



# Valeurs

## Gesundheit

Ein Informationsmagazin des Bundesamtes für Statistik – Ausgabe 1/2016





---

# Gesundheit statistisch erfassen

---

**Dr. MBA Georges-Simon Ulrich**

Direktor des Bundesamtes für Statistik  
Neuchâtel/Schweiz



Denken wir an Gesundheit, denken wir oftmals auch an Krankheiten. Dabei ist die Gesundheit nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit, sondern gemäss der Weltgesundheitsorganisation ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Lange hat die öffentliche Statistik nur Krankheiten erfasst, insbesondere diejenigen, die zum Tode führen. Die Statistik der Todesursachen reicht bis ins Jahr 1876 zurück. Die Auswertungen über die Jahrzehnte eröffnen eine historisch spannende Zeitreise in die Lebensumstände früherer Gesellschaften. Christoph Junker gibt einen Einblick in die häufigsten Todesursachen der letzten Jahre (S. 14). Heute interessiert auch, aufgrund welcher Beschwerden ein Spitalaufenthalt notwendig wird oder, präziser: welches die häufigsten Diagnosen und Behandlungen sind. Diese werden mittels medizinischer Klassifikationen erfasst. Für welche Zwecke diese Daten verwendet werden, erklärt Katharina Fehst (S. 17).

Seit den 1990er-Jahren beschäftigt man sich intensiver mit Fragen der Prävention und den Gründen, die eine gute Gesundheit ausmachen. Mit der Gesundheitsbefragung hat das Bundesamt für Statistik (BFS) 1992 erstmals gesunde Menschen nach ihrem Wohlbefinden befragt. Wie diese Erhebung die Gesundheit ganzheitlich erfasst, erklärt Marco Storni (S. 8). Mehr und mehr hat sich die Erkenntnis etabliert, dass Lebensumstände und Verhaltensweisen die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen: Ralph Krieger und Jean-François Marquis stellen zwei Erhebungen vor, die die Wechselbeziehung von Arbeit und Gesundheit aufzeigen (S. 21). Der Beitrag von Renaud Lieberherr gibt einen aktuellen Überblick über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung (S. 11) und Martine Kaesers Beitrag thematisiert die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Klassen (S. 19). Auch die Umwelt hat einen vielfältigen Einfluss auf unsere Gesundheit. Deshalb ist es auch von grossem Interesse, zu wissen, wie es unserer Umwelt geht. Wie die Bevölkerung den Umweltzustand wahrnimmt, beschreibt Laurent Zecha (S. 25).

Der Mensch bewegt sich in einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Um gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden, investiert unsere Gesellschaft viele Ressourcen. Es ist eine grosse Herausforderung das Schweizer Gesundheitssystem bezahlbar zu behalten. Damit wir wissen, wie hoch die direkten Kosten sind, braucht es ein Monitoring der Ausgaben. Auf Seite 28 erklären Michael Lindner und Ulrich Wagner die Chemie der Synthesestatistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*.

Mit der Agenda *Gesundheit2020* hat der Bundesrat 2013 eine umfassende Strategie verabschiedet, mit der das Gesundheitssystem weiterentwickelt werden soll. Ziele und Massnahmen dieser Strategie werden auf Seite 4 von Sabina Helfer vorgestellt.

Monika Diebold beschreibt auf Seite 31 wie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium den Bund und die Kantone bei relevanten Fragestellungen zum Gesundheitsbereich unterstützt.

Die Gesundheit ist sowohl für das Individuum wie auch die Gesellschaft von zentraler Bedeutung. Verlässliche Daten, die die Gesundheit statistisch erfassen, ermöglichen es, den Überblick in diesem komplexen Gefüge zu behalten.

Ich wünsche Ihnen eine unterhaltsame Lektüre.



---

# Qualität unserer Gesundheitsversorgung ist weder Zufall noch selbstverständlich

---

**Die Schweiz verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem mit hoher Versorgungsqualität. Doch was heute selbstverständlich ist, könnte gefährdet sein, wenn sich das Gesundheitswesen nicht rechtzeitig auf die grossen Herausforderungen der Zukunft ausrichtet. Mit der Agenda *Gesundheit2020* will es der Bundesrat in allen Bereichen so verbessern, dass die Menschen in der Schweiz auch weiterhin überall und in hoher Qualität versorgt werden.** Sabina Helfer

---

Die Schweizer Bevölkerung ist zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem. Der einfache und garantierte Zugang zu medizinischen Leistungen und eine breite Auswahl an Versicherern und Anbietern von Gesundheitsdiensten sind heute selbstverständlich. Die in hoher Qualität erbrachten Leistungen ermöglichen uns allen eine hohe Lebensqualität und eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit. Dieser hohe Standard hat allerdings seinen Preis: 11,4 Prozent des Schweizer Bruttoinlandproduktes (BIP) flossen im Jahr 2012 in die Gesundheitsversorgung – der OECD-Durchschnitt lag 2012 bei 9,3 Prozent. Eine der grossen Herausforderungen, die auf uns zukommen, ist, das Schweizer Gesundheitssystem bezahlbar zu behalten. Für alle – nicht nur für Personen mit hohem Einkommen oder Vermögen.

## Heute die Herausforderungen von morgen gehen

Die wachsenden Kosten sind nicht die einzige Herausforderung, für die wir eine Lösung finden müssen. Der Bundesrat hat vier grosse Problem-bereiche identifiziert:

- *Erstens* werden die *chronischen Krankheiten* aufgrund der demografischen Veränderungen zunehmen. Wir werden dank dem medizinisch-technischen Fortschritt immer älter. Aber damit wird es auch immer mehr Menschen geben in der Schweiz, die an chronischen Krankheiten leiden.
- *Zweitens* wird sich in der Folge die Versorgung wandeln müssen und zwar bezüglich des Umfangs wie auch der *Ausgestaltung des Angebots*. Die Leistungen müssen stärker auf die Krankheitsvorsorge sowie die Langzeitversorgung bei chronischen Krankheiten ausgerichtet werden.

- *Drittens* muss, es wurde bereits angetönt, die *Finanzierung* des wachsenden Gesundheits-sektors gesichert werden. Der medizinische Fortschritt, die zunehmende Nachfrage nach Leistungen sowie demografische Veränderungen treiben die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung in die Höhe. Dadurch wächst der Druck auf das System der Prämienverbilligungen stetig. Rund 29 Prozent der Versicherten wurden 2012 mit Prämienverbilligungen bei der obligatorischen Krankenversicherung unterstützt.
- *Viertens* müssen die mangelnde *Steuerbarkeit* und die *fehlende Transparenz* behoben werden. Das Gesundheitssystem ist äusserst komplex, die Verantwortlichkeiten sind auf viele verschiedene Schultern verteilt – von den Patientinnen und Patienten, Ausbildungsinstitutionen, Leistungserbringenden über Non-Profit-Organisationen, Gemeinden, Kantone bis zum Bund.

## Ganzheitliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Mit der Agenda *Gesundheit2020* hat der Bundesrat im Januar 2013 eine breit abgestützte, umfassende Strategie verabschiedet, mit der das Gesundheitssystem als Ganzes weiter entwickelt werden soll. Seither werden 36 aufeinander abgestimmte Massnahmen in allen Bereichen umgesetzt. Das Ziel ist, die Versorgungsqualität zu erhöhen, die Lebensqualität zu sichern, die Chancengleichheit zu stärken und die Transparenz zu verbessern. Im Zentrum der Massnahmen stehen die Menschen und ihr Wohlbefinden. Das Gesundheitssystem soll um sie und ihre Bedürfnisse herum weiter entwickelt werden.

## Die Ziele



### Intensiver Dialog mit allen wichtigen Akteuren

Unter den 36 Massnahmen, die bis 2020 schrittweise und aufeinander abgestimmt verwirklicht werden sollen, hat der Bundesrat für das Jahr 2014 zwölf priorisiert. Sie wurden in einem intensiven Dialog mit den beteiligten Akteuren erarbeitet und aufgesetzt. Einzelne Massnahmen wie der Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung wurden in speziellen Gremien behandelt. Wo nötig, wurden offene Diskussionspunkte an Runden Tischen bereinigt. Solche Diskussionsrunden fanden zum Beispiel zum Thema Medikamentenpreise, zur Steuerung des ambulanten Bereichs und zum Thema Versorgungsqualität statt. In enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren entstanden u.a. die folgenden Vorlagen:

#### – Qualität der medizinischen Versorgung verbessern

Der Bundesrat will die Sicherheit und Qualität des Gesundheitssystems weiter steigern. Konkret sollen die Qualität der medizinischen Leistungen besser gemessen und anerkannte Standards für die Patientensicherheit verbindlich eingeführt werden. Dafür werden natio-

nale Qualitätsprogramme lanciert und Qualitätsindikatoren entwickelt. Ausserdem sollen die Leistungen systematisch auf ihren Nutzen und zweckmässigen Einsatz überprüft sowie Gesundheitstechnologien bewertet werden (*Health Technology Assessment, HTA*). Der Bundesrat schlägt vor, bestehende Aktivitäten in der Qualitätssicherung zu koordinieren und zu stärken sowie Bund, Kantone und Leistungserbringer mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten zu unterstützen. Nach der Vernehmlassung eines Gesetzesentwurfs für ein Netzwerk auf nationaler Ebene wurden die Diskussionen in einem konstruktiven Dialog mit den Akteuren weitergeführt, aus dem im Dezember 2015 ein Vorschlag zuhanden des Parlaments hervorging.

#### – Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen

Bessere Daten helfen, Krebserkrankungen besser zu verstehen. Mit einer schweizweit einheitlichen Krebsregistrierung können Prävention, Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen verbessert werden. Der Bundesrat hat einen Entwurf des Gesetzes und die entsprechende Botschaft ans Parlament überwiesen.

– **Massnahmen zur Verhinderung von Über und Unterversorgung (Teilrevision KVG)**

Die Kantone sollen durch die geplante Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Möglichkeit erhalten, das ambulante Angebot dauerhaft zu steuern und so eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten. Der Bundesrat schlägt dazu eine Lösung vor, mit der die Kantone – unter Einbezug der interessierten Kreise – bei einer Überversorgung die Zulassung von Leistungserbringern beschränken und bei einer Unterversorgung Fördermassnahmen treffen können.

– **Bundesgesetz zum Schutz vor nicht-ionisierender Strahlung und Schall**

Nichtionisierende Strahlung wird unter anderem von Laserpointern, Medizinlasern oder von Solarien erzeugt. Der Bundesrat will die Bevölkerung mit einem neuen Gesetz besser vor gesundheitlichen Gefährdungen schützen, die von nicht-ionisierender Strahlung (NIS) und Schall ausgehen.

– **Tabakproduktegesetz**

Der Bundesrat will die Massnahmen zum Schutz junger Menschen vor dem Tabakkonsum verstärken. Das ist das Hauptziel des Entwurfs zum Tabakproduktegesetz, das 2014 eine Vernehmlassung durchlief.

– **Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe: neue rechtliche Grundlage im Interesse der öffentlichen Gesundheit**

Die Qualität der Ausbildung in Gesundheitsberufen an Fachhochschulen soll gefördert werden. Dies will der Bundesrat unter anderem mit einem neuen Gesundheitsberufegesetz sicherstellen. Ein entsprechender Entwurf ist in der Vernehmlassung positiv aufgenommen worden.

– **Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen**

Die Pflege und Betreuung kranker Familienmitglieder durch Angehörige wird künftig noch wichtiger. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Gesundheitssystem für deren vollumfängliche professionelle Pflege weder über die personellen noch über die finanziellen Ressourcen verfügt. Der Bundesrat lanciert deshalb verschiedene Massnahmen, um Angehörige zu unterstützen und prüft, wie die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit zusätzlich gefördert werden kann.

– **Bericht Psychische Gesundheit**

Die Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung psychischer Krankheiten soll mit gezielten Massnahmen gestärkt werden. Als Grundlage für zukünftige Einschätzungen und Entscheide entstand im 2014 aus einer Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Gesundheitsförderung Schweiz der *Dialog-Bericht Projekt Psychische Gesundheit*, der im Sommer dem Bundesrat unterbreitet wurde.

Im Jahr 2015 wurden in den Bereichen *Verbesserung der Qualität, Optimale Ausbildung des Gesundheitspersonals* und *Kampf gegen nicht-übertragbare Krankheiten* wegweisende Fortschritte erzielt.

**Koordinierte Versorgung im Fokus der zweiten nationalen Konferenz**

Am 26. Januar 2015 trafen sich in Bern auf Einladung von Bundesrat Alain Berset und von Philippe Perrenoud, Präsident der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, mehr als 400 Akteure des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik zur *zweiten nationalen Konferenz Gesundheit2020*. Im Vordergrund der bereichsübergreifenden Diskussionen stand die Frage, wie die medizinische Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten noch besser koordiniert werden kann. In seinem Schlusswort betonte Bundesrat Alain Berset, die Vielfältigkeit der Rollen im Gesundheitswesen sei eine Bereicherung, müsse aber gut koordiniert und organisiert werden. Er versprach, alle Beteiligten auch weiterhin aktiv in die Erarbeitung von Lösungen einzubeziehen. Damit diese auch erfolgreich umgesetzt werden könnten, brauche es Kommissbereitschaft – von allen Akteuren.

Die dritte Nationale Konferenz *Gesundheit2020* findet am 1. Februar 2016 in Bern statt. Sie ist dem Thema Fehlversorgung im Sinne von nicht angemessenen medizinischen und pflegerischen Leistungen gewidmet.

**Sabina Helfer** ist in der Abteilung Kommunikation und Kampagnen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zuständig für das Dossier *Gesundheit2020*

# Gesundheit: Die wichtigsten Zahlen

<b>Gesundheit der Bevölkerung</b>	<b>2012</b>
Bevölkerungsanteil mit guter bis sehr guter selbstwahrgenommener Gesundheit (%-Anteile der Bevölkerung ab 15 Jahren)	82,8
Bevölkerungsanteil mit einem langdauernden Gesundheitsproblem (%-Anteile der Bevölkerung ab 15 Jahren)	31,9
<b>Determinanten der Gesundheit</b>	<b>2012</b>
Anteil der körperlich inaktiven Bevölkerung (in % der Bevölkerung ab 15 Jahren)	10,7
Männer	8,7
Frauen	12,7
Anteil der täglich Alkohol konsumierenden Personen (in % der Bevölkerung ab 15 Jahren)	13,0
Männer	17,4
Frauen	8,8
Anteil der Raucherinnen und Raucher (in % der Bevölkerung ab 15 Jahren)	28,2
Männer	32,4
Frauen	24,2
<b>Lebenserwartung</b>	
Bei der Geburt (Jahre)	<b>2014</b>
Männer	81,0
Frauen	85,2
In guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren (Jahre)	<b>2012</b>
Männer	12,5
Frauen	12,9
<b>Sterblichkeit</b>	<b>2013</b>
Säuglingssterblichkeit (in ‰) <sup>1</sup>	3,9
Sterbefälle davon	64 961
Krankheiten des Kreislaufsystems	21 512
Krebskrankheiten insgesamt	16 675
Unfälle insgesamt	2 597
Suizid	1 070
<b>Gesundheitsdienste und Personal</b>	<b>2014</b>
Krankenhausbetten/1000 Einwohner/innen <sup>4</sup>	4,6
Beherbergungsplätze/1000 Einwohner/innen <sup>4</sup> in den Alters- und Pflegeheimen	11,6
Anzahl Ärzte auf dem ambulanten Sektor/100'000 Einwohner/innen <sup>4</sup>	216
Anzahl Zahnärzte/100'000 Einwohner/innen <sup>4</sup>	51
<b>Leistungen und Inanspruchnahme</b>	
Arztbesuche 2012 <sup>2</sup> (%-Anteile der Bevölkerung ab 15 Jahren)	78,4
Zahnarztbesuche 2012 <sup>3</sup> (%-Anteile der Bevölkerung ab 15 Jahren)	66,0
Hospitalisierungsrate (Patienten) pro 1000 Einwohner in den Akutspitälern 2014 <sup>4</sup>	116,6
Beherbte Personen von 80 Jahren und mehr in Alters- und Pflegeheimen, in % der Bevölkerung von 80 Jahren und mehr (31.12.2014) <sup>4</sup>	16,9
<b>Kosten und Finanzierung</b>	<b>2013</b>
Gesundheitsausgaben pro Einwohner und Monat in Franken	713
Kostenanteil in % des BIP	10,9

<sup>1</sup> Säuglingssterblichkeit: Todesfälle im ersten Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene

<sup>2</sup> Mindestens eine Konsultation in den letzten 12 Monaten, inklusive Spezialisten und Gynäkologen

<sup>3</sup> Mindestens eine Konsultation in den letzten 12 Monaten

<sup>4</sup> Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende

Quelle: Bundesamt für Statistik

# Gesundheit ganzheitlich erfassen

Früher wurde Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit betrachtet. Doch dies sagt wenig über die Gesundheit selbst aus. Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit der Zustand eines umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Die Gesundheit einer Person hängt demnach nicht nur vom Zufall oder von ihrer Veranlagung ab. Wichtig sind auch Umwelt, Gesundheitssystem und Lebens- und Verhaltensweisen. Marco Storni

Der Mensch bewegt sich ständig auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Nebst der Frage, was den Menschen krank macht, muss man sich deshalb genauso fragen, was ihn gesund hält. Mit der Definition der WHO erhält die Gesundheit zusätzlich einen subjektiven Aspekt des Wohlbefindens. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung nimmt diese ganzheitliche und subjektive Sicht auf die Gesundheit auf, indem sie u.a. die Menschen nach der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes fragt. Und sie sieht Gesundheit durch die ökologische, soziale und kulturelle Umwelt, die Lebens- und Verhaltensweise der Einzelnen und die Leistungen des Gesundheitssystems beeinflusst.

Für die Planung von gesundheitspolitischen Strategien und Massnahmen ist es wichtig, über diese Faktoren im Bild zu sein. Die Schweiz erhebt deshalb wie beinahe alle anderen Länder regelmässig Daten, um Gesundheitsprobleme und ihre Entwicklungen zu erkennen und die Wirksamkeit von Präventionsprojekten und Programmen der Gesundheitsförderung zu überprüfen.

## Gesundheitsmodell



© BFS, Neuchâtel 2015

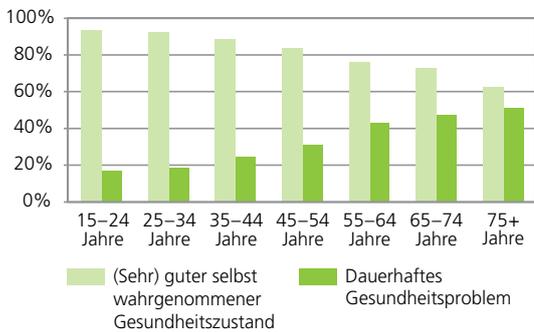
## Befragung im Rahmen der Volkszählung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist die einzige Gesundheitsstatistik, die eine ganzheitliche Sicht auf die Gesundheit verfolgt sowie die gesamte Bevölkerung einbezieht, unabhängig davon, ob diese krank oder gesund ist. Das ist wichtig; denn um herauszufinden, wer zum Arzt geht und wer nicht, oder wer an Rückenproblemen leidet und wer nicht, muss man die gesamte Bevölkerung befragen. Aus diesem Grund wird eine repräsentative Stichprobe aus der Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab dem Alter von 15 Jahren gezogen. Die gestellten Fragen betreffen den Gesundheitszustand, Krankheiten, persönliche und soziale Ressourcen, Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste, Krankenversicherungssituation, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Lebensstil und Risikoverhalten. Die Gesundheitsbefragung wird alle fünf Jahre als thematische Erhebung innerhalb der neuen Volkszählung durchgeführt. Viele Kantone haben Interesse an kantonalen Gesundheitsberichten und finanzieren deshalb zusätzliche Interviews für ihr Kantonsgebiet. Insgesamt wurden bei der letzten Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik 21'597 telefonische Interviews geführt und anschliessend schriftliche Fragebogen verschickt.

## Von Brillen bis zu Zahnsparungen

Die Ergebnisse der Befragung werden sowohl in thematischen Heften – beispielsweise zu Übergewicht oder Arbeitsbedingungen aufbereitet – als auch in umfassenden Tabellensets publiziert. Die über 160 Standardtabellen geben eine Übersicht über den Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten. Aus ihnen erfährt man beispielsweise, dass 64 Prozent der Bevölkerung Brillen- oder Kontaktlinsenträger sind und 28 Prozent einmal in ihrem Leben eine Zahnsparung getragen haben.

## Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2012



Quelle: BFS – SGB

© BFS, Neuchâtel 2015

Die Resultate fliessen zudem auch in unterschiedliche Indikatorensets ein, die thematisch über aktuelle Entwicklungen informieren. Beispiele dafür sind die Wohlfahrtsmessung oder der Stand der nachhaltigen Entwicklung in der Schweiz. Zudem wird der Datensatz für die Forschung zur Verfügung gestellt. So konnten rund 60 Forschungsprojekte mit den Daten der vorangehenden Gesundheitsbefragung realisiert werden, die sich hauptsächlich entweder mit Fragen zur Gesundheitsförderung oder mit dem Gesundheitssystem beschäftigen. Auch die Kantone verwenden die Daten als Grundlage für die Planung von Projekten zur Gesundheitsförderung sowie zur Überprüfung von deren Wirksamkeit.

## Gesunde Schweizerinnen und Schweizer

Ein Grossteil der Bevölkerung schätzte ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der Gesundheitsbefragung von 2012 als gut oder sehr gut ein. Gleichzeitig bekundete beinahe jede dritte Person ein dauerhaftes gesundheitliches Problem. Nahezu vier von fünf Personen suchten im Verlauf des letzten Jahres eine Ärztin oder einen Arzt und zwei Drittel eine Zahnarztpraxis auf. Zwei von fünf Personen hatten Rückenschmerzen, wobei diese bei weniger als zehn Prozent stark waren. Drei von vier in der Schweiz lebenden Personen waren in den letzten Jahren ausreichend körperlich aktiv. Es treiben mehr Menschen Sport als noch vor zehn Jahren, aber trotzdem leiden mehr Personen an Übergewicht, vor allem Männer. Sechs Prozent aller Nichtraucherinnen und Nichtraucher sind täglich mindestens eine Stunde dem Tabakrauch von anderen ausgesetzt. Der Anteil der von Alkohol abstinenten Personen ist seit 1992 ungefähr gleich geblieben. Und: Die soziale Stellung

der Menschen beeinflusst ihre Gesundheit stark. Solche und andere Erkenntnisse können aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 gezogen werden.

## Internationale und zeitliche Vergleichbarkeit

Um die Daten international vergleichbar zu machen, wurden die schweizerischen Erhebungsinstrumente zunächst in Zusammenarbeit mit der WHO entwickelt. Auch ein von Eurostat ausgearbeiteter Fragebogen des European Health Interview Surveys (EHIS) fand Eingang in die Schweizerische Gesundheitsbefragung. Zahlreiche EU-Staaten produzieren untereinander und mit der Schweiz vergleichbare Gesundheitsdaten, so auch Deutschland, Frankreich und Österreich.

In der Schweiz liegen mittlerweile fünf Erhebungen über einen Zeitraum von 20 Jahren vor, wodurch die zeitliche Vergleichbarkeit eine immer grössere Rolle spielt. Die zentralen Themen der Erhebung bleiben über die Zeit die Gleichen und garantieren die Beobachtung von Trends und Entwicklungen. So hat sich beispielsweise die Zahl der stark übergewichtigen Personen in der Schweiz in den letzten 20 Jahren verdoppelt.

Weitere Informationen: [www.sgb12.bfs.admin.ch](http://www.sgb12.bfs.admin.ch)

**Marco Storni** leitet den Bereich «sozialwissenschaftliche Erhebungen» in der Sektion Gesundheit und ist Projektleiter der Gesundheitsbefragung des BFS



---

## «No sports»

---

**Wir leben länger und gesünder, wenn wir uns ausreichend bewegen, uns gesund ernähren, weder Tabak noch Alkohol oder Drogen konsumieren und kein riskantes Sexualverhalten haben. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung untersucht das Gesundheitsverhalten der Schweizerinnen und Schweizer.** Renaud Lieberherr

---

**N**o sports! war angeblich die Antwort Winston Churchills auf die Frage eines Journalisten, wie er denn als passionierter Zigarrenraucher und Liebhaber von Whisky und Champagner sein hohes Alter erreicht habe. Winston Churchill hatte wohl Glück oder gute Gene und wurde 91 Jahre alt.

Churchills provokative Antwort unterschätzt den gesundheitlichen Stellenwert einer körperlichen Betätigung, denn unser Verhalten trägt zu unserem Gesundheitszustand bei. Wer nicht raucht, wenig Alkohol konsumiert, sich ausreichend bewegt, fünfmal am Tag eine Portion Obst oder Gemüse zu sich nimmt und auch kein riskantes Freizeitverhalten ausübt, bleibt eher gesund, als eine Person mit risikoreichem Gesundheitsverhalten. Das ist epidemiologisch erwiesen. Deshalb sollte man sich lieber an ein anderes Churchill Zitat halten: *«I never worry about action, but only about inaction.»*

Was die Bewegung anbelangt, so verhalten sich viele Schweizerinnen und Schweizer beispielhaft. Weniger Rauchen, weniger Alkohol und weniger Essen könnten allerdings nicht schaden. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 zeigt das Gesundheitsverhalten der Schweizerinnen und Schweizer anhand wissenschaftlich erwiesener Risikofaktoren auf.

### Risikofaktoren für die Gesundheit

Rund 15 Prozent aller Todesfälle in der Schweiz stehen gemäss einer Analyse der Gesundheitsbefragung und der Todesursachenstatistik mit Tabakkonsum im Zusammenhang. Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Problemen, chronischen Atemwegserkrankungen sowie bösartigen

Tumoren von Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Nieren und Bauchspeicheldrüse. Auch Alkoholkonsum kann eine Ursache für vorzeitige Sterblichkeit sein und beeinträchtigt sowohl die körperliche als auch die psychische und soziale Gesundheit. Er erhöht das Risiko von Unfällen und Verletzungen, von Gewaltbereitschaft, frühzeitiger Behinderung, Arbeitsausfällen und sozialer Ausgrenzung.

Erhebliches Suchtpotential bringt der Konsum von Opiaten und Kokain mit sich. Er kann massive Auswirkungen auf die Gesundheit und die sozialen Beziehungen einer Person haben. Cannabis besitzt ebenfalls ein Suchtpotential, aber auch die Gefahr von negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung.

Äusserst wichtig ist regelmässige Bewegung. Sie beugt sowohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch Rückenbeschwerden, Darm- oder Brustkrebs, Diabetes und Übergewicht vor. Allerdings birgt Sport ein gewisses Unfallrisiko.

Die Ernährung ist zentral für die Aufrechterhaltung der Gesundheit. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf von sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch weitere verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Medikamentenmissbrauch und ein riskantes Sexualverhalten werden in der Gesundheitsbefragung thematisiert.

### Sportliche und ernährungsbewusste Bevölkerung

Erfreulich ist, dass 57 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer ab 15 Jahren 2012 angaben, Sport zu treiben. 72 Prozent der Bevölkerung erfüllten gar die

aktuellen Bewegungsempfehlungen<sup>1</sup>. Damit ist der Anteil der Personen, die sich in ihrer Freizeit ausreichend körperlich bewegten, seit 2002 um 10 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der gänzlich Inaktiven ist im selben Zeitraum von 18 Prozent auf 11 Prozent gesunken.

Auch was die Ernährung anbelangt verhielt sich ein grosser Anteil der Bevölkerung den eigenen Angaben nach vernünftig. 68 Prozent gaben 2012 an, auf bestimmte Aspekte ihrer Ernährung zu achten. Dieses Bewusstsein war bei den Männern mit 61 Prozent weniger ausgeprägt als bei den Frauen mit 75 Prozent. Von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ernähren sich nur 50 Prozent bewusst.

### Verändertes Rauchverhalten

Trotz Bewegung und Ernährungsbewusstsein leiden in der Schweiz 39 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen an Übergewicht. Männer sind mit 11 Prozent auch häufiger adipös, also stark übergewichtig, als Frauen mit 9 Prozent. Der Anteil der Übergewichtigen steigt mit zunehmendem Alter. Ab 35 Jahren ist die Mehrheit der Männer übergewichtig oder adipös. Trotzdem gehört die Schweiz zu den Ländern mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Personen.

2012 rauchte mehr als ein Viertel der Bevölkerung, nämlich insgesamt 28 Prozent. Nur bei den Männern war in den letzten 20 Jahren eine leichte Abnahme zu beobachten. Trotz stabiler Raucherzahlen haben sich die Rauchgewohnheiten verändert. Der Anteil der Personen, die 20 Zigaretten oder mehr pro Tag rauchten, hat sich innert zweier Jahrzehnte von 12 Prozent auf 7 Prozent

nahezu halbiert. Während 2007 noch 16 Prozent der Nichtraucher täglich mindestens eine Stunde dem Tabakrauch von Anderen ausgesetzt waren, lag dieser Anteil 2012 bei 6 Prozent. Nach wie vor sind vor allem Jugendliche und junge Erwachsene dem Passivrauchen ausgesetzt.

83 Prozent der Bevölkerung tranken Alkohol, wobei der Konsum bei Männern weitaus häufiger war als bei Frauen. 68 Prozent der Männer und 46 Prozent der Frauen tranken mindestens einmal in der Woche Alkohol, jeder sechste Mann und fast ein Drittel der über 65-Jährigen täglich. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Alkoholkonsum eher sporadisch, dafür teilweise unkontrolliert. Bei den Männern dieser Altersgruppe trat vor allem Rauschtrinken vermehrt auf: 8 Prozent taten dies wöchentlich und weitere 28 Prozent monatlich.

### Jeder Vierte hat Erfahrung mit illegalen Drogen

Cannabis war 2012 die in der Schweiz am häufigsten konsumierte Droge. 31 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen unter 75 Jahren haben im Leben schon einmal Cannabis geraucht. Bei vier von fünf Personen der 25- bis 75-Jährigen handelt es sich dabei um ein vorübergehendes Phänomen. 2012 konsumierten 19 Prozent der 15- bis 24-jährigen Männer während der letzten zwölf Monate Cannabis, davon 28 Prozent mindestens einmal pro Woche. Bei den Frauen betragen diese Werte 11 Prozent, respektive 19 Prozent. Von den Personen über 45 Jahren rauchten während eines Jahres lediglich 2 Prozent Cannabis.

Nach Cannabis ist Kokain die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2012 hatten 5 Prozent der Personen zwischen 15 und 49 Jahren in ihrem Leben

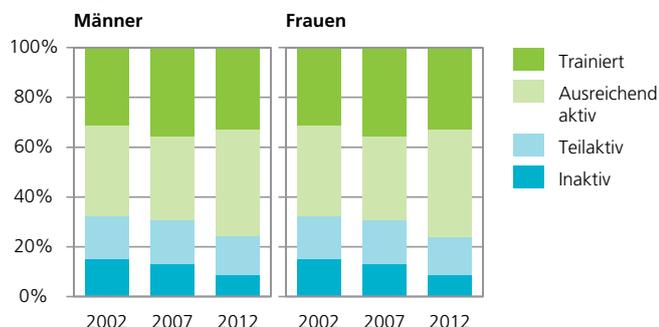
schon einmal Kokain genommen. Bei den 25- bis 34-jährigen Männern waren es fast 10 Prozent. Ecstasy verbreitete sich mit dem Aufkommen der Technoszene seit Beginn der 1990er-Jahre. Insgesamt haben 4 Prozent der Personen, die 2012 jünger als 50 Jahre waren, mindestens einmal Ecstasy konsumiert. Heroin lag in den letzten 15 Jahren nicht mehr im Trend. Der Anteil der Heroinkonsumierenden blieb stabil.

**Renaud Lieberherr** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, BFS

1 Nach der Definition der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bewegen sich jene Personen genügend, die pro Woche mindestens zweimal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen, bei der sie ins Schwitzen geraten, oder die sich mindestens 150 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegen und dabei ausser Atem geraten.

### Körperliche Aktivität

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

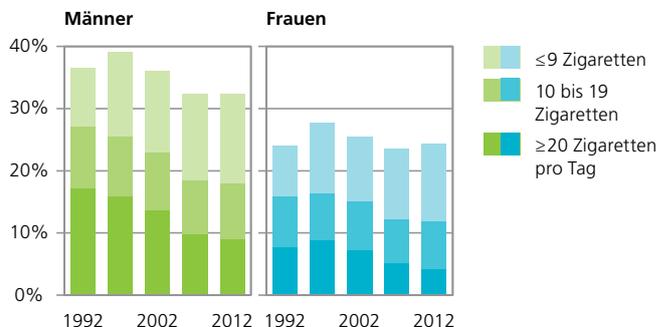


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015

### Anzahl gerauchter Zigaretten

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

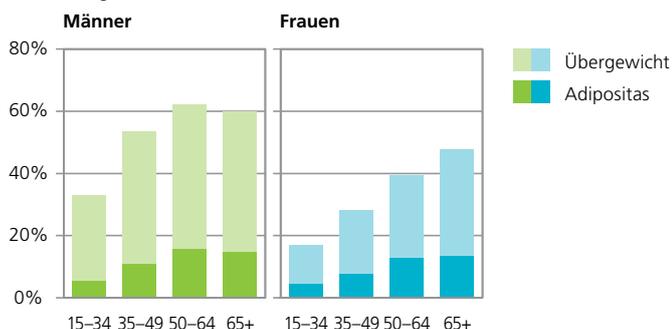


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015

### Übergewicht und Adipositas nach Alter, 2012

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

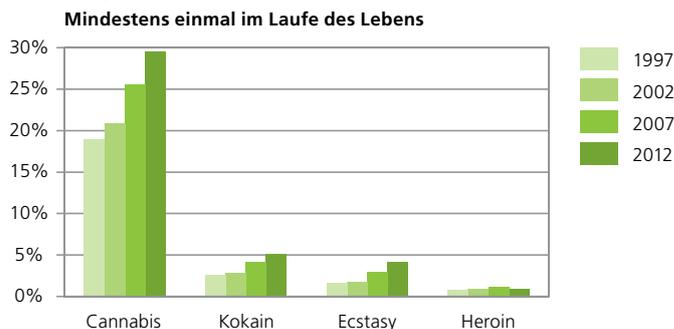


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015

### Konsum von illegalen Drogen

Bevölkerung in Privathaushalten, 15–49 Jahre (Cannabis: 15–59 Jahre)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015



---

# «Krebs wird bald die häufigste Todesursache sein»

---

**In der Schweiz werden die Todesursachen seit 1876 statistisch erfasst. Von Jahr zu Jahr verändern sich die Zahlen jeweils kaum, langfristig gesehen jedoch enorm. Der verantwortliche Projektleiter, Christoph Junker, erläutert die wichtigsten Entwicklungen der vergangenen Jahre und wirft einen Blick in die Zukunft.** Christoph Junker im Gespräch mit Mirella Wepf

---

## **Mittlerweile sind die aktuellsten Daten ausgewertet.<sup>1</sup> Was sind in Ihren Augen die wichtigsten Auffälligkeiten?**

Von Jahr zu Jahr ändert sich statistisch gesehen in der Regel wenig. Eine langfristige Entwicklung zeigt sich jedoch deutlich: Die Herz-Kreislaufkrankheiten sind zwar immer noch die häufigste Todesursache, aber ihre Bedeutung geht seit Beginn der 1980er-Jahre stark zurück.

## **Was sind die Gründe dafür?**

Vier Faktoren kann man hier sicher nennen: Erstens den medizinischen Fortschritt mit neuen Medikamenten und Operationsmethoden. Zweitens spielt auch die sogenannte Sekundärprävention eine wichtige Rolle. Das heisst, nach einem ersten Infarkt geben viele Patientinnen und Patienten das Rauchen auf, denn dessen Schädlichkeit ist inzwischen bekannt. Ein zweiter Herzinfarkt wird so vermieden. Drittens beginnen sehr viele Menschen gar nicht mehr zu rauchen und setzen vermehrt auf Fitness. Und *last but not least* haben wir in der Schweiz generell sehr gute Lebensumstände.

Zu den Trends in der Todesstatistik noch Folgendes: Erkennbar ist auch, dass durch das zunehmende Durchschnittsalter der Bevölkerung andere Todesursachen in den Vordergrund rücken. Ältere Menschen sterben in der Regel aus anderen Gründen als Junge. Daher nimmt die Anzahl Todesfälle, die durch Krebs verursacht werden, zu. Demenz als Todesursache wird ebenfalls häufiger. Eine positive Entwicklung im Verlauf der letzten zehn Jahre ist die Tatsache, dass Asthma heute kaum mehr zum Tod führt.

## **Lassen sich in der Schweiz regionale Unterschiede bei den Todesursachen ausmachen?**

Die Untersuchung dieser Frage gehört nicht zu den Hauptprioritäten des BFS, wäre aber durchaus interessant. In älteren statistischen Jahrbüchern<sup>2</sup> des BFS wird dieser Punkt teils sehr ausführlich abgehandelt.

## **Widerspiegelt sich die aktuelle Zuwanderung in der Schweiz in der Todesursachenstatistik?**

In der Tendenz sind Zuwanderer eher junge und gesunde Menschen. Das führt dazu, dass die Sterblichkeitsrate der Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz eher tiefer ist als diejenige der Schweizerinnen und Schweizer. Ein interessantes Detail: Die Suizidrate ist bei der ausländischen Bevölkerung markant tiefer als bei der schweizerischen. Es ist zu vermuten, dass Selbstmord in manchen Kulturen deutlich weniger akzeptiert ist als bei uns, aber man kann auch davon ausgehen, dass es psychisch Angeschlagene gar nicht schaffen, in ein anderes Land auszuwandern.

## **Die Lebensumstände prägen Gesundheit und Todesursachen ganzer Generationen. Gibt es Perioden, die besonders auffallend sind?**

Von 1905 bis 1920 starben viel mehr Frauen an Infektionskrankheiten als Männer. Man vermutet verschiedene Gründe dafür. Bei der Hausarbeit kamen sie womöglich weniger an die Sonne, hatten mehr Menschen – insbesondere Kinder – um sich und konnten sich so leichter anstecken. Vermutlich sah auch Ihr Speiseplan anders aus als derjenige der Männer.

## **Das Fleisch bekommt der Vater...**

Ich bin froh, dass Sie das sagen, denn als Forscher fehlt mir die wissenschaftliche Quelle für diese Aussage. Aber auch das könnte ein Faktor gewesen sein.

Ebenfalls exemplarisch für einen Generationenunterschied ist die Motorisierung nach dem Zweiten Weltkrieg. Mit einem Mal starben sehr viele Menschen an Verkehrsunfällen, drei Viertel davon waren Männer – junge Männer zwischen 20 und 39. Insgesamt starben 1971 auf dem Höhepunkt dieser «Epidemie» 1871 Menschen an Unfällen, 2012 waren es nur noch 296, obwohl sich die zurückgelegten Fahrzeugkilometer in der gleichen Zeit verdoppelt haben.

20 Jahre später waren es wiederum die jungen Männer, die stark von Aids betroffen waren. HIV-Tests werden in der Schweiz seit 1985 auf breiter Basis durchgeführt und erfasst. Die Verbreitung von HIV konnte leider immer noch nicht ganz gestoppt werden, aber die Zahl der Aids-Toten hat zum Glück nach 1994 stark abgenommen.

## **Frauen leben bekanntlich länger als Männer, aber der Unterschied ist über die Jahre oder im internationalen Vergleich nicht immer gleich gross...**

Weltweit gibt es nur sehr wenige Gesellschaften, in denen die Lebenserwartung von Mann und Frau gleich ist. Die Frage ist: Handelt es sich um biologische Ursachen oder sind die Lebensumstände der Auslöser. Vermutlich haben Frauen einen leichten biologischen Vorteil, aber die körperlichen Unterschiede können die derzeitige Differenz in der Schweiz von 4,3 Jahren definitiv nicht

erklären; 1991 lag sie übrigens noch bei 7,1 Jahren und 1905 bei rund drei Jahren.

Man nimmt an, dass Frauen aufgrund des Hormons Östrogen etwas besser vor Herz-Kreislaufkrankungen geschützt sind. Und weibliche Säuglinge sind aufgrund der zwei X-Chromosomen weniger von rezessiven Krankheiten betroffen. Zugleich gehen Männer bekanntlich eher höhere Risiken ein; sei es beim Sport, im Auto oder beim Konsum von Genussmitteln, und damit steigt auch das Mortalitätsrisiko.

Dass sich die Lebenserwartung von Männern und Frauen hierzulande angleicht, hat verschiedene Gründe. Steigender Tabakkonsum bei den Frauen, eher sinkender bei den Männern. Auch die verstärkten Sicherheitsmassnahmen im Strassenverkehr zeigen Wirkung, was weniger Todesfälle bei den Männern zur Folge hat. Zudem ist glücklicherweise auch die Zahl der Herointoten stark zurückgegangen. Dies waren ebenfalls mehrheitlich Männer.

**Die Todesursachenstatistik dient als Richtschnur für die Gesundheitspolitik. Was sind die neuesten Entwicklungen?**

Krebs wird mit hoher Wahrscheinlichkeit bald die häufigste Todesursache sein. Die Politik hat dies erkannt. Derzeit wird das Krebsregistergesetz erarbeitet. Mithilfe der flächendeckenden Einführung von

solchen Registern werden sich beispielsweise regionale Unterschiede bei der Anzahl Krebserkrankungen feststellen lassen. Dies lässt unter anderem Rückschlüsse auf mehr oder weniger effiziente Heilungsmethoden zu. Damit können die Regionen voneinander lernen.

Ein weiteres Beispiel ist die statistische Erfassung von Demenz. Wir erfassen sie erst seit der Revision der Kodierungsregeln im Jahr 1995. Die Krankheit war zwar durchaus bekannt, aber erst durch die Erhebung wurde deutlich, dass Demenz bereits die dritthäufigste Todesursache ist. Diese Erkenntnis hatte mit zur Folge, dass der Bund anfang, die Palliativmedizin zu stärken.

**Sie führen auch eine Statistik über verlorene potenzielle Lebensjahre. Was ist darunter zu verstehen?**

Wir erheben diese spezielle Kennzahl, um aufzuzeigen, welchen Krankheiten besonders viele junge Menschen zum Opfer fallen. Sie ist als Appell zu verstehen, um die entsprechenden Präventionsmassnahmen und Therapien zu verbessern. Denn grundsätzlich geht man heute davon aus, dass die Menschen hierzulande mindestens 70 oder 80 Jahre alt werden könnten.

Ich habe einen Arztkollegen, der diese Daten braucht, um seinen Patientinnen und Patienten aufzuzeigen, welche Faktoren und Verhaltensweisen ihr Leben frühzeitig beenden können.

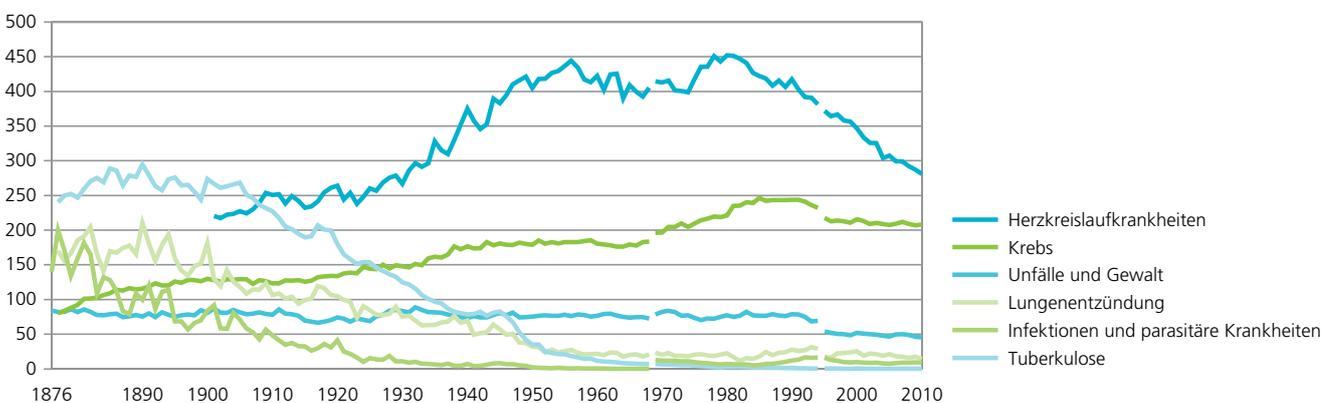
Auch die Bedeutung bestimmter Krankheiten lässt sich damit vergleichen. Prostatakrebs ist der häufigste Krebs bei Männern, bei Frauen ist es Brustkrebs. Mithilfe der «verlorenen potenziellen Lebensjahre» lässt sich gut veranschaulichen, dass der Brustkrebs viel früher kommt und daher das Leben stärker verkürzt als Prostatakrebs. In diesem Sinne ist Brustkrebs also bedeutend gefährlicher. 2012 war Krebs bei den Frauen für fast 50 Prozent der verlorenen Lebensjahre verantwortlich, bei den Männern «nur» für einen Drittel.

**Bei der statistischen Erfassung orientiert sich das BFS an den Standards der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Würden Sie etwas am System ändern, wenn Sie bei der WHO einen Wunsch anbringen könnten?**

Derzeit ist mit ICD-11 tatsächlich eine Revision der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* am Laufen. Damit können die Todesursachen voraussichtlich viel detaillierter ausgewiesen und auch seltene Krankheiten erfasst werden. Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn die sogenannte Multimorbidität besser aufgezeigt werden könnte. Ein Beispiel: Wir geben heute in der publizierten Statistik nur einen einzigen Hauptgrund für den Tod an. Eine Grippe, die zur Verschlimmerung eines

**Entwicklung der Todesursachen**

Todesfälle auf 100 000 Einwohner



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen und Totgeburten

© BFS, Neuchâtel 2015

Grundleidens wie Krebs beiträgt, fällt durch den Radar, denn mit hoher Wahrscheinlichkeit wird in einem solchen Fall der Krebs als Todesursache genannt. Dies wiederum bedeutet, dass die Bevölkerung unter Umständen zu wenig Verständnis für Präventionskampagnen aufbringt, weil man die Gefährlichkeit bestimmter Krankheiten – wie etwa der Grippe – gar nicht sieht.

Aber wenn Sie mich nach Wünschen fragen, muss ich die Frage noch aus einem anderen Blickwinkel beantworten. Die Kodierung und Veröffentlichung der Todesursachen nimmt jeweils rund 18 Monate in Anspruch: Demnächst publizieren wir die Daten von 2014. Wir möchten schneller werden und die Daten intensiver auswerten. Dazu braucht es die nötigen Mittel und Ressourcen.

**Sie sind Arzt und arbeiten seit zwölf Jahren für das BFS. Gab oder gibt es Fakten, die Sie trotz medizinischem Vorwissen verblüfft haben?**

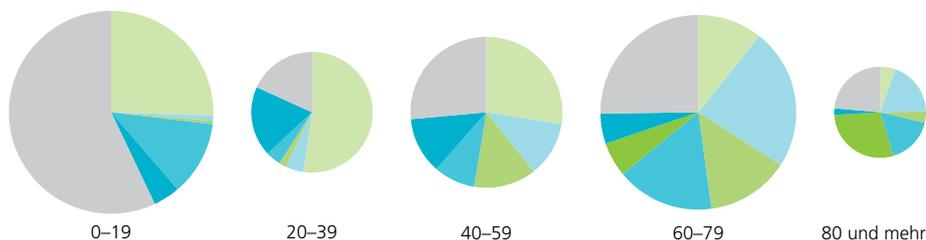
Besonders beeindruckend ist der enorme Anstieg von Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache zwischen 1925 und 1955. Die Hauptursache dafür war der Tabakkonsum der Männer. Nach 1980 ging die Anzahl mit derselben Geschwindigkeit wieder zurück. Setzt sich dieser Trend fort, wird dieser Krankheitstypus in der Schweiz bald nicht mehr die häufigste Todesursache sein, sondern von Krebs abgelöst werden.

**Dr. med. Christoph Junker** leitet den Dienst Vitalstatistik und Epidemiologie in der Sektion Gesundheit des BFS

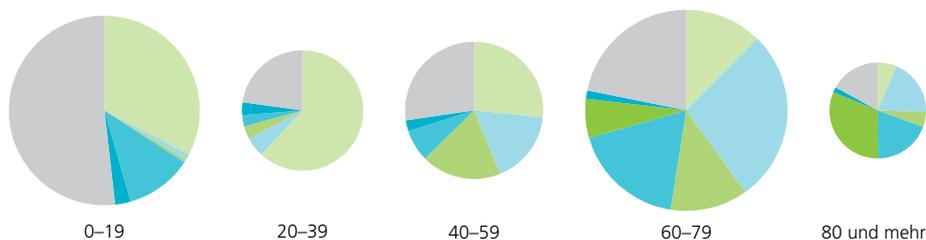
**Mirella Wepf** ist freie Journalistin

**Häufigste Todesursachen nach Altersklassen**

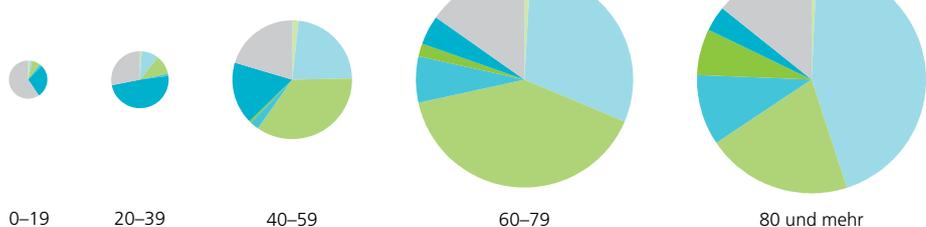
**Männer 1905**



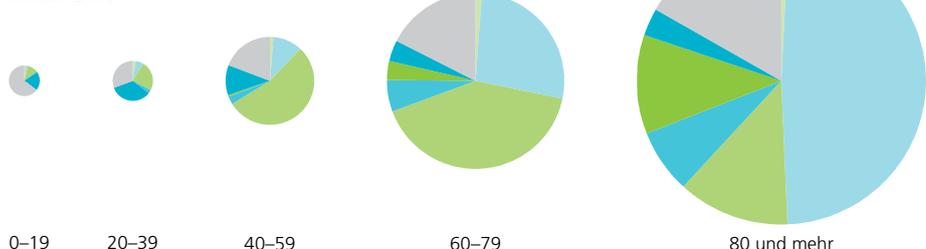
**Frauen 1905**



**Männer 2005**



**Frauen 2005**



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen und Totgeburten

© BFS, Neuchâtel 2015

1 Die neusten Zahlen für 2013 finden Sie online unter [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Themen → 14 – Gesundheit → Übersicht → Neues im Thema → Alles zu dieser Veröffentlichung. Ausführlichere Informationen sind online unter [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheit der Bevölkerung → Sterblichkeit, Todesursachen abrufbar.

2 Link zum Jahrbuch Archiv 1891–1965: [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Dienstleistungen → Publikationen Statistik Schweiz → Überblickspublikationen → Statistisches Jahrbuch der Schweiz → Das Jahrbuch-Archiv.

---

# Ein Kode für alle Fälle

---

**Mittels medizinischer Klassifikationen werden alle Behandlungen und Diagnosen während eines Spitalaufenthaltes strukturiert erfasst. Sie dienen sowohl als Grundlage für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser als auch für die Abrechnung der Kosten im Fallpauschalensystem SwissDRG. Das Bundesamt für Statistik pflegt und unterhält die entsprechenden Klassifikationen und unterstützt alle, die mit diesen medizinischen Ordnungssystemen arbeiten.** Katharina Fehst

---

**H**err Müller hat eine Blinddarmentzündung und muss ins Spital. Im Spital wird ihm der Blinddarm entfernt. Während des Aufenthaltes dokumentieren Ärzte, Pfleger und alle weiteren beteiligten Fachpersonen ihre Behandlungsschritte: Diagnose, Prozeduren, Untersuchungen und Medikamente. Eine spezielle Software verarbeitet diese Informationen zu einem vierstelligen DRG-Kode<sup>1</sup>. Im Fall von Herrn Müllers Blinddarmoperation ist es der DRG-Kode G23C.

Jeder DRG hat ein fixes Kostengewicht<sup>2</sup>. Das Kostengewicht multipliziert mit dem Basispreis<sup>3</sup> ergibt den von der Krankenkasse zu begleichenen Rechnungsbetrag. Die erhobenen Patientendaten dienen einerseits der Rechnungsstellung gemäss dem auf Fallpauschalen basierten Abrechnungssystem SwissDRG. Andererseits bilden sie die Grundlage für die *Medizinische Statistik der Krankenhäuser* des BFS.

## Strukturierte Erfassung der medizinischen Realität

Die unterschiedlichen Diagnose- und Behandlungsdaten müssen in allen Spitälern einheitlich erfasst werden. Deshalb gibt das Bundesamt für Statistik eine Kodierungsrichtlinie sowie zwei Klassifikationen heraus: die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD 10) und die *Schweizerische Operationsklassifikation* (CHOP).

Die Klassifikation ICD 10 wird für die Erfassung der Diagnose benutzt. Sie enthält mehr als 13'000 klassifizierte Krankheiten und Gesundheitsprobleme – von Kode A00.- *Cholera* bis zu Kode Z99.4 *Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz*.

Mit der CHOP werden Behandlungen und Untersuchungen erfasst. Sie enthält mehr als 12'000 kodierbare Behandlungen. Die Kodierungsrichtlinien der beiden Klassifikationen unter-

stützen die korrekte Erfassung der Patientendaten in den Spitälern. Die Verschlüsselung (Kodierung) der Fälle selbst erfolgt durch spezifisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und anderes Gesundheitspersonal. Sie sind im Umgang mit den Klassifikationsinstrumenten und in der medizinischen Kodierung geschult. Das BFS unterhält eine Hotline, um die Kodierenden und weitere Anwenderinnen und Anwender bei der Erfassung der Patientendaten zu unterstützen.

Die Spitälern in der Schweiz sind gesetzlich verpflichtet, die erfassten Daten der Diagnose und der Behandlung für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser an die statistischen Ämter der Kantone zu liefern. Diese leiten sie an das BFS weiter. Qualitätssichernde Massnahmen begleiten alle Schritte der Datenerhebung, der Weitergabe und der Datenverarbeitung, um eine einheitliche Abbildung der Diagnosen und Behandlungen zu erreichen.

## Baumstruktur ermöglicht differenzierte Auswertungen

Medizinische Klassifikationssysteme unterstützen die Ordnung des medizinischen Wissens. Sie folgen einer festgelegten Struktur, in der Beziehungen innerhalb der Klassifikationen bestehen. Im Fall der CHOP gibt es 17 Kapitel, die primär auf die entsprechenden anatomischen Organsysteme abstützen (siehe Beispiel). Die einzelnen Kapitel wiederum unterteilen sich in Kategorien und Unterkategorien hin zu endständigen, nicht weiter differenzierten Operationen. Diese letzte Stufe wird für die medizinische Kodierung verwendet. Aufgrund dieser Baumstruktur können auf verschiedenen Ebenen Auswertungen stattfinden, da die hierarchisch übergeordneten mit den unteren Strukturen in Beziehung stehen und diese einschliessen. Die nebenstehende Tabelle mit zwei Beispielen verdeutlicht den Aufbau des Klassifikationssystems.

<sup>1</sup> Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungungsverfahren, mit dem Krankenhäuser (Patienten) anhand von medizinischen Daten, sogenannten Leistungsbezeichnungen (Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurenkodes, demographische Variablen) Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit zugeordnet werden.

<sup>2</sup> Cost Weight (CW), Schweregrad oder Relativgewicht) ist eine Kennzahl in medizinisch-ökonomischen Klassifikationssystemen wie z. B. DRG-Systemen zur Abrechnung medizinischer Leistungen in Krankenhäusern. Sie wird einer Gruppe von Patientenfällen (DRG) zugewiesen und gibt den ökonomischen Schweregrad eines medizinischen Falles und damit in Verbindung mit dem Basisfallwert (engl. base rate) den Erlös eines Falles an.

<sup>3</sup> Bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise (Diagnosis Related Groups) für die Krankenhausbehandlung zugrunde gelegt wird.

## Wertvolle Patientendaten

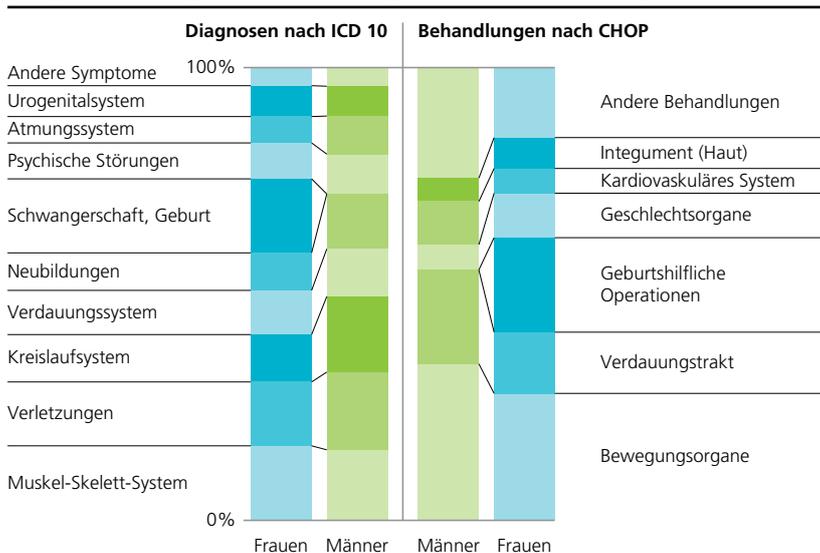
Die in den Spitälern erhobenen Patientendaten dienen einerseits als Grundlage für das Funktionieren und die Weiterentwicklung des Tarifsystems SwissDRG und sind für die Rechnungsstellung unerlässlich. Andererseits werden gewisse Patientendaten für statistische Zwecke verwendet. Sie liefern Informationen über die Häufigkeit von Krankheiten, die zu Spitalaufenthalten führen und ermöglichen somit die Planung von präventiven oder therapeutischen Massnahmen.

Ausserdem erlauben die erhobenen Daten eine Analyse der von den Spitälern erbrachten Leistungen und ihrer Qualität, etwa die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene und im internationalen Kontext (WHO, Eurostat, OECD) der internationalen Vergleichbarkeit und Entscheidungsfindung auf supranationaler Ebene. Ebenso werden diese Daten für wissenschaftliche Fragestellungen und die Forschung genutzt.

## Klassifikationen entwickeln sich weiter

Wegen des medizinischen Fortschritts sind laufend Anpassungen an den beiden Klassifikationssystemen notwendig. Aus diesem Grund wird die CHOP jährlich revidiert. Über ein national einheitliches Verfahren können Anträge auf Neuaufnahme, Änderung und Löschung von Codes und deren Zusatzinformationen gestellt werden. So werden u. a. in der CHOP 2016 neue Behandlungsmöglichkeiten bei Krebs (Chemotherapien) aufgenommen.

## Hospitalisierungen: von der Diagnose zur Behandlung, 2013



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© BFS, Neuchâtel 2015

Unter Einbezug aller Tarifpartner des schweizerischen Gesundheitssystems (medizinische Fachgesellschaften, Dachverband Schweizer Spitäler, Krankenversicherer, Kantone) bearbeitet das BFS durchschnittlich mehr als 100 Anträge pro Jahr.

Die CHOP und die Kodierungsrichtlinien werden jährlich, die ICD 10 alle zwei Jahre in allen drei Landessprachen publiziert. Insgesamt veröffentlicht der Bereich zurzeit mehr als 6500 Seiten medizinische Kodierungsinstrumente.

**Katharina Fehst** ist Bereichsleiterin Medizinische Klassifikationen und Sektionschefin der Sektion Gesundheit a. i., BFS

### Beispiel 1: Blinddarmentfernung

#### 9 Operationen am Verdauungstrakt (42–54)

##### 47 Operationen an der Appendix

INKL. Appendixstumpf

Endo-Loop und Clippen am Darm

Kodiere ebenso: Applikation oder Anwendung

von Anti-Adhäsionen Substanz (99.77)

##### 47.0 Appendektomie

EXKL. Inzidente Appendektomie (47.1)

Inzidente laparoskopische Appendektomie

(47.11)

Inzidente sonstige Appendektomie (47.19)

##### 47.01 Laparoskopische Appendektomie

##### 47.09 Sonstige Appendektomie

### Beispiel 2: Komplexere Operation (Herz-Lungentransplantation)

#### 6 Operationen am Respiratorischen System (30–34)

##### 33 Sonstige Operationen an Lunge und Bronchus

##### 33.6 Kombinierte Herz-Lungentransplantation

Kodiere ebenso: Art der Organkonservierung (00.90.4-)

Kardiopulmonaler Bypass

[Extrakorporelle Zirkulation (ECC)]

(39.61.-)

Um die Spenderart zu dokumentieren – s.

Kodes 00.91-00.93

##### 33.6X Kombinierte Herz-Lungentransplantation

##### 33.6X.0 Detail der Subkategorie 33.6X

33.6X.00 Kombinierte Herz-Lungentransplantation, n.n.bez.

33.6X.10 Kombinierte Herz-Lungen-Retransplantation, während desselben stationäre Aufenthaltes

33.6X.99 Kombinierte Herz-Lungentransplantation, sonstige

Quelle: BFS – Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), 2015

© BFS, Neuchâtel 2015

# Bildung beeinflusst die Gesundheit

**Schon seit dem Altertum gibt es zwischen den sozialen Klassen gesundheitliche Unterschiede. Wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 und auch Zahlen aus der Volkszählung zeigen, sind diese Unterschiede in der Schweiz auch heute noch vorhanden. Der Bildungsstand einer Person beeinflusst dabei ihren Gesundheitszustand stärker als die Einkommensverhältnisse.** Martine Kaeser und Caroline Schnellmann

Eine Untersuchung von Grabsteinen in und um Rom hat ergeben, dass schon in der Zeit um Christi Geburt Personen aus niedrigeren sozialen Schichten in jüngerem Alter starben als Personen aus höheren sozialen Schichten. Erstmals forderten Mediziner in der Mitte des 19. Jahrhunderts staatliche Massnahmen wie die Verbesserung von Wohnbedingungen zum Schutz der Gesundheit der sozial weniger gut gestellten. Mit dem Fortschritt der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte desselben Jahrhunderts – es wurden verschiedene Bakterien entdeckt und als Krankheitserreger identifiziert – traten die sozialen Ursachen von Erkrankungen für einige Zeit in den Hintergrund. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zogen diese wieder mehr Aufmerksamkeit auf sich. Damals ging es um schlechte Wohn- und Arbeitsbedingungen und ungenügende Ernährung.

Heute führen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Statistikerinnen und Statistiker gesundheitliche Unterschiede vor allem auf das Gesundheitsverhalten, aber auch auf persönliche und soziale Faktoren zurück. So zeigen Personen mit einem tieferen Sozialstatus häufiger Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinträchtigen, und haben häufiger ungünstige Lebens- und Arbeitsbedingungen. Der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit ist dabei sehr viel stärker als umgekehrt. Allerdings können lang anhaltende gesundheitliche Probleme die Integration in den Arbeitsmarkt und eine ausreichende Existenzsicherung aus eigener Kraft beeinträchtigen. Dies zeigen Zahlen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

und der Schweizerischen Volkszählung, die Personen nach ihrem Bildungsstand und ihrem Einkommen unterscheiden.

## Lebenserwartung und Gesundheitszustand

Die in der Schweiz lebenden Menschen haben im Allgemeinen eine sehr hohe Lebenserwartung. Im Jahr 2012 geborene männliche Säuglinge werden ein durchschnittliches Alter von 80,5 Jahren erreichen, weibliche ein Alter von 84,7 Jahren. Im Alter von 30 Jahren sind die Unterschiede zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Bildungsniveau am grössten. Wenig gut ausgebildete Männer dieser Altersklasse werden voraussichtlich 4,6 Jahre weniger lang leben, als ihre Zeitgenossen mit hohem Bildungsniveau. Bei den Frauen beträgt derselbe Unterschied 2,3 Jahre. Er verringert sich mit zunehmendem Alter.

Ein guter Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand einer Person ist der selbst wahrgenommene. Obwohl die Schweizer Bevölkerung ihre eigene Gesundheit überwiegend positiv einschätzt, bezeichnen Personen mit obligatorischem Schulabschluss diesen viel seltener als gut oder sehr gut, als dies Personen mit einer höheren Ausbildung tun.

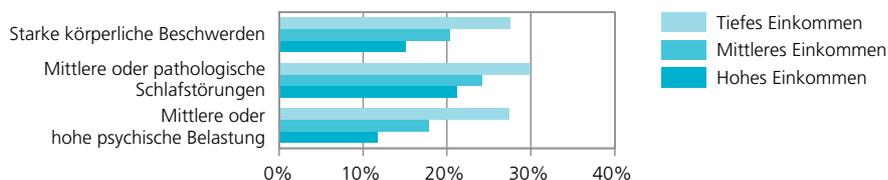
Auch das Einkommen<sup>1</sup> spielt eine Rolle. So schätzen 90 Prozent der Personen in der Kategorie der höchsten Einkommen ihren Gesundheitszustand als gut und sehr gut ein, währenddessen es in der Gruppe der geringen Einkommen nur 70 Prozent sind.

Auch weitere Indikatoren, aus denen sich der Gesundheitszustand ableiten lässt, sind abhängig von Bildung und Einkommen. 11 Prozent der Personen mit niedrigem Bildungsstand geben an, durch ein Gesundheitsproblem in ihrem Alltagsleben stark eingeschränkt zu sein. Bei den Personen mit Tertiärbildung sind es nur 3 Prozent. Die unterschiedlichen Einkommensklassen zeigen ein ähnliches Bild.

Starke körperliche Beeinträchtigungen wie Rücken-, Schulter und Nackenschmerzen, Schmerzen in den Armen oder ein allgemeines Schwächegefühl kommen ebenfalls weit häufiger bei Personen ohne weiterführende Schulbildung vor. Am grössten ist der Unterschied im mittleren Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Bei den tiefen Einkommen leiden 27 Prozent der Personen an solchen Beschwerden. Bei den hohen Einkommen sind es nur 15 Prozent. Ähnliche Tendenzen bestehen in Bezug auf Schlafstörungen oder die psychische Belastung.

## Gesundheitszustand nach Einkommen, 2012

Anteil an der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren

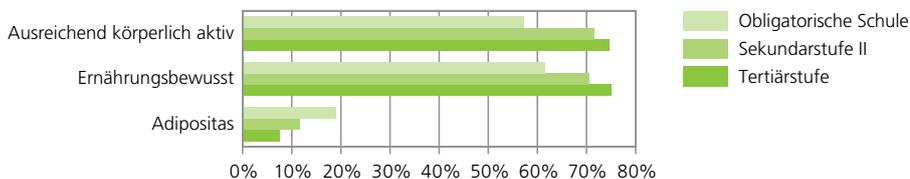


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015

## Gesundheitsverhalten und Adipositas nach Bildungsniveau, 2012

Anteil an der ständigen Wohnbevölkerung ab 25 Jahren



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015

### Gesundheitsverhalten und persönliche und soziale Ressourcen

Ein gutes soziales Netz und das Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben zu haben, wirken sich positiv auf die Gesundheit aus und stärken das psychosoziale Immunsystem. Insgesamt sind Personen mit ausschliesslich obligatorischem Schulabschluss weniger davon überzeugt, die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben und verfügen häufiger über eine geringe soziale Unterstützung. Am stärksten trifft dies auf Männer mittleren Alters mit weniger guter Ausbildung zu. 40 Prozent haben eine schwache Kontrollüberzeugung. Personen ohne nachobligatorische Ausbildung verfügen zudem deutlich häufiger über eine nur geringe soziale Unterstützung als jene mit einer Tertiärausbildung (27% vs. 9%). Dies trifft auf alle Altersgruppen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu.

Personen mit tiefer Bildung oder tiefem Einkommen zeigen ausserdem häufiger Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinträchtigen. So begünstigen etwa Übergewicht, Bewegungsmangel und Tabakkonsum Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei Raucherinnen und Rauchern treten Krebsarten häufiger auf; bei Übergewichtigen sind es Diabetes und Probleme des Bewegungsapparats. Bewegung schützt vor Darm- und Brustkrebs und vor Osteoporose.

Frauen auf allen Altersstufen mit ausschliesslich obligatorischem Schulabschluss sind weit häufiger stark überge-wichtig als Frauen mit Tertiärbildung. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen sind es 22 Prozent der Frauen mit weniger guter Ausbildung, gegenüber 6 Prozent

der Frauen mit Tertiärbildung. 19 Prozent der Frauen derselben Altersklasse mit niedrigem Einkommen sind stark überge-wichtig und nur 5 Prozent bei denjenigen mit hohem Einkommen. Bei den Männern sind diese Unterschiede weniger ausgeprägt.

Bei der körperlichen Aktivität und den Ernährungsgewohnheiten zeigt sich ein ähnliches Bild. Rund drei Viertel der Personen mit Tertiärbildung sind ausreichend körperlich aktiv gegenüber 57 Prozent bei den Personen mit ausschliesslich obligato-rischer Schulbildung. 75 Prozent der Per-sonen mit Tertiärbildung achten zudem auf eine gesunde Ernährung gegenüber 62 Prozent bei den wenig Gebildeten. Am grössten ist der Unterschied bei den 25- bis 44-Jährigen Frauen. 81 Prozent der gut gebildeten Frauen achten auf ihre Ernährung. Bei den wenig gebildeten sind es nur 53 Prozent und bei den Männern 68 Prozent gegenüber 42 Prozent.

Auch beim Tabakkonsum lässt sich be-zogen auf den sozialen Status ein Unter-schied feststellen. 37 Prozent der 25- bis 64-Jährigen mit wenig Bildung rauchen. Bei den Personen mit tertiärer Bildung sind es 26 Prozent. Der Unterschied ist bei den Männern ausgeprägter als bei den Frauen. Ausserdem rauchen Män-ner mit niedrigem Einkommen mehr als Männer mit hohem Einkommen.

### Arbeit und Gesundheit

Erwerbstätige ab 25 Jahren mit tiefem Bildungsniveau sind wesentlich häufiger mindestens drei physischen Risiken am Arbeitsplatz ausgesetzt als solche mit Tertiärbabschluss. Physische Risiken sind etwa beschwerliche Arbeiten, giftige Sub-

stanzen, langes Stehen oder Lärm. Bei den Männern sind es 80 Prozent gegenüber 33 Prozent, bei den Frauen 69 Prozent gegenüber 32 Prozent. Auch psychosoziale Belastungen wie zu wenig Gestaltungsspielraum, Würdigung und soziale Unter-stützung oder Angst um den Arbeitsplatz kommen bei den weniger gut Ausgebil-deten häufiger vor. Frauen mit hoher Bildung sind allerdings häufiger der Diskriminierung ausgesetzt und Männer mit hoher Bildung haben häufiger lange Arbeitszeiten.

### Arztbesuche

Im Prinzip stellt der Staat eine gute Ver-sorgung mit Gesundheitsdiensten sicher, die für die gesamte Bevölkerung gleicher-massen zugänglich sind. Dennoch weisen mehrere Studien darauf hin, dass der Zugang für Behandlungen, die nicht von der Krankenversicherung bezahlt wer-den, für gewisse Gruppen schwieriger ist. Ein Beispiel ist der Zahnarztbesuch – und dies vor allem im Alter: Während bei den Personen mit hoher Ausbildung drei Viertel innert Jahresfrist zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt gegangen sind, war es bei den Personen ohne nachobligatori-sche Ausbildung nur die Hälfte. Ähnliche Unterschiede lassen sich auch nach dem Einkommen erkennen.

5 Prozent der Bevölkerung mussten 2011 mindestens einmal wegen finanzi-ellen Gründen auf eine medizinische oder zahnärztliche Untersuchung verzichten. Dabei ist der Anteil der Personen, die auf eine medizinische oder zahnärztliche Un-tersuchung verzichten haben, bei Perso-nen ohne nachobligatorische Ausbildung mehr als doppelt so hoch wie bei jenen mit einem Tertiärbabschluss (9% gegen-über weniger als 4%).

**Martine Kaeser** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in der Sektion Gesundheit, BFS

**Caroline Schnellmann** ist freie Autorin

1  
Dabei werden die 20% der Personen mit dem tiefsten Äquivalenzeinkommen (1. Quintil: weniger als 2608 Franken) mit den 20% der Personen mit dem höchsten Äquivalenzeinkommen (5. Quintil: mehr als 6000 Franken) verglichen.

# Arbeit kann der Gesundheit schaden

**Die Arbeit – über eine Stelle verfügen und die Bedingungen, unter denen die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird – bestimmt die Gesundheit der Bevölkerung, aber auch die sozialen Ungleichheiten in diesem Bereich, massgeblich. Zwei regelmässig durchgeführte Erhebungen dokumentieren die Situation in der Schweiz. Ihre Ergebnisse zeigen das Andauern der wichtigsten Arten von arbeitsbezogenen Risiken sowie einen schlechteren Gesundheitszustand der Personen, die diesen Risiken ausgesetzt sind. Die statistischen Daten liefern Diskussionsstoff und Handlungsgrundlagen für die öffentliche Hand.** Ralph Krieger und Jean-François Marquis

Seit der industriellen Revolution im 19. Jahrhundert ist die Frage der Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit ein Thema in Medizin, Gesellschaft, Wirtschaft und Politik und sie gilt auch als Auslöser für die Verabschiedung erster gesetzlicher Regelungen zum Arbeitnehmerschutz in Bereichen wie Kinderarbeit, Arbeitszeiten, Exposition gegenüber toxischen Substanzen oder Unfälle. Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sieht sich seit den 1980er-Jahren mit neuen Fragestellungen konfrontiert, dies insbesondere infolge der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit in zahlreichen Industrieländern sowie neuer Risiken im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Dienstleistungsgesellschaft und neuer Arbeitsorganisationsmodelle.

## Eine nationale und eine europäische Erhebung geben Auskunft

Seit rund zehn Jahren verfügt die Schweiz über zwei regelmässig durchgeführte und sich ergänzende Erhebungen, mit denen die Häufigkeit von Fällen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen gemessen werden kann und sich deren Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand untersuchen lassen.

– Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Die seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführte SGB ist in der Schweiz die wichtigste Quelle für Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über die Faktoren, die ihn beeinflussen können. Die von Anfang an behandelte Arbeits-

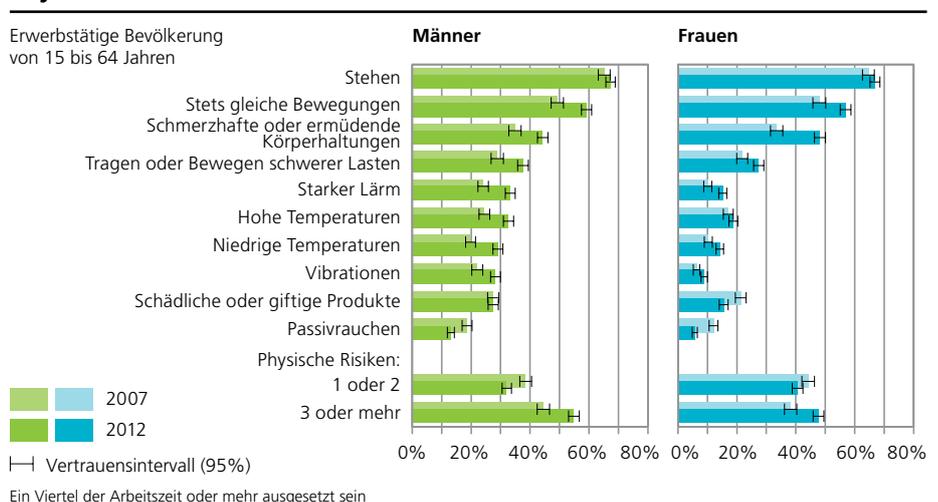
thematik wurde 2007 und 2012 in Anlehnung an die europäischen Erhebungen zu den Arbeitsbedingungen beträchtlich ausgebaut.

Die Stärke der SGB liegt in ihrer grossen Stichprobe. 2012 wurden 21'597 in Privathaushalten lebende Personen ab 15 Jahren befragt; davon übten deren 11'157 eine berufliche Tätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von mindestens 20 Prozent aus. Auf dieser Basis lassen sich die Differenzen zwischen Branchen oder sozioprofessionellen Kategorien genauer analysieren. Die SGB bietet auch äusserst reichhaltige Informationen über den Gesundheitszustand. Demgegenüber sind ihre Daten über die Arbeitsbedingungen weder gleich vielfältig noch gleich detailliert wie jene von Spezialerhebungen wie die

Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS, gemäss der englischen Abkürzung)<sup>1</sup>. Darüber hinaus erlaubt die SGB zurzeit lediglich begrenzte zeitliche Vergleiche und ist nicht für direkte internationale Vergleiche konzipiert.

– Die Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS). Die seit 1990 alle fünf Jahre durchgeführte EWCS deckt die Länder der Europäischen Union (EU) sowie interessierte Nicht-Mitgliedsländer ab. 2015 nahm die Schweiz nach 2005 und 2010 zum dritten Mal (direkt oder indirekt) daran teil. Die EWCS ist als detaillierte Informationsquelle für alle wichtigen Facetten der Arbeitsbedingungen konzipiert. Sie erlaubt Ländervergleiche und die langfristige Beobachtung der Risikoentwicklung.

## Physische Risiken nach Geschlecht



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© BFS, Neuchâtel 2015



Der zentrale Schwachpunkt der Erhebung ist ihre relativ kleine Stichprobe – in der Schweiz sind es rund 1000 befragte Arbeitnehmende. Dies beschränkt die Möglichkeiten für detaillierte Analysen nach Wirtschaftszweig. Daneben sind die Informationen über den Gesundheitszustand und die nicht arbeitsbedingten Einflussfaktoren deutlich weniger zahlreich als in der SGB.

### Die physischen Gesundheitsrisiken nehmen nicht ab

Was für ein Bild der Arbeitsbedingungen und deren Entwicklung in der Schweiz zeichnen die beiden Erhebungen? Hier ein Überblick: Heutzutage werden oft Stress, Mobbing oder andere psychosoziale Risikofaktoren als arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken genannt. Die SGB-Daten zeigen jedoch, dass die physischen Risiken (wie das Tragen schwerer Lasten, Lärm, Exposition gegenüber toxischen Substanzen usw.) nicht an Bedeutung verloren haben. 52 Prozent der Erwerbstätigen waren 2012 mindestens dreien dieser Risiken ausgesetzt, was 10 Prozent mehr ist als 2007 (siehe Grafik S. 21). Die Steigerung betrifft praktisch alle physischen Risiken, ausgenommen das Passivrauchen<sup>2</sup>. Der Anteil der Personen, die diesen Risiken sehr lange ausgesetzt waren (zu mindestens drei Vierteln der Arbeitszeit), ist hingegen stabil geblieben (13%). Die EWCS zeigt für die Periode zwischen 2005 und 2010 in der Schweiz eine Zunahme gewisser physischer Belastungen auf, während diese im europäischen Durchschnitt stabil geblieben sind, wenn auch auf höherem Niveau.

Insgesamt sind die Männer den physischen Risiken mehr ausgesetzt als die Frauen: 55 Prozent der Männer, verglichen mit 48 Prozent der Frauen, gaben in der Erhebung mindestens drei physische Risiken an. Der entsprechende Unterschied ist beim Tragen schwerer Lasten, bei den Umweltrisiken (Lärm, extreme Temperaturen) sowie den Vibrationen und der Exposition gegenüber toxischen Substanzen besonders deutlich. Frauen müssen hingegen öfter schmerzhaft oder ermüdende

Körperhaltungen einnehmen und auch häufiger Personen tragen oder bewegen – ein typisches Risiko im Pflegebereich.

Es erstaunt nicht, dass der Anteil der Personen mit einer Häufung physischer Risiken in der Landwirtschaft (87%) und im Baugewerbe (79%) am höchsten ist. Überdurchschnittlich ist dieser Anteil aber auch in mehreren Dienstleistungsbranchen wie im Verkehrswesen (62%), im Handel (60%) und, für die Frauen, im Gesundheits- und Sozialwesen (57%). Im Gesundheitswesen hat die Zahl der – mehrheitlich weiblichen – Beschäftigten in den letzten Jahren am stärksten zugenommen.

### Hohes Arbeitstempo als psychosoziales Risiko

Eine Stelle mit guten Arbeitsbedingungen hat eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit der einzelnen Arbeitnehmenden. Im Gegensatz dazu kann jede Arbeit, die psychosoziale Risiken mit sich bringt, der Gesundheit schaden. Dies unterstreicht die Bedeutung der Schutzfaktoren in diesem Bereich. Wenn diese Faktoren nicht im Gleichgewicht mit den Belastungen sind, wird die Gesundheit langfristig gefährdet.

Im Vergleich zum europäischen Durchschnitt und mit den Nachbarländern fällt die Schweiz durch ein hohes Niveau an psychischen Belastungen sowie an Schutzfaktoren auf.

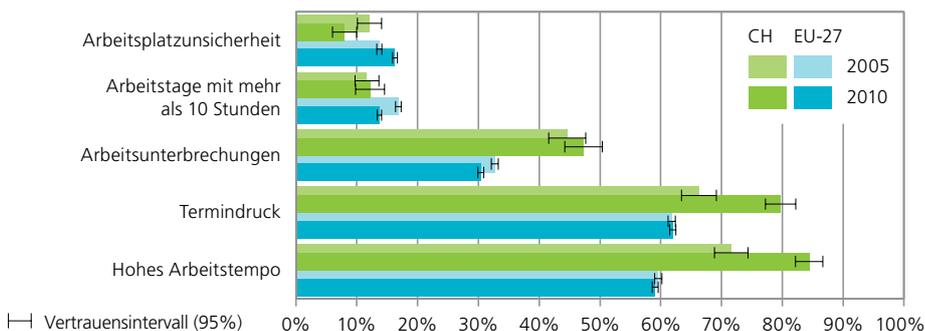
Auf europäischer Ebene gibt die Schweiz sowohl 2005 als auch 2010 kein allzu gutes Bild ab, was das hohe

Arbeitstempo, den Termindruck und die störenden Unterbrechungen betrifft. So steht sie beim hohen Arbeitstempo und beim Termindruck an der Spitze der Rangliste, bei den störenden Unterbrechungen an dritter Stelle (siehe Grafik unten). Darüber hinaus arbeiten die Schweizer Vollzeitarbeitnehmenden durchschnittlich deutlich länger als ihre Kolleginnen und Kollegen aus den Ländern der Europäischen Union. 2010 erlebten die Schweizer Arbeitnehmenden auch öfter Umstrukturierungen oder Reorganisationen als im europäischen Durchschnitt oder als die Arbeitnehmenden in Deutschland oder Italien, und sie arbeiteten relativ häufig in ihrer Freizeit, um den Anforderungen ihrer Arbeit gerecht zu werden.

Andererseits hat die EWCS 2010 aufgezeigt, dass die Arbeitnehmenden in der Schweiz über eine ziemlich grosse Zahl von Schutzfaktoren verfügen, die es ihnen erlauben, die Anforderungen ihrer Arbeit besser zu bewältigen und die Auswirkungen der physischen oder psychischen Belastungen zu dämpfen (siehe Grafik S. 24). Viele unter ihnen bringen ihr Arbeitspensum sowie ihre familiären und sozialen Pflichten gut oder sehr gut unter einen Hut, erhalten Hilfe von ihren Kolleginnen und Kollegen oder ihren Vorgesetzten, oder sie können ihre Arbeitsmethode und ihren Arbeitsrhythmus beziehungsweise ihr Arbeitstempo selber bestimmen, die Reihenfolge der ihnen gestellten Aufgaben ändern und ihre Pausen dann machen, wann sie wollen.

## Psychosoziale Risiken in der Schweiz und der Europäischen Union

Erwerbstätige Bevölkerung ab 15 Jahren

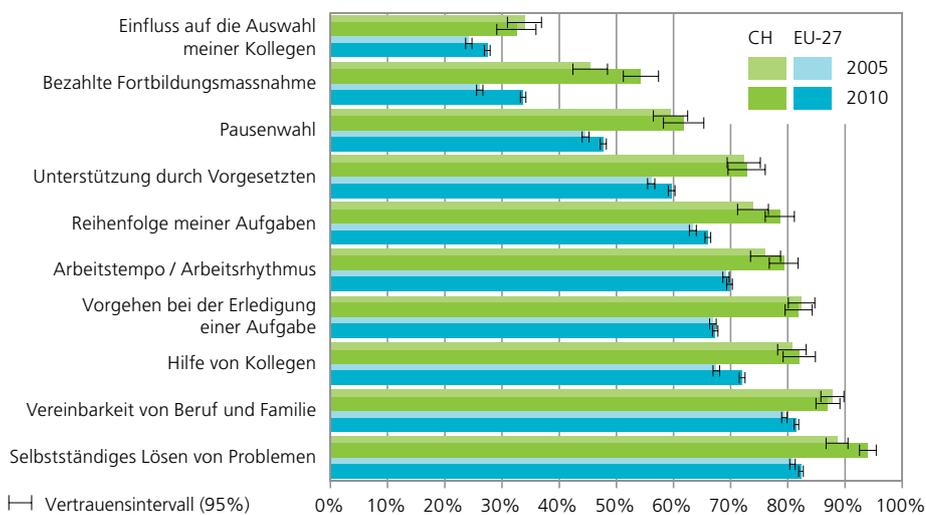


Quelle: SECO – Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS)

© BFS, Neuchâtel 2015

## Schutzfaktoren in der Schweiz und der Europäischen Union

Erwerbstätige Bevölkerung ab 15 Jahren



Quelle: SECO – Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS)

© BFS, Neuchâtel 2015

In Sachen flexible Arbeitszeiten sticht die Schweiz deutlich hervor. Die Schweizer Arbeitnehmenden geniessen in diesem Punkt deutlich mehr Flexibilität als jene in der Europäischen Union oder in den Nachbarländern. Kein anderes Land in Europa kennt an so breiter Front derart flexible Regelungen. Die Schweiz schwingt im europäischen Vergleich auch obenaus, was das Gefühl der Arbeitsplatzsicherheit, den Anteil der Arbeitnehmenden mit betrieblich finanzierter Weiterbildung oder den Anteil der Haushalte mit einem Einkommen betrifft, mit dem sie gut oder sehr gut über die Runden kommen.

Hohe psychische Belastungen und mangelnde Schutzfaktoren gehen mit einem erhöhten Risiko einher, Stress zu empfinden. 2010 gab rund ein Drittel (34%) der Erwerbstätigen in der Schweiz an, sich häufig oder sehr häufig gestresst gefühlt zu haben. Dieser Prozentsatz ist deutlich höher als im Jahr 2000 (27%).

### Ein enger Zusammenhang mit der Gesundheit

Die SGB und die EWCS sind Querschnittserhebungen, die die Situation in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt «fotografieren». Zwar lassen sich daraus keine Kausalzusammenhänge ableiten, jedoch zeigen sie eine

enge Korrelation zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand auf. So geht zum Beispiel aus der SGB hervor, dass Personen, die mindestens drei physischen Risiken ausgesetzt sind, deutlich häufiger angeben, keinen guten allgemeinen Gesundheitszustand zu haben, als Personen, die keinen solchen Risiken ausgesetzt sind (13% gegenüber 5%). Zudem haben 49 Prozent der an der Arbeit gestressten Personen den Eindruck, dort emotional verbraucht zu sein, was als Indikator für ein Burn-out gilt. Der entsprechende Anteil beträgt lediglich 13 Prozent bei den Personen, die an der Arbeit nicht gestresst sind. Diese Zusammenhänge sind auch festzustellen, wenn andere gesundheitliche Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und Staatsangehörigkeit oder auch die übrigen Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden.

### Daten für die öffentliche Diskussion

Die EWCS und die SGB erheben Daten, die es erlauben, in der Schweiz die Häufigkeit der wichtigsten gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen sowie die Verteilung dieser Risiken (wer ist exponiert), ihre Entwicklung im Zeitverlauf und deren Zusammenhänge mit der Gesundheit zu messen. Sie bestätigen, dass

die Arbeitsbedingungen für Gesellschaft und Gesundheit zentral sind. Es liegt an den Akteuren in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft, die öffentliche Diskussion über die Gesundheit am Arbeitsplatz und über die Politik zum Schutz in diesem Bereich mit Hilfe dieser Informationen zu untermauern.

Zusätzliche Informationen:

*Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012* unter [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheit der Bevölkerung → Einflussfaktoren → Analysen → Arbeit und Gesundheit

*5. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive.* Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)/Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), 2012 unter [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch) → Dokumentation → Publikationen und Formulare → Studien und Berichte → Arbeit → 5. Europäische Erhebung

**Ralph Krieger** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Grundlagen Arbeit und Gesundheit des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO. Er ist Hauptautor der Studie *5. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*, die 2012 vom SECO publiziert wurde

**Jean-François Marquis** ist Publikationsverantwortlicher der Sektion Gesundheit des BFS und Autor der Studie *Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*, die das BFS 2014 publiziert hat

<sup>1</sup> European Working Conditions Survey

<sup>2</sup> Eine Änderung in der Messung der Exposition gegenüber toxischen Substanzen schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen 2007 und 2012 ein.

# Wie geht es unserer Umwelt?

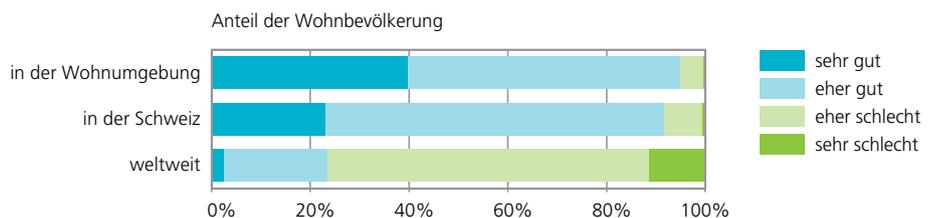
Der «Gesundheitszustand» der Umwelt kann auf verschiedene Arten ermittelt werden. Meist erfolgt dies anhand von Messungen in der Natur. Ein Bild über den Zustand der Umwelt lässt sich aber auch gewinnen, indem die Bevölkerung dazu befragt wird. 2011 hat das Bundesamt für Statistik erstmals eine Befragung über die Wahrnehmung der Umweltqualität durchgeführt. Eine zweite solche Erhebung ist derzeit in Gang. Laurent Zecha

Um herauszufinden, in welchem «Gesundheitszustand» sich die Umwelt befindet, werden beispielsweise die Daten verschiedener Messnetze zur Ermittlung der Boden-, Luft-, Wasserqualität usw. ausgewertet. Diese gemeinhin als «objektiv» bezeichneten Daten gewähren ein vielschichtiges, teilweise gegensätzliches Bild des Umweltzustands. Denn je nachdem was untersucht wird, kann die Beurteilung unterschiedlich ausfallen. Eine Gesamteinschätzung gestaltet sich auch deshalb schwierig, weil z.B. Schadstoffe örtlich und zeitlich variieren können. Allgemeine Aussagen über den Umweltzustand sind daher immer auch mit gewissen Vorbehalten zu interpretieren.

## Subjektive Einschätzungen

Ein anderer Zugang, den Zustand der Umwelt statistisch zu erfassen, ist mittels einer Bevölkerungsbefragung. Solche subjektive Daten sind vergleichsweise einfach zu erheben, da im Prinzip

## Einschätzung der Umweltqualität, 2011



Quelle: BFS – Omnibus 2011: Mehrthemenbefragung zum Leben in der Schweiz

© BFS, Neuchâtel 2015

jeder Mensch seine persönliche Wahrnehmung äussern kann. Allerdings geben derartige Einschätzungen auch eine etwas vereinfachte Sicht der Dinge wieder, denn beispielsweise sind manche Schadstoffe nicht direkt wahrnehmbar. Auch wird die Wahrnehmung durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Umgekehrt gibt es auch Themenbereiche, die sich erst mittels einer Befragung überhaupt erfassen lassen, wie z.B. die Gründe für bestimmte umweltrelevante Verhaltensweisen. Insofern sind sowohl objektive Messungen wie auch subjek-

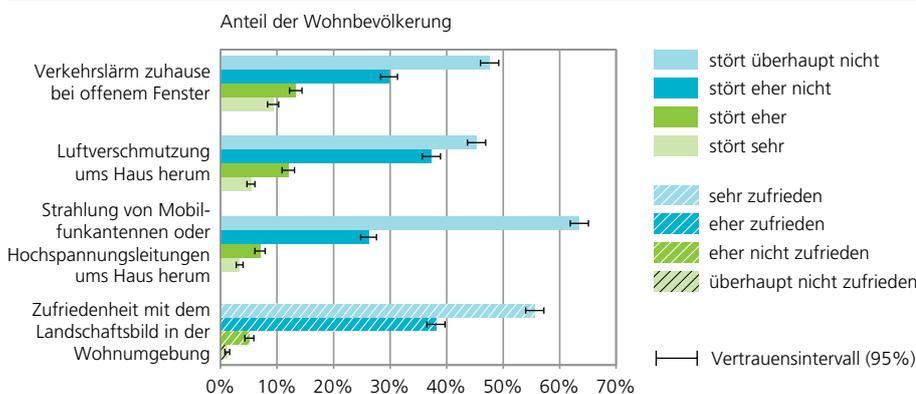
tive Einschätzungen von Bedeutung – sie ergänzen sich und können beide als Grundlage für politische Diskussionen und Entscheidungen dienen.

## Wahrgenommener Umweltzustand

Im Jahr 2011 hat das BFS erstmals eine Befragung zur Wahrnehmung der Umweltqualität<sup>1</sup> durchgeführt. Daraus ging unter anderem hervor, dass 95 Prozent der Bevölkerung die Qualität der Umwelt in ihrer Wohnumgebung als sehr gut oder eher gut einschätzen. Während die Umweltqualität in der Schweiz insgesamt von 92 Prozent als sehr gut oder eher gut beurteilt wurde, waren bezüglich der weltweiten Situation nur noch gerade 23 Prozent der Bevölkerung dieser Meinung.

Gefragt wurde ausserdem nach spezifischen Umweltbedingungen in der Wohnumgebung: 23 Prozent der Bevölkerung empfanden beispielsweise Verkehrslärm zuhause bei offenem Fenster als sehr oder eher störend. Bezüglich der Luftverschmutzung ums Haus herum fühlten sich 17 Prozent der Bevölkerung sehr oder eher gestört und 10 Prozent was die von Starkstromleitungen oder Mobilfunkantennen ausgehende Strahlung betrifft. Mit dem Landschaftsbild

## Wahrnehmung von Umweltbedingungen in der Wohnumgebung, 2011



Quelle: BFS – Omnibus 2011: Mehrthemenbefragung zum Leben in der Schweiz

© BFS, Neuchâtel 2015



in der Wohnumgebung waren 94 Prozent der Bevölkerung sehr oder eher zufrieden.

### Umweltbelastung als Problem

Die Umweltbelastung allgemein schätzten 44 Prozent der Bevölkerung als sehr grosses bis eher grosses Problem für die Schweiz ein, wobei es je nach Sprachregion markante Unterschiede gibt: In der Deutschschweiz waren es 41 Prozent, im französischsprachigen Landesteil 51 Prozent und im italienischsprachigen gar 62 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner, die die Umweltbelastung als sehr grosses oder eher grosses Problem betrachteten.

Auch zwischen Frauen und Männern waren Unterschiede zu verzeichnen: Erstere schätzten die Umweltbelastung häufiger als grosses Problem ein als Letztere (50% gegenüber 39%). Auffallend ist auch die Abweichung nach Nationalität: Während rund die Hälfte der Schweizerinnen und Schweizer die Umweltbelastung als sehr grosses bis eher grosses Problem bezeichnete, waren es bei der Bevölkerung mit ausländischer Nationalität lediglich 28 Prozent.

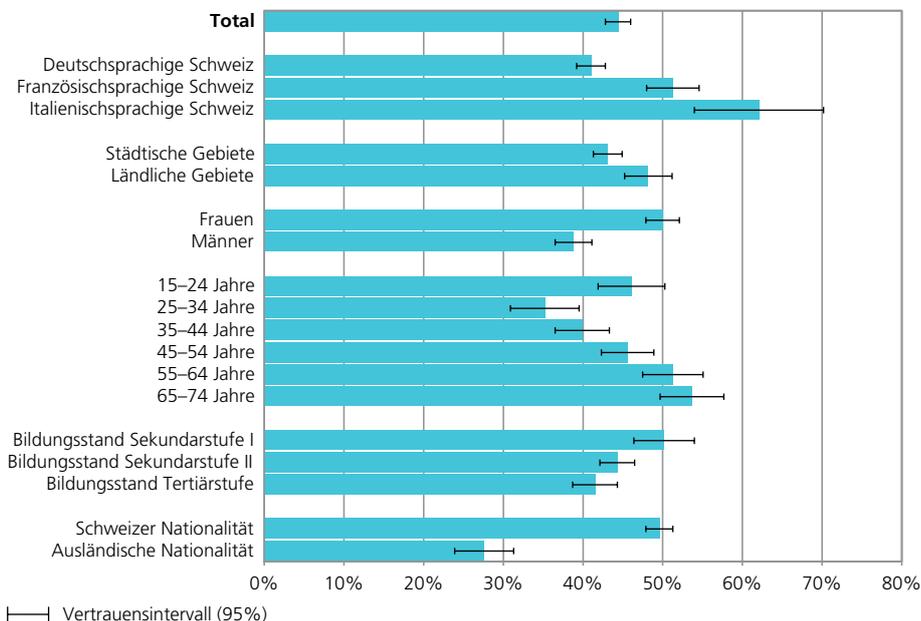
### Umweltrelevantes Verhalten

Es wurde ausserdem nach Beweggründen für bestimmte Verhaltensweisen gefragt, die einen Einfluss auf die Umwelt haben. Beispielsweise gaben 39 Prozent der Personen, die zumindest gelegentlich Nahrungsmittel aus biologischer Produktion konsumieren, an, dass dies gesundheitlich motiviert sei. Als zweithäufigsten Grund wurde von 21 Prozent der Befragten der Umweltschutz genannt. 15 Prozent gaben die Qualität von Bioprodukten als Anstoss für deren Konsum an.

Umgekehrt wurde von 42 Prozent der Personen, die nie oder zumindest nicht ausschliesslich Bioprodukte konsumieren, der Preis als Ablehnungsgrund angegeben; am zweithäufigsten wurde das fehlende Angebot genannt (28%).

### Einschätzung der Umweltbelastung als Problem, 2011

Anteil der Bevölkerung, die die Umweltbelastung in der Schweiz als sehr grosses oder eher grosses Problem einschätzt



Quelle: BFS – Omnibus 2011: Mehrthemenbefragung zum Leben in der Schweiz

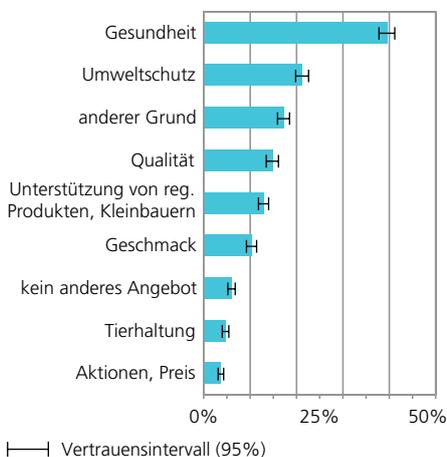
© BFS, Neuchâtel 2015

### Veränderungen erkennen

Nicht zuletzt um aufzuzeigen, ob und inwiefern sich die Wahrnehmung der Umweltqualität seit 2011 verändert hat, wird die Erhebung derzeit wiederholt. Anhand der rund 3000 Telefoninterviews sollen wiederum statistisch repräsentative

### Gründe für den Konsum von biologisch produzierten Nahrungsmitteln, 2011

In Prozent der Personen, die Nahrungsmittel aus biologischer Produktion konsumieren (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: BFS – Omnibus 2011

© BFS, Neuchâtel 2015

Ergebnisse gewährleistet werden. Die befragten Personen sind zwischen 15 und 74 Jahre alt und werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.

Nebst der Wahrnehmung der Umweltqualität und der Belastung durch spezifische Umweltbedingungen in der Wohnumgebung sind wiederum umweltrelevante Verhaltensweisen und deren Hintergründe, Informiertsein über Umweltthemen, Gefahreinschätzung von Technologien und Umweltveränderungen Gegenstand der Befragung. Erste Ergebnisse zur Erhebung 2015 sollen Anfang 2016 vorliegen.

Laurent Zecha ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Sektion Umwelt, Nachhaltige Entwicklung, Raum, BFS

1 Omnibus-Erhebung 2011 über die «Wahrnehmung von Umweltqualität und Umweltverhalten». Omnibus-Erhebungen sind Mehrthemenbefragungen und Teil der neuen Volkszählung des BFS.

# Die Chemie der Kosten und der Finanzierung im Gesundheitswesen

**Gesundheitsausgaben in der Schweiz werden nicht einfach durch eine einzige Erhebung ermittelt, sondern durch das Zusammenfügen unterschiedlicher Datenquellen, ähnlich wie eine chemische Verbindung, die sich aus verschiedenen Elementen zusammensetzt. Die Statistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* gibt Auskunft über die komplexen monetären Produktions-, Konsum- und Finanzströme der Güter und Leistungen im Gesundheitswesen.** Michael Lindner und Ulrich Wagner

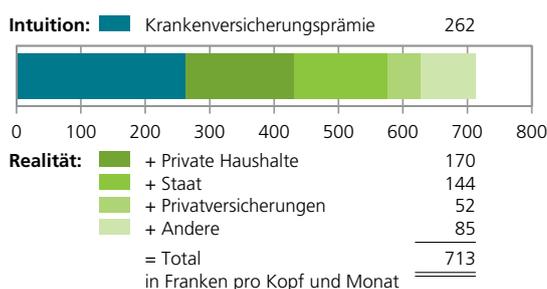
Es ist nicht weit hergeholt, statistische Rohdaten mit chemischen Elementen zu vergleichen. Beide sind nicht unmittelbar verwendbar. Um sie nutzen zu können, müssen sie erst aufbereitet werden. Die Statistik des BFS über die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine Synthesestatistik aus verschiedenen Datenquellen.

Eine Synthesestatistik hat grosse Ähnlichkeiten mit der synthetischen Chemie, wie zum Beispiel mit der Produktion von Kunstdünger im Labor (oder mit der industriellen Produktion). Bei dieser wird aus den elementaren Vorprodukten Stickstoff und Wasserstoff in einem komplizierten Prozess etwas eigenständig Neues geschaffen, nämlich Ammoniak, woraus schliesslich Ammoniaknitrat wird. Mit synthetischem Dünger konnten die Agrarerträge Anfang des 20. Jahrhunderts enorm gesteigert werden.<sup>1</sup>

## Monitoring der Finanzierungsströme

Die Synthesestatistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* löst zwar nicht die Unterversorgung an Nahrung, aber sie bietet seit 1985 wichtige Informationen, um das gegenläufige Problem zu vermeiden. Gemeint ist die «Übersorgung» des Gesundheitswesens, also

## Finanzierung im Gesundheitswesen, 2013



Quelle: Eigene Berechnung

© BFS, Neuchâtel 2015

der unkontrollierte Verbrauch von überwiegend monetären Ressourcen. In der Schweiz herrscht immer noch eine grosse kollektive Zahlungsbereitschaft für ein hochwertiges Gesundheitswesen, aber die hohe gesamtwirtschaftliche Belastung durch steigende Gesundheitsausgaben erfordert ein genaues Monitoring der Finanzierungsströme. Ob übrigens das schweizerische Gesundheitswesen «zu teuer» ist, kann nur im Vergleich mit den Gesundheitsausgaben anderer OECD-Länder, die ein ähnlich leistungsfähiges Gesundheitswesen besitzen, bestimmt werden. Die Datenbasis für solche Vergleiche bildet, unter Einhaltung internationaler Vorgaben, ebenfalls die Synthesestatistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*.

## Statistik schafft Klarheit

Die Statistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* klärt dabei auch Missverständnisse auf: Intuitiv nehmen die Bürgerinnen und Bürger nämlich vor allem die Kostenbelastungen durch die Krankenversicherungsprämie wahr – 2013 betrug diese pro Kopf und Monat durchschnittlich 262 Franken.

Aber zur Durchschnittsprämie von 262 Franken steuert der Staat pro Kopf und Monat 144 Franken bei und 170 Franken werden von den Haushalten (Selbstzahlungen, Franchise, u. a.), 52 Franken von der Privatversicherung und 85 Franken durch sonstige Finanzierungsträger<sup>2</sup> bezahlt. So werden aus den 262 «intuitiven» Franken 713 «reelle» Franken.

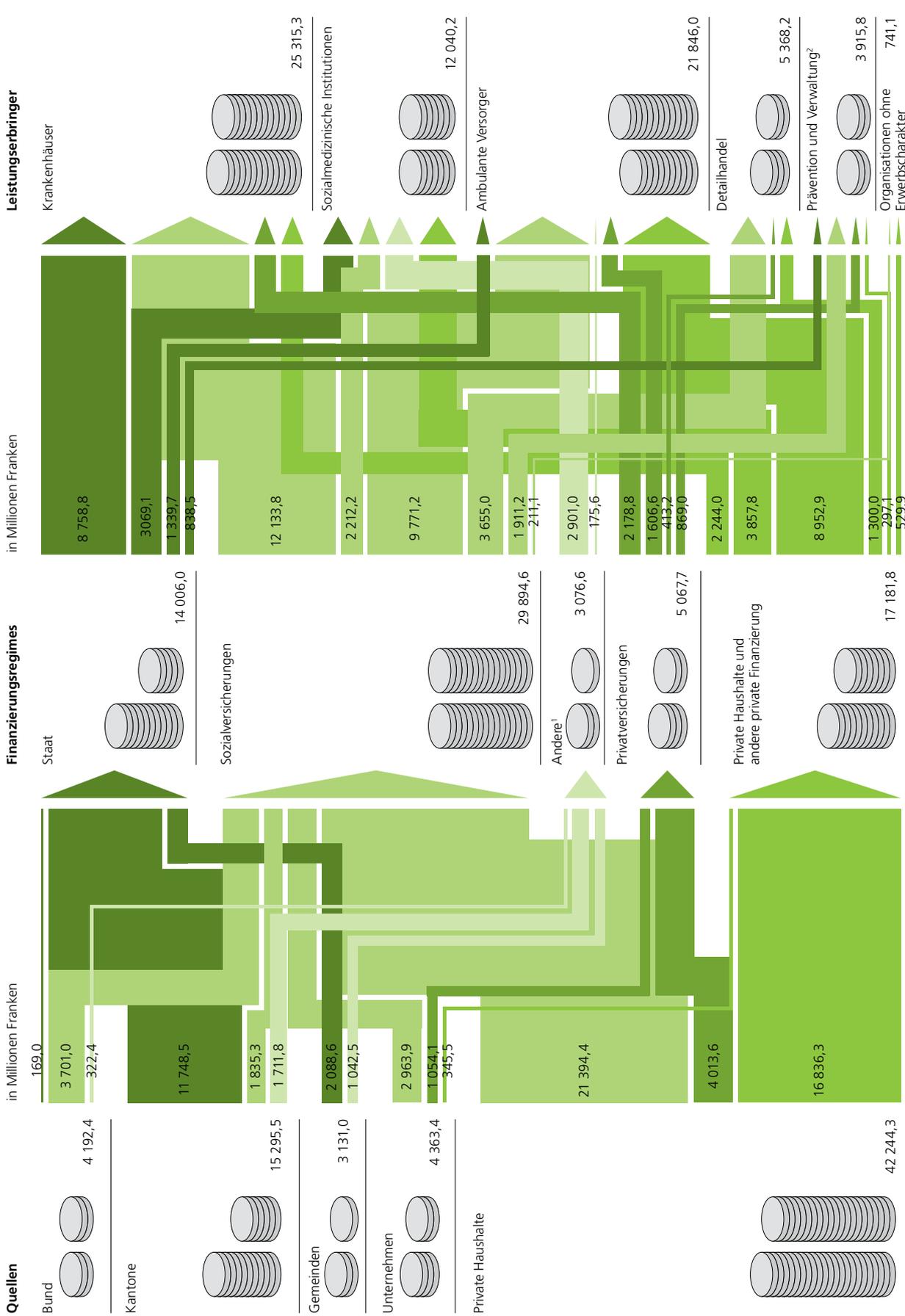
## Einfaches Endprodukt, komplizierter Prozess

Wie bei der Herstellung von Stickstoffdünger wird das Endprodukt – die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens – in einem komplexen Prozess erzeugt. Die Statistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* hat drei Dimensionen (Leistungserbringer, Leistungskategorien und

<sup>1</sup> Das nach Fritz Haber und dem BASF-Chemiker Carl Bosch benannte Haber-Bosch-Verfahren hat auf dem Umweg über den Acker tatsächlich Milliarden von Menschen ernährt.

<sup>2</sup> AHV/IV-Ergänzungsleistungen, Alters- und Pflegehilfe, Finanzierung durch Stiftungen

# Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2013



1 Ergänzungsleistungen AHV, IV; Alters- und Pflegehilfe, kantonal geregelt 2 Staat und Versicherer

Quelle: BFS – Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens

	Finanzierung		Total
	Krankenversicherung	Sonstige Finanzierung	
<b>Leistungserbringer</b>			
Stationärer Leistungserbringer <sup>1</sup>	12,1	25,3	37,4
Ambulanter Leistungserbringer, inkl. Verwaltung	13,3	18,5	31,9
<b>Total</b>	<b>25,4</b>	<b>43,8</b>	<b>69,2</b>

<sup>1</sup> Betriebe mit Übernachtung von Patienten/Heimbewohnern

Quelle: BFS – Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2013

© BFS, Neuchâtel 2015

Finanzierung) und bis zu 12'000 Kombinationsmöglichkeiten. Die grundlegenden Prinzipien lassen sich (Beispiele mit realen Daten) an nur zwei Dimensionen mit vier Kombinationen zeigen. Ein sehr vereinfachtes Endprodukt könnte wie in der Tabelle oben dargestellt aussehen (Daten in Milliarden Franken 2013). Auch wenn es vereinfacht ist, so ist es doch vollständig. Die Statistik wäre sogar vollständig, wenn sie nur eine einzige Outputvariable hätte, nämlich:

<b>Gesundheitsausgaben der Schweiz 2013</b>	<b>69,2</b>
---	-------------

Diese einzelne Output-Variable befriedigt nämlich schon das Informationsbedürfnis zu den Gesundheitsausgaben. Daraus lassen sich schon das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt (10,9%) und die Ausgaben pro Kopf und Monat ableiten (713 Franken).

### Notwendige und bedeutsame Kernaufgaben

Um zu zuverlässigen Daten für dieses Statistikprodukt zu gelangen, müssen im Grundsatz drei Punkte in Bezug auf das Gesundheitswesen beantwortet werden:

1. Die Abgrenzung nach aussen befasst sich mit der Fragestellung, welche Institutionen, Dienstleistungen und Produkte zum Gesundheitswesen gezählt werden. Während beispielsweise die Leistungen der universitären Zahnkliniken als für die Gesundheitsversorgung relevant angesehen werden, können Teilbereiche dieser Institutionen der Lehre, als nichtrelevant für die Gesundheitsversorgung angesehen werden.<sup>3</sup>
2. Die Erstellung einer Klassifikation unterteilt das gesamte Gesundheitswesen in direkte und indirekte Leistungserbringer. Die Statistik orientiert sich in ihrer Klassifikation vorrangig an internationalen Vorgaben, die eine mindestens 3-dimensionale Sicht nahelegen und eine Gliederungssystematik der Kategorien vorschlagen. Da die Schweiz und andere Länder das von OECD, WHO und Eurostat herausgegebene Handbuch *Systems of Health Accounts* verwenden, sind internationale Vergleiche so sehr gut möglich.<sup>4</sup>

3. Die Zuteilung der Datenpositionen in Kategorien der Klassifikation entscheidet, welche Positionen den einzelnen Kategorien zugeteilt werden können. Hier stellt sich beispielsweise die Frage: Gelten Franchise und Selbstbehalt als Finanzierung durch Krankenversicherung oder nicht?<sup>5</sup>

### Vernetztes Denken ist gefragt

Sind diese Punkte geklärt, muss die bestverfügbare Datenquelle und/oder Erhebungsmethode gewählt werden. Dies ist eine Aufgabe bei der viel Kreativität, breit vernetztes Denken und Handwerkskunst aber auch ein Gespür für methodische Probleme gefragt ist. Ein Beispiel: für die Aufteilung der Ausgaben der Privatversicherungen nach Leistungserbringergruppen bestehen keine schweizerischen Daten. Aber es gibt liechtensteinische Daten. Da die Versicherungsmärkte für die Schweiz und Liechtenstein ähnlich strukturiert sind, ist es unter diesen Umständen eventuell besser, die schweizerischen Daten über liechtensteinische zu schätzen, als eine 15 Jahre alte schweizerische prozentuale Aufteilung zu verwenden.<sup>6</sup>

Analog dazu kann beim Haber-Bosch-Verfahren der eingesetzte Eisen-Katalysator betrachtet werden, d.h. ein wesentliches Element, um den Prozess zum Laufen zu bringen, das aber wenig Aufwand und Kosten verursacht.

Eine Synthesestatistik stellt vielfältige Informationen über wichtige Themen bereit: In der Erstellung und Aufarbeitung der Information besteht aber viel Gestaltungsspielraum bezüglich Abgrenzung des Gesundheitswesens, Klassifikation, Zuteilung von Datenpositionen in Kategorien sowie Wahl von Datenquellen und Methoden. Gleich der Arbeit im Chemielabor müssen die einzelnen Komponenten sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, um ein Resultat zu erzielen, das über (gesundheitspolitische) Relevanz verfügt.

**Michael Lindner** ist Projektleiter der Synthesestatistik *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens* in der Sektion Gesundheit, BFS

**Ulrich Wagner** ist Bereichsleiter Gesundheitsökonomie und Diffusion in der Sektion Gesundheit, BFS

3

Analogie zur synthetischen Chemie: in welche Teilprozesse wird die Gesamtreaktion beteiligt?

Beim Haber-Bosch-Verfahren werden als Ausgangsprodukte die drei Hauptkomponenten Wasser, Erdgas und Stickstoff (aus der Luft) verbraucht, nicht aber der dabei eingesetzte Katalysator aus Eisen.

4

Analogie zur synthetischen Chemie: in welche Teilprozesse wird das Verfahren zerlegt und was sollen diese leisten? Beim Haber-Bosch-Verfahren können auch mehrere Etappen definiert werden, nämlich einerseits die Vorproduktion von Wasserstoff durch einen Dampfreformierungsprozess, andererseits die Ammoniaksynthese im engeren Sinne, sowie die nachgelagerte Syntheseschritte zum Ammoniumnitrat-Dünger.

5

Analogie zur synthetischen Chemie: welche Stoffe sind an der Einzelreaktion beteiligt? Auch im Haber-Bosch-Beispiel werden nicht alle Produkte in allen Phasen eingesetzt: der Stickstoff, eines der Ausgangsprodukte, wird zum Beispiel bei der Vorproduktion des Wasserstoffes noch nicht gebraucht.

6

Analogie zur synthetischen Chemie: wie bringen wir die Reaktion zum Laufen?

---

# Der Nationale Gesundheitsbericht 2015 der Schweiz schafft Übersicht

---

**In der Schweiz sind meist die Kantone für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich. Doch die zu erwartenden Herausforderungen für das Gesundheitswesen – nicht zuletzt die Zunahme chronischer Erkrankungen – erfordern eine Bündelung der Informationen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) fördert den Blick über die Kantonsgrenzen hinaus.** Monika Diebold

---

Informationen über die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung werden an vielen Stellen erhoben und ausgewertet. Doch fehlt oft ein Überblick, der diese Daten über die Kantonsgrenzen hinweg zusammenfasst und analysiert. Darum publizierte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium 2015, nach 1993 und 2008, den dritten Nationalen Gesundheitsbericht. Dieser bietet einen umfassenden Überblick als Grundlage für das Erkennen weiterer Entwicklungen im Gesundheitswesen.

## **Schwerpunktthema Chronische Erkrankungen**

Ein wichtiger Anspruch des Nationalen Gesundheitsberichtes ist es, die Gesundheitsdaten allen zugänglich zu machen und zu erklären sowie mögliche künftige Entwicklungen aufzuzeigen. Der Bericht, der auf [www.gesundheitsbericht.ch](http://www.gesundheitsbericht.ch) kostenlos heruntergeladen werden kann, gliedert sich in zwei Teile. Der erste widmet sich – mit zahlreichen Grafiken übersichtlich dargestellt – verschiedensten Aspekten der Gesundheit von der Kindheit bis ins hohe Alter. Diese Passagen können wie ein Lexikon genutzt werden und bieten einen Überblick über das Gesundheitsgeschehen in der Schweiz.

Im zweiten Teil wird das Schwerpunktthema *Chronische Erkrankungen* besprochen. Vier eigens dafür in Auftrag gegebene Fachberichte stützen die Aussagen im Buch mit Resultaten wissenschaftlicher Studien. Nicht nur Verbreitung, Krankheitsformen, Risikofaktoren sowie Versorgungsmöglichkeiten chronischer Krankheiten werden dargestellt, sondern

auch ihre Folgen für die Volkswirtschaft werden aufgezeigt. Besonderes Augenmerk verdienen zudem die Bedürfnisse und Lebensgrundlagen chronisch kranker Menschen.

## **Für die Gesundheit sind Bund und Kantone zuständig**

In der Schweiz liegt die Gesundheitsverantwortung zum grössten Teil bei den Kantonen, wenn auch die Krankenversicherung auf nationaler Ebene eingerichtet wurde. Um die Herausforderungen im Gesundheitswesen besser bewältigen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit des Bundes mit den Kantonen unabdingbar. Seit 2003 besteht deshalb ein institutionalisierter *Dialog der Nationalen Gesundheitspolitik*. Mehrmals jährlich trifft sich der zuständige Bundesrat – aktuell Bundesrat Alain Berset – mit den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone. Die Treffen dienen dazu, ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren.

Im Rahmen der Vorarbeiten zu diesem Dialog wurde 2001 das Obsan gegründet. Es hat die Aufgabe, die Gesundheitsorgane von Bund und Kantonen mit Analysen und Berichten bei der Vorbereitung von Beschlüssen zu unterstützen. Seinen Leistungsauftrag erhält es von Bund und Kantonen.

## **Brennpunkt Gesundheit.**

### **Das Obsan gibt Antworten**

Die wichtigsten Aufgaben der knapp 20 Mitarbeitenden des Obsan bestehen darin, für die Gesundheitsbehörden relevante Fragestellungen zu formulieren, die besten Datenquellen zu diesen Fragen zu

finden und sie zu analysieren. Das Obsan behandelt verschiedenste Themen des Gesundheitsbereichs: *Gesundheit der Bevölkerung, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Alterung der Gesellschaft, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gesundheitsberufe und Versorgungsstrukturen sowie psychische Gesundheit.*

Neben nationalen und kantonalen Gesundheitsberichten publiziert das Obsan ein Web-Monitoring, in dem auf der Website [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) grafisch aufbereitete Kennzahlen zu verschiedensten Gesundheitsthemen veröffentlicht werden. Mit seinen Analysen und Berichten bewegt sich das Obsan möglichst nahe an den Brennpunkten der aktuellen Gesundheitspolitik: In welchen Gesundheitsbereichen wird es in Zukunft zu wenig Personal geben? Wie viele Personen werden in den kommenden Jahren die Dienste eines Spitals oder Pflegeheims beanspruchen? Kann man bei den Kosten der Medikamente sparen? Werden Personen mit psychischen Krankheiten in der Schweiz genügend und adäquat behandelt? Das Obsan beteiligt sich darüber hinaus auch an internationalen Vergleichsstudien. Die Berichte des Obsan sind öffentlich und kostenlos über die Website zugänglich.

Weiterführende Informationen:

Nationaler Gesundheitsbericht: [www.gesundheitsbericht.ch](http://www.gesundheitsbericht.ch)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Dialog Nationale Gesundheitspolitik:

[www.nationalegesundheits.ch](http://www.nationalegesundheits.ch)

**Monika Diebold** ist Leiterin des Gesundheitsobservatoriums

## Impressum

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchâtel,  
[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

Redaktion: Cornelia Neubacher und Marius Widmer,  
Abteilung Kommunikation, BFS

Auskunft: Abteilung Kommunikation, BFS,  
Tel. 058 463 60 13, [kom@bfs.admin.ch](mailto:kom@bfs.admin.ch)

Autorinnen und Autoren: Monika Diebold, Katharina Fehst,  
Sabina Helfer, Christoph Junker, Martine Kaeser, Ralph Krieger,  
Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis,  
Caroline Schnellmann, Marco Storni, Georges-Simon Ulrich,  
Ulrich Wagner, Mirella Wepf und Laurent Zecha

Layoutkonzept: Netthoewel & Gaberthuel, Biel

Grafik/Layout: Sektion DIAM, Prepress/Print, BFS

Fotografie: Franz Rindlisbacher und Gerry Amstutz, Zürich

Übersetzungen: Sprachdienste BFS

Bestellnummer: 1041-1601 (gratis)

ISBN: 978-3-303-00536-1

Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,  
Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

Copyright: BFS, Neuchâtel 2016

Abdruck der Texte und Grafiken – ausser für kommerzielle  
Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet