

Rechnung zu tragen. In der Schweiz leisten einer von fünf Männern und eine von vier Frauen häufig informelle Hilfe für eine oder mehrere Personen in ihrer Umgebung, wodurch die Inanspruchnahme der Spitex und der Dienstleistungen des Gesundheitswesens verringert wird. Die informellen Systeme gegenseitiger Hilfe kommen zunächst im Familienkreis und vor allem zu Gunsten der älteren Menschen zum Tragen; aber auch die Hilfe unter Nachbarn und Freunden ist nicht zu vernachlässigen. Die Alternativen zur Hospitalisierung und Verbringung in Einrichtungen der stationären Versorgung stützen sich – auch wenn dies wirtschaftlich und gesellschaftlich kaum ersichtlich ist – stark auf die informelle Arbeit der Familien und insbesondere der Frauen. Ein Gesamtvergleich der empfangenen informellen Hilfeleistungen und der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen zeigt, dass das Ausmass der informellen Hilfe im Laufe eines Jahres mit 10% das der Spitex mit knapp 3% bei weitem übertrifft. Zudem ist es so, dass die meisten Personen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, zusätzlich auch noch informelle Hilfe erhalten (64%).

Hochgerechnet auf die Schweizer Wohnbevölkerung werden in diesem Rahmen insgesamt rund 400 Mio. Stunden Arbeit unentgeltlich geleistet. Zu bemerken ist auch, dass Budgetkürzungen beispielsweise im Bereich der Langzeitpflege die freiwillige und unentgeltliche Arbeit hauptsächlich der Frauen vergrössert, welche bereits jetzt den Hauptanteil der unbezahlten Arbeit leisten<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Fuhrer B, Brunner-Patthey O, Jost A, Bandi T, Eberhard P (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV). Beiträge zur sozialen Sicherheit: Forschungsbericht Nr. 22/03. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.

<sup>12</sup> Cresson G (1998): Le travail domestique de santé. Editions L'Harmattan: Paris.

<sup>13</sup> Bundesamt für Statistik (2004): Satellitenkonto Haushaltproduktion: Pilotversuch für die Schweiz. Neuchâtel.

Die Bedeutung der gegenseitigen Hilfe lässt sich aber nicht allein auf wirtschaftliche Aspekte reduzieren: Menschen, die auf kein derartiges Hilffsystem zurückgreifen können, wenn es ihnen gesundheitlich schlecht geht, fühlen sich auch häufiger einsam. Darauf wird in Kapitel 2.3 näher eingegangen.

### 4.3 Vergleich zwischen den drei Erhebungen 1992, 1997 und 2002

Durch die Betrachtung von Veränderungen zwischen den drei Erhebungen lassen sich Entwicklungen bei der Inanspruchnahme der Dienste und Leistungen des Gesundheitswesens in der Schweiz darstellen. Die wichtigsten Veränderungen in der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste sind in T4.7 zusammengefasst. Aus erhebungstechnischen Gründen lassen sich jedoch nicht alle besprochenen Indikatoren über die Zeit vergleichen.

Die Reduktion der mittleren Anzahl Hospitalisierungstage pro Jahr und Patient um 30% innerhalb der letzten 10 Jahre dürfte mit dem Wechsel der Finanzierung der Spitäler im Zusammenhang stehen, die unter dem neuen KVG nicht mehr über Tagespauschalen, sondern via Globalbudgets erfolgt. Auch die deutliche Zunahme der ambulanten Behandlungen im Spital ist im Sinne des KVG. Effekte zeigen sich auch bei der Zusatzversicherung für

den Spitalaufenthalt: Vor allem zwischen 1992 und 1997 ist der Anteil der Personen mit einer Versicherung für die halbprivate oder private Abteilung um ein Drittel bis die Hälfte zurückgegangen, während der Anteil allgemein Versicherter deutlich zugenommen hat. Weniger Auswirkungen zeigt das KVG bezüglich der Häufigkeit der Arztkonsultationen; die stärkere Kostenbeteiligung der Patienten scheint sich hier nicht dämpfend ausgewirkt zu haben. Hingegen hat es bei den Gründen, welche die Befragten für den Arztbesuch angeben, eine leichte Verschiebung gegeben: Die Vorsorgeuntersuchungen und insbesondere die Impfungen haben hier an Bedeutung gewonnen, letztere allerdings auf tiefem Niveau. Die grössere Zahlungsbereitschaft der Krankenversicherungen bezüglich manueller Therapieformen (Physiotherapie, Chiropraktik) und Komplementärmedizin (Naturheilverfahren, Homöopathie etc.) hat nur zu leicht höheren Konsultationsraten geführt.

Die in anderen Untersuchungen festgestellte Ausweitung der Spitex-Leistungen resp. der dafür anfallenden Kosten<sup>14</sup> wird in der Gesundheitsbefragung nicht sichtbar: Die Wochen-Rate der Inanspruchnahme ist bei der relevanten Altersgruppe konstant geblieben. Die Spitex-Statistik liefert dazu eine mögliche Erklärung: Nicht die Anzahl Personen, die Spitex in Anspruch nehmen, hat zugenommen, sondern der Aufwand an Leistungen pro Klient<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/01. Bern.

<sup>15</sup> Bundesamt für Sozialversicherung (2003): Spitex-Statistik 2002. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern.

**T4.7 Entwicklung der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste bzw. deren Leistungen zwischen der Erhebung von 1992, 1997 und 2002**

	1992	1997	2002	Entwicklung (%) (gegenüber 1992 bzw. 1997)
<b>Arztkonsultationen</b>				
Jahresrate (%)	76,9	- <sup>1</sup>	76,9	+0
Konsultationen pro Patient (mittl. Anz.)	4,6	-	4,4	- 4
<b>Gründe für letzten Arztbesuch (%)</b>				
Beschwerden, Krankheit, Unfall	- <sup>1</sup>	73,5	66,9	- 9
Vorsorgeuntersuchung	-	20,5	25,1	+ 22
Impfung	-	1,9	3,4	+ 79
Andere Gründe	-	4,1	4,6	+ 12
<b>Andere Konsultationen</b>				
Jahresraten (%)				
– Zahnarzt	70,2	64,8	62,1	- 12
– Optiker	26,5	28,0	27,1	+ 2
– Manuelle Therapie <sup>2</sup>	14,1	17,2	18,2	+ 29
– Komplementärmedizin <sup>3</sup>	- <sup>1</sup>	12,2	13,0	+ 7
<b>Spitalbehandlungen</b>				
Jahresrate Hospitalisation (%)	11,6	12,4	11,8	+ 2
Anz. Tage im Spital <sup>4</sup> (Mittel)	13,2	11,1	9,2	- 30
Anz. Tage im Spital <sup>4</sup> (Median)	7,0	6,0	4,0	- 43
Jahresrate ambulante Behandlung (%)	- <sup>1</sup>	9,0	12,8	+ 42
<b>Versicherte Spitalabteilung (%)</b>				
Allgemein	47,5	61,5	67,5	+ 42
Halbprivat	33,8	26,8	23,0	- 32
Privat	18,7	11,6	9,5	- 49
<b>Spitex-Leistungen</b>				
7-Tages-Rate, ab 65-Jährige (%)	- <sup>1</sup>	4,0	4,1	+ 3

<sup>1</sup> Wurde im betreffenden Jahr nicht gefragt oder ist nicht vergleichbar mit den anderen Jahren.

<sup>2</sup> Physiotherapie, Chiropraktik

<sup>3</sup> Pflanzenheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Hypnose, autogenes Training, Shiatsu, Fussreflexzonenmassage

<sup>4</sup> In den 12 Monaten vor der Erhebung, für die mindestens einmal hospitalisierten Personen.



# 5 Arbeit und Gesundheit

Da die Arbeitswelt einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand hat, werden bestimmte Aspekte des Berufslebens, die sich auf die Gesundheit auswirken, in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aufgegriffen.

Die Arbeit fördert die soziale Integration des/der Einzelnen und trägt so entscheidend zum Wohlbefinden bei: Man weiss heute<sup>1</sup>, wie sehr der Verlust einer Arbeitsstelle die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigt. Doch die Arbeit hat neben den positiven auch schädliche Wirkungen auf die Gesundheit. Zu nennen sind beispielsweise Unfallrisiken und verschiedene Leiden, die mit der beruflichen Aktivität in Zusammenhang stehen (insbesondere Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten)<sup>2</sup>.

Man ist sich heute der Tatsache bewusst, dass die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit vielfältig und wechselseitig sind. Einerseits haben Arbeitsbedingungen Auswirkungen auf alle Belange der Gesundheit, andererseits hat die Gesundheit aber auch einen Einfluss darauf, ob man einen Arbeitsplatz bekommt und wie man arbeitet. Ausserdem gilt es den Bias, den die Epidemiologen «healthy worker effect» nennen, zu berücksichtigen, d.h., die Tatsache, dass Menschen, die fähig sind, regelmässig einer Arbeit nachzugehen, a priori gesünder sind als die Gesamtbevölkerung, zu der auch arbeitsunfähige Kranke gehören.

Die physischen Arbeitsbedingungen geben zwar immer noch zu Besorgnis Anlass, aber das Augenmerk richtet sich heute vermehrt auf die psychologischen und sozialen Einflussfaktoren im Zusammenhang mit der Intensivierung der Arbeit. Das vorliegende Kapitel befasst sich deshalb eher mit den unspezifischen Beeinträchtigungen der Gesundheit, die aus psychosozialen Faktoren resultieren.

<sup>1</sup> Zempel J., Bacher J. (2001): Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. L'Eske & Budrich: Opladen

<sup>2</sup> Zum Beispiel: nach fundierter wissenschaftlicher Überzeugung beträgt der Anteil an berufsbedingten Todesfällen infolge Krebs zwischen 4 und 10% (Conne-Perréard E, Giardon MJ, Parrat J, Usel M (2001): Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. Office cantonal de l'inspection et des relations de travail: Genève.

Gemäss den Schätzungen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) arbeiteten 2002 in der Schweiz etwas mehr als 2 Millionen (2'175'000) Männer zwischen 15 und 65 Jahren und etwas über 1,5 Millionen (1'790'000) Frauen zwischen 15 und 63 Jahren Voll- oder Teilzeit oder absolvierten eine Lehre. Die folgenden Analysen beziehen sich auf diese Bevölkerungsgruppe.

## 5.1 Belastungen am Arbeitsplatz und Gesundheit

Sehen wir uns zuerst die Belastungen am Arbeitsplatz an: Die Erhebung erfasst 12 Belastungstypen, die in zwei Hauptkategorien eingeteilt werden können<sup>3</sup>:

- **Direkte körperliche Belastungen (Hygienefaktoren):** Belastungen durch Maschinenlärm; Staub, Russ und Schmutz; Luftzug; chemische Stoffe; Dämpfe, Gerüche, Abgase; Feuchtigkeit.
- **Indirekte Belastungen im Servicebereich:** Belastungen durch Klimaanlage; zu hohe oder zu tiefe Temperaturen; ungenügendes Tageslicht; zu schwache Beleuchtung.

Die erste dieser Kategorien ist typisch für die Belastungen im Industriebereich, die zweite betrifft in stärkerem Masse den Dienstleistungssektor und somit im 21. Jahrhundert immer mehr Menschen. Für jede dieser Kategorien wurden drei Stufen definiert: keine Belastung, mindestens eine Belastung, zwei oder mehr Belastungen.

<sup>3</sup> Diese zwei Kategorien ergeben sich aus einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) des Berichts 1997 (Calmonte R, Koller C, Weiss W (2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel).

Bei den direkten physischen Belastungen beobachtet man grosse Unterschiede zwischen den Geschlechtern (G5.1), d.h. fast dreimal so viele Männer wie Frauen sind mehr als einer direkten körperlichen Belastung ausgesetzt, was offenbar mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Berufswahl zusammenhängt. Frauen aller Altersstufen leiden in etwa gleicher Masse an zwei oder mehr Belastungen, während bei den Männern das Alter mehr ins Gewicht fällt: Die höchsten körperlichen Belastungen finden sich in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (40%); dann nehmen die Belastungen ab, um zwischen 55 und 64 Jahren wieder leicht zuzunehmen. Am wenigsten Belastungen werden von den 45- bis 54-Jährigen angegeben (27%).

Man kann die Beziehungen zwischen den körperlichen Belastungen und den Gesundheitsindikatoren wie folgt beschreiben:

- Körperliche Belastungen scheinen das psychische Gleichgewicht beider Geschlechter kaum zu beeinträchtigen, da die Prävalenz psychischer Unausgeglichenheit bei Männern und Frauen relativ ähnlich ist, unabhängig davon, ob sie physischen Belastungen ausgesetzt sind.
- Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden stellt man nur bei den Frauen einen nennenswerten Zusammenhang mit physischen Belastungen am Arbeitsplatz fest: Bei Frauen, die unter mindestens zwei Belastungen leiden, steigt die Auftretenshäufigkeit starker körperlicher Beschwerden (Rücken- oder Kopfweh, Gelenksbeschwerden), um 12 Prozentpunkte an gegenü-

ber den Frauen, die keiner Belastung ausgesetzt sind, während der entsprechende Prävalenzunterschied bei den Männern nur 4 Prozentpunkte ausmacht.

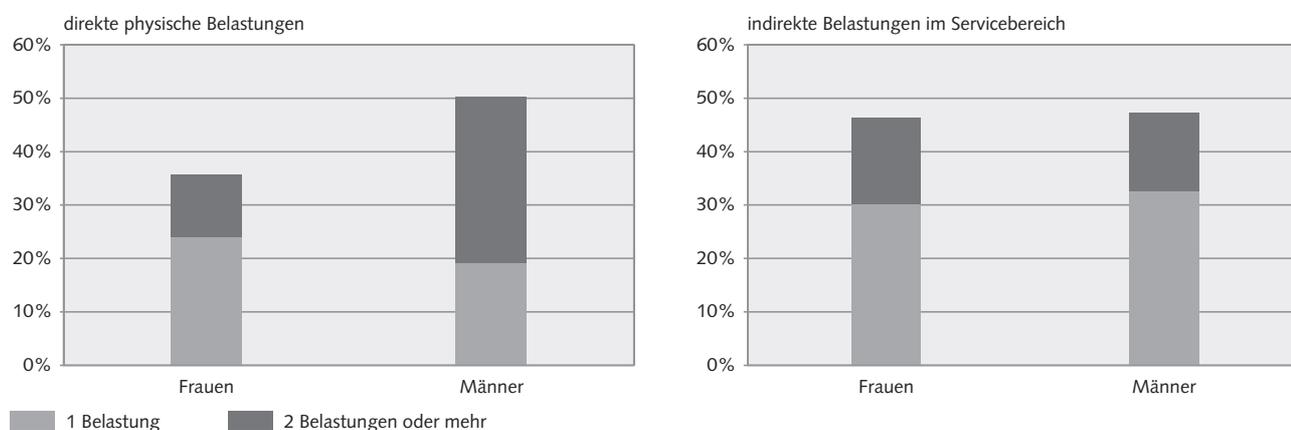
- Auch Schlafstörungen als Folge physischer Belastungen am Arbeitsplatz treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern: Zwischen den Gruppen ohne und mit mindestens zwei Belastungen beträgt der Unterschied beim Anteil der Personen mit Schlafstörungen 9 Prozentpunkte bei den Frauen, aber nur 3 Prozentpunkte bei den Männern.
- Keine nennenswerten Unterschiede lassen sich bei den Fehlzeiten feststellen: Frauen und Männer haben bei zwei oder mehr körperlichen Belastungen eine nur marginal höhere Prävalenz gegenüber Personen ohne Belastung.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass direkte physische Belastungen am Arbeitsplatz die Gesundheit von Frauen im Allgemeinen deutlicher beeinträchtigen als die von Männern.

Von Belastungen im Dienstleistungsbereich ist fast die Hälfte der erwerbstätigen Bevölkerung betroffen, bei einer für Frauen und Männer relativ vergleichbaren beruflichen Tätigkeit: 47% sind mindestens einer der erwähnten Belastungen ausgesetzt. Bei den 25- bis 34-Jährigen ist der Anteil der Männer, die zwei oder mehr Belastungen ausgesetzt sind, höher als bei den Frauen, während bei den Frauen die 15- bis 24-Jährigen am meisten betroffen sind. Ihr Anteil ist doppelt so hoch wie der gleichaltrigen Männer.

### Anteile der Bevölkerung, die direkten physischen Belastungen bzw. indirekten Belastungen im Servicebereich ausgesetzt sind, nach Anzahl der Belastungen und Geschlecht

G 5.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

### T5.1 Anteile der Bevölkerung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Anzahl der Belastungen im Servicebereich und Geschlecht (in %)

Personen mit:	Frauen		Männer		Total	
	keine Belastung	2 oder mehr Belastungen	keine Belastung	2 oder mehr Belastungen	keine Belastung	2 oder mehr Belastungen
psychischer Unausgeglichenheit	20,0	29,2	18,2	22,2	19,0	25,3
starken körperlichen Beschwerden	24,6	35,7	12,5	19,4	17,6	26,6
mittleren Schlafstörungen	21,3	26,8	17,2	18,5	19,0	22,1
pathologischen Schlafstörungen	4,9	6,5	2,5	5,3	3,5	5,8
mindestens 1 Tag Fehlzeit pro Monat	8,9	17,0	7,4	12,1	8,0	14,2
Einnahme von psychotropen Medikamenten <sup>1</sup>	17,2	28,0	10,5	16,2	13,3	21,4

<sup>1</sup> Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel; innerhalb von 7 Tagen.

Der Zusammenhang zwischen den Belastungen im Dienstleistungsbereich und den untersuchten Gesundheitsindikatoren (T5.1) ist in dieser Kategorie viel homogener als bei den direkten körperlichen Belastungen: Das Verhältnis zwischen indirekten Belastungen und der Beeinträchtigung der Gesundheit ist direkt proportional – allerdings ausgeprägter bei den Frauen.

Abgesehen von der physischen Gesundheit scheinen die indirekten Belastungen auch relativ stark die geistige Gesundheit zu beeinträchtigen, sei dies in Bezug auf das psychische Gleichgewicht und/oder die Einnahme von psychotropen Substanzen. Berufliche Absenzzzeiten von mindestens einem Tag sind im übrigen höher bei Personen, die zwei indirekten Belastungen ausgesetzt sind, und zwar deutlicher bei den Frauen, deren diesbezügliche Prävalenz gegenüber denen, die davon verschont sind, doppelt so hoch ist.

Seit 1997 wurde keine signifikante Veränderung festgestellt in Bezug auf die Belastungen, weder bei den direkten körperlichen noch denen im Dienstleistungsbereich. Tatsächlich ist weder die Zahl der Personen, die am Arbeitsplatz Belastungen ausgesetzt sind, gestiegen, noch haben sich die Anteile der unterschiedlichen Arten von Belastungen verschoben.

Demgegenüber haben sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Abhängigkeit der Belastungskategorien seit 1997 gewandelt: Während die gesundheitlichen Störungen der Personen, die direkten körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, abgenommen haben, stellt man bei den Angestellten im Dienstleistungssektor, die indirekten Belastungen ausgesetzt sind, eine Zunahme der Beschwerden fest, insbesondere bei Frauen.

## 5.2 Psychosoziale Belastungen: Eine Bedrohung für die Gesundheit der Arbeitenden

Die in den letzten zwanzig Jahren zu beobachtenden Veränderungen der Arbeitsbedingungen (Intensivierung, Automatisierung, Flexibilisierung, Informatisierung, neue Organisationsformen) sind nicht ohne Folgen geblieben für die Gesundheit der Arbeitenden. Während früher die Hygienebedingungen oder schwere körperliche Arbeiten den Hauptharst der Probleme stellten<sup>4</sup>, sind heute psychologische und soziale Faktoren wie die grosse Arbeitsbelastung<sup>5</sup>, eine lang andauernde Konzentration, dringende Fristen und/oder eine zunehmende gegenseitige Abhängigkeit der Arbeitenden Ursache für Stress und beeinträchtigen schliesslich die Gesundheit.

### 5.2.1 Nervliche Belastung bei der Arbeit und Gesundheit.

Im Jahr 2002 gab fast die Hälfte (44%) der erwerbstätigen Personen an, unter starker nervlicher Anspannung am Arbeitsplatz zu leiden, gut ein Drittel (38%) sprach von mittlerer Anspannung und knapp ein Fünftel (18%) von geringfügiger Anspannung. Mehr Männer (47%) als Frauen (41%) gaben an, unter starker nervlicher Belastung zu leiden.

<sup>4</sup> Jaufmann D, Pfaff M (1999): Krankheitsbedingte Fehlzeiten, Belastungen und Einstellungen zur Erwerbsarbeit im internationalen Vergleich. Zusammenfassende Anmerkungen und ein Blick nach vorne unter sozialpolitischen Perspektiven. Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg. <http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/194.pdf> (besucht am 31.03.05).

<sup>5</sup> Semmer N, Mohr G (2001): Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. Psychologische Rundschau. 52 (3): p. 150-158.

Dabei gibt es geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Alterskategorien: Während in allen Altersklassen ungefähr gleichviel Frauen unter nervlicher Anspannung leiden, ist der Anteil unter den jungen Männern zwischen 15 und 24 Jahren deutlich kleiner (35%) als bei den älteren (46 bis 50%).

Das Risiko, starkem psychologischen Druck ausgesetzt zu sein, steigt mit dem Ausbildungsniveau und dem sozio-professionellen Status. So steigt der Anteil der Personen, die unter nervlicher Belastung leiden, von 33% bei den Erwerbstätigen mit obligatorischer Schulbildung auf 44% bei Berufsleuten mit einer Ausbildung auf der Sekundarstufe II und erreicht schliesslich mehr als die Hälfte (56%) bei Personen mit einer Ausbildung auf der Tertiärstufe. Dem entsprechen in etwa auch die jeweiligen Anteile nach sozioprofessionellem Status (36% bei den Hilfsarbeitern/-arbeiterinnen und qualifizierten Arbeitenden; 61% bei Kaderleuten und den freien Berufen).

Darüber hinaus scheint auch der Anstellungsgrad einen Einfluss auf das Ausmass der nervösen Spannungen zu haben: Von den Vollzeitarbeitenden sind 47% davon betroffen, von den Teilzeitarbeitenden nur 37%.

T5.2 zeigt, dass einige gesundheitliche Beschwerden bei Personen, die am Arbeitsplatz unter starker nervlicher Anspannung stehen, gehäuft auftreten, und zwar ausgeprägter bei Frauen als bei Männern.

- Eine starke nervliche Anspannung oder Stress am Arbeitsplatz können zu zahlreichen unspezifischen Beeinträchtigungen führen, die sich häufig in körperlichen Beschwerden ausdrücken: Kopf-, Rücken-, Brustschmerzen, Herzklopfen, -stolpern und -jagen, Schlaf- oder Verdauungsstörungen – oder psychisches Unwohlsein (Reizbarkeit, Nervosität, Niedergeschlagenheit). So haben 38% der Frauen und 21% der Männer, die im Zusammenhang mit ihrer Arbeit un-

ter nervlicher Belastung leiden, starke körperliche Beschwerden, gegenüber 20% bzw. 14% der Personen mit geringer nervlicher Anspannung.

- 2002 sind 28% der Frauen und 21% der Männer von Schlafstörungen betroffen. Nervliche Belastungen beeinträchtigen Frauen mehr in ihrem Schlaf als die Männer: Während von Frauen, die nur geringfügig angespannt sind, nur 25% unter Schlafstörungen leiden (Männer: 18%), sind es bei Frauen, die unter starker nervlicher Belastung leiden, schon 33% (Männer: 24%).
- Eine starke nervliche Belastung am Arbeitsplatz kann auch Ursache für Störungen der psychischen Gesundheit sein: Der Anteil der Personen, die psychisch unausgeglichen sind, steigt proportional zu zunehmender nervlicher Belastung von 16% auf 28%. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Konsum psychotroper Medikamente (Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel) – den man ebenfalls als Indikator für ein psychisches Leiden betrachten kann – höher ist bei Personen, die unter starker nervlicher Belastung leiden (insbesondere bei Männern) als bei Personen, die nur geringfügig angespannt sind.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die psychosoziale Belastung einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Erwerbstätigen hat: Im Berichtsjahr (2002) geben 320'000 Personen, die unter starken körperlichen Beschwerden leiden, an, dass sie am Arbeitsplatz unter starker nervlicher Belastung stehen. Aufgrund der restriktiven Auslegung der Berufskrankheiten im UVG (nur körperliche Leiden werden berücksichtigt), werden die Kosten der psychosozialen Beschwerden heute auf die Krankenkassen, die Unternehmen oder die Invalidenversicherung (IV) geschoben.

## T5.2 Anteile der Bevölkerung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach nervlicher Belastung am Arbeitsplatz und Geschlecht (in%)

Personen mit:	Frauen		Männer		Total	
	geringe Belastung	starke Belastung	geringe Belastung	starke Belastung	geringe Belastung	starke Belastung
psychischer Unausgeglichenheit	19,7	29,3	14,5	24,4	17,2	26,3
starken körperlichen Beschwerden	21,6	33,6	13,6	16,9	17,8	23,2
mittleren Schlafstörungen	21,7	25,9	15,1	19,2	18,5	21,7
pathologischen Schlafstörungen	(3,2)	7,7	(2,9)	4,4	3,1	5,7
mindestens 1 Tag Fehlzeit pro Monat	9,8	11,9	7,7	9,2	8,8	10,2
Einnahme von psychotropen Medikamenten <sup>1</sup>	17,5	20,1	8,7	14,8	13,3	16,8

<sup>1</sup> Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel; innerhalb von 7 Tagen.

### 5.3 Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle

In den 90er-Jahren gab es in den traditionellen Industrieländern eine grosse Zahl von Arbeitslosen unter der Erwerbsbevölkerung. Diesbezüglich bildet die Schweiz keine Ausnahme, obwohl die Lage hier weniger dramatisch war als in andern Ländern: Gemäss offiziellen Statistiken sank die Arbeitslosenzahl von 5.2% im Jahr 1997 auf 1.7% im Jahr 2001 und stieg 2002 wieder auf 2.5%.

12% der im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung interviewten erwerbstätigen Personen geben an, Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle zu haben (3% sehr, 9% ziemlich). In absoluten Zahlen sind dies knapp 380'000 Personen. Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle ist zwar bei Frauen fast gleich gross wie bei den Männern (11% gegenüber 12%), unterscheidet sich aber je nach Altersstufe: Bei Frauen und Männern steigt sie mit dem Alter an, zumindest zwischen 15 und 54 Jahren, um nach 55 wieder leicht abzunehmen.

Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle trifft Personen mit einem tiefen Ausbildungsniveau in besonderem Masse: Während nur 8% der Erwerbstätigen mit einer tertiären Ausbildung und 11% derer mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II diese Angst ausdrücken, steigt der Anteil bei den Erwerbstätigen ohne Ausbildung nach der obligatorischen Schulzeit auf 20%. Übrigens scheinen auch die Selbständigerwerbenden (6%) von solchen Ängsten nicht verschont zu sein, auch wenn bei ihnen die Problematik anders ist.

Einer der Faktoren, die diese Angst verstärken, ist die Überzeugung, dass es schwierig sei, eine gleichwertige Arbeitsstelle zu finden. 53% der Erwerbstätigen insgesamt (55% Männer und 51% Frauen) sind dieser Ansicht. Wie man sich unschwer vorstellen kann, verstärkt sich mit zunehmendem Alter die Angst, nur noch unter grossen Schwierigkeiten eine neue Arbeitsstelle zu finden, was sich denn auch in sehr unterschiedlichen Prozentsätzen ausdrückt: von 40% bei den 15- bis 24-Jährigen steigt diese Überzeugung auf 81% bei den Erwerbstätigen, deren berufliche Laufbahn sich dem Ende zuneigt, also bei den Personen zwischen 55 und 65 Jahren.

In welchem Ausmass beeinflusst die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle den Gesundheitszustand? Die Tabelle T5.3 gibt einen allgemeinen Überblick zu dieser Frage. Dabei springen zwei Sachverhalte ins Auge: Bei allen untersuchten Gesundheitsindikatoren ist ein deutlicher Unterschied festzustellen zwischen den Personen, die Angst um ihre Arbeitsstelle haben, und Leuten, die zuversichtlich sind in Bezug auf ihre berufliche Zukunft, was die Resultate einer vergleichbaren Studie, die vor einigen Jahren in der Schweiz durchgeführt wurde, bestätigt<sup>6</sup>. Im Allgemeinen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, hat diese Angst stärkere Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen als auf die der Männer.

Personen, die eine Arbeitsstelle hatten, fürchteten 2002 weniger um ihre Arbeitsstelle als 1997 (11% gegenüber 18%). Sie sind auch zuversichtlicher, eine äquivalente Stelle zu finden: 2002 waren 45% der Männer und 49% der Frauen dieser Ansicht, 1997 waren es nur 31% Männer und 32% Frauen. Dieses Phänomen

#### T5.3 Anteile der Bevölkerung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Abhängigkeit nach Angst vor Stellenverlust und Geschlecht (in %)

Personen mit:	Frauen		Männer		Total	
	keine Angst	Angst	keine Angst	Angst	keine Angst	Angst
psychischer Unausgeglichenheit	21,3	33,5	19,1	28,7	20,0	30,6
starken körperlichen Beschwerden	26,1	38,1	12,9	23,8	18,5	29,4
mittleren Schlafstörungen	21,9	32,3	15,2	31,8	18,0	31,9
pathologischen Schlafstörungen	4,8	7,0	3,2	(4,4)	3,9	5,4
mindestens 1 Tag Fehlzeit pro Monat	10,0	15,0	8,1	12,2	8,9	13,3
Einnahme von psychotropen Medikamenten <sup>1</sup>	18,9	27,0	11,4	16,8	14,5	20,8

<sup>1</sup> Schlaf-, Beruhigungs-, oder Schmerzmitteln; innerhalb von 7 Tagen.

<sup>6</sup> Domenighetti G, d'Avanzo B, Bisig B (1999): Health Effects of Job Insecurity among Employees in Swiss General Population. Cahiers de recherches économiques du DEEP No 9907. Université de Lausanne, Ecole HEC, Département d'économétrie et d'économie politique: Lausanne.

könnte man ganz einfach erklären mit der Auswirkung der wirtschaftlichen Konjunktur, die 2002 im Vergleich zu 1997 einen Aufschwung erfuhr, wie sich beispielsweise im Rückgang der Arbeitslosigkeit zeigt. Im Übrigen stellt sich natürlich auch die Frage, inwieweit diese Abnahme der Angst um den Arbeitsplatz auch auf einen gewissen Gewöhnungseffekt seit 1997 zurückzuführen ist: d.h., auf die Unsicherheit und die fehlende Kontinuität der Berufslaufbahn und die damit verbundene Abkehr von der Vorstellung einer Lebensarbeitsstelle.

## 5.4 Arbeitszufriedenheit und Gesundheit

Trotz des wachsenden Anteils des Dienstleistungssektors in der Wirtschaft und der Modernisierung der Unternehmen scheint der Prozentsatz der Arbeitnehmenden, die unter unbefriedigenden Arbeitsbedingungen arbeiten, auf europäischer Ebene konstant zu sein<sup>7</sup>.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung zeigt, dass 4% der befragten Personen eher unzufrieden, sehr unzufrieden oder gänzlich unzufrieden sind mit ihrer beruflichen Situation – und zwar Frauen und Männer gleichermaßen.

Die genannten Personen drücken in Bezug auf fast alle Gesundheitsindikatoren ein gewisses Mass an Unwohlsein aus (T.5.4). Genannt werden insbesondere psychische und physische Probleme und Schlafstörungen. Analog zur Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle hat auch die Unzufriedenheit mit der Arbeit grösseren Einfluss auf die Gesundheit bei den Frauen als bei den Männern: Gut ein Drittel (35%) der mit ihrer Arbeit unzufriedenen Frauen nehmen psychotrope Medikamente ein – bei den Männern sind es nur 15%. Und bei fast doppelt so vielen Frauen (54%) wie Männern (28%) scheinen die körperlichen Beschwerden in direktem Zusammenhang mit der Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit zu stehen.

### T5.4 Anteile der Bevölkerung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (in %)

Personen mit:	Frauen		Männer		Total	
	zufrieden	unzufrieden	zufrieden	unzufrieden	zufrieden	unzufrieden
psychischer Unausgeglichenheit	20,3	43,7	17,8	37,1	18,9	39,7
starken körperlichen Beschwerden	25,6	54,0	12,9	27,8	18,3	37,7
imittleren Schlafstörungen	21,2	38,0	15,8	27,4	18,1	31,5
pathologischen Schlafstörungen	4,8	(13,4)	2,9	(6,1)	3,7	8,9
mindestens 1 Tag Fehlzeit pro Monat	9,7	(15,9)	8,2	(8,7)	8,8	11,6
Einnahme von psychotropen Medikamenten <sup>1</sup>	18,8	36,2	11,4	14,8	14,5	23,1

<sup>1</sup> Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel; innerhalb 7 Tagen.

<sup>7</sup> Merllié D, Paoli P (2001): Troisième enquête européenne sur les conditions de travail. Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne. Résumé. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et de travail: Dublin.

# 6 Jugendliche und junge Erwachsene: psychosoziale Bedingungen, Gesundheit und Konsum psychotroper Substanzen

In der Jugend bilden sich zu einem grossen Teil die Einstellung zum eigenen Körper sowie das Gesundheitsverhalten heran. Ebenfalls in diese Zeit fällt die Phase, in der die Jugendlichen den Schritt in die Erwachsenenwelt vollziehen und neue, geschlechtsspezifische Verhaltensweisen annehmen. Der Übergang von der Jugend zum Erwachsenenalter gestaltet sich komplex und ist für die Jugendlichen mit verschiedenen Meilensteinen im Zusammenhang mit Familie, Kultur, Gesellschaft, Wirtschaft und Beruf verbunden. Die heutige Jugend vollzieht diese gesellschaftlichen Integrationsetappen jedoch häufig nicht mehr in der gewohnten Reihenfolge (Ende der Schulzeit und Erwerb einer beruflichen Qualifikation, Aufnahme einer stabilen Erwerbstätigkeit, Wegzug von der Herkunftsfamilie und Gründung eines eigenen Haushalts). Diese zeitlichen Verschiebungen gehen einher mit einem Prozess des Ausprobierens<sup>1</sup>, d.h. mit einer schrittweisen Entwicklung der gesellschaftlichen und persönlichen Identität, in deren Verlauf verschiedene Lebensstile und Formen des Zusammenlebens getestet werden. Während körperliche und chronische Erkrankungen in diesem Alter noch selten auftreten (siehe Kapitel 2 und 4), sind Stress und psychosoziale Probleme häufiger. Diese Aspekte beeinflussen erwiesenermassen die Beziehung zum Körper, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Falle von Schwierigkeiten oder Krankheiten<sup>2</sup>.

Aus diesem Grund stehen bei unseren Ausführungen die Kernthemen der Jugendgesundheit im Zentrum: gesellschaftliche Situation, psychosoziale Bedingungen, Konsum psychotroper Substanzen<sup>3</sup> – sowie Fragen und Probleme im Zusammenhang mit Übergewicht. In der

nachfolgenden Analyse widmen wir uns zuerst Beschwerden, die häufig mit psychosozialen Problemen einhergehen: Ein Gefühl mangelnder Kontrolle über das eigene Leben, Einsamkeit, unspezifische körperliche Beschwerden wie Kopf-, Rücken-, Brustschmerzen und Herzklopfen, mangelndes psychisches Wohlbefinden oder Schlafstörungen. Anschliessend untersuchen wir das Verhalten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Rauchen, illegale Drogen und psychotrope Medikamente), die der Gesundheit schaden können und die in der Prävention gegenwärtig eine wichtige Rolle spielen.<sup>4</sup> Schliesslich gehen wir auf die Frage des Körpergewichts der Jugendlichen ein, die in den aktuellen Debatten über die öffentliche Gesundheit im Mittelpunkt steht.

Das vorliegende Kapitel basiert auf Angaben, die bei einer Stichprobe von 1'701 Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren erhoben wurden. Die Befragten sind für die etwas mehr als 840'000 Personen dieser Altersklasse in der Bevölkerung repräsentativ.

## 6.1 Soziale und psychosoziale Situation der Jugendlichen

Für 94% der Befragten zwischen 15 und 24 Jahren liegen Angaben zur Beschäftigungssituation vor. Mehr als die Hälfte dieser Jugendlichen (54%) befindet sich in einer nachobligatorischen Ausbildung (allgemeinbildende Schule oder Berufsausbildung), 25% sind erwerbstätig, 4% arbeitslos, und die übrigen (17%) besuchen noch die obligatorische Schule. Die beiden Geschlechter sind innerhalb dieser verschiedenen Beschäftigungskategorien in sehr ähnlichem Umfang vertreten. Während der Altersdurchschnitt der Jugendlichen in Ausbildung 18 ½ Jahre beträgt, erreicht er bei den Arbeitslosen und den Erwerbstätigen beider Geschlechter rund 20 bzw. 21 Jahre.

<sup>1</sup> Galland O (2001): *Sociologie de la jeunesse*. Armand Colin (3. Auflage): Paris.

<sup>2</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütkofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002)*. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. *Raisons de santé 95a*. ISPM Lausanne.

<sup>3</sup> Unter psychotropen Substanzen verstehen wir Substanzen mit Auswirkungen auf die Stimmung und die Psyche. Dazu gehören neben Cannabis und synthetischen Drogen auch Alkohol und auf die Psyche einwirkende Medikamente.

<sup>4</sup> Kolip P, Wydler H, Michaud PS, Addor V, Narring F, Stronski S (2002): Ziel 4: Gesundheit der Jugendlichen. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): *Gesundheit für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)*. Bern: S. 16-17.

Zur Beurteilung der psychosozialen Bedingungen stützen wir uns auf die nachfolgenden zwei Skalen. Während die eine Skala stärker auf die psychologischen Ressourcen ausgerichtet ist, liegt der Schwerpunkt bei der zweiten auf den sozialen Faktoren.

1. **Kontrollüberzeugung.** Beurteilt wird die Fähigkeit, Probleme und schwierige Situationen zu meistern sowie Einfluss auf die Ereignisse in der eigenen Umwelt zu nehmen. Im Gegensatz dazu steht die Überzeugung, den Ereignissen ausgeliefert zu sein und von den Problemen überwältigt zu werden.
2. **Sozio-emotionale Unterstützung.** Dabei wird betrachtet, ob eine oder mehrere Vertrauenspersonen vorhanden sind, mit denen persönliche Probleme besprochen werden, und ob sich die Jugendlichen einsam fühlen.

Ein Viertel der 15- bis 24-Jährigen hat das Gefühl, eine geringe Kontrolle über das eigene Leben zu haben, die Mädchen etwas häufiger als die Jungen. Bezüglich der sozialen Ressourcen haben 3% der 15- bis 24-Jährigen in ihrem Umfeld keine Vertrauensperson, mit der sie persönliche Probleme besprechen können, und etwas weniger als die Hälfte fühlt sich mehr oder weniger häufig einsam (42% manchmal und 2% häufig), die weiblichen Befragten deutlich häufiger als die männlichen (52% gegenüber 37%).

Hinsichtlich des psychosozialen Umfelds scheinen sich die Jugendlichen in einer etwas ungünstigeren Situation zu befinden als der Rest der Schweizer Bevölkerung: Sie haben häufiger (26%) eine geringere Kontrollüberzeugung

als die übrige Bevölkerung (21%). Die Jugendlichen scheinen auch psychisch weniger gesund zu sein: Neben einem geringeren psychischen Wohlbefinden im Vergleich zur übrigen Bevölkerung klagen die Jugendlichen auch häufiger über psychische Unausgeglichenheit (28% gegenüber 19%). Hinsichtlich der sozialen Unterstützung verfügen ähnlich viele Jugendliche (97%) wie Erwachsene (95%) in ihrem Umfeld über eine Vertrauensperson, mit der sie persönliche Probleme besprechen können, hingegen fühlen sich die Jugendlichen häufiger einsam (44%) als die Erwachsenen (27%).

Das von den Jugendlichen als eher ungünstig empfundene psychosoziale Umfeld könnte somit als Spiegel der komplexen Lebensphase sowie der Herausforderungen bei der Identitätsbildung in diesem Alter verstanden werden.

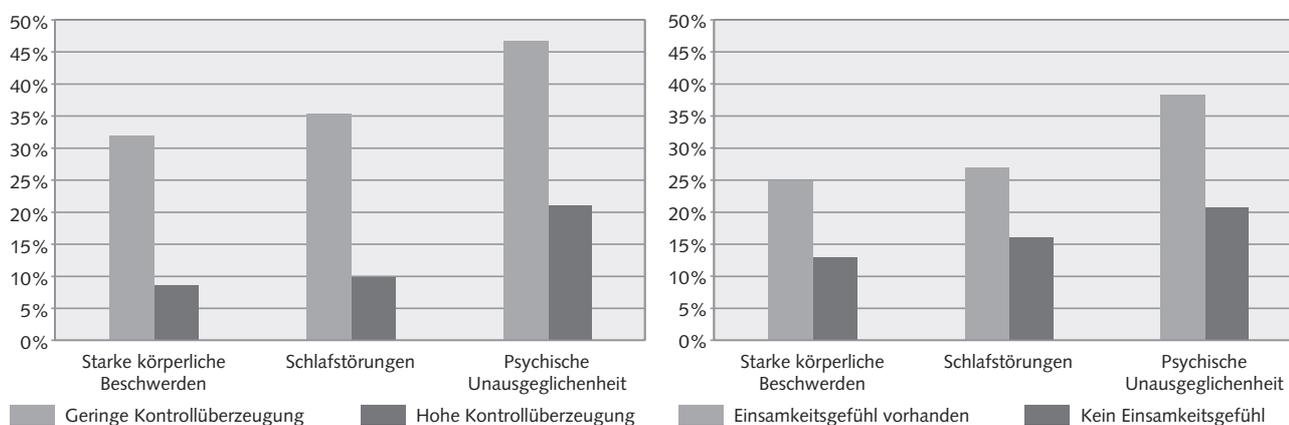
## 6.2 Psychosoziale Bedingungen und Gesundheit

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung lassen auf einen relativ engen Zusammenhang zwischen psychologischen und sozialen Ressourcen einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits schliessen: ungünstige psychosoziale Bedingungen gehen eindeutig mit einer weniger guten Gesundheit einher (G6.1).

Jugendliche mit einer geringen Kontrollüberzeugung haben fast vier Mal häufiger (32%) starke körperliche Beschwerden (Kopf-, Rücken-, Brustschmerzen, Herzklopfen) als diejenigen, die der Ansicht sind, ihr Leben

**Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit starken körperlichen Beschwerden, Schlafstörungen oder psychischer Unausgeglichenheit, nach Kontrollüberzeugung und Einsamkeitsgefühl**

G 6.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

gut unter Kontrolle zu haben (9%). Jugendliche mit bescheidenen sozialen Ressourcen leiden häufiger unter körperlichen Beschwerden als Jugendliche, die sich an Vertrauenspersonen wenden können oder sich nicht einsam fühlen. Zum Beispiel klagt ein Viertel der Jugendlichen, die sich einsam fühlen, über starke körperliche Beschwerden, gegenüber 13% bei den Jugendlichen, die sich nie einsam fühlen.

Auch auf die Schlafqualität der Jugendlichen scheint sich ein Mangel an psychologischen und sozialen Ressourcen auszuwirken. Jugendliche mit einer geringen Kontrollüberzeugung oder Einsamkeitsgefühl klagten häufiger über Schlafstörungen als Jugendliche mit besseren psychosozialen Bedingungen (G6.1).

Gute psychosoziale Bedingungen tragen auch zur psychischen Gesundheit bei. Die psychische Ausgeglichenheit ist bei Jugendlichen mit geringer Kontrollüberzeugung oder wenig sozialer Unterstützung weniger stabil.

### 6.3 Konsum von psychotropen Substanzen

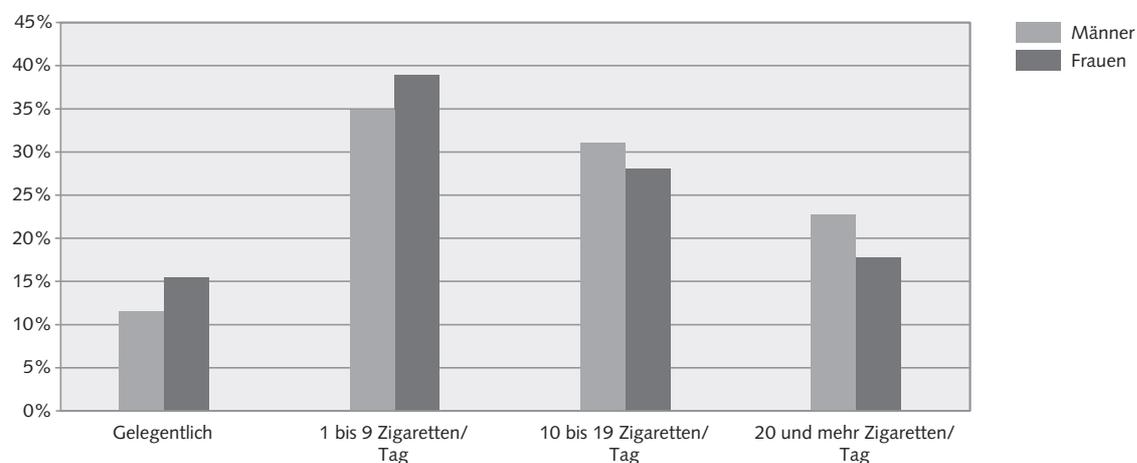
Kaum ein Thema im Zusammenhang mit der Gesundheit der Jugendlichen stösst in der öffentlichen Diskussion auf ein so grosses Interesse wie der Konsum psychoaktiver Substanzen. Es ist deshalb nicht einfach, in einem Interview Fragen zu diesem Thema zu beantworten. Je stärker eine Substanz von der Gesellschaft stigmatisiert ist, desto deutlicher dürfte die auf Grund der Antworten ermittelte Konsumhäufigkeit unter dem tatsächlichen Wert

liegen. Diese Tatsache dürfte hingegen nur wenig Einfluss auf die relative Bedeutung der einzelnen Substanzen im Vergleich miteinander haben. Der soziale Kontext, in dem dieser Konsum stattfindet, hat sich jedoch in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Wesentliche Aspekte waren ein Preisrückgang bei den Spirituosen, die Möglichkeit einer illegalen Beschaffung von Cannabis mit berauschender Wirkung in Hanfläden, der Kampf gegen das Rauchen mit Rauchverboten an verschiedenen öffentlichen Orten oder der Preisanstieg bei den Zigaretten. Nachfolgend präsentieren wir die Antworten auf die Fragen zur Konsumhäufigkeit von Nikotin, Alkohol und illegalen Drogen sowie von psychoaktiven Medikamenten.

#### 6.3.1 Rauchen

Gut ein Drittel (37%) der 15- bis 24-Jährigen gibt an, zu rauchen, die überwiegende Mehrheit (91%) ausschliesslich Zigaretten. Männer rauchen häufiger als Frauen (40% bzw. 35%). Eine detailliertere Analyse zeigt, dass der Anteil der rauchenden Jugendlichen von 16% bei den 15-Jährigen auf 36% bei den 17-Jährigen steigt, den Maximalwert bei den 18-Jährigen erreicht (48%) und danach wieder leicht auf 42% bei den 19- bis 24-Jährigen zurückgeht. Wie viel geraucht wird, hängt wesentlich vom Geschlecht ab. Fast ein Viertel der Männer (23%) raucht mindestens ein Paket pro Tag, gegenüber 18% bei den Frauen, die häufiger nur gelegentlich oder höchstens 1 bis 9 Zigaretten pro Tag rauchen (G6.2).

**Anteil der 15- bis 24-jährigen Rauchenden nach der Anzahl täglich konsumierter Zigaretten und Geschlecht (nur Zigaretten Rauchende) G 6.2**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Während mehr als die Hälfte (57%) der rauchenden Jugendlichen mit Rauchen aufhören möchte, hat lediglich ein Drittel (32%) während des vorangehenden Jahres dies tatsächlich versucht, ohne nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Neben dem leicht höheren Anteil von Jugendlichen, die irgendwann im Laufe der vergangenen zehn Jahre mit dem Rauchen aufhören wollten (von 53% auf 57%, ohne Differenz zwischen den Geschlechtern), war auch eine leichte Zunahme bezüglich des Anteils von Jugendlichen zu verzeichnen, die tatsächlich versucht haben, das Rauchen aufzugeben (28% auf 32%, etwas ausgeprägter bei den Frauen).

Zu diesem aktiven Zigarettenkonsum hinzu kommt das ebenfalls gesundheitsschädigende Passivrauchen. Personen, die zum Beispiel am Arbeitsplatz oder im Re-

staurant Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden unter einem deutlich erhöhten Risiko für Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 52% der Jugendlichen, die selber nicht rauchen, sind täglich während mindestens einer Stunde Tabakrauch ausgesetzt (10% davon während mehr als drei Stunden).

Der Anteil der Jugendlichen, die rauchen, hat seit 1992 kontinuierlich zugenommen (T6.1): Durch die markantere Zunahme bei den jungen Frauen – von 26% auf 35%, gegenüber einem Anstieg von 36% auf 40% bei den Männern – hat sich der Anteil der rauchenden Frauen demjenigen der rauchenden Männer angenähert. Die Zahl der Jugendlichen, die rauchen, hat sich somit in den vergangenen Jahren erhöht, hingegen ist der Anteil der Personen mit hohem Zigarettenkonsum gesunken. Der Anteil der Jugendlichen, die ein Paket oder mehr pro

**T6.1 Entwicklung des Konsums psychotroper Substanzen zwischen 1992, 1997 und 2002 bei den 15- bis 24-Jährigen (in %)**

	1992	1997	2002
<b>Tabak</b>			
Tabakkonsum	30,9	43,6	37,4
1 Paket Zigaretten und mehr pro Tag <sup>1</sup>	32,5	23,4	20,4
Versucht aufzuhören <sup>2</sup>	27,8	33,8	31,8
Ex-Raucher/innen	5,7	4,1	4,8
<b>Alkohol</b>			
Alkoholkonsumierende	75,0	74,2	73,4
Täglich und drei- bis sechsmal pro Woche <sup>3</sup>	16,7	12,2	9,4
Ein- bis zweimal pro Woche <sup>3</sup>	44,1	44,8	53,3
Weniger als einmal pro Woche <sup>3</sup>	39,2	43,0	37,3
Konsum von Bier	-. <sup>4</sup>	61,0	57,5
Konsum von Wein	-. <sup>4</sup>	62,1	55,2
Konsum von Spirituosen	-. <sup>4</sup>	53,9	58,7
<b>Drogen</b>			
Cannabiskonsum mind. 1x im Leben	17,7	30,7	30,3
Cannabiskonsum zurzeit	7,1	12,4	12,0
Cannabiskonsum wöchentlich <sup>5</sup>	36,1	49,3	55,8
<b>Medikamente</b>			
Medikamentenkonsum <sup>6</sup>	26,4	27,8	25,3
Konsum psychotroper Medikamente <sup>7</sup>	13,5	16,9	12,4

<sup>1</sup> nur Zigarettenraucher/innen

<sup>2</sup> Mindestens zwei Wochen innerhalb von 12 Monaten

<sup>3</sup> nur Konsumierende von Alkohol

<sup>4</sup> Vergleiche mit 1992 aufgrund von Methodenunterschieden nicht möglich

<sup>5</sup> Einmal oder mehr pro Woche. Cannabis Konsumierende

<sup>6</sup> Innerhalb von 7 Tagen

<sup>7</sup> Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel. Innerhalb von 7 Tagen

Tag rauchen, ist von 33% 1992 auf 20% im Jahr 2002 gefallen. Dieser Abwärtstrend ist bei den Männern ausgeprägter als bei den Frauen (von 40% auf 23% bzw. von 22% auf 18% bei den Frauen). Als Folge davon haben sich die Unterschiede bezüglich Umfang des Zigarettenkonsums zwischen jungen Männern und Frauen seit 1992 stark verringert.

Es rauchen mehr Jugendliche (37%) als Erwachsene (29%). Die beiden Altersgruppen unterscheiden sich zudem darin, dass die Jugendlichen in der Regel ausschliesslich Zigaretten rauchen, während bei den älteren Personen eine breitere Palette von Produkten konsumiert wird (Zigarren, Pfeife, Zigarillos). Bei den Erwachsenen ab 25 Jahren, die ausschliesslich Zigaretten rauchen, ist der Anteil derjenigen, die mindestens ein Paket pro Tag rauchen, doppelt so hoch (40%) wie bei den 15- bis 24-Jährigen (20%). Während mehr Jugendliche versucht haben, das Rauchen aufzugeben (32% gegenüber 26% bei der übrigen Bevölkerung), ist dies einem kleineren Teil der Jugendlichen tatsächlich gelungen (ehemalige Raucherinnen und Raucher: 5%, gegenüber 22% bei den übrigen Erwachsenen). Schliesslich finden sich unter den Jugendlichen nicht nur mehr aktiv Rauchende als unter den übrigen Erwachsenen, sondern es sind auch mehr Jugendliche vom Passivrauchen betroffen (52% gegenüber 23% der Personen, die selber nicht rauchen).

### 6.3.2 Alkoholkonsum

Fast drei von vier Jugendlichen (73%) zwischen 15 und 24 Jahren konsumieren Alkohol, 53% davon ein bis zwei Mal pro Woche (T6.2), was die Ergebnisse verschiedener Studien zum Phänomen des Rauschtrinkens bei Jugendlichen bestätigt<sup>5</sup>. Der Trend zu einem frühen Kontakt mit Alkohol hält an: 47% der 15-Jährigen geben an, dass sie

es gewohnt sind, Alkohol zu trinken. Der Anteil der Jugendlichen, die Alkohol konsumieren, stabilisiert sich bei rund 80% ab 19 Jahren.

Von den Jugendlichen, die Alkohol trinken, tun dies 3% täglich und 7% mehrmals (drei- bis sechsmal) pro Woche. Es trinken nicht nur weniger junge Frauen als junge Männer Alkohol (69% bzw. 78%), sondern die Frauen trinken auch weniger häufig täglich und wöchentlich. Dies gilt für sämtliche alkoholischen Getränke mit Ausnahme des wöchentlichen (drei- bis sechsmal pro Woche) Konsums von Wein (T6.2).

Der Anteil der Jugendlichen, die vorwiegend Wein, Bier oder Spirituosen konsumieren, ist bei beiden Geschlechtern ähnlich (55% bis 59%), die Männer trinken aber häufiger alle drei Getränke. Im Übrigen konsumieren mehr als die Hälfte der Jugendlichen ab 17 Jahren alle drei der genannten alkoholischen Getränke. Allgemeiner zeigen sich gewisse Unterschiede zwischen diesen drei Arten von Alkohol. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen konsumiert weniger als ein Mal pro Woche Wein oder Spirituosen; Bier hingegen wird etwa gleich häufig «gelegentlich» (ein bis zwei Mal pro Woche) wie «seltener» konsumiert. Im Übrigen konsumiert nur ein relativ geringer Anteil der Jugendlichen regelmässig Wein und Spirituosen, beim Bier hingegen ist dieser Anteil mit 11% (drei- bis sechsmal pro Woche) bzw. 3% (täglich) höher.

Seit 1992 ist der Anteil der 15- bis 24-Jährigen, die Alkohol konsumieren, mit einer Abnahme von 75% auf 73% etwa stabil geblieben (T6.1). Gleichzeitig war ein allgemeiner Trend weg von einem häufigen Konsum (täglich und drei- bis sechsmal wöchentlich) hin zum gelegentlichen Trinken (von 44% im Jahr 1992 auf 53% im Jahr 2002) festzustellen.

**T6.2 Häufigkeit des Alkoholkonsums unter den 15- bis 24-jährigen Konsumierenden, nach Geschlecht (in %)**

Alkohol	Täglich			Drei- bis sechsmal pro Woche			Ein- bis zweimal pro Woche			Weniger als einmal pro Woche/ seltener		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
üblicher Alkoholkonsum	4,1	0,8	2,6	9,8	3,2	6,8	60,6	44,7	53,3	25,5	51,3	37,4
Bier	4,7	1,4	3,4	15,0	3,6	10,6	50,4	34,3	44,2	29,8	60,7	41,8
Wein	2,3	2,0	2,2	2,4	3,8	3,0	31,4	36,2	33,5	63,9	58,1	61,3
Spirituosen	1,3	0,7	1,1	6,0	2,4	4,4	40,5	34,4	37,8	52,3	62,5	56,8

<sup>5</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütkofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. ISPM: Lausanne.

Eine Aufschlüsselung nach Getränke­kategorie ergibt seit 1997 einen Rückgang beim Anteil der Personen, die Bier (von 61 % auf 58%) oder Wein trinken (von 62% auf 55%) insbesondere bei den Frauen, während die Häufigkeit des Konsums etwa stabil geblieben ist. Hingegen hat in diesem Zeitraum der Konsum von Spirituosen tendenziell zugenommen. Es konsumieren nicht nur mehr Jugendliche solche Getränke (von 54% auf 59%), sondern es wird auch häufiger regelmässig und gelegentlich getrunken, was zum Teil durch den erleichterten Zugang zu Spirituosen infolge von Preissenkungen zu erklären sein dürfte.

Die Jugendlichen trinken in dem Sinne weniger Alkohol als die übrige Bevölkerung, als in dieser Altersgruppe der Anteil derjenigen, die gar keinen Alkohol konsumieren, etwas höher liegt (27% gegenüber 22%). Die beiden Altersgruppen unterscheiden sich zudem durch die Art des Konsums (G6.3). Jugendliche scheinen weniger regelmässig und eher zu speziellen Anlässen zu trinken, da sie häufiger (53%) als die übrigen Erwachsenen (36%) nur ein bis zwei Mal pro Woche Alkohol konsumieren. Aus diesem Grund ist der Anteil der Personen, die täglich oder drei- bis sechsmal wöchentlich Alkohol trinken, bei den Jugendlichen deutlich geringer als bei den über 25-Jährigen (3% gegenüber 23% täglich; 7% gegenüber 14% drei- bis sechsmal wöchentlich).

Was die Kategorie des konsumierten Alkohols betrifft, so trinken die Jugendlichen häufiger als die übrige Bevölkerung Spirituosen (59% gegenüber 49%) oder Bier (58% gegenüber 54%) und sind auch in der Kategorie

der «gelegentlich Trinkenden» am stärksten vertreten; demgegenüber trinken sie weniger Wein als die übrigen Erwachsenen.

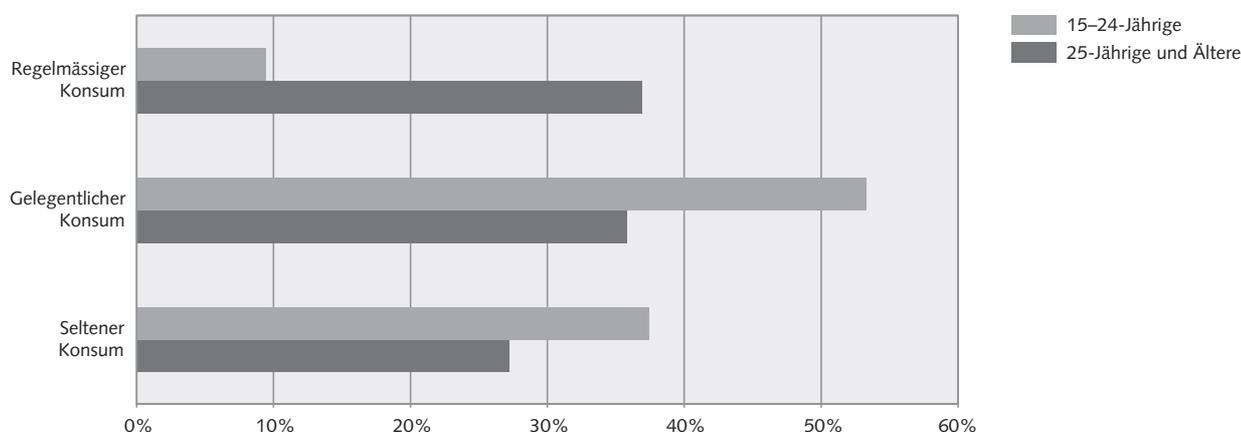
### 6.3.3 Drogenkonsum

Eine Betrachtung des derzeitigen Drogenkonsums der Jugendlichen lässt darauf schliessen, dass Cannabis im Vordergrund steht (12%). Harte Drogen werden lediglich von rund 1% konsumiert. Lediglich 3% der Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren haben schon einmal harte Drogen konsumiert.

Fast ein Drittel der befragten 15- bis 24-Jährigen (30%) hat mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert, wobei dieser Anteil bei den Männern höher ist (36%) als bei den Frauen (24%). Mit 15 Jahren haben bereits 14% der Jugendlichen Haschisch konsumiert, mehrheitlich Männer (20%, gegenüber 8% der Frauen). Im Alter von 20 Jahren hat zwar fast die Hälfte (45%) der Befragten Erfahrung mit Cannabis, lediglich 16% konsumieren die Droge aber gegenwärtig. Der Anteil der Jugendlichen, die Cannabis relativ regelmässig konsumieren, ist beträchtlich, da mehr als die Hälfte (56%) der jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten mindestens 1 Mal pro Woche Cannabis raucht. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (G6.4). Frauen haben nicht nur weniger häufig als Männer Erfahrung mit Cannabis, sondern sie geben auch weniger häufig an, zurzeit noch zu konsumieren. Frauen, die gegenwärtig Cannabis konsumieren, tun dies überdies seltener als männliche Jugendliche (49% wöchentlich, gegenüber 59% bei den Männern).

**Vergleich des Alkoholkonsums unter den Konsumierenden:  
15- bis 24-Jährige versus 25-Jährige und Ältere**

**G 6.3**

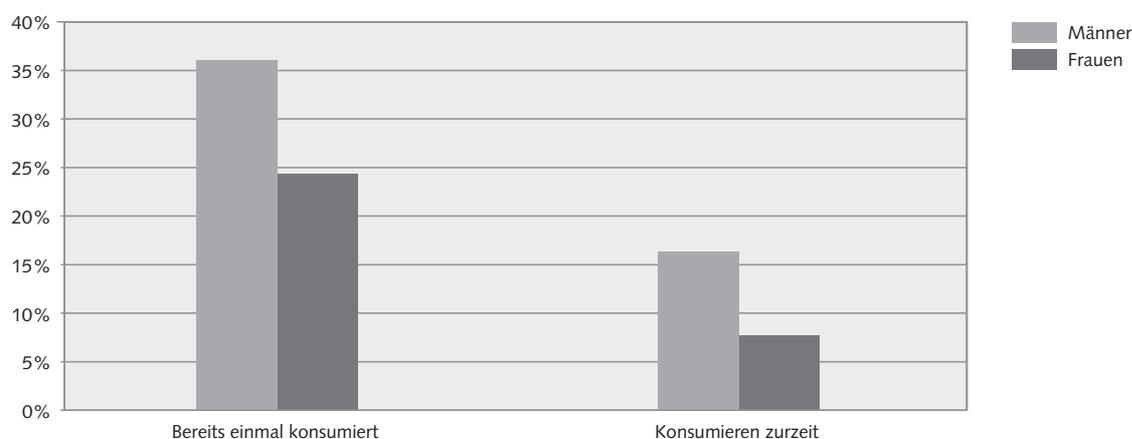


Regelmässiger Konsum: jeden Tag oder mehr als zweimal pro Woche  
 Gelegentlicher Konsum: ein bis zweimal pro Woche  
 Seltener Konsum: weniger als einmal pro Woche

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### Anteil der 15- bis 24-Jährigen, die in ihrem Leben bereits einmal Cannabis konsumiert haben, und derjenigen, die zurzeit Cannabis konsumieren, nach Geschlecht

G 6.4



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Solange sich der Cannabis-Konsum auf gelegentliche Anlässe beschränkt, kann er ohne wesentliche Folgen auf die Entwicklung sowie auf Freundschaften oder die schulische Laufbahn der Jugendlichen bleiben. Problematischer ist ein regelmässiger Konsum und die Verwendung von Cannabis als eine Form der Selbstmedikation bei Jugendlichen mit psychologischen oder existenziellen Schwierigkeiten (am Morgen vor der Schule Energie tanken, am Abend vor dem Einschlafen eine entspannende oder berauschende Wirkung erzielen), da hier das Risiko besteht, dass sich eine psychische Abhängigkeit entwickelt. Besonders beunruhigend ist ein regelmässiger Konsum von Cannabis dann, wenn die Droge in der Regel allein konsumiert wird und die Jugendlichen der Aussenwelt gegenüber Gleichgültigkeit und Desinteresse an den Tag legen, da dies nicht ohne Folgen für die gesellschaftliche Integration bleibt (Kommunikation in der Familie, Freundschaften, Ausbildung).

Jugendliche haben nicht nur häufiger als die übrige Bevölkerung<sup>6</sup> Erfahrung mit irgendeiner Art von Drogen (31% gegenüber 18%), sondern die 15- bis 24-Jährigen haben auch häufiger mindestens ein Mal im Leben (30% gegenüber 17%) Cannabis probiert bzw. konsumieren es zurzeit (12% gegenüber 3%).

Sowohl bei den jungen Frauen als auch bei den jungen Männern hat sich der Anteil derjenigen, die im Laufe ihres Lebens in Kontakt mit irgend einer Art von Drogen gekommen sind, seit 1992 erhöht und ab 1997 stabilisiert. Analog tendierte die Zahl der Jugendlichen, die schon einmal Haschisch konsumiert haben, ab 1992

stark nach oben, und ab 1997 folgte eine Stabilisierung (T6.1). Diese Zunahme ist bei den Frauen etwas ausgeprägter als bei den Männern, was jedoch nichts an der Tatsache ändert, dass weniger junge Frauen als Männer schon einmal Cannabis konsumiert haben. In den vergangenen zehn Jahren scheint ein weiterer Trend von Bedeutung, der auch durch andere Studien belegt wird: der frühe Kontakt mit Cannabis<sup>7</sup>. Konkret besteht seit 1992 ein Aufwärtstrend bezüglich der Zahl der 15-Jährigen, die bereits Erfahrung mit Haschisch haben (dieses Ergebnis ist angesichts der geringen Zahl der Befragten – weniger als 30 – als Trendergebnis zu verstehen). Die Zahl der Jugendlichen, die zurzeit Cannabis konsumieren, hat sich bei den 15- bis 24-Jährigen seit 1992 fast verdoppelt (von 7% auf 12%). Der Anteil der Jugendlichen, die wöchentlich Cannabis konsumieren, ist bei den Konsumenten der Droge von gut einem Drittel 1992 auf mehr als die Hälfte 2002 gestiegen.

#### 6.3.4 Konsum mehrerer psychotroper Substanzen und psychosoziale Bedingungen

Für den Konsum psychotroper Substanzen insgesamt (derzeitiger Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen) ergibt sich folgendes Bild: 20% der 15- bis 24-Jährigen konsumieren keine der genannten Substanzen, fast die Hälfte (46%) lediglich eine Substanz, ein Viertel (25%) zwei psychoaktive Substanzen und nicht ganz jeder bzw. jede

<sup>6</sup> Die Fragen zu den Drogen wurden nur den Personen zwischen 15 und 64 Jahren gestellt.

<sup>7</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütkofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. ISPM: Lausanne.

zehnte Jugendliche (9%) alle drei Substanzen, wobei mehr Männer Substanzen aus zwei oder drei Kategorien konsumieren. Im Alter von 15 Jahren konsumiert die Hälfte (49%) der Jugendlichen keine dieser Substanzen, bei den 16-Jährigen sind es noch 31% und bei den 19-Jährigen und Älteren stabilisiert sich der Wert bei 11%.

Versteht man den Konsum erlaubter und illegaler psychotroper Substanzen als Reaktion auf Probleme und eine gewisse Orientierungslosigkeit oder einfach als Mittel zum Abbau von Frustrationen, dann ist mit einem Zusammenhang zwischen dem Konsum solcher Substanzen und den psychosozialen Bedingungen zu rechnen. Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung weisen denn auch auf einen höheren Tabak- und Cannabis-Konsum von Jugendlichen mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen hin, nicht aber auf einen deutlich höheren Alkoholkonsum.

### 6.3.5 Medikamentenkonsument

Zwar gab ein Viertel der befragten 15- bis 24-Jährigen an, innerhalb einer Woche ein Medikament zu sich genommen zu haben, bei lediglich 12% der Jugendlichen handelte es sich jedoch um ein psychotropes Medikament (Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel). Bei den Jugendlichen, die psychotrope Medikamente konsumieren, beschränkt sich die überwiegende Mehrheit (93%) auf eine einzige Kategorie, meistens Schmerzmittel, während 7% zwei oder drei Medikamente zu sich

nehmen. Dabei sind relativ deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen: Frauen konsumieren insgesamt häufiger sowohl irgendein Medikament (30% gegenüber 21% bei den Männern) als auch psychotrope Medikamente (16% gegenüber 9%). Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung konsumieren die Jugendlichen verhältnismässig wenig psychotrope Medikamente (12% bzw. 20%).

Der Anteil der Jugendlichen, die irgendein Medikament konsumieren, hat sich seit 1992 marginal verändert, bei den Männern (von 24% auf 21%) etwas ausgeprägter als bei den Frauen (von 29% auf 30%). Mit Ausnahme von 1997, als ein Anstieg zu verzeichnen war, hat sich der Konsum psychotroper Medikamente seit 1992 stabilisiert (T6.1).

## 6.4 Körpergewicht

Übergewicht gehört gegenwärtig zu den grössten Gesundheitsproblemen in unserer Gesellschaft, gelegentlich wird auch von einem «epidemischen Ausmass» gesprochen. Übergewicht ist erwiesenermassen ein Risikofaktor für verschiedene Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atemwege und des Bewegungsapparates. Bei Kindern und Jugendlichen ist Übergewicht besonders beunruhigend, weil dieses im Erwachsenenalter gewöhnlich bestehen bleibt.

### T6.3 Körpermassenindex (BMI) nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter		Leicht- / untergewichtig <sup>1</sup>	Normalgewicht	Übergewichtig <sup>1</sup>	Adipös <sup>1</sup>
15–18 Jahre	Frauen	18,1	76,6	4,7	0,6
	Männer	12,0	78,0	9,1	1,0
	Total	14,9	77,3	7,0	0,8
19–24 Jahre	Frauen	43,4	45,6	6,8	4,3
	Männer	13,6	65,8	18,2	2,3
	Total	28,6	55,6	12,5	3,3
25 Jahre und älter	Frauen	16,7	50,7	24,3	8,2
	Männer	2,8	46,5	41,8	9,0
	Total	10,0	48,7	32,7	8,6

<sup>1</sup> Um der unterschiedlichen körperlichen Entwicklung der Jugendlichen Rechnung zu tragen, wurden die BMI-Grenzwerte für die 15- bis 18-Jährigen an die internationalen Normen angepasst. So wurde die Untergrenze des Normalgewichts für sie tiefer angesetzt (BMI  $\geq$  18.5) als für die 19- bis 24-Jährigen (BMI  $\geq$  20). Was das Übergewicht und die Adipositas betrifft, orientieren sich die Grenzwerte für die 15- bis 18-Jährigen an Cole<sup>[1]</sup>. Die BMI-Grenzen der 19- bis 24-Jährigen decken sich mit jenen der Erwachsenen (Übergewicht:  $25 \leq \text{BMI} < 30$ ; Adipositas:  $30 \leq \text{BMI}$ )

[1] Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320: p. 1–6.

Fast zwei Drittel der 15- bis 24-Jährigen haben ein normales Körpergewicht<sup>8</sup>, bei den 15- bis 18-Jährigen sind es sogar fast drei Viertel (T6.3). Übergewichtig sind rund 10% der Jugendlichen zwischen 15 und 24, an starkem Übergewicht leiden 2%. Allgemein scheint in diesen beiden Altersgruppen Leichtgewichtigkeit öfter vorzukommen als Übergewicht. Dabei bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die jungen Frauen sind weniger häufig übergewichtig als die jungen Männer und häufiger leichtgewichtig.

Rund drei Viertel der Jugendlichen sind mit ihrem Körpergewicht zufrieden, und entsprechend möchte auch die Mehrheit der Jugendlichen (62% bei den 15- bis 18-Jährigen und 58% bei den 19- bis 24-Jährigen) ihr Körpergewicht nicht ändern. Allerdings sind junge Frauen mit ihrem Körpergewicht häufiger unzufrieden als männliche Jugendliche, weshalb sie auch häufiger angeben, ihr Körpergewicht – meistens durch eine Gewichtsreduktion – verändern zu wollen. Dies gilt insbesondere für die 15- bis 18-Jährigen (46% der Frauen zwischen 15 und 24 Jahren wollen abnehmen). Dieser Wunsch der jungen Frauen nach einer Gewichtsreduktion scheint weniger auf ein tatsächliches Gewichtsproblem zurückzuführen, son-

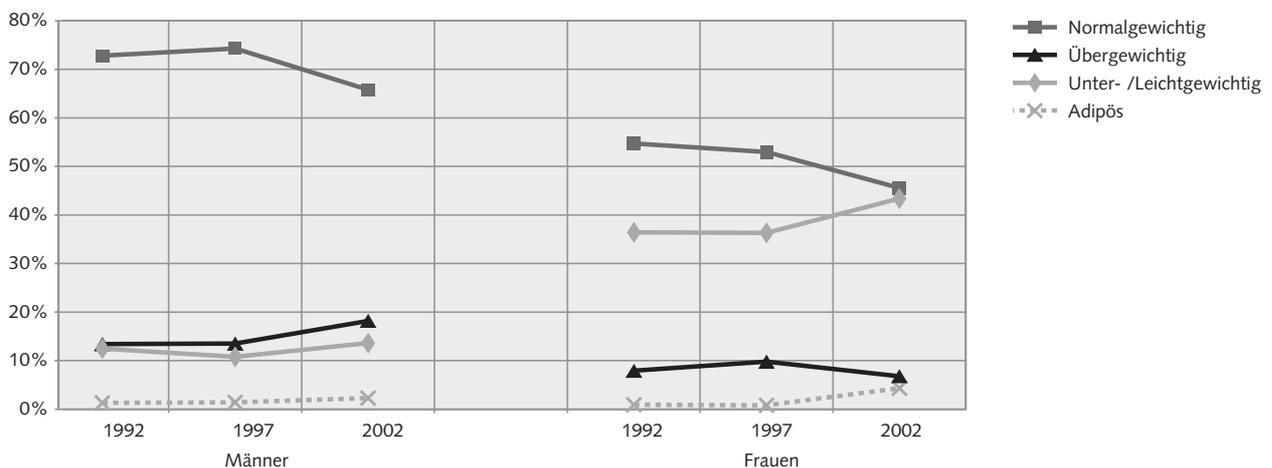
dern eher auf entsprechenden Normen und Vorbildern zu beruhen (Werbung und Modewelt z.B. vermitteln ein sehr schlankes bis mageres Frauenideal), da lediglich 5% der Frauen zwischen 15 und 18 Jahren und 11% zwischen 19 und 24 Jahren übergewichtig sind.

Etwas beunruhigend scheint vor allem die Situation der 19- bis 24-jährigen Frauen, da 43% leichtgewichtig sind und von diesen ein Viertel (24%) noch weiter abnehmen möchte. Weiter ist festzustellen, dass die meisten übergewichtigen Jugendlichen Gewicht verlieren möchten. Andererseits möchten 13% der Männer zwischen 15 und 18 Jahren und 16% zwischen 19 und 24 Jahren zunehmen.

Während bezüglich Körpergewicht der 15- bis 18-Jährigen im vergangenen Jahrzehnt eine sehr stabile Entwicklung zu beobachten war, zeichneten sich bei den 19- bis 24-Jährigen gewisse neue Trends ab, darunter ein etwas höherer Anteil von Übergewichtigen (12% im Jahr 1992, 13% 1997 und 16% 2002, deutlicher bei den Männern). Auch der Anteil der Leicht- und Untergewichtigen hat zugenommen – von 24% auf 29% – insbesondere bei den Frauen (G6.5). Hingegen sind weniger Jugendliche normalgewichtig.

**Veränderung des Körpermassenindex (BMI) bei den 19- bis 24-Jährigen zwischen 1992, 1997 und 2002, nach Geschlecht**

G 6.5



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>8</sup> Aus praktischen Gründen konnten die Befragten nicht gemessen und gewogen werden. Wir haben sie gebeten, Grösse und Gewicht anzugeben, im Bewusstsein, dass die so erhobenen Werte lediglich eine Annäherung an die Zielwerte darstellen. Obwohl die angegebenen Werte durch Erwartungen und Wünsche beeinflusst werden, liegen sie im Allgemeinen nahe bei den tatsächlichen Werten (Korrelation von 0.97 in der Studie von Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP (1989): The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. Journal of Early Adolescence 9: S. 269-290).

Seit 1997 scheinen die 15- bis 24-Jährigen ihr Körpergewicht vermehrt zu akzeptieren. Dies äussert sich in einem geringeren Anteil von Jugendlichen, die ihr Gewicht verändern möchten, insbesondere bei den 15- bis 18-Jährigen (62% gegenüber 54% bei den 15- bis 18-Jährigen; 58% gegenüber 53% bei den 19- bis 24-Jährigen), und etwas deutlicher bei den Männern. Überdies hat seit 1997 der Wunsch nach einer Gewichtsreduktion bei den Jugendlichen an Bedeutung verloren, insbesondere bei den 15- bis 18-Jährigen (von 35% auf 28%) und den Frauen dieser Altersgruppe (von 55% auf 46%).

Die Gewichtsproblematik präsentiert sich bei den 15- bis 24-Jährigen anders als bei den älteren Erwachsenen (T6.3). Die Jugendlichen sind häufiger als die übrige Bevölkerung normalgewichtig und seltener übergewichtig, aber häufiger leichtgewichtig. Die Jugendlichen sind auch häufiger zufrieden mit ihrem Körpergewicht (75%) als die übrige Bevölkerung in der Schweiz (64%).

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung stimmen somit weitgehend mit denjenigen einer anderen aktuellen Studie überein (SMASH<sup>9</sup> 2002): Die Trends bezüglich Gewicht und psychoaktive Substanzen decken sich bis auf geringe quantitative Unterschiede.

<sup>9</sup> Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütkofer A, Suris JC, Alsaker F, Michaud PA (2004): Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Raisons de santé 95a. ISPM Lausanne.

# 7 Gesundheit ab 65 Jahren

Die Lebenserwartung in der Schweiz gehört mit 83,0 Jahren für die Frauen und 77,6 Jahren für die Männer (Stand 2002) weltweit zu den höchsten. Heute 65-jährige Frauen können damit rechnen, noch weitere 21 Jahre zu leben, gleichaltrige Männer knapp deren 18<sup>1</sup>. Unter Verwendung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung konnte gezeigt werden, dass die (älteren) Frauen und Männer nicht nur länger leben, sondern sich dabei auch einer besseren Gesundheit erfreuen<sup>2</sup>.

In Folgenden wird nun der Gesundheitszustand der Personen ab 65 Jahren näher beschrieben. Aufgrund der Tatsache, dass die Schweizerische Gesundheitsbefragung bereits zum dritten Mal (im fünfjährigen Rhythmus) durchgeführt wurde, ist es auch möglich, Entwicklungen im Gesundheitszustand und -verhalten bei diesen älteren Personen festzustellen.

Die hier präsentierte Analyse umfasst den Gesundheitszustand und das -verhalten (selbst wahrgenommene Gesundheit, körperliche und psychische Gesundheit, spezifische Gesundheitsprobleme, Behinderungen und Einnahme von Medikamenten) sowie die Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe. Die Angaben beziehen sich auf die Bevölkerung ab 65 Jahren in privaten Haushalten. Personen ab 75 Jahren wer-

den im Folgenden als Betagte bezeichnet. 4'362 Interviews (2'588 Frauen und 1'774 Männer) bilden die Basis für die Beschreibung der Gesundheit von Personen ab 65 Jahren. In der Schweiz lebten zu Beginn des Jahres 2002 267'509 Männer zwischen 65 und 74 Jahren und 193'543 Männer, die 75 Jahre alt oder älter waren. Bei den Frauen waren 325'987 zwischen 65 und 74 Jahre alt und 344'106 75-jährig oder älter. Anlässlich der letzten Volkszählung von 2000 wohnten 94,7% der Männer ab 65 Jahren und 89,4% der Frauen ab 65 Jahren in privaten Haushalten (T7.1). Bezüglich der Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung in Institutionen lebten, muss angenommen werden, dass bei ihnen der behinderungsbedingte Hilfebedarf bedeutend höher ist als bei den Bewohnern privater Haushalte. Dies ist bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

## 7.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Sowohl bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit als auch bei der psychischen und körperlichen Gesundheit zeigen sich Geschlechts- und Altersunterschiede: Bei den in T7.2 aufgeführten vier Merkmalen sind jeweils höhere

### T7.1 Anteil ältere Personen, die in Privathaushalten und in Institutionen leben, nach Alter und Geschlecht (in %) (berechnet auf der Grundlage der Daten der Volkszählung 2000)

Alter	In Privathaushalten lebend			In Kollektivhaushalten wie Spitäler oder sozialmedizinischen Heimen lebend			In anderen Kollektivhaushalten lebend		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
65-74 Jahre	97,6	97,3	97,4	0,4	1,5	1,4	2,0	1,2	1,2
75+ Jahre	90,6	81,8	85,0	9,1	15,5	12,7	0,3	2,7	2,3
<b>65+ Jahre</b>	<b>94,7</b>	<b>89,4</b>	<b>91,5</b>	<b>4,0</b>	<b>8,6</b>	<b>6,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>

<sup>1</sup> Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2004): Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004. Zürich: NZZ Verlag.

<sup>2</sup> Guillely E (2005): Lebensdauer und Gesundheit. In: Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guillely E, Hussy C: Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

### T7.2 Anteil ältere Personen mit nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheit, schlechter psychischer Ausgeglichenheit, starken körperlichen Beschwerden und starken Gelenk- oder Gliederschmerzen, nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	Nicht gute selbst wahrgenommene Gesundheit		Schlechte psychische Ausgeglichenheit		Starke körperliche Beschwerden <sup>1</sup>		Starke Gelenk- oder Gliederschmerzen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65-74 Jahre	18,4	25,0	7,2	13,0	17,1	31,8	8,8	17,3
75+ Jahre	31,1	32,2	14,2	16,7	20,7	38,7	12,5	18,5
<b>65+ Jahre</b>	<b>23,4</b>	<b>28,2</b>	<b>9,8</b>	<b>14,6</b>	<b>18,5</b>	<b>34,9</b>	<b>10,3</b>	<b>17,9</b>

<sup>1</sup> Kopf-, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schlaf- und Verdauungsstörungen, Herzklopfen, Schmerzen im Brustbereich

Prävalenzen bei den Frauen und den Betagten zu finden.

28% der älteren Frauen und 23% der älteren Männer bezeichnen ihre Gesundheit als mittelmässig oder schlecht, was insgesamt ungefähr 296'000 Personen entspricht (189'000 Frauen und 107'000 Männer).

Was das Auftreten von mehrfachen körperlichen Beschwerden im Laufe von vier Wochen angeht, sind ältere Frauen fast doppelt so häufig davon betroffen wie ältere Männer (Frauen ab 65 Jahren: 35%, Männer ab 65 Jahren: 19%).

Geringere Unterschiede zwischen Männer und Frauen ab 65 Jahren finden sich bei der psychischen Ausgeglichenheit. Bei den Männern verschlechtert sich mit zunehmendem Alter die psychische Ausgeglichenheit und gleicht sich derjenigen der Frauen an.

Im zeitlichen Vergleich von 1992, 1997 und 2002 lässt sich eine deutliche Verbesserung der psychischen Ausgeglichenheit bei den älteren Personen feststellen (T7.3). Der Anteil der Personen mit einer schlechten psychischen Ausgeglichenheit hat sich gegenüber 1992 nahezu halbiert (von 23% auf 13%). Ebenso geben in der dritten Gesundheitsbefragung (relativ gesehen) etwas weniger Personen starke körperliche Beschwerden an als vor fünf oder zehn Jahren. In Übereinstimmung mit diesen Befunden hat sich auch der selbst wahrgenommene

Gesundheitszustand bei den Personen ab 65 Jahren verbessert. Beurteilten 1992 29% und 1997 30% ihren Gesundheitszustand als schlecht, so ist dieser Anteil 2002 auf 26% gesunken.

Im Alter ein möglichst unabhängiges Leben, ohne grössere Einschränkungen im körperlichen und geistigen Gesundheitszustand führen zu können, ist ein erstrebtes Ziel vieler älterer Personen. Bezüglich des Vorliegens eines über ein Jahr andauernden Gesundheitsproblems weisen die über 65-jährigen Frauen eine höhere Prävalenz (29%) auf als die gleichaltrigen Männer (24%) (T7.4). Ähnlich ist die Situation in Bezug auf das Vorliegen einer chronischen Krankheit, die ärztlich behandelt wird, allerdings auf einem höheren Niveau. Zwei von drei älteren Frauen und drei von fünf älteren Männern sind wegen einer chronischen Krankheit in ärztlicher Behandlung.

Bei der eingeschränkten Einsatz- und Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen an mindestens einem Tag im Laufe von vier Wochen, so dass nicht alles wie gewohnt erledigt werden konnte, zeigt sich weder bezüglich Alter noch Geschlecht ein wesentlicher Unterschied. Unabhängig von Alter und Geschlecht sind rund 10 bis 14 Prozent von einer solchen Einschränkung betroffen.

### T7.3 Anteil ältere Personen mit nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheit, schlechter psychischer Ausgeglichenheit und starken körperlichen Beschwerden, nach Alter und im Zeitvergleich 1992, 1997 und 2002 (in %)

Alter	Nicht gute selbstwahrgenommene Gesundheit			Schlechte psychische Ausgeglichenheit			Starke körperliche Beschwerden <sup>1</sup>		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 Jahre	27,1	27,3	22,2	22,1	16,6	10,6	28,2	29,0	25,6
75+ Jahre	33,3	34,1	31,8	23,5	17,3	15,8	34,0	30,6	31,9
<b>65+ Jahre</b>	<b>29,3</b>	<b>30,2</b>	<b>26,3</b>	<b>22,5</b>	<b>16,9</b>	<b>12,7</b>	<b>30,2</b>	<b>29,6</b>	<b>28,2</b>

<sup>1</sup> Kopf-, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schlaf- und Verdauungsstörungen, Herzklopfen, Schmerzen im Brustbereich

#### T7.4 Anteil ältere Personen mit langandauerndem, chronischen Gesundheitsproblem und eingeschränkter Leistungsfähigkeit, nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	langandauerndes Gesundheitsproblem <sup>1</sup>			In Behandlung wegen chronischer Krankheit <sup>2</sup>			Eingeschränkte Einsatz- und Leistungsfähigkeit <sup>3</sup>		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
65-74 Jahre	20,1	26,1	23,5	59,2	64,7	62,3	10,0	11,9	11,1
75+ Jahre	29,7	31,9	31,1	66,4	71,8	69,7	12,6	13,6	13,2
<b>65+ Jahre</b>	<b>23,9</b>	<b>28,7</b>	<b>26,8</b>	<b>61,9</b>	<b>67,6</b>	<b>65,3</b>	<b>11,0</b>	<b>12,6</b>	<b>12,0</b>

<sup>1</sup> Seit mindestens einem Jahr dauerndes physisches oder psychisches Problem

<sup>2</sup> in den letzten 12 Monaten vor oder zum Zeitpunkt der Befragung in ärztlicher Behandlung wegen: Bluthochdruck, Rheumatismus, Heuschnupfen/andere Allergien, chron. Bronchitis/Emphysem, Nervenzusammenbruch/Depression, Nierenkrankheiten/Nierensteinen, Krebs/Geschwulst, Herzinfarkt, Schlaganfall

<sup>3</sup> in den letzten vier Wochen

Als Beispiel einer im Alter bedeutsamen chronischen Krankheit sei hier die Zuckerkrankheit (Diabetes) näher betrachtet (T7.5). Bei rund 8% der zu Hause lebenden über 65-jährigen Frauen und 11% der gleichaltrigen Männer liegt eine ärztliche Diagnose von Diabetes vor. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz geringfügig. Rund jeder fünfte diagnostizierte Diabetiker und jede vierte diagnostizierte Diabetikerin über 65 Jahren erhält Insulin.

Als weiteres indirektes Mass des Gesundheitszustands kann der in T7.6 dargestellte Medikamentenkonsument betrachtet werden, wobei der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln als Aussage über das psychische Wohlbefinden gedeutet werden kann. Ein- einhalb mal so viele ältere Frauen (13%) wie Männer (8%) geben an, täglich Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel einzunehmen. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter stark zu und erreicht bei den betagten Frauen 15%. Bei den Schmerzmitteln zeigt sich eine ähnliche Tendenz wie bei den Schlaf- und Beruhigungs-

mitteln. Anders sieht es bei der Einnahme von Medikamenten gegen Herz-Kreislaufkrankungen aus, über die ältere Männer und Frauen etwa gleich häufig berichten – wobei sich jedoch auch hier eine Zunahme mit dem Alter findet.

Während Herz-Kreislaufmedikamente fast ausschliesslich nur auf Verordnung eines Arztes eingenommen werden, sind bei den eingenommenen Schlaf- und Beruhigungsmitteln rund 10% und bei den Schmerzmitteln rund 25% selbst gekauft.

Bezüglich des Medikamentenkonsumentes innerhalb von sieben Tagen zeigt sich seit 1992 ein uneinheitliches Bild<sup>3</sup>: Insgesamt ist der Anteil an älteren Personen, der im Verlaufe der Referenzperiode irgendein Medikament zu sich genommen hat von 68% auf 71% leicht gestiegen. Dieser leichte Anstieg ist eher auf den vermehrten Medikamentenkonsument der 65- bis 74-jährigen Personen zurückzuführen (1992: 63%; 1997: 62%; 2002: 67%). Bei den über 75-jährigen Personen lässt sich hingegen seit 1992 keine Zunahme erkennen (1992: 78%; 1997: 77%; 2002: 75%).

#### T7.5 Anteil ältere Personen mit Diabetes und Verwendung von Insulin, nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	Diabetesdiagnose			Insulingebrauch bei diagnostizierter Diabetes		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
65-74 Jahre	9,9	7,5	8,5	24,9	26,4	25,7
75+ Jahre	12,5	9,3	10,4	15,4	25,9	21,5
<b>65+ Jahre</b>	<b>10,9</b>	<b>8,3</b>	<b>9,3</b>	<b>20,9</b>	<b>26,1</b>	<b>23,8</b>

#### T7.6 Anteil ältere Personen, die tägliche Medikamente einnehmen<sup>1</sup>, nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	Schlaf- und / oder Beruhigungsmittel			Schmerzmittel			Herz-Kreislaufmittel		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
65-74 Jahre	5,7	10,2	8,3	3,8	6,9	5,6	44,2	38,1	40,7
75+ Jahre	10,9	15,4	13,7	5,7	10,6	8,7	49,5	51,3	50,6
<b>65+ Jahre</b>	<b>7,8</b>	<b>12,5</b>	<b>10,6</b>	<b>4,5</b>	<b>8,5</b>	<b>6,9</b>	<b>46,3</b>	<b>44,0</b>	<b>44,9</b>

<sup>1</sup> innerhalb von 7 Tagen

<sup>3</sup> Zur Entwicklung siehe auch Kapitel 2.2.

## 7.2 Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens

Altersbedingte Behinderungen, wie sie in G7.1 dargestellt sind, können die Lebensqualität beeinträchtigen und zu Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit führen. Bezeichnend ist, dass die Häufigkeit der verschiedenen Arten von Behinderungen mit dem Alter deutlich zunimmt, während innerhalb der Altersgruppen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Gehbehinderungen von einem Schweregrad, welche die Gehstrecke auf 200 Meter oder weniger beschränken, finden sich im Alter von 65-74 Jahren bei rund 4% und im Alter von über 75 Jahren bei 10% der Männer und 16% der Frauen. Von Sehstörungen, d.h. Schwierigkeiten, eine Zeitung oder ein Buch zu lesen, sind rund 3% der älteren Männer beziehungsweise 4% der älteren Frauen betroffen, und ähnlich sind die Häufigkeiten von Hörbehinderungen (Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen). Bei der Hörbehinderung ist im Gegensatz zu den anderen Behinderungen (Seh-, Geh- und ADL-Behinderung) die Prävalenz bei den älteren Männern höher als bei den Frauen. Denkbar ist, dass dies in Zusammenhang steht mit Dauerschall bei der früheren Erwerbstätigkeit (maschinelle Arbeiten) oder kurzer Exposition von starker Lärmemissionen (wie z.B. Schiessen in Armee oder Freizeit).

Für die Planung von häuslichen Pflegediensten (nachfolgend Spitex genannt) hat sich die Feststellung von Behinderungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens (activi-

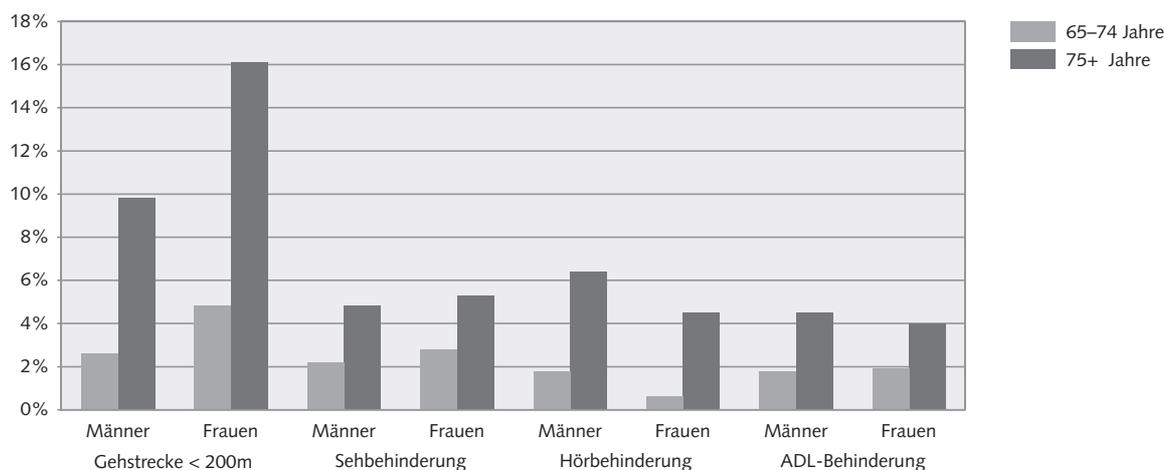
ties of daily living, ADL<sup>4</sup>) gut bewährt. Unter ADL versteht man Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens wie sich an- oder ausziehen, essen oder sich waschen. Wenn man diejenigen als hilfebedürftig betrachtet, die zumindest beim Essen, An- und Ausziehen oder aus dem Bett steigen Hilfe benötigen, so zeigt sich, dass dies unter den in Privathaushaltungen Lebenden im Alter von 65-74 Jahren bei rund 2% (rund 11'000 Personen) und im Alter von über 75 Jahren bei 4-5% (rund 22'000 Personen) der Fall ist.

13% der über 65-Jährigen (Frauen: 15%, Männer: 11%) weisen mindestens eine bedeutsame Behinderung im Sinne von Sehstörungen, Hörstörungen, Einschränkungen beim Gehen oder ADL aus. Dies entspricht 147'000 in privaten Haushalten lebenden Personen. Mit dem Alter nimmt der Anteil von Personen mit mindestens einer Behinderung markant zu. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen weisen 8% eine solche Behinderung auf, während der Anteil bei den über 75-Jährigen bei 20% liegt.

Bei diesen (altersbedingten) funktionalen Einschränkungen zeigt sich in den letzten zehn Jahren eine leichte Verbesserung, insbesondere bei den betagten Personen (T7.7). Die Prävalenz der Sehbehinderungen hat gegenüber 1992 und 1997 in besonders hohem Ausmass abgenommen. Wie bereits bei den beiden vorangehenden Gesundheitsbefragungen weisen auch 2002 über 97% der zu Hause lebenden älteren Personen keine Einschränkungen bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (ADL) aus.

**Anteil ältere Personen mit Geh-, Seh-, Hörbehinderungen und Aktivitätseinschränkungen, nach Alter und Geschlecht**

G 7.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>4</sup> Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 185: S. 914-9.

**T7.7 Anteil ältere Personen mit Geh-, Seh-, Hörbehinderungen und Aktivitätseinschränkungen, nach Alter und im Zeitvergleich 1992, 1997 und 2002 (in %)**

Alter	Gehstrecke < 200 m			Sehbehinderung			Hörbehinderung			ADL-Behinderung <sup>1</sup>		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 Jahre	3,8	5,9	3,9	2,9	2,2	2,6	2,2	(1,5)	1,1	(1,7)	(1,8)	1,9
75+ Jahre	17,2	14,2	13,7	10,8	8,3	5,1	5,9	7,0	5,2	5,5	4,6	4,2
<b>65+ Jahre</b>	<b>8,4</b>	<b>9,4</b>	<b>8,0</b>	<b>5,6</b>	<b>4,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>3,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>

<sup>1</sup> Activities of Daily Living  
Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

**T7.8 Hospitalisationsrate, durchschnittliche Anzahl Spittage und Spittage pro hospitalisierte Person, nach Alter und Geschlecht**

Alter	innerhalb von 12 Monaten hospitalisiert (in %)			Spittage pro Einwohner (Bevölkerung)			Spittage pro hospitalisierte Person		
	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total
65-74 Jahre	17,2	14,0	15,3	1,7	1,7	1,7	9,7	12,5	11,2
75+ Jahre	22,6	21,0	21,6	3,4	3,2	3,3	15,1	15,1	15,1
<b>65+ Jahre</b>	<b>19,3</b>	<b>17,1</b>	<b>18,0</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>12,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,2</b>

**7.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems**

1992 nahmen 77% der Bevölkerung ab 15 Jahren im Laufe eines Jahres einen Arzt in Anspruch. 2002 ist dieser Anteil genau gleich hoch. In den Altersgruppen haben sich jedoch gegenüber 1992 Verschiebungen ergeben. Sowohl in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen als auch bei den über 75-Jährigen (und dies bei beiden Geschlechtern) ist der Anteil derjenigen, der in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung einen Arzt (ohne Zahnarzt) konsultiert hat, höher als derjenige von 1992 (Total 65+: 1992 83%, 2002 88%). Bei den unter

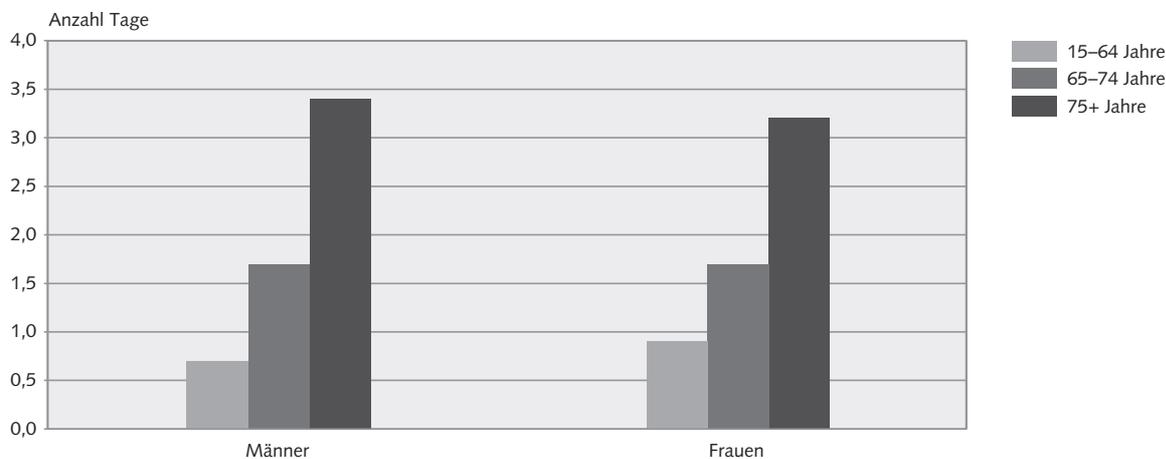
65-jährigen Personen findet man gegenüber 1992 eine leichte Abnahme der Arztkonsultationen (Total 15-64: 1992: 76%; 2002: 74%).

Fast jede fünfte Person ab 65 Jahren ist innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal hospitalisiert worden (T7.8). Der Unterschied zwischen den älteren Frauen (17%) und älteren Männern (19%) ist relativ gering.

G7.2 zeigt die durchschnittliche Anzahl Spittage pro Hospitalisation nach Alter und Geschlecht. Die Verweildauer im Spital ist stark abhängig vom Alter und weniger vom Geschlecht: Je älter eine Person ist, desto länger dauert der durchschnittliche Spitalaufenthalt.

**Durchschnittliche Anzahl Krankenhaustage pro Einwohner und Jahr, nach Alter und Geschlecht**

**G 7.2**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Bei den älteren Männern beträgt der Aufenthalt im Durchschnitt rund 12 Tage, bei den älteren Frauen 14 Tage. Auf die Bevölkerung bezogen, ergibt dies bei den zur Zeit der Erhebung in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren 2,4 Spitaltage (Männer und Frauen jeweils gleich lang), gegenüber 0,7 Spitaltage pro Person bei den 15- bis 64-jährigen Männern und 0,9 Spitaltage bei den gleichaltrigen Frauen (siehe dazu auch Kapitel 4).

In der Erhebung von 1992 waren 16% der Personen ab 65 Jahren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal hospitalisiert worden, in den Befragungen 1997 und 2002 jeweils 18% (T7.9). Der Anteil älterer Personen, der im Laufe eines Jahres mindestens einmal hospitalisiert wurde, ist in den letzten zehn Jahren also etwas gestiegen, aber die durchschnittliche Verweildauer ist im entsprechenden Zeitraum deutlich gesunken. 1992 betrug die durchschnittliche Verweildauer älterer Personen noch 22 Tage, zehn Jahre später ist sie mit 13 Tagen noch fast halb so lang. Mögliche Gründe für diese kürzere Verweildauer im Spital sind neben häufigeren ambulanten Behandlungen (der Anteil älterer Personen, die in Poli- und Tagesklinik behandelt wurden ist seit 1997 gestiegen) vermutlich auch die Anstrengungen der Spitäler (aufgrund finanzieller Anreize), die Patienten frühstmöglich wieder zu entlassen. Eine kürzere Verweildauer könnte auch damit zusammenhängen, dass das Angebot der Spitex-Dienste in den letzten Jahren ausgeweitet wurde. Nicht zuletzt könnte die Abnahme jedoch auch ein Indiz dafür sein, dass der Schweregrad der Erkrankung abgenommen hat oder sich der Gesundheitszustand älterer Personen generell verbessert hat.

Eine weitere Leistung des Gesundheitssystems sind die Spitex-Dienste. G7.3 zeigt die Inanspruchnahme von Spitex-Diensten innerhalb von zwölf Monaten. Hier ist der starke Anstieg bei den betagten Personen gegenüber den 65- bis 74-jährigen Personen hervorzuheben. In allen Altersstufen ist der Anteil der Frauen, die Spitex-Dienste in Anspruch nehmen, höher als derjenige der Männer. Dies kann damit erklärt werden, dass bei Männern der Hilfebedarf häufig durch ihre Partnerin gedeckt wird, während bei Frauen durch eine frühere Verwitwung (Männer haben 2002 eine um ca. 6 Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen) der Partner nicht mehr zur Verfügung steht.

15% der über 75-jährigen zu Hause lebenden Frauen und 9% der gleichaltrigen Männer sowie 6% der 65- bis 74-jährigen Frauen und 2% der 65- bis 74-jährigen Männer haben innerhalb eines Jahres die Dienste der Spitex in Anspruch genommen. 4% der Personen ab 65 Jahren haben in den letzten sieben Tagen für sich selber Spitex beansprucht. Gegenüber 1997 ist der Anteil an älteren Personen, die auf die Leistungen der Spitex in den letzten sieben Tagen zurückgegriffen haben, mit 4% unverändert geblieben (1997: Frauen 65+ 5%; Männer 65+ 3%; 2002: Frauen 65+: 5%, Männer 65+ 2%).

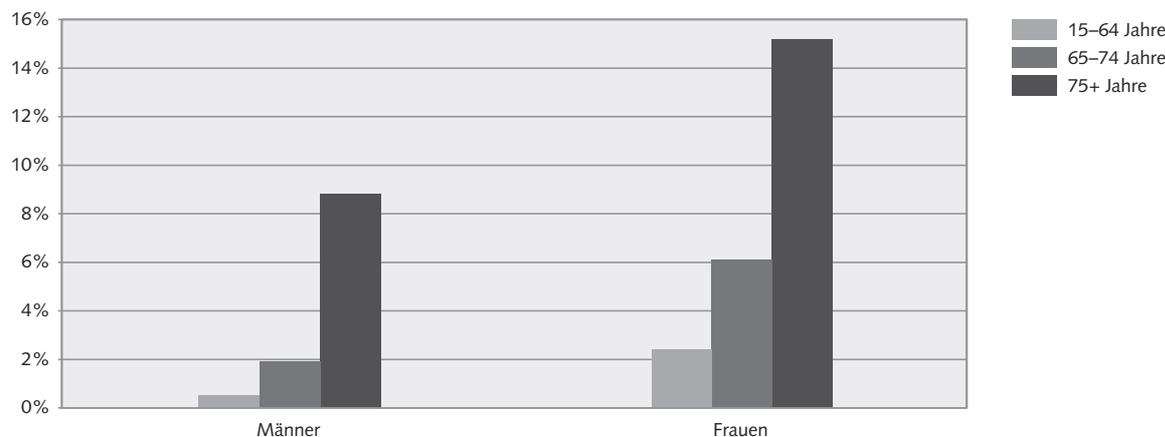
Die Zahl der (hoch-)betagten Personen in der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren durch die vermutete Erhöhung der Lebenserwartung weiter ansteigen. Ob mit der Zunahme der Betagten auch ein erhöhter Bedarf an Spitex-Angeboten verbunden ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Betagte Personen beanspruchen zwar in höherem Ausmass Angebote der Spitex, weisen aber im Vergleich zu früher eine zunehmend bessere Gesundheit auf.

### T7.9 Anteil ältere Personen mit einer Hospitalisation und durchschnittlicher Spitalaufenthalt, nach Alter und im Zeitvergleich 1992, 1997 und 2002

Alter	Hospitalisation innerhalb von 12 Monaten (in %)			Durchschnittlicher Spitalaufenthalt (in Tagen)		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 Jahre	14,1	16,8	15,3	22,5	13,6	11,2
75+ Jahre	19,4	19,4	21,6	20,6	15,3	15,1
<b>65+ Jahre</b>	<b>15,9</b>	<b>17,9</b>	<b>18,0</b>	<b>21,7</b>	<b>14,4</b>	<b>13,2</b>

**Anteil Personen, die einen Spitexdienst innerhalb von zwölf Monaten in Anspruch genommen haben, nach Alter und Geschlecht**

G 7.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

**7.4 Informelle Hilfeleistung: Wer benötigt Hilfe, wer erbringt Hilfe, und welcher Art ist diese?**

Es gehört zu den Aufgaben des Staates, dafür zu sorgen, dass im richtigen Moment jedes Gemeinschaftsmitglied diejenige (medizinische) Hilfe erhält, die es benötigt<sup>5</sup>. Der Staat übernimmt diese Aufgabe, indem er entsprechende Strukturen selbst aufbaut oder finanziell unterstützt. Neben dem zur-Verfügung-Stellen eines für die Bedürfnisse betagter Personen adäquaten formellen Gesundheitsversorgungssystems (z.B. Spitex-Dienst) stellt die Möglichkeit, bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Alter auf informelle Hilfe zurückgreifen zu können, einen wichtigen Aspekt dar, um einen dauerhaften Spital- oder Pflegeheimenritt zu verhindern bzw. zu verzögern.

4% der 65- bis 74-Jährigen und 14% der ab 75-jährigen Frauen und Männer geben an, in den letzten sieben Tagen mindestens einmal eine familiäre oder nachbarschaftliche Hilfe erhalten zu haben (T7.10). Dies sind insgesamt mehr als 87'000 Personen.

Der Anteil der älteren Frauen, die angeben, eine solche informelle Hilfeleistung erhalten zu haben, ist mit 5% doppelt so hoch, wie derjenige der gleichaltrigen Männer mit 2%. Jede sechste Frau ab 75 Jahren konnte in der Woche vor der Befragung auf eine familiäre oder nachbarschaftliche Hilfe zurückgreifen.

**T7.10 Anteil ältere Personen, die in den letzten 7 Tagen informelle Hilfe erhalten haben, Art der erhaltenen Hilfe und Aufteilung nach Alter und Hilfeleistenden (in %)**

Alter	Hilfe erhalten	Wer hat Hilfe geleistet? (% der Anzahl Nennungen)				Art der erhaltenen Hilfe (% der Anzahl Nennungen)			
		Partner	Tochter/Sohn	Andere Familienmitglieder	Nachbarn/Bekannte	Einkaufen Haushalt Mahlzeiten	Krankentransport/Gesellschaft leisten	Administratives	Andere Formen von Hilfe (z.B. Pflege)
65-74 Jahre	4,0	(26,2)	41,8	(9,4)	22,6	62,8	(15,8)	(6,0)	(15,4)
75+ Jahre	13,6	20,7	32,5	17,0	29,8	57,9	15,3	11,2	15,6
<b>65+ Jahre</b>	<b>7,7</b>	<b>22,5</b>	<b>35,4</b>	<b>14,6</b>	<b>27,5</b>	<b>59,6</b>	<b>15,4</b>	<b>9,4</b>	<b>15,6</b>

Die Zahlen in (...) beziehen sich auf weniger als 30 Beobachtungen

<sup>5</sup> Abelin Th, Santos-Eggimann B (2002): Ziel 5: Altern in Gesundheit. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Bern. S. 18-19.

Wichtigste Quellen informeller Hilfeleistungen bei den älteren Personen sind für beide Alterskategorien jeweils die eigenen Kinder. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Nachbarschaftshilfe (Nachbarn oder Bekannte) sowie Unterstützung durch weitere Familienmitglieder etwas an Bedeutung, während diejenige des (Ehe-) Partners an Bedeutung verliert, sei es, weil dieser selbst mit zunehmendem Alter auf Hilfe angewiesen oder bereits verstorben ist.

Rund 60% der bei den älteren Personen erbrachten informellen Hilfeleistungen betreffen Haushaltstätigkeiten (wie Einkaufen gehen, Haushalt erledigen oder Mahlzeiten zubereiten). Mobilitätshilfe (Krankentransport) und Gesellschaft leisten machen 15% aus, das Erledigen administrativer Arbeiten weitere 10%. Die restlichen 15% betreffen anderweitige informelle Hilfeleistungen, wie z.B. Pflegetätigkeiten, Betreuung übriger Familienmitglieder, finanzielle Zuwendungen oder Vermittlung von Hilfe oder einer Organisation.

Neben der Möglichkeit, bei Krankheit oder Gebrechen auf eine Person zurückgreifen zu können, die einen pflegt, den Haushalt besorgt oder administrative Dinge erledigt, ist es auch wünschenswert, sich bei persönlichen (psychischen) Problemen an eine Person wenden zu können, mit der man persönliche Dinge besprechen kann. Bezüglich des Vorhandenseins einer Vertrauensperson zeigt sich über die Jahre hinweg eine gewisse Stabilität (T7.11): Der Anteil an älteren Personen, der über keine Vertrauensperson verfügt, liegt unabhängig vom Geschlecht bei allen drei Erhebungszeitpunkten zwischen 7 und 9%. 3% der älteren Personen haben nicht nur keine Vertrauensperson, an die sie sich wenden können, sondern vermissen auch eine solche.

Viele ältere Personen (zwischen 29 und 41%) sind Mitglied in einem Verein, einem Klub oder einer Partei. Die Möglichkeit, dort Kontakte knüpfen zu können und gegen eine mögliche Vereinsamung im Alter vorzubeugen, kann als sehr bedeutsam betrachtet werden. In den letzten zehn Jahren ist der Anteil der älteren Personen, der in einem Verein ist, praktisch gleich geblieben.

## 7.5 Schlussfolgerungen

Der Gesundheitszustand der Mehrheit der älteren Frauen (90%) und der älteren Männer (95%) in der Schweiz lässt ein Wohnen in privaten Haushalten zu (Volkzählung 2000). Eine Vielzahl dieser Personen lebt ohne fremde Hilfe von aussen und kann ohne gravierende gesundheitliche Einschränkungen ihren Lebensabend geniessen. Jede zweite Person zwischen 65 und 74 Jahren (Frauen: 53%; Männer 45%) und 46% der über 75 Jährigen (Frauen: 45%; Männer 47%) ist gesund genug, um regelmässig anderen Personen helfen zu können.

Mit wenigen Ausnahmen ist der Gesundheitszustand älterer Frauen anhand der hier präsentierten Variablen schlechter als derjenige der älteren Männer. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich auch bei den jüngeren Altersgruppen finden. Frauen haben trotz schlechterem Gesundheitszustand eine höhere Lebenserwartung (auch bei guter Gesundheit) als Männer. Theoretisch bestehen dazu verschiedene Erklärungsmöglichkeiten. Kranke Männer haben im Vergleich zu kranken Frauen möglicherweise eine kürzere Überlebenszeit. Auch könnte die Krankheit der Männer durchschnittlich schwerer sein als bei Frauen. Ob und wie weit der Verlust des Lebensinhal-

**T7.11 Anteil ältere Personen, denen eine Vertrauensperson fehlt und eine solche ebenfalls vermissen, sowie Mitglied eines Vereins sind, nach Alter und im Zeitvergleich 1992, 1997 und 2002 (in %)**

Alter	Keine Vertrauensperson haben			Vermissen einer Vertrauensperson			Mitglied in Verein, Klub oder Partei		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
65-74 Jahre	9,1	9,4	7,7	3,5	4,2	2,3	41,2	40,2	41,2
75+ Jahre	8,8	9,3	7,4	3,1	5,4	2,8	32,0	31,1	29,0
<b>65+ Jahre</b>	<b>9,0</b>	<b>9,4</b>	<b>7,6</b>	<b>3,4</b>	<b>4,7</b>	<b>2,5</b>	<b>38,0</b>	<b>36,4</b>	<b>36,0</b>

tes (z.B. Pensionierung bei Männern) einen Einfluss auf die Gesundheit und Lebenserwartung hat, ist kaum quantifizierbar. Weiter werden biologische und soziale Faktoren (wie zum Beispiel Familien- und Arbeitssituation oder Gesundheitsverhalten) zur Erklärung dieses Geschlechtsunterschiedes im Gesundheitszustand postuliert<sup>6</sup>.

Die Analyse der in diesem Kapitel präsentierten Gesundheitsindikatoren lässt den Schluss zu, dass sich der Gesundheitszustand der älteren Frauen und Männer in der Schweiz (in Übereinstimmung mit anderen Studien) in den letzten zehn Jahren verbessert hat. Der Anteil der älteren Frauen und Männer, der ihren Gesundheitszustand als schlecht beurteilt, ist tiefer als noch vor fünf oder zehn Jahren. Zudem zeigt sich eine stark verbesserte psychische Ausgeglichenheit und eine Abnahme von Behinderungen (Geh-, Seh-, Hör- und ADL-Behinderungen). Falls sich der bisherige Trend der Verbesserung der gesundheitlichen Situation der älteren Personen in der Schweiz bestätigt, so ist mit einer Erhöhung der Lebensjahre, die behinderungsfrei gelebt werden können bzw. mit einer Erhöhung der Lebenserwartung bei guter Gesundheit zu rechnen<sup>7</sup>.

Der verbesserte Gesundheitszustand der älteren Personen müsste sich eigentlich auf eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (Arzt, Spital und Spitex) auswirken. Dies ist aber nicht der Fall. Der Anteil der älteren Personen, der einen Arzt konsultiert hat, ist gegenüber 1992 stabil geblieben. Auch ist der Anteil der älteren Personen mit einem Spitalaufenthalt gestiegen, jedoch bei kürzerer Verweildauer. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex ist ebenfalls nicht zurückgegangen. Der Anteil derjenigen Personen ab 65 Jahren, der in den letzten 7 Tagen Medikamente konsumiert hat, ist gegenüber 1992 gestiegen. Die intensivere Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems dürfte zumindest teilweise zu dieser Verbesserung des Gesundheitszustandes der Personen ab 65 Jahren beigetragen haben.

<sup>6</sup> Siehe hierzu auch BAG (2004): Frauengesundheit – Männergesundheit. [http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/fm\\_gesundheit\\_lang.pdf](http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/fm_gesundheit_lang.pdf) (Zugriff am 24.03.2005).

<sup>7</sup> Dies in Übereinstimmung mit Höpflinger F, Hugentobler V (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Verlag Hans Huber.







# Publikationsprogramm BFS

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

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

<i>Diffusionsmittel</i>	<i>Kontakt</i>
Individuelle Auskünfte	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
Das BFS im Internet	www.statistik.admin.ch
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	www.news-stat.admin.ch
Publikationen zur vertieften Information (zum Teil auch als Diskette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Online-Datenbank	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

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

## Gesundheit

- Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Erste Ergebnisse, Leporello, Neuchâtel 2003, Bestell-Nr. 213-0201
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Standardtabellen Niveau Schweiz, CD-Rom, Neuchâtel 2004, Bestell-Nr. 213-0205-01, Basispreis Fr. 300.– (Preis für kommerzielle Nutzung auf Anfrage)
- Enquête suisse sur la santé 2002, Rapport de méthodes, Neuchâtel 2005, Bestell-Nr. 338-0030, 69 Seiten, gratis
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997, Neuchâtel 2000, Bestell-Nr. 213-9701, 132 Seiten, Fr. 19.–
- Schweizerische Gesundheitsbefragung, Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz, Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997, Neuchâtel 2002, Bestell-Nr 213-9707, 115 Seiten, Fr. 16.–
- Todesursachenstatistik, Ursachen der Sterblichkeit 2001 und 2002, Neuchâtel 2005, Bestell-Nr. 069-0200, 72 Seiten, Fr. 9.–
- Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich, Ambulante Suchtberatung 2002, Neuchâtel 2004, Bestell-Nr 229-0200, 90 Seiten, Fr. 12.–
- Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2002, Detaillierte Ergebnisse 2002 und jüngste Entwicklung, Neuchâtel 2004, Bestell-Nr 026-0200, 67 Seiten, Fr. 10.–
- Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960-2000 StatSanté 1/03, Neuchâtel 2003, Bestell-Nr. 516-0301, 30 Seiten, gratis
- Medizinische Statistik 2003, Tabellen der Gesundheitsstatistik, Resultate (Standardtabellen), BFS Aktuell, Neuchâtel Februar 2005, Bestell-Nr 532-0501-05, gratis
- Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2003, Tabellen zu den Gesundheitsstatistiken, Resultate (Standardtabellen), BFS Aktuell, Neuchâtel Februar 2005, Bestell-Nr 532-0502-05, gratis
- Beschäftigte im Gesundheitswesen, Fakten und Trends auf der Basis der Daten der Betriebszählungen 1995, 1998 und 2001, StatSanté 2/2004, Bestell-Nr 516-0402, 23 Seiten, gratis

Dieser Bericht zeigt ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation der Schweizer Bevölkerung. Er beschreibt den Gesundheitszustand und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter. Ein besonderes Augenmerk wird auf die gesundheitliche Situation von Jugendlichen und von Personen ab 65 Jahren gerichtet. Die Beschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsdienste und informeller Hilfeleistungen sowie der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit runden das Bild ab. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist Bestandteil des statistischen Mehrjahresprogramms des Bundes und wird alle 5 Jahre durchgeführt. Nach 1992 und 1997 fand die Schweizerische Gesundheitsbefragung im Jahre 2002 zum dritten Mal statt – rund 19'700 Personen wurden befragt.

Erstmalig werden mit diesem Bericht die Veränderungen zwischen 1992 bis 2002 im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten detailliert beschrieben.

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

*Bestellnummer*

213-0206

*Bestellungen*

Tel.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

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

*Preis*

Fr. 14.– (exkl. MwSt)

ISBN 3-303-14090-1

