

Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz

Hintergrunddokument

N C D

Nationale Strategie Prävention
nichtübertragbarer Krankheiten
2017–2024 (NCD-Strategie)

SUCHT

Nationale Strategie Sucht
2017–2024



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz

Hintergrunddokument

Dr. Manuela Spiess

Katja Schnyder-Walser, lic. phil. I

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)

28. August 2018

Impressum

Laufzeit: Mai 2018 – August 2018

Im Auftrag von: Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach, CH-3003 Bern
migrationundgesundheit@bag.admin.ch

Hintergrunddokument: Das vorliegende Dokument wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um die Broschüre «Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz» um weitere Hintergrundinformationen zum Thema zu erweitern. Der Entwurf des Dokuments wurde vom BAG und internen Expertinnen und Experten lektoriert und kommentiert. Die Kommentare sind im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

Korrespondenzadresse: socialdesign ag, Thunstrasse 7, CH-3005 Bern

Zitiervorschlag: Spiess, Manuela; Schnyder-Walser, Katja (2018). Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), August 2018.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Lebensphasen	8
3	Lebenserwartung	9
3.1	Hintergrund	9
3.2	Verbreitung	9
3.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	10
4	Gesundheitszustand	11
4.1	Hintergrund	11
4.2	Verbreitung	11
4.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	12
5	Verzicht auf Gesundheitsleistungen	13
5.1	Hintergrund	13
5.2	Verbreitung	14
5.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	15
	Risikofaktoren	16
6	Tabakkonsum	16
6.1	Hintergrund	16
6.2	Verbreitung	17
6.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	18
7	Stark Rauchende	19
7.1	Hintergrund	19
7.2	Verbreitung	19
7.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	20
8	Alkoholkonsum	20
8.1	Hintergrund	20
8.2	Verbreitung	21
8.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	22
9	Cannabiskonsum	23
9.1	Hintergrund	23
9.2	Verbreitung	24
9.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	25
10	Online-Gaming	26
10.1	Hintergrund	26
10.2	Verbreitung	27
10.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	28
11	Bildschirmaktivitäten	28
11.1	Hintergrund	28
11.2	Verbreitung	29
11.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	29
	Schutzfaktoren	30
12	Ernährung	30
12.1	Hintergrund	30
12.2	Verbreitung	31
12.3	Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	32

13 Körperliche Aktivität.....	33
13.1 Hintergrund	33
13.2 Verbreitung	34
13.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	34
Krankheiten.....	35
14 Krebs.....	35
14.1 Hintergrund	35
14.2 Verbreitung	36
14.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	37
15 Atemwegserkrankungen	38
15.1 Hintergrund	38
15.2 Verbreitung	38
15.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	39
16 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	40
16.1 Hintergrund	40
16.2 Verbreitung	40
16.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	41
17 Muskuloskelettale Erkrankungen.....	42
17.1 Hintergrund	42
17.2 Verbreitung	43
17.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	44
18 Diabetes	44
18.1 Hintergrund	44
18.2 Verbreitung	45
18.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	45
19 Psychische Gesundheit	46
19.1 Hintergrund	46
19.2 Verbreitung	47
19.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund	48
20 Quellen.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebensphasen Modell	8
--	---

1 Einleitung

Die nachfolgende Einleitung ist in zwei Teile gegliedert. Eingangs erfolgt eine formelle Einleitung, welche über den Zweck, die Gliederung, die allgemeine Datengrundlage und Literaturrecherche sowie die Adressatinnen und Adressaten informiert. Danach folgt eine für das Dokument relevante Begriffsklärung.

Zweck, Gliederung, Datengrundlagen und Zielgruppe des Dokuments

Zweck des vorliegenden Hintergrunddokuments ist die Vertiefung und Erweiterung der Broschüre «Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz».¹ Den Rahmen bilden dabei die *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*, die *Nationale Strategie Sucht* sowie der *Bereich Psychische Gesundheit*, welche im Jahr 2018 ihren Fokus auf das Thema der gesundheitlichen Chancengleichheit richten. Das Dokument trägt zur Sensibilisierung für die Thematik bei. Darüber hinaus dient es den zahlreichen Akteuren in den Gemeinden, Kantonen und auf nationaler Ebene als Grundlage für ihre Bestrebungen, Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration zu verringern und die Chancen auf ein Leben in guter Gesundheit noch gerechter verteilen zu können.

Das vorliegende Dokument behandelt 18 ausgewählte Themenkapitel aus den Bereichen der nichtübertragbaren Krankheiten, Suchterkrankungen und des Gesundheitsverhaltens. Die Kapitel folgen einer einheitlichen *Gliederung*. Die Kapitel beinhalten jeweils Hintergrundinformationen (Begriffsklärung, Erläuterung der Relevanz), Angaben zur Verbreitung (allgemeine, alters- und geschlechtsspezifische Verbreitung, Risiko- und Schutzfaktoren) sowie Vergleiche der gesundheitlichen Chancen in Bezug auf die sozialen Determinanten Bildungsstand, Einkommen und Migrationshintergrund.

Datengrundlage der hier berichteten Zahlen und Fakten bildet primär die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (SGB 2012). Die SGB basiert auf einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren. Weitere (sekundäre) Hauptquellen, welche teilweise auf der SGB 2012 basieren, sind Online-Publikationen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN)², der Nationale Gesundheitsbericht 2015³ sowie die Gesundheitsstatistik 2014.⁴ Ausgehend von diesen aufbereiteten Datengrundlagen wurden weitere Onlinerecherchen hinsichtlich der Verbreitung in der Schweiz sowie in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit je nach Bildungsstand, Einkommen und/oder Migration durchgeführt. Die Angaben beziehen sich somit auf die in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung resp. auf in der Schweiz erhobene Daten. Wir weisen darauf hin, dass das vorliegende Dokument keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. In den Kapiteln werden Schlüsse zur aktuellen Datenlage gezogen, welche sich auf die zum Zeitpunkt der Recherche verfügbaren bzw. analysierten und publizierten Daten beziehen. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass nicht-publizierte Daten existieren. Weiter ist festzustellen, dass sich eine vermehrte Verknüpfung von Krankheitsdaten mit sozialen Determinanten anbieten würde.

Aktuell wird von der Gesundheitsförderung Schweiz GFCH, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und dem Bundesamt für Gesundheit BAG ein Grundlagenbericht zum Thema Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet, welcher eine Klärung von *Begriffen im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit* vornimmt.⁵ Der Grundlagenbericht wird voraussichtlich Mitte 2019 veröffentlicht. Aus diesem Grund wird im vorliegenden Dokument weitgehend auf diese Begriffsklärung verzichtet.

¹ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Chancengleichheit und Gesundheit, Zahlen und Fakten für die Schweiz (3. Auflage, September 2018). Bern: BAG.

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren>, 26.7.2018.

³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf, 26.7.2018.

⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS.

⁵ Weber, Dominik (2019). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: BAG, GDK und GFCH (Dokument in Arbeit).

Adressatinnen und Adressaten des vorliegenden Hintergrunddokuments sind primär die Umsetzungspartnerinnen und -Partner und Entscheidungsträgerinnen und -träger der NCD-Strategie und der Nationalen Strategie Sucht. Die Sammlung der Zahlen und Fakten dient als Grundlage für Projektumsetzungen oder zur Formulierung von Argumentationen.

Begriffsdefinitionen

Gemäss der Schweizerischen Bundesverfassung (Art. 2 Abs. 3 BV), sorgt die Schweizerische Eidgenossenschaft für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter ihren Bürgerinnen und Bürgern. Die Schweiz weist international ein vorbildliches Gesundheitssystem aus, was einer gerechten Verteilung der Chancen auf eine gute Gesundheit zuträglich ist.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Gesundheitliche Chancengleichheit⁶ ist ein gesundheitspolitisches Leitziel und bedeutet, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und, falls nötig, Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Somit sind gesundheitliche Unterschiede zu akzeptieren, vorausgesetzt, die Möglichkeiten auf eine bessere Gesundheit sind für jedes Individuum gegeben.⁷

Soziale Benachteiligung

Personen und Bevölkerungsgruppen, die aufgrund von sozialer Ungleichheit eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen aufweisen, werden als «sozial benachteiligt» bezeichnet. Am häufigsten als «sozial benachteiligt» bezeichnet werden Menschen mit niedrigem Einkommen und tiefem Bildungsstand, Angehörige von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten, Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen sowie Personen mit Migrationshintergrund in prekären finanziellen Situationen. Daneben kann auch das Geschlecht strukturell eine soziale Benachteiligung auslösen und damit die Gesundheitschancen beeinträchtigen.⁸

Quelle: Weber 2019 - Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: GFCH, BAG und GDK (Dokument in Arbeit).

Im vorliegenden Dokument wird in Anlehnung an die NCD-Strategie in allen Themenkapiteln auf die Merkmale Einkommen, Bildung sowie Migrationshintergrund fokussiert. Weitere Merkmale werden ebenfalls erwähnt, sofern entsprechende Statistiken auf eine gesundheitliche Ungleichheit hinweisen.

Bildungsstand

In der Schweiz gibt es verschiedene Bildungsniveaus. Im vorliegenden Dokument gehören Personen zum «tiefsten Bildungsniveau», die höchstens einen obligatorischen Schulabschluss (9-10 Schuljahre) haben. Zur Kategorie «höchstes Bildungsniveau» gehören Personen, die eine Ausbildung auf Tertiärstufe (z.B. Universität, Fachhochschule) absolviert haben.

Einkommen

Für die Beschreibung der Einkommensverteilung werden unterschiedliche Masse verwendet: Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) nimmt eine Einteilung in 4 Einkommensgruppen vor (bis CHF 2857, CHF 2857-3999, CHF 4000-5332, ab CHF 5333).⁹ Einige Studien unterteilen jedoch in so genannte Einkommensquintile, also die Einteilung in 5 Gruppen:

⁶ In Weber et al. (2019) wird zudem gesundheitliche Chancengleichheit auch noch in Bezug zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit definiert.

⁷ Stamm, H., & Lamprecht, M. (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S.24

⁸ Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter." Bern: Vgl. www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015), S. 5; und Stamm, Hanspeter; Lamprecht, Markus (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S.4ff.

⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>, z.B. Ernährung, 23.8.2018.

1. Quintil = Ärmste 20%,
2. Quintil = Zweitärmste 20%,
3. Quintil = Mittlere 20%,
4. Quintil = Zweitreichste 20%,
5. Quintil = Reichste 20% der Bevölkerung.

Wenn nicht anders vermerkt entspricht im vorliegenden Dokument die Terminologie «tieferes Einkommen» dem 1. Quintil, «höheres Einkommen» dem 5. Quintil.

Migrationshintergrund

Migrationshintergrund heisst, dass eine Person entweder selbst im Ausland geboren ist oder einen Vater bzw. eine Mutter hat, die im Ausland geboren ist. Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz ist heterogen, sowohl bezüglich ihrer Herkunft als auch bezüglich Bildung und sozioökonomischem Status. Es gilt daher anzumerken, dass allgemeine Aussagen zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung aus verschiedenen Gründen schwierig sind: grosse Heterogenität der Migrationsbevölkerung (Flüchtlinge, Expats etc.), migrations-spezifische Einflussfaktoren, Migrationsumstände, Aufenthaltsstatus.

Die ständige Wohnbevölkerung mit Migrationshintergrund in der Schweiz lag 2016 bei 2.6 Millionen (= 37%),¹⁰ wobei der grösste Anteil (1.4 Millionen) aus EU28/EFTA-Staaten stammt.¹¹

Verlorene potentielle Lebensjahre (YPLL, «Years of potential life lost»)

Als Indikator für vorzeitige Sterblichkeit werden die „verlorenen potentiellen Lebensjahre“ (YPLL, «Years of potential life lost») verwendet, welche als Differenz zwischen dem Todesalter und einer theoretischen Lebenserwartung von 70 Jahren definiert werden. Zur Berechnung der YPLL werden die Todesfälle jeder Altersgruppe addiert und anhand der Anzahl der bis zur Altersgrenze von 70 Jahren verbleibenden Lebensjahre gewichtet. Tritt beispielsweise der Tod im 5. Lebensjahr ein, werden 65 YPLL gezählt. Die Grenze von 70 Jahren ist international festgelegt und wird aus Gründen der Vergleichbarkeit oft so gewählt.¹²

¹⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>, 24.8.2018.

¹¹ Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Portugal, Spanien.

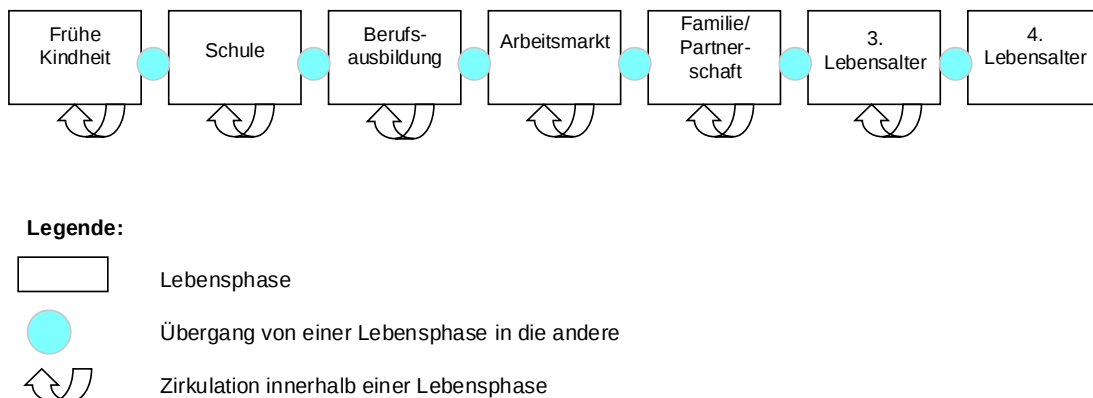
¹² Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Todesursachenstatistik 2015. Neuchâtel: BFS, S. 3.



2 Lebensphasen

Jeder Mensch verfügt über einen Lebenslauf, der zwar individuell unterschiedlich ist, aber im Grossen und Ganzen ähnliche Lebensphasen durchläuft. Das nachfolgende Lebenslaufmodell orientiert sich an dem von Caritas Schweiz¹³ und nennt sieben Lebensphasen einer Person. Zwischen diesen Lebensphasen sind Übergänge. Zu diesen Übergängen gehören zum Beispiel der Eintritt in die Schule oder ins Berufsleben, Elternschaft, Scheidung, ein Todesfall, Pensionierung oder Migrationserfahrung. Diese Übergänge stellen besondere Ereignisse dar und bei solchen steigt das Risiko für gesundheitliche und psychische Erkrankungen, das heisst, die Personen sind dann besonders vulnerabel. So kann etwa ein Schulverweis oder der Verlust der Arbeitsstelle bei den Betroffenen Angststörungen oder eine Depression auslösen. Zudem erhöht sich bei Brüchen im Lebenslauf auch das Armutsrisiko. Entsprechend steigt auch das mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängende gesundheitliche Risiko.

Abbildung 1: Lebensphasen Modell



Quelle: Darstellung socialdesign, in Anlehnung an Lebenslaufmodell von Caritas Schweiz

Dieses Lebenslaufmodell eignet sich auch als Modell für eine weitere Überlegung, nämlich die Frage, wie sich die gesundheitliche Chancengleichheit im Lebensverlauf verändert bzw. wann die Vulnerabilität im Lebensverlauf am höchsten ist. (1) Die Kindheit ist zentral für die Gesundheit im Lebensverlauf, so z.B. bezüglich der Zahngesundheit, der psychischen Widerstandsfähigkeit oder des Übergewichts und der damit verbundenen Krankheiten. (2) Viele nichtübertragbare Krankheiten entstehen über eine lange Zeit. Das Risiko dazu häuft sich über Jahre und Jahrzehnte an. Gesundheitsförderung und Prävention sollte deshalb sinnvollerweise über das ganze Leben angelegt sein.¹⁴ (3) Weiter gibt es Krankheiten, die im Alter (3. oder 4. Lebensalter)¹⁵ häufiger eintreten und dann, im Gegensatz zu früheren Lebensphasen, möglicherweise auch keine gesundheitliche Ungerechtigkeit mehr feststellbar ist. Entsprechend wird in den nachfolgenden Kapiteln jeweils auch der Aspekt «Alter» im Sinne von «Lebensphase» berücksichtigt, in welcher die Krankheit oder das Gesundheitsthema besonders relevant ist.

¹³ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 46.

¹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 145.

¹⁵ Die Gerontologie unterteilt mittlerweile das Alter in 3. und 4. Lebensalter: das 3. Lebensalter ist das «aktive und fitte» Alter, ungefähr zwischen Pensionierung und 80 Jahren, danach folgt das 4. Lebensalter, auch als «fragiles» Alter bezeichnet. Dies erläutert z.B. Höpflinger, François (2017). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. Vgl. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>, S. 7.



3 Lebenserwartung

3.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Beim Begriff Lebenserwartung wird unterschieden zwischen der *Lebenserwartung bei Geburt* und *Lebenserwartung in guter Gesundheit* oder *gesunde Lebensjahre*. Erstere entspricht der durchschnittlichen Anzahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben.¹⁶ Die gesunden Lebensjahre zu Alter X messen also die Lebenszeit bei einem bestimmten Alter, die ein Mensch voraussichtlich ohne funktionale Einschränkung oder Behinderung noch leben kann.¹⁷

Relevanz

Die Lebenserwartung (bei Geburt) dient als Indikator für die Langlebigkeit der Bevölkerung. Die Kehrseite einer hohen Lebenserwartung ist jedoch die steigende Anzahl von nichtübertragbaren Krankheiten (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Muskuloskelettale Krankheiten), da mit dem Alter das Erkrankungsrisiko tendenziell ansteigt.

3.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

In der Schweiz ist die Lebenserwartung hoch. So hatte die Schweiz 2016 im internationalen Vergleich mit 83.7 Jahren die zweit höchste Lebenserwartung aller OECD-Länder.¹⁸ Zukunftshypothesen gehen davon aus, dass im Jahr 2045 die Lebenserwartung bei Geburt bei 86 Jahren (Männer) resp. 89 Jahren (Frauen) liegen wird.¹⁹ Trotz der grundsätzlich hohen Lebenserwartung sind auch hierzulande regionale Unterschiede zu finden. Die sind insbesondere durch die Unterschiede in der für eine Region spezifische soziale Schicht oder dem sozialen Status²⁰ dieser Region geprägt. Beispielsweise haben Männer im eher gehobeneren Berner Stadtquartier Kirchenfeld-Schossbühl²¹ eine Lebenserwartung von 83 Jahren. Hingegen weisen Männer im Berner Stadtquartier Bümpliz-Oberbottigen²² eine Lebenserwartung von 78 Jahren auf.

Geschlecht und Alter

Die Lebenserwartung (bei Geburt) beider Geschlechter steigt stetig an. So lag sie 1988 für Männer bei 74 Jahren und für Frauen bei 80.5 Jahren. Im Jahr 2016 lag sie für Männer bei 81.7 Jahren und für Frauen bei 85.6 Jahren.²³ Die Lebenserwartung der Männer hat in den letzten Jahren stärker zugenommen (1990: 74 Jahre; 2000: 76.5 Jahre; 2010: 79.7 Jahre; 2014: 80.6 Jahre) als die der Frauen (1990: 80.8 Jahre; 2000: 82.4 Jahre; 2010: 84.3 Jahre; 2014: 84.8 Jahre).²⁴ So fand eine stärkere Annäherung der Geschlechter statt.

¹⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/lebenserwartung>, 23.7.2018.

¹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 98.

¹⁸ OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.

¹⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel: BFS, S. 21.

²⁰ Der soziale Status wird gebildet aus den Merkmalen Einkommen, Bildungsniveau, Beruf, Aufenthaltsstatus, soziale Unterstützung.

²¹ Quartier mit einer relativ hohen Dichte an Personen mit höherem sozioökonomischem Status.

²² Quartier mit einer relativ hohen Dichte an Personen mit Migrationshintergrund, grosse Anzahl Personen mit niedrigem sozialen Status.

²³ OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.

²⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/lebenserwartung>, 21.8.2018.

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Die Lebenserwartung wird von vielen Faktoren beeinflusst, beispielsweise vom Wohlstand, dem medizinischen Fortschritt, dem Zugang zu präventiven Angeboten und medizinischen Leistungen eines Landes. Unterschiede in der Lebenserwartung in guter Gesundheit können als Hinweis für ungleiche Lebensbedingungen (z.B. soziale Lage, Lebensstil, psychische Einflussfaktoren) verstanden werden.²⁵ Je nach sozioökonomischem Status sind die gesundheitlichen Chancen ungleich verteilt. Die Lebensbedingungen in der Schweiz haben sich in den letzten Jahrzehnten generell verbessert, der Zugang zum Gesundheitswesen steht grundsätzlich allen offen und der Strukturwandel hat zu einem Abbau von körperlich stark belasteten Arbeitsplätzen geführt. Dennoch haben sich die gesundheitlichen Risiken der unterschiedlichen sozialen Schichten nicht angeglichen.²⁶

3.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Die Lebenserwartung ist je nach Bildungsniveau unterschiedlich. Mit dem Bildungsniveau steigt auch die Lebenserwartung.²⁷ Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen 30-jährigen Personen mit dem niedrigsten Bildungsniveau und solchen mit dem höchsten Bildungsniveau liegt bei Männern bei 4.4 Jahren und bei Frauen bei 2.2 Jahren.²⁸ Aufgrund der Verbesserung des Bildungsniveaus der Bevölkerung wird angenommen, dass die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung durch diesen Strukturwandel weiter zunehmen wird.²⁹

Einkommen

Ein niedriger sozioökonomischer Status (beinhaltet u.a. das Einkommen) hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung. Armutsbetroffene Menschen werden öfter krank oder invalid und sterben früher als finanziell besser gestellte Menschen.³⁰ Eine Studie aus Deutschland liefert Hinweise, dass die Lebenserwartung der einkommensstärksten Bevölkerung (oberste 10%) etwa 6 Jahre höher ist als jene der einkommensschwächsten (unterste 10%) Bevölkerung.³¹ Entsprechende Schweizerdaten konnten nicht gefunden werden.

Migrationshintergrund

Aktuellste Daten zur *Lebenserwartung bei guter Gesundheit* bei der ausländischen Bevölkerung aus dem Jahr 2010 zeigen folgendes Bild: Ausländische Personen haben eine tiefere Lebenserwartung bei Geburt (Männer: 63.5 Jahre, Frauen: 61.6 Jahre) als Schweizerinnen (69.2 Jahre) und Schweizer (68.4 Jahre). Zu erkennen ist, dass die Lebenserwartung bei guter Gesundheit bei ausländischen Männern knapp 2 Jahre höher ist als bei ausländischen Frauen. Die Lebenserwartung bei Alter 65 ist bei ausländischen Personen ebenfalls tiefer (Männer: 9.7 Jahre, Frauen: 9.9 Jahre) als bei Schweizerinnen (12.5 Jahre) und Schweizer (12.3 Jahre).³² Jedoch ist zu beachten, dass die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund sehr heterogen zusammengesetzt ist. Die auf die Lebenserwartung bezogenen Geschlechtsunterschiede sind nicht eindeutig dem Geschlecht zuzuschreiben.

²⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/alle-indikatoren/familie-demografie/lebenserwartung-gute-gesundheit.html>, 20.8.2018.

²⁶ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

²⁷ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

²⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 18.

²⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel: BFS, S. 20.

³⁰ Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag, S. 124.

³¹ Hahn, Peter; Kempfner, Daniel, Lüten, Holger (2017). The Rising Longevity Gap by Lifetime Earnings: Distributional Implications for the Pension System. Bonn: Institute of Labor Economics, S. 12.

³² Bundesamt für Statistik BFS (2010). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/300806/master>, 20.8.2018.



4 Gesundheitszustand

4.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Der *selbst wahrgenommene Gesundheitszustand*, auch subjektiver Gesundheitszustand genannt, gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Für diese Einschätzung können Individuen verschiedene Dimensionen miteinbeziehen. Zu diesen Dimensionen gehören beispielsweise das wahrgenommene körperliche, psychische und/oder soziale Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit, soziale Integration, körperliche und geistige Funktions- und Leistungsfähigkeit, Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt oder das Potential zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens.³³ Die Lebenserwartung (Kapitel 3) liefert Hinweise auf den objektiven Gesundheitszustand von Personen oder Personengruppen. Der Indikator des *subjektiven Gesundheitszustands* wird im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eruiert durch die Frage, wie der eigene Gesundheitszustand im Allgemeinen bezeichnet wird (Antwortmöglichkeiten: sehr gut, gut, mittelmässig, schlecht, sehr schlecht). Der subjektive Gesundheitszustand eignet sich zu einem gewissen Grad für die Vorhersage von messbaren Werten wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Mortalität (Sterblichkeit) oder auch die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.³⁴

Relevanz

Die Lebensbedingungen und die jeweilige soziale Position eines Menschen haben einen erheblichen Einfluss darauf, inwiefern ein Leben in guter Gesundheit möglich ist. Weiter übt der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand einen Einfluss auf die Lebensgestaltung aus, so auch das Gesundheitsverhalten. Risikoreiches Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, ungesundes Essverhalten) geht mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und einer niedrigeren Lebensqualität einher. Personen mit mindestens zwei risikoreichen Gesundheitsverhalten machen rund 50% der Personen mit schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit aus.³⁵

4.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Insgesamt schätzen die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (83%) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Fünf von sechs Personen ab 15 Jahren bezeichneten in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Nur 4% schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Diese Zahlen sind seit 1992 relativ konstant. Somit ist der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in der Schweiz insgesamt stabil und sehr hoch.³⁶

Geschlecht und Alter

Grössere Veränderungen im selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand zeigen sich im Verlauf des Erwachsenenalters: Bis zum Pensionierungsalter sinkt der Anteil der Personen, die sich gesund oder sehr gesund fühlen, von über 90% auf ca. 75% ab. Zunehmend treten chronische Erkrankungen in den Vordergrund. Grundsätzlich berichten mehr Männer (84.3%) über einen guten oder sehr guten selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand als Frauen (81.3%).³⁷ Der Anteil der *Frauen* mit einer guten selbst empfundenen Gesundheit verringert sich

³³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 27.

³⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 99.

³⁵ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 45.

³⁶ Chatelard, Sophia et al. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? Revue Médicale Suisse, 8, 1061-16.

³⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 12.

mit dem Alter stetig und sinkt ab 75 Jahren deutlicher. Bei den *Männern* findet ein erster Bruch in Bezug auf die gute selbst empfundene Gesundheit bei den 55- bis 64-Jährigen statt.³⁸

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Es findet sich ein Zusammenhang zwischen dem selbstberichteten Gesundheitszustand und Nicht-Rauchen: Mehr als 75% derjenigen Personen, die ihren Gesundheitszustand als «sehr gut» einschätzen, also über eine sehr gute selbstberichtete Lebensqualität verfügen, sind Nicht-Rauchende.³⁹ Nicht-Erwerbstätige, Arbeitslose und alleinerziehende Personen berichten über einen schlechteren psychischen und physischen selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand als Erwerbstätige. Weitere Faktoren, die den subjektiven Gesundheitszustand negativ beeinflussen können, sind psychosoziale Merkmale der Lebensbedingungen wie z.B. Stress.⁴⁰

4.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Es gibt Zusammenhänge zwischen dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und dem Bildungsniveau: Je geringer die Bildung, desto schlechter ist der selbstberichtete Gesundheitszustand und umso tiefer ist die Lebenserwartung. Umgekehrt bezeichnen Personen mit einem höheren Bildungsniveau ihren Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut (90%) als Personen mit einem tieferen Bildungsniveau (63%). Der Bildungsstand spielt insbesondere bei den Personen zwischen 45 und 64 Jahren eine Rolle: Knapp ein Drittel der Personen mit dem niedrigsten Bildungsniveau litt an einer chronischen Krankheit respektive einem dauerhaften gesundheitlichen Problem.⁴¹

Einkommen

Es gibt Zusammenhänge zwischen dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und dem Einkommensniveau: Je geringer das Monatseinkommen, desto geringer der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzen. So liegt der Bevölkerungsanteil von Personen mit guter selbsteingeschätzter Gesundheit bei der Personengruppe mit dem grössten Monatseinkommen (ab CHF 5'333) bei 90%, während dieser Bevölkerungsanteil bei Personen mit dem tiefsten Monatseinkommen (bis CHF 2'857) bei 74% liegt.⁴²

Migrationshintergrund

Grundsätzlich schätzen auch Personen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand häufig als gut oder sehr gut ein. Aus Nord- und Westeuropa⁴³ zugewanderte Personen schätzen ihre eigene Gesundheit sogar öfter als gut oder sehr gut ein (90%) als die Schweizerinnen und Schweizer (83%). Hingegen schätzen Personen aus Südwesteuropa⁴⁴ (70%), Ost- und Südosteuropa⁴⁵ (80%) sowie nicht-europäische Zugewanderte (77%) ihre Gesundheit seltener als gut oder sehr gut ein als Schweizerinnen und Schweizer. Die Unterschiede nehmen mit dem Alter zu, insbesondere bei den Personen aus Südwesteuropa.⁴⁶

³⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 76.

³⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 45.

⁴⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 27ff.

⁴¹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 29.

⁴² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/selbst-wahrgenommene-gesundheit>, 20.8.2018.

⁴³ Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Grossbritannien, Irland, Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden, Monaco.

⁴⁴ Portugal, Spanien, Italien, Vatikanstaat, Malta, San Marino.

⁴⁵ Türkei, Serbien, Kroatien, Slowenien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Mazedonien, Kosovo, Albanien, Griechenland, Zypern, Bulgarien, Rumänien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Ungarn, Slowakei, Tschechische Republik, Moldawien, Russland, Ukraine, Weissrussland.

⁴⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/migrationsbevoelkerung.html>, 21.8.2018.



5 Verzicht auf Gesundheitsleistungen

5.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Der Begriff *Gesundheitsleistungen* oder auch *Pflegeleistungen* umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Güter und Dienstleistungen, welche die Leistungserbringer innerhalb des Gesundheitswesens direkt am Patienten oder an der Patientin erbringen.⁴⁷ *Verzicht auf Gesundheitsleistungen* wird unterschieden in (1) *Verzicht auf die Inanspruchnahme von als notwendig erachteten Gesundheitsleistungen* sowie in (2) *Verzicht auf Inanspruchnahme von als nicht zwingend notwendig erachteten Gesundheitsleistungen*. Hinsichtlich der Frage nach der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz macht es einen Unterschied, ob eine Person auf eine Gesundheitsleistung aus Kostengründen verzichtet, die sie nicht zwingend benötigt (z.B. Vorsorgeuntersuchung)⁴⁸, oder ob sie auf eine notwendige Behandlung verzichtet, weil sie diese nicht bezahlen kann.⁴⁹ Letzteres ist ein Indikator für soziale Benachteiligung und damit für eine Ungleichverteilung der gesundheitlichen Chancen.⁵⁰

Relevanz

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat einen erheblichen Einfluss auf die frühzeitige Behandlung von Krankheiten und damit auf den Gesundheitszustand. Personen, die aus finanziellen Gründen auf eine medizinische oder zahnärztliche Untersuchung verzichtet haben, geht es gesundheitlich weniger gut als den übrigen Personen: 38% nehmen ihren Gesundheitszustand als nicht gut wahr. Demgegenüber schätzen nur 18% der Personen, die nicht auf Pflegeleistungen verzichtet haben, ihren Gesundheitszustand als nicht gut ein.⁵¹ Der Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen und einem schlechteren Gesundheitszustand könnte sich wie folgt erklären lassen: Gesundheitlich beeinträchtigte Personen benötigen häufiger Pflegeleistungen. Deshalb müssen sie häufiger entscheiden, welche Pflegeleistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Damit erhöht sich die Gefahr, dass sie auf Pflegeleistungen verzichten. Der umgekehrte Fall – dass sich der Verzicht auf Pflegeleistungen negativ auf die Gesundheit auswirkt – muss ebenfalls berücksichtigt werden. Weiter ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch ein Hinweis auf den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung soll für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet sein. Bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können insbesondere finanzielle Faktoren (z.B. eine hohe Kostenbeteiligung von Patientenseite) einen limitierenden Einfluss darstellen und zu einem Verzicht führen. Der Verzicht auf zahnärztliche Behandlungen spielt hierbei eine besondere Rolle. Zahnärztliche Kosten werden im Gegensatz zur medizinischen Grundversorgung in der Regel nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen und müssen selbst getragen werden.

⁴⁷ B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung in Zusammenarbeit mit Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Vgl. https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/BSS-Studie_Wahlfranchisen.pdf, 6.7.2018.

⁴⁸ Die International Health Policy Survey (IHP), deren Ergebnisse von OBSAN publiziert wurden, fragt den Verzicht aus Kostengründen direkt ab, ohne die Notwendigkeit der Behandlung zu erfragen.

⁴⁹ In der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird zuerst danach gefragt, ob eine Behandlung nötig gewesen wäre und anschliessend folgt die Frage nach dem Verzicht aufgrund von finanziellen Einschränkungen.

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>, 26.7.2018.

⁵¹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS, S. 7.

5.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

In der Schweiz verzichteten zwischen 2007 und 2014 rund 5% der Gesamtbevölkerung auf notwendige ärztliche oder zahnärztliche Leistungen.⁵² Nach der zweiten Revision der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) im Jahr 2015 lag der Anteil bei 3%. Allgemein wird vor allem auf zahnärztliche Untersuchungen verzichtet.⁵³ Gemäss International Health Policy Survey (IHP) fällt der Verzicht in der Westschweiz deutlich höher aus als in der Deutschschweiz (Befragung der Bevölkerungsgruppe von 65 Jahren und älter).⁵⁴

Geschlecht und Alter

Der Anteil der Personen, die auf eine medizinische oder zahnärztliche Untersuchung verzichtet haben, weist gemäss SILC 2011 national gesehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Frauen in gewissen Regionen öfter auf Gesundheitsleistungen verzichten, wie die Studie zum Kanton Genf zeigt.⁵⁵ Im 2014 war der Anteil der Personen, die auf eine Gesundheitsleistung verzichten, am höchsten bei der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen (6 %). In der Bevölkerung mit Migrationshintergrund verzeichnen Personen in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen den höchsten Anteil (3.9% bei ärztlichen, 9.3% bei zahnärztlichen Leistungen). In der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind es die 25- bis 39-Jährigen (1.4% bei ärztlichen, 4.6% bei zahnärztlichen Leistungen). Der Unterschied zwischen diesen beiden Bevölkerungsgruppen ist stark vom Alter abhängig.⁵⁶ Am tiefsten ist der Anteil der Personen, die auf Pflegeleistungen verzichten, bei den älteren Menschen, die in der Regel einen weniger guten Gesundheitszustand aufweisen.⁵⁷

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Menschen verzichten nicht nur aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen. Weitere Verzichtsgründe sind: lange Wartezeiten, zu lange Anreise, keine Zeit haben oder Angst haben.⁵⁸ Zudem können Kommunikationsbarrieren den diskriminierungsfreien Zugang zu Leistungen erschweren. So kann die Grundversorgung die vulnerablen Personen nicht immer erreichen, weil der Hausarzt resp. die Hausärztin keinen Dolmetscher zur Verfügung hat und diese transkulturelle Dienstleistung nicht über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet werden kann.

⁵² Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS, S. 6.

⁵³ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>

⁵⁴ Office fédéral de la santé publique OFSP (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) <https://www.OBSAN.admin.ch/fr/node/1510>, 24.7.2018.

⁵⁵ Guessous, Idris (2012). Renoncement aux soins de santé des raisons économiques. Vgl. http://ge.ch/dares/Silverpeas-WebFileServer/Renoncements_aux_soins_forum_ISS_22_mai_2012.pdf?ComponentId=kmelia1153&Source-File=1339150773135.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/, S. 25, 24.8.2018.

⁵⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html>, S. 63f. und vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.

⁵⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leit-line-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html>, 24.7.2018.

⁵⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 24.7.2018.

5.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Der Anteil der Personen, die aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten, nimmt mit steigendem Bildungsniveau ab.⁵⁹ So verzichten beispielsweise im Jahr 2016 5.8% der Personen ohne nach-obligatorischen Schulabschluss aus finanziellen Gründen auf zahnmedizinische Leistungen. Demgegenüber stehen 3.3% der Personen mit Lehrabschluss und 2.6% mit Hochschulabschluss. Beim Verzicht auf Arztkonsultationen ist der Zusammenhang zwischen Verzicht und Bildungsniveau weniger klar ersichtlich. Während zu früheren Erhebungszeitpunkten Personen ohne nach-obligatorischen Schulabschluss häufiger auf Arztbesuche verzichteten als Personen mit Lehr- oder Hochschulabschluss, konnte dies für das Jahr 2016 nicht bestätigt werden. Der Anteil Personen, die auf Arztbesuche verzichteten, war bei den Personen mit obligatorischem Schulabschluss gleich gross wie bei Personen mit Hochschulabschluss (0.6%).⁶⁰

Einkommen

Es gibt Zusammenhänge zwischen dem Einkommen und dem Verzicht auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In der Schweiz verzichten gemäss Erhebung IHP 2016 rund 20% auf eine Arztkonsultation. 15% derjenigen, die keine Leistungen beanspruchen, sind überdurchschnittlich Verdienende. Sie scheinen die angebotenen Leistungen als nicht notwendig zu erachten. Im Gegensatz dazu sind rund 30% derjenigen, die keine Leistungen beanspruchen, unterdurchschnittlich Verdienende. Sie verzichten aufgrund der erwarteten Kosten oder aufgrund eines tiefen Einkommens auf medizinische Behandlungen.⁶¹

Gemäss der SILC und dem Legislaturindikator des BFS «Verzicht auf Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen»⁶² ist der Anteil der Wohnbevölkerung in der untersten Einkommensklasse, der aus finanziellen Gründen auf einen notwendigen Besuch bei einem Arzt resp. einer Ärztin oder einem Zahnarzt resp. einer Zahnärztin verzichtet, zwischen 2007 und 2013 von 8.3% auf 11.5% gestiegen. Im Jahr 2014, nach einer Revision der SILC-Erhebung, belief er sich auf 11.2%. Nach einer weiteren Revision im Jahr 2015 betrug dieser Anteil 6.1%.

Migrationshintergrund

Einen besonders schwierigen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben Personen mit einem Migrationshintergrund. Im Jahr 2014 verzichteten Personen mit Migrationshintergrund aus finanziellen Gründen drei bis vier Mal häufiger auf medizinische oder zahnmedizinische Behandlungen als Personen ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede sind in der männlichen Bevölkerung am grössten.⁶³ Männer mit Migrationshintergrund verzichten mehr als sechs Mal häufiger auf medizinische Leistungen als Männer ohne Migrationshintergrund. Bei zahnmedizinischen Leistungen ist der Verzicht drei Mal so hoch. Dies zeigt sich unabhängig vom Bildungsniveau und von der Art der medizinischen Leistungen und findet sich in fast allen Grossregionen der Schweiz. Neuere Zahlen aus dem Jahr 2015 relativieren diese Differenz:

⁵⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2013). https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/OBSAN_dossier_26.pdf, S. 31.

⁶⁰ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html>, 24.7.2018.

⁶¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/experience-de-la-population-agee-de-18-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante-situation>, 24.7.2018.

⁶² Im Rahmen der Agenda 2030 wird weiterhin das Ziel verfolgt, die Anzahl Personen, die aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen verzichten, zu reduzieren. Um die Zielerreichung zu messen, wird ein Indikator erstellt. Er definiert sich durch den Anteil der Bevölkerung in der untersten Einkommensklasse (1. Quintil), welcher auf ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen verzichtet. Die Daten stammen aus der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) des Bundesamtes für Statistik BFS. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislativplanungsalle-indikatoren/leitlinie-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.html>, 24.7.2018.

⁶³ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“. Neuchâtel: BFS, S. 63f.

Die 16- bis 24-jährigen (0.4%) und die 25- bis 39-jährigen Personen ohne Migrationshintergrund (0.7%) verzichteten häufiger auf eine ärztliche Untersuchung als die Gleichaltrigen mit Migrationshintergrund (0.2% bzw. 0.4%).⁶⁴ Diese Variationen von Jahr zu Jahr sind einerseits wohl auf die Revisionen der SILC-Erhebung zurückzuführen.⁶⁵ Hingegen wären die weiteren Gründe für solche Schwankungen noch zu ermitteln.

Risikofaktoren



6 Tabakkonsum

6.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Tabakkonsum ist ein sehr breitgefasster Begriff. Allgemein wird darunter das Konsumieren resp. Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Cigarillos, Pfeife oder Wasserpfeife verstanden. Der Tabakkonsum widerspiegelt ein Gesundheitsverhalten.⁶⁶ Zur *Erhebung* des Tabakkonsums wurden im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung Personen ab 15 Jahren berücksichtigt, die in einem Privathaushalt leben.

Beim Tabakkonsum kann unterschieden werden zwischen *gelegentlichem* Konsum und *täglichem* Konsum. Unter letzterem wird der Konsum von *mindestens einer Zigarette pro Tag* verstanden. Somit lassen sich dichotome Vergleiche zwischen Rauchenden versus Nicht-Rauchenden und gelegentlich und täglich rauchenden Personen ziehen. Weiter kann bei den Rauchenden die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten erfasst werden, was eine Unterscheidung in stark Rauchende oder weniger stark Rauchende erlaubt. Dieses Kapitel unterscheidet jedoch nicht zwischen risikoreichem und weniger risikoreichem Konsum (bei Alkohol wird diesbezüglich unterschieden). Verschiedene mit Tabakkonsum assoziierte Aspekte (wie Relevanz) treffen auf Rauchende generell zu. Daher sind redundante Angaben in diesem sowie dem folgenden Kapitel möglich.

Relevanz

Es findet sich ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und der Mortalität (Sterblichkeit) durch Lungenkrebs. Zudem erhöht Tabakkonsum das Risiko für weitere Krebsarten wie Zungen- oder Kehlkopfkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen. Rauchende Personen erleiden viermal häufiger einen Herzinfarkt als Nicht-Rauchende.⁶⁷

Tabakbedingte Erkrankungen können weiter das persönliche Wohlbefinden beeinträchtigen. Da die mit Tabakkonsum assoziierten Auswirkungen auf die Gesundheit in der Regel zeitverzögert sind, gestalten sich Präventionsbestrebungen als komplex. Mit fast 2 Millionen Rauchenden gehört Tabakkonsum hierzulande zu den grössten Problemen der öffentlichen Gesundheit.⁶⁸

⁶⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2015). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>

⁶⁵ «Im Jahr 2014 kam es zu einem Bruch in der Zeitreihe. Infolge des neuen Stichprobenrahmens und der Verbesserung des Gewichtungsmodells sind die Resultate nicht mehr direkt mit den Resultaten der Vorjahre vergleichbar.» Zit. BFS (2017). Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html>, S.63.

⁶⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. Neuchâtel: BFS, S. 48.

⁶⁷ Schweizerische Herzstiftung (2018). Vgl. <https://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/rauchen.html>, 23.7.2018.

⁶⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/tabak.html>, 30.7.2018

Erkrankungen, die durch Tabak mitverursacht sind, haben zudem beträchtliche gesellschaftliche Kosten zur Folge, etwa durch die vermehrte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen oder krankheitsbedingte Arbeitsausfälle⁶⁹. Die Kosten für die medizinische Behandlung der Krankheiten, welche unter anderem durch Tabakkonsum verursacht werden, belaufen sich auf 1.7 Milliarden Franken pro Jahr. Hinzu kommen fast 4 Milliarden Franken für Erwerbsausfallkosten, die mit Tabakkonsum assoziiert sind.⁷⁰

6.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Insgesamt rauchen 28% der über 15-Jährigen der Schweizer Bevölkerung täglich oder gelegentlich⁷¹. Die durchschnittliche Anzahl Zigaretten liegt bei den täglich Rauchenden bei 13-14 Stück. Die gelegentlich Rauchenden konsumieren täglich im Durchschnitt 1.2 Zigaretten.⁷² Die Hälfte der im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 befragten Personen hat zum Zeitpunkt der Befragung noch nie geraucht. Der Anteil rauchender Personen ist zwischen den Jahren 1992 und 2012 von 33.6% auf 28.2% zurückgegangen.⁷³

Bei den jüngeren Altersgruppen (15-24 Jährig) sprechen die Zahlen dafür, dass sich im Rauchverhalten in den letzten 25 Jahren nur wenig verändert hat.⁷⁴ Gerne aufhören zu rauchen möchten 60% der 2012 befragten Rauchenden.⁷⁵

Jährlich sterben in der Schweiz 9'500 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Das sind 26 Menschen pro Tag und machen 15% aller Todesfälle aus.⁷⁶

Geschlecht und Alter

Der Anteil der *täglich und gelegentlich* Rauchenden ist bei den Männern höher (32%) als bei den Frauen (24%). Jede fünfte weibliche Person (20%) konsumiert *mindestens eine Zigarette* pro Tag gegenüber jeder vierten männlichen Person (25.8%).⁷⁷ Der Anteil täglich Rauchender ist in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen am grössten (28.9%) und sinkt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr (35-49 Jahre: 25.3%; 50-64 Jahre: 22.7%; 65 Jahre und älter: 11.2%).⁷⁸ Dieser Rückgang ist bei den Männern etwas stärker als bei den Frauen. Das heisst, Männer hören tendenziell eher auf zu rauchen, je älter sie werden. Den höchsten Raucheranteil weisen die 15- bis 44-jährigen Männer auf.⁷⁹ 26.5% der Schweizer Bevölkerung und 2/3 der täglich Rauchenden haben vor dem 20. Lebensjahr mit dem Tabakkonsum begonnen.⁸⁰

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Problematische Gesundheitsverhalten wie rauchen (oder auch Alkoholkonsum, hochkalorische Ernährung) sind eng verbunden mit der psychischen Befindlichkeit resp. haben einen Einfluss auf dieselbe. Diese Verhaltensweisen werden einerseits dazu eingesetzt, um positive

⁶⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 23.7.2018.

⁷⁰ Jeanrenaud, Claude; Widmer, Gaëlle; Pellegrini, Sonia (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales, S. 79.

⁷¹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 22.

⁷² Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 45.

⁷³ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

⁷⁴ Gmel, Gerard; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2018). Alkoholkonsum und Rauchen in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG (Dokument in Arbeit).

⁷⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, S. 23.

⁷⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/tabak.html>, 23.7.2018

⁷⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 22.

⁷⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 20.8.2018.

⁷⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 5.

⁸⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). Faktenblatt. Tabakkonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Bern: BAG, S. 2.

Gefühle (z.B. Glück, Freude, sinnlicher Genuss) zu erzeugen oder zu steigern. Andererseits können sie negative Gefühle (z.B. Angst, Sorge, Anspannung, Einsamkeit, Gefühl der Leere) dämpfen oder vorübergehend ausblenden.⁸¹

Entsprechend kann die Abwesenheit von negativen Gefühlen resp. die Anwesenheit von positiven Gefühlen vorbeugend wirken. So besteht ein Zusammenhang zwischen berichteter Lebensqualität und (Nicht-)Rauchen: Mehr als 75% der Personen mit «sehr guter» selbstberichteter Lebensqualität sind Nicht-Rauchende.⁸²

6.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Der Bildungsstand erweist sich als Merkmal, das stark mit dem Rauchen in Verbindung steht: Bei niedrigerer Bildung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für aktuelles Rauchen und die konsumierte Tabakmenge.⁸³ Der Anteil Rauchender war 2012 gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bei Personen mit dem höchsten Bildungsniveau tiefer (17.5%) als bei Personen mit einem mittleren (24.9%) oder tiefen Bildungsniveau (25.2%). Dieses Muster ist bei beiden Geschlechtern identisch. Neuere Zahlen aus dem Suchtmonitoring Schweiz aus dem Jahre 2016 zeigen, dass 20% der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung täglich rauchen und 11% der Personen mit einem hohen Schulabschluss. In Bezug auf das gelegentliche Rauchen ist der Anteil Personen mit einem höheren Bildungsniveau höher (9.2%) als bei den Personen mit einer tieferen Schulbildung (5.8%).⁸⁴

Einkommen

Je nach Erwerbsstatus finden sich deutliche Unterschiede in Bezug auf Rauchen. So liegt der Anteil Rauchender bei arbeitslosen Personen am höchsten (41.8%), bei Vollzeitbeschäftigten liegt er bei 30.9%.⁸⁵ Der Anteil Rauchender ist bei Personen mit dem höchsten Monatseinkommen⁸⁶ nur leicht tiefer (20.8%) als bei Personen mit einem tieferen Monatseinkommen (23-24%).⁸⁷ Der Anteil *unregelmässig* Rauchender ist jedoch in der einkommensschwächsten Personengruppe tiefer (25.4%) als bei den höheren Einkommensquintilen (27.3%).⁸⁸ Der stärkste *Rückgang im Tabakkonsum* zwischen 1992 und 2012 (jeweils Schweizerische Gesundheitsbefragung) fand bei der einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe statt (8.1 Prozentpunkte, von 35.4% auf 27.3%). Bei der einkommensschwächsten Bevölkerungsgruppe ist ein Rückgang von 5.8 Prozentpunkten (von 30.2% auf 24.4%) zu verzeichnen.

Migrationshintergrund

Männer mit Migrationshintergrund rauchen häufiger als Frauen mit Migrationshintergrund.⁸⁹ Weiter ist der Anteil täglich Rauchender bei den Männern⁹⁰ (je nach Herkunft zwischen 31.5% - 55.2%) und Frauen⁹¹ (je nach Herkunft 23.7% - 37.1%) mit Migrationshintergrund höher als bei Männern (21.7%) und Frauen (19.5%) ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zu den

⁸¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

⁸² Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 43.

⁸³ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 38.

⁸⁴ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 53.

⁸⁵ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 54.

⁸⁶ Ab CHF 5'333 pro Monat.

⁸⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/tabakkonsum>, 20.8.2018.

⁸⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 32.

⁸⁹ Portugal, Türkei, Kosovo, Somalia, Sri Lanka.

⁹⁰ Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo, Somalia.

⁹¹ Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo.

Schweizerinnen (19.5%) rauchen jedoch deutlich weniger Frauen aus Somalia (4.2%) und Sri Lanka (4.4%).⁹²



7 Stark Rauchende

7.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Tabakkonsum ist ein sehr breit gefasster Begriff (s. Kap. 6.1). Verschiedene mit Tabakkonsum assoziierte Aspekte (wie Relevanz, Risikofaktoren) treffen auf Rauchende generell zu, was zu redundanten Angaben dieses Kapitels mit dem vorangehenden Kapitel führen kann. In diesem Kapitel wird spezifisch auf *stark Rauchende* eingegangen. Als stark rauchende Person gilt, wer täglich mindestens 20 Zigaretten (= 1 Packung) oder mehr raucht.

Relevanz

Die Relevanz des Tabakkonsums wurde im vorangehenden Kapitel erläutert (Siehe Kapitel 6.1. Diese Faktoren treffen auch auf stark Rauchende zu. Es ist darüber hinaus von einer Verstärkung der dort genannten Aspekte (verstärkte Mortalität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Morbidität für andere Krankheiten etc.) auszugehen.

7.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Bei den täglich Rauchenden liegt der Anteil stark rauchender Personen, d.h. derjenigen, welche täglich durchschnittlich 20 Zigaretten oder mehr rauchen, bei 30.7%.⁹³ Der Anteil der stark Rauchenden hat sich in den letzten 20 Jahren gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung halbiert.⁹⁴

Geschlecht und Alter

Unter den täglich Rauchenden ist der Anteil stark Rauchender (mehr als 20 Zigaretten) bei Männern (38,8%) höher als bei Frauen (20,7%).⁹⁵

Unter den täglich rauchenden 15-25-Jährigen rauchten im Jahr 2016 28.8% 20 Zigaretten oder mehr pro Tag. Im Jahr 2014 war dieser Anteil deutlich kleiner (20.9% der täglich rauchenden 15-25-Jährigen rauchten 20 Zigaretten oder mehr pro Tag).⁹⁶

Der Anteil täglich Rauchender nimmt über beide Geschlechter hinweg mit dem Alter stark ab. So liegt der Anteil täglich Rauchender bei den 20- bis 24-jährigen Männern bei 30.1%, bei den über 75-Jährigen liegt dieser Anteil noch bei 6.8%.⁹⁷ Möglicherweise sind vorzeitige Todesfälle als direkte oder indirekte Folge des Tabakkonsums für die Abnahme des Anteils rauchender Personen in höheren Altersgruppen verantwortlich.

⁹² Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND, S. 30.

⁹³ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 45.

⁹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/tabak.html>, 23.8.2018.

⁹⁵ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 58.

⁹⁶ Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Gerhard. (2017). Le tabagisme chez les 15 à 25 ans en 2016 - Analyse des données 2016 du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse, p. 12.

⁹⁷ Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 50.

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Die Risiko- und Schutzfaktoren des Tabakkonsums wurden im vorangehenden Kapitel erläutert (Siehe Kapitel 6.1. Für stark Rauchende ist entsprechend von einer Verstärkung der dort genannten Aspekte auszugehen (Ernährung, Alkoholkonsum, etc.).

7.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Es findet sich ein spezifischer Zusammenhang zwischen starkem Rauchen und dem Bildungsniveau. Bei männlichen Personen, welche *täglich mehr als 20 Zigaretten* rauchen, ist der Anteil mit mittlerer Schulbildung (65.4%) am höchsten, verglichen mit dem Anteil mit einer hohen Schulbildung (22%) und einer obligatorischen Schulbildung (12.6%).⁹⁸

Personen mit einer obligatorischen Schulbildung rauchen häufiger täglich (20%) als Personen mit einer höheren formalen Schulbildung⁹⁹ (11.5%). Jedoch ist der Unterschied nur bei den Männern zu finden (27% vs. 10.2%; Frauen: 14.4% vs. 13%).¹⁰⁰

Einkommen

Der Anteil Personen, die mindestens 20 Zigaretten täglich rauchen, ist über die Einkommensgruppen zwar relativ konstant (ca. 5-6%). Jedoch rauchen tendenziell tiefere Einkommensgruppen mehr Zigaretten pro Tag, die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant.¹⁰¹

Bei Erwerbslosen ist der Anteil täglich Rauchender deutlich höher (35.4%) als bei vollzeitbeschäftigten Personen (22%). Markant ist der Unterschied bei den Männern: Erwerbslose Männer rauchen häufiger täglich (44.4%) als vollzeitbeschäftigte Männern (22.1%). Bei den Frauen ist kein relevanter Unterschied zwischen Vollzeitbeschäftigten (21.7%) und Erwerbslosen (23.8%) zu finden.¹⁰²

Migrationshintergrund

Siehe Kapitel 6.3. für Daten zu Tabakkonsum allgemein. Zusätzliche Daten für stark Rauchende konnten im Rahmen der Recherche nicht gefunden werden.



8 Alkoholkonsum

8.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Der *Alkoholkonsum* umfasst in diesem Kapitel die folgenden beiden Formen von gesundheitsschädlichem Konsum: (1) *punktuell risikoreicher Alkoholkonsum* sowie (2) *chronisch übermässiger Konsum*. Erhoben wird der Alkoholkonsum über den Indikator *Häufigkeit von Alkoholkonsum mit mittlerem oder hohem Gesundheitsrisiko*. Dieser gibt den Anteil der 15-jährigen und älteren, in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung an, die einen durchschnittlichen

⁹⁸ Gmel, Gerard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

⁹⁹ Fachhochschule/Universität.

¹⁰⁰ Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 53.

¹⁰¹ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 34.

¹⁰² Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christine (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 54.

täglichen Alkoholkonsum angeben, der ein mittleres oder ein hohes Gesundheitsrisiko darstellt.¹⁰³

Der *chronische Risikokonsum* entspricht gemäss den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einem täglichen Konsum von mindestens 4 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes (z.B. ein Bier oder Wein) für die Männer resp. von mindestens 2 Standardgläsern für die Frauen. Das *Rauschtrinken* entspricht dem Konsum von mindestens 6 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes bei einer Gelegenheit, unabhängig vom Geschlecht. Es wird von einem Risiko gesprochen, wenn dies einmal pro Monat oder öfter der Fall ist.¹⁰⁴

Relevanz

Alkoholkonsum ist ein bedeutsamer Risikofaktor bezüglich Mortalität und Krankheitslast. Übermässiger Alkoholkonsum ist eine Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit und für Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit.¹⁰⁵ Der Konsum erhöht das Risiko für sehr viele Erkrankungen, wie Schädigungen der Leber und des Verdauungsapparates, bestimmte Krebsarten, Bluthochdruck oder neurologische Erkrankungen.

Die Kosten für die Volkswirtschaft, welche der übermässige Alkoholkonsum auslöst, werden wie folgt beziffert: Der Alkoholmissbrauch verursacht pro Jahr Kosten von ca. 4.2 Milliarden Schweizer Franken. In Form von Produktivitätsverlusten ist primär die Wirtschaft betroffen: Die vorzeitigen Todesfälle, frühen Pensionierungen und/oder Krankheit lösen hierzulande geschätzte 2.2 Milliarden Franken Kosten aus. Hinzu kommen rund 1.2 Milliarden Schweizer Franken aufgrund von kurzfristigen Absenzen oder verminderter Arbeitsleistung. Die direkten Kosten im Gesundheitswesen werden auf 600 Millionen Franken geschätzt. Diese umfassen Unfälle, Suchtbehandlung und Behandlung von alkoholbedingten Krankheiten.¹⁰⁶

Nebst längerfristig auftretenden körperlichen Beschwerden kann Alkoholkonsum eine mögliche Ursache und/oder Auslöser für Verkehrsunfälle, Suizid oder Gewalttaten sein. Alkoholprobleme haben nicht nur Auswirkungen auf die direkt Betroffenen, sondern auch auf deren soziales Umfeld.¹⁰⁷ So spielt bei einem Viertel der Fälle von häuslicher Gewalt Alkoholkonsum eine Rolle. Diese Beobachtung trifft auf alle sozialen Schichten und Altersklassen zu. In zwei von drei Fällen der Paargewalt an Frauen leben auch Kinder im Haushalt, von denen die Hälfte unter 10 Jahre alt ist.¹⁰⁸

8.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Der Alkoholkonsum der Schweiz liegt mehr als 50% über dem globalen Durchschnitt liegt.¹⁰⁹ Entsprechend fällt die alkoholbedingte Mortalität vergleichsweise hoch aus. Insgesamt setzten

¹⁰³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

¹⁰⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 24.

¹⁰⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 24.

¹⁰⁶ Fischer Barbara; Telser, Harry; Widmer, Philippe; Leuker, Karolin (2013): Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Vgl. S. 13ff.

¹⁰⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

¹⁰⁸ Gloor, Daniela; Meier, Hanna (2013). Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des BAG. Schinznach-Dorf: Social Insight GmbH: S. 38 und 83.

¹⁰⁹ Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 20.

sich 2012 4.8% der Schweizer Bevölkerung durch chronischen Alkoholkonsum einem moderaten Gesundheitsrisiko aus.¹¹⁰ Rund 250'000 Personen trinken gemäss Schätzungen risikoreich Alkohol im Sinne einer Alkoholabhängigkeit. 2011 starben 1'600 Menschen durch übermässigen Alkoholkonsum.¹¹¹

Ca. 90% der alkoholbedingten Todesfälle in der Altersgruppe der 15- bis 74-Jährigen sind auf Verletzungen, Krebse und Leberzirrhose zurückzuführen.¹¹² Der Zeitvergleich zeigt, dass der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung in den letzten 10 Jahren gesunken ist: 2002 wiesen 5.7% einen täglichen Alkoholkonsum mit mittlerem/hohem Gesundheitsrisiko auf, 2012 waren es 4.8%.¹¹³

Geschlecht und Alter

Statistisch bedeutsame Faktoren, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Rauschtrinkens in Zusammenhang stehen, sind insbesondere jüngeres Alter und männliches Geschlecht. Im Gegensatz zum Rauschtrinken steigt die Wahrscheinlichkeit für chronischen Konsum mit steigendem Alter. Geschlechtsunterschiede finden sich zwar, sind aber statistisch nicht signifikant.¹¹⁴

Problematischer Alkoholkonsum im Alter wird häufig nicht erkannt. Bei älteren Menschen stellen vor allem die negativen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol ein zentrales Problem dar.¹¹⁵

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Das Rauschtrinken ist tendenziell eher unter Erwerbstätigen verbreitet. Derselbe Zusammenhang ist für die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge zu beobachten – Erwerbstätige konsumieren demnach auch insgesamt mehr Alkohol.¹¹⁶

8.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Personen mit dem höchsten Bildungsabschluss trinken häufiger in risikoreichem Mass Alkohol (5%) als Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (4.6%). Menschen mit einer tieferen Bildung tragen ein 1.5- bis 2-fach höheres Risiko, später an alkoholbedingten Krankheiten und Verletzungen zu sterben, als Personen mit einem hohen Bildungsniveau.¹¹⁷

Einkommen

In der Schweiz geht ein höheres Einkommen mit stärkerem Alkoholkonsum einher. Konkret weisen 4.5% der tiefsten Einkommensgruppe ein moderates alkoholassoziertes Gesundheitsrisiko auf, in der höchsten Einkommensgruppe sind es rund 5.5%.¹¹⁸

¹¹⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

¹¹¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 22 und Suchtmonitoring Schweiz (2018). Vgl. www.suchtmonitoring.ch/de/2.html, 23.7.2018.

¹¹² Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse, S. 58ff.

¹¹³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

¹¹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 25.

¹¹⁵ Loukissa, Dimitra (2007). Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. British journal of nursing, 16, 1254-8.

¹¹⁶ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 39.

¹¹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/alkoholkonsum>, 23.7.2018.

¹¹⁸ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 29.

Personen mit tieferem sozioökonomischem Status tragen bei gleicher Alkoholkonsummenge einen stärkeren alkoholbedingten Gesundheitsschaden davon als Personen mit höherem Einkommen, dies insbesondere mit Blick auf alkoholbedingte Krankheiten und vorzeitigen Tod.¹¹⁹

Migrationshintergrund

Für in die Schweiz zugewanderte Personen findet sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Zuwanderung in die Schweiz und der Menge des Alkoholkonsums: Je kürzer die Zuwanderung zurückliegt, desto geringer ist die konsumierte Alkoholmenge. Mögliche Erklärungen für diese Ergebnisse könnte die Zuwanderung von Personen aus abstinenzorientierten Kulturen sein (z.B. aufgrund von Religion) in Kombination mit weit verbreitetem Alkoholkonsum und einer rauschorientierten Trinkkultur in der Schweiz.¹²⁰



9 Cannabiskonsum

9.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Cannabis ist ein Pflanzenteil der weiblichen Hanfpflanze und gilt aufgrund ihrer berauschenden Wirkung als Rauschmittel. Die Pflanze beinhaltet psychotrope Wirkstoffe, wobei Tetrahydrocannabinol (THC) als die stärkste Wirksubstanz gilt. Es beeinflusst insbesondere das Zentralnervensystem und verantwortet muskelentspannende, beruhigende, schmerzstillende und übelkeitsunterdrückende Wirkungen. Cannabis gilt in der Schweiz als eine illegale Droge, dessen Konsum gemäss Betäubungsmittelgesetz in der Schweiz verboten ist. In diesem Kapitel wird auf den *aktuellen Konsum* (das heisst, in den letzten 30 Tagen konsumiert, s.g. 30-Tage-Prävalenz), den *bisherigen Konsum* (mindestens einmal im Leben konsumiert) und den *problematischen Cannabiskonsum* fokussiert.

Das Festlegen eines Schwellenwerts für einen *problematischen Gebrauch* ist aufgrund des aktuellen Wissensstands schwierig, denn es existiert keine international einheitliche Definition.¹²¹ Wie im Rahmen des Cannabis Monitorings angewandt, kann der problematische Konsum mittels eines allgemein anerkannten Instruments der Früherkennung «Cannabis Use Disorder Identification Test» (CUDIT¹²²) erhoben werden. Demzufolge gilt als problematischer Cannabiskonsum, wenn im CUDIT von insgesamt 40 Punkten 8 oder mehr erfüllt sind. Relevant für den Summenwert sind weiter die Häufigkeit des Konsums (2-3x wöchentlich), die Häufigkeit von Rauschen von mehr als 6 Stunden wöchentlich, Hinweise zur Einschränkung des Konsums sowie das Motiv für den Cannabiskonsum.¹²³

Relevanz

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO kann Cannabiskonsum verschiedene negative Auswirkungen haben. So beeinflusst er die kognitiven Leistungen (Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten), die psychomotorischen Leistungen oder fördert die Entstehung chronischer Atemwegserkrankungen. Fachleute betrachten Cannabiskonsum als Teil eines grösseren Problemkreises, zu dem auch schwierige Lebensumstände wie schulische Misserfolge oder familiäre Probleme sowie Gewaltbereitschaft, Risikoverhalten und psychische Störungen gehören. So gilt Cannabiskonsum bei Jugendlichen als ein möglicher Verursacher

¹¹⁹ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 27.

¹²⁰ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 28.

¹²¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 11.

¹²² Adamson, Simon; Sellman, Douglas (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22, S. 309-315.

¹²³ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 14.

und/oder als Katalysator psychosozialer Schwierigkeiten (schulische Misserfolge, familiäre Probleme, etc.). Inwiefern Cannabis für diese Faktoren ursächlich ist, bleibt nach dem aktuellen Wissensstand jedoch offen. Erwiesen ist jedoch die Schädlichkeit des Cannabisrauchs für die Lungen, dieser liegt höher als beim Zigarettenrauch.¹²⁴ Weiter gibt es aufgrund internationaler Studien Hinweise darauf, dass es moderate Wechselwirkungen zwischen akuten Cannabiskonsum und kognitiven Fähigkeiten (Lernen, Erinnern, Aufmerksamkeit).¹²⁵

9.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Cannabis ist in der Schweiz die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Seit ca. 15 Jahren ist der Cannabisgebrauch hierzulande relativ stabil.¹²⁶ Fast ein Drittel (33.8%) der Schweizer Bevölkerung über 15 Jahre hat in ihrem Leben *mindestens einmal* Cannabis konsumiert.¹²⁷ 200'000 bis 300'000 Menschen (d.h. ca. 2.5-3.75%) in der Gesamtbevölkerung geben einen *aktuellen Konsum* an. Das heisst, sie haben mindestens einmal in den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumiert. Gemäss dem Suchtmonitoring aus dem Jahr 2016 lag die 6-Monatsprävalenz bei 5.4% und die 1-Monatsprävalenz bei 3.1%.¹²⁸ Einen als *problematisch eingestuften Cannabiskonsum* weisen 1.1% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren auf (ca. 80'000 Personen).¹²⁹

Geschlecht und Alter

In ihrem Leben *mindestens einmal Cannabis* probiert haben 23% der 15- bis 59-jährigen Frauen und 36% der 15- bis 59-jährigen Männer. Bei beiden Geschlechtern wird der Anteil derjenigen, die schon einmal gekifft haben, mit zunehmendem Alter zunächst grösser und ist dann wieder rückläufig (15-34 Jahre: Frauen: 29%, Männer: 42.3%; 35-49 Jahre: Frauen: 22%, Männer: 36.7%; 50-59 Jahre: Frauen: 13.7%, Männer: 22.4%).¹³⁰ Der *aktuelle Konsum* ist bei den 20- bis 24-Jährigen am höchsten (10.2%) und bei den Männern ist er mehr als doppelt so hoch (4.6%) als bei den Frauen (1.8%). Über die Altersgruppen hinweg konsumieren Männer (5.6%) fast doppelt so häufig Cannabis als Frauen (3.1%).¹³¹

Männer konsumieren allgemein häufiger (2%) in *problematischem Mass* Cannabis als Frauen (0.3%).¹³² Der problematische Cannabiskonsum betrifft primär die 15- bis 34-jährigen Männer: 4.7% der Männer wiesen im Jahr 2016 einen problematischen Cannabisgebrauch gemäss CUDIT auf (vs. Frauen: 0.9%). Die Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums bei den 15- bis 24-Jährigen ging zwischen 2004 und 2016 tendenziell zurück (2004: 5.3%; 2012: 4.6%; 2014: 3.6%; 2016: 2.8%).¹³³ Weiter scheint das Alter bei Beginn des Cannabiskonsums die Art des Konsums zu beeinflussen: 1 von 10 Personen, die mit 15 oder weniger Jahren

¹²⁴ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2008). Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Vgl. http://www.chanvre-info.ch/info/de/IMG/pdf/Cannabis_EKDF_de.pdf, 26.7.2018.

¹²⁵ Gmel, Gerard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹²⁶ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹²⁷ Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 79.

¹²⁸ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹²⁹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 17.

¹³⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 23.8.2018.

¹³¹ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S.15.

¹³² Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 16.

¹³³ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 28.

begonnen haben, konsumieren heute risikoreich, d.h. problematisch. Einen risikoreichen Konsum weisen weiter 4% derjenigen, die zwischen 16-17 Jahren begonnen haben resp. 2.3% derjenigen, deren Einstiegsalter zwischen 18-20 Jahren liegt.¹³⁴

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Die Art der Erwerbstätigkeit könnte bei den 15- bis 34-Jährigen in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum stehen.¹³⁵ So gibt ein Fünftel der nicht erwerbstätigen Personen (22.4%) an, in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert zu haben, ein zusätzliches Prozent im Bereich des problematischen Konsums. Der Anteil Cannabis konsumierender Personen der gleichen Altersgruppe, die in Ausbildung sind, beträgt 13.7%. Zusätzliche 2.1 Prozentpunkte dieser Personengruppe konsumieren problematisch. Der grösste Anteil problematisch konsumierender 15- bis 34- Jähriger ist die Gruppe der Teilzeit erwerbstätigen Personen (6%). Jedoch ist der Anteil der unproblematisch Konsumierenden in dieser Personengruppe am geringsten (5.5%). Nichterwerbstätigkeit ist ein Risikofaktor für den monatlichen Cannabiskonsum, insbesondere bei Personen zwischen 30 und 54 Jahren.

Tabakkonsum und (problematischer) Cannabiskonsum stehen bei den 15- bis 34- Jährigen in einem Zusammenhang. So geben 28.6% der Gelegenheitsrauchenden und 27.2% der täglich Rauchenden an, in den letzten Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei weiteren 9.2 % der Gelegenheitsrauchenden und 10.7% der täglich Rauchenden liegt der Konsum im problematischen Bereich.¹³⁶

9.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Die Daten zum Cannabiskonsum in Abhängigkeit des Bildungsniveaus erfordern eine differenzierte Betrachtung. Internationale Längsschnittstudien zeigen, dass früher Cannabiskonsum, das heisst, ein junges Einstiegsalter, mit tiefer formaler Schulbildung assoziiert ist.¹³⁷

Daten für die Schweiz zeigen, dass der Anteil der 15- bis 59- jährigen Personen, die in ihrem Leben schon *mindestens einmal* Cannabis konsumiert haben, bei Personen mit einem höheren Bildungsniveau grösser ist (36.3%) als bei Personen mit einem mittleren (29.4%) und tiefsten Bildungsniveau (17.4%). Der bildungsniveauabhängige Unterschied ist bei den Frauen deutlich grösser als bei den Männern. Am grössten ist der Anteil bei den Männern mit einem hohen Bildungsniveau (39.2%).¹³⁸ Bei den 15- bis 29-jährigen Cannabiskonsumierenden (Konsum im letzten Jahr) ist der Anteil Personen mit einer mittleren Schulbildung grösser (53.6%) als bei Personen mit einer obligatorischen Schulbildung (27.7%) oder höheren Schulbildung (18.8%).

In Bezug auf den *Cannabiskonsum im letzten Jahr* ist der Anteil 15- 29- jähriger Personen mit maximal obligatorischer Schulbildung höher (27.7%) als bei Personen mit tertiärer Schulbildung (18.8%). Am grössten ist jedoch der Anteil bei den Personen mit mittlerer Schulbildung (53.6%). Jedoch ist bei den 30- 54- Jährigen der Anteil Personen mit tertiärer Schulbildung

¹³⁴ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 21.

¹³⁵ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 23.

¹³⁶ Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 25.

¹³⁷ Gmel, Gerard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 21.8.2018.

(50.4%) resp. mittlerer Schulbildung (45.8%) deutlich höher als bei Personen mit obligatorischer Schulbildung (3.7%).¹³⁹

Einkommen

Der Anteil der 15- bis 59-jährigen Personen, die in ihrem Leben schon *mindestens einmal* Cannabis konsumiert haben, ist bei Personen mit einem niedrigen Einkommen bis CHF 2'857 tiefer (22.2%) als bei jenen mit einem hohen Einkommen ab CHF 5'333 (35.6%). Der einkommensabhängige Unterschied ist bei den Frauen etwas grösser als bei den Männern: 16.4% der Frauen und 29.1% der Männer mit dem tiefsten Einkommen haben schon einmal Cannabis konsumiert. Bei den Personen der grössten Einkommensgruppe sind es 28.9% der Frauen und 40.8% der Männer.¹⁴⁰

Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund¹⁴¹ scheinen insgesamt weniger häufig Cannabis zu konsumieren als Schweizerinnen und Schweizer. Dies betrifft jedoch nicht zugewanderte Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich. So geben 2% der Zugewanderten aus Jugoslawien, Portugal und der Türkei an, aktuell (d.h. zum Zeitpunkt der Befragung) Cannabis zu konsumieren.¹⁴² Es zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums geringer ist, je kürzer oder näher die Migration in die Schweiz zurückliegt.¹⁴³



10 Online-Gaming

10.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Für die Definition des *risikoreichen Gamens* wird die so genannte Game Addiction Scale (GAS)¹⁴⁴ herangezogen. Diese besteht aus 7 Items mit Antwort-Skalenwerten von 0 bis 4. Bei 4 oder mehr bejahten Antworten (Skalenwerte 1-4) wird von risikoreichem Gaming resp. Gaming addiction gesprochen. Die 7 Items lauten:

- (1) Haben Sie den ganzen Tag ans 'gamen' gedacht?
- (2) Haben Sie länger 'gegamet' als ursprünglich beabsichtigt?
- (3) Haben Sie 'gegamet', um Ihren Alltag zu vergessen?
- (4) Haben andere vergeblich versucht, Sie dazu zu bringen, weniger zu 'gamen'?
- (5) Haben Sie sich schlecht gefühlt, wenn Sie nicht 'gamen' konnten?
- (6) Haben Sie Streit gehabt mit anderen (z.B. Familie, Freunde) wegen der Zeit, die Sie mit 'gamen' verbrachten?
- (7) Haben Sie wichtige Aktivitäten (z.B. Schule, Arbeit, Sport) vernachlässigt, um 'gamen' zu können?

Trotz der Möglichkeit der Risikoeinschätzung gemäss der GAS liegen keine klinischen Diagnosen vor. Daher wird von der Verwendung der Begriffe Sucht, Abhängigkeit oder Addiction abgesehen. Da die Screening-Instrumente wie die GAS mehr als die Nutzung, sondern auch das Ausmass der Nutzung, welche zu Problemen führen kann, verwenden, wird in diesem

¹³⁹ Gmel, Gerard; Marmet, Simon, Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁴⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/cannabiskonsum>, 21.8.2018.

¹⁴¹ Italien, Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien, Portugal, Türkei, Sri Lanka, Kosovo.

¹⁴² Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND, S. 30.

¹⁴³ Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz, S. 39.

¹⁴⁴ Lemmens, S. Jeroen; Valkenburg, M. Patti; Peter, Jochen (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescence, Media Psychology, 12, S. 77-95.

Kapitel von problematischer Nutzung oder *problematischem Konsum* gesprochen.¹⁴⁵ Entsprechend wird in diesem Kapitel auf das problematische Online-Gaming sowie auf Online-Gaming im Zusammenhang mit problematischem Substanzkonsum fokussiert.

Relevanz

Wer risikoreiches Online-Gaming betreibt oder übermässig häufig Online spielt, wendet zunehmend auch mehr Zeit für diese Aktivitäten auf. Möglicherweise kann der Konsum immer weniger kontrolliert werden. Das Online-Gaming kann zum Interessensmittelpunkt werden, während andere Tätigkeiten wie soziale Kontakte und Beziehungen immer mehr in den Hintergrund rücken. Weiter kann die schulische und/oder berufliche Leistungsfähigkeit sinken und finanzielle Probleme verursachen. Weiter sind Veränderungen im Tag-Nacht-Rhythmus möglich, was zu übermässiger Müdigkeit oder biochemischen Veränderungen im Körper (wie z.B. Veränderung im Belohnungszentrums des Gehirns) führen kann. Insbesondere junge Menschen, deren Gehirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, sind vulnerabel für derartige organische Veränderungen.¹⁴⁶ Trotz der potentiellen negativen Einflüsse soll eine Pathologisierung von Verhaltensweisen vermieden werden, da auch positive Aspekte mit dem Online-Spiel verbunden sein können (z.B. Erleben von Spass, Erwerb von allgemeinen Online Kompetenzen).¹⁴⁷ Online-Gaming geht mit einer Reihe weiterer (Gesundheits-)Verhaltensweisen einher. So finden sich Zusammenhänge zwischen vermehrtem Online-Gaming und problematischem Alkohol- und Cannabiskonsum (vgl. individuelle Risikofaktoren).

10.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Die allgemeine und *nicht problematische* Nutzung des Internets (mindestens 1x pro Woche) der 16- bis 74-Jährigen hat in der Schweiz seit 2005 sehr stark zugenommen (2005: ca. 63%, 2017: ca. 91%).¹⁴⁸ 80% aller Männer weisen kein problematisches Online Verhalten auf (problematische Internetnutzung, Gaming, Cybersex, Smartphone).¹⁴⁹

Geschlecht und Alter

Regelmässiges (nicht risikoreich) Online-Gaming betreiben 64% der 12- 19-jährigen Jungen resp. 12% der gleichaltrigen Mädchen.¹⁵⁰ 11.8% der 20-jährigen Männer erfüllen 4 oder mehr Kriterien des problematischen Online-Gamens (vgl. GAS) und 2.3% erfüllen alle 7 Kriterien.¹⁵¹ Bei den 25-jährigen Männern liegt der Anteil risikoreich Gamer bei 7%.¹⁵²

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Es finden sich bei 25-jährigen Männern Zusammenhänge zwischen dem Online-Gaming Verhalten und Alkoholkonsum. Der Anteil derjenigen, die *kein* problematisches Online-Gaming betreiben, aber einen problematischen Alkoholkonsum aufweist, liegt bei 6.9%. Der Anteil derjenigen, die gleichzeitig ein problematisches Online-Gaming betreiben *und* einen problematischen Alkoholkonsum aufweist, liegt bei 8.8%. Die Kombination einer problematischen Smart-

¹⁴⁵ In Anlehnung an Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁴⁶ Zhou, Feng; Montag, Christian; Sariyska, Rayana et al. (2017). Orbitofrontal gray matter deficits as marker of Internet gaming disorder: converging evidence from a cross-sectional and prospective longitudinal design, *Addiction Biology*, Advanced online publication, S. 1.

¹⁴⁷ Trepte, Sabine; Reinecke, Leonard (2010). Unterhaltung online – Motive, Erleben, Effekte. In: Schweiger W., Beck K. (Herausgeber), *Handbuch Online-Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 211ff.

¹⁴⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informations-gesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikatoren/haushalte-bevoelkerung/internetnutzung.html>, 21.8.2018.

¹⁴⁹ C-Surf Studie 2016/2017, n = 5987 Männer, Vgl. <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, 26.7.2018.

¹⁵⁰ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 24.

¹⁵¹ C-Surf Studie 2016/2017, n = 5987 Männer, Vgl. <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, 20.8.2018.

¹⁵² Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

phone-Nutzung und eines problematischen Gamens erhöht die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums auf 32% in der Personengruppe der 25-jährigen Männer. Weiter ist die problematische Internetnutzung in Kombination mit dem Konsum von Cybersex assoziiert mit einem problematischen Alkoholkonsum (27.6%), während der alleinige Konsum von Cybersex mit einer Alkoholprävalenz von 14.7% einhergeht.¹⁵³

10.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Es gibt spezifische Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau und dem risikoreichen Spielen von Online Games. Junge Männer im Alter von 25 Jahren mit einem obligatorischen Schulabschluss gamen fast zweimal häufiger (13.4%) als junge Männer mit einer abgeschlossenen Lehre (8.3%) oder einer höheren Schulbildung (7.7%).¹⁵⁴

Junge Männer, die problematisch online gamen, haben deutlich häufiger eine tiefere formale Schulbildung (8%) als Personen ohne eine der vier¹⁵⁵ problematischen online Verhaltensweisen (4.5%).

Einkommen

Einkommensabhängige Daten konnten zum Zeitpunkt der Recherche nicht gefunden werden.

Migrationshintergrund

Jugendliche mit Migrationshintergrund spielen häufiger Games innerhalb von sozialen Netzwerken (26%) als solche ohne Migrationshintergrund (13%).¹⁵⁶ Diese Zahl bezieht sich jedoch nicht auf den problematischen Konsum.



11 Bildschirmaktivitäten

11.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Bildschirmaktivitäten umfassen Tätigkeiten auf einem Tablet, Computer oder Smartphone, wie beispielsweise das Spielen oder Gamen, Fernsehen oder Video Schauen, aber auch das Hausaufgaben machen oder Pflegen von sozialen Netzwerken. Von einem *überdurchschnittlichen Mass* an Bildschirmaktivität wird dann gesprochen, wenn pro Schultag in der Freizeit mindestens 4.5 Stunden resp. pro Wochenendtag 7.5 Stunden Aktivitäten mit einem Bildschirmgerät verrichtet werden. In diesem Kapitel wird *das Ausmass von Bildschirmaktivitäten von Jugendlichen* in der Schweiz dargelegt sowie der *Zusammenhang zu Gesundheitsverhalten* (Ernährung, Bewegung, Körpergewicht) aufgezeigt.¹⁵⁷

¹⁵³ Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁵⁴ Gmel, Gerhard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.

¹⁵⁵ Problematische Nutzung folgender Tools bzw. Angebote: Internet; Cybersex; Gaming; Smartphone.

¹⁵⁶ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 48.

¹⁵⁷ Wenn nicht anders vermerkt beziehen sich alle Angaben dieses Kapitels auf HBSC 2014. Ergänzende Berechnungen im März 2018 durch Sucht Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Unveröffentlichtes Dokument, sowie auf Archimi, Aurélie et al. (2016). Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et status pondéral chez les élèves de 11 à 15 an en Suisse. Lausanne: Addiction Suisse.

Relevanz

Bildschirmaktivitäten gehen mit einer Reihe von (Gesundheits-)Verhalten einher. So finden sich Zusammenhänge zwischen vermehrter Bildschirmaktivität und einem ungünstigen Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie mit dem Körpergewicht resp. Übergewicht (vgl. individuelle Risikofaktoren).

11.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

In der Schweiz verbringen die 11- bis 15- Jährigen wöchentlich im Durchschnitt 36 Stunden vor Bildschirmgeräten. Dies entspricht pro Tag etwa 5 Stunden. Das Ausmass der Bildschirmaktivität ist dabei unabhängig vom sozioökonomischen Status der Familie (FAS). Bildschirmaktivitäten sind in der Schweiz insbesondere bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen weit verbreitet. Etwa 40% der 11- bis 15- Jährigen sind *länger als der Durchschnitt*, also über 36 Stunden, mit Bildschirmaktivitäten beschäftigt. Jeder vierte Junge (24.7%) und jedes fünfte Mädchen (21.3%) ist wöchentlich mehr als 36 Stunden oder täglich zwischen 4.5 und 7 Stunden an einem Bildschirm aktiv. Der Zusammenhang zwischen erhöhter Bildschirmaktivität und erhöhter körperlicher Inaktivität ist jedoch nur bei weiblichen Jugendlichen signifikant.

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Ein überdurchschnittlicher Bildschirmkonsum geht mit einem höheren Risiko einher sich un- ausgewogen zu ernähren, körperlich inaktiv zu sein und an Übergewicht zu leiden. Unvorteilhafte Gesundheitsverhalten wiederum können sich auf die Entwicklung und/oder Ausprägung verschiedener (NCD-) Krankheiten (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) auswirken.

In Bezug auf das *Ernährungsverhalten* zeigt sich, dass Jugendliche zwischen 11- 15 Jahren, welche überdurchschnittlich häufig (d.h. 4.5 bis 7 Stunden pro Tag) Bildschirmaktivitäten ausführen, ein 4-fach erhöhtes Risiko haben, Energydrinks zu konsumieren. Sie weisen weiter ein 2.5-fach erhöhtes Risiko auf, unvorteilhafte Ernährungsgewohnheiten zu zeigen (z.B. zucker- oder fetthaltige Lebensmittel wie Chips oder Pommes Frites zu konsumieren), im Vergleich zu Gleichaltrigen, die weniger als 4.5 Stunden pro Tag am Bildschirm verbringen. In Bezug auf das *Bewegungsverhalten* zeigt sich, dass Jugendliche, welche überdurchschnittlich häufig (4.5 bis 7 Stunden pro Tag) Bildschirmaktivitäten ausführen, ein 2-fach erhöhtes Risiko für körperliche Inaktivität haben, als Jugendliche, die weniger als 4.5 Stunden pro Tag am Bildschirm verbringen. In Bezug auf das *Körpergewicht* zeigt sich, dass Jugendliche, welche überdurchschnittlich häufig (4.5 bis 7 Stunden pro Tag) Bildschirmaktivitäten ausführen, ein 1.7-fach erhöhtes Risiko für Übergewicht haben, als Jugendliche, die weniger als 4.5 Stunden pro Tag am Bildschirm verbringen.

11.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand und Einkommen

Bei den 15-jährigen Jugendlichen gibt es keinen statistisch relevanten Zusammenhang zwischen dem risikoreichen Ausmass der Bildschirmaktivitäten und dem familiären sozioökonomischen Status (FAS). Das heisst, der Anteil der *überdurchschnittlichen* Bildschirmnutzenden ist über die verschiedenen Gruppen hinweg vergleichbar (tiefer sozioökonomischer Status: 52.1%, mittlerer sozioökonomischer Status: 52.4%, hoher sozioökonomischer Status: 51.0%).¹⁵⁸ Internationale Studien zeigen jedoch, dass es im Zusammenhang mit Fernsehkonsum Unterschiede in Abhängigkeit des FAS gibt. So ist in westeuropäischen Ländern häufigerer TV-Konsum mit niedrigerem FAS assoziiert, in osteuropäischen Ländern jedoch mit höherem FAS.¹⁵⁹ In Bezug auf die *Art der Bildschirmnutzung* in der Schweiz feststellbar, dass

¹⁵⁸ Gemessen mit FAS «Family Affluence»-Skala, zur Messung des familiären Wohlstandes, entwickelt durch die WHO.

¹⁵⁹ WHO (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Policy For Children And Adolescents, 7, S. 227ff.

Jugendliche mit einem hohen (80%) oder mittleren (71%) sozioökonomischen Status häufiger Netzwerke wie Instagram nutzen als Jugendliche mit einem tiefen sozioökonomischen Status (49%).¹⁶⁰ Weiter verwenden Jugendliche, die aus einem Elternhaus mit hohem sozioökonomischen Status kommen, häufiger E-Mails (74%) als Jugendliche aus einer Familie mit mittlerem (59%) oder tiefen sozioökonomischen Status (53%).¹⁶¹

Migrationshintergrund

Hinsichtlich des überdurchschnittlichen Konsums von Bildschirmaktivitäten konnten im Rahmen der Recherchen zum aktuellen Zeitpunkt keine Daten gefunden werden. Jedoch existieren aktuelle Daten zur Nutzung von Bildschirmgeräten. So wurde im Rahmen der JAMES-Studie gefunden, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund etwas seltener im Besitz von Computer/Laptop (66%) sind als Schweizer Jugendliche (79%). Weiter Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger fern (85%) als Schweizer Jugendliche (78%).¹⁶² In Bezug auf die Nutzungshäufigkeit sozialer Netzwerke ist eine stärkere Nutzung von Facebook bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund feststellbar (89%) als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (78%).¹⁶³

Schutzfaktoren



12 Ernährung

12.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Dieses Kapitel behandelt das *Ernährungsbewusstsein* (auf Ernährung achten) und das *Ernährungsverhalten* (Ernährungsempfehlungen befolgen). Gemüse und Früchte sind ein wichtiger Bestandteil einer gesunden Ernährung, da sie für die Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen sorgen.¹⁶⁴ Deren regelmässiger Verzehr trägt wesentlich zu einem gesunden Körpergewicht bei. Entsprechend aktuellen Ernährungsempfehlungen und basierend auf der Ernährungspyramide der Schweiz sollten *täglich 5 Portionen Früchte und Gemüse* konsumiert werden («5 am Tag»-Empfehlung). Eine Portion entspricht dabei ca. 120 g.¹⁶⁵ Weiter raten Ernährungsexperten, pro Woche weniger als fünfmal Fleisch und ein- bis zweimal Fisch zu konsumieren.¹⁶⁶ *Übergewicht* wird definiert als eine übermässige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Seine extreme Form, die *Adipositas*, wurde 1997 von der WHO als Krankheit anerkannt. Hauptursache von Übergewicht und Adipositas ist ein energetisches Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr (zu reichhaltige Nahrung) und Kalorienverbrauch (ungenügende körperliche Bewegung).¹⁶⁷

Relevanz

Die Ernährung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener nichtübertragbarer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Bluthoch-

¹⁶⁰ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 45.

¹⁶¹ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 61.

¹⁶² Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 16ff.

¹⁶³ Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW, S. 45.

¹⁶⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁶⁵ Lüthy, Jürg; Hayer, Angelika; Jaquet, Muriel (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit, S.36.

¹⁶⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁶⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 21.

druck und Krebs. Die Art der Ernährung (und das Bewegungsverhalten) hat zudem einen Einfluss auf das Körpergewicht. Somit üben die Ernährung und das Körpergewicht einen zentralen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen aus. Übergewicht und Adipositas sind wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, gewisse Krebsleiden (besonders Brust- und Dickdarmkrebs) sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates wie z.B. Arthrose.¹⁶⁸ Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Personen ist in der Schweiz in der Gesamtbevölkerung bei beiden Geschlechtern und allen Altersklassen zwischen 1992 und 2012 von 30.1% auf 41.1% gestiegen.¹⁶⁹

12.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Insgesamt geben 68% der Schweizer Bevölkerung an, auf ihre Ernährung zu achten. Dieser Anteil ist seit 1992 relativ konstant geblieben.¹⁷⁰ In Bezug auf das Ernährungsverhalten zeigt sich, dass sich schweizweit jede fünfte Person (19.2%) an die Empfehlung «5 am Tag» hält. 47.8% konsumiert 0-2 Portionen, 33.1% konsumiert 3-4 Portionen Früchte/Gemüse pro Tag.¹⁷¹ An die Empfehlung, nicht mehr als fünfmal wöchentlich Fleisch zu essen, halten sich 76% der Schweizer Bevölkerung. Dieser Wert ist seit 1992 um 9% gestiegen. Mindestens ein- bis zweimal wöchentlich Fisch essen 65% der Gesamtbevölkerung. Dieser Anteil hat sich seit 1992 um 9% erhöht.¹⁷²

Geschlecht und Alter

In Bezug auf das *Ernährungsbewusstsein* zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: 75% der Frauen und 61% der Männer gaben 2012 an, auf ihre Ernährung zu achten. Ein deutlicher Geschlechtsunterschied ist bei den 15- bis 24-Jährigen zu finden (Männer: ca. 41%, Frauen: ca. 60%). Bei beiden Geschlechtern nimmt das Ernährungsbewusstsein ab dem 15. bis zum 45. Lebensjahr stetig zu und bleibt dann konstant (Männer: ca. 65%, Frauen: ca. 80%).¹⁷³

Hinsichtlich des *Ernährungsverhaltens* sind deutliche Geschlechtsunterschiede zu finden: Frauen geben insgesamt häufiger an, 5 oder mehr Portionen Früchte/Gemüse am Tag zu konsumieren als Männer (26% vs. 12%). Bei den Männern ist der Anteil Personen, die «5 am Tag» essen, über alle Alterskategorien vergleichbar (ca. 12%). Bei den Frauen hingegen nimmt der Anteil mit steigendem Alter zunächst zu (16-19 Jahre: 22%; 55-64 Jahre: 31.3%) und dann wieder deutlich ab (über 75 Jahre: 18.8%).¹⁷⁴ Fast die Hälfte der Männer konsumiert 0-2 Portionen Früchte/Gemüse am Tag (44%), bei den Frauen sind es knapp ein Drittel (31.9%).¹⁷⁵ Weiter essen 32% der Männer und 16% der Frauen zu viel Fleisch, also mehr als fünfmal wöchentlich.

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Soziale Unterstützung scheint die Einhaltung der «5 am Tag» Empfehlung zu begünstigen. Je höher die erhaltene soziale Unterstützung, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass die Empfehlung eingehalten wird.¹⁷⁶ Das Bildungsniveau scheint einen grösseren Einfluss auf das

¹⁶⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 21.

¹⁶⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 89.

¹⁷⁰ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 38.

¹⁷¹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S.19.

¹⁷² Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁷³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20f.

¹⁷⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 88.

¹⁷⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 8.

¹⁷⁶ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 34.

Ernährungsverhalten zu haben als das Einkommen.¹⁷⁷ Dennoch gehören Arbeitslose zu der Personengruppe, die am wenigsten der Ernährungsempfehlung folgt.¹⁷⁸ Weitere Hindernisse für eine gesunde Ernährung stellen der Preis, die Vorliebe für gutes Essen oder Gewohnheiten und Zwänge des Alltags dar.¹⁷⁹

12.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Das Ernährungsbewusstsein ist bei Personen mit höherer Bildung grösser (75%) als bei Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (62%).¹⁸⁰ An die Ernährungsempfehlung „5 am Tag“ halten sich insgesamt mehr Personen mit einem hohen Bildungsniveau (22%) als Personen mit einem tieferen Bildungsniveau (15%). Bei den Frauen ist der Unterschied markant (tiefstes Bildungsniveau: 18.7%; höchstes Bildungsniveau: 34.4%). Bei den Männern gibt es nur kleine Unterschiede je nach Bildungsniveau (tiefstes Bildungsniveau: 10%; höchstes Bildungsniveau: 13.8%).¹⁸¹ Geringe bildungsniveauabhängige Unterschiede gibt es bei der Personengruppe, die 3-4 Portionen pro Tag konsumiert (tiefes Bildungsniveau: 30.5%, mittleres Bildungsniveau: 32%, höchstes Bildungsniveau: 36.6%).¹⁸² Für Kinder ist der Bildungsstand der Eltern ein Risiko- resp. Schutzfaktor für ernährungsassoziiertes Übergewicht. Kinder von Eltern ohne nachobligatorische Schulbildung sind mehr als dreimal so häufig von Übergewicht betroffen als Kinder von Eltern mit einer höheren Ausbildung.¹⁸³

Einkommen

Es gibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Tatsache, ob eine Person auf die *Ernährung achtet*. Einkommensstärkere Personengruppen achten häufiger auf gesunde Ernährung als einkommensschwache Personengruppen.¹⁸⁴ Über die Geschlechter hinweg gibt es keine relevanten Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen hinsichtlich dem *Befolgen der Ernährungsempfehlung*. Tendenziell konsumieren aber Personen der einkommensstärksten Personengruppe (20.2%) häufiger „5 am Tag“ als Personen der einkommensschwächsten Gruppe (17.8%). Starke einkommensabhängige Unterschiede gibt es unter Berücksichtigung des weiblichen Geschlechts. Frauen der einkommensschwächsten Personengruppe konsumieren deutlich weniger „5 am Tag“ (22.4%) als Frauen der einkommensstärksten Gruppe (30.9%).¹⁸⁵

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Wohnort. Kinder aus Quartieren, die einen höheren Anteil an einkommensschwachen Familien haben, sind häufiger von Übergewicht betroffen als Kinder aus privilegiierteren Quartieren.¹⁸⁶

¹⁷⁷ Camenzind, Paul; Wiedenmayer, Gabriele (2016). Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe (Obsan Bulletin 2/2016). Neuchâtel: OBSAN, S. 5.

¹⁷⁸ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 32.

¹⁷⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 21.

¹⁸⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 20.

¹⁸¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ernaehrung>, 20.8.2018.

¹⁸² Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

¹⁸³ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 3.

¹⁸⁴ Boes, Stefan; Kaufmann, Corneli; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (OBSAN Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 38.

¹⁸⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/ernaehrung>, 20.8.2018.

¹⁸⁶ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 4.

Migrationshintergrund

Personen aus Osteuropa, aus Südwesteuropa und aus nichteuropäischen Ländern befolgen die Empfehlung „5 am Tag“ etwas weniger häufig (13.4%) als Schweizerinnen und Schweizer (19.2%).¹⁸⁷ Die soziale Herkunft ist der wichtigere Erklärungsfaktor für die Unterschiede im Übergewicht als die Staatsangehörigkeit, denn der Anteil übergewichtiger Kinder von Eltern der tiefsten bzw. höchsten Bildungsgruppe ist unabhängig von der Staatsangehörigkeit sehr ähnlich. Die Ausnahme bilden Kinder von Eltern mit einem Lehrabschluss: Hier sind ausländische Kinder häufiger von Übergewicht betroffen (28%) als Schweizer Kinder (21%).¹⁸⁸



13 Körperliche Aktivität

13.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Körperliche Aktivität bezieht sich auf die Basisempfehlung des Bundesamts für Sport (BASPO). Der zufolge gilt für Erwachsene die wöchentliche körperliche Betätigung von mindestens zweieinhalb Stunden (150 Minuten) in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport als ausreichende *körperliche Bewegung*.¹⁸⁹ Als Alternative gelten 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität. Dies sind Aktivitäten, die mindestens ein beschleunigtes Atmen oder leichtes Schwitzen verursachen oder bei denen Kombinationen verschiedener Intensitäten ausgeführt werden.

Die körperlichen Aktivitäten sollten idealerweise auf mehrere Tage in der Woche verteilt werden. Entsprechend sind mit *aktiven Personen* diejenigen gemeint, die sich im Rahmen der Empfehlungen bewegen.

Mit *inaktiven Personen* sind diejenigen gemeint, die weniger als einmal pro Woche einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen oder sich weniger als eine halbe Stunde pro Woche bei mässiger Intensität bewegen.

Relevanz

Regelmässige Bewegung und Sport sind in allen Altersgruppen wesentlich für eine gute Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Körperliche Aktivität wirkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Entwicklung von Diabetes, Rückenschmerzen, Übergewicht und Bluthochdruck entgegen. Personen, die sich ausreichend körperlich bewegen, sind weniger häufig adipös als Personen, die inaktiv sind (9% gegenüber 16%). Auch leiden aktive Personen nur halb so oft an Rückenschmerzen als inaktive Personen (6% gegenüber 15%). Ebenso bewerten sie ihre Gesundheit häufiger als (sehr) gut als inaktive Personen (87% gegenüber 62%) und sind weniger häufig von Bluthochdruck betroffen (25% gegenüber 35%).¹⁹⁰ Zudem beeinflusst körperliche Aktivität die selbst wahrgenommene Gesundheit positiv.

Den stärkste Einfluss auf das Sportverhalten hat das Einkommen sowie die Nationalität (vgl. Soziale Determinanten).¹⁹¹

¹⁸⁷ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 33.

¹⁸⁸ Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 4.

¹⁸⁹ Bundesamt für Sport BASPO (2013). Gesundheitswirksame Bewegung, Empfehlungen für die Schweiz. Vgl. <https://www.baspo.admin.ch/de/sportfoerderung/breitensport/gesundheit/bewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-884>, 24.7.2018.

¹⁹⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 18.

¹⁹¹ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2015): Sport Schweiz 2014: Factsheets Sportarten. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO, S. 7.

13.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Zwischen 2002 und 2012 hat die Anzahl körperlich aktiver Personen, die sich den Bewegungsempfehlungen entsprechend verhalten, von 63% auf 72% zugenommen. Die Zunahme ist in allen Altersgruppen zu verzeichnen.¹⁹² Im Jahr 2012 waren gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zwei Drittel der Bevölkerung (65%) mindestens 1x wöchentlich körperlich aktiv. Etwas mehr als die Hälfte (56%) betreibt Gymnastik, Fitness oder Sport, davon 30% einmal wöchentlich und 51% mehrmals wöchentlich.¹⁹³

Geschlecht und Alter

In der Schweizer Bevölkerung sind die Männer etwas häufiger aktiv als die Frauen. Im Jahr 2012 folgten gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ein Anteil von 76% der Männer und 69% der Frauen den Bewegungsempfehlungen des BASPO.

Bei der jüngsten Altersgruppe ist der Anteil aktiver Personen am grössten und bei der ältesten Altersgruppe am tiefsten. So sind 79% der 15- bis 34- jährigen Personen körperlich aktiv, bei den über 65-Jährigen liegt der Anteil körperlich Aktiver bei 67%. Ein vergleichbarer Anteil körperlich Aktiver ist bei den 35- bis 49- Jährigen (71.3%) und bei den 45- bis 64-Jährigen (70.7%) zu verzeichnen. Am deutlich tiefsten ist der Anteil körperlich Aktiver bei Frauen ab 65 Jahren (61%), bei Männern der gleichen Altersklasse ist der Anteil körperlich Aktiver deutlich höher (75%).¹⁹⁴

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Mögliche ursächliche Faktoren für die Ungleichheit im Bewegungsverhalten sind Unterschiede im Zugang zu Freizeiteinrichtungen,¹⁹⁵ Attraktivität der Nachbarschaft¹⁹⁶, psychosoziale Charakteristika (z.B. Hoffnungslosigkeit, Depressionssymptome, Zynismus) sowie soziale Netzwerke.¹⁹⁷ Grundsätzlich beugt körperliche Aktivität vielen Krankheiten wie Diabetes oder muskuloskelettalen Krankheiten direkt oder indirekt vor.

13.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

In Bezug auf die *starke körperliche Aktivität* (wöchentlich drei Stunden oder mehr) zeigt sich, dass Personen mit einem Hochschulabschluss deutlich häufiger aktiv sind (46%) als Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss (26%).¹⁹⁸ In Bezug auf die *körperliche Inaktivität* findet sich ein Zusammenhang zum Bildungsniveau: Der Anteil körperlich Inaktiver lag gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2012 bei Personen mit tiefem Bildungsniveau bei 27%, bei Personen mit hohem Bildungsniveau bei 6%.¹⁹⁹ Andere Quellen berichten,

¹⁹² Bundesamt für Statistik BFS (2014). Bewegung und Gesundheit, BFS Aktuell. Neuchâtel: BFS, S. 1.

¹⁹³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 18.

¹⁹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerperliche-aktivitaet>, 23.8.2018.

¹⁹⁵ Gordon-Larsen, Penny et al. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity, *Pediatrics*, 117, S. 417ff.

¹⁹⁶ Giles-Corti, Billie; Donovan, Robert J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, *Social Science and Medicine*, 54, S. 1793-812.

¹⁹⁷ Lynch, John; Kaplan, Gordon A.; Salonen, Jukka T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44, S. 809.

¹⁹⁸ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

¹⁹⁹ Bundesamt für Statistik (2014). SGB 2012. Körperliche Inaktivität in der Freizeit in der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Neuchâtel: BFS. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/koerperliche-inaktivitaet.assetdetail.300883.html>, 16.8.2018.

dass der Anteil inaktiver Personen mit Hochschulabschluss bei 18% liegt, bei Personen mit obligatorischer Schule bei 48%.²⁰⁰

Einkommen

In Bezug auf die *körperliche Aktivität* findet sich ein starker und positiver Zusammenhang zum Einkommensniveau: Der Anteil aktiver Personen im tiefsten Einkommensquintil²⁰¹ liegt bei 54%, jener im höchsten Einkommensquintil²⁰² bei 75%.²⁰³ Andere Quellen berichten, dass 53% der einkommensstärksten Personengruppe wöchentlich mehr als 3 Stunden aktiv sind und 34% der einkommensschwächsten Personengruppe.²⁰⁴ In Bezug auf die *körperliche Inaktivität* (Personen, die nie Sport treiben) findet sich ebenfalls ein Zusammenhang zum Einkommensniveau: Der Anteil inaktiver Personen ist bei der einkommensschwächsten Personengruppe höher (37%) als bei der einkommensstärksten Personengruppe (17%).²⁰⁵

Migrationshintergrund

Die Migrationsbevölkerung ist generell weniger häufig körperlich aktiv als die Schweizerinnen und Schweizer: Von der ausländischen Bevölkerung ist fast die Hälfte *gar nicht aktiv* (40%; CH: 25%). Eine Ausnahme bilden Personen aus west- und nordeuropäischen Ländern. Diese treiben häufiger viel Sport, d.h. wöchentlich mehr als 3 Stunden, (50%) als Schweizerinnen und Schweizer (45%).²⁰⁶ In Bezug auf das *kaum aktiv sein* gibt es keine Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung (6%) und der Schweizer Bevölkerung (6%). Zudem betätigen sich 7% (CH: 10%) zwei oder weniger Stunden pro Woche, 15% (CH: 18%) zwei oder mehr Stunden pro Woche. Ein knappes Drittel (31%; CH: 41%) ist mit wöchentlich drei oder mehr Stunden sehr aktiv.²⁰⁷ Innerhalb der Migrationsbevölkerung nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad die Häufigkeit der sportlichen Aktivität zu.²⁰⁸

Krankheiten



14 Krebs

14.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Krebs bezeichnet die unkontrollierte Zellvermehrung und das wuchernde Zellwachstum. Darunter fallen bösartige Gewebeneubildungen (maligne Neoplasien) oder bösartige Tumore (Malignome).²⁰⁹ Insgesamt werden heute mehr als 200 Krebsarten gezählt.²¹⁰ Im vorliegenden

²⁰⁰ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰¹ Ärmste 20% der Schweizer Bevölkerung.

²⁰² Reichste 20% der Schweizer Bevölkerung.

²⁰³ Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN, S. 35.

²⁰⁴ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰⁵ Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: BASPO, S. 26.

²⁰⁶ Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, Stand 2016, vgl. https://www.sportobs.ch/fileadmin/sportobs-dateien/Indikatoren_PDF/IND_1_3.pdf, S. 17.

²⁰⁷ Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport, S. 8.

²⁰⁸ Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport, S. 4.

²⁰⁹ World Health Organisation WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: World Health Organisation. (Dt. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

²¹⁰ Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK, S. 13.

Dokument werden *Lungenkrebs* sowie die häufigste Krebsart bei Männern (*Prostatakrebs*) resp. bei Frauen (*Brustkrebs*) behandelt.

Relevanz

Ein Anteil von 6.5% (= 29'000) aller männlichen stationären Patienten und 4.9% (= 27'000) aller weiblichen stationären Patientinnen sind aufgrund der Hauptdiagnose Krebs im Spital.²¹¹

Wegen Krebs gehen die meisten Lebensjahre aufgrund von Tod vor dem 70. Lebensjahr (YPLL)²¹² verloren. Durch Krebs gehen schweizweit insgesamt 62'500 Lebensjahre pro Jahr verloren.²¹³ Bei den Frauen gehen sogar 46.3% aller YPLL zu Lasten von Krebserkrankungen.²¹⁴ Die durch Krebs entstehenden direkten Kosten (z.B. Medikamente, Behandlungen) von geschätzten CHF 3.8 Milliarden machen 6.6% der Gesamtkosten aus. Nicht berücksichtigt sind die indirekten Kosten wie Arbeitsausfälle.²¹⁵

14.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

In der Schweiz leben rund 170'000 Frauen und 147'000 Männer mit der Diagnose Krebs.²¹⁶ Jährlich erhalten 20'000 Männer und 17'000 Frauen eine Krebsdiagnose. Vier von zehn Personen *erkranken* im Laufe ihres Lebens an Krebs. Jedes Jahr *sterben* in der Schweiz 16'000 Menschen an Krebs. Bei Männern sind 30% aller Todesfälle Krebstodesfälle (total 9'000), bei Frauen sind es 23% aller Todesfälle (total 7'200) Krebstodesfälle.²¹⁷

Lungenkrebs ist insgesamt mit 3'000 jährlichen Todesfällen die häufigste krebsbedingte Todesursache in der Schweiz. Jährlich erhalten 2'500 Männer und 1'500 Frauen eine Lungenkrebsdiagnose. Das Lebenszeit-*Erkrankungsrisiko* für Lungenkrebs (d.h. das Risiko, im Verlaufe des Lebens an Lungenkrebs zu erkranken) liegt bei Männer bei 6.5% und bei Frauen bei 3.6%. Das Sterblichkeitsrisiko für Lungenkrebs beträgt 5.5% (Männer) resp. 2.7% (Frauen)²¹⁸, d.h. 6 von 100 krebserkrankten Männern und 3 von 100 krebserkrankten Frauen sterben. An *Brustkrebs* erkranken jährlich knapp 6'000 Frauen, fast jede dritte Krebsdiagnose bei Frauen ist Brustkrebs (Pro Jahr erkranken 50 Männer an Brustkrebs²¹⁹). Die Mortalität bei Brustkrebs ist seit 20 Jahren rückläufig.²²⁰ An *Prostatakrebs* erkranken jährlich rund 6'100 Männer, 28% aller Krebsdiagnosen bei Männer entfallen auf Prostatakrebs.²²¹ Die Sterberate bei Prostatakrebs ist seit 2011 rückläufig.²²²

Geschlecht und Alter

Grundsätzlich nimmt das Krebsrisiko mit dem Alter zu. Nur jedes 10. Krebsleiden betrifft Personen unter 50 Jahren.²²³ 12% der Krebsfälle treten vor dem 50. Lebensjahr auf, 56% bei Personen unter 70 Jahren. Die Erkrankungsrate ist bei Frauen unter 55 Jahren höher als bei Männern unter 55 Jahren. Nach 55 Jahren dreht sich das Geschlechterverhältnis um, so dass bei Männern über 65 Jahren die Erkrankungsrate fast doppelt so hoch ist als bei Frauen.²²⁴ In

²¹¹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Krebsepidemiologie 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>, 26.7.2018.

²¹² Vorzeitige potentielle Lebensjahre.

²¹³ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, Grafik G 3.3, S. 16.

²¹⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 15.

²¹⁵ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telser, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie; Schwenkglenks, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 79.

²¹⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 10.

²¹⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 15.

²¹⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 57.

²¹⁹ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs-beim-mann/>, 20.8.2018.

²²⁰ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 9.

²²¹ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 83.

²²² Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 84.

²²³ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 40.

²²⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 16.

Bezug auf Lungenkrebs ist bei Männern zwischen 2007 und 2011 ein starker Rückgang der Neuerkrankungen und Mortalität zu beobachten, bei Frauen jedoch eine Zunahme.²²⁵

Gemäss Gesundheitsbericht 2015 *erkranken* und *sterben* Frauen am häufigsten an Brustkrebs. Das Brustkrebsrisiko steigt ab dem 50. Lebensjahr, aber 20% aller Brustkrebsfälle betrifft Frauen unter 50 Jahre.²²⁶ Männer *erkranken* am häufigsten an Prostatakrebs und *sterben* am häufigsten an Lungenkrebs. 99% aller männlichen Patienten sind zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose über 50 Jahre alt.²²⁷

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Der Zusammenhang zwischen der Erkrankung an Lungenkrebs und Tabakkonsum ist wissenschaftlich erwiesen: Rauchen ist für 90% der *Lungenkrebsfälle* verantwortlich. Durch die Vermeidung oder Veränderung der Hauptrisikofaktoren (wie z.B. Tabakkonsum) könnten etwa ein Drittel der Krebsfälle verhindert werden.²²⁸ Weitere Schutzfaktoren, welche das Erkrankungsrisiko senken können, sind ausreichende körperliche Aktivität, das Vermeiden resp. die Reduktion von Übergewicht oder gesunde Ernährung.²²⁹ Die Überlebenschancen bei einer Krebserkrankung werden vom Zugang zur medizinischen Behandlung und deren Wirksamkeit beeinflusst.²³⁰

14.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Personen mit einem tieferen Bildungsniveau nehmen seltener Krebs-Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch und sind somit aufgrund eines ungünstigen Gesundheitsverhaltens einem höheren Risiko ausgesetzt.²³¹ Es finden sich Zusammenhänge zwischen dem Risiko, an Krebs zu sterben und dem Bildungsniveau. So sterben Männer, die eine minimale Schulbildung haben, doppelt so häufig an Krebs als Männer mit einem hohen Bildungsniveau.²³² Es finden sich auch Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Ursachen können unterschiedliche Lebensstile sein, aber auch ein unterschiedlicher Zugang zu Leistungen wie systematischen Screening-Programmen, gesundheitspolitischen Massnahmen bezüglich Prävention oder die Inanspruchnahme solcher Leistungen.²³³

Einkommen

Personen aus einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen nehmen seltener Krebs-Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch.²³⁴ Durch dieses ungünstige Gesundheitsverhalten setzen sie sich einem höheren Risiko aus. Weiter erkranken Personen mit tiefem Einkommen 10% häufiger an Lungenkrebs als Personen mit einem hohen Einkommen.²³⁵ Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status (SES) haben ein unterschiedliches Sterblichkeitsrisiko. Dabei können 25% dieser Unterschiede in der Sterblichkeit auf Unterschiede im Tabakkonsum der jeweiligen SES-Gruppen erklärt werden.²³⁶

²²⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 9.

²²⁶ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/>, 24.7.2018.

²²⁷ Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/prostatakrebs/>, 24.7.2018.

²²⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 22.

²²⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS, S. 22.

²³⁰ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten/krebserkrankungen-schweiz.html>, 26.7.2018.

²³¹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS, S. 1.

²³² Oncosuisse (2011). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011 – 2015. Bern: Oncosuisse, S. 30.

²³³ Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK, S. 16.

²³⁴ Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS, S. 2.

²³⁵ Geyer, Siegfried; Peter, Richard (2009). Soziale Faktoren und Krankheiten: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, S. 15.

²³⁶ Marmot, Michael (2006). Smoking and inequalities. The Lancet, 368, 341-342.

Migrationshintergrund

Aktuell sind keine Studien bekannt, welche den direkten Einfluss des Migrationshintergrundes auf das Erkrankungs- oder Sterberisiko infolge einer Krebserkrankung untersuchen.



15 Atemwegserkrankungen

15.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Im Vordergrund der Atemwegserkrankungen bezüglich Ausmass, Betroffenheit und Krankheitslast steht in allen Publikationen des BFS die *chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)*. COPD wird allgemein als ein übergeordneter Begriff für Atemwegserkrankungen verwendet, bei denen die Atmung behindert ist. Dazu gehören insbesondere die chronische Bronchitis und das obstruktive Emphysem. COPD ist durch eine chronische und langsam fortschreitende Behinderung der Atmung gekennzeichnet und geht mit Husten, Auswurf und Atemnot einher.²³⁷

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird unterschieden zwischen der mindestens einmaligen Erkrankung im *letzten Jahr vor der Befragung* und der mindestens einmaligen Erkrankung im *bisherigen Leben*.

Relevanz

COPD stellt eine meist unterdiagnostizierte Lungenkrankheit dar, die progressiv zum Tod führen kann. Mit Fortschreiten der Krankheit wird es für die Betroffenen schwierig, tägliche Aktivitäten, die auch nur geringe Anstrengung verlangen, auszuführen.²³⁸

Erkrankungen der Atmungsorgane forderten 2014 in der Schweiz insgesamt 2'651 (= 3%) verlorene Lebensjahre (YPLL).²³⁹ Die direkten medizinischen Kosten von COPD betrugen 2011 in der Schweiz CHF 1.6 Milliarden, das sind 3% der Gesamtkosten (CHF 51 Milliarden). Die indirekten Kosten belaufen sich auf CHF 6 Milliarden.²⁴⁰

In den letzten 20 Jahren hat der Anteil der Bevölkerung, welcher an einer COPD erkrankt, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern deutlich abgenommen: bei Frauen von 4.4% auf 3.4%, bei Männern von 3.6% auf 2.6%.²⁴¹ Atemwegserkrankungen machen 4.3% der Krankheitslast in der Schweiz aus.²⁴²

15.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2012 waren 3% der Schweizer Bevölkerung in ihrem Leben *mindestens einmal* in ihrem Leben von Atemwegserkrankungen betroffen. Der Anteil Personen, welcher *im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt* mindestens einmal an Bron-

²³⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 84, S.107.

²³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131.

²³⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 15.

²⁴⁰ Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 69. *Indirekte Kosten* sind Opportunitätskosten mit Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch, die keine direkten Zahlungen/Ausgaben auslösen, z.B. Produktivitätskosten wegen Morbidität, Mortalität, Fehlzeiten, reduzierter Leistungsfähigkeit (Präsentismus). Vgl. Wieser et al. (2014), S. 60.

²⁴¹ Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN, S. 51.

²⁴² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 130.

chitis oder Emphysemen erkrankt waren, liegt bei 1.4%. Im Vergleich zu den Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002 ist ein Rückgang dieses Anteils zu verzeichnen (1997: 4.8%; 2002: 3.4%; 2012: 1.4%).²⁴³

Geschlecht und Alter

Atemwegserkrankungen verlaufen chronisch und kommen bei älteren Personen ab ca. 50 Jahren, häufiger vor. Während weniger als 1% der 15- bis 49-Jährigen im Jahr vor der Befragung von Atemwegserkrankungen betroffen waren, ist dieser Anteil bei den 50- bis 64-Jährigen (1.6%) und über 65-Jährigen (3.2%) höher. Bei den jüngeren Altersgruppen (25- bis 34-Jährige) sind 1.2% der Männer und 2.3% der Frauen betroffen. Bei den älteren Altersgruppen (55- bis 64-Jährige) sind 3% der Männer und 4% der Frauen betroffen.²⁴⁴ Weiter sind Frauen mit höchster Schulbildung doppelt so häufig (1.3%) betroffen als Männer mit höchster Schulbildung (0.7%). Bei den tieferen Bildungsniveaus ist der Geschlechtsunterschied kleiner (Männer: 1.5%, Frauen: 2.2%).²⁴⁵

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Die Ursache einer COPD oder generell von Atemwegserkrankungen ist mehrheitlich das Einatmen von Schadstoffen über eine längere Zeitdauer. Der wichtigste Risikofaktor ist (langjähriges) Rauchen²⁴⁶, aber auch Tätigkeiten als Malerin oder Maler, Schreinerin oder Schreiner oder Bäuerin oder Bauer.²⁴⁷ Zudem leiden Personen mit schweren Atemwegserkrankungen häufig an Herzinsuffizienz, weiteren Herzkrankheiten, sozialer Isolation und Depression aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Eine COPD hat häufig ein Lungenversagen zur Folge.

15.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

In Bezug auf die bisherige Erkrankung (mind. 1x im Leben) haben Personen mit einem tiefen (3.2%) und einem mittleren (3.2%) Bildungsniveau ein etwas höheres Erkrankungsrisiko als Personen mit einem hohen Bildungsniveau (2.5%). Jedoch ist nur ein diesbezüglicher Unterschied bei den Frauen zu finden (3.6% vs. 2.7%) und nicht bei den Männern (2.6% vs. 2.4%).²⁴⁸

Nach der mindestens einmaligen Erkrankung im letzten Jahr gefragt, geben 1.9% der Personen mit dem tiefsten Bildungsstand und 1% der Personen mit dem höchsten Bildungsstand eine Betroffenheit an. Frauen mit höchster Schulbildung sind doppelt so häufig (1.3%) betroffen als Männer mit höchster Schulbildung (0.7%). Bei den tieferen Bildungsniveaus ist der Geschlechtsunterschied kleiner (Männer: 1.5%, Frauen: 2.2%).²⁴⁹

Einkommen

In Bezug auf die mindestens einmalige bisherige Erkrankung ist die einkommensschwächste Bevölkerungsgruppe (3.6%) etwas häufiger von Atemwegserkrankungen betroffen als die einkommensstärkste Bevölkerungsgruppe (2.6%). In Bezug auf die mindestens einmalige Er-

²⁴³ Bundesamt für Statistik BFS (1992/202/2012). SGB 1992, SGB 2002, SGB 2012. Neuchâtel: BFS.

²⁴⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 84.

²⁴⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 13.7.2018.

²⁴⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.). (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131, S.140.

²⁴⁷ Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-ge-sundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/chronische-atemwegserkrankungen.html>, 26.7.2018.

²⁴⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 26.7.2018.

²⁴⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. BFS: Neuchâtel.

krankung im letzten Jahr ist die einkommensschwächste Gruppe etwas häufiger (2.2%) betroffen als die einkommensstärkste Gruppe (1.0%).²⁵⁰ Dieses Muster ist bei beiden Geschlechtern vergleichbar.

Migrationshintergrund

Uns ist keine Auswertung der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 hinsichtlich Atemwegserkrankungen und Migrationshintergrund bekannt.



16 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

16.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind nicht einheitlich definiert. Grundsätzlich umfassen sie sämtliche Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs. Zu den zwei wichtigsten Herz-Kreislauf-Krankheiten gehören die ischämische Herzkrankheit und die zerebrovaskuläre Krankheit. Die *ischämische (koronare) Herzkrankheit* ist eine chronische Erkrankung der Herzkranzgefässe, bei der es durch Gefässverengung, oder -verschluss zu einer Mangeldurchblutung des Herzens kommt. Dies führt zu Brustschmerzen, einem akuten Herzinfarkt (Myokardinfarkt) oder einer Herzschwäche. Bei der *zerebrovaskulären Krankheit* handelt es sich um eine Durchblutungsstörung im Gehirn, mit Hirnblutung oder -infarkt als Folge. Weiter gehören auch unspezifische, generelle Schwächungen des Herz-Kreislauf-Systems bei Personen im hohen Alter zu dieser Kategorie.²⁵¹ Relevant für die NCD-Strategie sind insbesondere die kardiovaskulären Krankheiten, also Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs. Dieses Kapitel legt neben Fakten zur Sammelkategorie Herz-Kreislauf-Krankheiten verfügbare Daten zum akuten *Myokardinfarkt* (Herzinfarkt) und *Hirnschlag* sowie zum Hauptrisikofaktor *Bluthochdruck* dar.

Relevanz

Herz-Kreislauf-Erkrankungen erforderten 2014 in der Schweiz insgesamt 12'826 (=15%) verlorene Lebensjahre (YPLL).²⁵² Die direkten medizinischen Kosten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen betrugen 2011 in der Schweiz CHF 10 Milliarden, das sind 16% respektive ein Sechstel der Gesamtkosten. Die indirekten Kosten²⁵³ belaufen sich auf CHF 6 Milliarden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen die teuersten Krankheiten dar.²⁵⁴

16.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Schweizweit gibt es jährlich circa 20'000 Todesfälle (2014: 20'972) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und diese bilden für beide Geschlechter die häufigste Todesursache.²⁵⁵ Sie sind für knapp jeden dritten Todesfall ursächlich. Die Krankheitslast liegt für Herzinfarkte bei 178

²⁵⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.OBSAN.admin.ch/de/indikatoren/chronische-bronchitisemphysem>, 26.7.2018.

²⁵¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131.

²⁵² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre>, 21.8.2018.

²⁵³ Opportunitätskosten mit Auswirkungen auf den Ressourcenverbrauch, die keine direkten Zahlungen/Ausgaben auslösen, z.B. Produktivitätskosten wegen Morbidität, Mortalität, Fehlzeiten, reduzierter Leistungsfähigkeit (Präsentismus). Vgl. Wieser et al. (2014), S. 60.

²⁵⁴ Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG. S. 72.

²⁵⁵ Schweizerische Herzstiftung (2016). Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Ausgabe 2016. Ort: Herausgeber/Verlag, S. 31.

resp. für Hirnschläge bei 177 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.²⁵⁶ Von *Bluthochdruck*, dem Hauptrisikofaktor, sind ca. 19% der Schweizer Bevölkerung betroffen.²⁵⁷

Geschlecht und Alter

Über alle *Herz-Kreislauf-Krankheiten* hinweg starben 2015 mehr Frauen (11'878 Fälle, = 34% aller Todesfälle) als Männer (9'715 Fälle, = 29.8% aller Todesfälle). An ischämischen Herzkrankheiten erkrankten jedoch deutlich mehr Männer (9'945 Fälle) als Frauen (5'070 Fälle). Das Risiko für Herzinfarkte nimmt mit dem Alter stetig zu, zunächst nach dem 50. Lebensjahr und insbesondere nach dem 80. Lebensjahr.²⁵⁸ Die Anzahl *Schlaganfälle* (Hirnschläge) war 2015 bei Männern (7'822 Fälle) und Frauen (7'332 Fälle) vergleichbar.²⁵⁹ 23% der an *Bluthochdruck* Erkrankten sind zwischen 50-64 Jahre alt, 50% der Erkrankten sind über 65 Jahre alt. Männer sind etwas häufiger von Bluthochdruck betroffen (19.6%) als Frauen (18%).²⁶⁰

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Bluthochdruck (Hypertonie) ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weitere durch den Lebensstil beeinflussbare Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol, zu hoher Cholesterinwert, zu hoher Blutzuckerspiegel, Diabetes und Übergewicht. Ein niedriger sozioökonomischer Status geht mit einer erhöhten Exposition gegenüber Stressoren einher, die biologische Reaktionen auslösen und zu einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen können.²⁶¹

16.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Risiko, an Bluthochdruck zu leiden und dem Ausbildungsniveau: Personen ohne nach-obligatorischen Schulabschluss litten 2012 häufiger (38%) an Bluthochdruck als Personen mit dem höchsten Schulabschluss (25%).²⁶² Ergo ist das Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken, bei Personen mit tieferem Bildungsniveau um das 1.7-fache erhöht im Vergleich zu Personen mit höherem Bildungsniveau. Personen mit einem mittleren Ausbildungsniveau hatten ein um 1.4-fach höheres Erkrankungsrisiko als Personen mit dem höchsten Ausbildungsniveau.

Einkommen

Das Risiko, an einer ischämischen Herzkrankheit (z.B. koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt) zu sterben, ist bei Personen mit tiefem sozioökonomischem Status erhöht.²⁶³ Im sozioökonomischen Status ist unter anderen Merkmalen auch das Einkommen enthalten.²⁶⁴ Der Anteil an *Bluthochdruck* leidenden Personen ist grösser bei Personen mit tieferem Einkommen bis 2'857 CHF (23.6%) als bei Personen mit einem höheren Einkommen ab 5'333 CHF

²⁵⁶ CardioVascSuisse (2018). Vgl. <http://www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1744&L=0>, 26.7.2018.

²⁵⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 26.7.2018.

²⁵⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 106.

²⁵⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hirnschlag>, 3.12.2018.

²⁶⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 26.7.2018.

²⁶¹ Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.

²⁶² Bundesamt für Statistik BFS (2013). *SGB 2012*. Neuchâtel: BFS, S. 10.

²⁶³ Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.

²⁶⁴ Der SoS bezeichnet ein Bündel von Merkmalen menschlicher Lebensumstände wie z.B. Schulabschluss, Beruf, Einkommen, Besitz von Kulturgütern, kulturelle Praxis, Liquidität, Kreditwürdigkeit.

(15.9%).²⁶⁵ Personen mit einem tieferen sozioökonomischen Status leiden häufiger an Bluthochdruck als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status.²⁶⁶

Migrationshintergrund

In Bezug auf die Hospitalisierungsrate auf Grund der Diagnose ischämische Herzkrankheit sind für Personengruppen mit Migrationshintergrund vergleichsweise höhere Werte zu verzeichnen als bei der Schweizer Bevölkerung (Männer aus dem Nahen Osten: 8.2% vs. 6.4%, Frauen aus dem Nahen Osten: 2.9% vs. 2%). Nicht häufiger eingewiesen werden ausländische Personen aufgrund von Hirngefässerkrankungen.²⁶⁷



17 Muskuloskelettale Erkrankungen

17.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Muskuloskelettale Erkrankungen (MSB: auf Englisch musculoskeletal conditions) umfassen alle Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, also Erkrankungen von Muskeln, Sehnen, wie Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Rückenbeschwerden oder Weichteilrheuma. Zu den wichtigsten Erkrankungen Bewegungsapparats gehören chronische Rückenschmerzen, Arthrose und Osteoporose. Diese werden nachfolgend definiert.

Unter *chronischen Rückenschmerzen* versteht man länger andauernde Schmerzen, die häufig im unteren Rücken auftreten. *Arthrose* ist ein progressives Gelenkversagen aufgrund eines chronischen Ab- und Umbauprozesses, welches ohne erkennbare Ursache auftreten (primäre Form) oder Folge eines Traumas sein (sekundäre Form). *Arthritis* ist eine entzündliche Gelenkerkrankung, die typischerweise mit Überwärmung, Gelenkerguss, Schwellung oder Rötung verbunden ist. Die *Osteoporose* ist eine Erkrankung der Knochen, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine beeinträchtigte Mikroarchitektur charakterisiert ist, was zu einer erhöhten Knochenbrüchigkeit und damit zu einem höheren Frakturrisiko führt.²⁶⁸

Im vorliegenden Kapitel liegt der Fokus auf muskuloskelettalen Erkrankungen als Sammelbegriff sowie spezifisch auf Rückenschmerzen, da diese die relevanteste Form muskuloskelettaler Erkrankungen darstellt.

Relevanz

Muskuloskelettale Erkrankungen können sich in erheblicher Weise auf viele Aspekte im Leben des Einzelnen auswirken. Dazu gehören das körperliche und geistige Wohlbefinden, das wirtschaftliche Wohlergehen sowie körperliche und emotionale Beziehungen.²⁶⁹ Muskuloskelettale Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für starke langfristige Schmerzen und Invalidität. Zudem verursachen *Muskuloskelettale Erkrankungen* erhebliche volkswirtschaftliche Kosten: Insgesamt erzeugen muskuloskelettale Erkrankungen 8.7 Mrd Franken direkte Kosten²⁷⁰ und machen 5% der Krankheitslast in der Schweiz aus.²⁷¹ *Rückenschmerzen* sind bei Erwachsenen ein häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit. So ist bei 26% aller

²⁶⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/bluthochdruck>, 21.8.2018.

²⁶⁶ Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368ff.

²⁶⁷ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

²⁶⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 131-132.

²⁶⁹ Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54, S. 23-30.

²⁷⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 135.

²⁷¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 130, Abb. 7.3.

krankheitsbedingten Arbeitsabsenzen eine Erkrankung des Bewegungsapparats die Ursache. 6 von 10 von Rücken-, Nacken-, Schulter-, oder Armschmerzen betroffene Personen bringen die Beschwerden mit ihrer aktuellen oder einer früheren Arbeit in Verbindung.²⁷²

17.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Muskuloskelettale Erkrankungen sind in der Schweiz generell weit verbreitet: Hierzulande leiden gemäss Schätzungen rund 2 Millionen Menschen an einer muskuloskelettalen Erkrankung, 1.5 Millionen davon leiden an *Rückenschmerzen*. Von Schulter-, Nacken- und Armschmerzen sind ca. 36% der Schweizer Bevölkerung betroffen.²⁷³ Etwa 18% der Erwerbstätigen leiden an arbeits-(mit)-bedingten Rückenschmerzen, welche zu den am häufigsten genannten Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz zählen.²⁷⁴

Geschlecht und Alter

Frauen berichten insgesamt häufiger von starken *Rücken- und Kreuzschmerzen* (39%) als Männer (26%).²⁷⁵ Bei den Hospitalisierungen wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind in der Altersgruppe der 0- bis 44-Jährigen jedoch die Männer in der Mehrzahl, bei den über 44-Jährigen sind es hingegen die Frauen.²⁷⁶ Bei den 16- bis 19-Jährigen sind 30% der Männer und 39.5% der Frauen von Rücken- und Kreuzschmerzen betroffen, bei den 20- bis 24-Jährigen sind es 25.7% der Männer und 44.5% der Frauen.²⁷⁷ *Rückenschmerzen* nehmen mit dem Alter zu: Während 8% der 11- bis 13-jährigen Knaben und 11% der Mädchen an Rückenschmerzen leiden, sind es bei den 16- bis 19-Jährigen Männer bereits 30% resp. 39.5% bei den jungen Frauen.²⁷⁸ Besonders Personen über 50 Jahre sind von starken Rückenschmerzen betroffen.²⁷⁹ Mit dem Alter nimmt bei beiden Geschlechtern die Häufigkeit der Rückenschmerzen zu, insbesondere ab dem 50. Altersjahr.²⁸⁰ Auch Hospitalisierungen wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nehmen mit dem Alter zu.

Individuelle Risikofaktoren - Schutzfaktoren

Zu den bekannten Risikofaktoren von muskuloskelettalen Erkrankungen gehören Übergewicht, mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, inadäquates ergonomisches Verhalten, übermässiger Alkoholkonsum, Tabakkonsum und psychosoziale Risikofaktoren/Stress respektive fehlende soziale Unterstützung. Es sind somit unter anderem auch lebensstilbedingte Faktoren resp. Faktoren, die auf das Gesundheitsverhalten zurückzuführen sind. Weiter können physische Überbeanspruchung, geringe Entscheidungsspielräume, geringe Anerkennung im Beruf oder mangelnder Work-Life-Balance das Risiko für muskuloskelettale Erkrankungen erhöhen.²⁸¹

²⁷² Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁷³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁷⁴ Krieger, Ralph; Graf, Maggie; Vanis, Margot (2017). Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), S. 13.

²⁷⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 31.

²⁷⁶ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 45.

²⁷⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 64.

²⁷⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 64.

²⁷⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 89.

²⁸⁰ Bundesamt für Statistik BFS. (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁸¹ Wieser, Simon et al. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. The European Journal of Health Economics, 12, S. 455- 467.

17.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

In Bezug auf *Muskuloskelettale Erkrankungen* finden sich deutliche Zusammenhänge zwischen der Erkrankungshäufigkeit und einem tiefen Bildungsniveau: Bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status liegt eine höhere Prävalenz von chronischen muskuloskelettalen Beschwerden vor.²⁸² Personen ohne nachobligatorische Schulbildung haben gemäss Gesundheitsbefragung 2012 ein um das 2.3-fach grössere Risiko, an starken Rückenschmerzen zu leiden, als Personen mit Universitätsabschluss.²⁸³ Weiter stellen erwerbstätige Personen mit einem tiefen Bildungsniveau überdurchschnittlich häufig ein Zusammenhang zwischen der Arbeit und Rückenschmerzen respektive Schmerzen in den Schultern fest.²⁸⁴

Einkommen

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 sind Rückenschmerzen über alle Einkommensschichten weit verbreitet: 33% der Personen mit einem niedrigen Monatseinkommen (bis 2857 CHF) resp. 34% der Personen mit einem Einkommen zwischen 2857-3999 CHF waren von starken Rückenschmerzen betroffen. 31% der Personen mit einem höheren Monatseinkommen (ab 5333 CHF) berichten über starke Rückenschmerzen.²⁸⁵

Migrationshintergrund

Menschen aus östlichen, südöstlichen und südwestlichen europäischen Ländern sowie Personen die seit länger als 20 Jahren zugewandert sind, sind besonders von starken Rückenschmerzen betroffen.²⁸⁶ Die Hospitalisierungsrate infolge Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens ist bei Männern aus dem Nahen Osten (Männer: 5.3%) höher als bei Männern aus der Schweiz (Männer: 3.9%). Bei Frauen dieser Herkunft ist der Anteil von starken Rückenschmerzen betroffenen nur geringfügig höher als bei Schweizerinnen (4.6%, CH: 4.2%).²⁸⁷



18 Diabetes

18.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Beim *Diabetes mellitus* (umgangssprachlich Zuckerkrankheit) handelt es sich um eine chronische Stoffwechselkrankheit. Im Vordergrund stehen dabei zwei Typen. *Typ I* ist eine Autoimmunkrankheit und auf eine unzureichende Insulinproduktion zurückzuführen und kann bereits im Kindes- oder Jugendalter auftreten. *Typ II* ist erworben und entsteht meist im Erwachsenenalter infolge einer Insulinresistenz, ist stark lebensstilbedingt und mit Übergewicht assoziiert. Die Mehrheit der Diabetesfälle (90-95%) sind Typ II Fälle. Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich (wenn nicht anders vermerkt) auf Typ II Diabetes.

²⁸² Anm. Die Daten stammen aus Norwegen, die Übertragung auf die Schweizerische Bevölkerung scheint adäquat. Vgl. Hagen, Knut et al. (2005). Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46'901 adults in Norway, *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, S. 268-275.

²⁸³ Moreau-Gruet, Florence (2016). *Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012*. Neuchâtel: OBSAN, S. 23ff.

²⁸⁴ Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54, S. 23-30.

²⁸⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 14.

²⁸⁶ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

²⁸⁷ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

Relevanz

Diabetes verursacht mit jährlichen 0.989 Milliarden Franken 1.5% der jährlichen Gesamtkosten. Die direkten medizinischen Kosten von Diabetes beliefen sich im Jahr 2011 auf 0.8 bis 1 Milliarde Schweizer Franken. Überdurchschnittlich hohe Kosten fielen in der ambulanten Versorgung (53.7%) und bei den Medikamenten (19.4%) an. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die direkten Behandlungskosten und nicht um die mit Folgekrankheiten (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verbundenen Kosten.²⁸⁸ Diabetes Typ II verläuft meistens über lange Zeit (ca. 7 Jahre²⁸⁹) symptomlos, jedoch chronisch, so spielen Früherkennung und Prävention eine besonders wichtige Rolle.

18.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

In der Schweiz sind schätzungsweise 300'000 bis 500'000 Menschen von Diabetes betroffen. An Diabetes Typ I erkrankt sind schweizweit ca. 40'000 Menschen.²⁹⁰ Bei 5% der Bevölkerung ist bereits einmal im Leben Diabetes diagnostiziert worden. In der Schweiz sind viele Personen von Übergewicht²⁹¹ (31.6%) oder Adipositas²⁹² (10.6%) betroffen und somit einem erhöhten Risiko einer Diabetes Erkrankung ausgesetzt.

Geschlecht und Alter

5.5% der Männer und 3.9% der Frauen hatten im Jahr 2012 eine Diabetes Diagnose.²⁹³ Das Erkrankungsrisiko nimmt mit dem Alter zu, der Anteil Betroffener liegt bei 35- bis 49- Jährigen bei 2.4%, bei 50- bis 64- Jährigen bei 6% und bei über 65-Jährigen bei 11.8%. Der Anteil Betroffener steigt bei Männern ab 45 Jahren, bei Frauen ab 55 Jahren rasch an. Besonders betroffen sind Männer über 65 Jahre (15.8%), der Anteil gleichaltriger Frauen liegt bei 8.7%. In Bezug auf den Risikofaktor Körpergewicht zeigt sich gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2012, dass Männer häufiger adipös (11.6%) resp. übergewichtig (40.3%) sind als Frauen (9.6% resp. 23.2%). Männer sind somit einem höheren Diabetesrisiko ausgesetzt.

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Die Diabetes-Erkrankung ist stark vom Lebensstil abhängig und mit Übergewicht resp. Adipositas assoziiert. Dabei hat der Anteil übergewichtiger Personen und dadurch der Anteil der Risikogruppe in der Gesamtbevölkerung zwischen 1992 (30%) und 2012 (41%) stark zugenommen. Weitere Risikofaktoren für eine Diabeteserkrankung sind Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung und Tabakkonsum.²⁹⁴

18.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Menschen mit tieferem Bildungsniveau erkranken im Durchschnitt zweimal häufiger an Diabetes als Personen mit einem tertiären Bildungsniveau (7.2% vs. 2.9%). Dabei sind insbesondere männliche Personen mit obligatorischer Schulbildung (10.1%) von Diabetes betroffen.²⁹⁵

²⁸⁸ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki, Riguzzi, Marco, Fischer, Barbara, Telser, Harry, Pletscher, Mark, Eichler, Klaus, Trost, Melanie, Schwenkglenks, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG, S. 61.

²⁸⁹ Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.

²⁹⁰ Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.

²⁹¹ Übergewicht: Body Mass Index (BMI) zwischen 25 und 30.

²⁹² Adipositas: Body Mass Index (BMI) über 30.

²⁹³ Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS, S. 12.

²⁹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

²⁹⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag, S. 140.

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 ist der Anteil von *Adipositas* betroffenen Personen bei Menschen mit dem tiefsten Bildungsniveau deutlich höher (16.6%) als bei Personen des höchsten Bildungsniveaus (7.5%). Bezüglich des Anteils *übergewichtiger* Personen ist der Unterschied zwischen den Bildungsniveaus deutlich kleiner (tiefstes Bildungsniveau: 34%, höchstes Bildungsniveau: 30.6%).²⁹⁶

Einkommen

Es besteht ein Zusammenhang zwischen einem tieferen Monatseinkommen und dem Risiko, an Diabetes zu erkranken. Während 6.4% der einkommensschwächsten Personengruppe (bis 2'857 CHF) an Diabetes erkranken, ist der Anteil Erkrankter bei der einkommensstärksten Gruppe (ab 5'333 CHF) deutlich kleiner (3.2%). Der Anteil adipöser Personen bei der einkommensschwächsten Personengruppe ist ebenfalls deutlich höher (13.3%) als bei der einkommensstärksten Personengruppe (8.2%). Bezüglich Übergewicht unterscheiden sich die beiden Gruppen nur marginal (31.6% vs. 30.7%).²⁹⁷

Migrationshintergrund

Bezüglich der Verbreitung von Diabetes in der Migrationsbevölkerung gibt es indirekte Hinweise. So ist aufgrund der Hospitalisierungsrate für Hospitalisierungen mit Nebendiagnose Diabetes der Anteil männlicher Personen aus dem Nahen Osten mit 5.1% deutlich höher als bei männlichen Personen Schweizer Herkunft (2.3%). Bei Frauen aus dem Nahen Osten ist der Unterschied noch deutlicher (3.9% vs. 1.4%).²⁹⁸ In Bezug auf Übergewicht und Adipositas ist im Vergleich zu Schweizern (49.8%) und Schweizerinnen (31.7%) bei Personen aus Südwesteuropa (Männer: 59.1%, Frauen: 42.0%) und Ost- und Südosteuropa (Männer: 55.9%, Frauen: 32.9%) ein höherer Anteil zu verzeichnen. Mit zunehmendem Alter vergrössert sich die Differenz zu der Schweizer Bevölkerung zunehmend.²⁹⁹



19 Psychische Gesundheit

19.1 Hintergrund

Begriffsklärung

Dieses Kapitel widmet sich der psychischen Gesundheit. Im aktuellen *Diagnostischen und Statistischen Leitfaden psychischer Störungen* (DSM-V) werden 374 psychische Störungsbilder aufgeführt. Nachfolgend werden die am häufigsten vorkommenden psychischen Krankheitsbilder behandelt, namentlich Depression, Angststörung und Suizid. Eine *Depression* ist eine psychische Erkrankung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann.

Angststörungen umfassen mit Angst verbundene psychische Erkrankungen, die durch exzessive, übertriebene Angstreaktionen mit oder ohne Vorliegen einer realen äusseren Bedrohung gekennzeichnet sind. Darunter fallen unter anderem Phobien, Panikattacke oder generalisierte Angst.

Suizid widerspiegelt die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens bezeichnet. Dem Suizid voran gehen in der Regel Suizidgedanken. Der hier referenzierte Suizid ist zu trennen von einem assistierten Suizid (Freitodbegleitung).

²⁹⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerpergewicht>, 21.8.2018.

²⁹⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/koerpergewicht>, 21.8.2018.

²⁹⁸ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 3.

²⁹⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS, S. 65.

Relevanz

Depression ist eine folgenschwere psychische Erkrankung. Gemäss WHO³⁰⁰ sollen depressive Störungen im Jahr 2020 den 2. Platz aller globalen Krankheitslasten einnehmen. Der Verlauf ist häufig wiederkehrend oder chronisch. *Suizid* ist der vierthäufigste Grund für frühzeitige Sterblichkeit und hat beträchtliche indirekte Folgen: Pro Suizid sind 4-6 Angehörige und Nahestehende betroffen.³⁰¹

19.2 Verbreitung

Allgemeine Verbreitung in der Schweiz

Über *psychische Probleme* oder psychische Belastung berichten 23% der Bevölkerung. 18% der Gesamtbevölkerung, d.h. fast jede 5. Person, berichtete im Jahr 2012 über psychische Störungen, wobei die Belastung bei 13% als mittelschwer und bei 5% der Personen als schwer zu bezeichnen ist. In der Schweiz sind rund 1.5 Millionen Menschen von affektiven Störungen wie Depression (N=507'576) oder Angststörungen (N=1'054'149) betroffen. An (mittel-)schweren *Depressionssymptomen* erkrankt sind 6.5% der Schweizer Bevölkerung.³⁰²

Suizide gab es gemäss der aktuellsten Todesursachenstatistik für das Jahr 2015 insgesamt 1071 Suizide machen ca. 1.5% aller Todesfälle aus.³⁰³ Mit täglich durchschnittlich 2-3 Suiziden gehört die Schweiz innerhalb von Europa zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate.³⁰⁴

Geschlecht und Alter

Frauen geben häufiger an, eine mittlere oder hohe psychische Belastung zu empfinden (20.7%) als Männer (15.1%). Auch leiden Frauen häufiger an einer mittleren oder schweren Depression (7.1%) als Männer (5.8%).³⁰⁵ Junge Menschen zwischen 15-34 Jahren sind häufiger von (mittel-)schweren *Depressionssymptomen* (9.4%) betroffen, als ältere Personen (35-49 Jahre: 6.8%; 50-64 Jahre: 5.1%, 65 Jahre und älter: 2.8%).³⁰⁶ Am häufigsten kommen mittlere bis schwere Depressionssymptome bei 15- bis 24-jährigen Frauen vor (13.3%).³⁰⁷

Die *Suizidrate* ist bei Männer dreimal höher (n= 792, 74%) als bei Frauen (n=279, 26%). Die Suizidrate nimmt mit dem Alter zu und ist bei Menschen über 80 Jahre am grössten. Obschon Suizide im Jugendalter weniger häufig vorkommen, stellt sie bei jungen Menschen die zweithäufigste Todesursache dar.³⁰⁸

Individuelle Risikofaktoren – Schutzfaktoren

Depressionen kommen vermehrt bei Alleinlebenden, Alleinerziehenden und Erwerbslosen vor. *Suizide* gehen häufig mit Depressivität oder einer belasteten psychischen Gesundheit einher. Wichtige *Schutzfaktoren*, welche psychische Belastungen vorbeugen können, sind unterstützende soziale Kontakte und ausreichende finanzielle Ressourcen. Personen mit einem

³⁰⁰ WHO = World Health Organisation, dt. Weltgesundheitsorganisation.

³⁰¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, 26.7.2018.

³⁰² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018

³⁰³ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742835.html>, 21.8.2018.

³⁰⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, 26.7.2018.

³⁰⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 22.

³⁰⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

³⁰⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS, S. 23.

³⁰⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html#par_text, 21.8.2018.

kleinen sozialen Netzwerk (< 5 Personen) geben häufiger mittelschwere bis schwere Depressionssymptome an (19%) als solche mit mindestens 5 nahestehenden Personen (5.2%).³⁰⁹ Betagte Frauen sind von sozialer Isolation und dem Gefühl der Einsamkeit besonders betroffen. Im Jahr 2010 lebten in der Schweiz 62.5% aller Frauen älter als 75 Jahre alleine (ohne einen Lebenspartner und in einem Einpersonenhaushalt). Bei den gleichaltrigen Männern betrug dieser Anteil lediglich 16.1%.³¹⁰

19.3 Soziale Determinanten Bildungsstand, Einkommen, Migrationshintergrund

Bildungsstand

Es finden sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau und dem Vorkommen (*mittel-*)schwerer Depressionssymptome: Insgesamt ist der Anteil betroffener Personen mit lediglich einem obligatorischen Schulabschluss (9.7%) doppelt so gross wie der Anteil Betroffener mit einem Tertiärabschluss (4.7%). Der bildungsniveauabhängige Unterschied ist bei Männern und Frauen sehr deutlich (Männer: 8.6% vs. 3.9%; Frauen: 10.5% vs. 5.9%). In der Kategorie der 30-bis 64-Jährigen berichten Personen mit einem tiefen Bildungsniveau deutlich häufiger über starke Depressionen (13%) als Personen mit einem mittleren (5.5%) oder höheren Bildungsniveau (2.6%).³¹¹

Einkommen

Von (*mittel-*)schweren Depressionssymptomen deutlich häufiger betroffen sind Personen der einkommensschwächsten Personengruppe³¹² (9.4%) im Vergleich zu Personen der einkommensstärksten Personengruppe³¹³ (4.2%). Der einkommensabhängige Unterschied ist bei Männern und Frauen vergleichbar (Männer: 9% vs. 4.3%; Frauen: 9.8% vs. 4.2%).³¹⁴

Migrationshintergrund

Zugewanderte Personen sind etwas häufiger stark oder mittelstark von Depressionssymptomen Betroffen (8.9%) als Schweizerinnen und Schweizer (5.8%).³¹⁵ Das häufigere Vorkommen von depressiven Symptomen bei der ausländischen Bevölkerung scheint zumindest zu einem gewissen Teil auch in Abhängigkeit deren Bildungsstands zu sein.³¹⁶ Hospitalisierungen aufgrund affektiver Störungen (wie Depression) sind häufiger bei Männern aus dem Nahen Osten (5%; CH: 2.1%) und bei Frauen aus dem Nahen Osten (5.2%; CH: 3.3%) als bei der Schweizer Bevölkerung anzutreffen.³¹⁷ Die Anzahl Selbsttötungen im Jahr 2015 war bei Schweizern (n=678) und Schweizerinnen (n=242) deutlich höher als bei Männern (n=114) und Frauen (n=37) ausländischer Staatsangehörigkeit.³¹⁸ Jedoch sind diese Zahlen auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gruppengrössen der verglichenen Population zu betrachten (Ausländeranteil im Jahre 2015: 24.6%, N= 2'048'667).³¹⁹

³⁰⁹ Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN, S. 38ff.

³¹⁰ Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (OBSAN Dossier 27). Neuchâtel: OBSAN, S. 44.

³¹¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

³¹² Monatseinkommen bis CHF 2'857.

³¹³ Monatseinkommen ab CHF 5'333.

³¹⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>, 21.8.2018.

³¹⁵ Moreau-Gruet, Florence (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Arbeitspapier 2. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 30.

³¹⁶ Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistler-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN, S. 41.

³¹⁷ Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (OBSAN Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN, S. 2.

³¹⁸ Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742883.html>, 21.8.2018.

³¹⁹ Bundesamt für Statistik BFS (2016): Die Bevölkerung in der Schweiz 2015. Neuchâtel: BFS, S. 6.

20 Quellen

- Adamson, Simon; Sellman, Douglas (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22, S. 309-315.
- Archimi, Aurélie et al. (2016). Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et status pondéral chez les élèves de 11 à 15 an en Suisse. Lausanne: Addiction Suisse.
- Avenando, Mauricio et al. (2006). Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37, 1368-73.
- B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung in Zusammenarbeit mit Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Vgl. https://www.bss-basel.ch/images/stories/bss-basel/downloads/BSS.-Studie_Wahlfranchisen.pdf, 6.7.2018.
- Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (OBSAN Dossier 27). Neuchâtel: OBSAN.
- Baer, Niklas; Schuler, Daniela; Füglistner-Dousse, Sylvie; Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (OBSAN Bericht 56). Neuchâtel: OBSAN.
- BAG; GDK; GFCH (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Massnahmenplan. Bern, S. 16; Mielck, Andreas (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber, S. 8; Rathmann, Katharina; Richter, Matthias (2016). Gesundheitliche Ungleichheit - eine theoretische und empirische Einführung. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (S. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.
- Bauer, F. Georg; Huber, A. Carola; Jenny, J. Gregor; Müller, Frithjof; Hämmig, Oliver (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54, S. 23-30.
- Boes, Stefan; Kaufmann, Cornel; Marti, Joachim (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: OBSAN. Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). Faktenblatt. Tabakkonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Chancengleichheit und Gesundheit, Zahlen und Fakten für die Schweiz (3. Auflage, September 2018). Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten/krebserkrankungen-schweiz.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/chronische-atemwegserkrankungen.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Sport BASPO (2013). Gesundheitswirksame Bewegung, Empfehlungen für die Schweiz. Vgl. <https://www.baspo.admin.ch/de/sportfoerderung/breitensport/gesundheit/bewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-884>, 24.7.2018.

- Bundesamt für Statistik BFS (2014). SGB 2012. Körperliche Inaktivität in der Freizeit in der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Neuchâtel: BFS. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/koerperliche-inaktivitaet.assetdetail.300883.html>, 16.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2015). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html>, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016): Die Bevölkerung in der Schweiz 2015. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (1992/202/2012). SGB 1992, SGB 2002, SGB 2012. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2010). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/300806/master>, 20.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leitline-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html, 24.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). SGB 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2013). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/migrationsbevoelkerung.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Bewegung und Gesundheit, BFS Aktuell. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>, 24.8.18.
- Bundesamt für Statistik BFS (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). BFS Aktuell, 14 Gesundheit. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Gesundheit. Taschenstatistik 2017. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Integrationsindikatoren resp. Bericht „Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund“, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html>, S. 63f.

- Bundesamt für Statistik BFS (2014). Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Krebsepidemiologie 2014, Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>, 26.7.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Statistik der Todesursachen TU 2014. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html#par_text, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742835.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.3742883.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren.html, S.63, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/alle-indikatoren/familie-demografie/lebenserwartung-gute-gesundheit.html>, 20.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikatoren/haushalte-bevoelkerung/internetnutzung.html>, 21.8.2018.
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Zahnärztliche Pflege: Entbehrung versus Verzicht. Erläuterung der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Erhebungen SILC und IHP. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>
- Camenzind, Paul; Wiedenmayer, Gabriele (2016). Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe (Obsan Bulletin 2/2016). Neuchâtel: OBSAN.
- CardioVascSuisse (2018). Vgl. <http://www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1744&L=0>, 26.7.2018.
- Caritas Schweiz (2014). Neues Handbuch Armut. Luzern: Caritas-Verlag.
- Chatelard, Sophia et al. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? Revue Médicale Suisse, 8, 1061-16.
- C-Surf Studie 2016/2017, n = 5987 Männer, Vgl. <http://www.c-surf.ch/de/1.html>, 20.8.2018.
- Diabetes Schweiz (2015). Vgl. <https://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures/>, 26.7.2018.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017. Bern: BAG und GDK.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2008). Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Vgl. http://www.chanvre-info.ch/info/de/IMG/pdf/Cannabis_EKDF_de.pdf, 26.7.2018.

- Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2015, Zahlen in den folgenden Tabellen des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3742148.html> und <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.3942034.html>
- Fischer, Adrian et al. (2010). Das Sportverhalten der Migrationsbevölkerung: Vertiefungsanalyse zu «Sport Kanton Zürich 2008» und «Sport Schweiz 2008». Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen und Fachstelle Sport.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2015/2016. Faktenblatt 20, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Geyer, Siegfried; Peter, Richard (2009). Soziale Faktoren und Krankheiten: Gesundheitliche Ungleichheit, Ungleichheiten in der Versorgung und die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Bericht zu Analysen mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Giles-Corti, Billie; Donovan, Robert J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity, *Social Science and Medicine*, 54, S. 1793-812.
- Gloor, Daniela; Meier, Hanna (2013). Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des BAG. Schinznach-Dorf: Social Insight GmbH.
- Gmel, Gerard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, Gerard; Marmet, Simon; Maffli, Etienne; Notari, Luca (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz, im Auftrag des BAG.
- Gordon-Larsen, Penny et al. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity, *Pediatrics*, 117, S. 417ff.
- Guessous, Idris (2012). Renoncement aux soins de santé des raisons économiques. Vgl. http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Renoncements_aux_soins_forum_ISS__22_mai_2012.pdf?ComponentId=kmelia1153&Source-File=1339150773135.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/, S. 25, 24.8.2018.
- Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration, Bern: BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND.
- Hagen, Knut et al. (2005). Low socioeconomic status is associated with cronic musculoskeletal complaints among 46'901 adults in Norway, *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, S. 268-275.
- Hahn, Peter; Kemptner, Daniel; Lüten, Holger (2017). The Rising Longevity Gap by Lifetime Earnings: Distributional Implications for the Pension System. Bonn: Institute of Labor Economics, 1-49.
- HBSC 2014. Ergänzende Berechnungen im März 2018 durch Sucht Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Unveröffentlichtes Dokument
- Henrickson, Mark; Fouché, Christa (2017). Vulnerability and marginality in human services. London: Routledge.
- Höpflinger, François (2017). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. Vgl. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>, 24.8.2018.

- Jeanrenaud, Claude; Widmer, Gaëlle; Pellegrini, Sonia (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales.
- Krebsliga Schweiz (2018). Vgl. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/brustkrebs/>, 24.7.2018.
- Krieger, Ralph; Graf, Maggie; Vanis, Margot (2017). Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Gerard. (2017). Le tabagisme chez les 15 à 25 ans en 2016 - Analyse des données 2016 du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse.
- Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian; Stamm, Hanspeter (2015): Sport Schweiz 2014: Factsheets Sportarten. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
- Lemmens, S. Jeroen; Valkenburg, M. Patti; Peter, Jochen (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescence, Media Psychology, 12, S. 77-95.
- Loukissa, Dimitra (2007). Under diagnosis of alcohol misuse in the older adult population. British journal of nursing, 16, S. 1254-8.
- Lüthy, Jürg; Hayer, Angelika; Jaquet, Muriel (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Lynch, John; Kaplan, Gordan A.; Salonen, Jukka T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. Social Science & Medicine, 44, S. 809.
- Marmet, Simon; Gmel, Gerard; Gmel, Gerrit; Frick, Hannah; Rehm, Jürgen (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marmet, Simon; Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Marmot, Michael (2006). Smoking and inequalities. The Lancet, 368, 341-342.
- Moreau-Gruet, Florence (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Arbeitspapier 2. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Moreau-Gruet, Florence (2016). Inégalités de santé en Suisse. Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Neuchâtel: OBSAN.
- Moreau-Gruet, Florence; Luyet, Stéphane (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/12). Neuchâtel: OBSAN.
- Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, Stand 2016, vgl. https://www.sportobs.ch/fileadmin/sportobs-dateien/Indikatoren_PDF/IND_1_3.pdf, S. 17, 28.8.2018.
- OECD (2018). Life expectancy at birth (indicator). Vgl. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, 20.8.2018.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) <https://www.OBSAN.admin.ch/fr/node/1510>, 24.7.2018.
- Oncosuisse (2011). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011 – 2015. Bern: Oncosuisse.
- Schweizerische Herzstiftung (2016). Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Ausgabe 2016. Ort: Herausgeber/Verlag, S. 31.

- Schweizerische Herzstiftung (2018). Vgl. <https://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/rauchen.html>, 23.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2018). Vgl. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>, 23.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2013). https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/OBSAN_dossier_26.pdf, 21.8.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vgl. https://www.OBSAN.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/OBSAN_dossier_56_3.pdf, 24.7.2018.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.
- Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter." Bern: Vgl. www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015), S. 14; und Stamm, Hanspeter; Lamprecht, Markus (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Suchtmonitoring Schweiz (2018). Vgl. <http://www.suchtmonitoring.ch/de/2.html>, 23.7.2018.
- Thrul, Johannes (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Trepte, Sabine; Reinecke, Leonard (2010). Unterhaltung online – Motive, Erleben, Effekte. In: Schweiger W., Beck K. (Herausgeber), Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weber, Dominik (2018). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: BAG, GDK und GFCH (Dokument in Arbeit).
- Wieser, Simon et al. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. The European Journal of Health Economics, 12, S. 455- 467.
- Wieser, Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG.
- Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki, Riguzzi, Marco, Fischer, Barbara, Telser, Harry, Pletscher, Mark, Eichler, Klaus, Trost, Melanie, Schwenkglenks, Matthias (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Winterthur: ZHAW. Im Auftrag des BAG.
- Willemse, Isabel; Waller, Gregor; Genner, Sarah; Suter, Lilian; Oppliger, Sabine; Huber, Anna-Lena; Süss, Daniel (2014). JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürich: ZHAW.
- World Health Organisation WHO (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Policy For Children And Adolescents, 7, S. 227ff.
- World Health Organisation WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation WHO (2018). Social determinants of health: Key concepts. Vgl. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, 21.8.2018.

Zhou, Feng; Montag, Christian; Sariyska, Rayana et al. (2017). Orbitofrontal gray matter deficits as marker of Internet gaming disorder: converging evidence from a cross-sectional and prospective longitudinal design, *Addiction Biology*, Advanced online publication.

Anhang

Verweise auf themenverwandte Dokumente

- **Broschüre:** Chancengleichheit und Gesundheit, Zahlen und Fakten für die Schweiz: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>, Bezugsquelle: www.bundespublikationen.admin.ch, BBL-Bestellnummer: 316.600.d
- **spectra Januar 2018:** <http://www.spectra-online.ch/de/footer/archiv/119-chancengleichheit-85-25.html>

Verweise auf themenverwandte Homepages

- **Bereich Psychische Gesundheit:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>
- **Bundesamt für Statistik (BFS):** www.bfs.admin.ch
- **Bundesamt für Gesundheit (BAG):** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- **Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit.html>
- **Diabetes:** <https://www.diabetesschweiz.ch>
- **Gesundheitsförderung Schweiz:** <https://gesundheitsfoerderung.ch>
- **Krebs:** <https://www.krebsliga.ch>; www.nicer.org/de
- **NCD-Strategie:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- **Nationale Strategie Sucht:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- **Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN):** <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>
- **Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB:** <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html>
- **SILC:** Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Bundesamt für Statistik: Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/quer-schnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leitline-3-sicherheit/verzicht-pflegeleistungen-finanzielle-gruende.assetdetail.350805.html>
- **Sucht Schweiz:** www.suchtschweiz.ch
- **Zahnärztliche Pflege:** <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.4442275.html>