

In der «Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums» publiziert der Verlag Hans Huber herausragende Ergebnisse der Arbeiten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

*Die Buchreihe wird herausgegeben von:* Paul Camenzind, Hélène Jaccard Ruedin, Katharina Meyer, Andrea Zumbrunn

## Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

*Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) und auf [www.nationalegesundheits.ch](http://www.nationalegesundheits.ch).*

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et qui reçoit un contrat de prestations de la Confédération et des cantons. L'Observatoire de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations consultez [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) et [www.nationalegesundheits.ch](http://www.nationalegesundheits.ch).

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter [www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com).

Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Katharina Meyer  
Herausgeberin

# Gesundheit in der Schweiz

Nationaler Gesundheitsbericht 2008

Verlag Hans Huber

Mitherausgeber: Ilona Kickbusch, Walter Weiss, Stefan Spycher

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Produktion: advocacy AG, Basel/Zürich  
Bearbeitung: KLARtext Kommunikation, Luzern  
Herstellung: Anna Colosio  
Gestaltung: Peter E. Wüthrich  
Umschlag: Atelier Mühlberg, Basel  
Druckvorstufe: Claudia Wild, Stuttgart  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten  
Printed in Germany

*Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek*

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin/Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 4500  
Fax: 0041 (0)31 300 4593  
[verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

1. Auflage 2009  
© 2009 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
ISBN 978-3-456-84626-2

# Inhalt

Geleitwort .....	11
Vorwort .....	13
Teil I	
<b>Allgemeines</b> .....	15
1. Einleitung .....	17
2. Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten .....	19
2.1 Ausgangslage .....	20
2.2 Welche sind die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten? .....	21
2.3 Sozioökonomische Determinanten sind für den Gesundheitsstatus bestimmend .....	26
2.4 Soziale und individuelle Ressourcen haben eine hohe Bedeutung für die Gesundheit .....	28
Teil II	
<b>Ein gesundes Leben</b> .....	35
3. Lebensanfang und Kindheit .....	37
3.1 Gesunder Lebensanfang – eine Investition in die Zukunft. ....	38
3.2 Massnahmen zur Verbesserung von Lebensbedingungen für Kinder .....	50
3.3 Bedarf an Forschung und Prävention für Kleinkinder und Kinder ist gross .....	53

4.	Jugendalter . . . . .	57
4.1	Gesundheit im Jugendalter: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstrends . . . . .	58
4.2	Gezielte Prävention. . . . .	62
4.3	Nichtspezifische Prävention und Gesundheitsförderung . . . . .	68
5.	Lebensmitte. . . . .	73
5.1	Allein erziehende Mütter und Gesundheit. . . . .	73
5.2	Migration und Gesundheit . . . . .	88
5.3	Ältere Erwerbstätige (50+) . . . . .	106
6.	Alter . . . . .	123
6.1	Demografische und epidemiologische Entwicklung. . . . .	124
6.2	Die sich wandelnden Gesundheitsdeterminanten – Lebensumwelten. . . . .	130
6.3	Alter, Leistung und Gesundheit in späteren Lebensjahren . . . . .	137
6.4	Politische Initiativen, Public-Health-Strategien und Forschungsmassnahmen. . . . .	138
	Synthese Teil II: Ein gesundes Leben . . . . .	147
 Teil III		
	<b>Beeinträchtigungen der Gesundheit . . . . .</b>	<b>151</b>
7.	Somatische Krankheiten und deren Folgen. . . . .	153
7.1	Herz-Kreislauf-Krankheiten (Koronare Herzerkrankung und Hirnschlag) . . . . .	153
7.2	Krebserkrankungen . . . . .	170
8.	Bedrohungen durch aufkommende Infektionen . . . . .	195
8.1.	Die Infektionsquellen in und um uns herum sind vielfältig – welche Risiken bergen sie?. . . . .	196
8.2	Anstösse zur Reduktion des Risikopotenzials. . . . .	204
9.	Psychische Gesundheitsprobleme. . . . .	211
9.1	Psychische Gesundheit und Krankheit . . . . .	212
9.2	Häufigkeit psychischer Erkrankungen. . . . .	213
9.3	Folgen psychischer Störungen. . . . .	220

9.4	Versorgung und Gesundheitspolitik . . . . .	226
9.5	Einzelaktivitäten benötigen Steuerung und Förderung . . . . .	227
10.	Unfälle und gesellschaftliche Folgen . . . . .	231
10.1	Keine Entwarnung im Unfallgeschehen . . . . .	231
10.2	Verkehrsunfälle sind kein Schicksal, sondern sie können verhindert werden . . . . .	233
10.3	Beim Sport verletzen sich viele . . . . .	236
10.4	Unfälle in Haus und Freizeit werden unterschätzt . . . . .	239
10.5	Effiziente Rettung und Akutversorgung entscheiden über langfristige Folgen . . . . .	239
10.6	Forschung muss gestärkt werden . . . . .	240
10.7	Unfälle führen zu menschlichem Leid und hohen volkswirtschaftlichen Kosten . . . . .	241
10.8	Die Unfallprävention kann nur Schritt halten, wenn entschieden gehandelt wird . . . . .	243
	Synthese Teil III: Beeinträchtigungen der Gesundheit . . . . .	247
	Teil IV	
	<b>Grundlegende Gesundheitsdeterminanten.</b> . . . . .	251
11.	Bildung als Gesundheitsressource . . . . .	253
11.1.	Bildung als Ressource für ein gesundes Leben. . . . .	254
11.2	Verbesserung der Bildung in der Schweiz: Politikinitiativen, Public-Health-Strategien und Massnahmen . . . . .	262
11.3	Bedeutung der Ergebnisse für das Schweizerische Bildungswesen. . . . .	265
12.	Umwelt als Gesundheitsressource . . . . .	269
12.1	Die Umwelt als Determinante für Gesundheit und Krankheit . . .	270
12.2	Geplante und bestehende Initiativen und Massnahmen zur Verbesserung der Umwelt . . . . .	276
12.3	Trotz grosser Fortschritte sind weitere Massnahmen notwendig. . . . .	280
	Synthese Teil IV: Bildung und Umwelt als grundlegende Gesundheitsdeterminanten. . . . .	285

## Teil V

<b>Das Versorgungssystem</b> .....	289
13. Ressourcen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen .....	293
13.1 Prävention und Gesundheitsförderung .....	295
13.2 Akute ambulante Behandlungen .....	298
13.3 Stationäre Akutmedizin und Rehabilitation .....	302
13.4 Langzeitpflege .....	305
13.5 Informelle Hilfe .....	307
13.6 Qualität der Krankenversorgung .....	307
13.7 Zugang zur Krankenversorgung .....	309
14. Kosten, Finanzierung, Effizienz und Solidarität .....	313
14.1 Kosten .....	314
14.2 Finanzierung .....	317
14.3 Effizienz .....	321
14.4 Solidarität .....	323
15. Die wichtigsten Herausforderungen in den kommenden Jahren .....	325
15.1 Steuerung der Versorgung im Föderalismus .....	327
15.2 Demografische und gesellschaftliche Veränderungen .....	329
15.3 Veränderung der Gesundheitsberufe .....	330
15.4 Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung .....	331
15.5 Die Herausforderungen im Spiegel der Politik .....	332
Synthese Teil V: Das Versorgungssystem .....	337

## Teil VI

<b>Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik</b> ..	341
Wissenschaftliche Gesamtsynthese .....	343
Von der Wissenschaft in die Politik .....	347
Der neue gesundheitspolitische Ansatz .....	349
Fazit .....	354



Glossar . . . . .	357
Abkürzungsverzeichnis . . . . .	367
Autorenverzeichnis . . . . .	371



# Geleitwort

Seit Jahren steht das Gesundheitswesen in der Schweiz vor zahlreichen, grossen Herausforderungen. Dazu gehören die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme übergewichtiger Menschen mit assoziierten gesundheitlichen Problemen, die Bedrohung durch neuauftretende Infektionskrankheiten oder steigende Gesundheitskosten.

Gleichzeitig wird immer deutlicher, dass diese Herausforderungen nicht mit einfachen Massnahmen zu meistern sind. Wir haben es bei der Gesundheit der Bevölkerung mit einem komplexen System zu tun, das vielen Einflussfaktoren unterliegt, die sich gegenseitig beeinflussen.

Es ist daher für Forschung, Politik und andere Akteure im Gesundheitswesen notwendig, sich regelmässig einen Überblick zu verschaffen und den Standort zu bestimmen. Dies war ein Grund, weshalb Bund und Kantone dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium den Auftrag erteilt haben, einen nationalen Gesundheitsbericht zu verfassen. Genau 15 Jahre nach dem Bericht «Gesundheit in der Schweiz», erscheint mit diesem Buch die neueste Bestandesaufnahme. Sie beschreibt die Gesundheit der Bevölkerung, gesellschaftliche Bedingungen und Verhaltensweisen in der Bevölkerung, welche die Gesundheit beeinflussen, und beleuchtet das Versorgungssystem.

Der Nationale Gesundheitsbericht zeigt, dass es um die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung im Allgemeinen gut bestellt ist, dass aber gewisse Gruppen – etwa allein Erziehende, schlecht Ausgebildete oder Migrantinnen und Migranten – weniger von dieser guten Gesundheit profitieren können. Das Modell der Gesundheitsdeterminanten, welches in diesem Gesundheitsbericht erstmals umfassend verfolgt wird, ermöglicht das Erkennen von Zusammenhängen, die zu solchen Ungleichheiten führen.

Der Bericht verweist auf bestehende Politikansätze und Strategien und soll dazu beitragen, die Prioritäten gesundheitspolitischer Massnahmen diskutieren und festlegen zu können. Dementsprechend richtet sich der Gesundheitsbericht an ein breites Publikum, das von Vertretern der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsbehörden, der Gesundheitsversorgung und -forschung bis hin zu nicht-staatlichen Organisationen reicht. Wir hoffen, dass dieser Bericht neue Impulse gibt,

um den Dialog über die Gesundheit in der Schweiz voranzubringen: damit wir den grossen Herausforderungen der Zukunft erfolgreich begegnen können.

Bundesrat Pascal Couchepin  
Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern

Staatsrat Pierre-Yves Maillard  
Präsident der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

# Vorwort

Die Aufgabe eines Gesundheitsberichts ist es, den Zustand und den Verlauf der Gesundheit einer Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen aufzuzeigen, deren Lebensbedingungen und Verhaltensweisen zu beschreiben und diese Informationen der Politik als Entscheidungshilfe zur Verfügung zu stellen. Viele Jahre lang setzten gesundheitspolitische Entscheidungen und Präventionsmassnahmen bei der verhaltensbedingten Verursachung von Krankheiten an – und stiessen damit an Grenzen. In den letzten Jahren wurde immer deutlicher, dass sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen sowie soziokulturelle Faktoren wie Geschlecht, ethnische Herkunft und gesellschaftlicher Status den grössten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Mit den unterschiedlichen sozialen Lebensbedingungen sind entsprechend verschiedenartige Lebensstile und Gesundheitsressourcen verbunden; diese können die Gesundheit im Lebensverlauf einerseits stärken und erhalten, andererseits aber auch schwächen.

Ein Gesundheitsbericht, der auf die Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtet ist, muss heute das komplexe Zusammenwirken von sozialen Bestimmungsfaktoren und Gesundheit oder Krankheit herausarbeiten. Die Schweiz ist eines der ersten Länder in Europa, die mit dem vorliegenden Bericht «Gesundheit in der Schweiz 2008» diesen neuen Ansatz der Gesundheitsdeterminanten aufgreift und damit verdeutlicht, dass die Gesundheit in allen Bereichen der Gesellschaft eine Rolle spielt. Dementsprechend verweist er darauf, dass Gesundheitspolitik eine Aufgabe aller Politikbereiche ist. Der Gesundheitsbericht wendet sich daher nicht allein an Akteure im Gesundheitsbereich, sondern an eine breite Leserschaft, die in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen der Schweiz zu finden ist.

Die Kapitel des vorliegenden Gesundheitsberichts wurden von ausgewiesenen Expertinnen und Experten der Schweiz verfasst. Der gesamten Autorenschaft sei für ihren wertvollen Beitrag bei der Entstehung des Gesundheitsberichts herzlich gedankt. Zu Dank verpflichtet sind wir auch Prof. Ursula Ackermann-Liebrich (Swiss School of Public Health, Zürich) und Prof. Thomas Abel (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern) für ihre Expertisen bei der Erstellung der Synthesen. Dank gilt auch Prof. Peter C. Meyer (ehemaliger Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums) für seinen Beitrag zur Initiierung des Berichtes.

Jedes Manuskript durchlief ein externes Gutachten von zwei bis drei Reviewerinnen und Reviewern aus universitären Instituten, kantonalen Gesundheitsbehörden und Nicht-Regierungs-Organisationen. Allen 42 Mitwirkenden gilt ein aufrichtiges Dankeschön. Ihre wertvollen Kritiken und Anregungen haben wesentlich zur hohen Qualität des vorliegenden Gesundheitsberichts beigetragen.

Überdies wurde das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen, Deutschland, das jahrelange Erfahrung mit umfassender Gesundheitsberichterstattung aufweist, um eine Beurteilung der thematischen Kapitel gebeten. Wir danken Dr. Helmut Brand und Dr. Gerhard Murza für ihre kritischen Stellungnahmen, die nicht zuletzt auch aus dem Blickwinkel der europäischen Gesundheitsberichterstattung erfolgten.

Grosser Dank geht auch an die Begleitgruppe des Berichts – namentlich an Prof. Ursula Ackermann-Liebrich (Swiss School of Public Health, Zürich), Günter Ackermann (Gesundheitsförderung Schweiz, Bern), Dr. Ignazio Cassis und Markus Kaufmann (Public Health Schweiz, Bern), Semya Ayoubi (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Bern), Marlène Läubli und Ursula Ulrich (Bundesamt für Gesundheit, Bern) sowie Dr. Joseph Weiss (SECO, Zürich) – für ihre engagierte Unterstützung und Begleitung bei der Entstehung des Gesundheitsberichts.

Katharina Meyer

Ilona Kickbusch, Walter Weiss, Stefan Spycher

Teil I

# Allgemeines





# 1 Einleitung

Katharina Meyer

Die Herausforderung, einen modernen Gesundheitsbericht zu verfassen, liegt in der Komplexität der Aufgabe: Es gilt nicht nur den Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung zu beschreiben. Vielmehr muss auch untersucht und aufgezeigt werden, welche gesellschaftlichen Faktoren und individuellen Verhaltensweisen mit Gesundheit in Zusammenhang stehen. So sind beispielsweise soziale Einflussfaktoren, wie die Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen, die ökonomische und soziale Sicherheit, die Bedingungen während der Kindheit und Jugend sowie die Arbeitsbedingungen, ebenso zu berücksichtigen wie die Umwelt und deren Produkte oder unterschiedliche Lebensstile in der Bevölkerung, zum Beispiel in Bezug auf die Ernährung, die Bewegung oder das Hygieneverhalten bei übertragbaren Krankheiten. Alle diese Faktoren wirken sich auf die Gesundheit des Individuums wie auch auf seine Gesundheitsressourcen und seine Gesundheitskompetenz aus. Ausserdem ist die Art der Gesundheitsversorgung gesundheitsrelevant. Die Verknüpfung unterschiedlicher Komponenten der Versorgung, wie die Gesundheitsförderung und die Prävention, die Therapie und die Rehabilitation, ist zu beachten, vor allem in Anbetracht der Zunahme chronischer Krankheiten und im Rahmen des Disease Managements.

Die Komplexität der Zusammenhänge lässt erkennen, dass die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung nicht nur über das Gesundheitswesen allein zu fördern ist, sondern die verschiedensten Gesellschafts- und Politikbereiche des Landes mit einzubeziehen sind. Der Grundsatz einer multisektoralen Gesundheitspolitik («Health in all Policies») wird denn auch seit geraumer Zeit bei Bund und Kantonen propagiert. Diese Ausgangssituation hat dazu geführt, dass die so genannten Gesundheitsdeterminanten, die sich aus den Lebensbedingungen und der Lebensweise von Bevölkerungsgruppen ergeben, ins Zentrum der Beschreibung von Gesundheit und Krankheit gerückt wurden. Der Vorteil dieses Ansatzes ist es,

multisektorale Handlungsansätze und Massnahmen aufzeigen zu können, die über die Veränderung der Lebensbedingungen und assoziierter Verhaltensweisen die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Da aber in der Schweiz die statistischen Grundlagen teilweise lückenhaft und verbesserungswürdig sind, lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen an die Gesellschafts- und Politikbereiche eingeschränkt ableiten.

Der vorliegende Bericht «Gesundheit in der Schweiz 2008» beschreibt in fünf Hauptkapiteln zukunftsrelevante Themen der Schweizer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik:

- Hauptkapitel I führt in das Konzept der Gesundheitsdeterminanten ein.
- Hauptkapitel II befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung in verschiedenen Lebensphasen und unter prekären Lebensbedingungen.
- Hauptkapitel III bietet eine Übersicht zu chronischen Krankheiten und Unfällen.
- Hauptkapitel IV diskutiert die grundlegenden Gesundheitsdeterminanten «Bildung» und «Umwelt».
- Hauptkapitel V informiert über die Inanspruchnahme, die Kosten und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.
- Die abschliessende Gesamtsynthese beschreibt Wege zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik.

Jedes dieser Hauptkapitel besteht aus mehreren thematischen Kapiteln, deren wichtigste Botschaften jeweils durch eine Synthese zusammengefasst werden. Abschliessend präsentiert der Bericht eine wissenschaftliche Gesamtsynthese, die nochmals die Wichtigkeit der Strategie «Gesundheit in allen Gesellschafts- und Politikbereichen» verdeutlicht. Damit will der Nationale Gesundheitsbericht auch eine Brücke von der Wissenschaft zur Politik schlagen und einen Beitrag zu aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen leisten.

# 2

## Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten

Ilona Kickbusch, Graduate Institute of International and Development Studies, Genf und Katrin Engelhardt, IBE, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Die Determinanten von Gesundheit sind jene Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Zusammenfassen lassen sich diese Faktoren in drei grosse Bereiche: sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse, Lebensweisen und Lebensstile, individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbfaktoren. Nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern auch die gesundheitliche Lage ganzer Bevölkerungen wird massgeblich durch die sozialen Bedingungen, in denen die Menschen arbeiten und leben, bestimmt. Diese Bedingungen werden als die sozialen Determinanten der Gesundheit bezeichnet. Wichtig ist es zu betonen, dass es sich hierbei nicht nur um den Zusammenhang von Gesundheit und sozialen Ungleichheiten handelt, sondern auch um andere Faktoren des sozialen Umfelds, die nur teilweise auf die Sozialstruktur zurückzuführen sind, wie zum Beispiel das Eingebundensein in sozialen Netzwerken. So hat in den letzten Jahren auch die Forschung gesund erhaltender (salutogener) Faktoren wie auch die Resilienzforschung zugenommen.

Gesundheitsdeterminanten sind in einer Vielfalt gesellschaftlicher Strukturen, Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten verankert und beeinflussen sich gegenseitig, sodass bestimmte Muster der Interaktion von Risikofaktoren und Risikobedingungen – aber auch von Schutzfaktoren – entstehen. Dies wird zunehmend durch wissenschaftliche Erkenntnisse belegt. Gesundheitsdeterminanten rücken vermehrt in den Mittelpunkt der Public-Health-Forschung und damit auch in die Gesundheitsberichterstattung. Besonders hervor gehoben werden Faktoren wie Armut, Bildung, frühkindliche Entwicklung, psychosoziale Aspekte, Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit sowie Geschlechtszugehörigkeit (Gender) und Alter in ihrer sozialen Dimension. Die Forschungsergebnisse zu den sozialen Determinanten von Gesundheit liefern die Grundlage für die Ansätze zur Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention sowie für die Thematisierung von Gesundheit in vielen Politikbereichen. Sie sind auch wichtiger Bestandteil der sich entwickelnden Ansätze zur Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche.

## 2.1

**Ausgangslage**

Unser Gesundheitsstatus wird von einer Vielzahl von Schutz- und Belastungsfaktoren, den so genannten Gesundheitsdeterminanten, beeinflusst. Sie lassen sich auf vielfältige Weise darstellen. Die jeweilige Balance zwischen biologischen, individuellen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Faktoren wird von verschiedenen Erklärungsansätzen unterschiedlich gewichtet. Wir können derzeit zwei grosse Forschungsausrichtungen festhalten: zum einen die intensiviertere Suche nach genetischen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit in der medizinischen Forschung, zum andern das Bestreben, ein besseres Verständnis für das komplexe Zusammenwirken der sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit zu erlangen. Für einen auf die Gesundheit der Bevölkerung ausgerichteten Gesundheitsbericht sind die sozialepidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse von besonderer Bedeutung, da sie von allen Faktoren den grössten Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung haben. Hier hat sich ein neues Erkenntnisinteresse mit hoher Politikrelevanz herausgebildet, das der vorliegende Bericht aufzugreifen versucht.

Über viele Jahre hinweg hat die Beschäftigung mit der verhaltensbedingten Verursachung von Krankheit im Vordergrund der Epidemiologie gestanden. Man war bestrebt, die Ursachenkette zwischen individuellen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen – wie Rauchen – und bestimmten Krankheitsbildern – wie Lungenkrebs – herzustellen. Es wurde jedoch zunehmend deutlich, dass dieser Erklärungsansatz allein nicht ausreicht, um die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft zu fassen. Es galt – nicht zuletzt um wirksame Präventionsansätze zu entwickeln –, ein besseres Verständnis der Vielzahl der Einflussfaktoren und ihrer jeweiligen Bedeutung zu erlangen. Mit unterschiedlichen Forschungsansätzen wird nun zum einen versucht, ein besseres Verständnis für das Zusammenwirken von sozioökonomischen Faktoren – meist gemessen als Bildung, Beruf und Einkommen – und dem Gesundheitsstatus zu erhalten und besonders die schichtspezifischen Unterschiede besser zu erfassen. Zum andern gelangen soziokulturelle Faktoren – wie Gender, ethnische Herkunft und Status – aber auch unterschiedliche Lebensstile zunehmend ins Blickfeld. Schliesslich gewinnt die Untersuchung der sowohl individuellen wie auch sozialen Faktoren und Ressourcen, die im Lebensverlauf die Gesundheit stärken und erhalten, an Bedeutung. Derartige Modelle berechnen, dass das medizinische Versorgungssystem mit ca. 10 bis 40 % zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung beiträgt.

Das wiedererwachte Interesse besonders an den sozialen Gesundheitsdeterminanten spiegelt die Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts wider. Die Dynamik der modernen Gesellschaft, die

durch Globalisierung, Individualisierung und Differenzierung geprägt wird, zieht neue gesundheitsbezogene Herausforderungen nach sich, trotz stark verbesserter Lebensbedingungen und immenser Fortschritte der Medizin. Die Beschleunigung unseres Lebens, die neu strukturierte Arbeitswelt, die Veränderung unserer sozialen Beziehungen, die Veränderung unserer physischen Umwelt, unsere Ess- und Bewegungsgewohnheiten, die neuen sozialen Ungleichheiten, sie alle sind Teil eines veränderten Musters von Gesundheitsdeterminanten, das die Gesundheitsforschung besser zu erfassen versucht. Die rapide Zunahme von chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes oder Adipositas, und die Zunahme von psychischen Erkrankungen, aber auch ihrer ungleichen Verteilung in der Bevölkerung, sind hier von besonderer Bedeutung. Mit der demografischen Veränderung und der zunehmenden Lebenserwartung steigt auch das Interesse daran, jene Faktoren besser zu verstehen, die – auf den ganzen Lebenslauf bezogen – ein gesundes Altern ermöglichen, sodass eventuelle Schutzfaktoren für die grossen Alterskrankheiten, wie zum Beispiel Demenz, identifiziert werden können.

Das heisst, es wird in der epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung versucht, sowohl die gesundheitsförderlichen wie auch die gesundheitsbelastenden Faktoren besser zu erfassen und sie in Bezug zu Lebenslauf und Verteilung von Gesundheitschancen zu setzen. Das ist von hoher gesundheitspolitischer Relevanz, denn die auf Prävention ausgerichteten Interventionen der letzten zwanzig Jahre haben immer wieder deutlich gezeigt, dass ein Ansatz, der sich nur auf die Veränderung des individuellen Verhaltens beschränkt, an klare Grenzen stösst.

## 2.2

### **Welche sind die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten?**

#### 2.2.1

##### **Die Entwicklung der Diskussion**

Die Diskussion über die Gesundheitsdeterminanten ist nicht neu. Schon die Sozialmediziner und Public-Health-Pioniere des 18. und 19. Jahrhunderts haben immer wieder auf die sozialen und ökonomischen Ursachen von Gesundheit und Krankheit hingewiesen. Bis heute wirkt das bekannte Zitat des Mediziners Rudolf Virchow nach: «Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und Politik ist nichts weiter als Medizin im Grossen.» Die historische Public-Health-Forschung zeigt deutlich, dass die grossen Gewinne in der Lebenserwartung im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert auf die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Bildung, der Ernährung und der Hygiene sowie auf die Einführung von

strukturellen Public-Health-Massnahmen, wie zum Beispiel der Trink- und Abwasserversorgung, zurückzuführen sind. Die grossen medizinischen Fortschritte und der historisch gewaltige Ausbau der medizinischen Versorgung im Verlauf des 20. Jahrhunderts haben diese Errungenschaften jedoch im Allgemeinen und auch im politischen Bewusstsein in den Hintergrund treten lassen. Diese beiden Entwicklungen – die Sicherung der Gesundheit durch verbesserte Bedingungen im 19. Jahrhundert und das Schaffen des breiten Zugangs zur medizinischen Versorgung im Verlauf des 20. Jahrhunderts – werden als zwei zentrale Gesundheitsrevolutionen bezeichnet, welche die Lebenserwartung, den Lebensstandard und die Produktivität unserer modernen Gesellschaft geprägt haben.

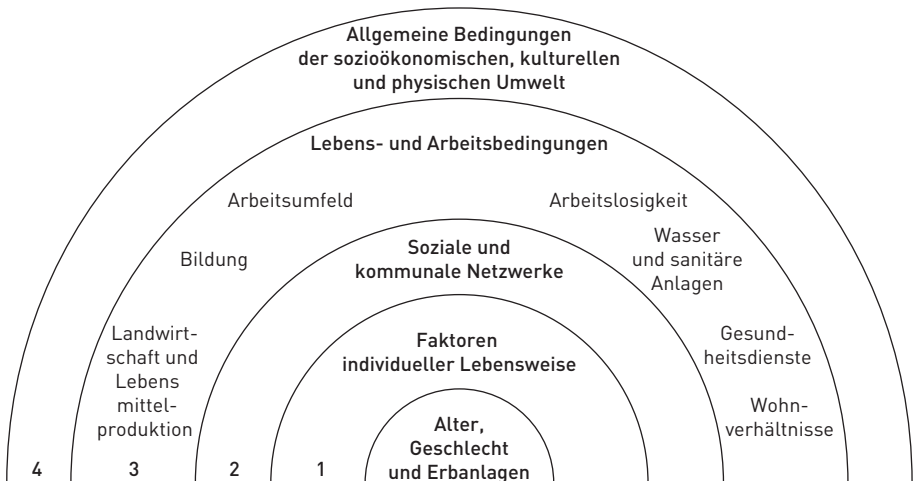
Die Besorgnis über die Zunahme der Kosten für das Gesundheitssystem, bei gleichzeitiger Zunahme der chronischen Erkrankungen, führte in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts zur kritischen Hinterfragung der Prämissen der Gesundheitspolitik. Der 1974 vorgelegte Bericht des kanadischen Gesundheitsministers Marc Lalonde wies als erstes Politikpapier wieder darauf hin, dass die Gesundheit einer Bevölkerung nur teilweise von der medizinischen Versorgung abhängig sei. Das darin entwickelte Vier-Faktoren-Modell (*health field concept*) hatte ausserordentlichen Einfluss auf die internationale Gesundheitsdiskussion und legte den Grundstein nicht nur für eine neue Ausrichtung der Gesundheitsforschung, die dem Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsdeterminanten neue Aufmerksamkeit schenkte, sondern auch für mehr gesundheitspolitisches Interesse an der Prävention und Gesundheitsförderung. Kanadische Wissenschaftler lieferten ein einflussreiches Erklärungsmodell, welches das Zusammenwirken von genetischen Faktoren, individuellem Gesundheitsstatus und Verhaltensweisen, der physischen und sozialen Umwelt und der medizinischen Versorgung aufzeigte und in Bezug zur wirtschaftlichen Entwicklung setzte. Die provokante Frage «Warum sind manche Menschen gesund und andere nicht?», die von diesem Forschungsprojekt gestellt wurde, war der Anfang nicht nur einer bedeutenden sozialepidemiologischen Forschungsrichtung – im Englischen *population health* genannt –, sondern auch einer makroökonomisch ausgerichteten Gesundheitsökonomie, die sich mit den Investitionen für die Gesundheit beschäftigte. Denn wenn nicht medizinische Faktoren für die Gesundheit einer Bevölkerung so bedeutsam waren, so galt es, verstärkt in diese zu investieren, also beispielsweise in soziale Lebensumstände, in Arbeitsmarktpolitik, in Bildung oder eine frühkindliche Entwicklung.

## 2.2.2

**Die wichtigsten Determinanten**

Im Verlauf der letzten zwanzig Jahre wurde das Konzept der Gesundheitsdeterminanten auf vielfältige Weise weiterentwickelt. Das wohl am häufigsten verwendete Schaubild von Dahlgren und Whitehead (siehe Abb. 1) bringt die verschiedenen Determinanten mit unterschiedlichen Einflussebenen zusammen.

Das Schaubild verdeutlicht zugleich die wichtigsten Herausforderungen der Forschung hinsichtlich der Gesundheitsdeterminanten: Wie wirken die einzelnen Faktoren und Ebenen zusammen? Wie soll man sie gewichten? Wie wirken sie beim Individuum, wie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene? Wie entwickeln sie sich im Zeitverlauf? Welche Muster von Belastungen und Ressourcen sind prägend? Wie verändern sich die Determinanten? Wirken sie über die Generation hinweg? Diesen Fragen wird derzeit in einer Vielzahl von Forschungsprojekten weltweit nachgegangen. Ein deutliches Zeichen für die Bedeutung dieser Entwicklung setzt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit (CSDH) eingesetzt hat, um den derzeitigen Stand der Forschung zusammenzufassen und daraus gesundheitspolitische Handlungsansätze abzuleiten. Sie wird ihren Bericht 2008 vorlegen.



Quelle: Dahlgren G., Whitehead M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies.

**Abbildung 1:** Hauptdeterminanten der Gesundheit

**Tabelle 1:** Soziale Gesundheitsdeterminanten

Einkommen und sozialer Status
Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
Bildung und Ausbildung
Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen
Soziale Lebensumwelt
Physische Lebensumwelt
Persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien
Gesunde frühkindliche Entwicklung
Gender
Kulturelles Umfeld

In **Tabelle 1** sind jene sozialen Gesundheitsdeterminanten aufgelistet, welche die Forschung als besonders wichtig erachtet und die auch zunehmend Eingang in die Gesundheitspolitik finden. Die Liste macht deutlich, dass diese Determinanten sich jeweils positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken können: Ihr Mangel kann zur Gesundheitsbelastung werden (z. B. mangelnde soziale Unterstützung), ihr Vorhandensein kann eine wichtige Gesundheitsressource sein (z. B. ein guter Bildungsstand). Die Forschung zeigt auch auf, dass sowohl strukturelle (z. B. Wohn- und Arbeitsbedingungen) wie auch individuelle (z. B. persönliches Gesundheitsverhalten) Determinanten bedeutsam sind, und dass diese wiederum häufig mit Faktoren wie Geschlecht und Alter verbunden sind. Die folgenden Kapitel zeigen dieses Muster immer wieder auf. Deutlich wird auch, dass besonders die Determinanten «Bildung» und «Einkommen» eine hohe Vorhersagekraft für den Gesundheitsstatus einer Person und einer Bevölkerung haben. Aus diesem Grund wurde auch ein Kapitel über das Thema «Bildung» in diesen Bericht aufgenommen.

Es fällt auf, dass auch die physische Umwelt in der Liste der sozialen Gesundheitsdeterminanten aufgeführt wird. Wichtige Faktoren der physischen Umwelt sind beispielsweise allergene Bestandteile der Luft in Innenräumen und die verunreinigte Aussenluft, Belastungen durch den Strassenverkehr, die allgemeine Wohnhygiene sowie das Passivrauchen. In den Kontext dieser Gesundheitsdeterminanten gehört auch die Sicherheit von Lebensmitteln und des Leitungswassers, ferner auch Quellen ionisierender und nicht ionisierender Strahlung.



Diese Einflussfaktoren wirken häufig in Bezug auf die Verteilung von Gesundheitschancen. So leben Menschen mit niedrigerem Einkommen häufig in Stadtteilen mit höherer Umweltbelastung, was sich besonders bei Kindern negativ auf die Gesundheit auswirkt. Der sich noch entwickelnde kindliche Organismus ist für Einwirkungen der physischen Umwelt besonders anfällig. Auch die Bedingungen der Wohnumgebung, wie zum Beispiel die wahrgenommene Sicherheit in der Nachbarschaft, die Verkehrsanbindung, die Verkehrssicherheit, der Zugang zu Sporteinrichtungen und die abwechslungsreiche Flächennutzung, beeinflussen die Gesundheit. So zählt die körperliche Bewegung zu den wichtigsten Gesundheitsdeterminanten – auch hier wiederum besonders bei Kindern.

### 2.2.3

#### Das Zusammenwirken der Determinanten

Es muss immer wieder betont werden, dass es eine der wichtigsten Herausforderungen des Konzepts der Gesundheitsdeterminanten ist, insbesondere das Zusammenwirken der jeweiligen Determinanten mit Fokus auf die Gesundheit aufzuzeigen. Dabei gibt es direkte und indirekte Wirkzusammenhänge – auch darauf weisen die folgenden Kapitel immer wieder hin. So kann in beinahe allen Ländern ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und der Einkommenshöhe nachgewiesen werden; die Kenntnis der genauen Prozesse der Einflussnahme und die Gewichtung der einzelnen Faktoren bleiben jedoch weiterhin eine grosse Herausforderung. Auch birgt das Konzept der Gesundheitsdeterminanten – wie schon durch die Wortwahl angedeutet – die Gefahr eines einseitigen Determinismus, in der die auch in schwierigen Situationen noch vorhandenen Handlungsspielräume der einzelnen Menschen unterschätzt werden. Deswegen weist der vorläufige Bericht der WHO-Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten auch explizit darauf hin, dass ein Determinantenkonzept zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein besonderes Augenmerk auf die Stärkung der persönlichen Ressourcen für Gesundheit – im Englischen *empowerment* genannt – legen muss. Das entspricht auch dem Konzept der Gesundheitsförderung, das darauf aufbaut, nicht nur gesündere Lebensumwelten zu schaffen, sondern der Bevölkerung auch ein höheres Mass an Selbstbestimmung und Gestaltungsfähigkeit zu ermöglichen.

Im Folgenden wird der Forschungsstand zu einigen wichtigen sozialen Determinanten kurz zusammengefasst. Auch dabei zeigt sich, dass eine klare Abgrenzung der Determinanten nicht immer eindeutig möglich ist, da sie häufig zusammenwirken, wie zum Beispiel ein niedriger Bildungsstand und ein niedriges Einkommen. Die folgenden Kapitel des Gesundheitsberichts illustrieren – soweit es die Schweizer Datenlage zulässt –, auf welche Weise die Determinanten im Ver-

lauf eines Lebens Einfluss auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen nehmen. Sie zeigen auch deutlich, wie sich die Determinanten im Alltag der Menschen, besonders aber im Alltag von sozial benachteiligten Menschen, bündeln und sich gegenseitig verstärken.

### 2.3

## **Sozioökonomische Determinanten sind für den Gesundheitsstatus bestimmend**

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und sozioökonomischem Status ist in der Forschung eindeutig nachgewiesen und wird durch Studien in vielen Ländern und zu unterschiedlichen Erkrankungen stets von Neuem bestätigt. Arme Menschen haben eine geringere Gesundheits- und Lebenserwartung als wohlhabende Menschen und sie leben auch mit einem vielfach höheren Risiko, an einer schweren Krankheit zu leiden. Der aktuelle Bericht über gesundheitliche Ungleichheiten in Europa «Health Inequalities: Europe in Profile» zeigt deutlich, dass Personen mit einer geringeren Schulbildung nicht nur weniger lang leben, sondern auch mehr Jahre ihres Lebens in Krankheit verbringen als höher gebildete Menschen. Auch der Weltgesundheitsbericht von 2005 bestätigt, dass die Krankheitslast für Menschen mit einem kleinen Einkommen um ein Vielfaches höher ist als für Menschen mit einem höheren Einkommen. Dies gilt auch für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Ländern. Von daher ist es nicht erstaunlich, dass die Schweiz als eines der reichsten Länder der Welt auch eine der höchsten Lebenserwartungen hat.

Aber Untersuchungen in der Schweiz zeigen auch, dass ein ungelernter Arbeiter im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher stirbt als ein Akademiker. Daten des Schweizer Zensus aus dem Jahr 2000, geknüpft an Sterbeurkunden aus den Jahren 2001 bis 2004, verweisen ausserdem auf ein eindeutig höheres Mortalitätsrisiko, standardisiert nach Alter, Geschlecht, Region und Familienstand, für Menschen mit niedrigerer Bildung und niedrigerer beruflicher Gruppierung. Auch die Kapitel in diesem Bericht zeigen diesen Zusammenhang immer wieder aufs Neue.

#### 2.3.1

### **Besonders bedeutsam: der Bereich der Erwerbstätigkeit**

Aber es sind nicht nur die Menschen in der untersten Gesellschaftsschicht, die ein erhöhtes Krankheits- und Sterberisiko tragen. Die Erkenntnisse neuerer Gesundheitsforschung zeigen, dass sich die Beziehung zwischen sozialem Status und Gesundheit über alle Schichten hinweg bestätigt und durchzieht. In der Gesund-

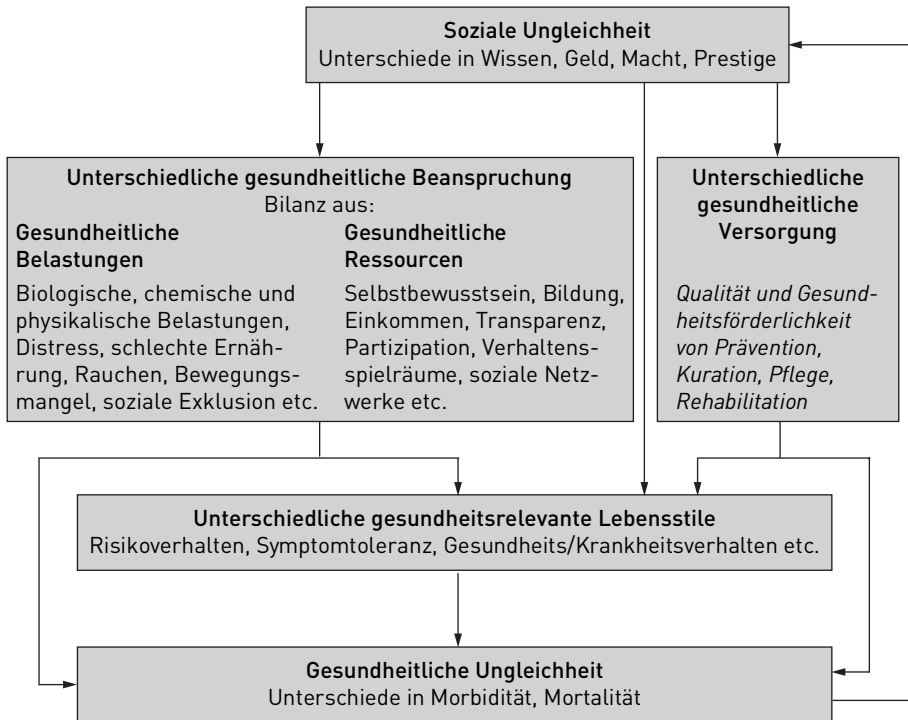
heitsforschung wird diese Tatsache als Einfluss des sozialen Gradienten bezeichnet. Dieser Forschungsansatz geht auf die bahnbrechende Untersuchung von Michael Marmot zurück, der für englische Staatsangestellte einen deutlichen sozialen Gradienten in Bezug zur Lebenserwartung nachwies: Er zeigte, dass mit jeder Hierarchiestufe im Staatsapparat die Lebenserwartung der betroffenen Hierarchiegruppe anstieg. Es handelte sich also nicht um ein individuelles Phänomen, zum Beispiel um ein besseres Gesundheitsverhalten, sondern um einen sozialen Faktor.

Die Qualität der Arbeitsstelle und die Stellung im Beruf sowie die damit verbundene Stellung in der Gesellschaft führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken. In der modernen, flexiblen Arbeitswelt wird durch neue Arbeitsformen zudem ein verstärkter Druck auf die Arbeitnehmer übertragen, das gilt auch für mittlere und gehobene Positionen; so verwischt sich beispielsweise die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit vermehrt. Auch nimmt die Interaktion von psychosozialen Faktoren und dem Gesundheitszustand in einer Dienstleistungsgesellschaft an Bedeutung zu. So entsteht Stress am Arbeitsplatz zum Beispiel, wenn ein Mitarbeiter hohen Leistungsanforderungen ausgesetzt ist und gleichzeitig über wenig Autonomie bei seiner Arbeit verfügt, oder durch ein Ungleichgewicht zwischen Leistung und Gratifikation. Burn-out-Symptome und Angst vor Arbeitsplatzverlust können zu einer gesundheitlichen Dauerbelastung werden oder gar zu einem Zusammenbruch führen. Verstärkt werden solche Symptome, wenn im privaten und familiären Bereich kein Ausgleich und keine soziale Unterstützung vorhanden sind. Auch fehlende Arbeit kann krank machen. Mit jeder längeren Erwerbslosigkeit wächst die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch krank wird. Vor allem Bluthochdruck, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression gehören zu den Gesundheitsproblemen, die bei Erwerbslosen besonders häufig anzutreffen sind. Auch hier gilt: Jene mit niedriger Schulbildung sind auch diejenigen, die vermehrt von Arbeitslosigkeit und Krankheit betroffen sind.

### 2.3.2

#### **Dimensionen der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit**

Es gilt nun, die Dimensionen dieses sozialen Gradienten besser zu verstehen. **Abbildung 2** versucht zu verdeutlichen, welche Zusammenhänge sich zwischen der sozialen Ungleichheit – die nicht nur in ihren ökonomischen Dimensionen verstanden wird – und der gesundheitlichen Ungleichheit ergeben. Zum einen ergeben sich aus der sozialen Ungleichheit unterschiedliche Gesundheitschancen, das bedeutet eine unterschiedliche Verteilung von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen. Zum andern ergeben sich aus diesen unterschiedlichen Lebenslagen auch verschiedenartige gesundheitsrelevante Lebensstile und eine meist ungleiche Gesundheitskompetenz. Unabhängig vom Zugang wirkt eine



Quelle: Rosenbrock R., Gerlinger T., 2006. Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber; Seite 45, modifiziert nach: Elkeles T., Mielck A. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen, 59:137–143.

**Abbildung 2:** Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

unterschiedliche gesundheitliche Versorgung auf die Unterschiede in Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit ein.

## 2.4

### Soziale und individuelle Ressourcen haben eine hohe Bedeutung für die Gesundheit

In der Gesundheitsforschung wächst die Erkenntnis, dass neben den sozioökonomischen Faktoren auch andere soziale und individuelle Ressourcen für den Gesundheitszustand der einzelnen Menschen und ganzer sozialer Gruppen von hoher Bedeutung sind – auch wenn sie natürlich häufig mit den materiellen Res-

ourcen interagieren. Den Weg für eine Forschung, die nicht nur anstrebt, die krank machenden Faktoren zu erfassen, sondern versucht zu ergründen, welche Faktoren gesund erhalten, hat Aaron Antonovsky in den 1970er-Jahren aufgezeigt. Er nannte diesen Forschungsansatz «Salutogenese», ein Begriff der sich nur schwer durchsetzte, dessen Ausrichtung aber zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Dabei gilt es, sowohl individuelle wie auch soziale Ressourcen besser zu verstehen und in ihrer Interdependenz zu erfassen.

Individuelle Ressourcen umfassen personenbezogene Faktoren wie Kontrolle, Kohärenz, Autonomie und Selbstwertgefühl, aber auch Einstellungen, Wissen, Kompetenzen und Fähigkeiten sowie politische Partizipation und soziales Engagement. Zu den sozialen Ressourcen zählen Kriterien wie soziale Unterstützung, soziale Netzwerke und soziale Integration.

#### 2.4.1

#### **Entwicklung von Kindern und Jugendlichen**

Viele dieser persönlichen Ressourcen werden in der Kindheit entwickelt und gefördert. Deshalb hat sich die Gesundheitsforschung verstärkt mit der frühkindlichen Entwicklung als eine immer bedeutendere Gesundheitsdeterminante beschäftigt, auch weil sie mit einer Vielzahl von lebenslangen Auswirkungen einhergeht. Hier soll nur kurz auf den hohen Bedeutungswert des sozialen Umfelds für die frühkindliche Entwicklung hingewiesen werden. Um soziale und persönliche Kompetenzen zu entwickeln, braucht der Mensch im Rahmen des sozialen Umfelds Zuwendung und Anerkennung, das Gefühl geborgen, geschätzt und geliebt zu werden, aber auch die intellektuelle Stimulation, besonders in den frühen Lebensjahren. Die Gesundheitsforschung zeigt, wie wichtig für Kinder neben der Familie ein soziales Netz von Freunden und vertrauten Personen ist, ebenso wie eine gute Schule und unterstützende soziale Angebote. Die frühkindliche Entwicklung ist auch eines der Schwerpunktthemen der CSDH-Kommission der Weltgesundheitsorganisation, da vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien ungünstigen Bedingungen ausgesetzt sind. Wichtig ist hervorzuheben, dass das Problem der Kinderarmut in fast allen Industrienationen wächst, mit einer überdurchschnittlichen Armut von Kindern allein Erziehender und aus Zuwandererfamilien. Damit ergibt sich jenes verstärkende Zusammenwirken von Determinanten, das zu negativen Mustern von Risikofaktoren und Risikobedingungen führt. Die materiellen und kulturellen Ressourcen einer Familie bestimmen weit gehend über den schulischen Erfolg des Kindes und damit über seine Zukunftschancen, zum Beispiel im Erwerbsleben, aber auch hinsichtlich der Gesundheitschancen. Die steigende Problematik von Übergewicht bei Kindern in vielen Gesellschaften verdeutlicht erneut die Dynamik der Gesundheitsdetermi-

nanten; in allen Ländern sind Kinder aus sozial benachteiligten Schichten mit grösserer Wahrscheinlichkeit übergewichtig.

#### 2.4.2

##### **Soziales und kulturelles Kapital**

Zunehmend an Bedeutung gewinnen die Begriffe des sozialen und kulturellen Kapitals. Kulturelles Kapital wirkt mit ökonomischem und sozialem Kapital zusammen, um Gesundheitschancen und -verhaltensweisen zu beeinflussen. So sind die entscheidenden Eigenschaften des *nicht monetären* kulturellen Kapitals die Gesundheitswerte und -normen, das Gesundheitswissen und die Fähigkeit, gesund zu handeln. Soziales Kapital ermöglicht den Menschen eine Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben, das heisst an sozialen Netzwerken, durch die wiederum praktische und psychologische Unterstützung, Hilfeleistungen und Anerkennung erfahren werden können. So zeigt eine Studie zum Thema «Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit» in der Schweiz: Je ausgeprägter das soziale Kapital in einem Kanton ist, desto niedriger fällt dort die Arbeitslosigkeit aus. Neuere Untersuchungen berichten ausserdem, dass Betriebe mit einem höheren sozialen Kapital auch einen besseren Gesundheitsstand der Belegschaft aufweisen. Weitere Forschungsarbeiten aus den USA dokumentieren, dass bei Nachbarschaften, Gemeinden und Bundesstaaten mit geringerem sozialem Kapital auch der Gesundheitsstand schlechter ist.

#### 2.4.3

##### **Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung**

Schon lange wird in der Gesundheitsforschung auf die hohe Bedeutung sozialer Netzwerke und auf die Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Gesundheit hingewiesen; es gibt zahlreiche gut belegte empirische Forschungsergebnisse dazu. Dabei hat die Netzwerkforschung eher eine quantitative und die Unterstützungsforschung eher eine qualitative Ausrichtung. Hier ist festzuhalten, dass sich soziale Netzwerke sowohl direkt wie auch indirekt auf den Gesundheitsstatus auswirken: Sie haben präventiven Charakter und helfen bei der Bewältigung von Belastungssituationen und von Krankheit. Häufig weisen gerade die vulnerablen Bevölkerungsgruppen – ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, allein Erziehende, Arbeitslose, Migranten oder Strafgefangene – ein schwaches soziales Netzwerk und mangelnde soziale Unterstützung auf. Auch zeigen sie häufig ein geringeres Mass an sozialer Integration, was auch den Zugang zu vorhandenen offiziellen Hilfeleistungen erschwert. Die Forschung zeigt deutlich, dass Menschen mit hohen Unterstützungsressourcen ein geringeres Erkrankungsrisiko auf-

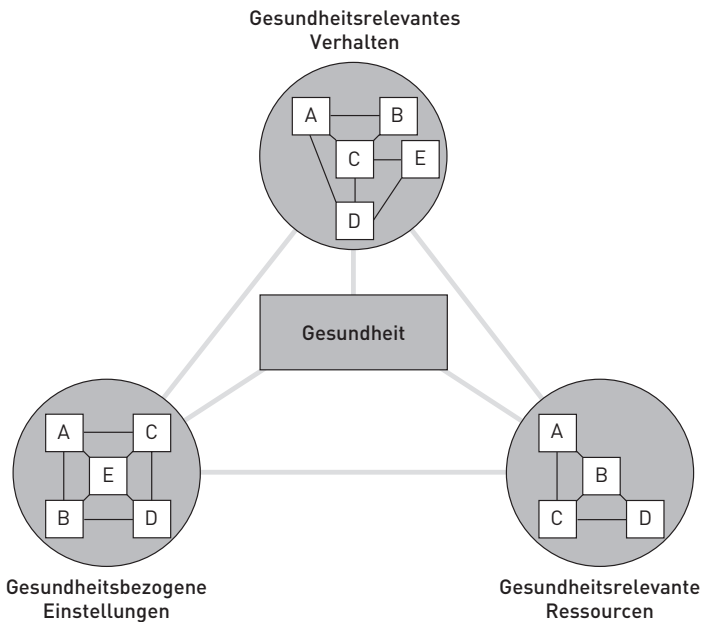
weisen. Sie ist sich aber über die genaue Wirksamkeit dieses Effekts nicht einig: Handelt es sich um einen an sich gesundheitsförderlichen Effekt oder stellen Unterstützungsnetzwerke einen Puffer gegen negative Einwirkungen dar? Ihre hohe Bedeutung erhält diese Forschung in Bezug auf die Stressforschung und die Bewältigung chronischer Krankheiten.

#### 2.4.4

#### Gesundheitsrelevante Lebensstile

Am Schnittpunkt der individuellen und sozialen Gesundheitsressourcen ist die Gesundheitskompetenz zu verorten. Sie ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein.

Als wichtige gesundheitsrelevante Ressource beeinflusst die Gesundheitskompetenz die Entwicklung gesundheitsrelevanter Lebensstile. **Abbildung 3** verdeutlicht,



Quelle: Deutz M., Abel T. Modell der gesundheitsrelevanten Lebensstile. In: Kapitel 4.2. Lebensstile und Gesundheit. SPM-Skript. ISPM, Universität Bern.

**Abbildung 3:** Modell der gesundheitsrelevanten Lebensstile

dass nicht nur vorhandene individuelle und soziale Ressourcen von Bedeutung sind: Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen stehen in engem Zusammenhang mit den Ressourcen und bilden ein aufeinander abgestimmtes dynamisches Modell.

Es muss bedacht werden, dass nicht alle Menschen in gleichem Mass Wahlmöglichkeiten für die Gesundheit haben. Beispielsweise erfordert eine gesunde Ernährungsweise finanzielle und zeitliche Ressourcen sowie Kompetenzen im Zusammenstellen von Nahrungsmitteln, die für einen grossen Teil der Bevölkerung aufgrund veränderter Familienstrukturen verloren gegangen oder nur unzureichend vorhanden sind. Auch hier zeigt sich die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen. So wiesen im Jahr 2003 in Deutschland 24,3 % der Männer (Frauen 31,4 %) mit niedrigem Schulabschluss eine Adipositas auf (BMI  $\geq$  30), während dies nur für 11,9 % der Männer (Frauen 10,1 %) mit Abitur zutraf.

#### 2.4.5

#### **Herausforderungen für Wissenschaft und Politik**

Die vorangehende Darstellung einiger vorwiegend sozialer Gesundheitsdeterminanten verdeutlicht zwei grosse Herausforderungen. Die eine liegt in der Wissenschaft und Forschung: Es ist ein noch genaueres Bild der Interaktion der Determinanten mit Gesundheit und Krankheit zu schaffen, besonders was die Interaktion der Determinanten und die Muster der Dynamik zwischen Risikoverhalten und Risikoumgebung betrifft. Dazu gehört auch ein besseres Verständnis der schützenden Faktoren, besonders in der frühkindlichen Entwicklung und im psychosozialen Bereich. Der Europäische Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2002 betont ausdrücklich, wie schwer entwirrbar und komplex die Interaktion der Determinanten ist. Zugleich aber sind die vorliegenden Forschungsergebnisse robust genug, um für eine stärkere Gewichtung der Verhältnisprävention gegenüber der Verhaltensprävention zu argumentieren, besonders im Hinblick auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten.

Die zweite Herausforderung liegt in der Politik. Die Forschung zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten zeigt auf, dass die Gesundheit Aufgabe vieler Politikbereiche und gesellschaftlicher Handlungsträger ist. Wichtige Gesundheitsdeterminanten können nicht allein durch die derzeitige Gesundheitspolitik und die bestehenden Rechtsgrundlagen beeinflusst werden. Neben den Leistungserbringern im Gesundheitssystem müssen auch andere Akteure – aus Politik und Gesellschaft – ihre Verantwortung erkennen und umsetzen. Das kommt auch deutlich in den politischen Handlungsoptionen der folgenden Kapitel zum Ausdruck.

Die steigenden Krankheitskosten sind gesamtgesellschaftliche Kosten, deren Konsequenzen in allen gesellschaftlichen Systemen zu spüren sind. Gesundheits-



politik wird zur Gesellschaftspolitik, der eine systematische Kultur der multisektoralen Zusammenarbeit zugrunde liegen muss. Ein Meilenstein für die Stärkung dieses Verständnisses ist eine Gesundheitsberichterstattung, die systematisch auf das Zusammenwirken der sozialen Determinanten mit dem Gesundheitszustand einer Bevölkerung hinweist. Hiermit wird die die Basis für eine evidenzbasierte Politik geliefert.

## Literatur

- Abel T., Abraham A., Sommerhalder K. (2006). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter M., Hurrelmann K. (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Hamburg: VSA-Verlag, 185–198.
- Antonovsky A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Baum F. (2008). *The new public health*. 3<sup>rd</sup> Edition. Oxford University Press.
- Commission on Social Determinants of Health, CSDH. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft. [www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- Freitag M. (2000). Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit. Eine empirische Analyse zu den Schweizer Kantonen. *Zeitschrift für Soziologie*, 3:186–201.
- Kickbusch I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Mackenbach J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU.
- Marmot M. (2006). Health in an unequal world. Harveian oration. *Lancet*, 368:2081–2094. [www.mc.vanderbilt.edu/medschool/globalhealth/documents/lancet06.pdf](http://www.mc.vanderbilt.edu/medschool/globalhealth/documents/lancet06.pdf)
- Putman R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rosenbrock R., Gerlinger T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



Teil II

# Ein gesundes Leben



# 3 Lebensanfang und Kindheit

Julia Dratva und Elisabeth Zemp, Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Universität Basel

Unter Mitarbeit von Corinne Weiss, Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Universität Basel

Epidemiologische Studien zeigen, dass die Basis eines gesunden Lebensstils und der späteren Gesundheit bereits in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit gesetzt wird. Markante Fortschritte wurden in der medizinischen Versorgung und Behandlung erreicht und in Folge ein deutlicher Rückgang der Säuglings- und Kleinkindmortalität. Gleichzeitig erweisen sich die Familie, die Umwelt und die Freizeit von Kindern als zunehmend risikoreicher.

Die Familie bildet den wichtigsten Rahmen der Sozialisierung von Kindern. Die Tendenz zur Kleinfamilie, die Zunahme allein erziehender Eltern und die hohen Scheidungsraten haben massgeblichen Einfluss auf den Kinderalltag. Der Bedarf an externer Kinderbetreuung hat sich seit 1991 vervierfacht. Eine frühe Einbindung in formelle kindgerechte Betreuungsformen fördert Kinder ganzheitlich in ihrer sozialen, intellektuellen, körperlichen und kreativen Entwicklung. Familiäre Armut führt zu materiellen, physischen und psychischen Einschränkungen der Kinder. Kinder unter sechs Jahren haben von allen Altersgruppen das höchste Risiko, von Sozialhilfe abhängig zu werden.

Das Schweizer Gesundheitssystem bietet Kindern ein gut ausgebautes medizinisches Versorgungsnetzwerk. Schulärztliche Dienste ergänzen die Überwachung des Gesundheitsstatus und die Früherkennung. Zu den Problembereichen zählen die Gewalt an Kindern, die Zunahme von chronischen Erkrankungen, Übergewicht und die hohe Unfallhäufigkeit. Die frühen präventiven und sozialpädagogischen Chancen der Gesundheitserhaltung sollten ausgeschöpft werden. Um die Gesamtwirkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter zu erhöhen, bedarf es einer besseren Datenlage zum Gesundheitszustand von Kindern und einer fachübergreifenden Zusammenarbeit.

### 3.1

## Gesunder Lebensanfang – eine Investition in die Zukunft

Im Jahr 2005 lebten 843 900 Kinder im Alter bis zu zehn Jahren in der Schweiz – 11 % der Gesamtbevölkerung, davon 51,5 % Jungen und 48,5 % Mädchen. Ein Viertel der bis zu Zehnjährigen waren ausländische Kinder. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen wird laut Prognosen bis 2050 um 15 % zurückgehen.

Epidemiologische Studien und Interventionsstudien zeigen, dass die Basis eines gesunden Lebensstils und der Gesundheit bereits in der frühen Kindheit, teilweise bereits in der Schwangerschaft, gesetzt wird. Frühe soziale und umweltbedingte Faktoren beeinflussen die physische, psychische und intellektuelle Entwicklung von Kindern.

Die Lebensumstände von Kindern unterliegen einem steten Wandel. Die markanten Fortschritte der medizinischen Versorgung in den letzten 50 Jahren führten zu einem deutlichen Rückgang der Säuglings- und Kleinkindmortalität. Zeitgleich haben sich Familienstrukturen, Umwelt und Freizeitverhalten der Kinder gewandelt. Das folgende Kapitel führt einerseits die Lebensumstände von Kindern auf, die als Gesundheitsdeterminanten beziehungsweise als Risiken der Gesundheit betrachtet werden, und andererseits konkrete Gesundheitsprobleme und Handlungsbedarf im Kindesalter.

#### 3.1.1

### Sozioökonomische Rahmenbedingungen für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern

**Die Familie bildet den wichtigsten Rahmen der Sozialisierung von Kindern, auch bezüglich des Gesundheitsverhaltens**

Im letzten Jahrhundert haben sich die Familienstruktur und der Lebensraum von Kindern massgeblich verändert. Die Tendenz zur Kleinfamilie, die Zunahme nichtehelicher Partnerschaften und allein erziehender Eltern sowie hohe Scheidungsraten prägen den Alltag vieler Kinder. Aus diesen Entwicklungen ergeben sich gesundheitliche Implikationen, da der fördernde und protektive Einfluss stabiler Eltern-Kind- und Geschwister-Beziehungen gestört wird oder fehlt. Das Durchschnittsalter einer erstgebärenden Mutter lag im Jahr 2005 bei 29 Jahren und das eines erstmaligen Vaters bei 31 Jahren. Während der Anteil an Teenagergeburten zurückgegangen ist, ist die Zahl später Erstgebärender gestiegen. Beide sind überproportional häufig allein erziehend. Der Anteil von Kindern, die mit einem Elternteil zusammenleben, ist von 8 % (im Jahr 1980) auf 12 % (im Jahr 2000) angestiegen. Allein Erziehende stellen statistisch gesehen aufgrund der häu-

figeren physischen und psychischen Gesundheitsprobleme sowie des schlechteren ökonomischen Status ein Risiko für die gesunde Entwicklung des Kindes dar (siehe Kap. 5.1). Immer mehr Kinder wachsen als Einzelkind auf. Die Anzahl der Zweitgeburten ist seit 1970 um 24 % zurückgegangen, die der Dritt- und Viertgeburten um 42 % bzw. 73 %. Kinder mit Geschwistern durchlaufen früher soziale Reifungsprozesse und finden zusätzliche emotionale Unterstützung und Ansprechpartner in der eigenen Familie.

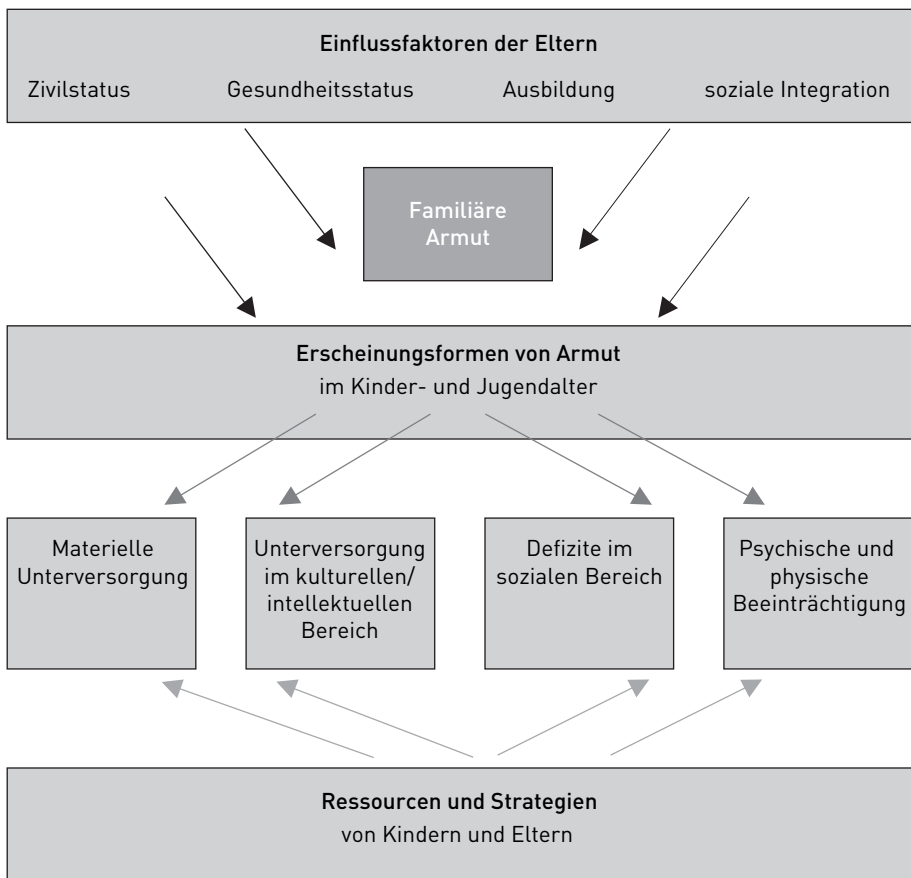
Der überwiegende Anteil von Kindern wächst mit berufstätigen Eltern auf. Während die Erwerbsbeteiligung der Väter relativ konstant ist, hat die Erwerbsbeteiligung der Mütter mit Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren deutlich zugenommen und liegt aktuell bei 71 %. Entsprechend haben der Anteil und der Bedarf an externer Kinderbetreuung zugenommen. Wurden 1991 knapp 14 % der Kinder extern betreut, hatte sich der Anteil zehn Jahre später verdoppelt und lag im Jahr 2004 bei 41 %. Aufgrund des Mangels an adäquaten Angeboten und wegen der Betreuungskosten greift über die Hälfte der Familien auf Verwandte und Bekannte zurück. Über die Hälfte wünscht sich jedoch eine formelle Betreuungsform. Eine Nationalfond-Studie errechnete einen Bedarf von 50 000 weiteren Betreuungsplätzen für Kinder im Vorschulalter. Eine frühe Einbindung in formellen, auf pädagogischen Konzepten basierenden Betreuungsformen fördert Kinder ganzheitlich, d. h. in ihrer sozialen, intellektuellen, körperlichen und kreativen Entwicklung. Auch findet früh eine Integration von unterschiedlichen Kulturen statt. Im Jahr 2000 war jede dritte Familie in der Schweiz eine Familie mit Migrationshintergrund.

Die Zahl der Scheidungen von Eltern unmündiger Kinder hat sich seit 1970 annähernd verdoppelt (von 7000 auf 12 900). Die meisten von Scheidung betroffenen Kinder sind zwischen 5 und 14 Jahre alt. Trennungen und Scheidungen sind als eine Krisenzeit für alle Beteiligten zu betrachten. Eine Studie des Zürcher Marie Meierhofer-Instituts und des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich ergab, dass Eltern zwei bis drei Jahre nach der Scheidung, im Vergleich zu vorher, das physische und psychische Wohlbefinden ihrer Kinder mehrheitlich gleich oder besser einschätzen, in 5 % der Fälle jedoch ein physisch und in 14 % ein psychisch schlechteres Befinden attestierten. Benachteiligungen können auch aus sozioökonomischen Einbussen resultieren, denen manche Geschiedene in Haushalten mit Kindern ausgesetzt sind.

**Mit einer Quote von 5,2 % haben Kinder unter sechs Jahren das höchste Risiko aller Altersgruppen, von Sozialhilfe abhängig zu werden**

31 % der Sozialhilfeempfänger sind jünger als 18 Jahre. Die Mehrheit der von Sozialhilfe abhängigen Kinder stammt aus allein erziehenden Haushalten, ein

Fünftel aus Grossfamilien mit drei oder mehr Kindern. Nicht nur die Häufigkeit, auch die Dauer des Sozialhilfebezugs ist bei diesen Familientypen am ausgeprägtesten. Armut führt zu einer Vielzahl von Einschränkungen (siehe Abb. 1). Armut wird direkt in Zusammenhang gebracht mit verminderter Wahrnehmung vorsorglicher Untersuchungen und Behandlungen, mit ungesünderen Lebensweisen (Ernährung, Bewegung, Suchtmittel) und mit geringerem Schulerfolg.



Quelle: Modifiziert nach Hock, Holz, Wüstendorfer.  
Folgen familiärer Armut im frühen Kindesalter. JSS Pontifex, 2000.

**Abbildung 1:** Familiäre Armut und ihre Folgen



### **Gewalt gegen Kinder ist ein bedeutsames Gesundheitsrisiko**

Kinder erleben Gewalt am häufigsten durch Familienangehörige und Freunde. Dieser Tatbestand führt dazu, dass viele Fälle nie gemeldet werden und Betroffene nicht die benötigte Hilfe erhalten. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Gewalt an anderen zu erleben und ihr beizuwohnen, kann auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Schätzungsweise jedes fünfte Mädchen und jeder zehnte Junge werden vor dem 18. Lebensjahr Opfer sexueller Gewalt. Ein Grossteil dieser Gewalterfahrungen erfolgen vor dem 12. Lebensjahr. In allen Studien zu sexuellem Missbrauch stellt sich die besondere Gefährdung von Mädchen heraus. Repräsentative und aktuelle Daten zu psychischer Gewalt oder Vernachlässigung fehlen. Der eidgenössische Bericht zu Kindesmisshandlung 1992 dokumentierte in 50 % der gemeldeten Fälle auch Vernachlässigung.

Ein Vergleich von Daten zum Strafverhalten aus 1989 und 2004 ergibt, dass Körperstrafen, insbesondere bei jüngeren Kindern, weiterhin ein häufiges Mittel der Erziehung sind. Gemäss Hochrechnungen aus dem Jahr 2004 erhalten 35 000 der Kinder unter zweieinhalb Jahren Schläge auf das Gesäss, 13 000 Ohrfeigen, und 1700 Kinder werden manchmal mit Gegenständen geschlagen. Als Hauptursache für die Misshandlung von Kindern durch ihre Eltern gilt die geringe Erziehungskompetenz, kombiniert mit Überforderung und Stress. Diese Faktoren sind eingebettet in einem Ursachengeflecht aus sozialen und ökonomischen Faktoren sowie aus mangelnden familiären und individuellen Ressourcen. Ein gewisses Ausmass an Erziehungsgewalt wird zudem gesellschaftlich nach wie vor toleriert.

#### **3.1.2**

### **Medizinische Versorgung, Vorsorgeleistungen und Inanspruchnahme**

#### **Schwangerschaft und Geburt können mit der Gefährdung der Gesundheit von Mutter und Kind einhergehen**

Die Bedeutung pränataler Einflüsse auf die langfristige Gesundheit von Kindern ist nicht mehr umstritten. Medizinische Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft beugen Gefahren (z. B. Schwangerschaftsdiabetes) und Risikoverhalten (z. B. Alkohol- oder Tabakkonsum) vor und ermöglichen eine frühe Erkennung von Fehlentwicklungen, Mangelzuständen oder Lageanomalien. Ein gutes Instrument der Verlaufsdokumentation und der elterlichen Information ist der Mutterschaftspass, dessen Verwendung bislang auf der Eigeninitiative der behandelnden Ärztinnen und Ärzte beruht. Beratungen vor und in der Schwangerschaft bieten Hebammen und Gynäkologen sowie diverse Beratungszentren an. Die Folsäure-Supplementierung zur Prävention von Neuralrohrdefekten ist nur ein Beispiel für

die Vorteile einer frühen Schwangerschaftsberatung. In der Schweiz nehmen nur ein Drittel der Mütter, entgegen internationaler Empfehlung, präkonzeptionell Folsäure ein. Daten zu Geburt und Schwangerschaft, zu Mutter und Kind werden in verschiedenen Statistiken erfasst (Medizinische Statistik, Schwangerschaftsabbruchs-, Todesursachenstatistik und Zivilstandsregister), solche zu Schwangerschaftsverlauf und Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen jedoch nicht routinemässig erhoben. Untersuchungen aus der Schweiz und Deutschland weisen darauf hin, dass Migrantinnen und Frauen in psychosozialen Problemlagen seltener Vorsorgeleistungen beanspruchen. Analysen zur Säuglingssterblichkeit in der Schweiz ergeben, dass das Risiko einer Totgeburt oder eines Versterbens innerhalb des ersten Lebensjahrs bei ledigen, verwitweten oder geschiedenen Müttern um 45 bis 90 % erhöht ist.

#### **Erstuntersuchung und Screeningtests bei Neugeborenen sind wesentliche Bestandteile der Primär- und Sekundärprävention**

Routinemässig werden beim Neugeborenen Screeningtests für Stoffwechselerkrankungen durchgeführt. So werden jährlich ca. 30 Fälle schwerer Stoffwechselerkrankungen frühzeitig diagnostiziert. 99 % der Neugeborenen erhalten Vitamin K zur Prophylaxe von Vitamin-K-Mangelblutungen. Eine prospektive Überwachung von Blutungen infolge von Vitamin-K-Mangel erfolgt im Rahmen der Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU). Im Säuglings- und Kindesalter werden zu festgelegten Entwicklungszeitpunkten medizinische Untersuchungen empfohlen und vergütet. Die Eltern erhalten bei der Geburt ein Gesundheitsheft, das alle vorgeschlagenen Untersuchungen enthält, eine Dokumentation erhobener Befunde ermöglicht und über wichtige Aspekte der kindlichen Entwicklung und Prävention informiert. Dieses Gesundheitsheft wurde 2006 überarbeitet und liegt in allen Landesprachen vor. Zusätzliche Informationen zur Gesundheit von Kindern können bei der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) in weiteren Sprachen bezogen werden. Über die Inanspruchnahme dieser Leistungen liegen keine Auswertungen vor.

#### **Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten Massnahmen in der Primärprävention**

Die Impfpfehlungen werden von der Eidgenössischen Kommission für Impffragen und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) regelmässig überarbeitet und veröffentlicht. Empfohlene Impfungen werden vorwiegend von den Krankenkassen vergütet. Der durchschnittliche nationale Impfgrad hat sich bei allen Schulkindern verbessert. Für Diphtherie, Polio und Röteln wurde gemäss aktuell

laufenden Erhebungen das von der WHO empfohlene Niveau erreicht, um Ausbrüche in der Bevölkerung zu vermeiden. Die nationale Durchimpfungsrate von Masern (86,2%), Mumps (84,9%) und Pertussis (83,1%) muss hingegen als unzureichend eingestuft werden. Die Durchimpfungsraten unterscheiden sich zudem nach Kanton, was sich auch in der Häufigkeit impfpräventabler Erkrankungen niederschlägt.

### **Kindern und Eltern steht ein breit gefächertes Beratungsangebot zur Verfügung**

In allen Kantonen werden Kinder schulärztlich erfasst. Im Alter von fünf bis sieben, von acht bis zehn und von 12 bis 15 Jahren werden eine medizinische Anamnese, einige klinische und psychosoziale Befunde sowie der Impfstatus erhoben. In den meisten Kantonen gibt es zudem einen schulzahnärztlichen und schulpsychologischen Dienst. Die Angebote sind für die Eltern und Kinder kostenfrei und stellen ein gutes, flächendeckendes System der Primär- und Sekundärprävention dar.

Zudem gibt es ein breit gefächertes Beratungsangebot für Eltern in der Schweiz. Es reicht von kantonalen Elternberatungsstellen, Stiftungen und Mütter-Väter-Beratungsstellen über Broschüren und Internetseiten medizinischer Gesellschaften bis hin zu Elternvereinen, -netzwerken und Eltern-Notrufnummern. Das Angebot für Kinder ist ebenfalls breit gefächert und richtet sich hauptsächlich an Schulkinder: ein schweizweites Notteléfono, eine kantonale und unabhängige Jugendarbeit, Kinder- und Jugendbüros sowie eine Vielzahl an Internetseiten, auf denen sich Kinder zu verschiedenen Themen beraten lassen können. Die Schwierigkeit liegt weniger am fehlenden Angebot als darin, die Zielgruppe zu erreichen. Eine Evaluation des Zugangs und des Wissens um beratende und Hilfestellende Institutionen steht aus.

#### **3.1.3**

### **Gesundheitsverhalten**

#### **Die Förderung eines gesunden Ernährungsstils beginnt bei den Allerkleinsten**

Die gesundheitlichen Vorteile des Stillens für Mutter und Kind sind international anerkannt. In der Schweiz bestehen verschiedene stillfördernde Strukturen und Forschungen zum Stillverhalten. Ihre Bemühungen haben Erfolg gezeigt: 94% der Mütter stillen bei Geburt, und die mediane Stilldauer liegt bei 31 Wochen. Mütter, die in *Baby Friendly Hospitals (BFH)* gebären, stillen signifikant länger. Im Jahr 2006 kamen 55% der Neugeborenen in BFH zur Welt. Bestimmte Gruppen von Müttern stillen kürzer, wie zum Beispiel Raucherinnen, Übergewichtige und Migrantinnen aus dem Balkan. Mütter suchen bei Stillproblemen nur selten Hilfe auf.

Schulkinder weisen mehrheitlich ein Essverhalten mit regelmässigem Frühstück, warmen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten auf. Mit zunehmendem Alter nehmen die Regelmässigkeit ebenso wie die Häufigkeit gemeinsamer Familienessen ab. Der Trend zum Konsum von vorgefertigten Gerichten und Fastfood ist steigend. Schweizer Daten zeigen in Übereinstimmung mit europäischen Daten, dass die Kohlenhydrat- und Energiezufuhr vor allem bei Mädchen unter dem Richtwert liegt und die Eiweiss- und Fettanteile der Ernährung zu hoch sind. Allgemein ist eine Unterversorgung im Bereich von Mineralstoffen (z. B. Kalzium), Spurenelementen und Vitaminen festzustellen.

### **Bewegung stellt eine wesentliche Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen dar**

Neben den positiven Effekten auf die körperliche und motorische Entwicklung, die Vorbeugung chronischer Erkrankungen und die Förderung der Leistungsfähigkeit und Geschicklichkeit ist regelmässige Bewegung für die psychosoziale Entwicklung bedeutsam. Seit 2006 empfiehlt das Bundesamt für Sport in Anlehnung an internationale Richtlinien für Kinder und Jugendliche eine Stunde Bewegung pro Tag. In einer Deutschschweizer Studie gingen normgewichtige sechs- bis zwölfjährige Kinder 122 Minuten pro Woche einer sportlichen Aktivität nach – weit unter den empfohlenen Richtwerten. In Deutschland wurde gezeigt, dass ein Viertel der Drei- bis Zehnjährigen zu wenig Sport treibt und dass die sportliche Aktivität und die Leistungsfähigkeit mit Sozialstatus und Migrationshintergrund assoziiert sind. Für Kinder, die ausserhalb der Schulzeit keinen Sport betreiben oder sich in der Freizeit nicht spielend bewegen, muss die Bewegung auf dem Schulweg oder in der Schule stattfinden. Der Mikrozensus «Verkehr 2005» ergab, dass Kinder im Alter vom 6 bis 9 Jahren ihre täglichen Wege überwiegend zu Fuss (66,5 %) zurücklegen und zu je 5 % mit dem Velo oder öffentlichen Verkehr. Diese Altersgruppe wird relativ oft von Eltern mit dem Auto gefahren (19 %). Im Durchschnitt entspricht ein Drittel dieser Wegstrecken dem Schulweg.

#### **3.1.4**

### **Gesundheitsindikatoren spiegeln die gesundheitliche Lage der Kinder wider**

#### **Die Säuglingssterblichkeit weist seit den 1970er-Jahren einen signifikanten Rückgang auf**

Die Säuglingssterblichkeit liegt im europäischen Vergleich mit vier bis fünf Todesfällen auf 1000 Lebendgeborene (Tab. 1) an neunter Stelle. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit im letzten Jahrhundert wird auf Verbesserungen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, der neonatalen Versorgung und der

**Tabelle 1:** Sterbefälle im Kindesalter, nach Altersgruppen und Geschlecht, 2004

Alter	absolut		absolut		absolut		absolut	
	1 Lebensjahr	je 100 000 Kinder	1-4 J.	je 100 000 Kinder	5-9 J.	je 100 000 Kinder	10-14 J.	je 100 000 Kinder
Jungen	181	485,6	40	26,6	16	7,7	30	16,5
Mädchen	128	359,7	36	25,4	24	12,3	29	16,9
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>424,1</b>	<b>76</b>	<b>26,0</b>	<b>40</b>	<b>9,9</b>	<b>59</b>	<b>16,7</b>

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Mortalitätsstatistik 2004.

Hygienestandards zurückgeführt (siehe Abb. 2). Ein höheres Sterblichkeitsrisiko haben Jungen und Säuglinge lediger, geschiedener oder verwitweter Mütter. Einige Nationalitäten weisen ein erhöhtes Risiko für Totgeburten (Italien, Serbien/Montenegro und Spanien) oder für Säuglingssterblichkeit (Türkei) auf. Niedriges Geburtsgewicht und Frühgeburt stellen Risiken der Säuglingssterblichkeit dar. Die in den letzten zehn Jahren zu beobachtende Zunahme an Neugebore-



Quelle: Perinatale und Säuglingssterblichkeit, Bundesamt für Statistik (BFS): 1970 bis 2005.

**Abbildung 2:** Säuglingssterblichkeit seit 1970, nach Geschlecht

nen mit niedrigem Geburtsgewicht ist teilweise auf vermehrte Früh- und Mehrlingsgeburten sowie auf frühere Geburtseinleitungen zurückzuführen. Auch Alkohol- und Nikotinabusus sowie intrauterine Infektionen führen zu niedrigem Geburtsgewicht.

Die Schweiz hat eine der höchsten Frühgeburtenraten in Europa. Im Jahr 2004 sind 9 % der Lebendgeborenen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen. Der Zuwachs an Frühgeburten wird mit dem relativ hohen Durchschnittsalter Erstgebärender und der hohen Rate an Mehrlingsgeburten erklärt. Weitere Risikofaktoren für eine Frühgeburt sind ein tiefer sozioökonomischer Status, soziale Isolation und psychosoziale Belastungen. Die Fehlbildungsrate von Frühgeborenen ist höher als diejenige von Termingeborenen (4,3 % gegenüber 2,6 %).

#### **Im ersten Lebensjahr versterben Kinder am häufigsten an angeborenen Missbildungen und an Erkrankungen, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt**

Vergleichsweise häufig sind Todesfälle im ersten Lebensjahr durch plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS). Die Todesursachenstatistik 2004 verzeichnete 13 SIDS-Fälle. Gleichzeitig ist dank intensiver Präventionstrategien und Kommunikation der umweltbedingten Risikofaktoren (z. B. Bauchlage und Überwärmung des Kindes, Passivrauchen) ein erheblicher Rückgang der SIDS-Fälle in den letzten zehn Jahren um 60 % zu verzeichnen. Kinder im Alter von 5 bis 14 Jahren weisen die meisten Todesfälle aufgrund von äusseren Ursachen (Unfällen) oder Tumoren auf. Knapp ein Drittel aller Todesfälle im Alter von 1 bis 14 Jahren geht auf Unfallereignisse zurück.

#### **Fehlende Zahlen zur Morbidität von Kindern in der Schweiz**

Studien aus den USA und Deutschland weisen auf eine signifikante Zunahme chronisch kranker Kinder in den letzten 50 Jahren hin. Entsprechende Analysen für Schweizer Kinder fehlen. Ein Datenvergleich der Schweizer Gesundheitsbefragungen (SGB) 1997 und 2002 ergibt eine Zunahme chronischer Erkrankungen im Jugendalter; eine entsprechende Zunahme ist demnach auch im Kindesalter wahrscheinlich. Im Folgenden werden einige Erkrankungen aufgeführt, die chronisch verlaufen können und für die Präventionsansätze bekannt sind.

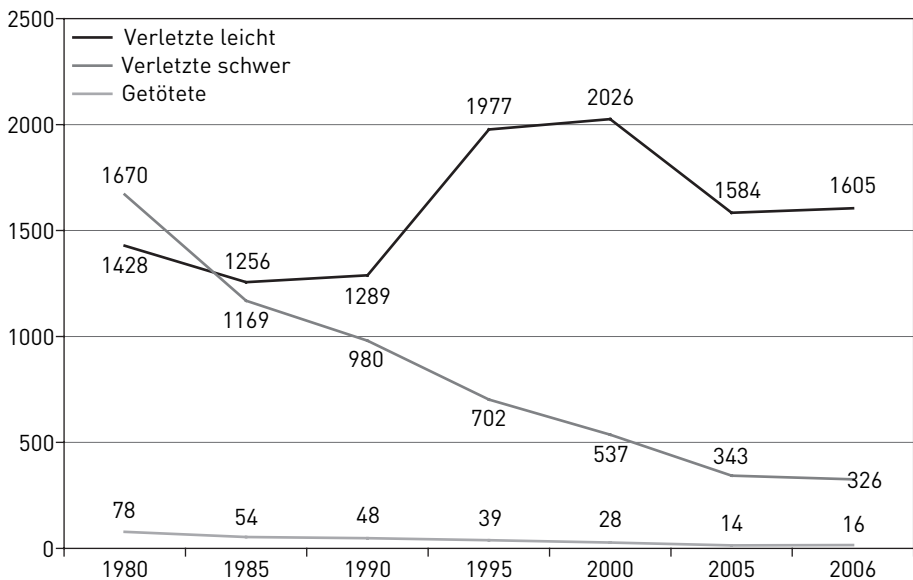
#### **Insgesamt weisen 2,8 % der Neugeborenen Fehlbildungen auf**

Die Gesamtzahl der Fehlbildungen dürfte um ein Fünftel bis ein Viertel höher sein als die in den Geburtsspitalern registrierten Fälle, da schwer wiegende Fehl-

bildungen zu Spontanaborten oder Schwangerschaftsabbrüchen führen können. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung erfasst im gleichen Haushalt wohnende behinderte Kinder und Jugendliche. Demnach lag im Jahr 2002 die Prävalenz von Kindern mit Behinderungen im Alter von 0 bis 14 Jahren bei 3,6 % für Mädchen und 5,5 % für Jungen. Die IV-Statistik weist deutlich höhere Zahlen aus, da sie alle Geburtsgebrechen registriert.

### Verletzung ist der zweithäufigste Hospitalisierungsgrund im Kindesalter

Auf der Basis von Studienergebnissen aus den Jahren 1996 bis 1998 schätzte die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu), dass jährlich ca. 360 000 verunfallte Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren eine medizinische Versorgung benötigten. Dabei stellen Kleinkinder die meist gefährdete Altersgruppe dar, mit einer Vielzahl an Sturzunfällen, aber auch Vergiftungen und Verbrennungen. Im Alter von fünf bis neun Jahren sind Fussgängerunfälle überproportional häufig. Knapp die Hälfte der Unfälle ereignet sich im Strassenverkehr. Die Gesamtzahl der Strassenverkehrsunfälle ist aufgrund des Rückgangs der schweren Unfälle in den letzten zehn Jahren deutlich abnehmend (Abb. 3) (siehe auch Kap. 10).



Quelle: Statistik der Beratungsstelle für Unfallverhütung 2008.

**Abbildung 3:** Anzahl der Verkehrsunfälle in der Altersgruppe von 0 bis 14 Jahren, nach Schweregrad seit 1980.

### **Kreberkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache von Kindern in industrialisierten Ländern**

Dieser Tatbestand bleibt trotz der Tatsache, dass sich die Überlebenschancen erheblich verbessert haben, bestehen. Die Inzidenz und der Verlauf von Kreberkrankungen bei Kindern unter 16 Jahren werden durch das Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR) erfasst. In den Jahren 1995 bis 2005 wurden 2179 Fälle registriert. Die altersstandardisierte Inzidenz liegt bei 14,7/100 000 pro Jahr, die höchste Inzidenz zeigt sich im ersten Lebensjahr (24,3/100 000), gefolgt von derjenigen der Altersgruppe von ein bis vier Jahren (19,3/100 000). Akute Leukämien (33 %), Neoplasien des Zentralnervensystems (22 %) und Lymphome (12 %) sind in diesem Zeitraum die häufigsten Tumore.

### **Die Schweiz liegt im europäischen Vergleich mit rund 20 % übergewichtigen Kindern auf Platz 7**

Die Zahl der übergewichtigen Kinder hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdreifacht, diejenige der fettleibigen Kinder beinahe versechsfacht. Kinder haben ein grosses Risiko, noch während ihrer Kindheit an den Folgen des Übergewichts zu erkranken (Diabetes, Gelenksbeschwerden, psychosoziale Probleme) und auch als Erwachsene übergewichtig zu sein. Die Förderung des natürlichen Bewegungsdrangs von Kindern und eine ausgewogene Ernährung sind wichtige Ansätze in der Prävention und Gesundheitsförderung und müssen ab Geburt beginnen. Übergewichtige Kinder treiben weniger Sport und legen seltener ihren Schulweg zu Fuss zurück. Auch der Fernsehkonsum korreliert mit dem BMI, wobei die Assoziation unter anderem auf «TV-Food» und Werbeeinflüsse zurückzuführen ist. Bei der Prävention sollte nicht nur das Verhalten von Kindern und Erziehungsberechtigten, sondern es sollten auch die Verhältnisse, die Übergewicht fördern, berücksichtigt werden.

### **Eine weitere Zunahme von Diabetes im Kindesalter ist anzunehmen**

Im Kindes- und Jugendalter liegt überwiegend der Diabetes mellitus Typ I vor, der auf einen Mangel des Hormons Insulin zurückzuführen ist. Typ II Diabetes, dem eine Resistenz gegen Insulin und eine unzureichende Bereitstellung des Hormons zu Grunde liegt, ist häufig mit Übergewicht und Bewegungsmangel assoziiert. Eine nationale Studie zur Inzidenz des Diabetes mellitus Typ I im Kindesalter hat eine 5 %-Zunahme der Typ I-Fälle in den Jahren 1991 bis 1999 erhoben. Diese Zunahme ist auf eine Vervierfachung der Inzidenz im Alter der 0–4-Jährigen zurückzuführen (2,4/100 000 zu 10,5/100 000). Eine ähnliche Entwicklung wird in anderen europäischen Ländern beobachtet. Ferner belegen Daten aus den



USA, dass auch die Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ II zunimmt. Eine Entwicklung, die wahrscheinlich zeitlich verschoben, auch in Europa und in der Schweiz zu sehen sein wird.

#### **Zahnkaries im Kindesalter nimmt zu**

Zahnkaries konnte in der Schweiz in Folge der gesamtschweizerischen Einführung der Zahnprävention im Kindesalter in den 1960er-Jahren (Fluoridierung, Kindergarten-/Schulbesuche) markant reduziert werden. In den vergangenen Jahren wurde allerdings, parallel zu den Entwicklungen in anderen europäischen Ländern, eine Zunahme von Karies im Milchgebiss und im bleibenden Gebiss von Kindern beobachtet: 13 % der Zweijährigen (Stadt Zürich, 2003), 45 % der Fünfjährigen (Winterthur 2001) und 36 bis 50 % der Siebenjährigen wiesen Karies auf (Gemeinden und Stadt Zürich 2005, 2006). Karies ist in sozial schwachen Familien und bei Kindern von im Ausland geborenen Müttern häufiger anzutreffen. Präventiv wirksam sind: einmal täglich Zähneputzen mit Fluoridzahnpaste, Verzicht auf Schoppenflaschen zum Einschlafen und auf zuckerhaltige Getränke, wozu auch viele der handelsüblichen Tees gehören.

#### **Mentale Gesundheit ist auch im Kindesalter ein nicht zu vernachlässigendes Thema**

Angststörungen (9,5 %) und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS 4–10 %) sind in der Prä-Adoleszenz relativ häufig, Depressionen dagegen deutlich seltener (0,5–2 %). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern wird eher unterschätzt. In der Genese psychischer Erkrankungen spielen genetische, hormonelle (Pubertät), somatische Faktoren und psychosoziale Belastungen eine Rolle. Etwa 5000 schwangere Frauen setzen ihre Kinder jährlich dem Risiko eines «Fetalen Alkohol-Effekts» (FAE) aus. Laut Fachliteratur liegt die Häufigkeit des FAE bei 10 auf 1000 Geburten. Für die Schweiz bedeutet das rund 725 Kinder mit der Diagnose eines «Fetalen Alkohol-Effekts» pro Jahr. Schätzungen zu Folge sind 90 000 Kinder und Jugendliche von Alkoholproblemen in ihren Familien betroffen. Die Alkoholabhängigkeit der Grosseltern oder Eltern stellt eine Hypothek für eine gesunde kindliche Entwicklung und ein Risiko für eine spätere Suchtproblematik dar.

### 3.2

## Massnahmen zur Verbesserung von Lebensbedingungen für Kinder

### 3.2.1

#### Schweizer Kinder- und Jugendpolitik ist Gesundheitspolitik

Im Positionspapier der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ) zu den Grundlagen der Schweizerischen Kinder- und Jugendpolitik wird darauf hingewiesen, dass die Bundesverfassung und die UNO-Konvention über die Rechte von Kindern genügend Grundlagen für eine nationale Kinder- und Jugendpolitik bieten. Die seit 1999 verfassungsmässig verankerte Aufgabe von Bund und Kantonen, den besonderen Förderungs- und Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen (Art. 67), und die Aussicht auf ein Präventionsgesetz stärken die Kompetenz des Bundes in der aktiven Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Einige der Forderungen der EKKJ, ein nationales Forschungsprogramm mit dem Schwerpunkt «Kinder und Jugendliche», die regelmässige Berichterstattung zur UNO-Kinderrechtskonvention sowie eine Mandatsausweitung auf Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 25 Jahren, wurden bereits umgesetzt.

### 3.2.2

#### Förderung und Unterstützung von Familien und Kindern

Das Armutsrisiko von Kindern wurde von verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen thematisiert. Die Notwendigkeit finanzieller Unterstützungsleistungen wird nicht in Frage gestellt. Weitere Möglichkeiten, frühen sozialen und gesundheitlichen Defiziten von Kindern in Armut vorzubeugen und diese zu beheben, werden jedoch unzureichend ausgeschöpft.

Bund und Kantone beteiligen sich mit Subventionen in der Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen. Der Bedarf scheint insbesondere in ländlichen Gebieten noch nicht gedeckt zu sein. Bezüglich der Schulbetreuungszeiten liegen erhebliche kantonale Unterschiede vor, die auf tradierte Differenzen im Schulsystem zurückzuführen sind. Einzelne Kantone bieten Ganztagschulen und Ganztagskindergärten an, die nicht nur der Berufstätigkeit der Eltern, sondern massgeblich den Kindern in ihrer sozialen und intellektuellen Entwicklung zugute kommen.

Schwangerschaftsbegleitung durch Hebammen oder Ärzte, Geburtskurse ebenso wie Elternbildungskurse oder Mütter- und Väterberatungsstellen dienen der Beziehungsfähigkeit, der Wissensvermittlung und der Kompetenzbildung von Eltern. Im Finalbericht einer Expertise zur Sekundärprävention von Suchtverhal-

ten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit kommen die Autoren zum Schluss, dass «die Bedeutung frühpräventiver Interventionen immer noch unterschätzt und bestehende Kenntnisse [...] nur punktuell rezipiert und umgesetzt werden». Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem gut ausgebauten medizinischen Betreuungsangebot von Schwangeren und Kleinkindern und dem lückenhaften Angebot an psychosozialer Unterstützung.

Die Förderung und Unterstützung von Kindern und Familien sollte deren Alltag und Lebenswelten berücksichtigen. Im April 2004 lancierte UNICEF Schweiz die Initiative «Kinderfreundliche Gemeinde». Sie unterstützt die Umsetzung der Kinderrechtskonvention auf kommunaler Ebene sowie die Partizipation von Kindern und Jugendlichen und bietet Hilfe in der Standortbestimmung, Ausarbeitung und Umsetzung von Aktionsprogrammen an.

### 3.2.3

#### **Kinderschutz und Gewaltprävention stärken**

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) übernimmt die Koordinations- und Informationsaufgaben sowie die Finanzierung von Projekten im Bereich des Kinderschutzes. Das Angebot für von Gewalt betroffenen Familien und Kinder umfasst staatliche Opferhilfestellen, Stiftungen und Vereine (z. B. Pro Juventute, Marie Meierhofer-Institut, Kinderschutz Schweiz), Kinder- und Jugendbüros sowie eine Vielzahl von Personen, die tagtäglich Kinder betreuen, pflegen und unterrichten. Neben Kriseninterventionen gibt es rechtliche und therapeutische Hilfen und auf Eltern fokussierte Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenzen, wie zum Beispiel Elternkurse oder die nationale Kampagne «Stark durch Erziehung». Die Autoren des «Konzept[s] für die Prävention gegen Gewalt an Kindern» aus dem Jahr 2000 kritisieren, dass die Präventionsmassnahmen zu sehr auf das Individuum und die Familien konzentriert und insgesamt zu wenig koordiniert sind. Der Kindheits- und Jugendbericht Schweiz, im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 52, wird im Jahr 2008 erwartet und über die Fortschritte im Kinderschutz berichten.

### 3.2.4

#### **Ernährung und Bewegung im Kindesalter – Grundsteine für lebenslanges Gesundheitsverhalten**

Die Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung erfolgt in der Schweiz auf vielen Ebenen: Das Bundesamt für Gesundheit entwickelte das Nationale Programm «Ernährung, Bewegung und Gesundheit» und unterstützt zusammen mit der Gesundheitsförderung Schweiz das Programm «Suisse Balance», das Projekte

zu Ernährung und Bewegung mit Kindern und Jugendlichen als Zielgruppe initiiert und fördert. Das Bundesamt für Gesundheit, verschiedene Fachorganisationen und UNICEF Schweiz unterstützen die Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens, die mit der Information der Bevölkerung, der Evaluation von Geburtskliniken und der Überwachung des Vermarktungskodex von Muttermilchersatzprodukten beauftragt ist. Das Bundesamt für Sport legt auch im neuen Forschungskonzept 2008 wieder Wert auf Forschungsarbeiten zu Gesundheit und Bewegung. Seit 1997 koordiniert das Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention RADIX im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und der Gesundheitsförderung Schweiz das Netzwerk «Gesundheitsfördernde Schulen». Im Jahr 2005 beteiligten sich 356 Schulen in der Schweiz an diesem Netzwerk. An den Schulen werden allgemeine und persönliche Gesundheitspotenziale und -risiken thematisiert sowie Problemlösungskapazitäten entwickelt und gefördert. Die Aktion «Schule.bewegt» zur Förderung der Bewegung an Schulen besteht seit 2004 und konnte im Jahr 2007 eine Anzahl von 750 teilnehmenden Schulen vorweisen. In einigen Kantonen wird die Gesundheitsförderung bereits im Vorschulalter angesetzt. Die Projekte «Burzelbaum» oder «Tacco & Flip» zur Förderung von Bewegung und Geschicklichkeit sowie von gesunder Ernährung richten sich an Kindergartenkinder. Einen Überblick über die verschiedenen Angebote im Kindergarten und Schulalter bietet das Netzwerk Ernährung und Gesundheit «Nutrinet».

### 3.2.5

#### **Gesundheitssystem – Prävention und Therapie für alle Altersgruppen notwendig**

In der frühen Kindheit gibt es vor allem medizinisch-orientierte präventive Ansätze: Impfungen, Screeningmethoden, Routineuntersuchungen. Ganzheitliche und niederschwellige Ansätze mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Kompetenzstärkung sind unter anderem die Elternbriefe der Pro Juventute, die Eltern über die kindliche Entwicklung, Gesundheit und Prävention informieren, oder Angebote der Mütter- und Väterberatungsstellen sowie der Gemeindezentren. Die Themen «Sicherheit im Verkehr» und «Unfallprävention» im Kindesalter werden über Broschüren der Bundesstelle für Unfallverhütung und der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, durch die polizeiliche Verkehrserziehung und durch kantonale Kampagnen vermittelt. Zielgruppe der meisten Präventionsprogramme sind Kindergarten- und Schulkinder. Damit wird das erste Zeitfenster der Prävention verpasst. Experten fordern ein früher einsetzendes Erkennungsprogramm von gefährdeten Kindern und Familien sowie eine Gesundheitserziehung bereits in den ersten Lebensjahren.

### 3.3

## **Bedarf an Forschung und Prävention für Kleinkinder und Kinder ist gross**

### 3.3.1

#### **Monitoring und Forschung zu Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten**

Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Gesundheit im Jugend- und Erwachsenenalter ist unbestritten. Es zeigt sich, dass kindliche Gesundheitsprobleme, Übergewicht und Bewegungsmangel, angeborene wie erworbene Erkrankungen und Behinderungen oder Traumata zu chronischen Gesundheitsschäden und -beschwerden führen können. Vermehrt werden zusätzlich zu den biologischen und physiologischen Determinanten der Gesundheit auch die soziologischen und ökonomischen Einflüsse im Kindesalter diskutiert und untersucht. Generell ist in der Schweiz ein Mangel an Daten und an Analysen vorhandener Daten zur Gesundheit im Kindesalter, insbesondere im Kleinkindalter, zu erkennen. Häufig fehlen die Bezüge zwischen den erhobenen Gesundheitsdaten und den Determinanten der Gesundheit. Die positiv hervorzuhebenden Routine- und Vorsorgeuntersuchungen werden statistisch unzureichend erfasst und evaluiert. Routinemässige Datenerhebungen zu den Lebensumständen und dem Gesundheitsstatus von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren könnten das Wissen über gesundheitsförderliche und präventive Potenziale der ersten Lebensjahre vertiefen und den notwendigen Handlungsrahmen erheben. Es wäre weiterhin zu prüfen, inwieweit die Familien- und gesundheitspolitischen Gesetze und Programme den veränderten Familienformen, der multikulturellen Gesellschaft und den täglichen Lebens- und Bewegungsräumen der Kinder gerecht werden.

### 3.3.2

#### **Einbezug von Kindern in die Planung gesundheitsfördernder Massnahmen**

Über die Gesundheitsprobleme von Kindern in der Schweiz und den Inhalt von Präventionsbotschaften besteht weitgehend Einigkeit. Diese unterscheiden sich auch nur geringfügig von europäischen Nachbarländern. Neben den medizinisch orientierten Präventionsprogrammen und Vorsorgeuntersuchungen, die einen unumstösslichen Stellenwert besitzen, sind wichtige Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung die Förderung der Gesundheitskompetenzen von Kindern und ihren Eltern, die Stärkung der Gesundheitsdeterminanten und die Vermeidung von sozioökonomischen Risikofaktoren. Es wäre wünschenswert, diese Ansätze unter Berücksichtigung bestehender und positiv evaluierter Programme auszubauen. Für die Anpassung der Projekte an die Adressaten und die betroffe-

nen Altersgruppen ist eine Partizipation von Kindern und Eltern zu diskutieren. In der UNO-Kinderrechtskonvention wurde explizit gefordert, Kinder in die Gestaltung kantonaler Kinder- und Jugendpolitik, aber auch bei städtebaulichen Fragen oder bei der Bedarfsabklärung und Planung familienergänzender Strukturen einzubeziehen.

### 3.3.3

#### **Policy-Empfehlungen: Multisektorale Strategie für einen gesunden Lebensanfang**

Verschiedene Gruppen machen sich in der Schweiz für Kinder und Familien stark und setzen sich auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene für die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ein. In diesem Sinne wäre eine verstärkte multisektorale Zusammenarbeit der Politik- und Gesellschaftsbereiche, die zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen und Lebensweisen von Kindern und Jugendlichen beitragen können (Stadtplanung, Bildung, Umwelt, Gesundheit), wünschenswert. Entsprechend der Empfehlungen der EU ist zu überlegen, ob eine nationale Strategie «Gesunder Lebensanfang, gesunde Kindheit» in der Umsetzung dieser bedürfnisorientierten Ziele hilfreich wäre. Diesbezüglich dürfte eine Ausweitung des Mandats der EKKJ auf die Kinder unter sechs Jahren sinnvoll sein.

#### **Literatur**

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2004). Entwicklungschancen fördern. Prävention zu Gunsten gefährdeter Kinder und Jugendlicher. Bern: BAG.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2005). Gewalt gegen Kinder. Konzept für eine umfassende Prävention. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2007). Neugeborene in Schweizer Spitälern 2004. Spitalversorgung von termin- und frühgeborenen Säuglingen. Statistik Schweiz, Fachbereich 14 Gesundheit. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2007). Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1993–2002. Statistik Schweiz, Fachbereich 14 Gesundheit. Neuenburg: BFS.
- Eichholzer M., Camenzind-Frey E. et al. (2005). Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.
- Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ) (2006). Bieler Tagung 2006 – Welche Zukunft? Armut und sozialer Ausschluss von Kindern und Jugendlichen. Bern: EKKJ/BSV.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2004). Familienbericht 2004. Strukturelle Anforderungen an eine bedürfnisgerechte Familienpolitik. Bern: EDI.
- Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) (2004). Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel. Porträt des Nationalen Forschungsprogramms NFP 52. Bern: SNF.

UNICEF (2007). Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries.  
Florence: UNICEF.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) >  
Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht





# 4 Jugendalter

Pierre André Michaud und Joan-Carles Suris, Forschungsgruppe Jugend-  
gesundheit, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne

Während die Mehrheit der jungen Menschen in der Schweiz sich guter Gesundheit erfreut, leiden 10 bis 30 % unter körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, die massgeschneidertes und gemeinschaftliches Handeln erfordern. Die Anzahl junger Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, übergewichtig oder fettleibig sind, ein Drogenproblem haben oder Opfer von Gewalt werden, wird immer grösser. In bestimmten Problem-bereichen (z. B. Drogenkonsum) sind die Zahlen in der Schweiz höher als in den Nachbarlän-  
dern. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen sich besser auf die besonderen Bedürfnisse Jugendlicher vorbereiten und einstellen. Aber auch Schulen können beispie-  
lweise Regeln aufstellen, die auf die Verbesserung des gesamten Schulklimas abzielen. Dies wird sich nicht nur auf die schulischen Leistungen positiv auswirken, sondern auch auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Da der Zugang zu Bildung und Ausbildung einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat, sind vor allem für diejenigen jungen Men-  
schen, die schulische Schwierigkeiten haben, besondere Anstrengungen notwendig. Strukturelle und politische Interventionen können dazu beitragen, ein gesundheitsförder-  
ndes Umfeld zu schaffen: zum Beispiel durch eine aktivierte Integrationspolitik für junge Migranten als Mittel gegen Verhaltensauffälligkeiten, durch zusätzliche Massnahmen zur Integration von Jugendlichen mit sensorischer, motorischer oder psychischer Behinderung und durch die vermehrte Förderung von Jugendinitiativen, die das Zugehörigkeitsgefühl und den Verantwortungssinn stärken.

#### 4.1

### **Gesundheit im Jugendalter: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstrends**

Gemäss Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO liegt die Adoleszenz in der Lebensphase zwischen 10 und 19 Jahren; bei der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren spricht man von jungen Erwachsenen. Die gesamte Altersgruppe von 10 bis 24 Jahren wird im Folgenden zusammenfassend unter dem Begriff «junge Menschen» – im Englischen *youth* genannt – bezeichnet.

In diesem Kapitel wird für die Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen zunächst ein Überblick über demografische Merkmale und Trends, über ihren Gesundheitszustand und die hierfür relevanten Einflussfaktoren (Determinanten) dargestellt. Anschliessend werden verschiedene Präventionsmassnahmen aus prioritären Problembereichen vorgestellt. Ferner wird diskutiert, welche Aktivitäten im Bereich der medizinischen Versorgung und der Gesundheitsförderung im sozialen und politischen Umfeld notwendig sind.

Im Jahr 1900 machte die Altersgruppe der 0- bis 20-Jährigen noch 41 % der Gesamtbevölkerung der Schweiz aus. 1930 waren es 34 %, 1970 noch 31 % und 2000 nur noch 23 %. Verschiedene Modellrechnungen gehen davon aus, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) an der Gesamtbevölkerung bis 2050 auf 17 % zurückgehen wird, während der Anteil der Menschen im Rentenalter (ab 65 Jahre) im selben Zeitraum auf 16 bis 28 % steigen wird. Der Jugendquotient (das zahlenmässige Verhältnis der jüngeren, noch nicht berufstätigen Bevölkerung zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter) wird zwischen 2000 und 2050 von rund 35 auf 27 % zurückgehen (je nach Berechnungsmodell). Dies unterstreicht die Bedeutung dieser Altersgruppe für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen.

#### 4.1.1

### **Vielfältige Determinanten bestimmen die Gesundheit von Jugendlichen**

Die Gesundheit der jungen Menschen unterliegt zahlreichen Einflussfaktoren, die das Auftreten verschiedener gesundheitlicher Probleme aufhalten oder begünstigen können. Diese Faktoren sind sowohl auf persönlicher Ebene als auch im familiären und gesellschaftlichen Umfeld (v. a. Wohnsituation, Schule, Freundeskreis) angesiedelt. Auch soziodemografische Faktoren sowie wirtschaftliche, rechtliche und soziale Aspekte wirken sich positiv oder negativ auf die Gesundheit der jungen Menschen aus:

- In gesundheitlicher Hinsicht bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei Mädchen und jungen Frauen treten psychische Probleme wie Depressionen, suizidales Verhalten oder Essstörungen häufiger auf, und sie sind naturgemäss anfälliger für sexualmedizinische Probleme. Jungen und junge Männer hingegen neigen eher dazu, Konflikte in Form von gewaltsamem oder auffälligem Verhalten auszutragen; sie unterliegen dadurch einem erhöhten Risiko für Unfälle. Während es Mädchen und jungen Frauen leichter fällt, sich Hilfe zu holen oder zum Arzt zu gehen, begegnen ihre männlichen Altersgenossen Problemen häufiger mit Verleugnung und Schwierigkeiten, den ersten Schritt in Richtung Hilfe zu tun.
- Ungewisse Zukunftsperspektiven schlagen sich auf die Gesundheit vor allem bei denjenigen jungen Menschen nieder, die aus einem benachteiligten sozioökonomischen Umfeld stammen oder schulische Schwierigkeiten haben. Ab dem 15. Lebensjahr besteht ein deutlicher gesundheitlicher Unterschied zwischen Jugendlichen, die in das Ausbildungs- und Berufsleben integriert sind, und denen, die keine berufliche Perspektive haben. Diese Schere öffnet sich mit der Zeit immer weiter. Der sozioökonomische Status der Eltern verstärkt diese Benachteiligung zusätzlich: Junge Menschen aus ärmeren Familien haben grössere Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu finden. Der TREE-Studie (TRansitions form Education to Employment) zufolge haben sieben Jahre nach Ende der obligatorischen Schule 20 % der PISA-Kohorte noch keinen Abschluss erworben; die Hälfte Kohorte hat das Bildungssystem bereits verlassen. Ein überproportionaler Anteil dieser Fälle stammt aus einem benachteiligten Umfeld.
- Junge Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine weitere Gruppe dar, die in bestimmten Bereichen erhöhten Risiken unterliegt. So haben minderjährige Mädchen der ersten Einwanderergeneration häufig grosse Schwierigkeiten, an Verhütungsmittel zu gelangen, und sie werden deutlich häufiger ungewollt schwanger als junge Mädchen schweizerischer Nationalität (siehe Kap. 5.2).

#### 4.1.2

#### **Chronische Krankheiten und Behinderungen bei Jugendlichen nehmen zu**

Drei Hauptaspekte kennzeichnen die Entwicklung der gesundheitlichen Situation der Jugendlichen in der Schweiz und auch in den anderen Industrieländern: Erstens ist die Häufigkeit körperlicher Erkrankungen und Beschwerden (häufig infektiösen Ursprungs) bei Kindern und Jugendlichen stark zurückgegangen. Zweitens nimmt das Gewicht der chronischen Krankheiten und Behinderungen zu. Kinder, die früher an Krebs oder degenerativen Erbkrankheiten verstorben wären, bleiben heute am Leben und bedürfen einer besonderen Versorgung und

Behandlung, damit sie sich entfalten und als integriertes Mitglied der Gesellschaft aufwachsen können. Drittens hat in den letzten 20 Jahren die Verbreitung psychischer Krankheiten und Verhaltensstörungen einschliesslich des problematischen Konsums legaler und illegaler Drogen stetig zugenommen. Über dies hinaus ist auch die Lebensführung vor allem in Bezug auf Verhütung, Drogenkonsum, Ernährung und Bewegung zu beachten. Viele Gewohnheiten werden im Alter zwischen 10 und 24 Jahren geprägt und wirken sich erst mittel- und langfristig auf Gesundheit und Wohlergehen aus.

#### 4.1.3

#### **Gewalteinwirkung ist eine häufige Todesursache**

Hinsichtlich der Sterblichkeitsrate der 10- bis 24-Jährigen belegt die Schweiz im europaweiten Vergleich einen mittleren Rang (siehe Tab. 1).

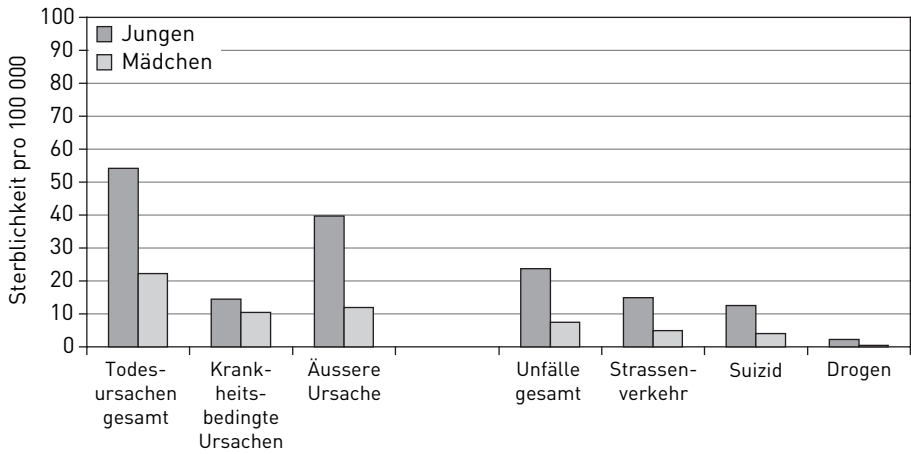
In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen werden zwei Drittel aller Todesfälle bei jungen Mädchen und drei Viertel der Todesfälle bei jungen Männern durch Gewalteinwirkung verursacht (siehe Abb. 1). Der Anteil der durch äussere Ursachen (Gewalteinwirkung) herbeigeführten Todesfälle entspricht dem europäischen Durchschnitt. So liegt er in der Schweiz bei 26,2 auf 100 000 Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren, während er in den Niederlanden bei 15,2/100 000, in Frankreich bei 24,9/100 000, in Deutschland bei 22,6/100 000 und in bei Finnland 36/100 000 Jugendliche beträgt.

Im Zeitraum zwischen 1970 und 1995 ist die Sterblichkeit bei den jungen Menschen unverändert geblieben, während sie sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen und Älteren stark zurückging. Neuste Statistiken des BFS hingegen deuten auf eine Besserung in den letzten zehn Jahren hin. Demnach ist unter Berücksichtigung sämtlicher Todesursachen die Sterblichkeitsrate der jungen Menschen (10–24 Jahre) zurückgegangen (siehe Abb. 2).

**Tabelle 1:** Sterblichkeitsraten (pro 100 000 Einwohner) in verschiedenen Altersgruppen und europäischen Ländern im Vergleich

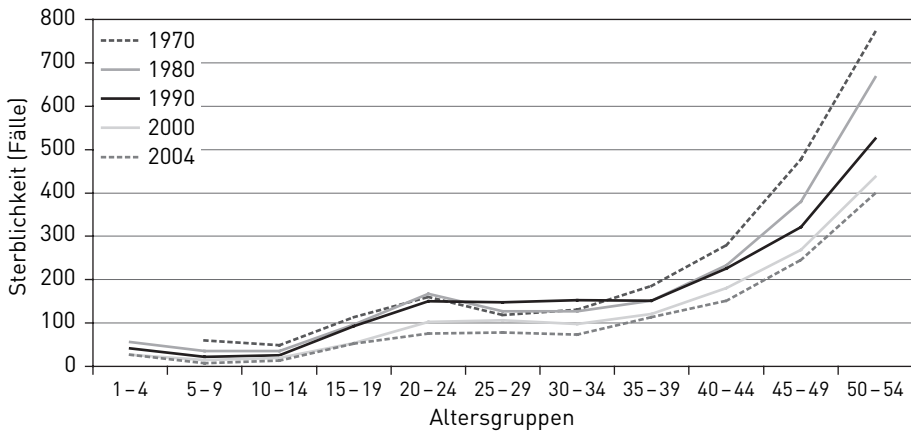
	10–14 Jahre	15–19 Jahre	20–24 Jahre
Schweiz	13,5	37,8	50,3
Frankreich	12,1	38,9	58,7
Grossbritannien	12,5	37,1	54,1
Niederlande	12	28,6	37,5
Spanien	14,6	39,4	50,8

Quelle: European Commission, 2000; Bundesamt für Statistik (BFS).



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Todesursachenstatistik 2004.

**Abbildung 1:** Sterblichkeit pro 100 000 Einwohner in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen in der Schweiz, nach Todesursache und Geschlecht aufgeschlüsselt, 2004



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Todesursachenstatistik 1970–2004.

**Abbildung 2:** Sterblichkeit (unter Berücksichtigung sämtlicher Todesursachen) bei Jungen und Männern verschiedener Altersgruppen in der Schweiz von 1970 bis 2004

## 4.2

### Gezielte Prävention

#### 4.2.1

#### Unfall- und Gewaltprävention in Lebensbereichen von Jugendlichen

In allen Regionen Europas ist die Häufigkeit von Verkehrsunfällen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am höchsten. Im Jahr 1995 reichten die unfallbedingten Sterblichkeitsraten von 12 auf 100 000 Einwohner in Schweden bis 61/100 000 Einwohner in Portugal. In der Schweiz lag diese Ziffer bei rund 20/100 000 Einwohner. Erfreulicherweise ist seit den 1970er-Jahren ein relativ deutlicher Rückgang der gewaltsamen Todesfälle zu verzeichnen. In der Schweiz beispielsweise ist die verkehrsunfallbedingte Mortalität in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen jungen Männer von 48 auf 21/100 000 Einwohner gesunken, bei den jungen Frauen von 15 auf 2,9/100 000 Einwohner (siehe Kap. 10). Auch in anderen europäischen Ländern ist diese Zahl zurückgegangen, wenngleich weniger deutlich. Es wurden verschiedene Strategien beschrieben, mit denen sich die Zahl und die Schwere von Verkehrsunfällen eindämmen lassen: geänderte Strassenverkehrsvorschriften, sicherere Autos, schnelleres und effektiveres Eingreifen der Rettungsdienste und schliesslich die Erziehung der jungen Menschen zu verantwortungsvollem Verhalten im Strassenverkehr. Die in der Schweiz zu beobachtenden Fortschritte sind vermutlich grösstenteils auf strukturelle Massnahmen der letzten Jahre zurückzuführen, wie beispielsweise die Senkung der Promillegrenze für Autofahrer, vermehrte Geschwindigkeitskontrollen oder die Anschnall- und Helmpflicht. Auch die Verbesserungen bei den Rettungsdiensten und in der Notfallmedizin haben zweifellos zum Rückgang der tödlichen Unfälle beigetragen. Unfälle unter Alkohol- und Drogeneinfluss am Wochenende stellen ebenfalls ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar. Daher haben bereits mehrere Gemeinden einen nächtlichen Busdienst eingerichtet, damit die jungen Menschen nicht alkoholisiert mit dem eigenen Auto nach Hause fahren. Trotz dieser positiven Entwicklungen ist die Einführung weiterer Schutzmassnahmen denkbar, beispielsweise die Einführung der Helmpflicht auch für Fahrradfahrer sowie möglicherweise auch für Ski- und Snowboardfahrer. Gewalt gegen andere, einschliesslich Mobbing, ist in der Schweiz wie in anderen Ländern ein hochaktuelles Thema. Der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) zufolge wird in der Schweiz, verglichen mit dem europäischen Durchschnitt, ein erheblich höherer Anteil der Jugendlichen Opfer dieser Form von Gewalt: Bei den 13-Jährigen antworteten in der Schweiz 42 % der Mädchen und 47 % der Jungen, im Monat vor der Befragung Mobbing erlebt zu haben, gegenüber 38 und 37 % in England und 17 und 18 % in Schweden. Im Rahmen des von der WHO unterstützten Pro-

gramms zur Gesundheitsförderung an Schulen haben zahlreiche Schulen in der Schweiz auch Strategien zur Gewaltprävention entwickelt. Diese umfassen klar formulierte und strikt angewendete Schulregeln sowie Trainings zur Konfliktlösung, die bei Bedarf durch Schiedsgerichte aus Mitschülern unterstützt werden. Grundsätzlich wäre eine Politik zur noch aktiveren Einbindung aller Jugendlichen, insbesondere der jungen Migranten der ersten und zweiten Generation, zweifellos ein wirksames Mittel, um auffälliges Verhalten zu reduzieren.

#### 4.2.2

#### Konzertierte Aktionen gegen Übergewicht und Adipositas

In der Schweiz ist wie in den Nachbarländern eine epidemieartige Zunahme von Übergewicht und Fettleibigkeit zu beobachten, insbesondere bei Kindern und jungen Menschen. In einer aktuellen Untersuchung von Kindern und jungen Jugendlichen in der Schweiz wurde eine Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit von 16,6 und 3,8 % bei den Jungen und 19,1 und 3,7 % bei den Mädchen festgestellt. Diese Werte liegen im europäischen Mittelfeld. Das Problem ist vor allem auf ein zunehmend «übergewichtsförderndes» Umfeld zurückzuführen: Die Kinder und Jugendlichen in der Schweiz essen zu viel Fett und zu wenig Obst und Gemüse, sie bewegen sich immer weniger zu Fuss fort und treiben immer weniger Sport. In der SMASH-Studie (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) gaben knapp 30 % der jungen Mädchen und 13 % der jungen Männer an, in der Woche zuvor praktisch keine körperliche Tätigkeit über ununterbrochen 20 Minuten ausgeführt zu haben, bei der sie ins Schwitzen gekommen seien oder beschleunigt geatmet hätten. Verschiedene Schweizer Kantone führen derzeit Programme ein, die auf die Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten abzielen. Dennoch ist es illusorisch zu glauben, die Ausbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit könne durch Massnahmen eingedämmt werden, die allein im schulischen Umfeld ansetzen. Zukünftig wird auf struktureller Ebene an den grundlegenden Einflussfaktoren dieses Phänomens gearbeitet werden müssen. Ein europäischer Ausschuss hat kürzlich eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die zusammen mit Vertretern der Lebensmittelindustrie, der Verbraucherinnen und Verbraucher und der Medien Massnahmen zur Verbesserung der Bedingungen fördert. So ist in Schweden und den Niederlanden keine Werbung für Lebensmittel in Fernsehsendungen erlaubt, die sich an Kinder unter zwölf Jahren richtet. In Irland wurde ein Verhaltenskodex für Lebensmittelwerbung für Kinder eingerichtet, und grosse Konzerne wie Kellogg's haben Werbespots herausgebracht, die zu mehr Bewegung aufrufen. Mit Programmen wie «Gesundes Körpergewicht» oder «Suisse Balance» setzt sich die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zwar auf breiter Basis für die Prävention von Übergewicht und Fettleibig-

keit ein. Abgesehen von diesen Aktivitäten steht die Schweiz jedoch schlecht da, wenn es um strukturelle und politische Massnahmen zur positiven Beeinflussung von Ernährungsgewohnheiten oder die Ermutigung der Industrie geht, den Nährstoffgehalt von Nahrungsmitteln zu verbessern. Weil viele junge Menschen ihre Arbeitszeiten kaum mit einer regelmässigen sportlichen Vereinstätigkeit kombinieren können, muss das Angebot an nicht strukturierten Freizeitsportaktivitäten ausgebaut werden.

#### 4.2.3

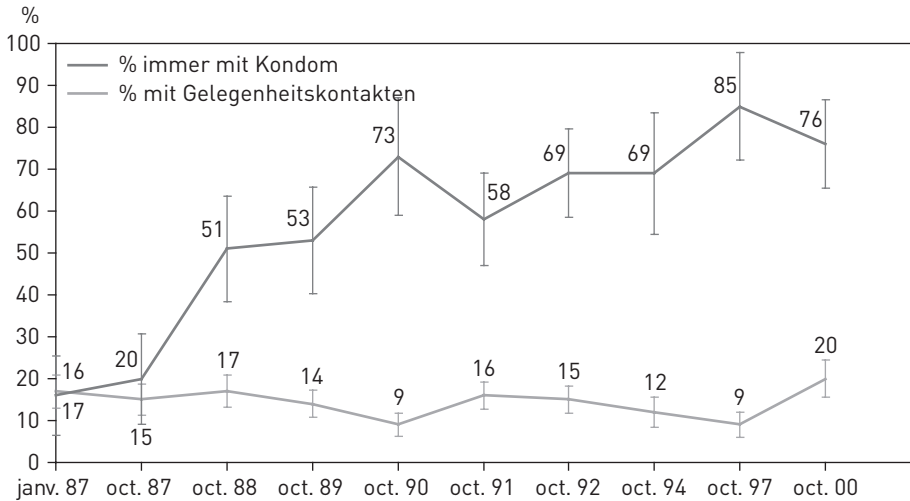
### **Aufklärung und Kompetenzvermittlung für sexuelle Gesundheit und gegen sexuelle Gewalt**

In der Schweiz ist sowohl die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch der ausgetragenen Schwangerschaften bei Jugendlichen aussergewöhnlich niedrig. So zählt man in der Schweiz 6,5 Abtreibungen pro 1000 junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, in England, Frankreich und Schweden hingegen sind es 16 bis 20 Abbrüche pro 1000 junger Frauen. Die Verbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen, insbesondere der Chlamydieninfektionen, scheint in den letzten Jahren nicht nennenswert zugenommen zu haben. Diese erfreuliche Situation ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Schweiz in diesem Bereich sehr aktiv Prävention betreibt: Einerseits wurden Familienplanungszentren eröffnet und die sexuelle Aufklärung gefördert, andererseits wird seit Jahren sehr erfolgreiche Politik zur Vorbeugung der HIV-Übertragung in Form der Kampagne «Stop Aids» betrieben. Der Anteil der 17- bis 20-Jährigen mit sexuellen Gelegenheitskontakten ist über die Jahre hinweg gleich geblieben, während innerhalb dieser Gruppe die Zahl derer, die konsequent Kondome verwenden, von 20 % in den 1980er-Jahren auf 80 bis 85 % zur Jahrtausendwende gestiegen ist (siehe Abb. 3).

Da jedes Jahr eine neue Kohorte Jugendlicher sexuell aktiv wird, müssen die Massnahmen zum Thema Liebesleben und Sexualität um jeden Preis weitergeführt werden. Als besonders wirksam haben sich hierbei Ansätze erwiesen, die gründliche Aufklärung mit der Vermittlung spezifischer Kompetenzen verbinden und sowohl die Jugendlichen selbst als auch die Vertreter verschiedener Gruppen (z. B. aus sozialen Netzwerken, Migranten) mit einbeziehen. In der Schweiz sollten sich Initiativen dieser Art gezielt auch an junge Migrantinnen richten, unter denen die Rate ungewollter Schwangerschaften im Vergleich zu ihren Schweizer Altersgenossinnen noch relativ hoch ist.

Ein weiteres Besorgnis erregendes Problem besteht in sexueller Gewalt und Pornografie. Der Anteil der Mädchen und Jungen, die angeben, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, scheint zwar seit 10 bis 15 Jahren nicht erheblich gestiegen zu sein. Dennoch stellen sexuelle Belästigung und Gewalt unverändert drängende Pro-





Quelle: Dubois-Arber, 2002.

**Abbildung 3:** Benutzung von Kondomen durch Jugendliche von 18 Jahren bei sexuellen Gelegenheitskontakten (Linie oben). Anteil der Jugendlichen, die angaben, solche Kontakte zu haben (Linie unten).

bleme dar. Weder Behörden noch Schulen haben bisher die volle Tragweite dieses Phänomens erfasst, das durch den Zugang zum Internet noch verstärkt wird. Es muss unverzüglich darüber nachgedacht werden, wie Eltern, Lehrpersonen und Jugendliche selbst zu unterstützen sind, indem sie über die Grenzen und Gefahren des Internets aufgeklärt werden. Doch während die übermässige oder missbräuchliche Nutzung des Internets Risiken für die psychische und sexuelle Gesundheit birgt, bietet das Netz gleichzeitig auch gute Möglichkeiten als Plattform für die gesundheitliche Aufklärung. Programme wie «www.ciao.ch» respektive «www.tschau.ch», die junge Menschen gezielt mit Informationen und Antworten auf die eigenen Fragen versorgen, verdienen eine grosszügige Unterstützung.

#### 4.2.4

#### Psychische Gesundheit und Suizid als ernstes Problem bei Jugendlichen

Europaweit sind verschiedenen Schätzungen zufolge zwischen 5 und 20 % der jugendlichen Bevölkerung von psychischen Problemen betroffen. Die Schweiz bildet dabei keine Ausnahme. Eine Kohortenstudie im Raum Zürich ergab für Kinder und Jugendliche im Schulalter eine Prävalenz psychischer Störungen von 22,5 %. Auch Studien mit Selbstauskunfts-Fragebögen weisen auf erheblichen

Bedarf in diesem Bereich hin. So gaben im Jahr 2002 rund 20 % der jungen Männer und 30 % der jungen Frauen zwischen 16 und 20 Jahren an, sie würden sich persönliche Unterstützung wünschen, um eine deprimierte Stimmung überwinden zu können. Diesbezügliche Massnahmen mit den meisten Erfolgsaussichten wurden im schulischen Umfeld durchgeführt und beruhen auf der Schaffung eines entwicklungsfördernden Klimas und auf Programmen zum Erlernen von Lebenskompetenzen.

Ein gewisser Anteil der Jugendlichen leidet auch unter schweren psychischen Erkrankungen, für die Ansätze der Sekundär- und Tertiärprävention angemessen sind. So könnten beispielsweise durch die Früherkennung einer Schizophrenie leidvolle, dramatische Entwicklungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie auch hinsichtlich der gesellschaftlich-beruflichen Ausgrenzung vermieden werden. Mit Fachkräften, die im schulischen Bereich eine solche Früherkennung betreiben und den schnellen Zugang zu geeigneten Therapien in spezialisierten Einrichtungen vermitteln, könnte das Fortschreiten der Erkrankung bis hin zur Invalidität und sozialen Ausgrenzung verhindert werden.

In der Schweiz ist im Vergleich zu den Nachbarländern eine relativ hohe Suizidrate unter Jugendlichen zu verzeichnen. Seit der Jahrtausendwende liegt diese Ziffer unter jungen Männern bei rund 20 auf 100 000 Einwohner, während sie in Frankreich und Deutschland halb so hoch ist und in England oder den Niederlanden rund 5/100 000 Einwohner beträgt. Seit den 1980er-Jahren ist die Rate jedoch auch in der Schweiz zurückgegangen. Eine wirksame primärpräventive Massnahme des Selbstmords besteht darin, den Zugang zu potenziellen Mitteln der Selbsttötung zu erschweren. Bisher hat die Primärprävention des Suizids, insbesondere im schulischen Umfeld, keine Wirkung gezeigt. Die individuelle Prävention stützt sich daher vor allem auf die frühzeitige Erkennung von Vorgängen, die zum Selbstmord führen. In verschiedenen Kantonen (Waadt, Genf, Freiburg, Zug) wurden gezielte Initiativen unternommen, um medizinisches Personal, Lehrpersonen und andere Erwachsene im Kontakt mit Jugendlichen für diese Früherkennung zu sensibilisieren.

#### 4.2.5

#### **Multisektorales Handeln gegen den Missbrauch psychoaktiver Substanzen**

Seit 20 bis 30 Jahren nimmt in der Schweiz wie auch in vielen anderen Ländern Europas der Konsum legaler und illegaler Drogen durch junge Menschen stetig zu, dies sowohl an der Prävalenz als auch an der Häufigkeit und den konsumierten Mengen gemessen. Die Schweiz ist das Land mit der höchsten Prävalenz von Cannabis-Konsum bei Jugendlichen: Im Jahr 2002 gaben 35,3 % der 15-jährigen Mädchen und 40,3 % der gleichaltrigen Jungen an, in den letzten zwölf Monaten

Cannabis konsumiert zu haben. Der europäische Durchschnitt liegt bei 16 % (Mädchen) und 21 % (Jungen). Gemäss neuester Studienergebnisse könnte bei 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz jedoch eine positive Entwicklung mit Konsumrückgang zu verzeichnen sein. Bei den jungen Menschen ab 15 Jahren hat zwischen 1993 und 2002 der Tabakkonsum zugenommen, insbesondere bei Jugendlichen in der Lehre. Hier sind auch der Alkoholkonsum in problematischem Ausmass wie auch der Konsum von Cannabis, Ecstasy und Kokain gestiegen, und zwar bei beiden Geschlechtern gleichermassen.

Der Bund stützt seinen Kampf gegen den Konsum illegaler Drogen auf die vier Säulen Repression, Prävention, Schadensbegrenzung und Therapie. Was die Prävention angeht, erweisen sich strukturelle Massnahmen häufig als wirksamer als reine Aufklärungskampagnen. Gerade bei der Nichtraucher-Gesetzgebung war die Schweiz bisher weit hinter ihren Nachbarländern zurückgeblieben. Gemäss europäischer Politik sollen in Zukunft mehr Nichtraucherbereiche geschaffen und der Tabakverkauf an Minderjährige unter 16 Jahren strenger kontrolliert werden. Ebenso sinnvoll wären Ansätze wie die strengere Durchsetzung des Verbots zur Abgabe von Alkohol an Jugendliche unter 16 Jahren sowie die höhere Besteuerung von Alcopops seit einigen Jahren. Diesen Massnahmen ist es möglicherweise zu verdanken, dass Alkoholkonsum und Rauschepisoden der 11- bis 15-Jährigen in letzter Zeit zurückgehen. Es ist anzustreben, dass die Erwachsenen und insbesondere die Politiker, Entscheidungsträger, Erzieher und Lehrpersonen in Zukunft in Bezug auf die Risiken des Konsums legaler und illegaler Drogen zu einer gemeinsamen Sprache finden. Die einschlägigen Gesetze sollten in allen Kantonen einheitlich angewendet werden.

Im kleineren Ausmass haben auch zahlreiche Schulen Massnahmen eingeführt, um den Drogenkonsum der Jugendlichen aufzuschieben und zu begrenzen. Die aktive Einbindung der Schülerinnen und Schüler, beispielsweise mittels Vermittlung von Lebenskompetenzen, und Begleitmassnahmen zur Verbesserung des schulischen Klimas berechtigen zur Hoffnung, Einfluss auf das Konsumverhalten in Bezug auf psychoaktive Substanzen nehmen zu können. Daneben wurden in der Schweiz verschiedene Programme erstellt, um die Aufdeckung von Drogenproblemen bei Jugendlichen zu fördern. Einen wichtigen Beitrag hierzu leistete das Bundesamt für Gesundheit mit der Einrichtung der 14 Zentren im Rahmen der Suchtpräventionsforschung bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen («supra-f»). Hier erhalten gefährdete Jugendliche über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten eine umfassende Unterstützung, die von schulischer und sozialberuflicher Förderung bis hin zu gesundheitlichen Massnahmen reicht. Schliesslich kommt auch den Gesundheitsberufen eine Rolle in der Prävention zu, und zwar in Form einfacher, kurzer Interventionen, die auf die Senkung des Substanzkonsums und der damit verbundenen Risiken ausgerichtet sind.

## Behandlung und Betreuung von jungen Menschen mit chronischen Erkrankungen

Rund 10 % der jungen Menschen in der Schweiz leiden an einer chronischen Erkrankung, das heisst an einer Erkrankung von mindestens sechs Monaten Dauer, die eine regelmässige Behandlung erforderlich macht, oder an einer körperlichen oder geistigen Behinderung. Immer mehr Kinder mit einer chronischen Erkrankung erreichen das Jugendalter. Diese Jugendlichen und ihre Familien brauchen besondere Unterstützung und Begleitung, um ihre Selbstständigkeit zu fördern. Medizinisches Personal ist für die spezifischen Gesundheitsprobleme der Jugendlichen stärker zu sensibilisieren. In verschiedenen Ländern wurden zum Beispiel Massnahmenkataloge erstellt mit dem Ziel, den Übergang des Betroffenen aus der pädiatrischen in die Erwachsenenbetreuung zu verbessern. Ebenso sollten mehr Möglichkeiten geschaffen werden, um diesen jungen Menschen den Eintritt ins sozioprofessionelle Leben zu ermöglichen. Die neuen IV-Bestimmungen sehen leider keine Politik der aktiven Unterstützung von Körperschaften, Gesellschaften und Unternehmen vor, Minderjährige mit Behinderung oder chronischer Erkrankung einzustellen. Darüber hinaus werden in der Schweiz Defizite bei der behindertengerechten Gestaltung von Gebäuden und öffentlichen Transportmitteln beklagt; diese sind zu beheben.

### 4.3

## Nichtspezifische Prävention und Gesundheitsförderung

### 4.3.1

#### Das Gesundheitswesen auf Jugendanliegen einstellen

In der Schweiz wie in anderen Ländern nehmen die jungen Menschen die Ressourcen des Gesundheitswesens häufig in Anspruch: 2002 waren drei Viertel aller 16- bis 20-Jährigen in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal beim Arzt. Bisher schienen die Versorgungsraten bei jungen Menschen aus benachteiligtem Milieu vergleichbar zu sein wie bei ihren besser gestellten Gleichaltrigen. Es ist jedoch zu befürchten, dass die kommenden Veränderungen im Versicherungssystem (Erhöhung der Franchisen, Einschränkungen bei der psychotherapeutischen Behandlung) letztlich zu einer Diskriminierung beim Zugang zur medizinischen Versorgung führen. Auch sind die Reaktionen des medizinischen Personals auf die besonderen Anforderungen der Jugendlichen weiterhin als mangelhaft zu bezeichnen. Es fehlt an einer ganzheitlichen Betrachtung junger Menschen und ihrer Gesundheit und damit an der Möglichkeit, medizinisch-therapeutische Kontakte der Jugendlichen für Aufklärungs- und Präventionsmassnahmen zu nutzen. Die Einrichtung zweier spezifischer Schulungszentren in der Westschweiz stellt einen

ersten Schritt zur Behebung dieses Defizits dar. Die Ausdehnung auf die übrige Schweiz ist zwingend. Auch Spitäler und Polikliniken, die junge Menschen aufnehmen, müssten sich gemäss den Grundsätzen der WHO und UNICEF speziell auf diese Altersgruppe einrichten, beispielsweise in Bezug auf Zugänglichkeit sowie auf hausinterne Abläufe und Vorschriften.

#### 4.3.2

### **Verbesserung des Schulklimas als Quelle für psychische und körperliche Jugendgesundheit**

Zahlreiche Schulen, insbesondere in den Kantonen der Deutschschweiz, haben sich dem vom Bundesamt für Gesundheit unterstützten Netzwerk «Gesundheitsfördernde Schulen» angeschlossen. Eine gross angelegte Evaluierungsstudie belegt die Richtigkeit eines umfassenden Ansatzes, der auf klar formulierten Schulregeln, einer Politik der gegenseitigen Achtung der Schülerschaft und der Lehrpersonen sowie auf Massnahmen zum Erlernen von Lebenskompetenzen beruht. Kontrollierte Studien aus dem Ausland bestätigen, dass sich ein solcher globaler Ansatz auf verschiedene Aspekte von Gewaltverhalten über Drogenkonsum bis hin zur psychischen Gesundheit positiv auswirken kann. Verschiedene Kantone und Einrichtungen führen derzeit diese Grundsätze ein. In anderen Worten: Ein Ansatz, der auf die Verbesserung des gesamten Schulklimas abzielt, wirkt sich nicht nur auf die schulischen Leistungen aus, sondern auch auf die Gesundheit der Schüler. Das gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche mit schulischen Schwierigkeiten. Denn der Zugang zu Bildung und Ausbildung ist ein entscheidender Faktor für die Gesundheit der jungen Menschen. Die hier geschilderten Ansätze benötigen jedoch ein grösseres Ausmass an politischer und finanzieller Unterstützung, als derzeit vorhanden ist.

#### 4.3.3

### **Gesundheitsförderung Jugendlicher ist eine Aufgabe von Gemeinschaft, Gesellschaft und Politik**

Die internationale Fachliteratur belegt die Wichtigkeit, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln die Eltern und die Gemeinschaft in die Gesundheitsförderung von Jugendlichen einzubeziehen. Erfreulich viele Initiativen zielen auf die Stärkung des sozialen Zusammenhalts in heterogenen Gemeinschaften oder versehen Eltern mit zusätzlichen Instrumenten, um die Erziehung ihrer Kinder zu verbessern. In Genf beispielsweise bietet die Organisation «le Point», die dem Jugendamt unterstellt ist, auf Anfrage Betreuung für Nachbarn, Eltern, Lehrpersonen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei Kommunikationsproblemen

und Konflikten mit Jugendlichen an. Ziel dieses von Erziehern und Sozialarbeitern geleiteten Programms ist es, die Integration der jungen Menschen zu fördern und ihrer Ausgrenzung vorzubeugen, die Gemeinschaft zwischen Kindern, Jugendlichen und der Gesellschaft zu stärken und Letztere in die Lage zu versetzen, ihr Verhältnis zu den jungen Menschen selbst zu regeln. Angesichts der grossen Bedeutung des Familienlebens für das gesundheitsrelevante Verhalten junger Menschen müssen grundsätzlich in Zukunft die Eltern stärker in die Präventionsmassnahmen, die sich an ihre Kinder richten, eingebunden werden.

Die Beteiligung der Jugendlichen an Jugendinitiativen und an für sie bestimmten Präventionsprogrammen ist ein wichtiger Faktor für den Erhalt ihrer Gesundheit. Gemäss UNO-Kinderrechtskonvention haben Kinder und Jugendliche ein Recht auf Selbstbestimmung. Ein Weg dahin sind beispielsweise Massnahmen unter der Leitung von Gleichaltrigen: dazu werden motivierte Jugendliche geschult und supervidiert, damit diese diverse Präventionsinterventionen innerhalb oder ausserhalb der Schule leiten können. Auch politische Organe auf Bundes- und Kantonalebene sollten Jugendinitiativen, die das Zugehörigkeitsgefühl und den Verantwortungssinn stärken, vermehrt fördern.

Was die Politik angeht, so gibt es in der Schweiz im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern kein Jugend- oder Bildungsdepartement. Trotz aller Bemühungen um eine jugend- und gesundheitspolitische Abstimmung zwischen den Kantonen unter der Federführung des Bundesamts für Gesundheit (bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz) wird die Umsetzung einer einheitlichen Politik dadurch erschwert, dass die meisten Gesundheits- und Bildungsthemen in der Verantwortung der Kantone liegen. Repressive Massnahmen gegen den Cannabis-Konsum beispielsweise werden von Kanton zu Kanton ganz unterschiedlich gehandhabt, und auch der Sport hat in jedem Schulsystem unterschiedlich viel Raum. Gleiches gilt für Massnahmen zur Förderung des Zugangs zu Ausbildungsplätzen. Die Stiftung Pro Juventute, die Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen oder die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände haben hierbei nur begrenzte politische Einflussmöglichkeiten und Entscheidungskompetenzen.

Es ist erfreulich, dass die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und das Bundesamt für Gesundheit eine Vielfalt von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für junge Menschen unterstützen. Dennoch sollte in Zukunft eine Instanz geschaffen werden, die produktiv und partnerschaftlich mit den zuständigen Regierungsstellen zusammenarbeitet. Dabei ist das Ziel, wirksam und nachhaltig die Entscheidungsfindung in gesellschaftlichen, rechtlichen und politischen Fragen, die für die Gesundheit junger Menschen von Bedeutung sein können, zu beeinflussen. Dies sind zum Beispiel arbeitsrechtliche Vorschriften für Minderjährige, Regelungen zur Aufnahme und Integration von Migrantinnen

und Migranten oder auch Bestimmungen zur Vergabe von Stipendien oder Hilfen an Familien in Not.

#### 4.3.4

#### **Bedürfnisse von Jugendlichen stärker berücksichtigen**

Die Mehrheit der jungen Menschen in der Schweiz weist eine gute Gesundheit auf. Dennoch leiden je nach untersuchtem Bereich 10 bis 30 % von ihnen unter körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen. Die Anzahl junger Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, übergewichtig oder fettleibig sind, ein Drogenproblem haben oder Opfer von Gewalt werden, wird immer grösser. Und in bestimmten Bereichen, wie beispielsweise dem Drogenkonsum, sind die Zahlen gar höher als in den Nachbarländern. Die Antworten auf diese Probleme liegen teils innerhalb, teils ausserhalb des Gesundheitswesens. So sollte das medizinische Personal besser auf die besonderen Bedürfnisse Jugendlicher vorbereitet und eingestellt sein. Aber auch Schulen können zum Beispiel Regeln aufstellen, die auf die Verbesserung des gesamten Schulklimas abzielen und sich nicht nur auf die schulischen Leistungen, sondern auch auf die Gesundheit der Schüler auswirken. Besondere Anstrengungen sind für diejenigen Kinder und Jugendlichen notwendig, die schulische Schwierigkeiten haben. Das ihnen zur Verfügung stehende Bildungsangebot muss ausgebaut werden, damit Bildung und Ausbildung als entscheidende Faktoren für die Gesundheit auch diesen jungen Menschen zugänglich sind.

Zahlreiche strukturelle und politische Initiativen sind denkbar, mit denen sich ein gesünderes Umfeld für die Heranwachsenden schaffen liesse. Genannt seien beispielsweise aktivere Bemühungen um die Integration junger Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation mit dem Ziel der Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten, die einige von ihnen zeigen. Ferner sind zusätzliche Massnahmen zur Integration von Jugendlichen mit sensorischer, motorischer oder psychischer Behinderung notwendig. Übergewicht und Fettleibigkeit liessen sich reduzieren, wenn das Angebot nicht strukturierter Freizeit-sportaktivitäten ausgebaut und die Qualität des Ernährungsangebots in der Schule, am Arbeitsplatz und auch in den Supermärkten verbessert würden. Schliesslich sollte bezüglich der Risiken des Konsums legaler und illegaler Drogen eine gemeinsame Sprache gefunden werden, die einschlägigen Gesetze in allen Kantonen sollten einheitlich angewendet werden; insbesondere gilt es Jugendinitiativen aller Art zu fördern, welche das Zugehörigkeitsgefühl und Verantwortungssinn stärken. Diese Massnahmen würden dazu beitragen, die gegenwärtige Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und Gewalttaten umzukehren.

## Literatur

- Cotter S. (2005). Le vieillissement démographique de la Suisse. Neuenburg: Office fédéral de la statistique.
- European Commission (2000). Report on the state of young people's health in the European Union. Bruxelles: European Commission.
- Bertschy K., Böni E., Meyer T. (2007). An der Zweiten Schwelle: Junge Menschen im Übergang zwischen Ausbildung und Arbeitsmarkt. Bern: Tree
- Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O. et al. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organization.
- Lister-Sharp D., Chapman S., Stewart-Brown S., Sowden A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. Oxford: Health Technology Assessment panels, the NCCHTA Advisory Group.
- Narring F., Tschumper A. M., Inderwildi Bonivento L., Jeannin A., Addor V., Buetikofer A. et al. (2002). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bearinger L. H., Sieving R. E., Ferguson J., Sharma V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 7, 369 (9568):1220–1231.
- Michaud P. A., Fombonne E. (2005). Common mental health problems. *BMJ*, 9, 330 (7495):835–838.
- Patel V., Flisher A., Hetrick S., McGorry P. (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 27:29–40.
- Tombourou J., Stockwell T., Neighbors C., Marlatt G., Sturge J., Rehm J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 27:41–51.
- Michaud P. A., Suris J. C., Viner R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child*, 89 (10):943–9.
- McIntyre P. (2003). Adolescent Friendly Health Services. Geneva: World Health Organization.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# 5 Lebensmittel

## 5.1

### Allein erziehende Mütter und Gesundheit

Claudine Burton-Jeangros und Jean-Marc Rinaldi,  
Fakultät für Soziologie, Universität Genf

Allein erziehende Elternteile müssen mit der wirtschaftlichen Versorgung der Familie und der Erziehung der Kinder eine Doppelrolle übernehmen. Die wissenschaftliche Literatur hat sich bisher vor allem mit der schwierigen wirtschaftlichen Lage dieser Familien beschäftigt; dagegen haben die Auswirkungen ihrer Situation auf die Gesundheit erst wenig Beachtung gefunden. Generell weisen allein erziehende Mütter eine schlechtere Gesundheit auf als Mütter, die in Partnerschaft mit dem Vater leben. Insbesondere ist die psychische Gesundheit betroffen; sie ist schlechter als bei verheirateten Müttern in Partnerschaften und bei allein stehenden Frauen ohne Kinder. Während die allein erziehenden Mütter im Vergleich zum Rest der Bevölkerung unter besonders prekären sozioökonomischen Bedingungen leben, rührt der negative Einfluss auf die Gesundheit vor allem daher, dass sie häufig nicht erwerbstätig sind. Allein erziehende Mütter rauchen häufiger als Frauen in Elternpaaren, was vermutlich mit den besonderen Belastungen durch ihre Lebenssituation zu erklären ist. Zum Teil nehmen allein erziehende Frauen in unterdurchschnittlichem Mass das Gesundheitssystem in Anspruch. Um die Lebensqualität und die Gesundheit dieser Familien zu verbessern, muss die Politik in verschiedenen Bereichen ansetzen: vor allem den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern, die Eingliederung der allein stehenden Frauen in den Arbeitsmarkt erleichtern, die Armut bekämpfen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern.

Wenn ein Elternteil allein ein oder mehrere Kinder grosszieht, spricht man von einer Einelternfamilie. Diese Familienform ist dadurch geprägt, dass einem einzigen Erwachsenen die Doppelrolle der wirtschaftlichen Versorgung der Familie

und der Erziehung der Kinder zufällt. Diese Rolle verrät viel über die gesellschaftlichen Erwartungen an Familie und Arbeit sowie die Aufteilung dieser Bereiche zwischen Mann und Frau. Die Familiensituation wurde in Studien zu Gesundheit und sozialer Ungleichheit erst wenig betrachtet, doch sind bereits Unterschiede beim Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der Haushaltszusammensetzung festgestellt worden. In diesem Kapitel soll die gesundheitliche Situation insbesondere der allein erziehenden Mütter im Vergleich zu den anderen Frauen in der Schweiz untersucht werden.

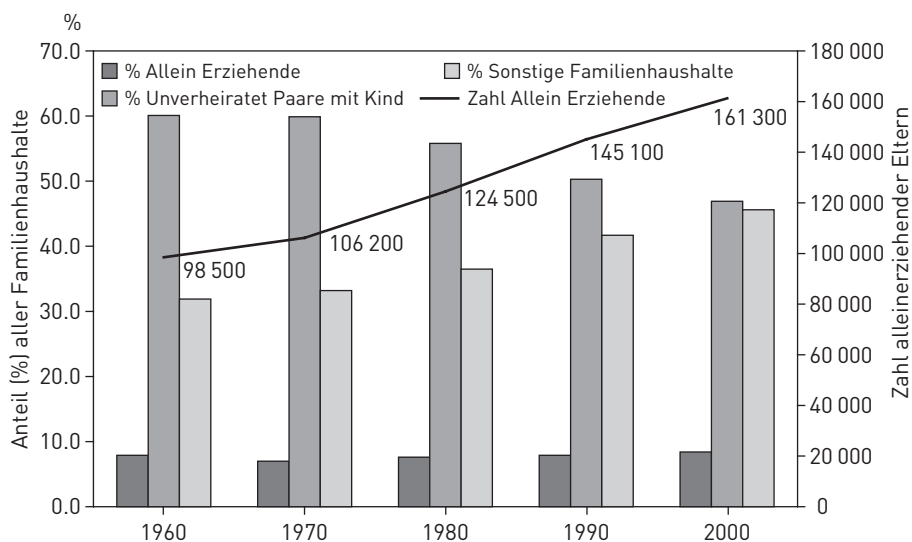
Einelternfamilien werden heute in den offiziellen Statistiken systematischer berücksichtigt, dennoch bleiben die Grenzen des Begriffs unscharf. Unterschiedliche Definitionskriterien finden Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Altersgrenze der Kinder. Gleichzeitig werden Analysen und internationale Vergleiche durch die geringen Fallzahlen erschwert. Mit dem Begriff wurden Einelternfamilien zunächst als gesellschaftlich abweichend beurteilte Lebensformen erfasst. Heute bezeichnet er angesichts der Diversifizierung der Familienformen vor allem von potenziell schwierigen Lebensumständen geprägte Familienkonstellationen.

Im folgenden Kapitel soll zunächst die Gesamtheit der Einelternfamilien in der Schweiz vorgestellt werden, vor allem auf Grundlage der Ergebnisse landesweiter statistischer Erhebungen. Mithilfe von Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 werden im zweiten Teil des Kapitels der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten allein erziehender Mütter mit Müttern in Partnerschaft, kinderlosen Frauen in Partnerschaft und allein stehenden Frauen verglichen. Im letzten Teil des Kapitels werden Massnahmen diskutiert, mit denen die Lebensqualität und die Gesundheit allein erziehender Mütter verbessert werden könnten. Auf Analysen zum Gesundheitszustand allein erziehender Väter muss verzichtet werden, da die Schweizerische Gesundheitsbefragung hierzu nicht genügend Daten liefert.

### 5.1.1

#### **Anteil der Einelternfamilien an allen Haushalten in der Schweiz seit 1960 stabil**

Der neusten Eidgenössischen Volkszählung zufolge gab es im Jahr 2000 in der Schweiz 161 300 Allein-Erziehenden-Haushalte mit insgesamt 420 476 Personen. Während die absolute Zahl dieser Haushalte und ihrer Mitglieder in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist, ist ihr Anteil an den Familienhaushalten (8,4 % im Jahr 2000) und an der Gesamtheit aller Haushalte (5,1 % im Jahr 2000) seit 1960 recht stabil geblieben (siehe Abb. 1). Diese Jahrzehnte waren insgesamt durch eine sinkende Anzahl Personen pro Haushalt geprägt, während die Zahl der Einpersonenhaushalte und kinderlosen Paare wuchs. Nach einer Zeit des grundlegenden Wan-



Hinweis: Die «sonstigen Familienhaushalte» sind kinderlose Paare sowie allein Stehende, die mit Vater und/oder Mutter zusammenleben.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eidgenössische Volkszählungen, eigene Berechnungen.

**Abbildung 1:** Einelternfamilien in der Schweiz seit 1960

dels verläuft die Diversifizierung der Familienformen heute wieder in ruhigeren Bahnen, und das Modell der Familie mit beiden Eltern und zwei Kindern bleibt vorherrschend. In den letzten 40 Jahren ist der Anteil der Haushalte mit allein Erziehenden plus Dritten (z. B. Elter, Grosseltern, Geschwister) stark zurückgegangen, von 33,7 % der Allein-Erziehenden-Haushalte im Jahr 1960 auf 6,7 % im Jahr 2000. Einelternfamilien gibt es überall in der Schweiz. Doch überdurchschnittlich stark vertreten sind sie in den städtischen Ballungszentren, insbesondere den Grossstädten wie Basel, Genf, Lausanne und Zürich.

Im europäischen Vergleich für das Jahr 2000 liegt der Anteil der Einelternfamilien an den Gesamthaushalten mit Kindern in der Schweiz mit 15,2 % im Mittelfeld. Höher liegt der Anteil in Grossbritannien (23 %) und Finnland (19 %), dagegen niedriger in Italien (10 %), Griechenland (10 %), Spanien (9 %) und Luxemburg (9 %). Vergleichbar mit der Schweiz sind die Relationen in Belgien (16 %), Dänemark (14 %), Deutschland (14 %) und Frankreich (14 %).

### Allein Erziehende und zusammenlebende Eltern – Unterschiede im demografischen Profil

In der grossen Mehrheit der Fälle sind es die Mütter, die allein erziehen. Im Jahr 2000 betraf dies 87,9 % der Einelternfamilien mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Allein Erziehende sind im Durchschnitt älter als zusammenlebende Eltern, zusätzlich sind allein erziehende Väter älter als allein erziehende Mütter, da die Väter die Kindererziehung tendenziell eher dann übernehmen, wenn die Kinder schon grösser sind. Die meisten allein erziehenden Eltern sind von ihrem Ex-Partner geschieden oder getrennt; seltener sind sie verwitwet oder ledig (siehe Tab. 1). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die in Einelternhaushalten leben, hat im Laufe der Zeit ebenfalls zugenommen: Im Jahr 2000 waren es 13,2 %, während 83,1 % bei beiden verheirateten Eltern wohn-

**Tabelle 1:** Soziodemografische Merkmale von Eltern mit Kindern unter 18 Jahren

Geschlecht	Allein Erziehende (n = 104 174)		Zusammenlebende Eltern (n = 690 691)	
	Frauen 87,9 %	Männer 12,1 %	Frauen 50 %	Männer 50 %
<b>Altersgruppe</b>				
< 35 Jahre	25,7 %	13,6 %	33,1 %	20,3 %
35–44 Jahre	51,7 %	43,8 %	50,1 %	48,9 %
45 Jahre und älter	22,7 %	42,7 %	16,8 %	29,8 %
<b>Anzahl Kinder unter 18</b>				
1 Kind	58,4 %	62,2 %	37,4 %	37,4 %
2 Kinder	32,8 %	29,2 %	44,4 %	44,4 %
3 Kinder und mehr	8,8 %	8,6 %	18,3 %	18,3 %
<b>Familienstand</b>				
Ledig	16,3 %	4,8 %		
Verheiratet (inkl. getrennt lebend)	31,3 %	49,3 %		
Geschieden	45,5 %	33,0 %		
Verwitwet	6,9 %	12,9 %		
<b>Bildungsstand</b>				
Kein Abschluss/ obligatorische Schule	21,9 %	16,2 %	22,5 %	16,7 %
Sekundarbildung	56,1 %	46,2 %	58,9 %	46,4 %
Tertiärbildung	13,8 %	27,6 %	13,1 %	31,7 %
Keine Angaben	8,2 %	10,0 %	5,6 %	5,2 %
<b>Berufstätig</b>	77,7 %	90,0 %	62,4 %	95,2 %

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eidgenössische Volkszählung 2000, eigene Berechnungen.

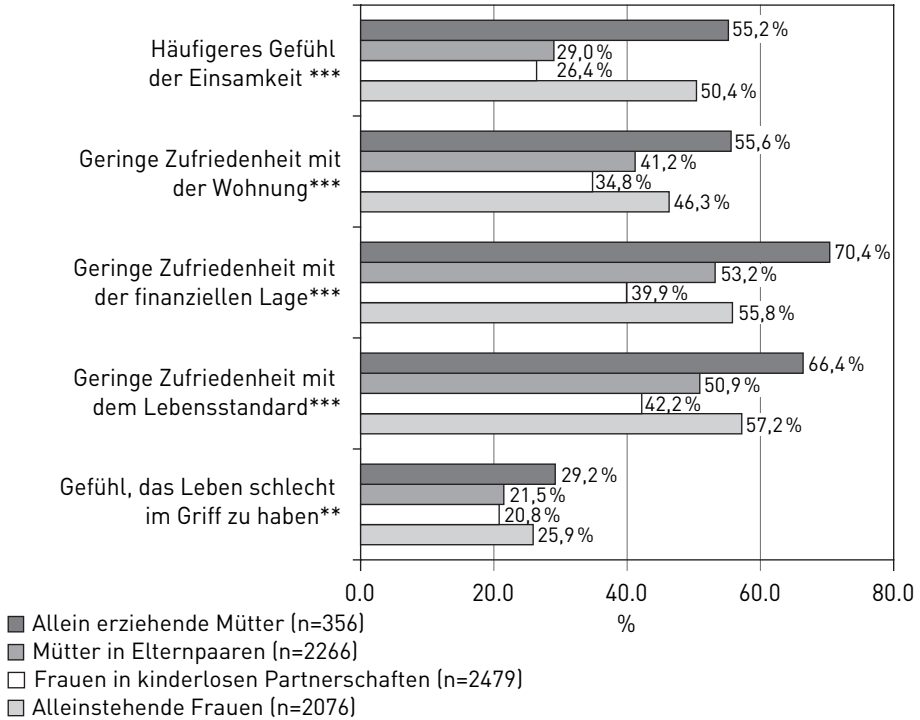
ten und 3,7 % bei ihren unverheirateten Eltern. In Einelternhaushalten ist die durchschnittliche Kinderzahl geringer als in Haushalten mit beiden Eltern (1,56 gegenüber 1,92 Kindern). Auch in anderen Ländern Europas werden ähnliche demografische Merkmale der Einelternfamilien beobachtet.

### **Allein Erziehende verfügen über weniger wirtschaftliche Ressourcen, und ihre Lebensqualität ist niedriger**

Beim Bildungsstand ist zwischen allein erziehenden und mit dem Partner zusammenlebenden Müttern kein Unterschied festzustellen, jedoch sind Erstere zu einem höheren Prozentsatz berufstätig (Tab. 1). Die Allein-Erziehenden-Haushalte gehören zu den Haushalten mit den niedrigsten Einkommen; ein Drittel der Haushaltseinkommen stammt aus Transferleistungen der Sozialversicherungen. Ein hoher Anteil der Einelternfamilien ist den «Working Poor» zuzurechnen (10,3 %). Noch höher ist dieser Anteil bei Paaren mit drei und mehr Kindern (16,5 %), während er bei Paaren mit einem Kind oder zwei Kindern niedriger ist (5,6 und 6,4 %) (siehe Kap. 3). Der Familienbericht 2004 hebt hervor, dass nahezu jede vierte Einelternfamilie in der Schweiz (23,6 %) unter der Armutsgrenze lebt.

Damit ist auch eine niedrigere Lebensqualität der allein Erziehenden verbunden (siehe Abb. 2), wie die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 belegen. Öfter als andere Frauen geben allein erziehende Mütter an, unter Einsamkeit zu leiden und das Gefühl zu haben, ihr Leben schlecht im Griff zu haben. Darüber hinaus äusserten sie sich weniger zufrieden über ihre Wohnsituation, ihre finanzielle Lage und ihren Lebensstandard.

Auch Studien in anderen westlichen Ländern belegen die schwierige wirtschaftliche Situation und geringere Lebensqualität allein erziehender Mütter. Die betroffenen Frauen sehen sich in mehrfacher Hinsicht mit gesellschaftlicher Benachteiligung konfrontiert, die auf geschlechtsspezifischer und auf sozialer Ungleichheit beruht. Gleichzeitig ist jedoch zu betonen, dass die Kategorie «Allein Erziehende» ein breites, heterogenes Spektrum umfasst, das insbesondere dadurch bestimmt wird, wie die Einelternfamilie entstanden ist (Scheidung, Tod des Partners, uneheliches Kind). Ausserdem ist die Situation des Alleinerziehens häufig nur ein Lebensabschnitt, eine vorübergehende Situation. Bezeichnend für den Vormarsch der Patchwork-Familien ist der steigende Anteil an Eheschliessungen, bei denen einer der Partner bereits einmal verheiratet war. Zusammenfassend muss das Problem der sozialen Auffälligkeit von Einelternfamilien in Relation zum Anteil dieser Familien an der Bevölkerung gesehen werden, und dieser Anteil ist im Vergleich zu Familien mit beiden Eltern nach wie vor sehr gering.



Statistisch signifikanter Zusammenhang \*\*\*  $p < 0,000$ , \*\*  $p < 0,05$

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

**Abbildung 2:** Lebensqualität allein erziehender Mütter im Vergleich zu anderen Frauen

### 5.1.2

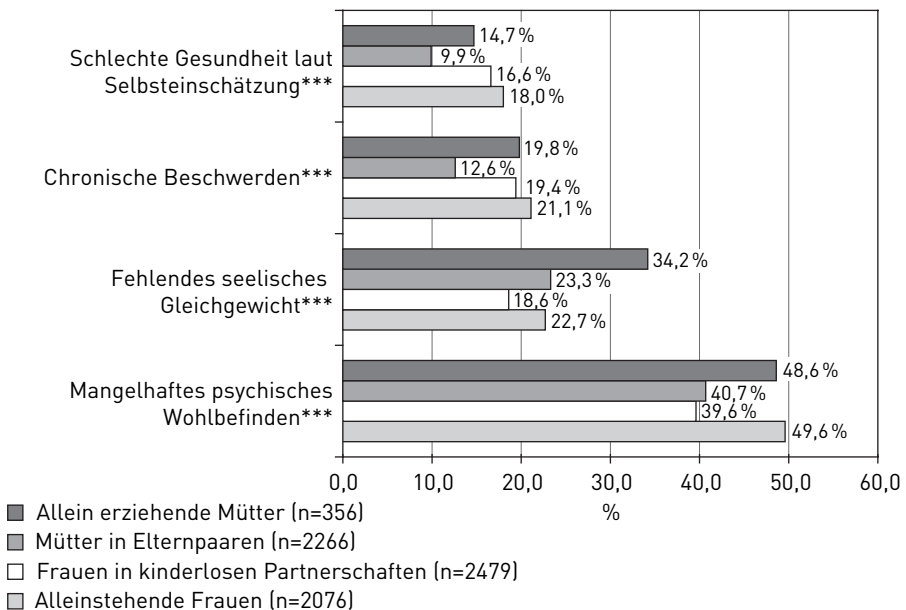
#### Geht es allein erziehenden Müttern gesundheitlich schlechter?

In Arbeiten zu gesundheitsbezogenen Aspekten sozialer Ungleichheit ist bisher wenig untersucht worden, welche gesundheitlichen Auswirkungen die Familienstruktur hat, in der ein Mensch lebt. Neuere Studien aus dem Ausland belegen jedoch eine erhöhte Sterblichkeit bei allein erziehenden Müttern im Vergleich zu Frauen in Elternpaaren. Für verschiedene Länder ist nachgewiesen, dass die psychische Gesundheit allein erziehender Mütter schlechter ist als die von Frauen in Elternpaaren. Erstere bewerten tendenziell auch ihren Gesundheitszustand schlechter und klagen über mehr Beschwerden als die in Paarbeziehung lebenden Mütter. Doch diese Unterschiede sind weniger deutlich ausgeprägt. Es stellt sich also die Frage, ob der schlechtere Gesundheitszustand der allein erziehenden Müt-

ter vor allem auf die – insbesondere wirtschaftliche und geschlechtsbezogene – soziale Benachteiligung der allein Erziehenden zurückzuführen ist oder auf ein besonderes Charakteristikum dieser Familien.

### Analyse des Gesundheitszustands

Gemessen an einer Reihe verschiedener Parameter ist der Gesundheitszustand allein erziehender Mütter in der Schweiz schlechter als der von Frauen in Elternpaaren. Allerdings bewerten Erstere ihre Gesundheit weniger negativ als kinderlose Frauen, egal ob allein stehend oder mit Partner. Sie klagen mit vergleichbarer Häufigkeit wie Letztere über chronische Leiden. Zum seelischen Gleichgewicht zeigt sich bei den allein erziehenden Müttern jedoch ein deutlich schlechteres Bild als bei allen anderen erwachsenen Frauen (siehe Abb. 3). Im Bereich des psychischen Wohlbefindens unterscheiden sich Frauen in Paarbeziehungen – mit oder ohne Kinder – von allein stehenden Frauen durch eine zuversichtlichere Grundhaltung. Epidemiologische Studien belegen auch sonst, dass das Zusammenleben



Statistisch signifikanter Zusammenhang \*\*\*  $p < 0,000$

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

**Abbildung 3:** Gesundheitszustand allein erziehender Mütter im Vergleich zu anderen Frauen

mit einem Partner sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Es gibt aber auch Studien, die darauf hindeuten, dass eine Trennung nach konfliktreicher Partnerschaft für Eltern und Kinder gesundheitsfördernd sein kann.

Die Analysen zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Merkmalen allein erziehender Mütter und ihrem Gesundheitszustand beruhen auf Beobachtungen von begrenztem Umfang. Dies darf bei der Interpretation der nachfolgend vorgestellten Ergebnisse nicht vergessen werden. Darüber hinaus ermöglichen die Ergebnisse lediglich, miteinander assoziierte Variablen zu identifizieren. Um die Determinanten zu benennen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der allein erziehenden Mütter ausüben, wären Longitudinalstudien erforderlich. Der Gesundheitszustand der allein erziehenden Mütter – gemessen an Selbstauskünften der Frauen zum Allgemeinzustand, psychischen Gleichgewicht und Vorliegen chronischer Beschwerden – ist nicht in signifikantem Mass von der Anzahl oder dem Alter der Kinder abhängig. Geschiedene allein erziehende Mütter klagen häufiger über psychisches Ungleichgewicht als ledige oder verwitwete Mütter. Diejenigen allein erziehenden Frauen, die unter Einsamkeit leiden, bewerten auch ihren Gesundheitszustand und ihr psychisches Gleichgewicht schlechter und klagen häufiger über chronische Beschwerden. Gleiches gilt für Frauen, die ihr Leben ihrer Meinung nach schlecht im Griff haben. Auch ein geringer Grad der Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und der finanziellen Lage geht mit grösserer seelischer Labilität einher. Das Fehlen einer oder mehrerer Vertrauensperson(en) hingegen beeinflusst die Gesundheit nicht; insgesamt geben die Befragten an, ein hohes Mass an sozialer Unterstützung zu erhalten (95,2 % sagten, sie hätten eine oder mehrere Vertrauenspersonen, auf die sie zählen können). Allein erziehende Mütter, die ihre psychosoziale Gesundheit als schlecht bezeichnen, klagen häufiger über körperliche Beschwerden als andere Frauen, jedoch im Allgemeinen nicht in signifikantem Mass häufiger. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Lage allein Erziehender in der Schweiz zwar nicht durchgängig mit schlechterer Gesundheit assoziiert ist, aber ein Teil der allein erziehenden Mütter sich doch gehäuften Nachteilen in verschiedenen Bereichen der Gesundheit und Lebensqualität gegenüber sieht.

Allein stehende Mütter unterscheiden sich vom Durchschnitt der Frauen auch durch ihre geringeren Einkünfte. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 betrug ihr durchschnittliches monatliches Äquivalenzeinkommen 2998 Franken pro Monat, gegenüber 3277 Franken für Frauen im Elternpaar, 4465 Franken für allein stehende Frauen und 4818 Franken für Frauen im kinderlosen Paar. Die Frauen mit geringem Einkommen stuften jedoch ihre Gesundheit nicht signifikant schlechter ein als die anderen allein erziehenden Mütter. Eine logistische Regressionsanalyse ergab, dass bei den anderen Frauengruppen ein geringeres Einkommen mit einem unterdurchschnittlichen Gesundheitszustand assoziiert ist. Ferner sind die allein erziehenden Mütter, wenn sie keiner bezahlten



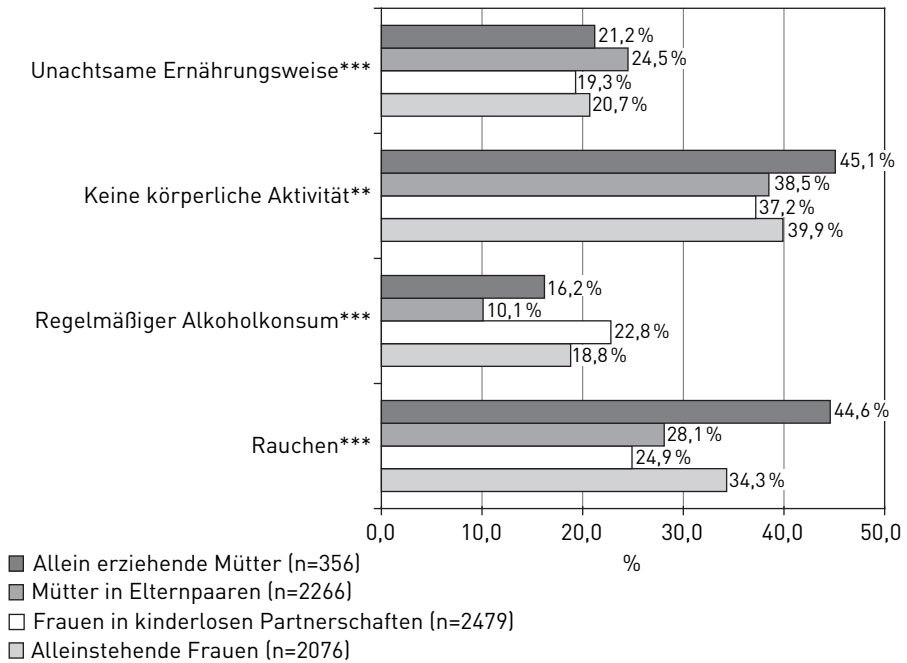
beruflichen Tätigkeit nachgehen, einem stark erhöhten Risiko für gesundheitliche Probleme und chronische Beschwerden ausgesetzt. Auch bei den allein stehenden Frauen ohne Kinder ist Erwerbslosigkeit systematisch mit einem schlechteren Gesundheitszustand verbunden. Bei den in Partnerschaft lebenden Frauen ist das psychische Gleichgewicht nicht davon abhängig, ob sie arbeiten oder nicht, während bei den allein stehenden Frauen Nichtarbeiten mit einem labileren psychischen Gleichgewicht einhergeht. Die Tatsache, dass die allein erziehenden Mütter ohne Erwerbstätigkeit einen unterdurchschnittlichen Gesundheitszustand aufweisen, lässt zwei entgegengesetzte Schlüsse zu: Entweder bewirkt ein Selektionseffekt, dass die schlechtere Gesundheit die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verringert, oder der Gesundheitszustand ist eine Folge der Erwerbslosigkeit, die mit hohem psychosozialen Druck verbunden sein kann.

#### Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Den Schweizer Daten zufolge rauchen allein erziehende Mütter deutlich häufiger als andere Frauen. Dies gilt insbesondere für geschiedene oder getrennt lebende Mütter, was auf einen Zusammenhang mit dem Trennungsstress hindeuten könnte. Auch unter den Frauen, die ein geringes Einkommen beziehen und mit ihrer finanziellen Lage und ihrem Lebensstandard unzufrieden sind, ist der Anteil der Raucherinnen erhöht. Der starke Tabakkonsum allein erziehender Mütter wurde auch in anderen nationalen Kontexten festgestellt und könnte die höheren psychosozialen Belastungen und eine geringere Lebensqualität widerspiegeln.

Darüber hinaus trinken allein erziehende Mütter geringfügig mehr Alkohol als Frauen in Elternpaaren, jedoch weniger als kinderlose Frauen (siehe Abb. 4). Frauen in Elternpaaren achten den eigenen Angaben zufolge am wenigsten auf ihre Ernährung, die anderen drei Gruppen etwa in gleichem Mass. Was die Zusammensetzung der Ernährung angeht, so essen die allein erziehenden Mütter geringfügig seltener Gemüse und Salat sowie Obst und seltener Fleisch, insbesondere rotes Fleisch. Allein erziehende Mütter treiben am seltensten Sport; insbesondere diejenigen unter ihnen, die ein geringes Einkommen haben, mit ihrer finanziellen Lage und ihrem Lebensstandard weniger zufrieden sind oder die zwei oder mehr Kinder haben. Neben diesen mässig grossen Unterschieden weisen allein erziehende Mütter keine weiteren besonders schädlichen Verhaltensweisen auf, die ihre Gesundheit und die ihrer Kinder erheblich beeinträchtigen würden.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens findet man bei allein erziehenden Müttern in den zwölf Monaten vor der Befragung weniger Arztbesuche als bei anderen Frauen (siehe Tab. 2). Die allein erziehenden, nicht erwerbstätigen Frauen wiesen im vorausgegangenen Jahr mehr Arztbesuche auf, diejenigen mit geringem Einkommen hingegen weniger. Wenn die Frauen



Statistisch signifikanter Zusammenhang \*\*\*  $p < 0,000$ , \*\*  $p < 0,05$

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

**Abbildung 4:** Gesundheitsverhalten allein erziehender Mütter im Vergleich zu anderen Frauen

jedoch zum Arzt gingen, so war die Zahl der Arztbesuche höher als bei Frauen aus den anderen Gruppen. Mütter, ob allein stehend oder in Partnerschaft, waren etwas häufiger im Krankenhaus als kinderlose Frauen. Letztere nahmen am häufigsten Medikamente, gefolgt von den allein erziehenden Müttern, die wiederum häufiger Medikamente nahmen als die Mütter in Elternpaaren.

Zusammenfassend ist in der Schweiz wie in anderen Ländern Europas der Gesundheitszustand allein erziehender Mütter schlechter als der von Müttern in Elternpaaren. Besonders hervorzuheben ist hierbei der schlechtere psychische Zustand, der wahrscheinlich auf die mit ihrer Lebenssituation verbundenen höheren Belastungen zurückzuführen ist. Multivariate Analysen zeigen, dass die wirtschaftliche Situation ein wichtiger Faktor für die schlechtere Gesundheit allein erziehender Mütter ist; sie erklärt jedoch nicht hinreichend die Gesamtheit der Unterschiede zwischen allein erziehenden Müttern und den Müttern in Elternpaaren. Die Bedeutung der Berufstätigkeit für die Gesundheit steht hierbei

**Tabelle 2:** Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch allein erziehende Mütter im Vergleich zu anderen Frauen

	Allein erziehende Mütter (n = 356)	Mütter in Elternpaaren (n = 2266)	Frauen in kinderlosen Partnerschaften (n = 2479)	Alleinstehende Frauen (n = 2076)
Mindestens ein Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten**	75,5 %	80,3 %	83,2 %	81,3 %
Wenn ja, mittlere Zahl der Arztbesuche	6,08	4,17	4,61	5,55
Krankenhausaufenthalte (ein Tag oder länger)***	14,7 %	15,6 %	11,3 %	11,1 %
Einnahme von Medikamenten in den letzten sieben Tagen***	40,6 %	33,7 %	48,0 %	49,2 %

Statistisch signifikanter Zusammenhang \*\*\*  $p < 0,000$ , \*\*  $p < 0,05$

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

im Konflikt mit der erzieherischen Verantwortung. Die Zusammenhänge zwischen der Rolle der allein Erziehenden und der Arbeit und Gesundheit ergeben somit ein komplexes Bild. Longitudinalstudien, die erst in geringem Umfang vorliegen, würden es ermöglichen, die Interaktionen besser zu verdeutlichen. Neben den Besonderheiten der Familienform könnten auch die Reaktionen des sozialen Umfelds, zum Beispiel eine Stigmatisierung, zum schlechteren Gesundheitszustand beitragen.

Wie es um die Gesundheit allein erziehender Väter steht, ist bisher kaum untersucht. Die wenigen bisher vorliegenden Arbeiten deuten jedoch darauf hin, dass bei ihnen die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Familiensituation nicht den Situationen entsprechen, die bei Frauen beobachtet wurden.

### 5.1.3

#### Wie lassen sich Gesundheit und Lebensqualität allein Erziehender verbessern?

Der Wandel der Formen familiären Zusammenlebens in den letzten Jahrzehnten hat die Einelternfamilie in den Blickpunkt gerückt. Die in unterschiedlichen Bereichen ergriffenen politischen Massnahmen reichen von Aktionen zur Stärkung der

Unabhängigkeit und Autonomie allein Erziehender bis hin zu Bemühungen zum Schutz der Betroffenen und zum Abbau von Ungleichheiten. Letzteres ist jedoch mit der Gefahr institutioneller Abhängigkeiten verbunden. Vergleichsstudien haben gezeigt, dass die Politik die Lebensbedingungen der Einelternfamilien massgeblich beeinflusst. Dies bedeutet indirekt, dass die für ihre Gesundheit relevanten Faktoren nicht in allen Ländern dieselben sind. Studien zur Gesundheit allein erziehender Mütter geben denn auch Empfehlungen speziell für diese Zielgruppe ab, hingegen bezwecken sie darüber hinaus oft auch generell den Abbau sozioökonomischer Ungleichheiten zwischen diversen Bevölkerungsgruppen und der Ungleichbehandlung von Mann und Frau. Im folgenden Abschnitt werden Massnahmen zur Steigerung der Lebensqualität allein erziehender Eltern geschildert.

### **Die Rolle der Gesundheitspolitik**

Keineswegs sind alle allein erziehenden Mütter gesundheitlich beeinträchtigt. Jedoch besteht für einige von ihnen spezifischer Handlungsbedarf. Besonders wichtig ist die Sicherstellung eines uneingeschränkten Zugangs zum Gesundheitssystem sowohl für Eltern als auch für Kinder aus Einelternfamilien. Darüber hinaus ist es wünschenswert, dass die Mitarbeiter des Gesundheitswesens, seien sie in der Behandlung oder Prävention tätig, ihr Bewusstsein für die Bedeutung der Familienstruktur für das Individuum schärfen. Da die Situation als Einelternfamilie potenziell nur eine vorübergehende Phase ist, und weil die Grenzen dieser Situation bisweilen unscharf verlaufen (Paare in Trennung, getrennte Wohnorte, usw.), ist es sinnvoller, nicht diese spezifische Familienform, sondern die Familienstruktur im allgemeinen als möglichen Einflussfaktor auf die Gesundheit zu betrachten. Ferner wird empfohlen, Massnahmen zur Förderung der Kindergesundheit auf alle Kinder auszurichten und dabei die familiäre Konstellation, in der sie leben, einzubeziehen. Dabei ist die Ausgrenzung und damit der Aufbau einer Stigmatisierung jener zu vermeiden, die in einer atypischeren Konstellation leben.

### **Rückstände in der Schweizer Familienpolitik**

Weitere angestrebte Massnahmen betreffen die Sozialpolitik im Allgemeinen und die Familienpolitik im Besonderen. Der Familienbericht 2004 zeigt, dass die Familienpolitik in der Schweiz noch wenig entwickelt ist – ein Rückstand, der sowohl dem Föderalismus als auch den Vorbehalten des Staats, in die Privatsphäre der Bürger einzugreifen, zugeschrieben wird. Aufgrund der Zuständigkeiten der Kantone und Gemeinden bestehen deutliche Unterschiede bei den Leistungen, mit denen Familien unterstützt werden. Die föderale Politik und die Vielfalt der Akteure stellen grosse Hindernisse für eine koordinierte Unterstützung dar. Jedoch

benennt die 1995 gegründete Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) die Achtung der verschiedenen Familienformen als eines ihrer Ziele. In der Schweiz stehen gegenwärtig verschiedene Massnahmen für Einelternfamilien zur Diskussion, doch die grosse Kluft zwischen Worten und Absichten einerseits und der Realität der Familien andererseits sind nicht zu übersehen.

Seit Inkrafttreten des neuen Scheidungsrechts am 1. Januar 2000 haben die Eltern die Möglichkeit, sich das Sorgerecht für ihre gemeinsamen Kinder zu teilen. Bei den im Jahr 2006 ausgesprochenen Scheidungen wurde für 29 % der Kinder das Sorgerecht beiden Eltern gemeinsam zugesprochen. Die Praxis des geteilten Sorgerechts ist noch wenig dokumentiert. Jedoch wird es von besonderer Bedeutung sein, die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Auswirkungen dieser Betreuungsform auf Eltern und Kinder zu untersuchen. Erste Analysen deuten darauf hin, dass das geteilte Sorgerecht an der Armut der allein erziehenden Mütter nichts ändert, weil hierdurch der Druck auf die Väter, Alimente zu zahlen, offenbar abnimmt. Somit haben die Mütter in vielen Fällen weiterhin einen Grossteil der Ausgaben für die Kindererziehung zu übernehmen.

### **Beschäftigungspolitik und Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Auf politischer Ebene wird heute in Europa versucht, den Zugang allein erziehender Mütter zum Arbeitsmarkt zu verbessern und die Armut in Einelternfamilien zu bekämpfen. Mehrere Studien belegen jedoch, dass Arbeit für allein erziehende Mütter keine Garantie gegen Armut darstellt. Dies ist insbesondere auf die schlechten Arbeitsbedingungen, denen die Frauen ausgesetzt sind (z. B. unsichere Arbeitsverhältnisse, geringer Lohn, hohe Anforderungen an die Flexibilität) zurückzuführen. Zwar ist der Gesundheitszustand erwerbstätiger Frauen im Allgemeinen besser als jener von Nichterwerbstätigen. In Schweden jedoch, mit seiner hohen Beschäftigungsquote, ist der Gesundheitszustand der allein erziehenden Mütter schlechter als jener der Mütter, die mit Partner und Kindern zusammenleben. Massnahmen zur Beschäftigungsförderung müssen daher von Programmen zur Armutsbekämpfung und von anderen, insbesondere steuerlichen Förderinitiativen zur Verbesserung der sozioökonomischen Lage von Einelternfamilien begleitet werden.

Neben den allgemeinen Zwängen des Arbeitsmarkts sind die Zugangshindernisse allein erziehender Mütter grösser als die von anderen Müttern. Die Arbeitskapazitäten von allein erziehenden Müttern richten sich nach den Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, nach der Strukturierung der Schulzeiten und deren Vereinbarkeit mit der eigenen Arbeit. Betrachtet man zudem die Möglichkeiten der allein erziehenden Mütter zur Mobilisierung privater Netzwerke für die Kinderbetreuung, wird deutlich, dass einige von ihnen dadurch, dass sie ihren Heimatort verlassen haben und in die Grossstadt gezogen sind, die informelle Unter-

stützung der Familie (typischerweise durch die Grosseltern des Kindes) nicht wahrnehmen können.

Gemäss einer Publikation der EKFF stellen Einelternfamilien die traditionelle Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau innerhalb der Gesellschaft in Frage. Die hiermit verbundenen Schwierigkeiten weisen auf die Notwendigkeit einer besseren Verwirklichung des Gleichstellungsgedankens hin. Eine gesellschaftliche Realität, welche die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben gewährleistet, wäre ein Fortschritt für die allein erziehenden Eltern – Mütter wie Väter –, aber auch für die Elternpaare. Zwar geschieht die Diversifizierung der Familienformen heute nicht mehr in so schnellem Tempo, doch ist es wahrscheinlich, dass die individuelle Biografie der Zukunft häufig von einem Wechsel zwischen Leben in Partnerschaft und Einelternfamilie geprägt sein wird.

### Zu fördernde Forschungsarbeit

Es ist sehr wichtig, dass die statistischen Standarderhebungen (z. B. Volkszählung, regelmässige Befragungen) stärker auf die Familienstruktur achten und eine gemeinsame Definition der Familienformen verwenden. Aufgrund ihres relativ geringen Anteils an der Bevölkerung könnte es sinnvoll sein, für diese Gruppen – insbesondere die allein erziehenden Väter, die bisher sehr wenig erforscht wurden – spezielle Erfassungsstrategien einzusetzen, welche die Repräsentativität der Erhebungen gewährleisten. Darüber hinaus sind zum Verständnis der Komplexität der Situation von Einelternfamilien qualitative Studien erforderlich, welche die Erfahrungen der allein Erziehenden vertiefend analysieren und so die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen ihrer Gesundheit und der ihrer Kinder ermöglichen. Allgemein muss die Forschung den dynamischen und vorübergehenden Charakter der Situation als Einelternfamilie stärker berücksichtigen, insbesondere mithilfe von Longitudinalstudien. Es ist daher von zentraler Bedeutung, die longitudinale Datensammlung aufrecht zu erhalten und auszuweiten, um individuelle Lebenswege analysieren zu können. Daten dieser Art gelten heute als wesentlich für die Untersuchung gesundheitsrelevanter Ungleichheiten, da sie aufzeigen, wie gesellschaftliche, wirtschaftliche und gesundheitliche Benachteiligungen im Lauf eines Lebenswegs kumulieren.

### Literatur

- Benzeval M. (1998). The self-reported health status of lone parents. *Social Science & Medicine*, 46 (10):1337–1353.
- Burstrom B., Diderichsen F. et al. (1999). Lone mothers in Sweden: trends in health and socio-economic circumstances, 1979–1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (12):750–756.

- Duncan S. & Edwards R. (1997). *Single mothers in international context: mothers or workers?* London: UCL.
- Weitoft G. R., Haglund B. et al. (2000). Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet*, 355 (9211):1215–1219.
- Whitehead M., Burstrom B. et al. (2000). Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science & Medicine*, 50 (2):255–270.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

## 5.2

## Migration und Gesundheit

Denise Efionayi-Mäder und Chantal Wyssmüller, Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), Universität Neuenburg

Aus der wissenschaftlichen Literatur geht deutlich hervor, dass grosse Teile der Migrationsbevölkerung in der Schweiz in besonderem Mass gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und sich dies im Gesundheitszustand dieser Population niederschlägt, zum Beispiel in vergleichsweise ungünstigen Werten zur selbst beurteilten und reproduktiven Gesundheit. Betroffen sind insbesondere jene Gruppen, die im Verlauf der vergangenen 20 Jahre im Rahmen der Arbeits- oder Asylmigration aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, aus Portugal sowie aus Afrika, Asien und Lateinamerika zugewandert sind. Dem relativ tiefen sozioökonomischen Status dieser Zuwanderungsgruppen und den damit einhergehenden Lebensbedingungen kommt als Gesundheitsdeterminante wesentliche Bedeutung zu. Mit zunehmendem Fokus auf die Integrationspolitik ist in den 1990er-Jahren die Gesundheit der Migrationsbevölkerung (als Humankapital) in den Vordergrund gerückt. Aufgrund einer breiten Vernehmlassung lancierte der Bund 2001 die Strategie «Migration & Gesundheit» als Bestandteil des Schwerpunktprogramms zur Integrationsförderung und unterstützt seither zahlreiche Vorstösse in der Gesundheitsförderung und -versorgung, in Bildung und Forschung. Entsprechend initiativ wurden auch vereinzelte Kantone. Mit einer multisektoralen Gesundheitspolitik bietet sich nun die Gelegenheit, die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in einen breiteren Zusammenhang zu stellen.

## 5.2.1

### Die Schweiz als Einwanderungsland – Aktuelle Situationen und Trends

Die Schweiz ist ein Einwanderungsland. Rund ein *Drittel der Bevölkerung verfügt über einen Migrationshintergrund* – ein unter Public-Health-Aspekten wesentlicher Anteil. Überdies wird der Zuwanderung nur schon aus Gründen des Bevölkerungsrückgangs und der demografischen Alterung auch in Zukunft beträchtliche Bedeutung zukommen. Vergleichbar mit der Gesamtbevölkerung ist auch die Migrationsbevölkerung in der Schweiz zunehmend heterogen (siehe Tab. 3): Die darunter subsumierten Menschen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, die geographische Herkunft und den soziokulturellen Hintergrund, sondern auch hinsichtlich ihrer Lebensverläufe, ihrer Migrationsgründe und -umstände sowie ihres aufenthaltsrechtlichen Status im Aufnahmeland Schweiz. Entsprechend vielfältig sind die Faktorenkonstellationen, welche die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten beeinflussen. Eine *pauschale*



**Tabelle 3:** Wohnbevölkerung der Schweiz, nach Staatsangehörigkeit und demografischen Merkmalen, Stand Ende 2006

Staatsangehörigkeit	Bestand am 31. Dezember 2006	Anteil (in %, gerundet)	Jugendquotient (in %) <sup>1</sup>	Altersquotient (in %) <sup>2</sup>	Geschlechterverhältnis <sup>3</sup>
<b>Total</b>	<b>7 628 096</b>	<b>100 %</b>	<b>34,7</b>	<b>25,6</b>	<b>96,9</b>
Schweiz	5 954 212	78 %	35,6	30,8	92,4
Ausland	1 673 884	22 %	32,2	9,8	115,0
<b>Ausland Total</b>	<b>1 673 884</b>	<b>100 %</b>	<b>32,2</b>	<b>9,8</b>	<b>115,0</b>
Europa	1 430 000	85 %	31,6	11,0	118,9
EU-25/EFTA	983 714	59 %	23,8	14,3	126,5
Übriges Europa	446 286	27 %	50,7	3,1	103,9
Italien	299 073	18 %	23,4	25,2	138,5
Deutschland	201 497	12 %	15,4	13,2	132,7
Serbien-Montenegro	201 232	12 %	59,6	3,0	108,8
Portugal	187 017	11 %	37,4	0,7	122,4
Frankreich	79 526	5 %	22,7	13,0	116,9
Türkei	76 797	5 %	43,4	4,1	117,3
Spanien	69 999	4 %	22,3	11,0	120,8
Mazedonien	60 716	4 %	55,5	1,5	110,0
Bosnien-Herzegowina	44 120	3 %	45,4	3,9	103,1
Kroatien	39 401	2 %	40,5	3,5	99,1
Asien	107 520	6 %	38,3	2,7	98,5
Afrika	65 431	4 %	38,4	1,6	118,9
Amerika	65 948	4 %	28,4	3,8	67,7
Ozeanien	3 524	0,2 %	26,8	4,0	107,1
Staatenlos/unbekannt	1 461	0,1 %	36,2	3,7	280,5

<sup>1</sup> Verhältnis der 0- bis 19-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen.

<sup>2</sup> Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-Jährigen.

<sup>3</sup> Anzahl Männer bezogen auf 100 Frauen.

Datenstand: 31.12.2006.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Statistisches Lexikon (su-d-01.03.01.01.10) 2008 (veränderte und ergänzte Darstellung).

*Betrachtung der Migrationsbevölkerung* ist in diesem Zusammenhang *wenig sinnvoll*.

**Die Begriffe Personen mit Migrationshintergrund und Migrationsbevölkerung** werden in diesem Text synonym verwendet und bezeichnen sowohl Personen, die selbst zugewandert sind, wie auch in der Schweiz geborene Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil, also Angehörige der so genannten «zweiten Generation». Letztere sind in der Aufnahmegesellschaft in der Regel besser gestellt als Migrantinnen und Migranten der ersten Generation und befinden sich daher auch mit Blick auf gesundheitliche Risikofaktoren tendenziell in einer günstigeren Ausgangslage.

In der Schweiz sind Menschen mit Migrationshintergrund heute sowohl bei den so genannt unqualifizierten wie auch bei den hoch qualifizierten Arbeitskräften übervertreten. Das heisst, dass zwar immer noch der Grossteil der Migrationsbevölkerung unteren sozialen Schichten zuzurechnen ist (relativ niedriger Bildungsstand und tiefes Einkommen, berufliche Deklassierung), dass aber aufgrund der jüngsten Entwicklung der Einwanderung aus der EU auch sozial relativ gut positionierte Personen einen wachsenden Teil der Migrationsbevölkerung stellen. Da diese Zugewanderten aber vergleichsweise geringeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, stehen sie nicht im Zentrum dieses Beitrags.

Im Folgenden wird das Zusammenwirken einiger wichtiger Gesundheitsdeterminanten im Migrationskontext zunächst allgemein dargestellt und anschliessend an einem bestimmten Segment der Migrationsbevölkerung in der Schweiz veranschaulicht.

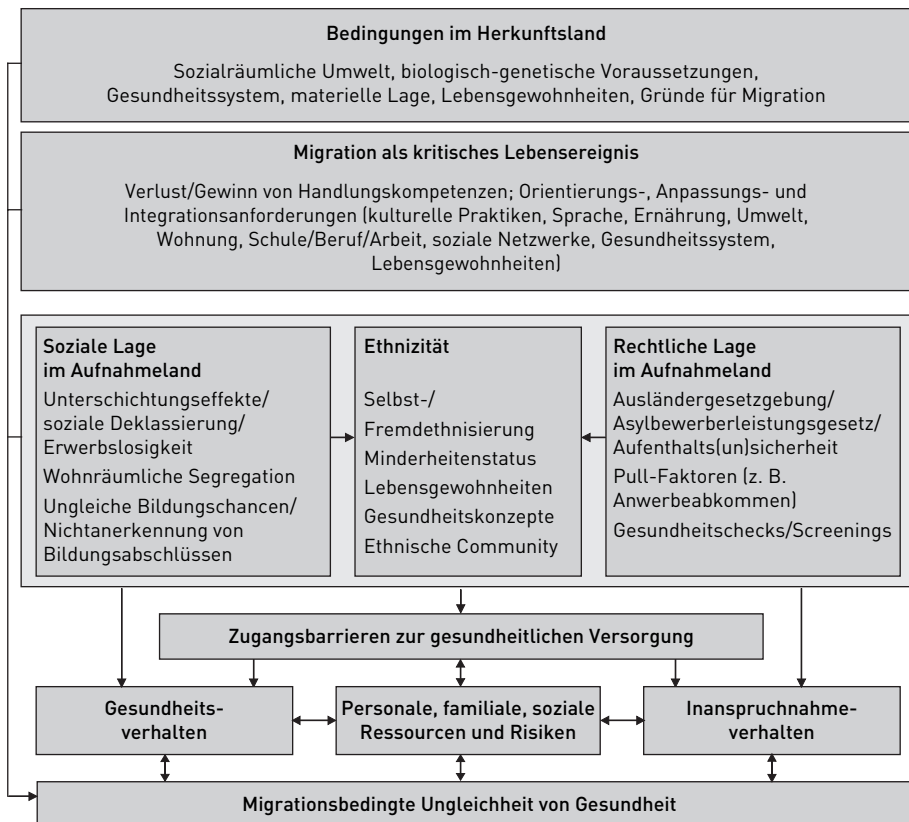
### Gesundheitsdeterminanten im Migrationskontext

Aus umfangreicher anekdotischer Evidenz wie auch aus der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur wird einerseits klar, dass Migration nicht a priori ein gesundheitliches Risikounterfangen ist. Andererseits geht aber ebenso deutlich hervor, dass in vielen Aufnahmeländern grosse Teile der Migrationsbevölkerung gegenüber der Mehrheitsbevölkerung sozioökonomisch benachteiligt sind, und dass dies das Risiko für Erkrankung und vorzeitigen Tod erhöht, ist wissenschaftlich belegt. Hinzu kommt, dass eine Anzahl weiterer Besonderheiten, die sich aus einem Migrationshintergrund ergeben, unter bestimmten Bedingungen die Gesundheit beeinflussen kann. Will man also migrationspezifische gesundheitliche Situationen besser verstehen, ist das komplexe Zusammenspiel verschiedener

Determinanten von Krankheit und Gesundheit bei Menschen, deren Lebenssituation durch eine Migrationserfahrung geprägt ist, näher zu untersuchen.

Das von Schenk entwickelte *Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit* (siehe Abb. 5) zeigt zentrale Dimensionen, die den beobachteten gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen nativer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung zugrunde liegen können:

- Zunächst können spezifische *Gegebenheiten im Herkunftsland* oder *während der Migration* mit Gesundheitsvorteilen und -nachteilen verbunden sein. Zu denken ist etwa an den Einfluss von Umwelt- und Lebensbedingungen oder an die Erfahrung extremer Gewalt oder Verfolgung.



Quelle: Schenk, 2007. Int. J. Public Health 52: 87–96.

**Abbildung 5:** Determinanten von Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext

- Ferner stellt Migration im Leben eines Menschen in vielen Bereichen einen radikalen Bruch dar (Entwertung praktischen Handlungswissens, soziale Entwurzelung, Rollenkonflikte, Statusverlust usw.). Wird dieses *kritische Lebensereignis* subjektiv als belastend erlebt und fehlen Ressourcen zur Bewältigung, kann dies die Gesundheit der Betroffenen längerfristig beeinträchtigen.
- Dem *sozioökonomischen und -professionellen Status im Aufnahmeland* kommt in Zusammenhang mit gesundheitlicher Risikoexposition unbestrittenerweise ein hoher Erklärungswert zu. Schlechte Einkommensverhältnisse (und damit einhergehend oft auch suboptimale Wohnverhältnisse, Ernährungs- und Hygienemöglichkeiten) und gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen sind bedeutende gesundheitliche Risikofaktoren.
- Bei Migrantinnen und Migranten ergeben sich teilweise auch Benachteiligungen aus *sprachlich bedingten Kommunikationsschwierigkeiten* oder aufgrund *ausländerfeindlicher oder rassistischer Diskriminierungen* von Seiten der ansässigen Bevölkerung. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch die gesellschaftsstrukturierende Funktion ethnischer Zuschreibungen.
- Hinzu kommt häufig auch eine *Benachteiligung aufgrund der spezifischen rechtlichen Situation*. Zu denken ist etwa an sozial- und arbeitsrechtliche Beschränkungen, die im Aufenthaltsstatus begründet sind, und an eingeschränkte politische Partizipationsmöglichkeiten.
- Ausserdem gehen mit der Migrationssituation nicht selten *Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Prävention* einher. Solche hängen einerseits vom Grad der Öffnung der Institutionen ab (vielfaltsorientiertes Angebot, transkulturelle Kompetenz des Personals), in Einzelfällen auch von aufenthaltsrechtlichen Einschränkungen. Andererseits können sie sich aus unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnissen, aus spezifischen Schamgefühlen und Gewohnheiten, aber auch aus mangelnden Sprachkenntnissen und geringem Vertrauen in die öffentlichen Einrichtungen seitens der Migrantinnen und Migranten ergeben.
- Mit dem Migrationshintergrund in Zusammenhang steht überdies ein *dynamisches, vom Herkunfts- wie auch vom Aufnahmekontext beeinflusstes Gesundheitsverhalten* (z. B. Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität und Einstellung zu Sport, Suchtmittelkonsum, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen).

Zusammenfassend kann man festhalten: Ein *Migrationshintergrund* stellt ein *komplexes, dynamisches Bedingungsgefüge* dar, dessen Dimensionen sich wechselseitig beeinflussen und das mit Blick auf die Gesundheit je nach fokussiertem

Merkmal unterschiedliche Wirkungen zeitigt. Zu beachten ist insbesondere, dass sich im Migrationskontext infolge der *kumulativen Wirkung spezifischer Determinantenkonstellationen* – vor allem wenn diese zeitlich andauern – *eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität* ergeben kann. Darüber hinaus geht mit einem Migrationshintergrund unter Umständen auch eine vergleichsweise geringere Gesundheitskompetenz einher.

Nie aus den Augen zu verlieren sind bei alledem aber a) die Heterogenität der Migrationsbevölkerung in Bezug auf Hintergründe, Lebensbedingungen und Ressourcen sowie b) die (zeitliche) Dynamik. Mit anderen Worten: Gesundheitschancen und -risiken sind auch innerhalb der Migrationspopulation ungleich verteilt und können sich in Abhängigkeit des konkreten Integrationsverlaufs mit der sozialen und individuellen Ressourcenlage wesentlich verändern, ins Positive oder ins Negative (z. B. Sicherung des Aufenthaltsstatus, bessere Arbeitsintegration, Aufbau eines sozialen Netzes oder aber z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, zunehmende Diskriminierungserfahrungen).

**Healthy migrant effect:** In internationalen epidemiologischen Studien wird für Gruppen erwachsener Migrantinnen und vor allem Migranten in europäischen und nordamerikanischen Ländern immer wieder eine im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung niedrigere allgemeine Sterblichkeit und Mortalität infolge spezifischer Krankheiten (etwa von Herz-Kreislauf- oder bestimmten Krebserkrankungen) nachgewiesen. In der Schweiz beobachtet man beispielsweise bei Männern ausländischer Staatsangehörigkeit eine deutlich geringere kardiovaskuläre Mortalität. Diese Ergebnisse sind aber mit Vorsicht zu genießen, denn das Phänomen erklärt sich weitgehend durch einen doppelten Selektionseffekt: Einerseits migrieren tendenziell jüngere und vergleichsweise gesunde Menschen, andererseits kehren alternde oder erkrankte Migrantinnen und Migranten nicht selten in ihr Herkunftsland zurück. Dass die beobachteten «günstigen» Mortalitätsraten nicht unbedingt reale Gesundheitsvorteile darstellen, legen auch längerfristig angelegte Studien nahe, die bei Migrationspopulationen einen allmählichen Verlust selektionsbedingter Mortalitätsvorteile feststellen. Überhaupt dürfte der healthy migrant effect mit der Abnahme der Arbeitsmigration und der Zunahme der familiären Migration allmählich verschwinden. Dies umso mehr, als zunehmend auch kranke Menschen migrieren in der Hoffnung, anderswo eine bessere Versorgung zu erhalten, als sie ihnen im Herkunftsland zur Verfügung steht.

### Migration als Ressource

Ob einer Person aus ihrem Migrationshintergrund gesundheitliche Nachteile erwachsen oder nicht, hängt zu einem grossen Teil davon ab, inwiefern sie gesundheitsrelevante Ressourcen mobilisieren kann. Darum werden in jüngster Zeit zunehmend die potenziellen Ressourcen hinsichtlich der Gesundheit fokussiert. Gesundheitsrelevante Ressourcen können sich etwa aus einer *konstruktiv-positiven Bewältigung des Migrationsereignisses*, aus dem *Unterstützungspotenzial sozialer Netzwerke* (Familie, Einwanderungs-Community) oder aus *Religiosität* ergeben; leider sind die positiven Effekte dieser und weiterer Phänomene bisher aber erst ansatzweise erforscht.

### Zugewandertengruppen in der Schweiz: Gesundheitliche Risikokonstellationen

Innerhalb der Migrationsbevölkerung im Erwerbsalter in der Schweiz befinden sich besonders jene *Gruppen in gesundheitlich risikobehafteten Situationen*, die im Verlauf der vergangenen ca. 20 Jahre im Rahmen der Arbeitsmigration oder als Asyl Suchende aus Südosteuropa (v. a. aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei), aus Portugal sowie aus Afrika, Asien und Lateinamerika zugewandert sind.

**Tabelle 4:** Dimensionen der sozialen Lage bei in der Schweiz wohnhaften Personen verschiedener Staatsangehörigkeit im Vergleich

	Südosteuropa <sup>1</sup>		Portugal			
	M	F	T	M	F	T
Mittleres Erwerbseinkommen (Median, in CHF/Jahr) <sup>a</sup>	60 000	44 200	55 000	55 800	45 600	55 800
Bildungsstand: Anteil nur obligatorische Grundschule (%) <sup>b</sup>	43,6	61,4	52,2	67,6	68,7	68,1
Erwerbslosenquote (%) <sup>c</sup>	9,2	16,1	12,0	5,0	9,3	6,9
Sozialhilfequote (%) <sup>d</sup>	–	–	6,8	–	–	n. s.
IV-Neuberentungsquote (%) <sup>e</sup>	–	–	0,71	–	–	0,37

<sup>1</sup> Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Rumänien, Serbien, Türkei.

<sup>a</sup> SAKE 2006: auf der Basis voller Erwerbstätigkeit (90 % und mehr); Doppelbürgerinnen/ Doppelbürger = Schweizerinnen/Schweizer.

<sup>b</sup> SAKE 2006: (Zahlen Sri Lanka) mit Vorsicht zu interpretieren, statistisch nur bedingt zuverlässig

<sup>c</sup> SAKE 2006: Anteil der Erwerbslosen am Total der Erwerbspersonen entsprechender Staatszugehörigkeit

Sri Lanka			Ausland total			Schweiz		
M	F	T	M	F	T	M	F	T
52 500	n. s.	52 000	52 000	67 000	64 000	80 000	59 400	74 300
(66,4)	(60,9)	(64,4)	32,9	41,2	36,8	14,2	21,8	18,2
n. s.	n. s.	n. s.	6,8	10,6	8,4	2,3	3,2	2,8
–	–	16*	6,5	7,0	6,8	2,3	2,2	2,2
–	–	n. s.	–	–	0,42	–	–	0,30

<sup>d</sup> Sozialhilfestatistik 2005: Anteil der Sozialhilfebeziehenden am Total der ständigen Wohnbevölkerung entsprechender Staatszugehörigkeit; Zahlen sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da Nationalitätsangaben oft fehlen; \*die Sozialhilfequote für Personen aus Sri Lanka betrug 15 % im Kanton Zürich und 17 % im Kanton Bern.

<sup>e</sup> IV-Statistik 2006: Anteil der Neurentnerinnen und Neurentner 2006 an der Bevölkerung entsprechender Staatszugehörigkeit zwischen 18 Jahren und dem AHV-Rentenalter  
n. s.: statistisch nicht signifikanter Wert.

Datenstand: SAKE 2006, Sozialhilfestatistik 2005, IV-Statistik 2006.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): SAKE 2006, Sozialhilfestatistik 2005, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV): IV-Statistik 2006.

Dass viele dieser Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung *sozioökonomisch benachteiligt* sind, manifestiert sich deutlich in den in **Tabelle 4** aufgeführten Werten. Ein hoher Anteil dieser Zugewanderten arbeitet im niedrigsten Lohnsegment – der Median des mittleren Jahreseinkommens der Erwerbstätigen aus den genannten Gebieten liegt rund 20 000 Franken tiefer als bei den Schweizer Staatsangehörigen und rund 10 000 Franken tiefer als bei der ausländischen Bevölkerung insgesamt. Oft arbeiten die besagten Migrantinnen und Migranten zudem in stark konjunkturabhängigen Branchen und weisen relativ tiefe Bildungsqualifikationen aus (siehe Kap. 11), was zusammen genommen weitgehend erklärt, warum diese Gruppen auch überproportional von Erwerbslosigkeit betroffen sind. Die sozioökonomische Benachteiligung setzt diese Menschen einem *erhöhten Armutsrisko* aus, und da sie nicht selten für vergleichsweise kinderreiche Familien aufzukommen haben, ist der Anteil tatsächlich von Armut Betroffener in diesem Bevölkerungssegment ebenfalls relativ hoch. Dies schlägt sich nicht zuletzt in einer im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung zum Teil deutlich erhöhten Sozialhilfequote nieder. Im Rahmen der Volkszählung 2000 erhobene Indikatoren bestätigen ausserdem, dass Menschen aus Südosteuropa und Portugal in vergleichsweise bescheidenen Wohnverhältnissen leben.

Da die Schweiz bisher kaum eine native Unterschicht in ähnlicher Situation kannte, ist es nicht einfach, soziale und migrationspezifische Gesundheitsdeterminanten auseinander zu dividieren. Dass die mehrdimensionalen Folgen sozioökonomischer Benachteiligung im Schweizer Migrationskontext aber nahezu durchwegs und in Bezug auf beide Geschlechter einen starken negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, konnte eine vertiefte Analyse der im Rahmen des ersten *Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)* erhobenen Daten nachweisen. Dies gilt speziell für die «jüngsten» Zugwanderergruppen.

Den in ganz Europa zu beobachtenden Bevölkerungsrückgang und die demografische Alterung wird längerfristig nur eine Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten abfedern können. Somit wird sich vermutlich der Anteil sozioökonomisch benachteiligter Zugewanderter mit tendenziell risikobehaftetem Gesundheitsprofil trotz vorübergehender Schwankungen nicht verringern.

### Arbeitsbedingungen bergen Gesundheitsrisiken

Mit Blick auf das benannte Bevölkerungssegment kommt zudem den Arbeitsbedingungen ein hoher Erklärungswert zu. Die Erwerbstätigen sind mehrheitlich in der Industrie und auf dem Bau (Männer) sowie im Gastgewerbe oder in Haushalten (Frauen) beschäftigt, was bedeutet, dass sie häufig physisch belastende Arbeit verrichten; nicht selten unter der Bedingung unregelmässiger oder atypischer Arbeitszeiten. Derartige Arbeitsbedingungen wirken sich langfristig tendenziell ungünstig auf die körperliche und/oder psychische Gesundheit der Betroffenen aus. Bei Migrantinnen und Migranten treten somit auch gewisse funktionale Störungen überdurchschnittlich häufig bereits im Erwerbstätigenalter auf, was sich wiederum auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und (teilweiser) Invalidität oder Erwerbslosigkeit Vorschub leistet (siehe Kap. 5.3 und 6). Abgesehen davon birgt die Tätigkeit in genannten Berufsfeldern ein überdurchschnittliches Unfall- und Berufskrankheitsrisiko: Eine aktuelle Studie, die Invalidisierungsrisiken nach Branchen und Tätigkeiten untersuchte, kam zum Ergebnis, dass die unfallbedingte Invalidisierungswahrscheinlichkeit in der Baubranche und im Gastgewerbe am höchsten ist (siehe Kap. 10).

### Ungünstige Werte bei der reproduktiven und der selbst beurteilten Gesundheit

Geht es um Menschen in der Lebensmitte, gilt auch der *reproduktiven Gesundheit* ein besonderes Augenmerk. Seit Mitte der 1980er-Jahre wird bei Säuglingen afrikanischer, sri-lankischer und türkischer Staatsangehörigkeit sowie derjenigen eines Nachfolgestaats Jugoslawiens eine im Vergleich zu Schweizer Kindern sig-



nifikant *höhere neonatale Mortalität* beobachtet. Afrikanische und sri-lankische Mütter gebären auch am häufigsten Kinder mit geringem oder sehr geringem Geburtsgewicht, und die Wahrscheinlichkeit einer Totgeburt ist bei ihnen besonders hoch. Weiter ergeben sich bei Migrantinnen generell deutlich öfter Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen als bei Schweizerinnen, was unter anderem damit erklärt wird, dass insbesondere jene Frauen, die erst seit kurzer Zeit in der Schweiz leben, seltener vorgeburtliche Massnahmen in Anspruch nehmen. Auch Schwangerschaftsabbrüche kommen bei Migrantinnen deutlich häufiger vor als bei einheimischen Frauen; dies wird vor allem auf mangelnde Empfängnisverhütung zurückgeführt.

Überdies hinaus verweist eine Analyse der oben erwähnten GMM-Daten deutlich und in verschiedenen Ebenen auf die erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität der hier fokussierten Risikogruppen. Hohe Anteile der Befragten aus Südosteuropa und insbesondere der Türkinnen und Türken beurteilten im Rahmen dieser Umfrage den eigenen *Gesundheitszustand* als *schlecht oder sehr schlecht* und erklärten, in ihrem Alltag durch körperliche und psychische Probleme eingeschränkt zu sein (siehe Tab. 5). Konsistent dazu gaben die befragten türkischen Staatsangehörigen auch an, relativ häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen sowie Schmerz- oder Beruhigungsmittel zu konsumieren. Gleichzeitig ging aus der Analyse hervor, dass ein höherer Medikamentenkonsum mit der Erfahrung von Gewalt und Repression im Herkunftsland und mit einem Gefühl der Diskriminierung und Heimatlosigkeit im Aufnahmeland signifikant korreliert.

Bezüglich *gesundheitlicher Risikoverhaltensweisen* zeigen die vorliegenden Daten ein kontrastiertes Bild. Sozioökonomische Faktoren haben zwar sicher einen wesentlichen Einfluss, sie allein vermögen aber zum Beispiel das beobachtete deutlich häufigere Übergewicht bei Befragten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei nicht zu erklären. Bestimmte, im Herkunftskontext erworbene und (zumindest teilweise) aufrechterhaltene Werte und Verhaltensweisen dürften ebenfalls eine Rolle spielen (andere Körperwahrnehmung, soziokulturell geprägte, geschlechterspezifische Einstellung zu sportlicher Aktivität). Auffällig sind ausserdem die hohen Raucherquoten unter Männern und Frauen aus der Türkei; auch hier dürfte der soziokulturellen Prägung ein gewisser Erklärungswert zukommen. Unvorteilhaftes Gesundheitsverhalten und eine geringere Inanspruchnahme von Präventionsmassnahmen, wie sie zum Teil für Männer und Frauen aus Sri Lanka und dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien nachgewiesen wurde, können aber auch auf Zugangshindernisse zurückzuführen sein.

**Tabelle 5:** Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Selbstdeklaration) bei Angehörigen verschiedener Nationalitäten im Vergleich zu den Befragten schweizerischer Staatsangehörigkeit (+ = signifikant häufiger, – = signifikant seltener deklariert als Schweizerinnen und Schweizer, leer = Unterschied nicht signifikant)

	Schlechte subjektive Gesundheit		Lang an-dauernde gesundheitliche Beeinträchtigung		Schlechte psychische Ausgeglichenheit		Schwer-wiegende körperliche Beschwerden		Alltägliche Tätigkeiten eingeschränkt	
	M*	F*	M	F	M	F	M	F	M	F
Portugal	+	+			+	+		+		
Jugoslawische Nachfolge-staaten <sup>1</sup>	+	+	+		+	+	+		+	+
Kosovo-Albanerinnen und Kosovo-Albaner Asylbereich	+	+	+		+	+		–	+	+
Türkei	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sri Lanka			–	–			–			–
Tamilinnen und Tamilen Asylbereich	+	+		–	+	+				

<sup>1</sup> Serbien-Montenegro, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien.

\* M = Männer, F = Frauen.

Datenstand: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung 2004.

Quelle: Gabadinho, Wanner, 2007 (leicht veränderte Darstellung).

### Gesundheitsrelevante Ressourcen im Migrationskontext kaum erforscht

Inwiefern Migrantinnen und Migranten in der Schweiz von *salutogenetischen Ressourcen* unterschiedlicher Art profitieren, ist noch kaum bekannt. Erste Anhaltspunkte liefern auch hier die GMM-Ergebnisse, die zeigen, dass in einigen Herkunftsgruppen gewisse gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen üblich sind. So weisen etwa sri-lankische Frauen wie Männer eine sehr niedrige Raucherquote auf, und Alkoholabstinenz ist in allen befragten Gruppen mit Migrationshintergrund verbreiteter als in der schweizerischen Vergleichsgruppe.

### 5.2.2

#### **Verbesserung der Gesundheitsbedingungen für Migrantinnen und Migranten – Strategien und Massnahmen**

Die Bedeutung sozialer Determinanten und Umweltfaktoren für die Gesundheit ist inzwischen wissenschaftlich gut dokumentiert und wird allmählich auch in der Politik rezipiert. Die Bewusstwerdung geschieht nicht nur aus ethisch-normativen oder gesellschaftlichen Überlegungen heraus; Entscheidungsinstanzen aus öffentlichen und privaten Betrieben nehmen die Gesundheit der Bevölkerung vermehrt als wichtigen Produktions- oder Standortfaktor wahr, der angesichts wachsender sozialer Ungleichheiten und der Herausforderungen der Globalisierung gezielt zu verbessern ist. Es dürfte daher einleuchten, dass die Gestaltung gesundheitsfördernder Bedingungen insbesondere für erwerbstätige Personen in der Lebensmittel, deren gesundheitliche Verfassung ein wichtiges «Arbeitswerkzeug» darstellt, von Interesse ist. Ebenso, dass die Bekämpfung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten die ausländische Bevölkerung einschliessen muss, die in der Schweiz mehr als einen Viertel der registrierten Erwerbsbevölkerung stellt und in bestimmten, für das Funktionieren der Wirtschaft unerlässlichen Branchen sogar einen wesentlich höheren Anteil ausmacht.

#### **Rückblick: Überwindung des Rotationsprinzips macht Gesundheit erst relevant**

Wenn gezielte Massnahmen trotzdem erst in jüngster Zeit entwickelt wurden, so ist das zum einen auf die zahlreichen Umwälzungen im Migrationswesen und zum anderen auf den politischen Kontext zurückzuführen. In der schweizerischen Ausländerpolitik dominierte jahrzehntelang das so genannte Rotations- oder Konjunkturpufferprinzip, das weniger auf das Humankapital der Migrationsbevölkerung als vielmehr auf vorübergehend rekrutierte Arbeitskräfte aus dem Ausland setzte. Dieses Paradigma gilt zwar offiziell als überholt, wirkt in der vorherrschenden Zurückhaltung gegenüber einer klaren Zuwanderungspolitik und einer gewissen Ambivalenz bezüglich der Integrationsförderung jedoch noch weiter. Schon im Verlauf der 1980er-Jahre gewannen der Familiennachzug und die Asylmigration an Bedeutung, und es wurde klar, dass sich neben jungen Zuwanderern, die nur vorübergehend in der Schweiz arbeiteten, immer mehr Familien aus verschiedenen Herkunftsländern dauerhaft niederliessen. Zudem entschieden sich Personen, die sich nach jahrzehntelanger Arbeit dem Rentenalter näherten oder erwerbsunfähig wurden, immer häufiger gegen eine Remigration in das Herkunftsland.

Während der Rezession der 1990er-Jahre war die Schweiz erstmals in grösserem Mass mit Erwerbslosen mit Migrationshintergrund konfrontiert, deren Gesund-

heitsprofile eine Reintegration in den Arbeitsmarkt erschweren. Arbeitslosigkeit beeinflusst die Gesundheit zusätzlich negativ (siehe Kap. 9), und die betroffenen Personen können seltener mit der Unterstützung von Angehörigen rechnen. Dies könnte eine Ursache für die erhöhten Erwerbslosen-, Sozialhilfe- und Invaliditätsquoten sein. Es ist bekannt, dass sich erhöhte Quoten auch bei anhebender Konjunktur nur beschränkt resorbieren. So wurden im Verlauf der letzten 15 Jahre die Grenzen einer ausschliesslich arbeitsmarktorientierten Eingliederung immer deutlicher und gaben schliesslich den Ausschlag für eine aktive und finanzielle Beteiligung des Bundes an der Integrationspolitik; diese lag bis 1999 praktisch ausschliesslich in der Kompetenz der Kantone und Gemeinden.

### Kurzer Exkurs: Sans-Papiers und das Krankenversicherungsobligatorium

Aus sozial- und migrationspolitischer Perspektive relevant ist das Krankenversicherungs-Obligatorium. Es stellt nicht nur der gesamten einheimischen Bevölkerung, sondern auch sämtlichen Zugewanderten, die sich für längere Zeit in der Schweiz aufhalten, den Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung sicher. Das gilt auch für Personen ohne Aufenthaltsberechtigung (Sans-Papiers), die nach offiziellen Schätzungen rund 6% der ausländischen Bevölkerung ausmachen. Die meisten unter ihnen sind nicht krankenversichert; aus Angst, entdeckt und ausgewiesen zu werden, oder weil sie es sich finanziell nicht leisten können. Damit sind ihre Möglichkeiten, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen, faktisch eingeschränkt.

Man kann davon ausgehen, dass eine Mehrheit der Sans-Papiers Frauen aus Lateinamerika im Alter zwischen 20 und 40 Jahren sind, die in privaten Haushalten, im Gast- oder Sexgewerbe tätig sind. Je länger sich ihr Aufenthalt hinzieht, desto bedeutender wird für diese Migrantinnen der krankheits-, vorsorge- und geburtenbedingte Zugang zum Gesundheitswesen. Genf und Lausanne haben deshalb spitalexterne Dienste eingerichtet, die Konsultationen gegen eine bescheidene Entschädigung anbieten und unter gewissen Bedingungen eine Überlieferung ins Universitätsspital ermöglichen. In anderen Städten erfüllen private Anlaufstellen ähnliche Aufgaben.

Ein «neues» Profil von illegal anwesenden Personen weisen Asyl Suchende aus, die einen Nichteintretensentscheid erhalten haben und seit dem 1. April 2004 nicht mehr krankenversichert sind. Ihnen wird auch im Gesundheitsbereich nur noch auf Nachfrage eine von der Verfassung (Art. 12 BV) garantierte Nothilfe gewährt. Dieselbe Regelung gilt ab 1. Januar 2008 für alle rechtskräftig abgewiesenen Asyl Suchenden. Es handelt sich mehrheitlich um junge Männer aus Serbien, Asien, Afrika und dem Nahen Osten, die keiner regelmässigen Arbeit nachgehen. Erst längerfristig wird sich zeigen, wie sich dieser Ausschluss auf die

Gesundheit der betreffenden Menschen auswirkt, ob er auf weitere Gruppen ausgedehnt wird und wie er aus dem Blickwinkel der öffentlichen Gesundheit zu beurteilen ist.

### Vom Projekt «Migration & Gesundheit» zur gleichnamigen Bundesstrategie

Noch vor der Neuformulierung der Integrationspolitik des Bundes lancierte das Bundesamt für Gesundheit ein Pilotprojekt, das primär die Migrationsbevölkerung ins Auge fasste. 1987 hatte eine Evaluation in verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund wesentliche Wissensdefizite bezüglich HIV und Aids aufgedeckt, und die Diskrepanz zum Wissensstand der einheimischen Bevölkerungsgruppen legte den Schluss nahe, dass die üblichen Präventionsbotschaften die Zugewanderten kaum erreichten. Das Projekt war zunächst auf bestimmte Herkunftsgruppen ausgerichtet, und im Vordergrund standen Fragen rund um die Aidsprävention, andere sexuell übertragbare Krankheiten, Empfängnisverhütung und Familienplanung. Nach und nach wurden aber die Zielgruppen ausgeweitet und zunehmend auch neue Themenkreise mit einbezogen.

Trotz gewisser Schwachpunkte erfüllte dieses innovative Pilotprojekt, das unter anderem auf den Einsatz aufsuchender Sozialarbeit setzte und zahlreiche Impulse zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in den Kantonen lieferte, mehrere Eigenschaften, die heute als Kernelemente erfolgreicher Massnahmen zur Bekämpfung sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten betrachtet werden: Es war kontextspezifisch und partizipativ angelegt und zielte auf das Empowerment der Zielgruppen ab. Schliesslich stellte es einen Anknüpfungspunkt für die Entwicklung der *Bundesstrategie «Migration & Gesundheit 2002–2007»* dar. Dabei wurden auf Bundesebene zum ersten Mal integrationsbezogene Massnahmen zwischen den Bereichen Migration und Gesundheit koordiniert und teilweise kofinanziert. Im Juni 2007 wurde die *zweite Phase der Strategie (2008–2013)* vom Bundesrat genehmigt.

Die Tatsache, dass diese Strategie integraler Bestandteil des Schwerpunktprogramms des Bundes zur Integrationsförderung ist, darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie primär den Gesundheitssektor fokussiert. Obwohl Fachleute fordern, dass gesundheitliche Folgen auch bei der Gestaltung der Migrationspolitik besser berücksichtigt werden sollten, blieb der Handlungsspielraum in dieser Hinsicht bisher beschränkt. So sehr sich eine konzertierte Abstimmung zwischen Gesundheits- und Integrationspolitik grundsätzlich aufdrängt, wenn man eine umfassende und nachhaltige Politikgestaltung ins Auge fasst, so sehr divergieren kurzfristig sektorale Sachzwänge. Jedenfalls gewinnt man den Eindruck, dass gesundheitspolitische Überlegungen kaum eine wesentliche Rolle spielen, wenn beispielsweise Kantone entscheiden, Asyl Suchende mit einem

rechtskräftigen Nichteintretensentscheid von Grundleistungen der Krankenkasse auszuschliessen.

Die Bundesstrategie hat die Vernetzung von Fachpersonen vorangetrieben, zahlreiche Vorstösse in der Gesundheitsförderung und -versorgung sowie in der Weiterbildung und Forschung lanciert und beispielsweise einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung und Zertifizierung der interkulturellen Übersetzung geleistet. Die Einrichtung eines telefonischen Übersetzungsdienstes ist in die Wege geleitet. Leider ist eine systematische Einbindung der Migrationsbevölkerung und der Kantone als zentrale Akteure des Gesundheitswesens nicht gelungen. Dies ist teilweise auf die fehlende Abstützung innerhalb des Bundesamts für Gesundheit, auf mangelnde Ressourcen und auf den föderalen Aufbau unserer Institutionen zurückzuführen, der solche Initiativen erschwert. Es dürfte einleuchten, dass eine gezielte Interessenabstimmung nur auf klare politische Impulse hin stattfinden kann. Immerhin bietet der Föderalismus aber Spielraum für die regionale Umsetzung innovativer Vorstösse, die auf Bundesebene primär nicht zustande kämen und im folgenden Absatz kurz angesprochen werden.

#### **Kantone: Vielzahl von Projekten und Vorstössen**

Im Bereich der Gesundheitsversorgung haben Städte und (urbane) Kantone, teilweise mit der Unterstützung des Bundes, in den vergangenen Jahren zahlreiche interessante Projekte und Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung initiiert. Oft handelt es sich um Informations-, Beratungs-, spezifische Therapie- und niederschwellige Behandlungsangebote sowie um interkulturelle Übersetzungs- und Mediationsdienste, die den Zugang zum Regelangebot im Gesundheitsbereich erleichtern.

Spitäler haben ebenfalls etliche Vorstösse unternommen, um der Vielfalt der Klientel besser gerecht zu werden. Wegen seiner institutionellen Verankerung besonders erwähnenswert ist das europäisch abgestützte Projekt *Migrant Friendly Hospitals*, das auf eine Öffnung schweizerischer Regelinstitutionen im Gesundheitsbereich abzielt und nach einer Anstossfinanzierung durch den Bund in das «Netzwerk Gesundheitsfördernder Spitäler» integriert wurde. Es bietet Führungskräften in Gesundheitsinstitutionen praktische Unterstützung im Umgang mit Migration und gesellschaftlicher Diversität. So zeigt etwa ein 2006 publiziertes, umsetzungsorientiertes Handbuch auf, dass sich die Anliegen von Migrantinnen und Migranten sinnvoll in eine patientenorientierte Praxis und ein entsprechendes Qualitätsmanagement integrieren lassen.

Viel versprechend ist schliesslich das (allerdings erst anlaufende) Engagement von «Gesundheitsförderung Schweiz» für eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitsrelevanten Verhältnisse in der Arbeitswelt, das von Weiterbildung

über interkantonale Zusammenarbeit bis hin zu konkreter betrieblicher Gesundheitsförderung reicht.

### **Multisektoral ausgerichtete Gesundheitsförderung in Genf**

In den Kantonen wie auch auf Bundesebene sind multisektorale Vorstösse, welche die Gesundheitsförderung breit fassen und auf soziale Determinanten oder Umweltfaktoren abzielen, bisher noch kaum entwickelt. Dies bedeutet allerdings nicht, dass bestehende Initiativen zur Integration von Zugewanderten (z. B. Weiterbildung, Sprachförderung, Vernetzung) nicht auch zur Gesundheitsförderung beitragen. Erwähnenswert sind die Entwicklungen im Kanton Genf. Seit rund zehn Jahren versucht man hier eine koordinierte Gesundheitspolitik in die Wege zu leiten, die systematisch gleichzeitig das Sozialwesen und Umweltfaktoren ins Auge fasst (siehe Kap. 2). Die Strategie zielt zwar nicht direkt auf die Zugewanderten ab, stellt aber die Verringerung von sozial bedingten Ungleichheiten in den Vordergrund und richtet ein besonderes Augenmerk auf die Situation von Heranwachsenden und die Lebensqualität in den Quartieren. Interessant ist auch die Tatsache, dass Genf gleichzeitig nicht nur im Präventionsbereich, sondern auch in Erforschung und Evaluation gesundheitlicher Ungleichheiten eine gewisse Vorreiterrolle spielt. Zurzeit prüft es zusammen mit den Kantonen Tessin und Jura den Einsatz von Instrumenten zur Messung gesundheitlicher Verträglichkeit (*health impact assessment*).

#### **5.2.3**

### **Erforschung migrationspezifischer Gesundheitsdeterminanten ist dringend**

In den letzten Jahren wurden insbesondere unter dem Impuls der Bundesstrategie «Migration & Gesundheit» zahlreiche Forschungsarbeiten lanciert. Dennoch sind wissenschaftliche Grundlagen über migrationspezifische Determinanten der Gesundheit bisher nur ansatzweise vorhanden. Viel zu wenig erforscht wurden bisher auch spezifische Ressourcen von Zugewanderten.

Zahlreiche Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, dass die Einführung anspruchsvoller Public-Health-Massnahmen wissenschaftlich belegte Evidenzen voraussetzt. Obwohl die internationale Fachliteratur wertvolle Hinweise liefert, müssen die Schlüsse immer auch auf nationale Daten abgestützt werden können, um den Handlungsbedarf im vorliegenden Kontext nachzuweisen. Daher wäre die Weiterführung der bisherigen Forschungsförderung im Bereich «Migration und Gesundheit» unter der Koordination des Bundes zu begrüßen. Neben sozialeepidemiologischen Untersuchungen wären unbedingt auch Analysen der meist komplexen Kostenaspekte ins Auge zu fassen, die in einem finan-

ziell gespannten Feld Argumente für eine nachhaltige Politikgestaltung liefern dürften.

Mit Blick auf migrationsrelevante Anliegen sollte sowohl in forschungs- als auch in gesundheitspolitischer Hinsicht in Zukunft zwei Themen grössere Aufmerksamkeit zukommen: zum einen der *Arbeitswelt* generell und insbesondere den Branchen, die sich durch risikobehaftete Verhältnisse auszeichnen, zum anderen *jungen Familien mit (Klein)-Kindern* in unterprivilegierten Lebensbedingungen. Dass die ersten Lebensjahre für die ganze spätere gesundheitliche, soziale und intellektuelle Entwicklung von ausserordentlicher Bedeutung sind, ist hinreichend belegt. Auf das Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitspotenzial von Personen im erwerbstätigen Alter und deren ökonomischer wie gesellschaftlicher Integration wurde bereits hingewiesen. In beiden Kontexten ist deshalb davon auszugehen, dass sich gezielte Massnahmen zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse nicht nur für die betreffenden Menschen mit (oder ohne) Migrationshintergrund, sondern für die Gesamtbevölkerung als eindeutig Gewinn bringend erweisen werden.

Vielversprechend ist in diesem Zusammenhang die Absicht des Bundesamts für Gesundheit, eine *multisektorale Gesundheitspolitik* zu entwickeln, welche die Gesundheitsdeterminanten fokussiert und dadurch längerfristig einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten dürfte. Dieser Vorstoss könnte einen idealen Anknüpfungspunkt für die breitere Einbettung von Migrationsbelangen liefern, sofern auf die Erfahrungen in der partizipativ orientierten Projektentwicklung und in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnerorganisationen im Rahmen des Programms «Migration & Gesundheit» Bezug genommen wird. Dabei wird es unumgänglich sein, die Kantone aktiv einzubeziehen und ein breit abgestütztes und institutionell klar geregeltes Vorgehen vorzusehen.

#### 5.2.4

#### **Verringerung sozialer Ungleichheit ist ein Hauptziel der Integration**

Die umfassend evaluierte Umsetzungspraxis im Bereich «Migration und Gesundheit» in der Schweiz zeigt, dass ein *konsequent bedarfsgerechtes Vorgehen* letztlich breite Kreise von sozial benachteiligten oder kulturell diversen Bevölkerungsgruppen anspricht und sich somit in eine breitere Policy zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit einfügt. Eine solche Policy wird heute von praktisch allen europäischen Staaten im Public-Health-Bereich propagiert. Ein Ansatz, der einerseits gezielt die Gesundheitsressourcen von Zugewanderten stärkt und andererseits allgemein auf die Steigerung des sozialen Integrationspotenzials abzielt, läuft von gesellschaftlicher wie auch wirtschaftlicher Warte aus auf eine «Win-Win-Situation» hinaus.



## Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007). Strategie Migration & Gesundheit (Phase II: 2008–2013). Bern: BAG.
- Bollini P., Wanner Ph. (2006). Santé reproductive des collectivités migrantes: disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuenburg: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Gabardino A., Wanner Ph., Dahinden J. (2007). La santé des populations migrantes en Suisse: Une analyse des données du GMM. Neuenburg: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- House J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20<sup>th</sup> century progress and 21<sup>st</sup> century prospects. *Journal of Health and Social Behaviour*, 43:125–142.
- MacKay L. et al. (2003). Migration and health: A review of the international literature. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Schenk L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52(2):87–96.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hrsg.) (2004): Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo Verlag.
- Weiss R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

### 5.3

## Ältere Erwerbstätige (50+)

François Höpflinger, Institut für Soziologie der Universität Zürich,  
und Joseph A. Weiss, Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Zürich

Durch das Altern geburtenstarker Jahrgänge erhöht sich der Anteil der über 50-jährigen Mitarbeitenden an der Erwerbsbevölkerung. Damit erarbeiten ältere Erwerbstätige einen wachsenden Anteil des Bruttosozialprodukts. Ihre Gesundheit als Basis ihrer Arbeitsfähigkeit gewinnt an Gewicht, speziell wenn eine Ausdehnung der Lebensarbeitszeit angestrebt wird. Parallel zur demografischen Alterung vollzog sich ein markanter wirtschaftlicher Strukturwandel, wodurch psychische und psychosoziale Arbeitsanforderungen anstiegen. Heutige Arbeitsplätze sind oft durch eine Gleichzeitigkeit verschiedener Arbeitsschritte, viele Termine, häufige Neuerungen und hohe Konzentration gekennzeichnet. Die Arbeitsleistung älterer Erwerbstätiger bleibt hoch, sofern sich eine gute Passung von persönlichen Kompetenzen und arbeitsbezogenen Anforderungen ergibt. Die Arbeitsfähigkeit in späteren Erwerbsjahren lässt sich sowohl durch Erhalt und Stärkung von Gesundheit und beruflichen Kompetenzen als auch durch eine altersangepasste Gestaltung der Erwerbsarbeit erreichen. Gut ein Fünftel der älteren Erwerbstätigen erachtet ihre Arbeit als körperlich anstrengend. Noch häufiger wird eine nervlich anstrengende Arbeit angeführt. Das Risiko einer Arbeitsabsenz steigt jedoch nicht mit dem Alter, hingegen das Risiko langer Abwesenheitsdauer. Die Leistungspotenziale älterer Arbeitskräfte sind durch Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und Weiterbildung zu fördern. Hierfür ist Aufklärungsarbeit zu leisten und sind Anreize für die Promotion eines betrieblichen Gesundheits- und Altersmanagements zu setzen.

#### 5.3.1

### Demografischer und wirtschaftlicher Hintergrund

#### Demografische Alterung der Erwerbsbevölkerung

Durch den Eintritt geburtenstarker Jahrgänge (Baby Boomers) in die zweite Lebenshälfte erhöhte sich der Anteil von 50-jährigen und älteren Personen an der Erwerbsbevölkerung zwischen 1996 und 2007 von 25 auf 28 %. Besonders rasch altert die schweizerische Erwerbsbevölkerung, und der Anteil der über 50-jährigen Erwerbspersonen schweizerischer Nationalität stieg von 26 (1996) auf 31 % (2007). Bei den ausländischen Erwerbspersonen sank der Anteil der über 50-jährigen Erwerbstätigen dank Zuwanderung jüngerer Personen von 20 auf 17 %. Laut Szenarien des Bundesamts für Statistik wird der Anteil der über 50-jährigen Erwerbspersonen bis 2020 auf gut ein Drittel ansteigen, um anschliessend auf die-

sem Niveau zu verbleiben. Damit erarbeiten ältere Erwerbstätige einen wachsenden Anteil des Bruttosozialprodukts, und der Erhalt ihrer gesundheitlichen Arbeitsfähigkeit wird wirtschaftlich wichtiger.

### Vergleichsweise hohe Erwerbsquoten der über 50-Jährigen in der Schweiz

In den letzten Jahrzehnten wurden Frühpensionierungen auch in der Schweiz häufiger. Davon gehen gut zwei Fünftel auf betriebliche Gründe (z. B. Umstrukturierungen, Betriebsschliessungen) und mehr als ein Fünftel auf gesundheitliche Gründe (z. B. Krankheit, Invalidität) zurück. Der Rest verteilt sich auf familiäre, persönliche und finanzielle Motive. Wirtschaftliche Faktoren (hohes Beschäftigungsvolumen, geringe Arbeitslosigkeit), sozialpolitische Rahmenbedingungen (Rentenkürzungen bei vorzeitiger Pensionierung) sowie eine liberale Arbeitsgesetzgebung und eine flexible Arbeitsmarktpolitik haben den Trend zu vorzeitigen Pensionierungen gebremst, und bezüglich Erwerbsquoten 50+ belegt die Schweiz einen internationalen Spitzenplatz. 2007 waren mehr als zwei Drittel der 55- bis 64-Jährigen erwerbstätig (76 % der Männer und 58 % der Frauen). Eine hohe Erwerbsquote 50+ stärkt das Arbeitskräftevolumen, sie erhöht jedoch den Anteil der über 50-Jährigen an der Erwerbsbevölkerung.

### Ausdehnung der Lebensarbeitszeit?

Für die Gesundheitspolitik stellt die demografische Alterung eine bedeutsame Herausforderung dar, da sie besser bewältigt werden kann, wenn Menschen möglichst lange gesund und leistungsfähig verbleiben. Eine Ausdehnung der Lebensarbeitszeit ist eine viel diskutierte Massnahme, um ein Ungleichgewicht zwischen Erwerbstätigen und Altersrentnern zu vermeiden. Eine längere Lebensarbeitszeit durch weniger Frühpensionierungen, höheres Rentenalter und mehr Altersteilzeitarbeit entschärft demografisch bedingte Probleme eines knappen Arbeitskräfteangebots, sie verstärkt jedoch die demografische Alterung der Erwerbsbevölkerung. Die Herausforderung der Zukunft besteht darin, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Erwerbspersonen schon früh so zu stärken, dass die wirtschafts- und sozialpolitisch notwendige Ausdehnung der Erwerbsjahre nach oben tatsächlich realisiert werden kann.

### Strukturwandel der Arbeitswelt

Parallel zur demografischen Alterung vollzog und vollzieht sich ein markanter wirtschaftlicher Strukturwandel. Zwischen 1960 und 2006 stieg der Anteil der im Dienstleistungssektor Arbeitenden von knapp 40 auf über 73 % an. Der Trend zur

Tertiarisierung verlief Hand in Hand mit Veränderungen der Bildungsstruktur, und auch ältere Erwerbstätige sind heute besser ausgebildet. Verfügt 1996 erst 24 % der 50- bis 64-jährigen Erwerbstätigen über einen tertiären Bildungsabschluss, waren es 2007 bereits 31 %. Umgekehrt sank der Anteil der 50- bis 64-jährigen Erwerbstätigen ohne nachobligatorische Ausbildung von 19 (1996) auf 14 % (2007). Eine Bildungsexpansion lässt sich bei Männern und Frauen festhalten, und geschlechtsspezifische Unterschiede des Bildungsniveaus haben sich abgeschwächt. Die erhöhte Frauenerwerbstätigkeit – und namentlich eine vermehrte Erwerbstätigkeit von Müttern – ist ein weiterer wichtiger Strukturwandel der Arbeitswelt; ein Strukturwandel, der in späten Erwerbsjahren allerdings zu pflegerisch-beruflichen Vereinbarkeitsproblemen (Pflege alter Eltern und Erwerbsarbeit gleichzeitig) beitragen kann.

### Flexibilisierung der Arbeitszeiten

In den letzten Jahrzehnten wurde die Arbeitsgestaltung variabler und flexibler. Traditionelle Arbeitsformen (Vollzeitbeschäftigung mit festen Arbeitszeiten) weichen flexiblen Arbeitsformen, wobei insbesondere bei Frauen eine teilzeitliche Erwerbsarbeit häufig ist. Laut einer 2005 durchgeführten europäischen Erhebung weisen 45 % der Erwerbstätigen der Schweiz keine festen täglichen Arbeitszeiten auf. Ähnlich flexibel ist die Arbeitszeit nur noch in den Niederlanden (46 %) und Finnland (47 %). Häufiger wurden auch Abend- und Nachtarbeiten, was spezifische gesundheitliche Probleme aufwirft. Rund 20 % der 50- bis 64-jährigen Erwerbstätigen leisten regelmässig Abend- oder Nachtarbeit.

Trotz Flexibilisierung der Arbeitsformen wurden die Arbeitsverhältnisse jedoch nicht wesentlich unstabiler, auch wenn Arbeit auf Abruf – speziell bei Frauen – in den letzten Jahren ein stetiges, wenn auch schwaches Wachstum verzeichnete. So zeigten 50- bis 64-jährige Erwerbstätige 2007 eine ebenso grosse Verbundenheit mit ihrer Arbeitsstelle wie 1996 (durchschnittlich 15,5 Jahre Verweildauer 1996 wie 2007). Die 50- bis 64-jährigen Frauen sind im Mittel seit 13 Jahren, die Männer seit 17 Jahren im gleichen Betrieb. Die jährliche Job-Mobilität älterer Erwerbstätiger ist mit 3 % relativ gering, wobei ein freiwilliger Stellenwechsel nach dem 50. Lebensjahr primär bei Personen mit hoher Bildung zu beobachten ist.

### 5.3.2

## Wandel der Arbeitsanforderungen

### Veränderungen der körperlich-psychischen Arbeitsanforderungen

Der Wandel zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft hat die Arbeit inhaltlich verändert. Erstens wurde schwere körperliche Arbeit seltener, und laut Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 leisten nur 13 % aller Erwerbstätigen (und 11 % der 50- bis 64-jährigen Erwerbstätigen) eine Arbeit, die schwere körperliche Anstrengungen erfordert. Etwas häufiger (17 % insgesamt, 14 % bei 50- bis 64-Jährigen) sind Arbeiten, die mit Treppensteigen oder dem Transport schwerer Dinge verbunden sind. Knapp ein Drittel leistet Arbeit, wo zwar keine schweren Sachen zu tragen sind, die aber mit viel Herumstehen und Herumgehen verbunden ist (32 % insgesamt, 37 % bei 50- bis 64-Jährigen). Nahezu zwei Fünftel der Erwerbstätigen (38 %) arbeiten umgekehrt zumeist im Sitzen, was zu Bewegungsmangel und Problemen einer ungesunden Sitzhaltung führen kann.

Während hohe körperliche Arbeitsbelastungen seltener wurden, haben sich die psychosozialen Arbeitsanforderungen erhöht. Die Mehrheit der heute Erwerbstätigen muss eng mit anderen Personen zusammenarbeiten, was hohe soziale Kompetenzen voraussetzt, aber auch zu Mobbing beitragen kann. Arbeitsplätze sind heute oft durch eine Gleichzeitigkeit verschiedener Arbeitsschritte, durch Einhaltung vieler Termine und laufende Neuerungen sowie durch eine hohe Konzentration gekennzeichnet. So ist der Arbeitsdruck in der Schweiz oft sehr hoch. 73 % der unselbstständig Erwerbstätigen gaben 2005 an, zumindest zeitweise ein hohes Arbeitstempo zu haben, und 69 % arbeiteten mindestens während eines Teils ihrer Arbeitszeit unter Termindruck. Im europäischen Durchschnitt betragen diese Werte 61 und 63 %.

Diese Entwicklungen können das psychosoziale Befinden reduzieren, und sie führen bei wiederholten oder dauernden Stressbelastungen unter anderem zu koronaren Herzerkrankungen. Die körperliche Aktivität nimmt mit der sitzenden Arbeitsweise ständig ab, was das Risiko für solche Krankheiten zusätzlich erhöht. Obwohl der Strukturwandel der Arbeitswelt, kombiniert mit Präventionsmassnahmen, berufliche Risiken und körperliche Belastungen reduziert hat, kamen zu «alten» Belastungen am Arbeitsplatz psychosoziale Belastungen hinzu, die auch die Vereinbarkeit von Arbeit und Freizeit berühren (siehe Kap. 9).

### Trotz allem hohe Arbeitszufriedenheit auch bei älteren Erwerbstätigen

Die meisten Schweizer Erwerbstätigen sind jedoch mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden. 91 % gaben 2005 an, mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden oder

sehr zufrieden zu sein. Die Schweiz liegt damit in Europa auf dem vierten Rang, nur knapp hinter Dänemark, Norwegen und Grossbritannien. Je älter die Erwerbstätigen sind, desto häufiger sind sie zufrieden, und bei den 55- bis 64-Jährigen erreichte der Anteil Zufriedener 96 %. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil, der sich im Unternehmen «zu Hause» fühlt. Bei älteren Erwerbstätigen zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsbeeinträchtigungen am Arbeitsplatz: Personen, die wenig über Gesundheitsbeeinträchtigungen, z. B. Rückenschmerzen, Muskelschmerzen, Stress, berichteten, waren eher mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden als Personen, die über Gesundheitsbeschwerden klagten.

Die hohe Zufriedenheit älterer Erwerbstätiger ist u. a. ein Resultat davon, dass sich Personen mit schlechten oder ungesunden Arbeitsbedingungen zum Teil vorzeitig aus dem Erwerbsleben zurückziehen. Dies gilt namentlich für Frauen, und laut Arbeitskräfteerhebungen 2005–2007 gaben 15 % der nicht mehr erwerbstätigen, über 50-jährigen Frauen «unbefriedigende Arbeitsbedingungen» als Hauptgrund für die Aufgabe ihrer letzten Arbeitsstelle an. Offen bleibt zudem die Frage, in welchem Mass die hohe Zufriedenheit älterer Erwerbstätiger eine eher «resignative Arbeitszufriedenheit» widerspiegelt. Resignativ Zufriedene sind Personen, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, weil es schlimmer sein könnte oder weil sie keine Möglichkeit sehen, die eigene Situation zu verbessern.

### 5.3.3

#### Alter, Leistung und Gesundheit in späteren Erwerbsjahren

##### **Alter und Leistung – kein allgemeiner Leistungsabbau, aber zunehmende Unterschiede der Leistungsvoraussetzungen**

Arbeitsleistung und Arbeitsfähigkeit verändern sich im Laufe der beruflichen Erwerbskarriere, wobei der Leistungswandel je nach sozioökonomischen Faktoren (z. B. Bildungsniveau, berufliche Stellung) und den bisherigen beruflichen Belastungen sehr unterschiedlich verläuft. Empirische Studien lassen aber insgesamt keinen allgemeinen Leistungsabbau älterer erwerbstätiger Personen erkennen. Auch wenn mit dem Alter einhergehende Verschiebungen in den Leistungsvoraussetzungen zu beobachten sind, so äussern sich diese nach heutigem Forschungsstand nicht in einem negativen Zusammenhang zwischen Lebensalter und Arbeitsleistung. Älter werdende Mitarbeitende können einige für die Arbeit positive Eigenschaften einbüßen, sie gewinnen jedoch oft neue Eigenschaften dazu, oder sie wählen eine andere Kombination von Leistungsdimensionen, wodurch sie Verluste zu kompensieren vermögen.

Untersuchungen zu den arbeitsrelevanten Fähigkeiten, Ressourcen und Leistungen älter werdender Menschen lassen zwei zentrale Feststellungen zu: Erstens sind die interindividuellen Unterschiede der arbeits- und leistungsrelevanten Eigenschaften innerhalb von Altersgruppen grösser als zwischen verschiedenen Altersgruppen. Zweitens steigt die Varianz der individuellen Unterschiede in höheren Altersgruppen an, und die Leistungsfähigkeit älterer Personen korreliert stark mit sozioökonomischen Faktoren.

Die ausgeprägten und tendenziell ansteigenden Unterschiede der Leistungsvoraussetzungen und Kompetenzen über 50-jähriger Erwerbspersonen weisen auch darauf hin, dass bisherige und aktuelle Berufs- und Arbeitsverhältnisse einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeiten älterer Arbeitskräfte ausüben. Gesundheitliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bei über 50-jährigen Menschen widerspiegeln häufig keine «altersbedingten Einbussen», sondern sie sind weitgehend das Resultat bisheriger beruflicher und privater Belastungen.

#### **Arbeitsfähigkeit 50+ – entscheidend ist Passung von individuellen Kompetenzen und Arbeitsplatz**

Arbeitsleistung und Arbeitsfähigkeit älterer erwerbstätiger Frauen und Männer speisen sich aus vielen Quellen, wobei neben individuellen Fertigkeiten, Kenntnissen und bisherigen beruflichen Erfahrungen auch die Arbeitsplatzverhältnisse (z. B. Arbeitsbelastungen, betriebliche Weiterbildung, Gesundheitsförderung) zentral sind. Entscheidend für die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung älterer Erwerbstätiger ist eine gute Passung zwischen persönlichen Kompetenzen und arbeitsbezogenen Anforderungen. Auch bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen kann durch eine entsprechende Anpassung der Arbeit eine hohe Arbeitsfähigkeit garantiert werden. Die Arbeitsfähigkeit in späteren Berufs- und Erwerbsjahren lässt sich sowohl durch Erhalt und Stärkung von beruflichen Kompetenzen als auch durch eine (alters-)angepasste Gestaltung der Erwerbsarbeit erreichen. Arbeitsfähigkeitsmodelle berücksichtigen deshalb individuelle und betriebliche Einflussfaktoren. Dies ist auch für die betriebliche Gesundheitsförderung wichtig: Einerseits geht es darum, die Gesundheit älterer Erwerbstätiger zu erhalten und bei schon aufgetretenen Schädigungen eine Verschlimmerung zu vermeiden. Andererseits geht es bei älteren Erwerbstätigen darum, Arbeitsplatz und Arbeitsformen leistungsgerecht anzupassen (z. B. durch selbstgewählte Kurzpausen, Teilzeitarbeit gegen Berufsende).

### Erwerbstätigkeit 50+ und Gesundheit – Wechselbeziehungen

Erwerbsarbeit und Gesundheit unterliegen einem komplexen Wechselverhältnis: Einerseits beeinflussen Art und Weise der Erwerbsarbeit das gesundheitliche Befinden. Eine ausgewogene und befriedigende Arbeit wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus. Eine positiv erlebte Berufskarriere und ein erwerbsbedingtes gutes Einkommen erhöhen – durch wirtschaftliche Sicherheit, Wohlstand und Statusgewinn – Wohlbefinden und psychische Gesundheit. Umgekehrt können psychosoziale und physische Arbeitsbelastungen zu gesundheitlichen Einbußen beitragen.

Andererseits beeinflussen gesundheitliche Faktoren auch die Erwerbsverhältnisse; sei es, dass sich gesundheitliche Probleme negativ auf die Berufskarriere auswirken, sei es, dass gesundheitliche Einschränkungen eine vorzeitige Erwerbsaufgabe erzwingen oder sei es, dass gesundheitlich bedingte Verluste der Leistungsfähigkeit dazu führen, dass eine körperlich oder psychisch weniger belastende Arbeit gesucht werden muss.

Längsschnittbeobachtungen verschiedener Berufsgruppen lassen vor allem drei Gruppen von beruflich bedingten gesundheitlichen Risikofaktoren bei älteren Arbeitskräften hervortreten:

- Zu hohe physische Arbeitsanforderungen (z. B. statische Muskelarbeit, hoher Krafteinsatz, Heben und Tragen, sonstige Spitzenbelastungen, repetitive Arbeit, gleichzeitig gebeugte und gedrehte Körperhaltung). Solche Faktoren sind für ältere Mitarbeitende kritischer als für Jüngere, da die Inzidenz muskuloskelettaler Erkrankungen mit dem Alter ansteigt.
- Belastende und gefährliche Arbeitsumgebung (z. B. schmutzige oder nasse Arbeitssituation, Unfallrisiko, Hitze, Kälte, rasche Temperaturänderungen). Solche Faktoren erhöhen das Risiko von Unfällen, die Beanspruchung der muskuloskelettalen Systeme sowie von Herz und Lunge;
- Mangelhaft organisierte Arbeit (z. B. Rollenkonflikte, Angst vor Fehlleistungen, Mangel an Freiheitsgraden, Zeitdruck, geringe Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit, Mangel an beruflicher Perspektive, wenig Anerkennung durch Vorgesetzte). Solche Faktoren reduzieren primär die psychosoziale Gesundheit wie auch die Arbeitsmotivation.



## 5.3.4

**Gesundheit und gesundheitliche Arbeitsbelastungen älterer Erwerbstätiger****Subjektive Gesundheit von 50- bis 64-jährigen Frauen und Männern – Erwerbstätige und Nichterwerbstätige im Vergleich**

Laut Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 beurteilt die grosse Mehrheit der 50- bis 64-jährigen Frauen und Männer ihre subjektive Gesundheit als «gut» bis «sehr gut» ein. Besonders positiv beurteilen erwerbstätige Frauen und Männer ihre Gesundheit, und bei den noch erwerbstätigen über 50-Jährigen zeigt sich keine Abnahme der Gesundheitseinschätzung (siehe Tab. 6).

Eine schlechtere Gesundheitseinschätzung zeigt sich bei älteren Nichterwerbstätigen. Dies gilt speziell für Männer, die schon mit 50 bis 64 Jahren nicht mehr erwerbstätig sind. Analoge Unterschiede zwischen älteren Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen ergeben sich bei der psychischen Befindlichkeit, und die nicht (mehr) Erwerbstätigen stuften sich 2002 signifikant häufiger als niedergeschlagen und kraftlos/energielos ein.

Die schlechtere Gesundheitseinschätzung von nichterwerbstätigen 50- bis 64-Jährigen widerspiegelt einerseits die Tatsache, dass Erwerbslosigkeit, namentlich längere Arbeitslosigkeit, als psychisch belastend erlebt wird. Nichterwerbstätigkeit erhöht das Risiko von Armut, namentlich in Kombination mit tiefer Schulbildung und geringem Berufsstatus. Andererseits können auch gesundheitliche Probleme zu einem vorzeitigen Erwerbsaustritt führen. Laut SAKE (Schweize-

**Tabelle 6:** Subjektive Gesundheit von 50- bis 64-jährigen Frauen und Männern in der Schweiz, 2002

	Alter:	Prozentanteil mit guter bis sehr guter subjektiver Gesundheit			
		20–49	50–54	55–59	60–64
Männer					
■ Alle		92	86	83	80
■ Erwerbstätige		93	89	86	89
■ Nichterwerbstätige		82	51	61	71
Frauen					
■ Alle		89	81	81	79
■ Erwerbstätige		90	86	88	85
■ Nichterwerbstätige		87	70	72	76

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, gewichtete Stichprobe.

rische Arbeitskräfteerhebung) 2005–2007 gaben 32 % der 50- bis 64-jährigen nichterwerbstätigen Männer und 22 % der gleichaltrigen nichterwerbstätigen Frauen Krankheit, Unfall oder Invalidität als Hauptgrund für die Aufgabe ihrer letzten Arbeitsstelle an. Von den Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erwerbstätig waren, würden 12 % auf jeden Fall und 41 % unter veränderten Voraussetzungen gerne ins Erwerbsleben zurückkehren (was auf die Bedeutung entlastender Arbeitsangebote hinweist).

### Wahrgenommene gesundheitliche Arbeitsbelastungen bei älteren Erwerbstätigen

Die meisten Studien zu gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz basieren auf einer Befragung der Erwerbstätigen, was zu zwei Verzerrungen führen kann: Erstens werden nicht alle gesundheitlichen Gefährdungen und Risiken wahrgenommen, und auch «Gewöhnungseffekte» können die Wahrnehmung beeinflussen. Zweitens kann die Wahrnehmung beruflicher Belastungen durch ausserberufliche Faktoren (z. B. depressive Symptome, familiäre Belastungen) beeinflusst werden.

Insgesamt erachtet mehr als ein Fünftel der älteren erwerbstätigen Männer ihre Arbeit als körperlich eher bis sehr anstrengend, wogegen die Werte bei älteren erwerbstätigen Frauen tiefer liegen. Deutlich häufiger wird eine nervlich eher bis sehr anstrengende Arbeit angeführt, wobei sich die Werte in den höheren Altersgruppen etwas reduzieren (siehe Tab. 7). Dies kann auf «Gewöhnungseffekte», aber auch auf betriebliche Entlastungsmassnahmen zugunsten älterer Erwerbstätiger zurückgeführt werden.

Eine hohe körperliche Arbeitsbelastung wird vor allem von wenig qualifizierten Arbeitskräften und unteren Statusgruppen angeführt, wogegen hohe psychisch-

**Tabelle 7:** Wahrgenommene körperliche und psychische Arbeitsbelastung bei Erwerbstätigen, 2002

Aktuell ausgeübte Arbeit ist:	Erwerbstätige Frauen und Männer							
	Männer				Frauen			
	20–49	50–54	55–59	60–64	20–49	50–54	55–59	60–64
Körperlich eher/sehr anstrengend	26 %	24 %	22 %	22 %	18 %	16 %	16 %	11 %
Nervlich eher/sehr anstrengend	47 %	48 %	45 %	40 %	37 %	40 %	35 %	22 %

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, gewichtete Stichprobe.

soziale Arbeitsbelastungen mit steigendem Berufsstatus und bei besserer Ausbildung häufiger angeführt werden. So nennen etwa Führungskräfte überdurchschnittlich häufig allgemeine Erschöpfung, Stress und Schlafstörungen als belastende Faktoren.

### **Gesundheitsrelevante Störungen bei der Arbeit**

Wird gezielt nach regelmässigen gesundheitsrelevanten Störungen bei der Arbeit gefragt, zeigt sich, dass nur wenige ältere Erwerbstätige überhaupt keine Störung anführen (siehe Tab. 8). Relativ häufig erwähnt werden Störungen wie:

- Lärmbelastungen (z. B. Verkehrslärm, Maschinenlärm), die zu berufsbedingten Höreinschränkungen im Alter führen können.
- Tabakrauch am Arbeitsplatz; eine Störung, die seit 2002 dank Rauchverbot in zunehmend mehr Arbeits- und Aufenthaltsbereichen rückläufig ist.
- Feuchtigkeit und Nässe, Zugluft; Störungen, die zu rheumatischen Beschwerden beitragen können.
- Ungünstige Lichtverhältnisse (z. B. kein Tageslicht, ungünstige Beleuchtung), die eine sensorische Belastung darstellen.
- Chemische Stoffe, Dämpfe, Abgase, aber auch Staub, Russ oder Schmutz, die sich negativ auf die Lungenfunktionen auswirken.

Von einigen Störungen, wie beispielsweise Staub, Russ, Schmutz oder schlechte Klimaanlage, sind Männer stärker betroffen als Frauen (die dagegen häufiger Maschinenlärm als störend empfinden). Bei einigen Störungen zeigen sich leichte Altersunterschiede in Richtung abnehmender Störwahrnehmung. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben (z. B. Gewöhnungseffekte, altersangepasste Arbeitsbedingungen), und ein Wechsel zu Arbeitsplätzen mit leistungsgerechten Anforderungen kann wesentlich zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Erwerbstätiger beitragen.

### **Gesundheitliche Belastungen älterer Erwerbstätiger in der Schweiz – im intereuropäischen Vergleich**

Zusätzliche Informationen zu den gesundheitlichen Arbeitsbelastungen vermittelt eine 2005 durchgeführte Erhebung über Arbeitsbedingungen in europäischen Ländern. In dieser Erhebung wurde zwischen einer Gefährdung von Gesundheit oder Sicherheit und einer Beeinträchtigung der Gesundheit differenziert. Eine Gefährdung von Gesundheit oder Sicherheit wird als direkte und unmittelbare

Tabelle 8: Wahrgenommene Störungen bei der Erwerbsarbeit, 2002

Frage: «Und wie steht es mit Störungen bei Ihrer Arbeit, die Sie persönlich als lästig empfinden? Welche der folgenden Störungen gibt es bei Ihrer Arbeit regelmässig? Bitte alles Zutreffende ankreuzen.»

Angeführt:	Männer				Frauen			
	20-49	50-54	55-59	60-64	20-49	50-54	55-59	60-64
Verkehrslärm	38 %	33 %	36 %	33 %	37 %	34 %	35 %	29 %
Tabakrauch	37 %	38 %	35 %	34 %	35 %	32 %	33 %	27 %
Feuchtigkeit, Nässe	30 %	30 %	23 %	24 %	25 %	21 %	17 %	13 %
Kein Tageslicht	25 %	25 %	22 %	27 %	24 %	22 %	23 %	21 %
Lärm von Maschinen	24 %	31 %	29 %	29 %	35 %	40 %	42 %	29 %
Zugluft	24 %	28 %	24 %	18 %	25 %	25 %	25 %	18 %
Chemische Stoffe, Dämpfe, Gerüche, Abgase	22 %	20 %	27 %	25 %	24 %	27 %	26 %	20 %
Lärm von Mitarbeitenden	18 %	17 %	14 %	13 %	16 %	10 %	10 %	7 %
Ungünstige Beleuchtung	17 %	18 %	22 %	16 %	13 %	19 %	19 %	9 %
Staub, Russ, Schmutz	17 %	16 %	15 %	15 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Zu tiefe/zu hohe Temperaturen	15 %	11 %	7 %	9 %	12 %	10 %	12 %	6 %
Klimaanlage	11 %	13 %	15 %	13 %	6 %	6 %	5 %	5 %
Keine Störung	3 %	3 %	3 %	6 %	5 %	5 %	5 %	10 %

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, gewichtete Stichprobe.

Einwirkung verstanden, wogegen eine Beeinträchtigung der Gesundheit eine ungünstige Beeinflussung beinhaltet, die eher unterschwellig oder über längere Zeit wirkt. Insgesamt wird weniger über eine Gefährdung von Gesundheit oder Sicherheit als vielmehr über eine Beeinträchtigung der Gesundheit berichtet.

Sowohl bei den Gesundheitsbeschwerden (z. B. Stress, Rücken- oder Muskelschmerzen) als auch bei den physischen Gesundheitsbelastungen (z. B. repetitive Bewegungen, belastende Körperhaltungen, Vibrationen) liegen die Schweizer Werte unter dem europäischen Schnitt. Trotzdem sieht auch in der Schweiz fast ein Drittel der Erwerbstätigen seine Gesundheit durch die Arbeit beeinträchtigt. Die am häufigsten beklagten Beschwerden sind Stress, Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen. Jüngere Erwerbstätige klagen häufiger über Rückenschmerzen, Muskelschmerzen oder Verletzungen, während ältere Erwerbstätige häufiger über Stress, Reizbarkeit, Kopfschmerzen oder Sehprobleme berichten.

Ein Vergleich nach Altersgruppen zeigt, dass sich insbesondere jüngere Erwerbstätige physischen Gesundheitsrisiken, wie beispielsweise Vibrationen, hohen oder niedrigen Temperaturen, dem Einatmen von Rauch, Staub oder Dämpfen, ausgesetzt sehen. Auch ermüdende Körperhaltungen und schwere Lasten sind bei jüngeren Erwerbstätigen häufiger als bei älteren Erwerbstätigen. Mit zunehmendem Alter steigt umgekehrt der Anteil an Personen, die sich «sehr gut» oder «gut» über die Gesundheits- und Sicherheitsrisiken ihrer Tätigkeit informiert fühlen.

Ältere Erwerbstätige sehen somit ihre Gesundheit oder Sicherheit weniger häufig durch ihre Arbeit gefährdet als jüngere Erwerbstätige. Anders sieht es bei der Frage aus, inwieweit die Befragten glauben, dass ihre Arbeit ihre Gesundheit beeinträchtigt. Diesbezüglich zeigen sich zwischen den Altersgruppen kaum Unterschiede. Ältere Erwerbstätige nehmen nicht so sehr gesundheitliche Gefährdungen wahr als vielmehr effektive gesundheitliche Beeinträchtigungen (siehe Tab. 9).

### Gesundheitsbedingte Absenzen

19 % der Schweizer Erwerbstätigen gaben 2005 an, in den letzten zwölf Monaten aufgrund von Gesundheitsproblemen gefehlt zu haben, was leicht unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Interessant ist, dass die Dauer der Abwesenheit bei den Schweizern dem europäischen Mittel entspricht, das heisst, wenn Erwerbstätige in der Schweiz krank sind, sind sie teilweise relativ lange abwesend (durchschnittliche Absenzen wegen gesundheitlichen Beschwerden: 21 Tage, Median: 7 Tage) (siehe Tab. 9).

Während in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen Unfälle am Arbeitsplatz eine bedeutsame Rolle spielen (19 % der Befragten gaben an, dass ihre gesundheitsbedingte Abwesenheit von einem Unfall am Arbeitsplatz herrührte), schlägt dies bei den 55- bis 64-Jährigen kaum zu Buche (2 %). Gesundheitlich bedingte Arbeitsabsenzen sind bei älteren Erwerbstätigen primär mit gesundheitlichen Beschwerden verknüpft (die oft auf frühere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind).

Die älteren Erwerbstätigen führen, teilweise selektionsbedingt, gesundheitsbedingte Absenzen nicht häufiger an als jüngere Erwerbstätige, aber wenn sie

**Tabelle 9:** Wahrgenommene gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen sowie Arbeitsabsenzen, 2005

	Wahrgenommene gesundheitliche		Gesundheitsbedingte Absenzen		
	Risiken	Beeinträchtigungen	angeführt	Absenztage Mittel	Median
Schweiz insgesamt	22 %	31 %	19 %	21	7
EU 27	29 %	35 %	22 %	20	10
Geschlecht:					
Frauen	17 %	25 %	21 %	23	7
Männer	27 %	36 %	18 %	19	7
Alter:					
25–34 J.	24 %	34 %	19 %	24	10
35–44 J.	21 %	34 %	20 %	9	4
45–54 J.	24 %	30 %	19 %	30	10
55–64 J.	16 %	29 %	17 %	40	30

Gesundheitliche Risiken: Ich glaube, dass meine Gesundheit oder Sicherheit durch meine Arbeit gefährdet ist.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen: Ich glaube, dass meine Arbeit meine Gesundheit beeinträchtigt.

Gesundheitlich bedingte Arbeitsabsenzen: Habe im Hauptberuf in den letzten zwölf Monaten wegen Gesundheitsproblemen gefehlt.

Absenztage: Anzahl Absenztage in den letzten zwölf Monaten aufgrund von Gesundheitsproblemen (Basis: Personen mit gesundheitsbedingten Fehltagen).

Quelle: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO (2007). 4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive, Bern.

abwesend, sind sie relativ lange abwesend. Mehr als die Hälfte der gesundheitsbedingten Absenzen bei 55- bis 64-Jährigen dauern länger als 30 Tage (im Vergleich zu zehn Tagen bei den 45- bis 54-Jährigen). Das Risiko einer Arbeitsabsenz steigt nicht mit dem Alter an, aber das Risiko einer langen Abwesenheitsdauer nimmt bei betroffenen Personen zu (eine Situation, die gesundheitsbezogenes Case-Management erfordert).

### 5.3.5

## Politische Initiativen, Public-Health-Strategien und Massnahmen

### Traditionelle und neue Policies

Arbeitsgesetz (ArG) und Unfallversicherungsgesetz (UVG) verpflichten die Arbeitgeber, ihre Beschäftigten mit geeigneten Massnahmen vor betrieblichen Unfall- und Gesundheitsgefahren zu schützen. Bei besonderen Gefahren sind sie unter Umständen verpflichtet, Spezialisten der Arbeitssicherheit beizuziehen. Zudem steht es ihnen frei, die Unterstützung von Ergonomen oder Arbeitspsychologen in Anspruch zu nehmen. Auf der anderen Seite sind Erwerbstätige, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, zu periodischen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen verpflichtet. Ist eine erwerbstätige Person gesundheitsbedingt wiederholt oder längere Zeit arbeitsunfähig, kann sie frühzeitig erfasst und nach einer medizinischen und arbeitsmarktlichen Beurteilung mit Massnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit (Case- oder Disability-Management) begleitet werden.

In den 1990er-Jahren wuchs die Einsicht, dass eine defizitorientierte Handlungsmotivation nicht ausreicht, um psychosoziale Risiken zu bewältigen. Jüngere Policy-Strategien zielen ergänzend darauf ab, die Gesundheit und die soziale Integration von älteren Erwerbstätigen mit Massnahmen der Primär- und Sekundärprävention zu stärken (auch im Rahmen einer Förderung aktiven Alterns). Die zentralen Punkte einer betrieblichen Gesundheitsförderung für ältere, langjährige Erwerbstätige sind:

- die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen, inklusive der Stärkung von Kompetenzen, welche die Arbeitsfähigkeit, so weit als möglich, auch bei schon bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen erhalten, und
- die Umsetzung verhältnis- und verhaltensorientierter Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, die bei älteren, langjährigen Mitarbeitern auf eine altersgerechte Passung zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatz achten, zum Beispiel durch die Bereitstellung altersangepasster Arbeitsplätze oder durch gezielte Entlastungsangebote.

### Politische Initiativen und Public-Health-Strategien

Auf internationaler Ebene existieren – seit der 1980 von der International Labour Organization (ILO) publizierte Empfehlung Nr. 162 (Schutzmassnahmen für ältere Arbeitnehmende) – schon länger altersbezogene Initiativen. Unter dem Stichwort *active ageing* veröffentlichte auch die WHO 2002 einen entsprechenden Public-Health-Schwerpunkt.

Der Bundesrat publizierte 2007 seine «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik». Dabei bekundet er seine Absicht, die Leistungspotenziale älterer Erwerbstätiger zu fördern. Dafür soll die Arbeitswelt so gestaltet werden, dass die Potenziale von Männern und Frauen über ihren gesamten Lebenslauf hinweg realisiert werden können. Mittels Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, aber auch durch Weiterbildung sollen Arbeitsfähigkeit und -motivation aller Altersgruppen gestärkt werden. Dies steht in Einklang mit den Gesundheitszielen für die Schweiz, die das Netzwerk «Public Health Schweiz» 2002 von der WHO Europa (Agenda 21: «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert») übernahm.

In den vergangenen Jahren wurden auf verschiedenen Ebenen Erfolg versprechende Anstrengungen unternommen, um die betriebliche Gesundheitsförderung stärker zu etablieren. So unterstützt die Gesundheitsförderung Schweiz die Entstehung eines nationalen Forums sowie kantonaler Foren für betriebliche Gesundheitsförderung, und sie bietet auch kleineren Betrieben mit dem Programm «KMU-vital» eine praxisorientierte Unterstützung an. Schliesslich wurden vermehrt Projekte zur Förderung der Arbeitsfähigkeit älterer Erwerbstätiger umgesetzt, etwa mit dem interkantonalen Projekt «50+ plus santé», das in Betrieben und beruflichen Reintegrationszentren Erfahrungen sammelt, oder mit der «Altersstrategie» des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes, die den Betrieben konkrete Handlungshilfen für eine altersgerechte Personalpolitik anbietet.

### Implikationen für Policy, Praxis und Forschung

Das Arbeitszeitvolumen, das die schweizerische Wirtschaft für gesundheitlich bedingte Arbeitsabsenzen kompensieren muss, betrug im Jahr 2002 insgesamt rund 15 000 Personen-Arbeitsjahre. Die von Arbeitgebern und Arbeitnehmenden zu begleichenden Unfallversicherungskosten beliefen sich im selben Jahr auf 4,2 Milliarden Franken. Diese hohen Kosten lassen vermuten, dass das vorhandene Präventionspotenzial bei Weitem nicht ausgeschöpft wird. Die öffentlichen Mittel für Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt entsprechen derzeit nur einem Bruchteil dieser Schadenssumme. Damit, wie vom Bundesrat vorgesehen, den Qualifikationen und Arbeitsbedingungen ab dem Eintritt in das Arbeitsleben und in späteren Erwerbsphasen gebührend Rechnung getragen wird, muss der Staat wirkungsvolle Anreize setzen und Aufklärungsarbeit für die notwendigen Verhaltensänderungen seitens der Arbeitgeber und Arbeitnehmenden leisten.

Insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Erhöhung des Rentenalters ist es vorteilhaft, wenn älteren Arbeitskräften in den Betrieben vermehrt entlastende Teilzeitarbeit oder altersgerechte Arbeitsbedingungen angeboten werden. Dabei sollte jenen älteren Erwerbstätigen besondere Beachtung geschenkt werden, die kumulativen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind (etwa durch ein Monito-



ring mithilfe des «Work Ability Index»-Fragebogens, der die individuelle Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den geforderten Arbeitsanforderungen erfasst).

Die moderne Arbeitswelt ist sehr diversifiziert und vielfältig, und erwerbstätige Frauen und Männer arbeiten in unterschiedlichen Berufen mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen. Dies schliesst ein, dass eine betriebliche Gesundheitsförderung älterer Erwerbstätiger zielgruppenspezifisch auszurichten ist, und die grossen Unterschiede je nach sozioökonomischen Bedingungen sind zu berücksichtigen.

Da eine umfassende Wirkung entsprechender Massnahmen nur langfristig erreichbar und epidemiologisch überprüfbar ist, benötigt ihr Controlling spezifische, aber robuste Wirkungsindikatoren. Dies erfordert eine deutliche Erweiterung der Wissensbasis im Bereich «Arbeit & Gesundheit» und eine Schliessung der Lücken der Datensammlung. Mit der Beteiligung der Schweiz an der 4. Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005 wurde ein bedeutsamer Schritt in diese Richtung unternommen. Weit gehend fehlen dagegen Längsschnittuntersuchungen von Erwerbsbiografien. Einzig Längsschnittstudien, die über das Arbeitsleben verteilte Mehrfachberufskarrieren berücksichtigen, tragen zur Klärung der Wechselwirkungen von Gesundheitsdeterminanten bei. Für ein gesundheitsbezogenes Monitoring ist wegen der inhaltlich vielfältigen Datenquellen auch eine Harmonisierung und Zusammenführung von Daten und ihrer Auswertung anzustreben.

## Literatur

- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008). Erwerbstätigkeit der Personen ab 50 Jahren. Eine Untersuchung zu den Ergebnissen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung und der Lohnstrukturerhebung. BFS Aktuell. Neuenburg: BFS.
- Clemens W., Höpflinger F., Winkler R. (Hrsg.) (2005). Arbeit in späteren Lebensjahren – Sackgassen, Perspektiven, Visionen. Bern: Haupt Verlag.
- Ilmarinen J. (2006). Towards a longer worklife – Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute for Occupational Health.
- Reday-Mulvey G. (2005). Working beyond 60 – Key policies and practices in Europe. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- von Cranach M., Schneider H.-D., Ulich E., Winkler R. (Hrsg.) (2004). Ältere Menschen im Unternehmen – Chancen, Risiken, Modelle. Bern: Haupt Verlag.
- Zölch M., Mücke A., Korn K. (2008). Altersspezifische Auswertungen des Vierten European Working Conditions Surveys. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# 6 Alter

Ilona Kickbusch, Graduate Institute of International and Development Studies, Genf, Ruth Ospelt-Niepelt, Brienz, Laurence Seematter, Universitätsspital, CHUV Lausanne

Die Schweiz besitzt heute weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen bei Geburt. Die Anzahl älterer Menschen – insbesondere der über 80-Jährigen – wächst markant an. Trotz der gestiegenen gesunden und behinderungsfreien Lebenserwartung sind viele ältere Menschen von einer oder mehreren chronischen Krankheiten betroffen, deren Prävalenz mit dem Alter steigt. «Alt» sein ist heute nicht gleichzusetzen mit krank und pflegebedürftig. Innerhalb der Altersgruppen bestehen grosse Unterschiede hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands. Die aktuelle Datenbasis zur Pflegebedürftigkeit älterer Menschen ist ungenügend, der künftige Pflegebedarf ist – nicht zuletzt im Hinblick auf die demenziellen Erkrankungen – schwer einschätzbar. In der Schweiz verdoppelt sich die Demenz-Prävalenz ab dem 65. Lebensjahr alle fünf Jahre. So sind von den 65- bis 69-Jährigen zwischen 1 und 2 % betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 30 %. Gemäss Berechnungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums kann es aufgrund der steigenden Zahl der über 80-jährigen Menschen bis 2030 zu einer Verdoppelung der Langzeitpflegekosten kommen. Früher wurde das Alter primär mit «Defiziten» assoziiert und als negativer Gegensatz zur Jugend betrachtet. In den letzten Jahren hat ein positiver Wandel des Alters eingesetzt. Das Alter wird zunehmend als aktive, gestaltbare Lebensphase wahrgenommen. Damit wird die soziale Rolle älterer Menschen nicht mehr nur durch das chronologische Alter, sondern verstärkt auch durch die individuellen und funktionalen Fähigkeiten und Möglichkeiten bestimmt. Aktives Altern bedeutet, Gesundheit als Ressource für Lebensqualität nutzen zu können, Unabhängigkeit zu wahren und aktiv am sozialen Leben teilzunehmen. Um wirksam zu sein, müssen Massnahmen zur Förderung aktiven Alterns die Gesamtsituation älterer Menschen berücksichtigen, das heisst neben der medizinischen auch ihre psychologische, kognitive, funktionale und soziale Situation miteinbeziehen. Als Basis für gesundheitspolitische Massnahmen reicht eine Orientierung am chronologischen Alter nicht mehr aus. Aus diesem Grund müssen sich Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung an Risikogruppen innerhalb der älteren Bevölkerung richten, währenddem sich das pflegerische und medizinische Angebote am Behandlungs- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen orientieren. Beim Vorsorge- und Gesundheitsverhalten älterer Menschen bestehen noch wesentliche Defizite. Dies liegt möglicherweise daran, dass diese Programme noch zu wenig

auf diesen Teil der Bevölkerung ausgerichtet sind. Die nationalen Daten über die Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz sind ungenügend. Grundsätzlich braucht es mehr Wissen über die Gesundheit im Alter, die Determinanten des gesunden Alterns und die entsprechenden Veränderungen zwischen den Alterskohorten. Dazu bedarf es Longitudinalstudien.

## 6.1

### Demografische und epidemiologische Entwicklung

#### 6.1.1

##### Ausdehnung der Lebenserwartung im hohen Alter

Dank einer wirtschaftlichen Entwicklung, die zu einem hohen allgemeinen Lebensstandard geführt hat, einem hohen Bildungsstand und einem ausgebauten medizinischen Versorgungssystem besitzt die Schweiz heute eine der höchsten Lebenserwartungen bei Geburt weltweit. Während die Lebenserwartung in der Schweiz vor 130 Jahren bei nur rund 50 Jahren lag, beträgt sie heute 84 Jahre für Frauen und 79,1 Jahre für Männer. Gemäss Prognosen des Bundesamts für Statistik wird sie bis 2050 auf 89,5 Jahre und 85,0 Jahre ansteigen. Besondere gesellschafts- und gesundheitspolitische Implikationen ergeben sich daraus, dass diese weitere Zunahme vornehmlich durch eine Ausdehnung des hohen Alters erreicht werden wird. Erstmals entsteht eine Gesellschaft, die vier Generationen umspannt. Von 2005 bis 2050 wird die Anzahl der Personen ab 80 absolut um rund 600 000 steigen. Bei einer gleich bleibenden Geburtenquote wird ihr Bevölkerungsanteil damit rund zweieinhalb Mal so hoch sein wie 2005.

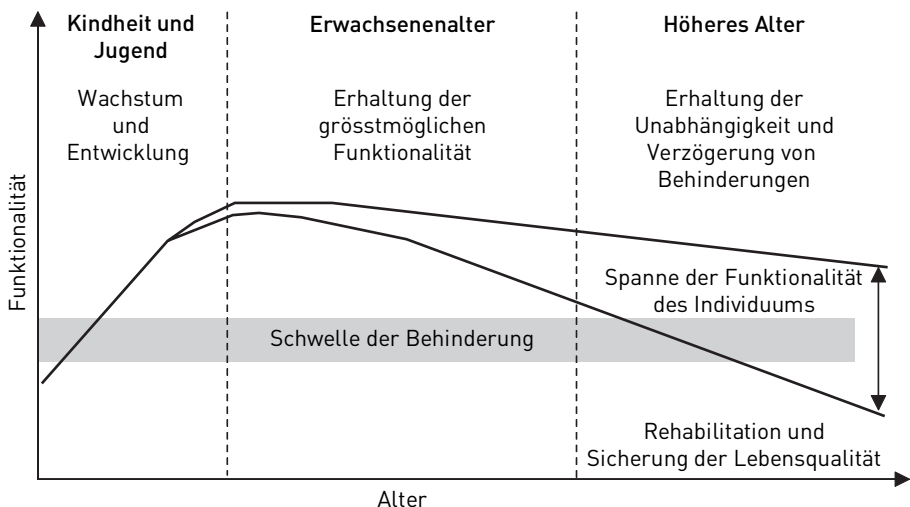
#### 6.1.2

##### Verschiebung der Morbidität und Pflegebedürftigkeit ins höhere Alter

Die Menschen in der Schweiz leben heute nicht nur länger als ihre Vorfahren, sie können auch erwarten, länger gesund und behinderungsfrei zu leben als diese. Chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit treten heute später im Leben auf. Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit (bei Geburt) stieg zwischen 1992 und 2002 für Männer von 63,9 auf 67,5 Jahre und für Frauen von 65,3 auf 68,7 Jahre. Die behinderungsfreie Lebenserwartung betrug 2002 73,7 und 76,8 Jahre. Auffallend ist, dass Personen, die mit 65 Jahren noch gesund bzw. behinderungsfrei sind, erwarten können, dass sie dies auch noch in 12 bis 16 Jahren sein werden. Innerhalb der älteren Bevölkerung besteht eine grosse Heterogenität bezüglich des gesundheitlichen Zustands. Bei der gesunden oder der behinderungsfreien Lebenserwartung handelt es sich lediglich um Durchschnittswerte. Dahinter stehen aber

Menschen, die in Gesundheit ein hohes Alter erreichen und nur am Schluss kurz pflegebedürftig werden, aber auch solche, die schon früh und über Jahre hinweg pflegebedürftig sind. Die individuelle Lebenserwartung wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung und der Schicht- und Berufszugehörigkeit nachgewiesen. Aktuelle Daten, die diesen Zusammenhang für die nicht erwerbstätige Bevölkerung nachweisen, sind für die Schweiz nicht verfügbar. Trotzdem ist deutlich: Älter darf nicht mehr automatisch mit kränker gleichgestellt werden. Das chronologische Alter allein reicht nicht mehr aus, um Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand und die funktionale Unabhängigkeit einer Person zu schliessen. In der Wissenschaft werden aufgrund dieser Entwicklungen zwei bedeutsame Prozesse analysiert: zum einen die Kompression der Mortalität, das heisst die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung und die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in der Bevölkerung auf die hohen Altersjahre, und zum anderen die Kompression der Morbidität, das heisst, dass die Menschen bei steigender Lebenserwartung länger von funktionalen Einschränkungen verschont bleiben (siehe Abb. 1). Prognosen über die weitere Entwicklung dieser Grössen sind schwierig.

Trotz dieser positiven Entwicklung wird mit der steigenden Anzahl Betagter und Hochbetagter die Häufigkeit chronischer Krankheiten weiter ansteigen. Diese sind häufige Ursache von funktionellen Einschränkungen und zunehmender Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit. Bereits im vorausgehenden Kapitel wurde



Quelle: Kalache A., Kickbusch I. World Health, 1997.

Abbildung 1: Erhaltung der Funktionalität über die Lebensspanne

festgestellt, dass Gesundheitspolitik angesichts der demografischen Entwicklung darauf ausgerichtet sein muss, dass Menschen möglichst lange gesund und leistungsfähig bleiben. Im hohen Alter geht es im Gegensatz zur Phase der Erwerbstätigkeit nicht mehr primär darum, die Leistungsfähigkeit zu wahren, sondern vielmehr die Alltagskompetenzen und die Unabhängigkeit. Ältere Menschen sollen ihren Alltag möglichst lange, möglichst weit gehend selbst meistern können. Gemäss Berechnungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) kommt es aufgrund der steigenden Zahl der über 80-jährigen Personen bis 2030 zu einer Verdoppelung der Kosten für die Langzeitpflege. Durch eine Verbesserung des Gesundheitszustands dieser Bevölkerungsgruppe, begleitet von strukturellen Veränderungen, zum Beispiel durch vermehrte Pflegeleistungen der Spitex anstatt im Pflegeheim, könnte die Kostenentwicklung gebremst werden.

### 6.1.3

#### Fehlende Daten über die Pflegebedürftigkeit

ADL-Scores sind ein System, um die Selbstständigkeit einer Person bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben zu messen (Activities of Daily Living). Man unterscheidet – dem Verlauf degenerativer Krankheiten wie Parkinson folgend – drei Stufen der Hilfsbedürftigkeit. In der frühen Phase beschränkt sich der Hilfsbedarf auf *mobility activities* wie Treppensteigen oder die Nutzung öffentlicher Transportmittel. Mit zunehmenden körperlichen und mentalen Einschränkungen weitet sich der Unterstützungsbedarf auf *instrumentelle Aktivitäten* (IADL) wie Einkaufen, Kochen und Einnahme von Medikamenten aus, bis schliesslich auch *grundlegende Alltagskompetenzen* (BADL) wie Aufstehen und Essen, nur noch mit Hilfe möglich sind.

Die heutige Datenbasis zur Prävalenz der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen ist ungenügend. Gründe sind die uneinheitliche Zuteilung zu den ADL-Stufen, eine nicht repräsentative Datenbasis sowie fehlende zusätzliche Daten, die Rückschlüsse auf Korrelationen mit über Alter und Geschlecht hinausgehenden Faktoren zulassen würden. Die Rate der nach eigenen Angaben von Mobilitätseinschränkungen Betroffenen, lag bei Frauen mit obligatorischer Ausbildung höher als bei Frauen mit höherer Schulbildung. Bei der Altersgruppe ab 80 waren dies 34 % bei der Gruppe mit obligatorischer gegenüber 17 % bei den Frauen mit höherer Bildung. Die Stichprobe für Männer ab 80 war zu klein, um eine Aussage zu erlauben. Eindeutige Aussagen über die Entwicklung des Pflegebedarfs in der Schweiz sind heute nicht möglich. Der steigenden Anzahl sehr alter Menschen stehen eine Verbesserung der Gesundheit im Alter und die Entwicklung von technologischen Hilfsmitteln gegenüber. Internationale Studien weisen auf eine Stabilisierung der Prävalenz schwerer Pflegefälle hin.

## 6.1.4

**Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität**

Das Auftreten chronischer oder nicht übertragbarer Krankheiten wird zwar in die letzten Jahre hinausgeschoben, kann aber für viele ältere Menschen nicht verhindert werden. Aufgrund ihres degenerativen Verlaufs oder von Folgeschäden bilden diese Krankheiten die Hauptursache von Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter (siehe Kap. 7). Auch hier fehlen für die Schweiz die Daten in Bezug auf sozioökonomische Faktoren. Da die Prävalenz von Kreislauferkrankungen, Rheuma und Krebs mit dem Alter steigt, steigt mit dem Alter auch der Anteil der Personen mit Komorbiditäten, das heisst mit gleichzeitig mehr als einer chronischen Krankheit. In einer Stichprobe von älteren, zu Hause lebenden Personen mit Beschwerden waren ca. 60 % der 65- bis 74-Jährigen und etwa 80 % der über 85-Jährigen von Komorbidität betroffen. Diese Daten dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein nicht geringer Anteil der Bevölkerung auch im hohen Alter relativ gesund ist und der Verlauf chronischer Krankheiten individuell sehr unterschiedlich sein kann. Der genannte Zusammenhang mit dem Alter und anderen chronischen Erkrankungen wird im Folgenden am Beispiel von Stürzen und Hüftfrakturen aufgezeigt.

Die Gefahr von Stürzen steigt mit zunehmendem Alter (siehe Tab. 1). Risikofaktoren sind andere, grösstenteils ebenfalls mit dem Alter korrelierende gesundheitliche Probleme wie Sehschwierigkeiten, Gleichgewichtsstörungen (u. a. wegen Medikamenteneinnahmen), aber auch Gefahrenstellen («Stolpersteine») in der eigenen Wohnung oder Umgebung.

**Tabelle 1:** Häufigkeit von Stürzen und Hüftfrakturen bei Männern und Frauen über 65

Altersgruppe (Jahre)		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95+
Anteil Personen, die angeben, in den letzten zwölf Monaten ein- oder mehrmals gestürzt zu sein	Männer	14,1 %		15,9 %		24,7 %			–
	Frauen	20,4 %		23,3 %		29,1 %			–
Hüftfrakturen (pro 1000 Personen/Jahr)	Männer	–	1,3	1,3	3,6	5,1	14,4	23,7	24,8
	Frauen	–	1,9	4,0	6,7	16,5	28,6	36,5	43,7

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

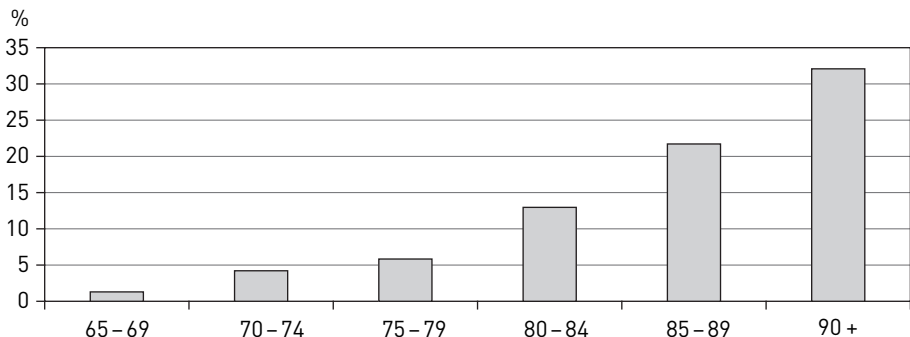
Rund ein Zehntel der Stürze führt zu Verletzungen, häufig zu Hüftfrakturen, die ihrerseits häufig Ursachen für Pflegebedürftigkeit und Tod von Betagten sind.

## 6.1.5

### Neue Probleme: die Hochbetagten – Zunahme von Demenziellen Erkrankungen und Depressionen

Die Prävalenz kognitiver und psychischer Erkrankungen steigt mit dem Alter an, und sie ist v. a. bei Hochbetagten hoch (siehe Abb. 2). Da diese Erkrankungen bezüglich Pflege und Betreuung besonders anspruchsvoll sind, ist es hier besonders wichtig, dass das ambulante und stationäre Angebot entsprechend der steigenden Nachfrage und des aktuellen Wissensstands angepasst wird. Demenzielle und depressive Erkrankungen sind schwer feststell- und abgrenzbar. Aus diesem Grund variieren die vorhandenen Umfrageergebnisse bezüglich Prävalenz je nach verwendeten Kriterien und Bevölkerungsstichproben. Die Studien kommen aber übereinstimmend zum Schluss, dass die Prävalenz dieser Krankheiten in Abhängigkeit vom Alter zunimmt. In der Schweiz verdoppelt sich die Prävalenz von demenziellen Erkrankungen ab dem 65. Lebensjahr alle fünf Jahre. So sind von den 65- bis 69-Jährigen zwischen 1 bis 2 % betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 30 %. Die häufigsten Formen sind Alzheimer (ca. 50 %), vaskuläre Demenzen und Demenz mit Lewy-Körperchen.

Der Begriff «Demenz» umfasst eine heterogene Gruppe von Krankheiten, die sich in ihrer Ätiologie und Prognose, ihren Auswirkungen auf funktionale Fähigkeiten und Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden. Die Ursachen von demenziellen Erkrankungen sind nicht abschliessend geklärt. Folgende Faktoren werden mit dem Auftreten von Demenzen in Verbindung gebracht: erbliche Faktoren, Alter, Schädelverletzungen und Bluthochdruck. Die Inzidenz ist nicht geschlechtsspezifisch. Eine US-Studie hat nachgewiesen, dass das Einsetzen von Demenzen mit jedem zusätzlichen Jahr an Ausbildung um rund zweieinhalb Monate ver-



Quelle: Höpflinger, Hugentobler, Verlag Hans Huber, 2003.

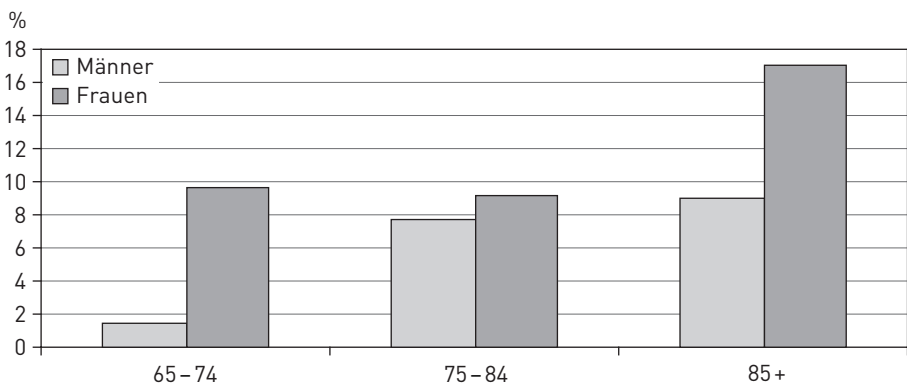
Abbildung 2: Prävalenz von Demenz bei Personen über 65, nach Altersgruppe



zögert wird. Die Krankheit verläuft aber bei Personen mit langer Ausbildung schneller als bei Personen mit tieferem Bildungsniveau. Demenzielle Krankheiten werden oft zu spät diagnostiziert und behandelt. Des Weiteren fehlt ein der Nachfrage entsprechendes Leistungsangebot für Patienten und deren Angehörige. Durch eine frühzeitige medikamentöse Behandlung und ein auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtetes Angebot könnte der Zeitpunkt bis zum notwendigen Wechsel in ein Heim ausgedehnt werden.

Depressive Störungen wirken sich auf den Pflegebedarf in zweifacher Weise aus: zum einen indem sie die Behandlung anderer Krankheiten wie beispielsweise Diabetes erschweren und ihre Auswirkungen verstärken, zum andern indem sie dazu führen, dass Antrieb und Motivation, den Alltag (selbst) zu bewältigen und die Selbstständigkeit zu wahren, verloren gehen.

Eine Untersuchung bei zu Hause oder in Heimen lebenden älteren Personen ergab, dass durchschnittlich 4 % der Männer und 10 % der Frauen über 65 Jahren an depressiven Störungen leiden; ihr Anteil steigt mit dem Alter signifikant an (siehe Abb. 3). Werden auch depressive Symptome, welche die diagnostischen Kriterien einer schweren Depression nicht erfüllen, mitberücksichtigt, steigt die Prävalenz auf rund 16 %. Gemäss einer Studie aus dem Jahr 2003 war ungefähr ein Drittel der depressiven Störungen im Alter als schwer einzustufen. Zu den Risikofaktoren von Altersdepressionen gehört die Vereinsamung, beispielsweise nach dem Tod des Partners oder der Partnerin, aber auch die Chronifizierung von Krankheiten und ein eingeschränkter Handlungsspielraum.



Quelle: Gostynski et al. Nervenarzt 73: 851-860, 2002.

**Abbildung 3:** Prävalenz von Depressionen bei Männern und Frauen über 65, nach Altersgruppe und Geschlecht

Der zwischen 1979 und 1994 beobachtete Rückgang depressiver Probleme bei Rentnerinnen und Rentnern kann unter anderem durch die Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen erklärt werden.

Die grossen Unterschiede zwischen Hochbetagten zeigen, dass eine Kategorisierung alter Menschen gemäss ihrem kalendarischen Alter über die Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppen hinwegtäuscht und keine Rückschlüsse auf die im einzelnen Fall angebrachten Massnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands erlauben.

## 6.2

### **Die sich wandelnden Gesundheitsdeterminanten – Lebensumwelten**

Die Gesundheit im Alter ist das Resultat des Zusammenspiels einer Vielzahl von positiven und negativen Einflussfaktoren (siehe Kap. 2). Die Einwirkungen dieser Faktoren akkumulieren sich von der Kindheit über die Jugend und das Erwachsenenalter bis ins Alter. Die im Determinantenansatz beinhaltete Lebenslaufperspektive berücksichtigt und betont zwei für gesundheitspolitische Massnahmen zentrale Punkte: erstens, die Gesundheit im Alter wird über das ganze Leben bestimmt, und zweitens, der individuelle gesundheitliche Zustand ist so unterschiedlich wie die individuellen Biografien der älteren Menschen (siehe Abb. 4).

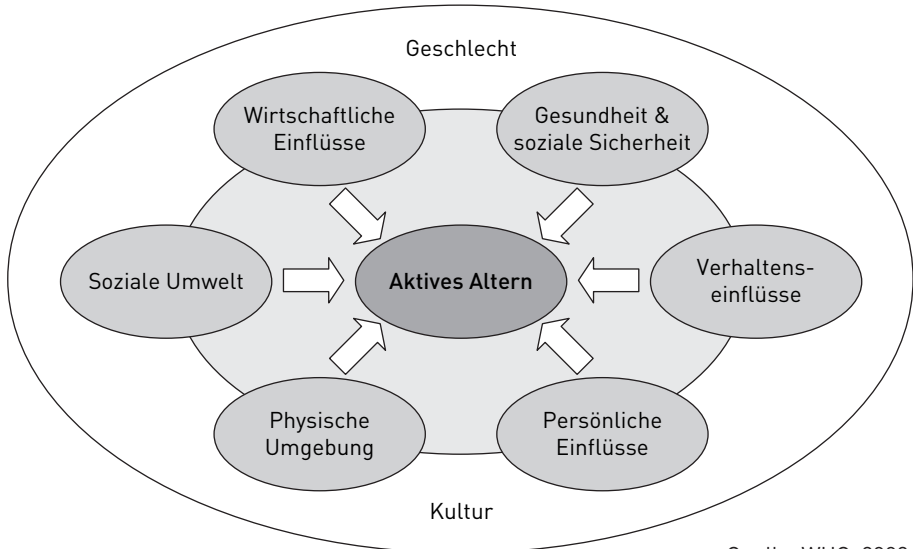
#### 6.2.1

##### **Makroökonomische und sozialpolitische Determinanten**

Dass die Schweiz eine der weltweit höchsten Lebenserwartungen hat, ist mithin auf einen sehr hohen Lebensstandard zurückzuführen. Zu den wichtigsten Faktoren zählen die hohe finanzielle und persönliche Sicherheit aufgrund der leistungsstarken Wirtschaft und des Sozialversicherungssystems, der Zugang zu medizinischen Leistungen dank eines ausgebauten Gesundheitssystems und der obligatorischen Krankenversicherung sowie eine relativ intakte Umwelt.

##### **Bildung**

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Bildungsgrad und Gesundheit im Alter positiv korrelieren. Auswertungen von Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zeigen, dass in den Altersklassen ab 35 Jahren Männer und Frauen mit höherer Schulbildung ihre Gesundheit deutlich mehr als «gut» oder «sehr gut» einstufen als Personen mit obligatorischer Schulbildung. Die Differenzen zwischen den Bildungsgruppen betragen 10 bis 15 %. Die Einwirkung der Bil-



Quelle: WHO, 2002.

**Abbildung 4:** Zentrale Determinanten des aktiven Alterns

derung auf die Gesundheit im Alter erfolgt indirekt und in Kombination mit anderen Risikofaktoren (siehe Kap. 2). So sind wenig qualifizierte Erwerbstätige bei ihrer Arbeit vermehrt von körperlichen Belastungen betroffen (siehe Kap. 5.3), gleichzeitig genießen sie allein aufgrund ihres Berufs oft nicht den gleichen hohen sozialen Status und die gleiche finanzielle Sicherheit wie Personen mit höherer Ausbildung. Im Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen Bildung und einigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.

#### Sozioökonomische Determinanten als entscheidender Risikofaktor von Hüftfrakturen

In Zusammenhang mit chronischen Krankheiten wurde bereits auf medizinische und bauliche Risikofaktoren von Stürzen und damit von Hüftfrakturen hingewiesen. Die Genfer Hüftfrakturstudie hat gezeigt, dass vornehmlich die sozioökonomischen Lebensbedingungen für die zwischen den Quartieren der Stadt sehr grossen Unterschiede in der Anzahl von Hüftfrakturen verantwortlich sind, und nicht die quartierspezifischen Altersstrukturen. Aus medizinischer Sicht korrelieren Hüftfrakturen stark mit Osteoporose, die ihrerseits durch Unterernährung, mangelnde Bewegung und den post-menopausalen Status begünstigt wird; Faktoren also, die in dieser Kombination gehäuft bei hochbetagten, sozial isolierten

Frauen auftreten. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten Ansatzpunkte für wirksame Präventionsmassnahmen, die über die medizinische Prävention hinausgehen.

### Soziale Umwelt, Sicherheit und Risiko sozialer Isolation

Untersuchungen haben gezeigt, dass soziale Isolation eine Gefahr für gesundes Altern darstellt, indem sie mit ungünstigen Verhaltensweisen wie einseitiger Ernährung oder geringer körperlicher Bewegung gekoppelt ist. Tabelle 2 illustriert,

**Tabelle 2:** Soziales Netzwerk und Beteiligung von Personen ab 65, nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe (Jahre)		Männer	Frauen
Anteil ohne unterstützende Person			
65–79 Jahre		8 %	8 %
80+ Jahre		6 %	9 %
Häufigkeit des direkten Kontakts mit dem Kind/den Kindern (von Personen, die in Privathaushalten leben und Kinder haben)			
65–79	wöchentlich	75 %	78 %
	monatlich	18 %	17 %
	weniger häufig	7 %	5 %
80+	wöchentlich	70 %	74 %
	monatlich	23 %	22 %
	weniger häufig	7 %	4 %
Häufigkeit der Kirchgänge			
65–79	wöchentlich	20 %	27 %
	monatlich	11 %	17 %
	weniger häufig	69 %	55 %
80+	wöchentlich	21 %	24 %
	monatlich	11 %	15 %
	weniger häufig	68 %	61 %
Teilnahme in einem Klub oder Verein			
65–79		48 %	31 %
80+		40 %	20 %

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

dass nur 6–9 % der alten Menschen ohne unterstützende Person sind. Im Alter häufig sind oft auch persönliche Kontakte mit Kindern und – generationenbedingt – Kirchgänge. Einzig die Teilnahme in Klubs oder Vereinen sinkt mit dem Alter signifikant.

Gründe, die im Alter zu sozialer Isolation beitragen, sind eine eingeschränkte Mobilität, Seh- und Hörbehinderungen, die den Austausch mit anderen erschweren, und ein immer kleiner werdender Kreis von Gleichaltrigen.

### 6.2.2

#### Gesundheitsrelevante Lebensstile

##### Komplexe Beziehungen zwischen soziodemografischen, gesundheitlichen und funktionellen Faktoren und persönlichen Verhaltensweisen

Verschiedene internationale Studien haben nachgewiesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention im Alter Krankheiten und Behinderungen sowie die Pflegebedürftigkeit mindern oder hinauszögern können. Die Studie «Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz» aus dem Jahr 2007 hat ergeben, dass die Vorsorge und das Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung (über 65 Jahre alt und zu Hause lebend) heute mangelhaft sind. Das Vorsorge- und Gesundheitsverhalten wurde auf Korrelationen mit *soziodemografischen* Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, allein oder mit Partner lebend, soziale Isolation), *gesundheitlichen* und *funktionellen* Faktoren hin untersucht. Bezüglich des Vorsorgeverhaltens wurden Defizite vor allem bei relativ gesunden Personen festgestellt. Personen, die bereits an mehreren chronischen Krankheiten leiden und/oder mehr als fünf verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, lassen auch mehr empfohlene Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Der regelmäßige Arztkontakt könnte ein Grund dafür sein.

Das Gesundheitsverhalten wurde bezüglich folgender Aspekte geprüft: Ernährungsverhalten, Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperliche Aktivitäten. Aufgrund der Antworten konnte keine Gruppe identifiziert werden, die sich gesamthaft in ihrem Gesundheitsverhalten von den anderen abgehoben hätte. Risikogruppen konnten lediglich auf Basis der einzelnen Aspekte des Gesundheitsverhaltens identifiziert werden. So konnte festgestellt werden, dass ältere Frauen weniger übermässig Alkohol trinken, weniger rauchen und über ein stärkeres Ernährungsbewusstsein verfügen als Männer, im Vergleich zu diesen aber weniger körperlich aktiv sind. Für sozial isolierte Menschen besteht ein höheres Risiko einer an Nahrungsfasern armen Ernährung und ungenügenden körperlichen Bewegung. Defizite hinsichtlich einer nahrungsfaserreichen Nahrung bestehen weiter bei Personen mit niedrigem Ausbildungsniveau und bei Allein-

stehenden. Ungenügende körperliche Bewegung trat vermehrt im Alter ab 75, bei Frauen, bei sozial isolierten Personen und bei Personen mit funktionellen Einschränkungen (z. B. Treppensteigen) auf. Die geringe körperliche Aktivität gerade in den hohen Altersgruppen und bei Personen mit funktionellen Einschränkungen ist teilweise auf eben diese Einschränkungen zurückzuführen. Die Studie hat aufgezeigt, dass beinahe alle älteren, zu Hause lebenden Personen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen profitieren könnten.

### 6.2.3

#### Veränderte Lebensstile der älteren Menschen

Die verbesserte Gesundheit in der dritten und vierten Lebensphase ist mithin einer der zentralen Gründe für das neue (Selbst-)Verständnis vom Alter. Früher wurde das Alter primär mit «Defiziten» assoziiert und als negatives Gegenstück zur Jugend betrachtet. Inzwischen hat ein positiver Wandel des Bildes von alten Menschen stattgefunden. Auslöser dieses Wandels sind die längere behinderungsfreie Lebenserwartung, die verbesserte finanzielle Situation älterer Menschen und die aktive Teilnahme älterer Menschen am Leben ihrer Mitwelt. Die ältere Bevölkerung verfügt heute über materielle, gesundheitliche und persönliche Ressourcen, die ihnen Tätigkeiten wie beispielsweise Reisen, Sport und Weiterbildung erlauben, welche früher der Jugend vorbehalten waren. Damit wird das Alter und auch die Gesundheit in hohem Mass gestaltbar. Die soziale Rolle einer älteren Person wird zunehmend aufgrund der individuellen Ressourcen und nicht länger durch das chronologische Alter definiert.

Ein Indikator für den guten gesundheitlichen Zustand der älteren Bevölkerung ist die positive Einschätzung der eigenen Gesundheit. Die Umfrage unter über 65-Jährigen, die zum Zeitpunkt der Befragung zu Hause lebten, ergab, dass die Mehrheit ihre Gesundheit als «gut» bis «sehr gut» wahrnimmt. In der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen waren das 74 % der Frauen und 79 % der Männer, in der Gruppe der über 80-Jährigen waren es 64 und 65 %. Die Prozentsätze sind zwischen 1992 und 2002 leicht gestiegen. Die ältere Generation anerkennt, dass ab 50 niemand ganz frei von Beschwerden ist und gewisse Einschränkungen auftreten. Diese stehen, insbesondere wenn sie durch neue Fähigkeiten und Anpassungen kompensiert werden können, aber nicht im Vordergrund. Trotz auftretender Beschwerden ist das psychische Wohlbefinden teilweise höher als bei jüngeren Altersgruppen (siehe Tab. 3).

In Reaktion auf die demografischen Herausforderungen und den beschriebenen Wandel des Alters wurde von der WHO 2002 unter dem Titel «Aktives Altern» ein Handlungsrahmen für alterspolitische Strategien und Pläne erstellt: «Unter aktivem Altern versteht man den Optimierungsprozess der Möglichkeiten

**Tabelle 3:** Psychisches Wohlbefinden, 2002 (in Prozent der Wohnbevölkerung)

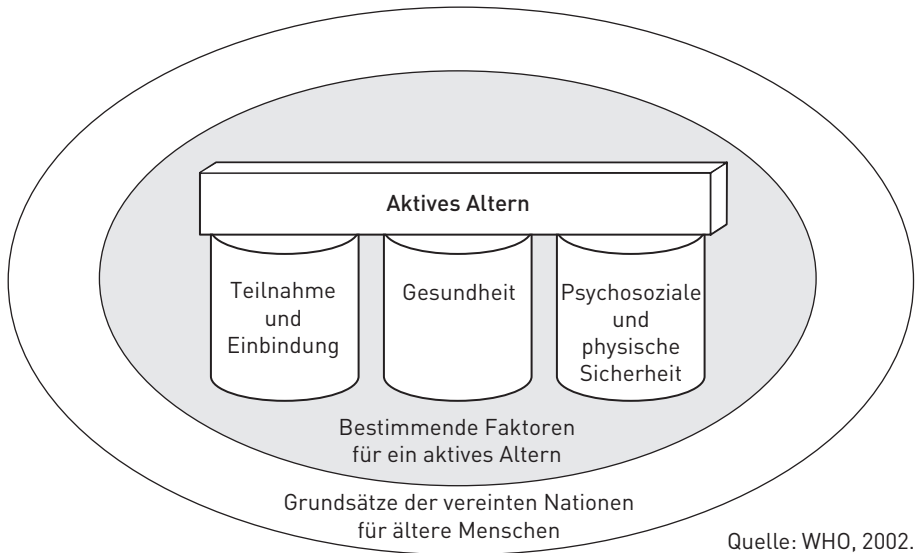
	Sehr niedrig	Eher niedrig	Eher hoch	Sehr hoch
Männer	0,6	3,9	36,7	58,8
Frauen	0,7	4,6	36,7	57,9
15- bis 24-jährig	(1,2)	5,5	32,3	61,0
25- bis 34-jährig	(0,4)	4,0	34,5	61,1
35- bis 44-jährig	(0,6)	4,5	40,2	54,7
45- bis 54-jährig	(0,5)	4,6	39,4	55,6
55- bis 64-jährig	(0,8)	3,7	38,2	57,3
65- bis 74-jährig	(0,8)	3,1	35,0	61,2
75 Jahre und älter	(1,1)	3,6	34,3	61,0

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern.

Aktives Altern zielt auf eine Ausweitung der Lebenserwartung und Lebensqualität aller Menschen ab, auch derer, die schwach, behindert und pflegebedürftig sind.»

In *Abbildung 5* ist Gesundheit als zentrale Säule dargestellt; sie kann aber nur in Kombination mit den beiden anderen Säulen – soziale Teilnahme und Einbindung und Sicherheit – zu aktivem Altern führen. Mit den fortlaufenden Veränderungen in allen Lebensbereichen (Gesellschaft, Wirtschaft, Umwelt) verändern sich auch die Determinanten, welche die künftigen Alten bezüglich ihrer Gesundheit, aber auch bezüglich ihrer übrigen Ressourcen (Wissen, persönliche Eigenschaften) prägen werden. Wirksame Alterspolitik muss sich mit der Zukunft beschäftigen, sie muss aktuelle und künftige Entwicklungen in ihren Strategien mit einschliessen. Welche Trends lassen sich in verschiedenen Lebensbereichen heute erkennen, welche Herausforderungen und Chancen im Sinne gesunden Alterns werden sich daraus ergeben? Welche wirksamen Gegen- oder Unterstützungsmaßnahmen gibt es? So haben sich zum Beispiel die geschlechtsspezifischen Rollen in den letzten 100 Jahren wesentlich geändert. Auch wenn die Gleichstellung der Geschlechter in der Praxis noch nicht überall existiert, so haben sich die Chancen von Mädchen gegenüber Jungen bezüglich Bildung, Karriere und selbst-



Quelle: WHO, 2002.

**Abbildung 5:** Die drei Säulen eines politischen Systems für ein aktives Altern

ständiger Lebensgestaltung deutlich verbessert. Die veränderte Grundhaltung gegenüber geschlechtsspezifischen Rollen hat sich in die verschiedenen individuellen Lebensbereiche übertragen und eine Vielfalt von gesundheitsrelevanten Veränderungen nach sich gezogen. Waren früher die körperlichen Anforderungen an erwerbstätige Männer und Frauen noch unterschiedlich (siehe Kap. 5.3), so gleichen sich diese aufgrund der schwindenden Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Berufskarrieren und in Zusammenhang mit der Tertiarisierung der Wirtschaft an. Noch wissen wir nicht, wie sich dies auf zukünftige ältere Kohorten auswirken wird.



### 6.3

## Alter, Leistung und Gesundheit in späteren Lebensjahren

### 6.3.1

#### Alter und Leistung – kein allgemeiner Leistungsabbau, aber zunehmende Unterschiede der Leistungsvoraussetzungen

Allgemein haben sich das körperliche und psychische Befinden der älteren Menschen in den letzten 125 Jahren wesentlich verbessert. Die statistischen, nach Altersgruppen definierten Daten können aber nicht die gesundheitliche Heterogenität innerhalb der Altersgruppen darstellen, die gleich gross, wenn nicht grösser ist als die Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Die Gesundheit und die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Alter werden primär durch die individuelle Biografie positiver und negativer Gesundheitsdeterminanten bestimmt und nicht durch das chronologische Alter.

### 6.3.2

#### Leistungsfähigkeit und Unabhängigkeit – entscheidend ist Passung von individuellen Kompetenzen und Gestaltung des Alltags

Mit dem Alter nimmt die Leistungsfähigkeit in bestimmten Bereichen ab, während Kompetenzen in anderen Bereichen erhalten bleiben oder sogar zunehmen können. Zur Optimierung der Möglichkeiten älterer Menschen gehören auch der Einsatz technischer Hilfsmittel zur Kompensation körperlicher Einschränkungen oder auch eine Anpassung der Aufgabenteilung zwischen den Haushaltsmitgliedern, indem jedes seinen Möglichkeiten entsprechende Aufgaben übernimmt. Bei eingeschränkter Mobilität ist die Fähigkeit zur Teilnahme am sozialen Leben ausserhalb des eigenen Heims massgeblich von raumplanerischen und architektonischen Entscheiden beeinflusst.

### 6.3.3

#### Leistung und Gesundheit – Wechselbeziehungen

Die selbstständige Erledigung von Alltagsaufgaben und die Unterstützung jüngerer oder pflegebedürftiger Familienmitglieder kann älteren Menschen ein Gefühl der Befriedigung vermitteln, das sich wiederum positiv auf die eigene Gesundheit auswirkt. Gerade bei der Betreuung von pflegebedürftigen Familienangehörigen besteht jedoch die Gefahr der Überforderung und damit ein Risiko für die eigene Gesundheit. Gemäss einer Erhebung im Jahr 2004 (SAKE) wenden Frauen, die allein mit ihrem pflegebedürftigen Partner zusammenleben – neben anderen

Haushaltsaufgaben – im Durchschnitt zehn Stunden pro Woche für Pflege und Betreuung auf. Im umgekehrten Fall (Mann pflegt Frau) sind dies rund sechs Stunden. Internationale Studien zeigen, dass der von Angehörigen geleistete Betreuungsaufwand insbesondere bei Patienten mit geistiger Beeinträchtigung auf wöchentlich 56 Stunden steigt.

#### 6.4

### Politische Initiativen, Public-Health-Strategien und Forschungsmassnahmen

#### 6.4.1

#### Neue Policies – Implikationen für Public-Health-Strategien und Praxis

Anlässlich der zweiten UNO Weltversammlung zu Altersfragen wurde 2002 der Aktionsplan für «Aktives Altern» verabschiedet. Mit der Verpflichtung zur Umsetzung der europäischen Strategie dieses Plans hat sich die Schweiz zu dessen Grundsätzen bekannt. Der Aktionsplan basiert auf folgendem Grundverständnis der Gesundheit im Alter: Der aktuelle gesundheitliche Zustand ergibt sich aus der Einwirkung förderlicher und schädigender Einflüsse über alle vorausgehenden Lebensphasen, wobei ein Grossteil der Einflussfaktoren ihrerseits auf individueller oder gesellschaftlicher Ebene beeinflusst werden kann. Ziel gesunden Alterns ist es, dass ältere Menschen möglichst lange aktiv am Leben ihrer sozialen Umgebung teilnehmen können. Es geht insbesondere darum, Behinderungen zu vermeiden und die Unabhängigkeit zu wahren. Ein Beispiel: Bei altersgerechten Bauten wird auf Schwellen möglichst weitgehend verzichtet; einerseits weil sie eine Gefahrenquelle (Stürze) darstellen, andererseits, weil sie ein Hindernis bilden und damit die Unabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner einschränken würden.

Gesundes Altern wird zur Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche und umfasst alle Altersgruppen. Damit sind viele der in den vorausgehenden Kapiteln genannten Empfehlungen angesprochen. Gesundes Altern betont die Heterogenität der älteren Bevölkerung und die Notwendigkeit, Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten anzupassen. Da die Zuständigkeit für Gesundheits- und Sozialpolitik vornehmlich bei den Kantonen und Gemeinden liegt, sind die Möglichkeiten des Bundes, landesweite Massnahmen zu initiieren, beschränkt. Mit der Strategie für eine schweizerische Alterspolitik hat der Bundesrat die Grundlage für ein multi-sektorales, koordiniertes Vorgehen auf allen Ebenen geschaffen.

#### 6.4.2

### Übersicht über Strategien und Massnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen – Defizite und Ansätze zur Verbesserung der Wirksamkeit

Als Basis für gesundheitspolitische Massnahmen reicht eine Orientierung am chronologischen Alter nicht. Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen die entsprechenden Risikogruppen innerhalb der älteren Bevölkerung identifizieren, während sich das pflegerische und medizinische Angebot am Behandlungs- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen zu orientieren hat. Ein Beispiel: die Einstufung aufgrund des Pflegebedarfs nach ADL-System oder aufgrund der Typisierung nach Anzahl vorhandener chronischer Krankheiten und Grad der Behinderung.

#### Zahlreiche Anbieter offerieren eine Vielfalt an Leistungen zur Förderung gesunden Alterns

Die dezentrale Zuständigkeit und die Beteiligung einer Vielzahl und Vielfalt öffentlicher und privater, national und lokal tätiger Akteure, bringt es mit sich, dass viele lokale Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen existieren. Manche bleiben in der Pilotphase stecken, bei anderen fehlt wiederum eine Beurteilung und Evaluation ihrer Wirksamkeit, womit ihr Nutzen unklar bleibt. Des Weiteren fehlen im Gesundheitssystem wirkliche Anreize, welche die Einführung und die Verbreitung wirksamer Massnahmen unterstützen. Aufgrund der erwähnten Vielzahl an Akteuren ist es für die öffentliche Hand und die Leistungsnachfrager oft schwierig, einen Überblick zu gewinnen. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht des Bundesamts für Gesundheit beschreibt die Gesundheitspolitiken von neun Kantonen und des Bundes. Mehrere Kantone haben sich mit Hinblick auf die älteren Bevölkerungsschichten für Richtlinien entschieden, die über die reine medizinische Versorgungsplanung hinausgehen und auf Empowerment und Integration setzen. Massnahmen zur Förderung gesunden Alterns können bei einzelnen oder mehreren Determinanten gleichzeitig, auf Ebene des Einzelnen oder auf Gesellschaftsebene ansetzen. So betreffen zum Beispiel Massnahmen, die auf das Individuum ausgerichtet sind, häufig die Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung.

Zu den multisektoralen Initiativen gehören jene, die das Wohnen, den Transport, die Altersversorgung und die Sozialpolitik betreffen. Ein paar Beispiele:

- **Betreutes Wohnen:** Alternative Wohnformen dienen nicht primär der Gesundheit. Es wird aber angenommen, dass sie älteren Menschen helfen, sozial und physisch aktiver zu bleiben, und damit die Notwendigkeit des Wechsels in ein Pflegeheim hinausschieben. In der Schweiz sind diese Wohnformen noch sel-

ten. Ein Beispiel: Projekt «DOMicile Nouvelle Option » im Kanton Wallis. Ein anderer Typ alternativer Wohnformen wurde im Kanton Bern getestet, wo auf dem Land lebende Familien ältere Menschen aufnahmen, die nicht allein wohnen wollten.

- Ein weiteres Beispiel von Massnahmen zur Stärkung sozialer Netzwerke ist das Projekt «Quartiers Solidaires» (Pro Senectute und Fondation Leenaards), das in Lausanne gestartet wurde und die jüngeren zu Kontakten mit den älteren Bewohnern ihres Quartiers anregen soll.
- Im Kanton Uri wurden ältere Einwohnerinnen und Einwohner zur Teilnahme an einer Fokusgruppe eingeladen, damit sie ihre Standpunkte und Erwartungen in Bezug auf ihre Rolle in der Gesellschaft und auf Wohnlösungen für den Fall der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit mit einbringen konnten.

#### 6.4.3

#### Präventionsprogramme und Gesundheitsförderung

In der Schweiz ist der Anteil für Ausgaben zur Gesundheitsförderung vergleichsweise gering und nur ein kleiner Teil ist spezifisch auf die älteren Bevölkerungsgruppen ausgerichtet. Änderungen ungesunder Lebensweisen zeigen, auch wenn sie erst im Alter vollzogen werden, positive gesundheitliche Wirkungen. Deshalb gilt es, laufende Kampagnen daraufhin zu prüfen (z. B. nationale Präventionskampagnen zur Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums, zur Förderung von sportlichen Aktivitäten), inwieweit sie auch die ältere Generation ansprechen. Um auch die Risikogruppen in der älteren Bevölkerung zu erreichen, müssten sie auch auf diese angepasst werden.

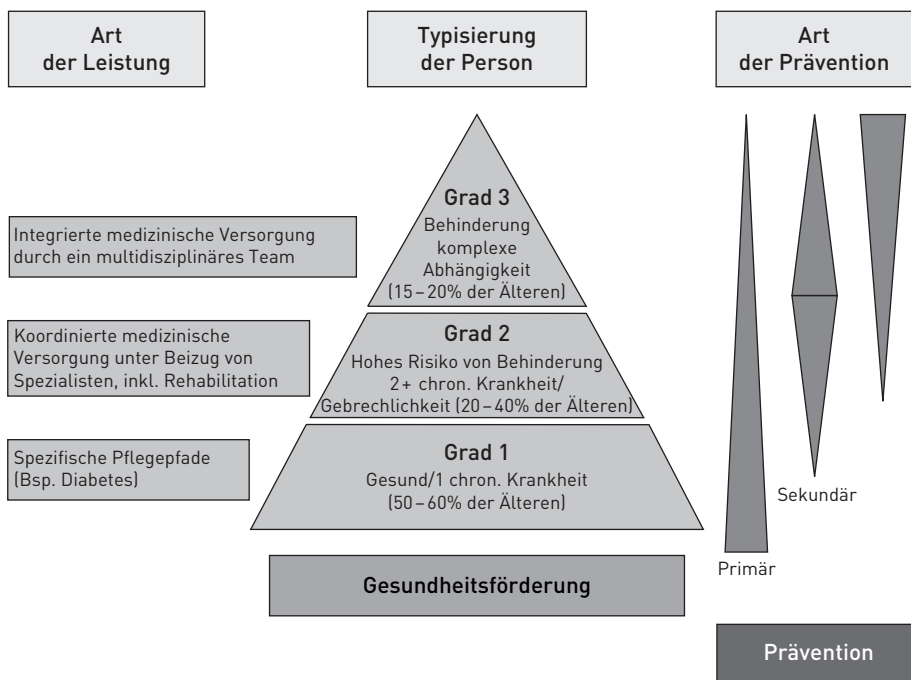
#### 6.4.4

#### Medizinische Prävention und Vorsorge

Beim Vorsorge- und Gesundheitsverhalten älterer Personen bestehen trotz breiter Angebote wesentliche Defizite. Es hat sich gezeigt, dass Vorsorgemassnahmen, die durch entsprechende Kampagnen gefördert werden (z. B. Grippeimpfung), von der älteren Bevölkerung auch häufiger durchgeführt werden, als beispielsweise Pneumokokken-Impfungen, die nicht aktiv gefördert werden und deren Kosten nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind. So konnte in Kantonen, die für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle ein bis zwei Jahre kostengünstige Mammografien anbieten, eine Zunahme dieser Vorsorgeuntersuchung festgestellt werden.

Um wirksam zu sein, müssen Massnahmen auf die Bedürfnisse der älteren Menschen ausgerichtet sein. Eine Methode, um Massnahmen im Bereich der Prävention und Pflege besser auf die individuelle Gesamtsituation der Empfänger abzustimmen, ist deren Einstufung aufgrund ihres gesundheitlichen Status und ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Abb. 6).

Die entsprechenden Gruppen haben unterschiedliche medizinische Bedürfnisse. Wirksame Massnahmen müssen neben dem individuellen Gesundheitszustand psychologische, kognitive, funktionale und soziale Aspekte mit einbeziehen. Solche mehrdimensionalen Ansätze basieren auf umfassenden geriatrischen Beurteilungen (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA). Hierbei werden systematisch Risikofaktoren für Krankheiten und den Abbau der Funktionalitäten identifiziert, um daraus die passenden Massnahmen abzuleiten. Auf CGA basierende Projekte wie Gesundheits-Profilverfahren (Kantone Solothurn und Waadt) und präventive Hausbesuche (Kanton Bern) richten sich an zu Hause lebende ältere Personen. Das Gesundheits-Profilverfahren wird meist zusammen mit dem Hausarzt durchgeführt. Es eignet sich für gesunde ältere Personen, bei denen pri-



**Abbildung 6:** Einstufung des gesundheitlichen Status zur Abschätzung indizierter Massnahmen – Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege

märe und sekundäre Präventionsmassnahmen eingesetzt werden. Präventive Hausbesuche haben insbesondere bei jungen älteren Personen mit funktionalen Einschränkungen zu mehr Selbstständigkeit und einer geringeren Anzahl Einweisungen in Pflegeheime geführt.

#### 6.4.5

### Medizinische Versorgung

#### Gesundes Altern verlangt Zugang zu allen relevanten medizinischen Leistungen

Das schweizerische Gesundheitssystem ist charakterisiert durch eine breite Palette an Leistungen. Dennoch ist die flächendeckende Versorgung mit den benötigten Leistungen aufgrund der kantonalen und lokalen Zuständigkeiten nicht gesichert. Für die Gesundheit älterer Personen besonders schwer wiegend sind (regional) fehlende Kapazitäten im Bereich der Rehabilitation, der psychiatrischen und der Langzeitpflege sowie die fehlende Deckung bestimmter Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung (z. B. Zahnmedizin, Haushaltshilfe, technische Hilfsmittel, Hotelleriekosten in Pflegeheimen). Allgemein geschieht die Anpassung des Gesundheitssystems an die demografischen Veränderungen langsam und kurzfristige Einsparungen – beispielsweise bei der stationären, geriatrischen Rehabilitation – könnten sich mittelfristig in einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit auswirken.

#### Zunahme chronischer Krankheiten und neuer Krankheitsbilder – Implikationen für medizinische Versorgung und Pflege

Patienten mit mehreren chronischen oder komplexen Krankheiten sind meist bei mehreren Spezialisten gleichzeitig in Betreuung. In der Regel ist in solchen Fällen der Hausarzt für das Case- oder Care-Management zuständig. Die Betreuung älterer multimorbider Patienten verlangt vom Hausarzt ein hohes Mass an geriatrischem Wissen und Zeit. Kann der drohende Mangel an Hausärzten nicht abgewendet werden, müssen andere medizinische Fachpersonen das steigende Volumen an Koordinations-, Informations- und Kontrollaufgaben im Zusammenhang mit der Betreuung älterer Patientinnen und Patienten übernehmen.

Um bei akuter Erkrankung oder Notfalleinweisung älterer multimorbider Patienten die richtige Diagnose stellen und die entsprechende Behandlung einleiten zu können, braucht es geriatrisches Fachwissen. Damit die steigende Zahl dieser Patientenkategorie richtig und effizient behandelt werden kann, braucht es eine genügende Zahl an Spezialärzten und medizinischem Personal mit geriatrischer Weiterbildung. Sie arbeiten daraufhin, dass nach Abschluss der Akutphase,

Pflege und Rehabilitation wieder ein maximales Mass an Unabhängigkeit erreicht werden kann. Mit der steigenden Zahl älterer Menschen gewinnen auch bislang weit gehend vernachlässigte Probleme, wie zum Beispiel das Suchtverhalten im Alter, an Relevanz. Für die Schweiz fehlen heute Daten über das Ausmass dieses Problems. Eine flächendeckende Einführung von wirksamen Massnahmen fehlt bis anhin.

### **Leben zu Hause: Anforderungen an Betreuung und Umfeld**

Mit zunehmender Gebrechlichkeit älterer Menschen steigt die Pflegebedürftigkeit. Da viele ältere Menschen möglichst lange zu Hause bleiben möchten, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen und Dienstleistungen, welche die Betreuung und Pflege durch Familienmitglieder ermöglichen, professionalisieren und erleichtern. Unter Berücksichtigung der in diesem Kapitel aufgezeigten demografischen und epidemiologischen Entwicklung sind dies unter anderem die Anpassung der Kapazitäten im Bereich der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen durch Dritte (Spitex), die «Schulung» der Angehörigen zur qualitativen Verbesserung ihrer Pflege- und Betreuungsarbeit, die Schaffung von Tagesstrukturen, insbesondere für Demenzkranke, und Entlastungsservices wie temporäre Aufenthalte in Pflegeheimen. Damit ältere Personen länger zu Hause leben und unabhängig bleiben können, braucht es verstärkte Anstrengungen der Kantone und Gemeinden, die über den Ausbau von Spitex-Leistungen und den Bau von Pflegeheimen hinausgehen. Beispiele hierfür sind die Förderung alters- und behindertengerechten Bauens und einer altersfreundlichen Raum- und Städteplanung.

#### **6.4.6**

### **Nationale Datenlage zur Gesundheit der älteren Bevölkerung ist ungenügend**

Die Forschung in der Schweiz ist noch nicht auf die gewaltige Veränderung in der Demografie ausgerichtet. Die umfassendste Untersuchung, die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, schliesst Personen, die in Pflegeheimen wohnen, aus. Die dadurch zu kleinen Stichproben der Personen über 80 erlauben keine aussagekräftigen Auswertungen. Verschiedene geriatrische Syndrome, wie zum Beispiel Demenz und Suchtverhalten im Alter, wurden nicht untersucht. Zusätzlich fehlen spezifische Daten zum funktionalen Status, über sozioökonomische und geschlechtsspezifische Unterschiede. Die nicht ausreichende Datenlage weist gleichzeitig auf die knappen Ressourcen für die Geriatrie-Forschung hin. Grundsätzlich braucht es mehr Wissen über die Gesundheit im Alter und über die Determinanten des gesunden Alterns sowie über die Veränderungen zwischen den Alterskohorten. Dazu braucht es Mittel für Longitudinalstudien. Viele der

bestehenden Umfrage- und Untersuchungsinstrumente müssen sich auch an neuen Alterskategorien orientieren, da sie die gesellschaftliche Wirklichkeit nicht mehr widerspiegeln. Ein detaillierter interdisziplinärer Bericht über gesundes Altern in der Schweiz könnte Anstoss zu notwendigen gesundheitspolitischen Diskussionen geben und die wichtigen, schon vorliegenden Berichte, beispielsweise über den Pflegebedarf, ergänzen.

## Literatur

- Achtermann W., Berset C. (2006). Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale, Volume 2 – portraits de 10 politiques suisses de santé. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Blozik E., Meyer K., Simmet A., Gillmann G., Bass A. A., Stuck A. E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2007). Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats Leutenegger Oberholzer (03.3541) vom 3.4.2003. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005). Eidgenössische Volkszählung 2000 – Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2006). Panorama, Bevölkerungswachstum und demografische Alterung: ein Blick in die Zukunft, Hypothesen und Ergebnisse der Bevölkerungsszenarien für die Schweiz 2005–2050.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008). Das Panorama zu «Gesundheit»; Stand Februar 2008.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008). Einflussfaktoren – Daten, Indikatoren – Überblick. Casels C., Murata P. (2007). Higher education delays dementia onset but is linked to more rapid progression. In: Medscape. [www.medscape.com/viewarticle/564996](http://www.medscape.com/viewarticle/564996) (30.4.2008).
- Estermann T. (2007). Medikamenteneinnahme nimmt bei älteren Menschen zu. In: Newsletter Gesundheitsförderung und Prävention, Dezember 2007 – Januar 2008, Spectra Nr. 66 (02/2008): Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Guilley E. Atlas über das Leben nach 50 – Lebenserwartung und Gesundheit. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Gostynski M., et al (2002). Depression bei Betagten in der Schweiz. Der Nervenarzt 73:851–860.
- Höpflinger F., Hugentobler V. (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger F., Hugentobler V. (2006). Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives. Genève: Editions Médecine et Hygiène.
- Höpflinger F. (2008). Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen. In: Pro Senectute, Hochaltrigkeit – eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft, Debatte Nr. 1, Zürich, 2003.
- Jaccard Ruedin H., Weber A., Pellegrini S., Jeanrenaud C. (2006). Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse. Document de travail 17. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).



- Kalache A., Kickbusch J. (1997). A global strategy for healthy aging. *World Health*, No. 4 (July – August), pp 4–5.
- Monod-Zorzi S., Seematter-Bagnoud L., Büla C., Pellegrini S., Jaccard Ruedin H. (2007). Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées: Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Document de travail 25. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schön-Bühlmann J., (2005). Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten. Soziale Sicherheit CHSS 5/2005. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).
- Stähelin H.B. (2004). Epidemiologie der Demenzerkrankungen. *Schweiz Med Forum*, 4:247–250.
- Wanner Ph. (2005). Ages et générations. La vie en Suisse après 50 ans. Volkszählung 2000. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2002). Aktives Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln.
- Wyss K. (2004). Themenmonitoring – Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte. Arbeitsdokument 11. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Die Autorinnen und Autoren danken Professor Brigitte Santos-Eggimann für ihre Unterstützung bei der Erstellung des Manskriptes

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



## Synthese Teil II

# Ein gesundes Leben

Aus Sicht der Gesundheit ergeben sich je nach Lebensalter unterschiedliche Ziele:

- Eine gesunde körperliche und psychosoziale Entwicklung hat im Kindes- und Jugendalter Vorrang.
- Der Erhalt einer optimalen körperlichen und psychosozialen Leistungs- und Funktionsfähigkeit steht im Erwachsenenalter im Vordergrund.
- Mit fortschreitendem Alter sollen die eigene Unabhängigkeit gewahrt und Behinderungen vermieden werden. Die damit verbundene bestmögliche Lebensqualität bildet ein übergeordnetes Gesundheitsziel.

Weit stärker als durch genetische Faktoren oder das Gesundheitsversorgungssystem wird die Gesundheit der Bevölkerung von ihrem Lebensumfeld und den ökologischen Bedingungen geprägt. Diese Tatsache führt – in Anbetracht der Individualisierung innerhalb moderner Gesellschaften, der Vielfalt von Lebensentwürfen und des komplexen Sozialgefüges – zu neuen Konstellationen bei der Gesunderhaltung der Bevölkerung.

In Teil II des Gesundheitsberichts werden vier Hauptaspekte deutlich:

1. Es bestätigt sich, dass die Gesundheitsdeterminanten (siehe Kap. 2) die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung massgeblich beeinflussen. Dabei spielen die Determinanten «Bildung» und «Sozioökonomischer Status» eine prominente Rolle.
2. In der Kindheit und Jugend wird die Basis für eine lebenslange Gesundheit gelegt: Was in dieser Lebensphase verpasst wird, lässt sich im weiteren Verlauf des Lebens nur noch schwer nachholen. Eine gute Bildung und ein stabiles soziales Umfeld erweisen sich als unverzichtbare Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen und eine gesunde psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Somit hat eine konsequente Investition in die Kinder-

und Jugendgesundheit wie auch in deren Gesundheitskompetenz langfristige positive Auswirkungen auf die Gesundheit im Erwachsenenalter und im Alter, und damit auf die Gesellschaft schlechthin (siehe Kap. 3 und 4).

3. Faktoren, welche die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, interagieren intensiv miteinander. So ist die emotionale Reifung von *Kindern und Jugendlichen* stark von der sozioökonomischen Schicht, in der sie leben, abhängig. Diese Reifung definiert wiederum die Gesundheitsressourcen dieser jungen Menschen, das heisst ihre Möglichkeiten, ein gesundes Leben zu führen und mit Krankheiten positiv umzugehen (siehe Kap. 3 und 4). Die Gesundheit im *Erwachsenenalter* wird durch die individuellen Biografien der Menschen bestimmt, die ihrerseits stark von den jeweiligen Lebensstilen und sozialen Lebensbedingungen geprägt sind. Dabei kommt der Erwerbstätigkeit als Gesundheitsressource eine besondere Rolle zu. Am Beispiel der *allein Erziehenden* (siehe Kap. 5.1) wird deutlich, dass Erwerbslosigkeit häufig mit geringer Bildung, wenig Einkommen und mangelnder Ausstattung an gesundheitlichen Ressourcen (z. B. soziale Netzwerke, Copingstrategien für die Belastungsbewältigung) verbunden ist. Dies führt häufig zu hohem psychosozialen Stress und zu gesundheitsschädigenden Belastungen. Wiederum ist ein solches Lebensumfeld nachteilig für die gesunde Entwicklung der Kinder in Eineltern-Haushalten und mündet daher leicht in einem *Circulus vitiosus*. *Migrantinnen und Migranten* sind politisch, wirtschaftlich und kulturell häufig unzureichend integriert; ausserdem weisen sie eine schlechtere Gesundheit auf. Diese Situation ist grösstenteils durch den sozioökonomischen Status und den Bildungsgradienten determiniert. Ob der Migrationshintergrund tatsächlich zu gesundheitlichen Nachteilen führt, und wenn ja in welcher Ausprägung, hängt davon ab, inwieweit die betroffenen Menschen ihre gesundheitlichen Ressourcen mobilisieren können. Dies hängt wiederum von der Bildung ab (siehe Kap. 5.2).

Die Heterogenität individueller Lebensbedingungen, des Gesundheitsverhaltens und der Lebensbewältigung führen dazu, dass die Gesundheit im *Alter* – ausgedrückt in Kompetenzen, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität – ein entsprechend heterogenes Spektrum aufweist (siehe Kap. 6). Dementsprechend zeigen *ältere Erwerbstätige* keinen allgemeinen Leistungsabbau, sondern sie sind durch eine Vielfalt individueller arbeits- und leistungsrelevanter Kompetenzen und Voraussetzungen gekennzeichnet. Diese variieren stark innerhalb einer Altersgruppe und zwischen unterschiedlichen Altersgruppen (siehe Kap. 5.3). Die hohe Lebenserwartung beziehungsweise die hohe Lebenserwartung bei guter Gesundheit ist im Wesentlichen auf den verbreiteten Wohlstand, die gute Bildung und die Gesundheitsversorgung der heute älteren Schweizer Bevölkerungsgruppe zurückzuführen.

4. In allen Kapiteln wird deutlich, dass sich die Gesundheits- und Determinantenforschung mit neuen Problematiken auseinander zu setzen hat. Insgesamt zeigt sich für eine moderne und hoch entwickelte Gesellschaft wie diejenige der Schweiz, dass Lebensentwürfe und Lebenslagen komplexer geworden sind. Eindeutige Zuordnungen von Bevölkerungsgruppen sind schwieriger geworden, was sich zum Beispiel bei der Altersdefinition verdeutlicht: Die bisher übliche Alterskategorisierung mit einer Grenzziehung bei 65 Jahren ist für die Zukunft fraglich und problematisch geworden. Sie spiegelt reale Lebensläufe und Gesundheitszustände nicht korrekt wider. Vielmehr scheint eine Differenzierung nach funktionalen Kriterien notwendig zu werden, die sich am körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsstatus eines Menschen in allen Phasen des Alterns orientiert.

In vielen Bereichen gibt es in der Schweiz nicht ausreichend Daten und Informationen, zum einen epidemiologisch, zum andern über Determinanten der Gesundheit und ihr Zusammenwirken. Hier sollte die Forschung untersuchen, welche Faktoren unterstützend wirken und was die zentralen sozialen Ressourcen sind. Aber auch neue Determinanten, wie beispielweise kritische Lebenslagen und die zunehmende Komplexität der beruflichen und sozialen Beanspruchung, beeinflussen die Gesundheit. In der Forschung fehlen insbesondere Longitudinalstudien, die Lebensbedingungen und Lebensweisen im Verlauf eines Lebens in unterschiedlichen Sozial- und Bildungsschichten erfassen und in Bezug auf die Gesundheit beschreiben. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass manche Bedingungen im Lebensverlauf selbst erarbeitet werden, während andere Bedingungen sozial gegeben sind.

In den vorgängigen Kapiteln wird deutlich, dass in vielen Fällen die Lösungen sozialer und gesundheitlicher Probleme der Bevölkerung nicht nur im Bereich der engeren Gesundheitspolitik, sondern auch in anderen Politikbereichen liegen. Entsprechend ist ein gesundes Leben mit hoher Lebensqualität eine multisektorale Aufgabe, eine Aufgabe mehrerer gesellschaftlicher Handlungsträger (siehe Teil VI).



Teil III

# Beeinträchtigungen der Gesundheit





# 7

## Somatische Krankheiten und deren Folgen

### 7.1

#### Herz-Kreislauf-Krankheiten (Koronare Herzerkrankung und Hirnschlag)

Katharina Meyer, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Med. Fakultät, Universität Bern, Anja Simmet, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, Heinrich P. Mattle, Krassen Nedeltchev und Marcel Arnold, Neurologische Klinik und Poliklinik, Inselspital, Universitätsspital Bern

Die demografische Alterung der Schweiz lässt zukünftig eine weitere Zunahme von koronarer Herzkrankheit und Hirnschlag erwarten. Die koronare Herzkrankheit ist die häufigste, der Hirnschlag die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz. An beiden Krankheiten versterben Menschen aus unteren sozialen Schichten häufiger als aus oberen Schichten.

Die klassischen Risikofaktoren erklären nur ein Drittel der sozialen Unterschiede der Mortalität an koronarer Herzkrankheit. Dies weist auf die Existenz von anderen Determinanten hin, die aus spezifischen Lebensbedingungen, vor allem aus sozialer Ungleichheit, hervorgehen und zur Entstehung kardiovaskulärer Krankheiten beitragen. Vorrangig sind hier eine geringe Bildung und niedriges Einkommen zu nennen, aber auch Belastungsfaktoren, die mit höherem Alter und Geschlecht verbunden sind. Diese Situation verdeutlicht, dass die Kernelemente der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten multisektoral verankert sind und sich primär auf die Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen, den Erwerb vermehrter Bildung und die Förderung sozialer Ressourcen fokussieren sollten. Zudem ist die Bevölkerung über die Bedeutung der Früherkennung von Risikofaktoren der Herz-Kreislauf-Krankheiten zu informieren und die Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten zu fördern. Hierbei sind Risikogruppen zu identifizieren sowie Präventions- oder Therapiemassnahmen in schichtspezifisch adäquater Form allen Menschen

zugänglich zu machen. Diese Aufgabe sollte im Rahmen von Aktionsprogrammen in Netzwerken, beispielsweise mit Schulen, Sportvereinen, Ärzten und Arbeitgebern, erfolgen. Kosteneffektive präventive Massnahmen, zum Beispiel die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und die Verbesserung von strukturellen Lebensbedingungen, sind in der Schweiz bis heute ungenügend erforscht und werden dementsprechend wenig eingesetzt. Die Wirksamkeit solcher Massnahmen sind verstärkt zu erforschen, und die Ergebnisse sollten bei der Umsetzung Beachtung finden.

In diesem Kapitel werden die beiden häufigsten arteriellen Gefässkrankheiten, die koronare Herzkrankheit und der Hirnschlag, präsentiert. An beiden Erkrankungen versterben Menschen aus unteren sozialen Schichten häufiger als Menschen aus oberen sozialen Schichten. Die klassischen Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck und Bewegungsmangel erklären nur einen Drittel der auf soziale Unterschiede zurückzuführenden koronaren Mortalität. Dies weist darauf hin, dass neben dem individuellen Verhalten auch gesellschaftlich determinierte Lebensbedingungen dazu beitragen, *wie* herzkreislaufgesund eine Bevölkerung ist. Allerdings macht die spärliche Datenlage in der Schweiz eine Beweisführung der komplexen Zusammenhänge zwischen diesen Gesundheitsdeterminanten und der Herz-Kreislauf-Gesundheit nicht möglich.

### 7.1.1

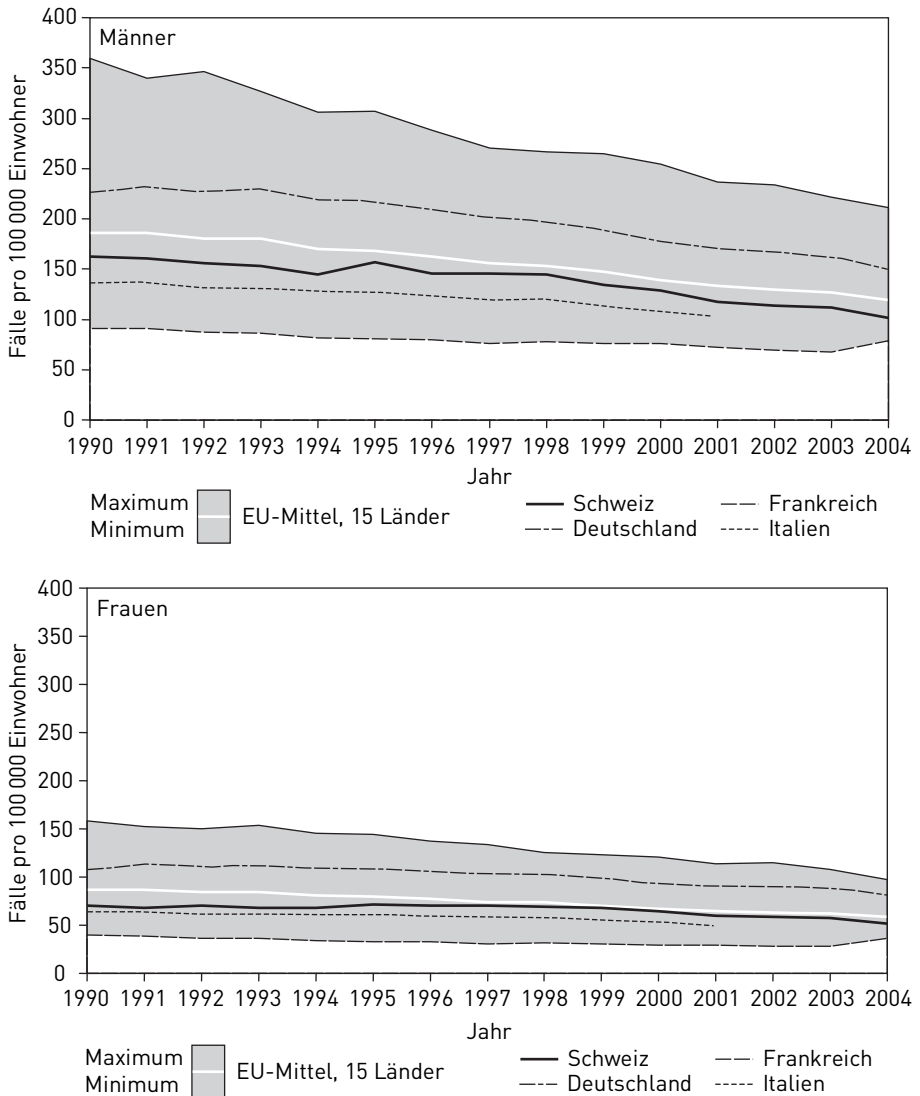
#### Koronare Herzkrankheit und Myokardinfarkt

Die koronare (ischämische) Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung der Herzkranzgefässe, bei der es durch Verengung oder Verschluss eines oder mehrerer Gefässe zu einer Mangeldurchblutung des Herzens kommen kann. Dies kann zu Brustschmerzen, zu einem akuten Herzinfarkt oder zu einer Herzinsuffizienz führen.

#### Mortalität durch koronare Herzkrankheit liegt in der Schweiz unter europäischem Durchschnitt

In der Schweiz ist die altersstandardisierte Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit seit dem Jahr 1990 gesunken. Der rückläufige Trend ist bei Männern – wenn auch auf einem höheren Niveau – stärker ausgeprägt als bei Frauen. Eine mögliche Erklärung für die geringere Abnahme bei Frauen ist der früh beginnende und zunehmende Tabakkonsum. Genaue Informationen über möglicherweise unterschiedliche Veränderungen in der Lebenslage von Frauen und Männern in diesem Zeitraum fehlen für die Schweiz.

Insgesamt liegen die Schweizer Mortalitätsraten bei Männern deutlich und bei Frauen weniger deutlich unter dem EU-Durchschnitt, jedoch über den Raten von



Quelle: www.euro.who.int

**Abbildung 1:** Altersstandardisierte Mortalität ischämische Herzkrankheit (ICD 10, I20–25) für Männer und Frauen in den Jahren 1990–2004

Frankreich und Italien (siehe Abb. 1). Diese relativ gute Situation in der Schweiz könnte durch einen Mischeffekt von vergleichsweise hohem Lebensstandard, relativ gutem Einkommen und relativ guter medizinischer Versorgung der Bevölke-

rung erklärt werden. Die im Zeitverlauf stetig verbesserte medizinische Betreuung geht jedoch zu Lasten der Kosten. Dagegen würden gezielte Präventionsmassnahmen die Herz-Kreislauf-Mortalität kosteneffektiv weiter senken können. Solche Präventionsmassnahmen sind in der Schweiz jedoch bei Weitem nicht ausgeschöpft.

### Menschen aus niedrigen sozialen Schichten versterben häufiger an koronarer Herzkrankheit

Hohe Bildung ist ein Schutzfaktor in Bezug auf den koronaren Herztod. Bei Schweizerinnen und Schweizern sowohl im Alter bis 64 als auch ab 65 Jahren nimmt das Risiko für ein Versterben an koronarer Herzkrankheit mit dem Grad der Bildung ab. In beiden Alterskategorien haben Frauen mit niedriger Bildung ein höheres Risiko, an der koronaren Herzkrankheit zu sterben als Männer mit niedriger Schulbildung. Im Alter bis 64 Jahren weisen Frauen mit nur obligatorischem Schulabschluss ein um 77 % höheres Risiko für einen koronaren Herztod auf als Frauen mit Sekundarabschluss. Gegenüber dem Sekundarabschluss ist das Risiko bei Frauen mit Tertiärabschluss um fast 40 % reduziert (siehe Tab. 1). Bildung kann in vielfältiger Weise direkt und indirekt auf die Gesundheit der Gefässe und des Herzens wirken. Menschen mit höherer Bildung verfügen häufig über mehr soziale Ressourcen, haben mehr Möglichkeiten, den gesundheitlich negativ wirkenden Belastungen entgegenzuwirken und die Kontrolle über ihr Leben zu erlangen als Menschen mit niedriger Bildung (siehe Kap. 5.3, 9 und 11).

**Tabelle 1:** Risiko (Hazard Ratio) und 95 %-Konfidenzintervall für das Versterben an einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10, I20–25) in Abhängigkeit von der Schulbildung, nach Alter und Geschlecht

Bildung	Männer		Frauen	
	Bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre	Bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre
Primär	1,26*	1,36*	1,77*	1,69*
Sekundär	1,00	1,00	1,00	1,00
Tertiär	0,69*	0,62*	0,62*	1,12

\* Statistisch signifikante Unterschiede der Ergebnisse

Die Hazard Ratios sind kontrolliert für Alter, Geschlecht, Zivilstand, Sprachregion, Migrationsstatus, Elternschaft, Haushaltstyp, Urbanisierung, Religion und Interaktionen.

Datenstand: 2001–2004.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Swiss National Cohort.

### Die meisten Herzinfarkte treten ab dem 65. Lebensjahr auf

Die geschätzte altersstandardisierte Inzidenzrate des akuten Herzinfarkts betrug im Jahr 2004 in der Schweiz 131 pro 100 000 Einwohner (68/100 000 bei Frauen und 200/100 000 bei Männern). Betrachtet man die Altersgruppen, so nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die altersspezifische Inzidenz des akuten Herzinfarkts mit steigendem Alter zu (siehe Tab. 2). Zwar weisen Männer in allen Altersgruppen eine höhere Inzidenzrate als Frauen auf, jedoch verändert sich mit zunehmendem Alter das Geschlechterverhältnis des akuten Herzinfarkts zu Ungunsten der Frau. In der Schweiz beträgt das Durchschnittsalter beim ersten Herzinfarkt bei Männern 64,7 Jahre und bei Frauen 74,1 Jahre.

### Männer und Frauen versterben etwa gleich häufig am akuten Herzinfarkt

Bezogen auf die Gesamtzahl der akuten Herzinfarkte nimmt die Sterblichkeit mit steigendem Alter zu. Insgesamt versterben mit 27,2 % zwar mehr Frauen wegen akuten Herzinfarkts als Männer (17,8 %). Altersstandardisiert lassen sich mit 7,3 und 7,7 % jedoch keine nennenswerten Geschlechterunterschiede mehr nachweisen.

### Mehr Menschen sterben wegen akuten Herzinfarkts ausserhalb als innerhalb eines Spitals

Frauen und Männer, die einen akuten Herzinfarkt erleiden, versterben häufiger ausserhalb (14,3 und 10,0 %) als innerhalb eines Spitals (12,8 und 7,8 %). Im Jahr 2004 ereigneten sich sechs von zehn Todesfällen wegen akuten Herzinfarkts aus-

**Tabelle 2:** Herzinfarkt- und Hirnschlagraten je 100 000 Einwohner, nach Alter und Geschlecht, 2004

Altersgruppen	Herzinfarkt		Hirnschlag	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
25–34	15,4	2,8	15,1	16,4
35–44	80,9	13,8	35,3	31,5
45–54	260,1	42,7	111,4	75,4
55–64	446,5	113,3	287,6	148,0
65–74	721,9	251,9	718,9	407,2
75–84	1204,6	618,3	1585,8	1175,8
85+	1633,8	1136,9	2648,9	2237,4

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Medizinische Statistik und Todesursachenstatistik 2004.

serhalb des Spitals. Die Annahme ist berechtigt, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten überlebt hätte, wenn nach ersten Anzeichen eines sich anbahnenden Infarkts adäquat gehandelt worden wäre (z. B. sofortiger Arztkontakt, Spitalweisung, Herz-Lungen-Wiederbelebung). Internationale Beispiele zeigen, dass eine entsprechende Bevölkerungsaufklärung in Massenmedien, eine möglichst flächendeckende Ausrüstung frequentierter öffentlicher Orte mit Defibrillatoren und eine Sensibilisierung der Bevölkerung für den Rettungsablauf die Überlebenschancen signifikant erhöhen können. Seit 2007 werden im Rahmen der HELP-Kampagne der Schweizerischen Herzstiftung entsprechende Schritte an verschiedenen Orten der Schweiz unternommen. Im Kanton Solothurn wurde eine gesetzliche Grundlage für den Notfalleinsatz von Defibrillatoren durch Feuerwehrleute und Laien geschaffen.

#### **Werden Frauen anders behandelt als Männer?**

Nach Auftreten der Symptome eines akuten Herzinfarkts kommen Frauen in der Schweiz im Durchschnitt 70 Minuten später ins Spital als Männer. Gemäss AMIS-Plus-Register erhalten Frauen seltener die klassische medikamentöse Akutbehandlung als Männer, was mit dem höheren Alter der Frauen und dem damit verbundenen höheren Risiko für Komorbidität erklärt wird. Eine weniger intensive Therapie von Frauen selbst nach Berücksichtigung des Alters und der Risiko-bewertung wird auch in der internationalen Literatur beschrieben. Frauen mit akutem Herzinfarkt verweilten im Jahre 2004 durchschnittlich länger im Spital (14,8 Tage) als Männer (12,0 Tage). Das höhere Alter der Frauen und die grosse Anzahl von Infarktpatientinnen unterstreichen die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation.

#### **Herzinsuffizienz (Herzschwäche):**

##### **Ein zunehmendes Problem in der älteren Bevölkerung**

Aufgrund der medizinischen Fortschritte erreichen viele Menschen mit koronarer Herzkrankheit heute eine annähernd normale Lebenserwartung. Ein Nachteil dieser Entwicklung ist, dass in den höheren Lebensdekaden die Häufigkeit der Herzinsuffizienz stark zunimmt. In der Schweiz betrug im Jahr 2004 die geschätzte altersstandardisierte Rate an Herzinsuffizienz 65,7 pro 100 000 Einwohner (52,6/100 000 bei Frauen und 84,1/100 000 bei Männern). Da die Herzinsuffizienz mit häufigen Hospitalisationen einhergeht und diese ca. 70 % der Gesamtbehandlungskosten dieses Krankheitsbilds ausmachen, wäre ähnlich wie in Schweden, den Niederlanden und den angloamerikanischen Ländern auch in der Schweiz ein ambulantes Betreuungsmodell wünschenswert. Hiermit kann

nachweislich sowohl die Anzahl der Hospitalisationen kosteneffizient reduziert als auch die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert werden. Die Schweizerische Herzstiftung fördert durch das Programm «Stark für ein schwaches Herz» die Etablierung eines vernetzten stationären und ambulanten Betreuungsmodells.

### 7.1.2

#### **Hirnschlag**

Unter dem Begriff «Hirnschlag» versteht man eine plötzliche Durchblutungsstörung durch Verschluss eines hirnversorgenden Gefässes (Hirnininfarkt) oder eine Blutung im Gehirn (Hirnblutung). Blutungen entstehen mehrheitlich durch das Platzen eines Hirngefässes oder eine Gefässmissbildung mit Austritt von Blut in das Hirngewebe (Hirnblutung) oder zwischen Hirngewebe und Hirnhäuten (Subarachnoidalblutung). Werden verschiedene Krankheitsbilder des Hirnschlags zusammengefasst, spricht man von zerebrovaskulären Erkrankungen. Leitsymptome des Hirnschlags sind am häufigsten rasch auftretende Lähmungen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen oder Sprachstörungen.

#### **Mortalität in der Schweiz im europäischen Vergleich niedrig**

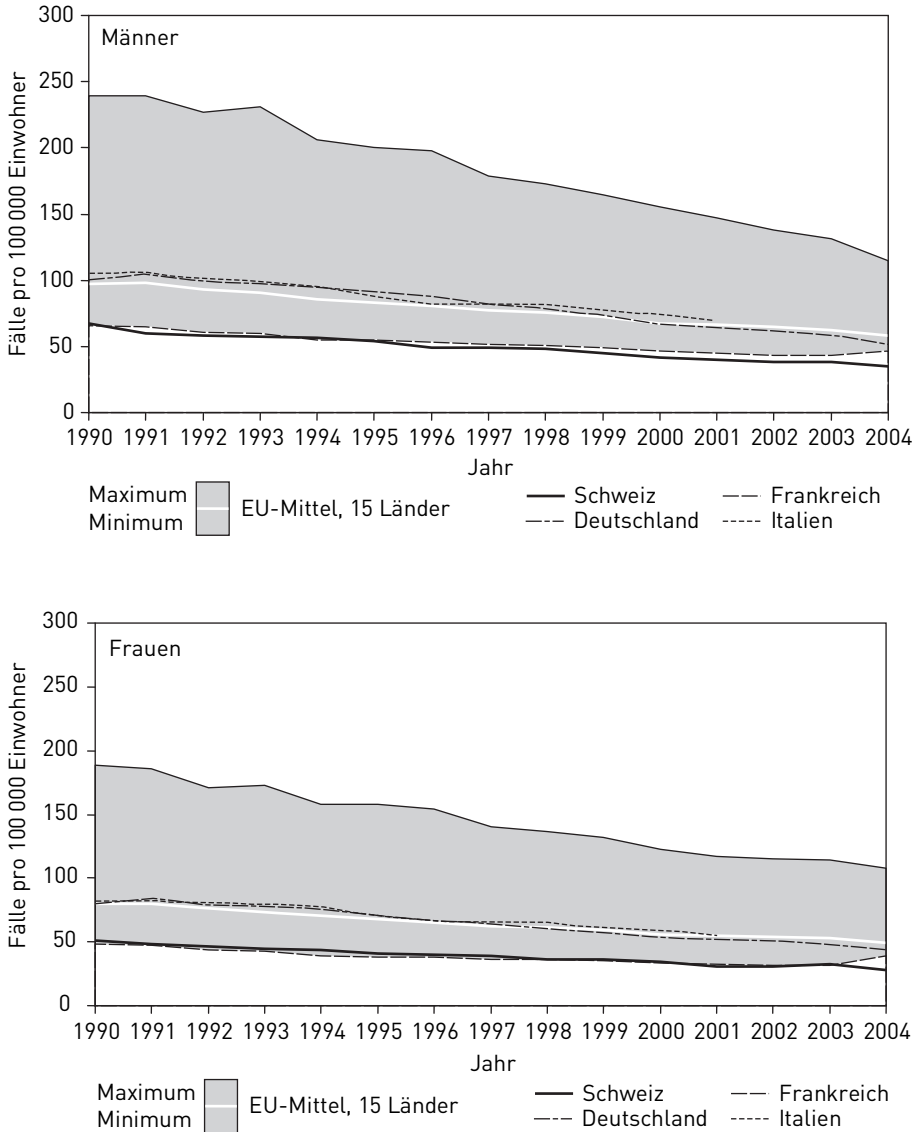
Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegt die altersstandardisierte Mortalitätsrate für zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schweiz für Frauen und Männer im untersten Bereich (siehe Abb. 2).

Während im Jahr 1995 noch 5208 Personen an einem Hirnschlag verstarben, traf dies im Jahr 2004 nur noch für 3568 Personen zu.

Im Jahr 2004 ereignete sich insgesamt die Hälfte aller durch Hirnschlag bedingten Todesfälle in der Schweiz ausserhalb des Spitals; bei Frauen waren es 56 %, bei Männern 38 % der Todesfälle. Der Tod durch Hirnschlag ausserhalb des Spitals kam insbesondere in der Altersgruppe der über 75-Jährigen vor.

#### **Hirnschlag häufiger in unteren sozialen Schichten**

Das Risiko, an einem Hirnschlag zu versterben, erwies sich im Bevölkerungsteil mit niedriger Schulbildung am höchsten (siehe Tab. 3). Mögliche Gründe hierfür sind ein oft ungesünderer Lebensstil, ungünstigere soziale Lebensbedingungen sowie geringere Kenntnisse über die Hirnschlagrisiken und -symptome bei niedriger Bildung. Diese gesundheitlich negativ wirkenden Determinanten sind in zielgruppenspezifischen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Früherkennung zu berücksichtigen.



Quelle: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

**Abbildung 2:** Altersstandardisierte Mortalität zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD 10, I60–69) für Männer und Frauen in den Jahren 1990–2004



**Tabelle 3:** Risiko (Hazard Ratio) und 95 %-Konfidenzintervall für das Versterben an einem Hirnschlag (ICD 10, I60–64) in Abhängigkeit von der Schulbildung, nach Alter und Geschlecht

Bildung	Männer		Frauen	
	Bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre	Bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre
Primär	1,19	1,41*	1,78*	1,23*
Sekundär	1,00	1,00	1,00	1,00
Tertiär	0,61*	0,78*	0,54*	0,71*

\* Statistisch signifikante Unterschiede der Ergebnisse

Die Hazard Ratios sind kontrolliert für Alter, Geschlecht, Zivilstand, Sprachregion, Migrationsstatus, Elternschaft, Haushaltstyp, Urbanisierung, Religion und Interaktionen.

Datenstand: 2001–2004

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Swiss National Cohort.

### Altersstandardisierte Hirnschlagraten bei Männern höher als bei Frauen

In der Schweiz erlitten im Jahr 2004 schätzungsweise 15 733 Personen einen Hirnschlag.

Die geschätzte altersstandardisierte Hirnschlagrate lag bei 146 pro 100 000 Einwohner (120/100 000 bei Frauen, 179/100 000 bei Männern).

Bei beiden Geschlechtern nahmen die Hirnschlagraten mit fortschreitendem Alter zu (siehe Tab. 2). In den Dekaden 25–34 Jahre und 35–44 Jahre waren die Ereignisse pro 100 000 Einwohner bei Frauen und Männern ähnlich, in den nachfolgenden Altersdekaden bei Männern jedoch höher. Aufgrund der grösseren Lebenserwartung der Frauen traten trotz ihrer tieferen Ereignisraten in den meisten Altersgruppen insgesamt mehr Hirnschläge bei Frauen (n = 7933) als bei Männern auf (n = 7800).

Eine populationsbasierte Studie aus dem Kanton Basel Stadt weist auf einen rückläufigen Trend der altersstandardisierten Inzidenz des erstmaligen Hirnschlags im Vergleich zu den 1980er- und 1990er-Jahren hin.

### Rückläufige altersstandardisierte Hirnschlagraten bedeuten keine Entwarnung

Die zunehmende Alterung der Schweizerischen Bevölkerung lässt für die Zukunft eine Zunahme der Hirnschlaghäufigkeit erwarten, wenn nicht umgehend verstärkte präventive Massnahmen auf Bevölkerungsebene einsetzen und greifen.

### Verbesserung der Akutversorgung in der Schweiz ist notwendig

In der Schweizerischen Bevölkerung besteht ein Informationsdefizit: Etwa ein Drittel der Befragten kennt beispielsweise die wichtigsten Hirnschlagsymptome nicht, und neun von zehn Schweizerinnen und Schweizern wissen nicht, dass nach vorübergehenden Hirnschlag-Symptomen (Streifung) in den nächsten Tagen das Risiko eines Hirnschlags mit bleibenden Folgen besonders hoch ist. Der Hirnschlag führt bei ca. 40 % der Betroffenen zu einer bleibenden Behinderung mit Pflegebedürftigkeit. Überdies ist der Hirnschlag – neben der Alzheimer-Erkrankung – die häufigste Ursache einer Demenz. Das Risiko einer Behinderung durch Hirnschlag kann relativ um bis zu 58 % reduziert werden, wenn innerhalb von sechs Stunden nach Symptombeginn des Schlaganfalls eine Therapie mit Blutgerinnsel lösenden Substanzen (Thrombolyse) erfolgt. Für eine möglichst frühzeitige und lückenlose Behandlung des akuten Hirnschlags haben sich weltweit wie auch in der Schweiz (Aarau, Basel, Bern, Genf, Lausanne, Lugano, Luzern, Münsterlingen, St. Gallen, Zürich) so genannte «Stroke-Units» bewährt. Durch das integrierte Behandlungskonzept dieser auf Hirnschlag spezialisierten Institutionen kann die Mortalität um ca. 14 %, die Wahrscheinlichkeit von Tod oder Behinderung um ca. 22 % und die Wahrscheinlichkeit von Pflegeheimweisung um ca. 20 % reduziert werden. In den Niederlanden wird durch eine nationale flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Hirnschlag-Institutionen eine Gesamtkostenersparnis von rund 13 % geschätzt. Während in Deutschland 172 Stroke-Units (2,3/1 000 000 Einwohner) und in Österreich 32 Stroke-Units (3,8/1 000 000 Einwohner) zur Verfügung stehen, weist die Schweiz mit insgesamt nur neun Stroke-Units (1,2/1 000 000 Einwohner) eine deutliche Unterversorgung auf.

#### 7.1.3

### Soziale Determinanten und Risikofaktoren der ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten

#### Niedriges Einkommen und kardiovaskuläres Risiko

In Familien mit niedrigem Einkommen führt materielle Deprivation häufig zu psychosozialen Stress, der negativ auf viele Körperfunktionen einschliesslich des Immunsystems wirkt. Ferner ist ein geringes Einkommen oft mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen und entsprechenden Risikofaktoren verbunden.

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind vermeidbar. Zum Beispiel zeigte eine Studie in den USA, dass durch den Verzicht auf Rauchen, durch inhaltlich und kalorisch ausgewogene Ernährung, regelmässige körperliche Bewegung, normales

Körpergewicht und höchstens moderaten Alkoholkonsum das Risiko für koronare Herzkrankheit und Hirnschlag um etwa 84 % reduziert werden konnte.

Den meisten Risikofaktoren liegen ungesunde Lebensgewohnheiten zugrunde, die häufig bereits in der Kindheit und Jugend erworben wurden. In der Schweiz sind 41 % der Bevölkerung zwischen 25 und 74 Jahren übergewichtig (BMI 25–29,9) und 9 % adipös (BMI  $\geq$  30), das heisst, etwa die Hälfte der Bevölkerung weist ein zu hohes Körpergewicht auf. Einundzwanzig Prozent berichten, innerhalb der letzten zwölf Monate einen hohen Blutdruck gemessen oder aktuell zu haben, 15 % geben erhöhte Cholesterinwerte und 2,2 % Probleme mit dem Blutzucker an.

In der Bevölkerungsgruppe mit Übergewicht und Fettleibigkeit kommen erhöhte Werte für Cholesterin, Bluthochdruck und Blutzucker häufiger vor als in der normalgewichtigen Bevölkerung. Dies ist insofern ungünstig, als das Erkrankungsrisiko mit dem gleichzeitigen Vorliegen mehrerer Risikofaktoren überproportional steigt.

#### **Bildung, Alter und männliches Geschlecht sind mit vielen Risikofaktoren spezifisch assoziiert**

Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 ist in der Schweizer Bevölkerung ein niedriger Bildungsstand mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht und Adipositas verbunden, während eine hohe Bildung stärker mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Bluthochdruck und Hypercholesterinämie assoziiert ist. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung aller Risikofaktoren für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen zu. Männliches Geschlecht steigert die Wahrscheinlichkeit für erhöhte Cholesterinwerte, Blutzuckerprobleme und Übergewicht, weibliches Geschlecht hingegen die Wahrscheinlichkeit für Adipositas. Diesen soziodemografischen Unterschieden sollte in Informationskampagnen und Präventionsprogrammen Rechnung getragen werden.

#### **Durch Risikofaktorenreduktion Lebensjahre dazugewinnen**

Im Vergleich zu medizinischen Behandlungen der ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten leistet eine moderate Reduktion der Risikofaktoren in der Bevölkerung den kosteneffektiveren Beitrag, Lebensjahre dazuzugewinnen. Wie ein positives Beispiel aus Schottland zeigt, führte – bezogen auf die Risikofaktorenverbreitung im Jahr 2002 – eine Abnahme der Prävalenz des Rauchens von 30 auf 18 %, des mittleren Cholesterinwertes von 6,2 auf 5,2 mmol/l und des diastolischen Blutdrucks um 3,7 mmHg bereits zu einer Reduktion kardiovaskulärer Todesfälle um durchschnittlich 4,2 % innerhalb von acht Jahren.

**Risikofaktoren:****Kenntnisse und Früherkennung in der Bevölkerung sind verbesserungswürdig**

Das Wissen über Risikofaktoren und deren Bedeutung ist in der Bevölkerung lückenhaft. So zeigten lediglich 6 von 100 Einwohner der Stadt Bern gute Kenntnisse über die Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit und Hirnschlag. Die Kenntnisse waren bei Personen mit einer universitären Bildung deutlich besser als bei jenen mit nur obligatorischer Schulbildung. Die Gesundheitsplattform «Treffpunkt Herz» der Schweizerischen Herzstiftung leistet mit Vorträgen zur Ernährung und kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen im «Herzmobil» einen wichtigen Beitrag, die breite Öffentlichkeit für eigenverantwortliche Risikofaktorenprävention zu sensibilisieren.

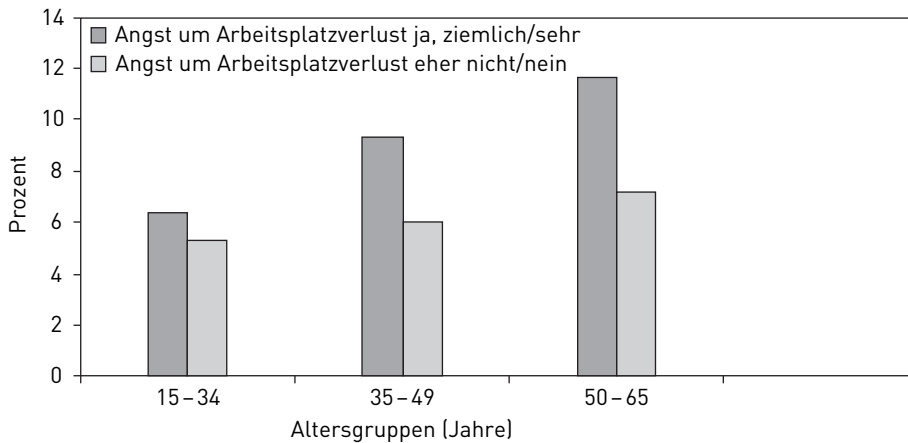
Drei Viertel der schweizerischen Bevölkerung haben gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 im letzten Jahr eine Blutdruckkontrolle und jeweils ca. 50 % eine Kontrolle der Cholesterin- und Blutzuckerwerte erhalten. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für Früherkennungsuntersuchungen in Bezug auf Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker zu, jedoch ist sie für Männer – unabhängig von Alter und Bildung – geringer als für Frauen.

**7.1.4****Psychosoziale Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit**

Wie in anderen westlichen Ländern existiert auch in der Schweiz ein sozialer Gradient in Bezug auf das Neuauftreten von koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und koronarer Mortalität (siehe Tab. 1). Geringe soziale Unterstützung, hohe Leistungsanforderungen und Ängste in Bezug auf die Berufstätigkeit beeinflussen – unabhängig von anderen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsmangel – das Herzinfarkttrisiko negativ. Gleichermassen erhöhen eine mangelnde Autonomie und Kontrolle sowie eine geringe Möglichkeit zur Partizipation im Arbeitsumfeld das Erkrankungsrisiko.

Im Durchschnitt geben etwa 40 % der berufstätigen Schweizer Bevölkerung an, weder über Entscheidungsbefugnisse noch über Mitspracherechte am Arbeitsplatz zu verfügen. Während bei den Männern ein klarer Gradient dieses Risikofaktors zu den sozioprofessionellen Kategorien besteht, ist bei den Frauen kein sozialer Gradient erkennbar. Die geringe Partizipationsmöglichkeit ist bei Frauen in fast allen Berufskategorien stärker ausgeprägt als bei Männern.

In mittleren und unteren Berufskategorien berichten jeweils 60 % der Arbeitnehmenden von negativem Stress durch geringe Einflussnahme auf die eigene Arbeit bei gleichzeitig hohen Arbeitsanforderungen. Diese Risikokombination potenziert nachweislich das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (siehe Kap. 9).



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2002.

**Abbildung 3:** Prävalenz (%) selbst berichteter Brustschmerzen bei Personen mit oder ohne Angst um Arbeitsplatzverlust

Die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes dominierte im Jahr 2006 bei 66 % der schweizerischen Erwerbsbevölkerung. Hohe berufliche Belastungen bei geringer Anerkennung und Arbeitsplatzangst sind vor dem Auftreten eines Herzinfarkts gehäuft zu beobachten. Schweizer Arbeitnehmende ab dem 35. Lebensjahr berichten signifikant häufiger über Brustschmerzen, das Leitsymptom der koronaren Herzkrankheit, wenn ausgeprägte Angst um den Arbeitsplatz besteht (siehe Abb. 3).

#### Symptome des Herzinfarkts und Hirnschlags: Die Bevölkerung sensibilisieren

Je früher ein Herzinfarkt oder Hirnschlag behandelt wird, umso grösser ist die Chance, den Schweregrad der Erkrankung zu vermindern und eine bleibende Behinderung abzuwenden. Das heisst, die Früherkennung der Symptome von Herzinfarkt und Hirnschlag und die unverzügliche Alarmierung der Rettungsdienste sind von grösster Bedeutung.

Daher besteht dringender Bedarf, die Bevölkerung flächendeckend und wiederholt über die Symptome von Herzinfarkt und Hirnschlag sowie über ein angemessenes Handeln aufzuklären. Lokale und nationale Informationskampagnen, wie zum Beispiel die Hirnschlagkampagne 2001/2002 der Schweizerischen Herzstiftung und der Zerebrovaskulären Arbeitsgruppe der Schweiz, die TIA-Kampagne der Schweizerischen Schlaganfall Stiftung aus dem Jahr 2006 und die im Januar 2007 initiierte HELP-Kampagne der Schweizerischen Herzstiftung, bieten

hierzu erste Lösungsansätze. Kampagnen sind an die Gesamtbevölkerung zu richten. Ferner sollten sie sich zielgruppenspezifisch an Personen mit besonderen Risikofaktoren oder Risikokonstellationen und auch an Patientinnen und Patienten, die bereits ein zerebrovaskuläres Ereignis erlitten haben, und deren Angehörige richten. Auch Rettungsdienste, Grundversorger, Notfallärzte und weitere Akteure in der Behandlungskette für Hirn Schlagpatienten gehören zu den Zielgruppen solcher Kampagnen und Fortbildungsprogramme.

#### 7.1.5

### **Implikationen für Gesundheitsförderung und Prävention von ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten**

Die Vermeidung von koronaren Risikofaktoren, koronarer Herzkrankheit und Hirn Schlag hängt von einer gesunden Lebensweise ab, die grösstenteils von gesellschaftlich determinierten Lebensbedingungen beeinflusst wird.

Die Information der Bevölkerung über die Risikofaktoren für Gefässkrankheiten ist ein erster Schritt für eine präventiv wirkende Verhaltensänderung. Eine nachhaltige Verhaltensänderung kann allerdings nur erreicht werden, wenn Gesundheitsförderung und Prävention der koronaren Herzkrankheit und des Hirn Schlags sowohl zielgruppenspezifisch als auch multisektoral erfolgen. Zielgruppenspezifische Ansätze erfordern die Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, sozialer Situation und insbesondere der Bildung. Ein Paradebeispiel für eine multisektorale Gesundheitsförderung ist das britische Projekt «Urban Walking»: Es zielt auf die Bewegungsförderung im Alltag ab und tut dies durch Verknüpfung von Mobilitätsverbesserung, Umweltschonung, Raumentwicklung und Verbesserung der Verkehrssicherheit. Bewegung im Alltag wirkt nicht nur gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten, sie ist gleichzeitig auch eine Präventionsmassnahme bei anderen, durch Bewegungsmangel bedingten Gesundheitsproblemen (z. B. Übergewicht, muskuloskeletale und psychische Probleme).

#### **Multisektorale Ansätze**

Eine vordringliche Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention besteht darin, die Bevölkerung über Angebote der Risikofaktoren-Früherkennung zu informieren und zur Inanspruchnahme dieser Massnahmen zu motivieren. Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist die Identifikation von Risikogruppen und deren Zuweisung zu adäquaten Präventions- oder Therapiemassnahmen. Diese Aufgabe kann durch Aktionsprogramme in Netzwerken, beispielsweise mit Schulen, Sportvereinen, Ärzten und an Arbeitsplätzen, erfolgen. So unterstützt die Gesundheitsförderung Schweiz das Programm «Gesundes

Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen», dessen Kernelemente die Bewegungsförderung, die Schaffung von sektorübergreifenden Richtlinien, die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung sind. Die Prävention von Herzinfarkt und Hirnschlag fordert aber genauso die konsequente medikamentöse Behandlung von Populationen mit Bluthochdruck.

Dem hohen Risikopotenzial des Arbeitsplatzes für koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt sind vor allem Bevölkerungsgruppen aus niedriger sozialer Schicht und mit geringen sozialen Ressourcen ausgesetzt. Sie haben einerseits ein schlechteres Gesundheitsverhalten, andererseits oft erhöhten Stress und fehlende materielle und ideelle Ressourcen, den Stress zu bewältigen. Zudem haben sie einen weniger guten Zugang zu medizinisch-psychologischer Versorgung. Diese doppelte soziale Ungleichheit macht deutlich, dass Kernelemente der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten die Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen und der Erwerb vermehrter Bildung und sozialer Ressourcen sind. Im Arbeitsumfeld selbst kann die Erweiterung des Handlungsspielraums und Mitspracherechts für Arbeitnehmende und die Etablierung innerbetrieblicher Möglichkeiten zur Konfliktlösung und Stressbewältigung helfen, das Verhältnis von externen Anforderungen zu individuellen Ressourcen von Arbeitnehmenden zu verbessern.

### Legislative Massnahmen

Bei der Bekämpfung dominierender Risikofaktoren wie des Tabakrauchens empfiehlt die OECD eine Anhebung der Tabaksteuern. Die südeuropäischen Länder und einige Schweizer Kantone (Tessin und Solothurn) geben Beispiele, wie erfolgreich eine weit gehend rauchfreie Öffentlichkeit geschaffen werden kann.

Gegen Übergewicht und Fehlernährung hat Grossbritannien beispielhaft eine einfache, für alle Bevölkerungsschichten verständliche Kennzeichnung von Nahrungsmitteln über Inhalte und Kaloriengehalt eingeführt. Die Kennzeichnung fördert das Wissen und die Eigenverantwortung der Bevölkerung für eine gesunde Ernährung.

Flexible Arbeitszeitmodelle und ausreichende – auch für untere Einkommenschichten finanzierbare – Kinderbetreuungsplätze sind als Gesundheitsdeterminanten zu verstehen. Sie schwächen die Kumulation der Stressbelastungen ab, schaffen Zeiträume für die Familie und soziales Leben und verbessern damit die psychosozialen und physischen Gesundheitsressourcen.

## Förderung der Präventionsforschung

Kosteneffektive präventive Massnahmen sind in der Schweiz bis heute ungenügend erforscht und werden dementsprechend wenig umgesetzt. Der Einsatz dieser Massnahmen sollte verstärkt mit staatlichen Mitteln erforscht und gefördert werden.

Ein positives Signal des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) war die Investition von 8,5 Millionen Franken zur Projektförderung der Präventivmedizin im Jahr 2006. Allerdings ist diese Investition relativ gering im Vergleich zur Projektförderung der klinischen Medizin mit rund 24 Millionen Franken. Angesichts der Gesamtförderung des Bereichs «Biologie und Medizin» im Jahr 2006 durch den SNF mit rund 134 Millionen Franken beträgt die finanzielle Präventionsförderung nur noch 6,3 %.

Kein einziges der laufenden Nationalen Forschungsprogramme (NFP) betrifft die Herz-Kreislauf-Krankheiten. In anderen Ländern erfolgreich eingesetzte Massnahmen der Primärprävention, wie zum Beispiel die Bewegungsförderung, der erhöhte Obst- und Gemüseverzehr, die Reduktion der Salzzufuhr und Risikofaktoren-Früherkennungsprogramme, sind in der Schweiz auf Bevölkerungsebene vermehrt anzuwenden, und deren Wirksamkeit ist hinsichtlich der Reduktion von koronarer Herzkrankheit und Hirnschlag sowie der Kosteneffizienz zu prüfen. Dies ermöglicht eine evidenzbasierte Herz-Kreislauf-Policy.

Für eine evidenzbasierte Herz-Kreislauf-Policy ist auch der Aufbau eines nationalen Herz-Kreislauf-Informationssystems notwendig, das auf einem ambulanten und stationären Monitoring der Herz-Kreislauf-Krankheiten basiert. Dieses System könnte ausserdem zur Evaluation von Politiken der Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit und der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten dienen.

## Literatur

- Critchley J. A., Capewell S., Unal B. (2003). Life-years gained from coronary heart disease mortality reduction in Scotland. Prevention or treatment? *J Clin Epidemiol*, 56:583–590.
- Mackenbach J. P., Cavelaars A. E., Kunst A. E., Groenhouf F., and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (2000). Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease and mortality. *Eur Heart J*, 21:1141–1151.
- Marmot M. G., Theorell T. (1988). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. *Int. Health Serv*, 18:659–671.
- Meier C. (2004). Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich. Nr. 9. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Zürich.
- Nedeltschew K., Fischer U., Arnold M., Kappler L., Mattle H. P. (2007). Low awareness of transient ischemic attacks and risk factors of stroke in a swiss urban community. *J of Neurology*, 254:179–184.



- Stroke Units Trialists' Collaboration (2002). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, 1, CD000197.
- Stuijs J. N., van Genugen L. L., Evers S. (2005). Modeling of the future burden of stroke in the Netherlands. Impact of aging, smoking, and hypertension. Stroke, 36:1648–1655.
- Task Force «Herzinsuffizienz Disease management» (Buser P., Brunner-La Rocca H. P., Levental M. et al.) (2006). Empfehlungen zur vernetzten Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten in der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung, 87:1943–1952.
- Zellweger U., Bopp M. (2006). «Treffpunkt Herz» – eine Präventionsaktion der Schweizerischen Herzstiftung: Herzinfarktrisiken sind in der Schweiz häufig. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Zürich.
- [www.amis-plus.ch](http://www.amis-plus.ch)  
[www.helpbyswisshheart.ch](http://www.helpbyswisshheart.ch)

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

## 7.2

**Krebserkrankungen**

Marcel Zwahlen, Kurt Schmidlin und Adrian Spörri,  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern  
Nicole Probst-Hensch, Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Universität Zürich

In der Schweiz erkrankt rund jede dritte Person im Laufe ihres Lebens an Krebs. Rund ein Viertel aller Todesfälle sind auf Krebs zurückzuführen. Für viele Krebsarten nimmt das Krebs-Erkrankungs-Risiko mit zunehmendem Alter zu. Aufgrund der demografischen Entwicklung in der Schweiz wird die Anzahl der Krebserkrankungen in absoluten Zahlen selbst dann zunehmen, wenn das alters- und geschlechtsspezifische Krebsrisiko gleich bleibt oder sich mit Präventivmassnahmen senken lässt.

Eine programmatische Bekämpfung von Krebs stützt sich auf alle Ebenen der Interventionen im Gesundheitsbereich: Primärprävention, Früherkennung und kurative therapeutische Behandlung, Verbesserung oder Erhaltung der Lebensqualität bei Behandlungen, die nicht auf Heilung abzielen, Schmerzkontrolle und humane Sterbebegleitung (Palliativmedizin). Abgesehen vom Zigarettenrauchen sind gut modifizierbare Krebsrisikofaktoren wissenschaftlich schwach etabliert; und selbst wenn etabliert, sind künftige Effekte durch die Primärprävention als klein einzuschätzen.

Wegen technologischer Fortschritte wird man sich bei der programmatischen Bekämpfung von Krebs in Zukunft vermehrt die Frage stellen müssen, welche Früherkennungsmethoden für Krebs breitflächig eingesetzt werden sollen und auf welche Methoden die Gesellschaft verzichten will. Schwierige Abwägungen zwischen individuellem und gesellschaftlichem Nutzen und Schaden respektive zwischen Kosten und Nutzen werden zur Entscheidungsfindung beitragen müssen. Die dazu nötige Datenlage ist in der Schweiz spärlich und sollte in den kommenden Jahren gezielt gestärkt werden. Ein koordiniertes nationales Vorgehen ist für eine verstärkte Krebsbekämpfung unabdingbar.

## 7.2.1

**Krankheitsbelastung durch Krebserkrankungen in der Schweiz**

Die Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (VSKR) erfasst Krebsdiagnosen in mehr als der Hälfte der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung ([www.asrt.ch/](http://www.asrt.ch/)). Für die Jahre 2001–2004 beliefen sich die Schätzungen für die gesamte Schweiz auf jährlich 18 350 neue Krebsdiagnosen bei Männern und 15 666 bei Frauen, also auf rund 34 000 neue Fälle pro Jahr. Dies entspricht einer Zunahme der absoluten Fallzahlen um 27 % gegenüber den Schätzungen für die Jahre 1985–1988. Aufgrund der Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik gingen in den Jahren 2001–2004 in der Schweiz insgesamt rund 25 % aller Todesfälle auf Krebs

**Tabelle 4:** Altersstandardisierte Krebsinzidenzraten pro 100 000 für alle Krebsarten zusammen und Raten für eine Serie von häufigen Krebsarten

	Kalenderjahrperiode					Prozentuale Änderung zwischen 1985–88 und 2001–04
	1985–88	1989–92	1993–96	1997–2000	2001–04	
Alle Krebsarten zusammen						
Männer	435,6	437,2	443,7	453,9	450,0	+3,3 %
Frauen	301,4	304,4	314,4	325,5	321,3	+6,6 %
Lungenkrebs						
Männer	79,0	74,4	67,8	64,4	59,5	-24,7 %
Frauen	14,6	16,2	18,6	21,2	23,4	+60,3 %
Darmkrebs und Krebs des Rektums						
Männer	53,3	51,4	54,0	53,7	52,6	-1,3 %
Frauen	34,8	34,0	34,1	34,6	33,4	-4,0 %
Brust- krebs						
Frauen	95,5	100,3	106,3	115,7	116,4	+21,9 %
Cervixkarzinom						
Frauen	10,4	9,0	8,8	7,6	6,3	-39,4 %
Prostatakrebs						
Männer	83,4	91,9	104,4	119,3	132,9	+59,4 %
Hautkrebs						
Männer	13,6	14,7	17,1	19,4	21,1	+55,1 %
Frauen	14,7	13,8	15,7	17,9	19,4	+32,0 %
Leberkrebs						
Männer	9,3	9,7	9,8	10,8	11,0	+18,3 %
Frauen	2,0	2,0	2,4	2,6	2,7	+35,0 %

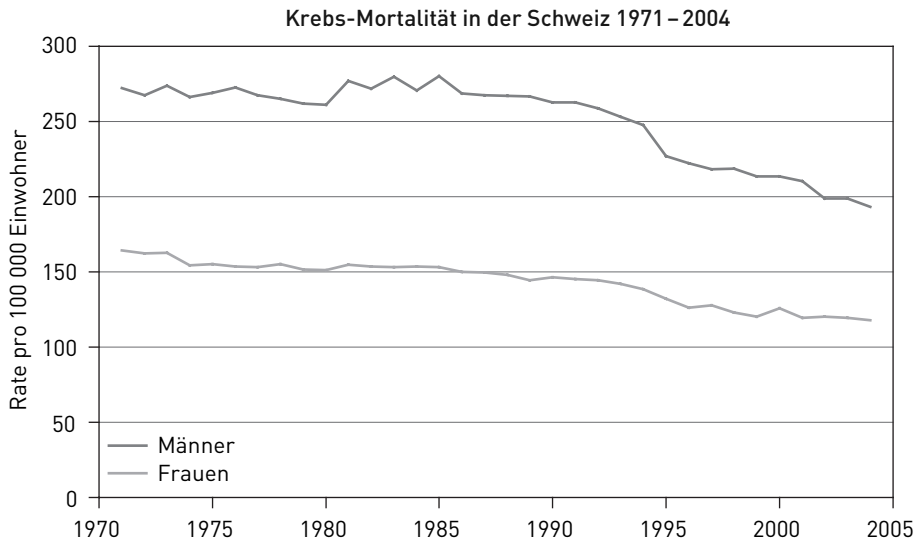
Altersstandardisierung unter Verwendung der Europäischen Standardbevölkerung

Quelle: Vereinigung Schweizerischer Krebsregister, <http://www.asrt.ch/>

zurück; dies betraf im Durchschnitt 8508 Männer und 6875 Frauen. Die Gesamtzahl der Krebstodesfälle nahm gegenüber den Jahren 1985–1988 um 3 % ab.

#### Entwicklung der Krebserkrankungen und der Krebsmortalität ist nach Krebsart unterschiedlich

Die mit der europäischen Standardbevölkerung altersstandardisierte geschätzte *Inzidenzrate* für alle Krebsarten hat in der gesamten Schweiz seit 1985 bei den Männern um etwa 7 % und bei den Frauen um etwa 3 % leicht zugenommen. Seit 1997 ist die Inzidenzrate bei den Männern mit rund 450 Fällen auf 100 000 Einwohner und bei den Frauen mit rund 320 Fällen auf 100 000 Einwohner stabil geblieben. Seit der Periode 1985–1988 ist bei den Frauen eine deutliche Abnahme beim Zervixkarzinom, jedoch eine deutliche Zunahme bei Lungen-, Haut-, Leber- und Brustkrebs zu verzeichnen; bei den Männern zeigt sich eine deutliche Abnahme bei Lungenkrebs und eine deutliche Zunahme bei Prostata-, Haut- und Leberkrebs. Die Inzidenzrate des Darmkrebses blieb bei beiden Geschlechtern stabil (siehe Tab. 4).



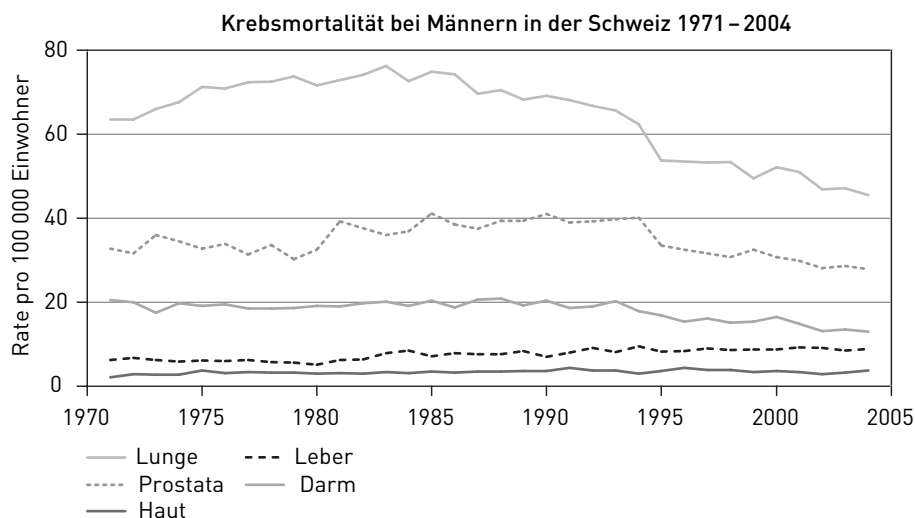
Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eigene Auswertungen der Todesfallstatistik und Bevölkerungsstatistik 1971–2004.

**Abbildung 4:** Altersstandardisierte Krebsmortalitätsraten (pro 100 000 Einwohner) für alle Krebsformen, nach Kalenderjahr und Geschlecht, Schweiz (Altersstandardisierung bezogen auf europäische Standardbevölkerung)

Die altersstandardisierte *Mortalitätsrate* für alle Krebsarten war im Zeitraum 1971–1990 relativ stabil. Ab Anfang der 1990er-Jahre zeigte sie bei den Männern ein deutlich abnehmender und bei den Frauen ein weniger deutlich abnehmender Trend (siehe Abb. 4).

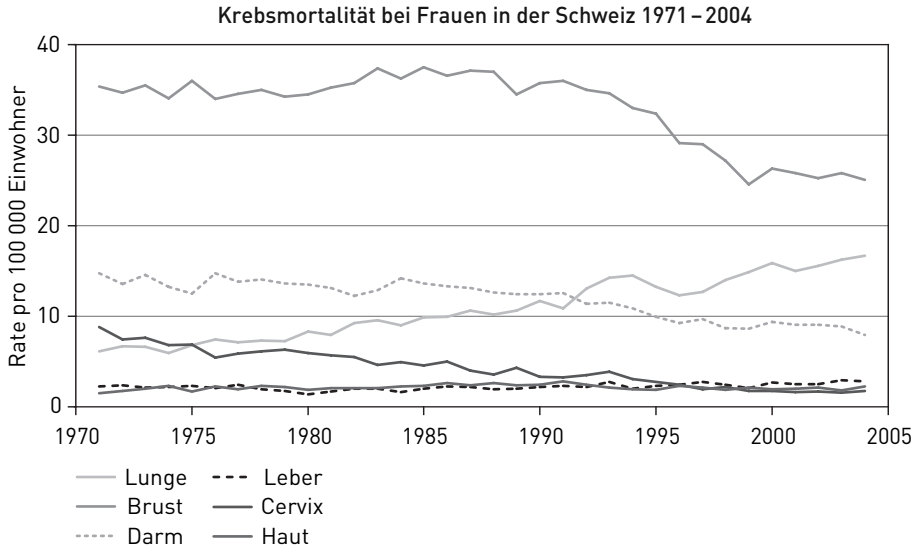
Der abnehmende Trend in der Gesamtkrebs-Mortalitätsrate war bei den Männern primär durch die deutliche Abnahme des Lungenkrebses und ferner durch die leicht rückläufige Sterblichkeit an Prostata- und Darmkrebs bedingt. Die markante Reduktion des Lungen- und Prostatakrebses zwischen 1994 und 1995 ist auf die Umstellung der Kodierungsregeln der Todesursachen von ICD 8 auf ICD 10 zurückzuführen (siehe Abb. 5).

In Bezug auf die Mortalitätsrate erklärt sich der leicht abnehmende Trend für alle Krebsarten bei den Frauen durch eine deutlich rückläufige Mortalität an Brust- und Darmkrebs sowie am Zervixkarzinom. Diese Abnahmen wurden teilweise durch die starke Zunahme der Lungenkrebsmortalität bei den Frauen kompensiert (siehe Abb. 6). Der Rückgang der Brustkrebsmortalität in den Jahren 1994 und 1995 ist ebenfalls mit der Umstellung der Todesursachen-Kodierungsregeln von ICD 8 auf ICD 10 zu erklären.



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eigene Auswertungen der Todesfallstatistik und Bevölkerungsstatistik 1971–2004.

**Abbildung 5:** Altersstandardisierte Krebsmortalitätsraten (pro 100 000 Einwohner) für ausgewählte Krebsformen bei Männern, nach Kalenderjahr, Schweiz (Altersstandardisierung bezogen auf europäische Standardbevölkerung)



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eigene Auswertungen der Todesfallstatistik und Bevölkerungsstatistik 1971–2004.

**Abbildung 6:** Altersstandardisierte Krebsmortalitätsraten (pro 100 000 Einwohner) für ausgewählte Krebsformen bei Frauen nach Kalenderjahr, Schweiz (Altersstandardisierung bezogen auf europäische Standardbevölkerung)

Im Vergleich mit 39 europäischen Ländern liegt die Schweiz in Bezug auf die Krebsinzidenz im oberen Fünftel und in Bezug auf die Krebsmortalität im unteren Fünftel (siehe Tab. 5). Bei Betrachtung der häufigen Krebsarten liegt die Inzidenz in der Schweiz im oberen Fünftel für Darm-, Brust- und Prostatakrebs sowie für Lungenkrebs der Frauen, hingegen im untersten Fünftel für Lungenkrebs der Männer. Dies gilt als typisch für ökonomisch hoch entwickelte Länder. Bei der Krebsmortalität von Frauen befindet sich die Schweiz im Mittelfeld für Lungenkrebs und Brustkrebs, bei Männern im untersten Fünftel in Bezug auf Darm- und Magenkrebs sowie Prostatakrebs. Dies darf als Hinweis auf eine insgesamt gute medizinische Versorgung in der Schweiz gewertet werden.

#### Fünf-Jahres-Überlebensrate in der Schweiz ist relativ hoch

Die EUROCARE-Studienserie gibt einen aufschlussreichen Überblick über die Prognosen nach Krebsdiagnosen im internationalen Vergleich. In den neusten EUROCARE-4-Studien ist die Schweiz mit Fällen und Informationen aus den

**Tabelle 5:** Krebsinzidenzraten und Krebs-spezifische Mortalitätsraten der Schweiz im europäischen Vergleich von 39 Ländern für das Jahr 2006

Krebsart	Rangordnung		
	Oberstes Fünftel	Mittelfeld	Unterstes Fünftel
<b>Inzidenz</b>			
Alle Krebsarten	X		
Brustkrebs	X		
Darmkrebs	X		
Lungenkrebs Männer			X
Lungenkrebs Frauen	X		
Magenkrebs		X	
Prostatakrebs	X		
<b>Mortalität</b>			
Alle Krebsarten			X
Brustkrebs		X	
Darmkrebs			X
Lungenkrebs Männer			X
Lungenkrebs Frauen		X	
Magenkrebs			X
Prostatakrebs			X

Quelle: Basierend auf altersstandardisierten Raten mit Standardbevölkerung Europa; adaptiert übernommen aus der Publikation von Ferlay et al, *Annals of Oncology*, 2007.

Krebsregistern Basel, Genf, St. Gallen und Tessin beteiligt. Obwohl die in diesen Kantonen erzielten langfristigen Resultate nicht für die ganze Schweiz repräsentativ sind, dürfen sie als wichtige Wegmarke dienen. Insgesamt stehen die Schweizer Resultate mit einer relativen Fünf-Jahres-Überlebensrate von 55 % bei den Männern und 61 % bei den Frauen für alle Krebsarten im internationalen Vergleich gut da. Die Variation in der relativen Fünf-Jahres-Überlebensrate nach Krebsart ist beträchtlich: mit über 80 % bei Brustkrebs, 85 % bei Prostatakrebs, 90 % bei Hautkrebs, 66 % beim Zervixkarzinom, 60 % bei Darmkrebs und 15 % bei Lungenkrebs (siehe Tab. 6). Bei all diesen Krebsarten hat sich die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate verbessert, am stärksten bei Prostatakrebs. Diese Verbesserung dürfte zu einem grossen Teil auf die Krebsfrüherkennung mittels PSA-Tests (Pro-

**Tabelle 6:** 5-Jahres-Überlebensrate in der Schweiz relativ zur altersspezifischen Gesamtsterblichkeit nach Krebsart und Kalenderjahrperiode

	Kalenderjahrperiode		
	1990–94	1995–99	2000–02
Lungenkrebs	10,3 %	13,6 %	15,3 %
Darmkrebs	55,2 %	59,7 %	63,8 %
Brustkrebs	75,8 %	82,3 %	84,5 %
Prostatakrebs	68,7 %	82,9 %	87,3 %
Hautkrebs	89,1 %	90,3 %	89,7 %
Cervixkarzinom	–	–	66,8 %

Quellen: EUROCARE 4 Studien, Lancet Oncol, Jahre 2003–2007.

state Specific Antigen) zurückzuführen sein, denn dadurch wird die Diagnose zeitlich wesentlich vorverlegt. Ob damit auch eine längerfristige Reduktion der Prostatakrebs-Mortalitätsrate erreicht werden kann, ist im Moment noch unklar.

#### Sozioökonomische Unterschiede nur zum Teil erkennbar

Häufig werden unterschiedliche Krankheitsrisiken mit Unterschieden in den Verhaltensweisen von Individuen und Bevölkerungsgruppen in Zusammenhang gebracht. Repräsentative Befragungen in der Schweiz zeigen, dass das Rauch-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten in den verschiedenen sozioökonomischen Gesellschaftsschichten unterschiedlich ausgeprägt ist. Ein oft verwendeter Marker zur Beschreibung von sozioökonomischen Unterschieden ist die höchste Ausbildungsstufe. Wie in anderen europäischen Ländern ist auch in der Schweiz der erreichte Ausbildungsgrad mit der Gesamt mortalität und der Lebenserwartung assoziiert. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Ausbildungsgrad und Lungenkrebsmortalität wurde für verschiedene europäische Länder aufgezeigt. Im Rahmen einer gross angelegten Verlaufsstudie in der Schweiz wurden für die Jahre 2000–2004 die ursachenspezifischen Mortalitätsraten für Brust-, Prostata-, Lungen-, Darm- und Leberkrebs sowie für das Zervixkarzinom auf den Zusammenhang mit dem erreichten Ausbildungsgrad hin analysiert (siehe Tab. 7). Dabei zeigte sich, dass der Zusammenhang für einige Krebsarten schwach ausgeprägt ist oder gar nicht existiert; dies betrifft den Prostatakrebs, Brustkrebs und Darmkrebs. Hingegen bestätigte sich, dass weniger gebildete Bevölkerungsgruppen bei beiden Geschlechtern eine deutlich erhöhte Lungenkrebsmortalität haben. Eine ähnliche, aber weniger stark ausgeprägte Tendenz war bei der Leberkrebsmortalität



**Tabelle 7:** Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Krebsmortalitätsraten in den Jahren 2000 bis 2004 für ausgewählte Krebsarten: Relative Raten und 95 % Vertrauensintervalle

Krebsart	Höchste abgeschlossene Ausbildung <sup>†</sup>	Altersgruppe der 30- bis 64-jährigen Personen		Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen Personen	
Brustkrebs	Obligatorische Schulbildung*	1,04	(0,95–1,15)	1,08	(0,95–1,22)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	1,07	(0,93–1,24)	1,14	(0,88–1,49)
Cervixkarzinom	Obligatorische Schulbildung*	1,48	(1,01–2,19)	0,90	(0,56–1,46)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,91	(0,9–1,69)	0,54	(0,13–2,28)
Prostatakrebs	Obligatorische Schulbildung*	1,16	(0,91–1,48)	1,05	(0,92–1,19)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,89	(0,70–1,14)	0,90	(0,78–1,05)
Lungenkrebs bei Männern	Obligatorische Schulbildung*	1,42	(1,30–1,55)	1,48	(1,36–1,61)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,50	(0,45–0,56)	0,62	(0,54–0,70)
Lungenkrebs bei Frauen	Obligatorische Schulbildung*	1,37	(1,22–1,54)	1,18	(1,01–1,37)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,76	(0,61–0,94)	0,75	(0,52–1,08)
Darmkrebs bei Männern	Obligatorische Schulbildung*	1,19	(0,97–1,46)	1,15	(0,96–1,37)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,82	(0,67–1,01)	0,97	(0,79–1,20)
Darmkrebs bei Frauen	Obligatorische Schulbildung*	1,01	(0,81–1,26)	1,01	(0,83–1,23)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	1,20	(0,87–1,64)	0,97	(0,63–1,49)

Tabelle 7: Fortsetzung

Krebsart	Höchste abgeschlossene Ausbildung <sup>†</sup>	Altersgruppe der 30- bis 64-jährigen Personen		Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen Personen	
Leberkrebs bei Männern	Obligatorische Schulbildung*	1,26	(1,03–1,55)	1,17	(0,96–1,43)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	0,61	(0,47–0,78)	0,86	(0,67–1,11)
Leberkrebs bei Frauen	Obligatorische Schulbildung*	1,50	(1,02–2,21)	0,76	(0,56–1,02)
	Sekundarstufe II	1,00		1,00	
	Tertiärstufe	1,15	(0,62–2,10)	0,59	(0,27–1,29)

\* enthält auch Personen mit fehlenden Angaben zur Ausbildung

<sup>†</sup> «Obligatorische Schulbildung» umfasst obligatorische Schule, Diplommittelschule oder berufsvorbereitende Schule; «Sekundarstufe II» umfasst Berufslehre, Vollzeit-Berufsschule, Maturitätsschule und Lehrerseminar; «Tertiärstufe» umfasst höhere Fach- und Berufsausbildung, höhere Fachschule, Fachhochschule und Universität

Die Auswertungen sind korrigiert für Alter in 5 Jahresgruppen, Sprachregion, Migrationsstatus, Zivilstand, Elternschaft, Haushaltstyp (Ein- oder Mehrpersonenhaushalt), Urbanisierung der Wohngemeinde, Religion.

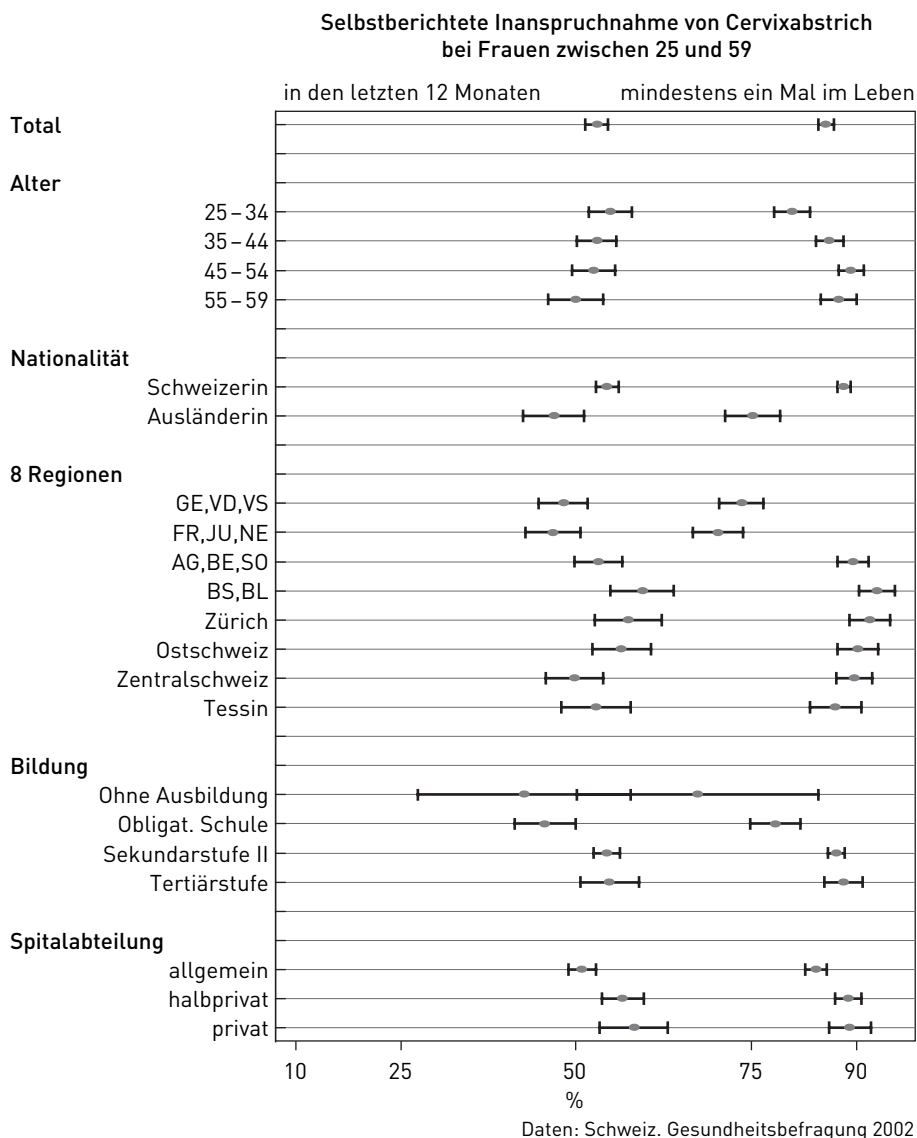
Quelle: Auswertungen der Swiss National Cohort ([www.swissnationalcohort.ch](http://www.swissnationalcohort.ch)).

tät zu verzeichnen. In Bezug auf das Zervixkarzinom wiesen 30- bis 64-jährige Frauen mit tiefem Bildungsgrad eine um etwa 50 % erhöhte Mortalitätsrate auf als besser ausgebildete Frauen. Diese Feststellung stimmt mit den Beobachtungen zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen für das Zervixkarzinom überein, dass Frauen mit niedrigerer Bildung diese Vorsorge deutlich seltener vornehmen lassen (siehe Abb. 7).

### 7.2.2

#### Primärprävention der Krebserkrankungen

Eine wirksame Primärprävention der Krebserkrankungen bleibt ein wichtiges Ziel. Allerdings sind die Risikofaktoren vielfältig, unterschiedlich gut wissenschaftlich etabliert und je nach Krebsart verschieden. Tabelle 5 gibt eine summarische Übersicht über die wichtigsten potenziell modifizierbaren Risiko- und Schutzfaktoren. Auch wenn nicht alle Krebsarten mit höherem Alter assoziiert sind, ist der wichtigste bekannte Risikofaktor für viele der häufigen Krebsarten das zunehmende Alter. Dies zeigt die starke Altersabhängigkeit der Krebsinzidenz. Bei den poten-



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

**Abbildung 7:** Prozentsatz und 95 %-Vertrauensintervalle für die Inanspruchnahme des Zervixabstrichs, unterschieden nach «in den letzten zwölf Monaten» und «mindestens ein Mal im Leben» vor Befragung, Frauen im Alter von 25 bis 59 Jahren

ziell modifizierbaren Risikofaktoren nehmen das Zigarettenrauchen, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Kombination mit zunehmendem Übergewicht eine zentrale Rolle ein (siehe Tab. 8). Es wird geschätzt, dass 5 bis 8 % aller Krebsfälle auf berufsbedingte Expositionen zurückgehen. Der Schutz vor krebseregernden Stoffen am Arbeitsplatz bleibt bedeutsam.

**Tabelle 8:** Potentiell modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren für ausgewählte Krebserkrankungen, nach Evidenzgrad

Faktor	Krebsart	Evidenzgrad	Möglichkeiten für Modifikation
Tabakkonsum	Hauptsächlich Lungenkrebs aber auch Mundhöhlen-, Speiseröhren-, und Kehlkopfkrebs sowie Krebs der Bauchspeicheldrüse, der Harnblase und der Niere	Hoch	Mittel bis hoch, Benötigt gute Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten. Bei Jugendlichen seit 1990er Jahren mit ungenügender Wirkung
Ernährung Aflatoxin	Leberkrebs	Hoch	Verbesserung der Aufbewahrung von Nahrungsmitteln
Alkoholkonsum	Krebs der Speiseröhre und der oberen Verdauungsorgane	Mittel bis hoch Hoch für Risikoerhöhung in Kombination mit Zigarettenrauchen	Mittel bis hoch. Benötigt gute Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten. Bei Jugendlichen seit 1990er Jahren mit ungenügender Wirkung
Übergewicht	Verschiedene Krebsarten, insbesondere Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs, Nierenkrebs, Krebs des Gebärmutterkörpers (Endometrium-	Mittel bis hoch	Schwach. Die Zunahme der Prävalenz des erhöhten Körpergewichts scheint schwer zu stoppen zu sein.

Faktor	Krebsart	Evidenzgrad	Möglichkeiten für Modifikation
	karzinom) und postmenopausaler Brustkrebs		Benötigt gute Kombination von strukturellen Interventionen und Einflussnahme auf Individualverhalten
Reproduktive Faktoren wie Alter bei Menarche, Menopause und erster Schwangerschaft. Anzahl Kinder.	Brustkrebs	Hoch	Tief
Hormonersatztherapie			Verzicht auf Hormonersatztherapie
Ultraviolettstrahlung	Hautkrebs	Hoch	Hoch. Verbessertes Sonnenschutzverhalten
Röntgenstrahlung	Diverse Krebsarten	Hoch	Hoch. Reduktion der berufsbedingten Expositionen
Ausgewählte chronische Infektionen			Mittel bis hoch
Hepatitis B/C Virus	Leberkrebs	Hoch	Hepatitis B Impfung
Humane Papillomaviren	Cervixkarzinom	Hoch	HPV Impfung
Helicobacter pylori	Magenkrebs	Hoch	–
Radioaktives Radonisotop	Lungenkrebs	Hoch	Mittel bis hoch. Sanierung von stark exponierten Häusern
Liste der vom IARC deklarierten krebs-erregenden Stoffe* Beispiel: Asbest	Diverse Krebsarten  Mesotheliom	Meist hoch	Hoch. Vermeidung der Exposition gegenüber den krebs-erregenden Stoffen, insbesondere im Arbeitsbereich

\* Zugänglich unter [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)

Quellen: European Code against Cancer.

### **Rauchen ist ein klar nachgewiesener Risikofaktor**

Die Reduktion des Raucheranteils in der Schweizer Bevölkerung bleibt die wichtigste Stossrichtung für die Primärprävention der Krebserkrankungen. Insgesamt konnten bereits deutliche Erfolge beim Raucheranteil bei den Männern im mittleren Lebensalter erreicht werden, was zu einem Rückgang der Lungenkrebsmortalität bei den Männern führte (siehe Abb. 5). Bei den Frauen und bei den Jugendlichen hat der Raucheranteil in den letzten Dekaden zu- statt abgenommen. Die schweizerischen und internationalen Erfahrungen zeigen, dass die Reduktion des Raucheranteils in der Bevölkerung nur mit einem koordinierten Massnahmenpaket an Interventionen gelingen kann. Die Interventionen müssen sowohl strukturell wirken, als auch auf das Individualverhalten abzielen, sollen sowohl den Einstieg ins Zigarettenrauchen tief halten, als auch den Ausstieg begünstigen. Strukturelle Massnahmen in Bezug auf rauchfreie öffentliche Räume leisten hier einen unverzichtbaren und wirksamen Beitrag. Diesbezüglich wurden in der Schweiz in den letzten Jahren beträchtliche Fortschritte erzielt. Erste Ergebnisse der Rauchverbote in öffentlichen Räumen und Restaurationsbetrieben in Irland und Italien zeigen eine rasche Wirkung sowohl auf die Verbesserung der Atemluftqualität als auch in Bezug auf den Rückgang des Rauchens. Mit Rauchverbote in definierten Räumlichkeiten wird zudem der Schutz vor Passivrauchen enorm verbessert.

### **Krebsprävention durch Ernährung, körperliche Bewegung und Vermeidung von Übergewicht**

Gross angelegte epidemiologische Studien in verschiedenen Ländern haben versucht, die Einzelkomponenten der Ernährung und der körperlichen Bewegung und deren Einfluss auf das Krebsrisiko zu quantifizieren. Ein konsistentes, detailliertes Bild zum Einfluss der Einzelkomponenten lässt sich aufgrund dieser Studien nur schwer ableiten. Hingegen gilt als wissenschaftlich gut etabliert der negative Gesamteinfluss von ungünstigem Ernährungsverhalten kombiniert mit ungenügender körperlicher Bewegung und erhöhtem Körpergewicht auf das Erkrankungsrisiko verschiedener Krebsarten, die nicht primär mit dem Rauchen assoziiert sind. Was die Interventionsseite betrifft, stellt das Dreieck «Ernährung, körperliche Bewegung, Übergewicht» eine grosse Herausforderung dar. Für die Schweiz rechnet man mit rund 700 Krebsfällen pro Jahr, die durch die Reduktion des Übergewichts verhindert werden können. Prinzipiell gilt hier, wie bei den Interventionen gegen das Rauchen, ein Massnahmenpaket mit verschiedenen Interventionen einzusetzen. Angesichts der Besorgnis erregenden Zunahme des Übergewichts in den USA und der Anzeichen für eine ähnliche Entwicklung in der Schweiz müssen hier realistische Ziele gesetzt werden. Wenn in den nächsten

10 bis 20 Jahren die Übergewichtsrates stabilisiert werden kann, dürfte dies als Erfolg gewertet werden. Da die Gewichtsentwicklung des erwachsenen Menschen entscheidend in den ersten Lebens- und Schuljahren geprägt wird, müssen Massnahmen vor allem auf diese Lebensphase ausgerichtet werden.

### 7.2.3

#### Die Rolle der Krebsfrüherkennung

##### Screening als Möglichkeit, die Krebsmortalität zu senken

Die systematische populationsbasierte Durchführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen ist eine wichtige Möglichkeit, auf Bevölkerungsebene die Krebsmortalitätsraten zu senken. Die prinzipielle Attraktivität der Krebsfrüherkennung liegt in der Biologie der Krebsentstehung, so weit sie verstanden ist. Zum einen benötigen Zellentartung, Tumorentwicklung und Metastasierung meist, aber nicht immer, mehrere Jahre bis zum Auftreten klinischer Symptome. Die Früherkennung zielt auf die Identifizierung asymptomatischer Vorstufen ab. Zum andern zeigen Fallserien, dass für die meisten Krebsarten die Prognose vom Stadium des Krebses bei der Diagnosestellung abhängig ist. Je niedriger das Stadium bei der Krebsdiagnose, das heisst, je weniger entartet, je kleiner, je weniger metastatisiert der Krebs ist, desto höher ist die Fünf-Jahres-Überlebensrate. Obwohl dieses Argument plausibel erscheint, genügt es nicht, die Krankheitsverläufe von Personen mit einer Krebsdiagnose aufgrund einer Krebsfrüherkennung mit den Krankheitsverläufen von Personen mit einer Krebsdiagnose aufgrund einer aufgetretenen Symptomatik zu vergleichen. Es müssen vielmehr Resultate von gross angelegten Studien vorliegen, bei denen die eine Bevölkerungsgruppe systematisch zur Krebsfrüherkennung (im folgenden «Screening» genannt) eingeladen wird, die andere Bevölkerungsgruppe dagegen nicht. In beiden Gruppen muss selbstverständlich jede diagnostizierte Krebserkrankung nach dem aktuellsten Stand des Wissens möglichst optimal behandelt werden. Erst wenn in einer so angelegten Studie im Lauf der Jahre die spezifische Krebsmortalitätsrate in der gescreenten Gruppe dauerhaft gesenkt werden kann, darf man von einer etablierten Wirksamkeit des breitflächigen Screenings ausgehen.

Für die Wirksamkeit des Brustkrebs-Screening mittels Mammografie und des Darmkrebs-Screening mittels Tests auf okkultes Blut im Stuhl liegt ausreichende Evidenz vor. Die Wirksamkeit des Zervixkarzinom-Screenings mittels Abstrichs wurde nie mithilfe randomisierter Studien geprüft. Die aber mittlerweile in vielen Ländern erreichte und fortdauernde Senkung der Mortalitätsrate des Zervixkarzinoms dient jedoch als Ersatz und spiegelt zum Teil eine in der Realität erreichte Wirksamkeit wider. Zusätzlich überzeugt viele Experten die Tatsache, dass beim

Abstrich sogar Vorstadien des Karzinoms entdeckt und erfolgreich behandelt werden können, was das Auftreten von Krebs auf Bevölkerungsebene ebenfalls reduzieren sollte. In der Tat ist in der Schweiz die Inzidenzrate des Zervixkarzinoms in den letzten beiden Jahrzehnten zurückgegangen. **Tabelle 9** fasst summarisch zusammen, für welche Krebsarten und Screening-Modalitäten die Evidenz als genügend stark beurteilt wird, um ein Screening zu befürworten. Ein Screening sollte

**Tabelle 9:** Übersicht über Krebs-Screening-Modalitäten und den vorliegenden Evidenzgrad

Krebsart	Methode	Alter oder Zielgruppe	Frequenz
Guter Evidenzgrad für Screening			
Brustkrebs	Mammographie	50	Alle 2 Jahre
Cervixkarzinom	Abstrich	25	Jährlich bis alle 3 Jahre. Differiert zwischen Ländern und Absendern der Empfehlung und hängt zusätzlich von den vorgängigen Resultaten des Abstrichs ab
Darmkrebs	Test auf okkultes Blut im Stuhl	50	Jährlich
Evidenzlage noch ungenügend			
Prostatakrebs	PSA Testung	50	Jährlich
Lungenkrebs	Computertomographische Untersuchung	Raucher oder starke Ex-Raucher	Noch unklar
Evidenzlage genügend für Ablehnung von Screening			
Neuroblastoma	Urintest auf homovanillic acid (HVA) and vanillyl-mandelic acid (VMA)	-	-
Lungenkrebs	Röntgenbild	-	-
Brustkrebs	Selbstuntersuchung	-	-

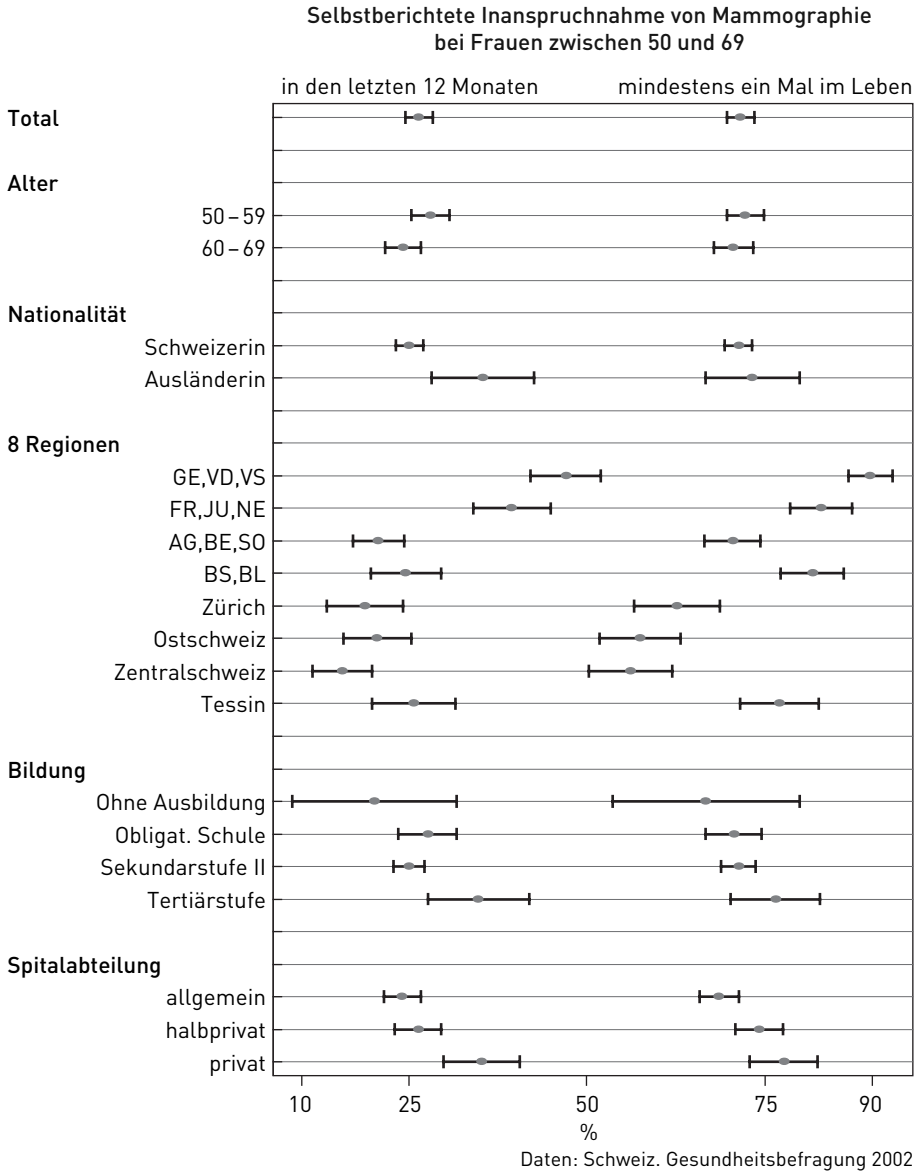
Adaptiert nach dem «European Code against Cancer»



immer festgelegten Qualitätssicherungskriterien genügen, damit die Gewähr besteht, dass die in den Studien dokumentierte Wirksamkeit tatsächlich auch realisiert werden kann.

### **Brustkrebs – Mammografie bevölkerungsweit in qualitätsgesicherten Programmen**

Die systematische Früherkennung von Brustkrebs mittels Mammografie ist mit acht gross angelegten randomisierten Studien eine ausführlich untersuchte Krebsfrüherkennungsmassnahme. In den meisten europäischen Ländern wird allen Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren empfohlen, alle zwei Jahre eine Mammografie durchzuführen, sofern nicht andere Faktoren für eine frühere und engmaschigere Überwachung vorliegen. Die Mammografie als breitflächige Strategie hat sowohl erwünschte wie unerwünschte Wirkungen. Erwünscht ist die Reduktion der Brustkrebsmortalität. Das Mammografie-Screening führt aber auch zu vielen weiterführenden diagnostischen Abklärungen von verdächtigen Befunden und zu möglicherweise unnötigen Diagnosen. Als unnötig werden Krebsdiagnosen bezeichnet, die Krebsgewebe entdecken, die im Leben der betroffenen Person nie klinisch manifest geworden wären. Die meisten Experten sind sich daher einig, dass das Mammografie-Screening nur breitflächig in qualitätsgesicherten Programmen angeboten und durchgeführt werden soll. In der Schweiz wurde das Mammografie-Screening im Rahmen von Programmen, die konform zu den Richtlinien für die Qualitätskontrolle arbeiten, bis Ende 2009 befristet in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung aufgenommen. Ein Entscheid über die unbefristete Aufnahme in den Leistungskatalog wurde bisher noch nicht gefällt. In Kantonen der Romandie wurden seit Mitte der 1990er-Jahre sukzessive Mammografie-Programme aufgebaut. Dass die altersstandardisierte Brustkrebsmortalitätsrate seit etwa 1990 einen leicht sinkenden Trend zeigt, ist in erster Linie der Einführung der Behandlung mit dem Medikament Tamoxifen und ähnlichen Medikamenten bei der Behandlung des Brustkrebses zuzuschreiben. Eine vom Bundesamt für Statistik alle fünf Jahre durchgeführte repräsentative Befragung (Schweizerische Gesundheitsbefragung) liefert auch bezüglich der Durchführung der Mammografie nützliche Angaben. Insgesamt gaben 72 % aller Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren an, mindestens ein Mal eine Mammografie gehabt zu haben (siehe Abb. 8). Insgesamt hatten 27 % der Frauen in den letzten zwölf Monaten eine Mammografie durchführen lassen. Allerdings wurde in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 nicht erfasst, ob die Mammografie aus diagnostischen Gründen oder als Früherkennung durchgeführt wurde. Bedeutsame Unterschiede zeigten sich zwischen den Sprachregionen. In den Kantonen Genf, Waadt und Wallis hatten 47 % in den letzten zwölf Monaten eine Mammografie, in den Kantonen Freiburg, Jura und Neuenburg 40 %. Bei den



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

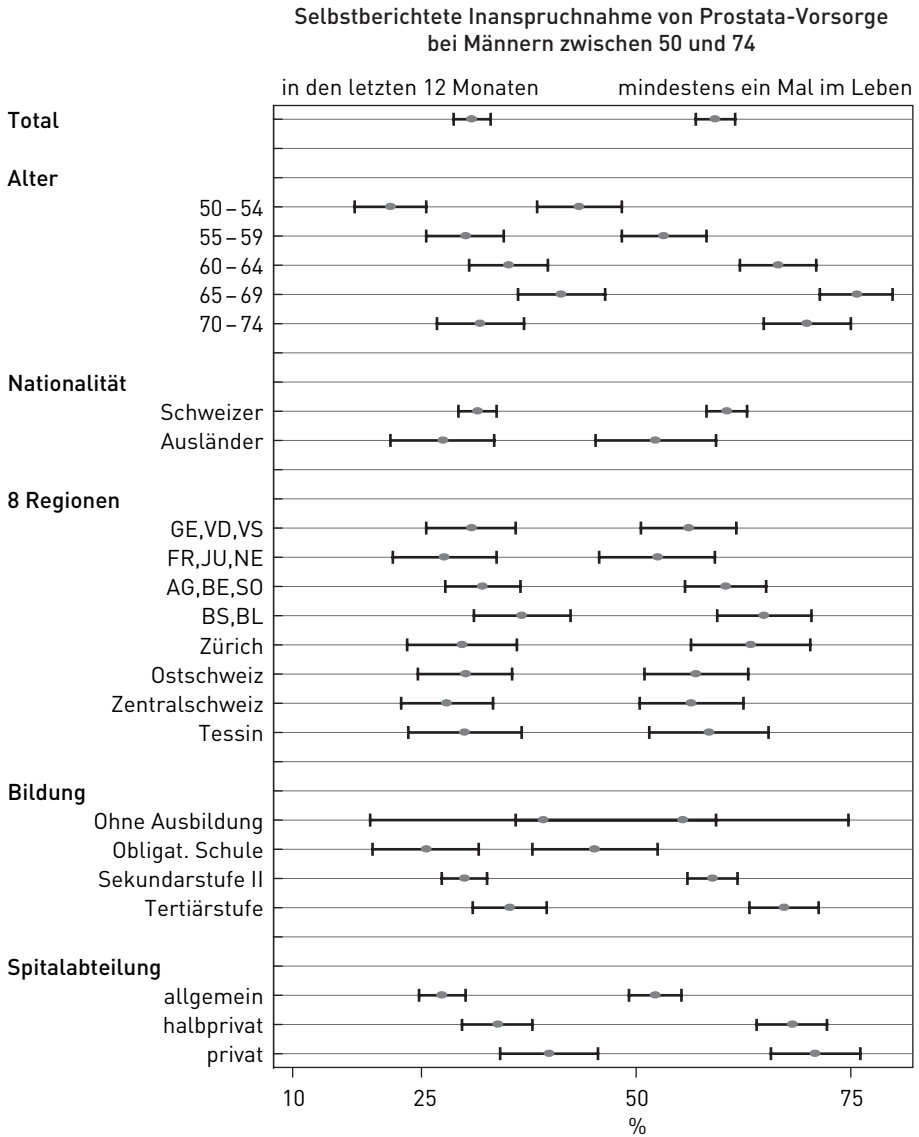
**Abbildung 8:** Prozentsatz und 95 %-Vertrauensintervalle für die Inanspruchnahme der Mammografie, unterschieden nach «in den letzten zwölf Monaten» und «mindestens ein Mal im Leben» vor Befragung, Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren

restlichen Kantonen waren die beiden Basel und Tessin mit 25 und 26 % am höchsten. Diese Resultate zeigen, dass auch in den Kantonen, die über kein Mammografie-Programm verfügen, die Mammografie relativ häufig durchgeführt wird. Der Unterschied in der Einstellung zu und der Verschreibungspraxis von Mammografien zwischen lateinisch- und deutschsprachiger Schweiz zeigte sich bereits 1997 bei einer Befragung der Ärzteschaft sehr deutlich.

### **Prostatakrebs – Evidenz für die Wirksamkeit des PSA-Tests bisher ungenügend**

Die internationalen Expertengremien sind sich einig, dass mit Wissensstand 2008 die Evidenzlage in Bezug auf die Wirksamkeit der Früherkennung von Prostatakrebs mittels PSA (Prostata Specific Antigen)-Tests ungenügend ist, um sich für oder gegen ein Screening auszusprechen. Gleichwohl hat sich in vielen europäischen Ländern und insbesondere in den USA die PSA-Testung seit Anfang der 1990er-Jahre stark verbreitet, hatten im Jahr 2004 doch 54 % aller Männer über 50 Jahre in den USA mindestens ein Mal einen PSA-Test gehabt. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gaben 59 % der Männer im Alter von 50 bis 74 Jahren an, dass sie schon einmal eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs durchgeführt hatten (siehe Abb. 9). Allerdings wurde bei der Frageformulierung nicht zwischen der PSA-Testung und der digitalen rektalen Untersuchung unterschieden; daher umfasst die Ja-Antwort mindestens beide oder noch andere Modalitäten. Im Alter von 65 bis 69 Jahren hatten sogar 76 % mindestens ein Mal eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs durchführen lassen. Insgesamt gaben 31 % an, in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung zur Prostatakrebs-Früherkennung durchgeführt zu haben. Dieser Prozentsatz war bei den 65- bis 69-jährigen Männern mit einer Krankenversicherung, die einen privaten oder halbprivaten Spitalaufenthalt berechtigt, mit 41 % deutlich höher. Da Massnahmen zur Früherkennung von Prostatakrebs aber ambulant durchgeführt werden, dürfte diese Variabilität nach Versicherungsstatus eher sozioökonomische Unterschiede reflektieren.

Wie ist die Situation zu interpretieren? Aus Befragungen der Ärzteschaft in den USA und aus einer Befragung in der Schweiz geht hervor, dass die Ärzteschaft mit den männlichen Patienten und Klienten über Empfehlungen zur Prostatakrebs-Früherkennung spricht und dass dabei insbesondere die PSA-Testung eine erstaunlich hohe Akzeptanz zu geniessen scheint. In Abwesenheit einer klaren und eindeutigen Evidenzbasis hat in den letzten 10 bis 15 Jahren die Prostatakrebs-Früherkennung mittels PSA-Testung Fuss gefasst. Dies ist insofern bedenklich, als dass beim Prostatakrebs die Aspekte der durch ein Screening verursachten möglicherweise unnötigen Diagnosen und den damit einhergehenden zusätzlichen Behandlungen und Gesundheitskosten eine problematische Dimension



Daten: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, eigene Berechnungen.

**Abbildung 9:** Prozentsatz und 95 %-Vertrauensintervalle für die Inanspruchnahme der Prostatavorsorge, unterschieden nach «in den letzten zwölf Monaten» und «mindestens ein Mal im Leben» vor Befragung, Männer im Alter von 50 bis 74 Jahren

annehmen. Dies in einer Situation, in der nicht klar ist, ob die Früherkennung die Prostatakrebs-spezifische Mortalität zu senken vermag. Der in der Schweiz und in den USA festgestellte Rückgang der altersstandardisierten Mortalität des Prostatakrebses wird zwar oft der Zunahme der PSA-Testung zugeschrieben. Wahrscheinlicher ist es jedoch, dass die vermehrt kurativ ausgerichtete Chirurgie für diesen Rückgang verantwortlich ist. Eine Klärung werden der Abschluss und die Auswertung bereits laufender, gross angelegter, randomisierter Studien bringen.

### Darmkrebs – Früherkennung in der Schweiz auf tiefem Niveau

Für die Früherkennung von Darmkrebs stehen verschiedene Untersuchungsverfahren und deren Kombination zur Verfügung: der Test auf okkultes Blut im Stuhl (fäkal-okkultes Bluttest, FOBT), die Sigmoidoskopie, die Kolonoskopie sowie die Kombination von Sigmoidoskopie oder Kolonoskopie mit dem FOBT. Randomisierte Studien haben gezeigt, dass mit der systematischen Einladung zum FOBT die Darmkrebs-spezifische Mortalität gesenkt werden kann. Die Wirkung ist relativ gering, aber interessanterweise reduzierte sich auch die Darmkrebs-Inzidenz in der Screening-Gruppe. In einigen Ländern wurde ein Darmkrebs-Screening-Programm mit dem FOBT gestartet. In Deutschland wird flächendeckend die Screening-Kolonoskopie propagiert. In der Schweiz werden seit 2004 Diskussionen über ein Darmkrebs-Screening geführt. Offizielle Empfehlungen sind aber per Stand Ende 2007 weder von medizinischen Fachgesellschaften noch von Seiten der Gesundheitsbehörden erlassen worden.

Im Gegensatz zu anderen Ländern waren bis 2005 für die Schweiz keine national repräsentativen Daten bezüglich der Anwendung möglicher Darmkrebs-Früherkennungsverfahren verfügbar. Im Jahr 2005 wurden erstmals repräsentative Befragungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei der Ärzteschaft durchgeführt, um das Ausmass der Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen zu ermitteln. Rund 28 % der Befragten im Alter zwischen 40 und 79 Jahren hatten sich mindestens ein Mal einem FOBT unterzogen, rund 7 % in den letzten zwölf Monaten. Dabei nannten 41 % der Befragten die «Vorsorge» als Untersuchungsgrund. Rund ein Viertel (23,0 %) der Befragten gab an, sich schon einmal einer endoskopischen Darmuntersuchung unterzogen zu haben. Bei den über 50-Jährigen gaben 22 % die «Vorsorge» als Grund für die zuletzt durchgeführte endoskopische Darmuntersuchung an. Auf Seiten der Ärzte wurde die Kolonoskopie für die Darmkrebs-Früherkennung als am wirksamsten eingeschätzt (94 % «sehr wirksam»), der FOBT hingegen als etwas weniger wirksam (79 % «mässig wirksam»). In der Schweiz wurden also im Jahr 2005 auch ohne offizielle Empfehlungen Darmkrebs-Früherkennungsmassnahmen bei den über 50-Jährigen durchgeführt, wenn auch auf tiefem Niveau.

### Zervixkarzinom – Früherkennung mit grossen regionalen und sozialen Unterschieden

In der Schweiz gibt es eine durch das Grundversorgersystem (Gynäkologen, Hausärzte) implementierte Früherkennung für das Zervixkarzinom. Diese Früherkennung basiert auf Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften, ist durch den Leistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes gedeckt, erfolgt jedoch in keiner Weise im Rahmen eines Programms mit Qualitätssicherung. Die Variabilität der Umsetzung der Früherkennung des Zervixkarzinoms in den verschiedenen europäischen Ländern hat zu Diskussionen über die rationalste programmatische Strategie geführt. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 untersuchte bei den Frauen, ob und wann sie letztmals einen Zervixabstrich durchführen liessen. Dabei zeigte sich, dass im Alter von über 45 Jahren rund 90 % aller Frauen zumindest einmal einen Zervixabstrich vornehmen liessen. Bis zum Alter von 55 Jahren veranlassten rund 53 % einen Abstrich in den vergangenen zwölf Monaten (siehe Abb. 7). Es zeigten sich deutliche Unterschiede nach Nationalität, Region, Ausbildungsstand und Versicherungsstatus. In den Kantonen, die der französischsprachigen Schweiz zuzuordnen sind, unterzogen sich Frauen deutlich seltener einer Abstrich-Untersuchung als in den anderen Kantonen. Zudem wurde diese Untersuchung bei Ausländerinnen und Frauen mit lediglich obligatorischer Schulbildung seltener durchgeführt als bei Schweizerinnen und Frauen mit höherer Schulbildung. Dies weist auf einen Mangel in der Umsetzung bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms und auf eine Versorgungslücke hin. Deren Schliessung könnte zu einer weiteren Senkung der Mortalitätsrate des Zervixkarzinoms führen.

### Hautkrebs – Wirksamkeit von Früherkennungsmassnahmen noch unbelegt

Für die Hautkrebs-Früherkennung wird die regelmässige Selbstuntersuchung oder eine jährliche ärztliche Untersuchung des ganzen Körpers diskutiert. Dabei werden Muttermale mit einer Auflichtmikroskopie beurteilt und allenfalls Hautgewebe zur weiteren Abklärung entnommen. Die Wirksamkeit von Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchungen ist allerdings unbelegt. Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung 2002 war bei rund 29 % der Frauen und Männer im Alter von 50 bis 79 Jahren mindestens ein Mal in ihrem Leben eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchgeführt worden; bei 7 % traf dies für die letzten zwölf Monaten zu. Wie bei den anderen Früherkennungsuntersuchungen lag die Inanspruchnahme bei den besser Gebildeten und bei denjenigen, die privat oder halbprivat für das Spital versichert waren, etwas höher als bei geringer gebildeten und allgemein Versicherten. Insgesamt ist festzustellen, dass Früherkennungsuntersuchungen für Hautkrebs im Moment nicht breitflächig empfohlen sind und die Inanspruchnahme auf tiefem Niveau liegt.

### Lungenkrebs – von röntgenologischem Screening abraten

Beim Screening für Lungenkrebs, der mit einer äusserst schlechten Fünf-Jahres-Überlebensrate einhergeht, liegen Studien zur Verwendung von Brust-Röntgenbildern bei Rauchern oder starken Ex-Rauchern vor. Diese zeigen, dass man vom Screening sogar abraten muss. Studien zur Verwendung von computertomografischen Verfahren sind angelaufen. Deren Resultate müssen abgewartet werden, bevor Empfehlungen verabschiedet werden können.

#### 7.2.4

### Krebsbehandlung ist in der Schweiz qualitativ gut

Allgemein ist man sich einig, dass in der Schweiz die Behandlung von Krebspatienten dank guter Ausbildung der in der Krebsbehandlung spezialisierten Ärzte und rascher Aufnahme von neuen Erkenntnissen aus Behandlungsstudien qualitativ gut ist. Dieser Eindruck begründet sich auch durch die im internationalen Vergleich guten Fünf-Jahres-Überlebensraten (siehe Tab. 6). Neu entwickelte Medikamente mit neuen Wirkkonzepten erwiesen sich in den letzten Jahren als wirksam und erweiterten die Therapieoptionen. Trotz Fortschritten durch innovative medikamentöse Wirkprinzipien bleiben Chirurgie und Strahlentherapie die Hauptbehandlungsmöglichkeiten, die geeignet verfeinert und mit Medikamenten kombiniert zu weiteren Fortschritten bei der Krebsbehandlung beitragen. Die Entwicklung im Medikamentenbereich ist jedoch mit deutlich erhöhten Medikamentenkosten verbunden. Diese Verteuerung könnte in naher Zukunft dazu führen, dass der Zugang zu den aktuell wirksamsten Krebsbehandlungen nicht mehr länger für alle im gleichen Umfang gewährleistet ist. Christine Bouchardy und Kollegen aus Genf haben wiederholt Daten der Krebsregister vorgelegt, die zeigen, dass in der Schweiz möglicherweise regionale Unterschiede im Therapiezugang bestehen. Dabei muss jedoch die Einschränkung gemacht werden, dass die Daten durch regionale Unterschiede in der Früherkennung mitbedingt sein könnten. Schliesslich muss auch die zukünftige demografische Entwicklung berücksichtigt werden. Bei gleich bleibender altersspezifischer Krebsinzidenzrate wird in den nächsten 10 bis 15 Jahren allein durch die demografische Entwicklung und die Zunahme der Anzahl älterer Personen (über 65 Jahre) die absolute Zahl an gestellten Krebsdiagnosen und entsprechend notwendigen Behandlungen um 20 bis 30 % zunehmen. Dies wird zusätzlich zu einer Zunahme der Behandlungskosten und einer Belastung des Gesundheitssystems führen.

### 7.2.5

#### Folgerungen für das Schweizerische Gesundheitssystem

Aufgrund der kantonalen Kompetenzhoheit im Gesundheitsbereich hat die Schweiz ein komplex strukturiertes Gesundheitssystem. Dies führt zu Schwierigkeiten, Massnahmen und bevölkerungsbasierte, systematische Programme in der Primärprävention oder in der Krebsfrüherkennung koordiniert umzusetzen.

Das komplex strukturierte Gesundheitssystem hat es zwar bisher erlaubt, Krebspatientinnen und -patienten insgesamt gut und nach dem neusten Stand des Wissens zu behandeln. In naher Zukunft wird es jedoch an Grenzen stossen, weil aufgrund therapeutischer Innovationen und der zu erwartenden Zunahme der Krebserkrankungen die Krankheitskosten stark steigen werden. Eine stärkere nationale Steuerung und Strukturierung der Gesamtanstrengungen im Krebsbereich wären wünschenswert, werden aber auch in Zukunft durch die gesetzlich und verfassungsmässig festgeschriebene föderale Struktur der Schweiz gebremst werden. Zur Verbesserung der nationalen Koordination und Schwerpunktsetzung hat Oncosuisse als nationale Dachorganisation, die strategisch-politische Anliegen im Krebsbereich vorantreibt, ein «Nationales Krebsprogramm für die Schweiz» für die Jahre 2005–2010 vorgelegt. Ein Präventionsgesetz könnte die für die Umsetzung nötigen Instrumente bereitstellen.

Was die Primärprävention betrifft, ist nicht damit zu rechnen, dass sich die altersspezifische Krebsinzidenz in den nächsten 10 bis 15 Jahren deutlich senken wird. Längerfristig sind die durch Primärprävention zu erzielenden Effekte als prinzipiell gross einzuschätzen. Insbesondere beim Lungenkrebs müsste es längerfristig möglich sein, den Anstieg der Inzidenz- und Mortalitätsrate bei den Frauen zu bremsen und in einen Rückgang überzuführen, wie es bei den Männern gelang. Aufgrund technologischer Fortschritte bei diagnostischen Verfahren wird sich bei der programmatischen Bekämpfung von Krebs in Zukunft vermehrt die Frage stellen, welche Früherkennungsmethoden für Krebs breitflächig eingesetzt werden sollen und auf welche Möglichkeiten die Gesellschaft verzichten will. Komplexe Abwägungen zwischen individuellem und gesellschaftlichem Nutzen und Schaden respektive zwischen Kosten und Nutzen werden zur Entscheidungsfindung beitragen müssen. Die dazu nötige Datenlage ist in der Schweiz spärlich und sollte in den kommenden Jahren gezielt gestärkt werden. Ein koordiniertes nationales Vorgehen, wie es Oncosuisse vorschlägt, ist dazu unabdingbar.



## Literatur

Boyle P., Autier P., Bartelink H. et al. (2003). European Code Against Cancer and scientific justification. Third version. *Annals of Oncology*, 14:973–1005.

Schopper, D., Obrist R. (2004). Nationales Krebsprogramm für die Schweiz: 2005–2010. Bern: Oncosuisse.

Stewart B. W., Kleihues P. (2003). *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press International Agency for Research on Cancer.

World Cancer Research Fund. (2007). *World Cancer Research Fund report on cancer risk factors*. London: World Cancer Research Fund.

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

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

[www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)

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

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# 8 Bedrohungen durch aufkommende Infektionen

Dieter Stürchler, Universität Basel und Stürchler Epidemiologics, Büren  
Robert Steffen, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Infektionen können von ansteckenden Personen, Tieren und Lebensmitteln, von der Umwelt und der Gesundheitsversorgung selbst ausgehen. Für die Zukunft erwarten wir eine Zunahme der durch Vektoren (Zecken, Mücken), risikoreiche Lebensweisen (riskante Sexualkontakte, Spritzenaustausch) und Transplantate übertragenen Infektionen, besonders bei immungeschwächten Personen. Auch Infektionen durch resistente Keime, die in Spitälern und Altersheimen vorkommen, könnten vermehrt in der Bevölkerung auftreten. Der internationale Reiseverkehr und Transport von Tieren und Lebensmitteln erhöht die Gefahr der Einschleppung resistenter und exotischer Infektionserreger.

Eine eingespielte Infektionsüberwachung und energisch weitergeführte nationale Präventionsprogramme können diese Risiken reduzieren. Bereits geplante oder vorgeschlagene zusätzliche Massnahmen beinhalten eine verstärkte Koordination zwischen den einschlägigen Bundesämtern und kantonalen Stellen (besonders in den Bereichen der Lebensmittelsicherheit und Importinfektionen). Die Infektionsüberwachung sollte auf die durch Vektoren, Haustiere und Gesundheitsdienste übertragenen Infektionen ausgeweitet werden. Ferner wird eine jährliche, gesamtschweizerische Berichterstattung über die Ergebnisse der Infektionsüberwachung von Trinkwasser, Lebensmitteln, Transplantaten, Importgütern, Antibiotikaresistenz und beruflicher Exposition angeregt. Das neue internationale Reglement der Welt-Gesundheitsorganisation WHO verpflichtet die Schweiz, ein rund um die Uhr besetztes Zentrum zu etablieren, das die Kompetenz hat, Notfallmassnahmen anzuordnen. Schliesslich werden die periodische Überprüfung und allenfalls die Revision der gesetzlichen Grundlagen für Massnahmen der öffentlichen Gesundheit vorgeschlagen. Bestehende Informationslücken können durch spezifische Forschungsaufträge geschlossen werden.

Abkürzungen:

- BSE Bovine spongiforme Enzephalopathie
- BVET Bundesamt für Veterinärwesen
- HBV Hepatitis-B-Virus
- HCV Hepatitis-C-Virus
- HIV Humanes Immunodefizienzvirus
- MRSA Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*
- MSM Männer, die Sex mit Männern haben
- SARS Schweres, akutes respiratorisches Syndrom
- VRE Vancomyzin-resistenter *Enterococcus*

8.1.

## Die Infektionsquellen in und um uns herum sind vielfältig – welche Risiken bergen sie?

Hunderttausende von Mikroorganismen besiedeln Umwelt, Pflanzen und Tiere. Aus diesen Reservoirs können wieder erkannte oder neue Infektionserreger zu Mensch und Tier gelangen.

In den 1990er-Jahren erkannten amerikanische Fachleute folgende grundlegende Determinanten aufkommender Infektionen: Demografie und menschliches Verhalten, Technologie und Industrie, Wirtschaftswachstum und Landnutzung, internationaler Reiseverkehr und Handel, sich adaptierende Infektionserreger und versagende Massnahmen der öffentlichen Gesundheit.

Viele Vorhersagen in diesem Kapitel sind ohne mathematische Modellierung unsicher. Ob die hier getroffene Auswahl der Infektionserreger, die als besonders ansteckend oder pathogen gelten, verbreitet vorkommen, sich kontrollieren lassen oder als Bedrohung wahrgenommen werden, ist subjektiv. Ein Pestausbruch in Indien 1994, vor dem 700 000 Personen flüchteten, hat gezeigt, wie weit Einschätzungen der Experten und Laien auseinander gehen können.

Im vorliegenden Kapitel werden zuerst Infektionsrisiken, die von Umwelt, Tieren, Lebensmitteln, Menschen und Gesundheitsdiensten ausgehen, zusammengefasst präsentiert (Stand 2007). Danach werden mögliche Massnahmen bei erwarteten Bedrohungen angeregt. Zu den bestehenden Programmen der Infektionsüberwachung und -prävention sowie zur biologischen Kriegsführung wird auf die Internetadressen und die weiterführende Literatur verwiesen.

### 8.1.1

#### Vom Boden sind wenig neue Risiken zu erwarten

Bekannte, auch in der Schweiz vorkommende, erdbewohnende Infektionserreger sind unter anderem die Bakterien *Clostridium* und *Bacillus* sowie der Pilz *Aspergillus*. Erdbeben, Überschwemmungen und andere Naturkatastrophen können Keime «zu Tage fördern», unter anderem mit Schlamm, Staub oder bei Rohrbrüchen. Nach den bisherigen Erfahrungen in der Schweiz (Naturkatastrophen, Grossbaustellen) ist diese Gefahr für die allgemeine Bevölkerung wohl gering. Eine Ausnahme stellen immungeschwächte Personen dar; sie könnten vermehrt ungewöhnliche, invasive Pilzinfektionen erleiden. An ehemaligen Wasenplätzen wird ein Anthrax-Restrisiko vermutet (durch *Bacillus anthracis*).

### 8.1.2

#### Die globale Erwärmung begünstigt Zecken und Mücken als Überträger

In der Schweiz übertragen Zecken und Mücken saisonal Infektionskrankheiten. Die globale Erwärmung beschleunigt die Entwicklung von Arthropoden, dehnt deren Aktivität über mehrere Monate aus und führt zu verdichteten Populationen und möglicherweise zu neuen Infektionsherden.

Hierzulande sind Zecken mehrerer Gattungen ansässig, hauptsächlich der Holzbock (*Ixodes ricinus*), der das Zeckenzephalitisvirus und die Lyme-Krankheit (*Borrelia burgdorferi*) auf den Menschen überträgt. Nach den in Europa beobachteten Trends könnten diese Krankheiten auch bei uns an Bedeutung gewinnen. Es könnten aber auch neue, bislang auf Zecken und Säugetiere beschränkte Infektionserreger aufkommen, und neue Zeckenarten könnten zuwandern.

In der Schweiz sind Stechmücken mehrerer Gattungen ansässig (u. a. *Aedes*, *Culex*, *Culicoides*, *Phlebotomus*). Über deren Verbreitung und die durch Mücken anderswo in Europa übertragenen Viren (Chikungunya, Sindbis, Tahyna, Westnil) ist hierzulande wenig bekannt. 2007 schleppten Tigermücken (*Aedes albopictus*) das tropische Chikungunyavirus nach Oberitalien ein. Tigermücken wurden auch in der Schweiz beobachtet. Ebenfalls 2007 trat das durch Gnizen (*Culicoides*) und nur auf Rinder übertragbare Blauzungenvirus erstmals bei uns auf. Im Tessin wurden ferner zwei Infektionserreger bei Hunden nachgewiesen, die auf Menschen übertragbar sind: der durch Stechmücken übertragene Herzfadenwurm (*Dirofilaria*) und ein durch Kriebelmücken (*Phlebotomus*) übertragener Einzeller (*Leishmania*).

Gegen Zeckenzephalitis gibt es eine Impfung, gegen Lyme-Krankheit und die genannten Arbovirosen dagegen nicht. Erhöhte Risiken bestehen bei exponierenden Berufen (z. B. Forstarbeit), bei gewissen Freizeitaktivitäten und bei Wohnlagen im Grünen.

### 8.1.3

#### Nutztiere bleiben Quellen bekannter Infektionen

In der Schweiz werden je 1,6 Millionen Rinder und Schweine sowie 8 Millionen Hühner gehalten. Infektionen bei Nutztieren werden intensiv überwacht, und die Herdengesundheit ist generell gut. Nutztiere beherbergen allerdings Darmbakterien, deren Kontrolle schwierig ist, unter anderem weil ein komplexes Netzwerk «Stall-Teller» besteht, das Futtermittel, Stallhaltung, Jauche, Tiertransporte und Schlachtbetriebe einbezieht. Die *Salmonella*-Infektionen sind in der Schweiz bei Mensch und Tier rückläufig, die *Campylobacter*-Infektionen stagnieren. Für Letztere liegt die Melderate bei 80 auf 100 000 Einwohner und Jahr (2005 lag die entsprechende Rate in Deutschland bei 75, in Frankreich bei 3 und in Italien bei 1). Unge­nügen­d erhit­zte Nah­rungs­mit­tel tierischer Her­kunft wie Eier- und Fleisch­pro­duk­te bleiben ver­mut­lich (neben Aus­land­rei­sen und Tier­kon­tak­ten) ein Infek­tions­risi­ko.

Zwischen der Antibiotikaresistenz humaner Infektionserreger und dem Gebrauch von Antibiotika vergleichbarer Klassen in Landwirtschaft, Tier- und Humanmedizin wird seit Langem ein Zusammenhang vermutet. Resistente Darmkeime könnten über Umwelt, Tierkontakte oder Nahrungsmittel zum Menschen gelangen. In der Schweiz scheint die Resistenzlage noch vergleichsweise günstig. Etwa 5 bis 15 % der *Campylobacter*-Isolate von Geflügel und 25 % der Isolate vom Schwein sind ciprofloxacinresistent, und 3 % der *Enterococcus*-Isolate von Geflügel sind vancomycinresistent. Eine konsequente Einschränkung des Antibiotika-Gebrauchs könnte die Resistenzgefahr reduzieren. Wie der Feuerbrand (durch *Erwinia*, ein «Darmbakterium») von 2007 gezeigt hat, kann es schwierig sein, bei unterschiedlicher Interessenlage einen Konsens zu erreichen.

Im Sommer 2002 gelangte das zeckenübertragene Blutbakterium *Anaplasma* mit zeckeninfizierten Kühen ins zentrale Graubünden, wo es einen Ausbruch von hämolytischer Anämie unter Kühen auslöste. Neben dem unkontrollierten Import von Lebewesen sind kontaminierte Futtermittel eine Quelle aufkommender Infektionen. BSE kam 1986 in Grossbritannien auf, vermutlich durch Kraftfutter, dem ungenügend erhitztes Tiermehl beigemischt worden war. Zwischen 1990 und 2006 wurden in der Schweiz 463 BSE-Fälle nachgewiesen. Die Schweiz hat inzwischen BSE beispielhaft kontrolliert; 2007 gab es keinen einzigen Fall. Das BSE-Prion gilt als Ursache der varianten Creutzfeldt-Jakob-Krankheit. Trotz intensiver Überwachung wurde diese in der Schweiz bislang nicht nachgewiesen. Dagegen haben die Fälle von klassischer Creutzfeldt-Jakob-Krankheit zugenommen. Eine mögliche Erklärung ist die im Gegensatz zu früher verstärkte Beachtung und Überwachung.

Exotische Nutztiere wie Lamas oder in der Medizin verwendete Tiergewebe sind weitere potenzielle Quellen neuer Infektionserreger.

#### 8.1.4

##### Von Haus- und Wildtieren könnten mehr Infektionen ausgehen

Hund und Katze können bekannte (z. B. Tollwutvirus, *Toxoplasma*) und aufkommende (z. B. Rotavirus, Mikrosporidien) Erreger übertragen. Obwohl neuere Angaben fehlen, ist das Übertragungsrisiko generell wohl gering, ausgenommen bei Kindern, Schwangeren oder immungeschwächten Personen. Ein gewisses Risiko geht auch von Haustieren aus, die ins Ausland mitgenommen wurden, ferner von im oder aus dem Ausland an sich genommenen Hunden (z. B. Tollwut) und von exotischen Haustieren (u. a. Viren, Pestbakterien und Tularämie). Hunde- und Katzenkot in öffentlichen Anlagen ist ein Risiko für *Toxocara*-Infektionen (viszerale Larva migrans) bei Kindern.

Wildtiere können Nutztiere durch Kontakt, Tröpfchen oder Kot anstecken. Je enger der Lebensraum für Wildtiere ist, desto grösser ist das Übertragungsrisiko auf Nutztiere und damit auch auf den Menschen. Mögliche Quellen bei uns sind unter anderem Wildschweine (*Brucella*, *Mycobacterium bovis*), Kanalaratten (Hantaviren, Leptospiren) und Wasservogel (Grippeviren).

*Mycobacterium bovis* verursacht in Europa zurzeit weniger als 2 % aller Tuberkulosefälle. Es wird durch Milch, Fleisch, Tröpfchen oder Aerosole unter Tieren und Menschen verbreitet.

Geflügeltransporte und Zugvögel können zur Verschleppung des Influenzavirus A/H5N1 (Vogelgrippe) und von Zecken und deren Keimen beitragen (in der Schweiz sind 6 bis 18 % der Zugvögel mit Zecken befallen). Stallpflicht und andere Massnahmen haben bislang die Übertragung der Vogelgrippe auf Hausgeflügel in der Schweiz verhindert.

Der Rotfuchs wird in Städten wie Genf und Zürich zunehmend heimisch. Etwa 30 bis 40 % der Stadtfüchse und bis zu 20 % ihrer Beute (Schermäuse) beherbergen den für den Menschen gefährlichen Fuchsbandwurm (*Echinococcus multilocularis*).

Tollwutviren (European bat *Lyssavirus*) sind vereinzelt bei Fledermäusen nachgewiesen (in der Schweiz bei *Myotis daubentonii*). Das Risiko der Übertragung auf Landsäuger scheint jedoch gering.

#### 8.1.5

##### Einwandfreies Trinkwasser durch laufende Aufbereitung und Überwachung

Das Trinkwasser in der Schweiz ist infektiologisch generell unbedenklich. Defekte bei den Aufbereitungs- oder Verteilungssystemen können zu temporären Verunreinigungen mit tierischen oder menschlichen Darmkeimen und zu Krankheitsausbrüchen führen. Das *Norovirus* kann mit menschlichen Fäkalien ins Oberflächenwasser und Trinkwasser gelangen. Zudem wurde es in der Schweiz in

Mineralwasser und in Lebensmitteln nachgewiesen. Erkrankte scheiden das Virus in hoher Konzentration mit Stuhl und Erbrochenem über Tage hinweg aus. Somit ist das *Norovirus* leicht von Mensch zu Mensch übertragbar. In der deutschsprachigen Schweiz hat es zwischen 2001 und 2003 mehr als 70 Ausbrüche in Heimen und Spitälern gegeben. Die Tendenz dürfte steigend sein.

Einige Bakterien und Einzeller haben eine Nische in Wasseranlagen und Verteilsystemen. So lebt *Legionella* in Thermal- und Sprudelbädern, Heiss- und Kaltwasserleitungen sowie Kühlanlagen. Bei der Legionärskrankheit, die vor allem Immungeschwächte und Heimbewohner betrifft, beträgt die Sterblichkeit 6%. Die Melderate liegt in der Schweiz bei 3 auf 100 000 Einwohner und Jahr (im Jahr 2005 lag die vergleichbare Rate in Deutschland bei 0,6 und in Italien bei 1,5). Prävention ist sanitärtechnisch möglich, zum Beispiel durch Vermeidung von Toträumen und durch Optimierung der Warmwassertemperaturen. Diese Möglichkeiten scheinen aber vielerorts ungenutzt. Sprudelbäder sind als risikoreicher anzusehen als Schwimmbäder oder das Leitungswasser. Die Gründe liegen in den höheren Wassertemperaturen und in der Neigung zu Aerosolbildung.

In der Schweiz sind Umgebungs-Mykobakterien bei Patienten und Nutztieren, in Leitungswasser und in gewaschenen und rohen Nahrungsmitteln nachgewiesen. Vom *Mycobacterium avium paratuberculosis* wird vermutet, dass es mit entzündlichen Darmerkrankungen in Zusammenhang steht. Es kommt bei Kühen und in Rohmilchprodukten vor.

Der Darmeinzeller *Cryptosporidium* ist in der Schweiz in Wasser, Abwasser, Rindern und Patienten nachgewiesen. Seine Oocysten widerstehen üblichen Chlorkonzentrationen. Deren Entfernung aus dem Trinkwasser benötigt kombinierte Aufbereitungsverfahren. Überalterte Verteilsysteme, zum Beispiel in finanzschwachen Gemeinden, stellen ein Restrisiko dar. Die Infektionsüberwachung des Trinkwassers sollte neu erkannte Infektionserreger einbeziehen.

#### 8.1.6

### Lebensmittel sind Bindeglieder zwischen Umwelt, Tier und Mensch

Rohe Lebensmittel sind gängig mit Keimen besiedelt. Dies sind zum Beispiel Bodenbakterien an Wurzel- und Blattgemüse, tierische Darmbakterien am Fleisch und menschliche Infektionserreger (z. B. Hepatitis-A-Virus, *Norovirus* und *Staphylococcus*) an handbearbeiteten Produkten. In rohen Lebensmitteln können auch antibiotikaresistente Keime vorkommen.

In Industrieländern ereignen sich um 30 bis 50 % der durch Lebensmittel übertragenen Ausbrüche in Restaurants und ähnlichen Einrichtungen. Solche Ausbrüche sind häufig, und oft durch *Norovirus* oder *Salmonella* verursacht. Hygienedefizite beim Personal und am Arbeitsplatz begünstigen Infektionen. Die Tendenz



dürfte je nach Arbeitsmarktlage im Gastgewerbe (Angebot an geschultem gegenüber ungeschultem Personal) und je nach Überwachungsintensität in den Kantonen (in deren Zuständigkeit die Lebensmittelsicherheit fällt), variieren.

*Listeria* ist ein technologieangepasstes Bakterium, das sich bei Kühlschranktemperatur in lagerfähigen Fertigprodukten vermehren kann. Es gelangt von Tieren und Produktionsbetrieben in Lebensmittel, etwa Weichkäse und Aufschnitt. Ein Erkrankungsrisiko besteht vor allem für Schwangere, Neugeborene, Immungeschwächte und Senioren. Zur Risikobeurteilung sind die Dauer der Lagerung und die initiale Keimkonzentration von Bedeutung.

### 8.1.7

#### **Menschen als Infektionsquellen daheim, am Arbeitsplatz und in der Freizeit**

Infektionsträger, exponierte oder infizierte Personen, und inkubierende, manifeste oder rekonvaleszente Patienten können Infektionserreger ausscheiden und damit ansteckend sein. Ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht unter anderem bei mangelnder persönlicher Hygiene, Drogenkonsum, anonymem Gelegenheitssex sowie bei Prostitution und MSM.

Mögliche Infektionsquellen in Haushalten sind Kinder, die Krippen oder Schulen besuchen, ungeimpfte Haushaltsmitglieder, von Reisen zurückkehrende Personen und aus dem Spital entlassene Rekonvaleszenten. Bei Enge, Staub, trockener Luft und entsprechend ungünstigen Wohnverhältnissen sind die Infektionsrisiken erhöht.

Arbeitsbedingte Infektionsrisiken bestehen vor allem bei den Gesundheitsdiensten und in der Abfall-, Forst-, Land- und Tierbewirtschaftung. Hier sind insbesondere Verletzungen, Aerosole (Tuberkulose) und direkte Kontakte zu nennen. Derzeit existieren für die Gesundheitsberufe präventive Empfehlungen.

Risikoreiches Verhalten begünstigt Infektionen mit HBV, HCV und HIV, Geschlechtskrankheiten und die Tuberkulose. In der Schweiz wird der Anteil der MSM und Drogenkonsumierenden an Neuinfektionen mit HCV oder HIV auf 60 % oder mehr geschätzt. Die Inzidenz der HIV-Neuinfektionen liegt in der Schweiz um 10 auf 100 000 Einwohner und Jahr (2005 lag sie in Deutschland bei 3, in Frankreich bei 10 und in Italien bei 2 auf 100 000 Einwohner). Im Jahr 2003 ist in grossen Städten, unter anderem in Zürich, eine neue Form von venerischem Lymphogranulom unter MSM aufgetreten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) fördert die Prävention sowohl mit nationalen Programmen (sicherer Sex, Impfungen) als auch in Zusammenarbeit mit den Kantonen (Abgabe von Spritzen an Drogenkonsumierende in niederschweligen Einrichtungen).

## 8.1.8

**Globale Vernetzung birgt ein Pandemierisiko**

Reisende und Migranten, Tier- und Gütertransporte sowie Tierwanderungen tragen regional und international zur Verbreitung von Infektionserregern und Vektoren bei. Neu ist dabei die rasante Ausbreitungsgeschwindigkeit. SARS hat dies 2003 vorgemacht: Reisende verschleppten SARS in kürzester Zeit von Hongkong nach Europa und Amerika. Gleiches ist möglich für die Grippe. Nach den Grippepandemien im 20. Jahrhundert (1918–1919 A/H1N1, 1957–1958 A/H2N2, 1968–1969 A/H3N2) wären im 21. Jahrhundert etwa drei (im Extrem 1–8) Pandemien zu erwarten. Die Schweiz ist mit einem Grippepandemieplan gerüstet.

Auf Langstreckenflügen ist die Übertragung von SARS und Tuberkulose nachgewiesen, auf Kreuzfahrten die von Grippe und *Norovirus*. Infizierte *Anopheles*-Mücken werden auch in Langstreckenflugzeugen eingeschleppt. So wurde Malaria im Umkreis von internationalen Flughäfen, wie zum Beispiel in Genf, beschrieben («Airport malaria»).

Asylbewerber und Immigranten aus Übersee sind überproportional häufig Träger von HBV, HIV, *Mycobacterium tuberculosis* und *Plasmodium*. In der Schweiz liegt die Melderate der aktiven Tuberkulose bei 7 auf 100 000 Einwohner und Jahr (2007 lag die Rate in Deutschland bei 7, in Frankreich bei 8, in Italien bei 7). Von kultivierten Mycobakterien sind etwa 7 % auf mindestens ein Tuberkulosemittel resistent. Ausländische Staatsangehörige haben einen überwiegenden Anteil an aktiver Tuberkulose. In einer Untersuchung in Basel hatten von 3119 erwachsenen Flüchtlingen aus dem Kosovo 29 Personen (0,9 %) bei Ankunft ein verdächtiges Lungeninfiltrat und acht Personen (0,3 %) eine aktive Tuberkulose (256 auf 100 000 Einwohner).

Um den Gefahren durch die internationale Vernetzung zu begegnen, hat die Weltgesundheitsorganisation das Gesundheitsreglement überarbeitet. Seit Juni 2007 sind alle Vorfälle, die ein dringliches öffentliches Gesundheitsproblem von internationaler Bedeutung sein können, meldepflichtig. Dies sind neben Grippe, Legionellose, Salmonellose und Meningokokken-Meningitis auch unerwartete Krankheiten. Die Unterzeichnerstaaten verpflichten sich dazu, *focal points* einzurichten, die rund um die Uhr besetzt sind. Ferner sind Flughäfen, Häfen und Grenzübergänge bezüglich infektiöser Personen, Vektoren und Güter zu überwachen. Zudem sind geeignete Gegenmassnahmen koordiniert durchzuführen; hierzu gehören die Überprüfung von Gepäck und Zertifikaten, Screenings und medizinische Abklärungen, die postexpositionelle Prophylaxe, Isolation und Quarantäne. Die Erfahrung an der Uhren- und Schmuckmesse in Basel und Zürich im April 2003, als der Bundesrat wegen SARS kurzfristig einen Ausschluss der Aussteller aus Ost- und Südostasien verfügte, lässt vermuten, dass vermehrt mit derartigen Massnahmen zu rechnen ist.

### 8.1.9

#### Die Gesundheitsversorgung selbst ist eine zunehmende Quelle von Infektionen

Nosokomiale Infektionen werden in Spitälern, Heimen und ambulanten Einrichtungen erworben. Hinweisend für nosokomiale Übertragungen sind der Erregernachweis von normalerweise sterilen Körperteilen (z. B. Blut), auf Risikoabteilungen (z. B. Intensivpflegestationen) und bei Krankheitshäufungen, sowie bestimmte Erreger, etwa *Acinetobacter*, *Aspergillus*, *Clostridium difficile*, MRSA und VRE.

Zur Abschätzung der Bedeutung nosokomialer Infektionen in der Schweiz sind lediglich Angaben aus Akutspitälern verfügbar. In einer Stichwoche zwischen 1999 und 2002 hatten 8 bis 10 % aller hospitalisierten Erwachsenen mindestens einen nosokomialen Infekt. Am häufigsten waren chirurgische Infekte, Lungenentzündungen, Harnwegs- und Blutinfekte. Bekannte Risikofaktoren sind beispielsweise:

- Antibiotische Vorbehandlung, Begleitkrankheiten, hohes Alter
- Notfallaufnahme, Transfers, lange Spitalaufenthalte
- Behelfe wie Blasen- und Zentralvenenkatheter, länger dauernde invasive Eingriffe
- Mangelnde Händehygiene, unerkannte Träger oder Ausscheider
- Kontaminierte Nasszellen oder Instrumente

Die Antibiotika-Resistenz nosokomialer Infektionserreger ist ein Problem in der stationären und ambulanten Medizin. In der Schweiz wiesen im Jahr 2002 in einer Stichwoche 0,3 bis 6 % aller Spitalpatienten den «Spitalkeim» MRSA auf. Im Jahr 2005 waren von allen Pneumokokken 3 % auf Penizillin und 12 % auf Erythromycin resistent. In Europa waren 2005 23 % aller Staphylokokken (Streubreite 0 bis 61 %) MRSA; von allen Pneumokokken waren 2 % (0 bis 33 %) auf Penizillin und 16 % (0 bis 46 %) auf Erythromycin resistent. In der ambulanten Medizin betreffen wichtige Resistenzen die Darmbakterien, die Tuberkulose und die HIV-Infektionen.

Auf Risikoabteilungen (Intensivpflege, Transplantationsmedizin, Hämonkologie) können endogene, opportunistische, nosokomiale und neu aufkommende Keime lebensbedrohliche Infektionen verursachen, unter anderem das Cytomegalovirus und das Herpes-simplex-Virus als auch Pilze wie *Candida* und *Aspergillus*. Es ist das Bestreben grosser Spitäler, diese Risiken durch technische, medizinische und personelle Massnahmen zu minimieren. Transfusionsassoziierte Infektionen sind dank Spenderscreenings (Befragung, Bluttests), neuer Technologien (z. B.

Leukozytendepletierung gegen Prionen) und strenger Indikationsstellungen deutlich gesunken. Eine Verordnung regelt die Wiederaufbereitung medizinischer Instrumente in der Schweiz.

MRSA kommen seit einigen Jahren auch in der Bevölkerung vor. Diese Verbreitung wird unter anderem mit der zunehmenden Überlappung der stationären und ambulanten Versorgung in Verbindung gebracht. Beispiele sind Patienten mit Behelfen, teilstationäre Eingriffe, Rehospitalisierungen und Verlegungen. Auch das *Clostridium difficile* scheint das Spital zu verlassen. Ursprünglich Ursache blutiger, Antibiotika-assoziiertes Colitiden in Spitälern, ist dieses Darm- und Umgebungsbakterium bei Nutz- und Haustieren, in Lebensmitteln und der Bevölkerung nachgewiesen.

## 8.2

### Anstösse zur Reduktion des Risikopotenzials

In Ergänzung zu den erwähnten präventiven Massnahmen werden im Folgenden weitere risikomindernde Massnahmen diskutiert, die Bund und Kantone möglicherweise bereits planen oder umsetzen. Diese Vorschläge sollten von den zuständigen Instanzen auf ihre Vor- und Nachteile sowie im Hinblick auf das Aufwands- und Ertragsverhältnis überprüft werden.

#### 8.2.1

##### Mehr Koordination könnte die Effizienz der Infektionsüberwachung und -kontrolle verbessern

Eine kürzlich erschienene OECD-Studie kommt zum Schluss, dass das Schweizer Gesundheitssystem fragmentiert und schlecht koordinierbar sei. Tatsächlich sind in die Infektionsüberwachung und -kontrolle bei Mensch, Tier und Nahrungsmitteln im Inland und an der Grenze mehrere Bundesämter und alle Kantone eingebunden. Des Weiteren mandatiert die Verwaltung Dritte, etwa das Schweizerische Rote Kreuz mit der Betreuung von Asylanten, Grenzärzte an Flughäfen mit Abklärungen bei potenziell infizierten Passagieren und Referenzlaboratorien mit dem Nachweis spezieller Erreger.

Verstärkte Zusammenarbeit zwischen Bund (z. B. BAG, BVET) und Kantonen (Kantonsärzte und -chemiker) ist besonders im Bereich der Lebensmittelsicherheit wünschenswert. Zu koordinieren wären unter anderem die zur routinemässigen Überprüfung ausgewählten Lebensmittel, Umfang und Art der Stichproben, die Testmethoden, die Schwerpunktbildung in kantonalen Laboratorien, die Interpretation und Berichterstattung der Testergebnisse sowie entsprechende Kontrollmassnahmen. Der Bundesrat hat 2007 angekündigt, eine «Lebensmittel-

Einheit» zu schaffen. Ideal wäre deren Leitung durch ein einziges Amt. Als Kooperationsmodell haben sich bei Krisen wie BSE und SARS auch die ämterübergreifenden Arbeitsgruppen bewährt. Eine engere Zusammenarbeit mit der Europäischen Union (EU) wäre bei der Infektionsüberwachung und -kontrolle von Vorteil. Auch diese Absicht hat der Bundesrat 2007 bekräftigt.

### 8.2.2

#### **Frühwarnung vor Epidemien basiert auf eingespielter Infektionsüberwachung**

Die Liste der meldepflichtigen Infektionen wird jährlich auf ihre Aktualität hin überprüft und angepasst. Pfeiler der Infektionsüberwachung sind die in Praxis und Spital tätigen Human- und Tierärzte sowie Laborleiter.

Das BAG, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) und Fachärzte könnten die Überwachung berufsbedingter Infektionen bei Risikogruppen koordinieren. Das Bundesamt für Gesundheit plant auch eine verbesserte Prävention der Infektionen in Gefängnissen. Dazu wäre eine Meldepflicht von Tuberkulose und anderen Infektionen im Strafvollzug eine gute Voraussetzung.

Die Überwachung und die Kontrolle der Antibiotikaresistenz in Landwirtschaft (Stalltiere, Kulturen), Lebensmittelindustrie (einheimische Lebensmittel, Importe), Tiermedizin (Nutz- und Haustiere), Humanmedizin (Ambulanz, Spitäler, Heime) und Umwelt (Abwässer, Jauche) verlangen eine fächer- und ämterübergreifende Koordination und Kooperation. Basierend auf dem Nationalen Forschungsprogramm 49 (Thema: Antibiotikaresistenz) könnte federführend das BAG zum Schutz der Bevölkerung gezielt resistente Keime, antimikrobielle Klassen, Nutz- und Haustiere der Meldepflicht unterstellen.

Die neue Transplantations-Gesetzgebung sieht Tests bei Spendern vor, unter anderem auf Cytomegalovirus, HBV, HCV, HIV, Herpes-simplex-Virus und *Toxoplasma*. Obwohl das Schweizerische Rote Kreuz als Referenzzentrum Transfusions-assoziierte Infektionen überwacht, fehlt eine offizielle jährliche Berichterstattung der Testergebnisse bei Spendern und der Infektionen bei Empfängern. Bestimmte Testergebnisse und alle Transplantat- und Transfusions-assoziierten Infektionen könnten einheitlich meldepflichtig werden.

Eine koordinierte Überwachung der durch Mücken und Zecken übertragenen Infektionen ist erwünscht. Das BAG plant ein Referenzzentrum für zeckenübertragene Infektionen.

Das BVET könnte aufkommende Infektionen bei Hunden und Katzen (z. B. *Bartonella*, *Cryptosporidium*, Mikrosporidien) meldepflichtig machen. Halter könnten anlässlich der Entrichtung der Hundesteuer über Impfungen, Entwurmungen und Zeckenbefall ihrer Tiere befragt werden.

Für die Frühwarnung wären Algorithmen für das diagnostische Vorgehen, beispielsweise bei Fieber oder nach einem Zeckenbiss, nützlich, die durch die Fachgesellschaften unter Koordination des BAG zu erarbeiten wären. Ebenfalls zu erwägen ist der Einbezug von Apotheken, Krankenkassen und anderen Dienstleistern zur Überwachung der Anfragen von Patienten (z. B. bei Fieber), des Verbrauchs von Impfstoffen (z. B. gegen den Papillomavirus), Medikamenten (z. B. systemische Pilzmittel) und Testmaterial (z. B. Schnelltests für Malaria) sowie der Auswertung von paraklinischen Eingriffen (z. B. Lumbalpunktionen).

Zur Routineüberwachung des Trinkwassers ist zu erwägen, ob neben bekannten auch neue Indikatoren aufgenommen werden sollen, zum Beispiel *Norovirus*, *Legionella*, Umgebungs-Mykobakterien, Mikrosporidien und *Cryptosporidium*. Bei laborbestätigter Legionellose durch Leitungswasser sollten die Kantone eine sanitärtechnische Überprüfung des betreffenden Systems veranlassen und die Meldung des Ergebnisses verlangen (ähnlich der Abgaskontrolle von Heizungen).

Katastrophenszenarien sollten die Infektionsüberwachung einplanen. Nach Überschwemmungen beispielsweise sollte diese Durchfallkrankheiten, Hepatitiden, Leptospirose und mückenübertragene Infektionen einbeziehen. Eingebaute mathematische Modelle könnten die Entscheidungsfindung in Krisenlagen erleichtern, etwa die Schliessung von Schulen, ganzen Betrieben oder Verkehrsachsen bei drohender Pandemie. Dazu könnten Bund und Kantone ein von allen beanspruchbares Kompetenzzentrum einrichten oder Dritte (z. B. eine Hochschule) mandatieren.

Die Neuerungen des WHO-Gesundheitsreglements bedeuten, dass die Schweiz ein nationales Kompetenzzentrum einrichten und die Importinfektionen (Reisende, Immigranten, Lebens- und Futtermittel, Nutz-, Haus- und Zootiere) koordiniert überwachen muss.

### 8.2.3

#### **Eine umfassende Berichterstattung ist das Öl im Überwachungsgetriebe**

Das BAG und das BVET publizieren die Ergebnisse der nationalen Infektionsüberwachung fortlaufend. Dagegen fehlt eine regelmässige (jährliche), gesamtschweizerische (koordinierte) Berichterstattung (Internet, Bulletin) zu Wasserqualität, Zustand der Infrastruktur (Trinkwasserverteilung), Lebensmittelqualität, Hygiene in Betrieben, berufsbedingten Infektionen, Importinfektionen und Antibiotikaresistenz sowie zu nosokomialen, Transfusions- und Transplantations-assoziierten Infektionen.

Kantone, Bund oder Dritte könnten diese Aufgabe übernehmen. Zum Schutz der Konsumenten ist die namentliche Nennung verstossender Betriebe, Hersteller und Marken zu erwägen. Die EU kennt diese Praxis bei Legionellose-Ausbrüchen

in Hotels. Der Kanton Zug plant eine «Schwarze Liste» von Restaurants, die gegen die Hygienevorschriften verstossen.

#### 8.2.4

##### **Bestehende Präventionsprogramme sind energisch weiterzuführen**

Das nationale Impfprogramm ist kosteneffektiv und breit akzeptiert. Zudem nimmt es stetig Neuerungen auf. Neue Empfehlungen betreffen die Impfung gegen Zeckenzephalitis (2006) und gegen Gebärmutterhalskrebs (Papillomavirus, 2007).

Wie die Masernepidemie von 2007 zeigt, braucht das nationale Impfprogramm langfristig genügend Mittel. Die Bevölkerung ist vor jeder Neueinführung frühzeitig und umfassend zu informieren. Gute Information könnte auch die Akzeptanz fördern.

Risikoreiche Verhaltensweisen sind schwer zu beeinflussen und Randgruppen schwer zu erreichen. Oft sind sie wenig therapietreu. Zu überdenken wären gebündelte Massnahmen, zum Beispiel gegen Tuberkulose sowie gegen sexuell und durch Blut übertragene Infektionen, für Zielgruppen wie MSM, Drogenkonsumierende und Strafgefangene.

Um risikoreiche Lebensmittel sicherer zu machen, ist die Einführung der Strahlenbehandlung zu erwägen. In Bezug auf eine intakte Infrastruktur in Gemeinden (Wasser, Abwässer) könnten Bund und Kantone ein Register sanierungsbedürftiger Anlagen erstellen und gegebenenfalls die Mittel für deren Erneuerung bereitstellen.

#### 8.2.5

##### **Adäquate gesetzliche Grundlagen erlauben adäquate Massnahmen**

Der Bundesrat beabsichtigt die Revision des Epidemiegesetzes. Empfehlenswert wäre eine periodische Überprüfung aller einschlägigen gesetzlichen Grundlagen. Das Tuberkulosegesetz (datiert von 1928), internationale Verträge (Grenzbahnhöfe, internationale Flughäfen) und weitere Gesetzesdokumente wären auf aktuelle Fragestellungen zu überprüfen, etwa die Güterabwägung von Datenschutz und Bevölkerungsschutz, die Veröffentlichung von Namen und Marken bei Hygieneverstössen, die Verbindlichkeit von Impfungen im Rahmen des nationalen Impfprogramms, die Verpflichtung zur Partnerinformation, die Quarantäne exponierter Reisender, die Behandlung unwilliger ansteckender Personen und das epidemiologische Screening.

### 8.2.6

#### Forschung als Rückgrat der Prävention

Der Bund wendet jährlich über 1,3 Milliarden Franken für Forschung auf, wovon ein Bruchteil auf Infektionskrankheiten entfällt. Nachfolgende Forschungsthemen könnten bekannte Wissenslücken schliessen helfen:

- Erstellung eines Inventars ansässiger und aufkommender Mückenvektoren in der Schweiz mit Schwerpunkt Verkehrsachsen.
- Ermittlung des Zeckenbefalls bei Zug- und Ziervögeln, Nutzvieh und Haustieren über mehrere Jahreszeiten an repräsentativen Standorten.
- Erfassung relevanter Zoonosen bei Haustieren (Hund, Katze), Wildtieren (Zugvögel, erlegte Füchse, Wildschweine, Rehe, Fledermäuse) und exotischen Nutztieren.
- Erfassung von Zoonosen bei nichtexponierten und exponierten Stadtbewohnern (Nähe Grünanlagen) in der Deutsch- und Westschweiz.
- Erfassung von Viren, Mycobakterien, Legionellen und Protozoen in national repräsentativen Proben von Leitungs-, Grund-, Oberflächen- und Mineralwasser.
- Untersuchung der Häufigkeit von Infektionen und Ansteckungsrisiken bei Personen im Strafvollzug in der Deutsch- und Welschschweiz.
- Bestimmung der Prävalenz der antimikrobiellen Resistenz bei Konsumenten von Lebensmitteln mit oder ohne Nachweis resistenter Erreger.
- Fortlaufende Befragung von Zielgruppen vorbeugender Massnahmen bezüglich deren Akzeptanz.

#### Literatur

- Beuret C., Kohler D., Baumgartner A., Lüthi T. M. (2002). Norwalk-like virus sequences in mineral waters: one-year monitoring of three brands. *Appl Environ Microbiol*, 68:1925–1931.
- Danuser J., Neff C. (2006). Grundlagen und Zahlen der Zoonosenüberwachung. *BVET-Magazin*, 3:27–30.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005). Empfehlungen zu «Legionellen und Legionellose». *Bull BAG*, 22:374.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006). Tuberkulose in der Schweiz 2001–2004. *Bull BAG*, 22:428–433.
- Lederberg J., Shope R. E., Oaks S. C. (1992). *Emerging infections. Microbial threats to health in the United States*. Washington D. C.: Institute of Medicine, National Academy Press.



- Sax H. (2004). Nationwide surveillance of nosocomial infections in Switzerland – methods and results of the Swiss Nosocomial Infection Prevalence Studies (SNIP) in 1999 and 2002. *Ther Umsch*, 61:197–203.
- Steffen R., DuPont H. L., Wilder-Smith A. (2007). *Manual of travel medicine and health*. Ontario (CA): BC Decker, Hamilton.
- Stürchler D. A., Stürchler M. P., Rüdiger-Stürchler M. S., Stürchler N. S. (2006). *Exposure. A guide to sources of infections*. Washington D. C.: American Society for Microbiology, ASM Press.

### Internet-Links

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)  
[www.bvet.admin.ch](http://www.bvet.admin.ch)  
[www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html)  
[www.rivm.nl/earss](http://www.rivm.nl/earss)  
[www.ewgli.org/sites.htm](http://www.ewgli.org/sites.htm)  
[www.who.int](http://www.who.int)  
[www.crn.ethz.ch](http://www.crn.ethz.ch)  
[www.chuv.ch/swiss-noso/daccueil.htm](http://www.chuv.ch/swiss-noso/daccueil.htm), [www.nrp49.ch](http://www.nrp49.ch), [www.safetravel.ch](http://www.safetravel.ch)

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# 9 Psychische Gesundheitsprobleme

Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, und Theodor Cahn, ehem. Psychiatrische Klinik, Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit sind keine gegensätzlichen Begriffe, sondern schliessen einander teilweise ein. Psychische Krankheiten sind denn auch überaus häufig, rund die Hälfte der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung. Da psychische Störungen häufig früh beginnen und nicht selten einen längerfristigen Verlauf zeigen, sind die persönlichen, sozialen und auch volkswirtschaftlichen Folgen markant. Dies zeigt sich im starken Anstieg der psychisch bedingten IV-Renten und der Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote. Auf der anderen Seite berichten heute deutlich mehr Menschen als früher über eine gute psychische Gesundheit. Es scheint eine Polarisierung stattzufinden zwischen der zunehmenden Ausgliederung von psychisch Kranken und dem zunehmenden psychischen Wohlbefinden einer Mehrheit der Bevölkerung. Als besonderes Problem bei der Integration zeigt sich die nach wie vor enorme und tief verwurzelte Stigmatisierung psychischer Krankheiten. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Invaliditätsprävention und der Gesundheitspolitik wurden verschiedene wichtige Einzelaktivitäten initiiert. Es fehlt aber immer noch ein umfassendes und nachhaltiges Vorgehen, das ein Bewusstsein für die zentrale Bedeutung psychischer Gesundheit schafft, welches das Stigma psychisch Kranker verringert und deren Integration verbessert. Menschen sind psychisch stabil und gesund, wenn sie sich auch ihrer eigenen Defizite bewusst sind. Nur ein solch umfassendes Bewusstsein von psychischer Gesundheit ermöglicht eine wirkliche gesellschaftliche Integration psychisch kranker Menschen.

## 9.1

**Psychische Gesundheit und Krankheit**

## 9.1.1

**Der Begriff der psychischen Gesundheit**

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit sind eng verknüpfte Begriffe. Aber sie sind nicht als einfache Gegensatzpaare zu verstehen, die auf derselben begrifflichen Ebene liegen. Psychische Gesundheit ist nicht bloss Abwesenheit von psychischer Krankheit (und umgekehrt auch nicht). Seelisches Gleichgewicht ist zudem niemals definitiv erworben. Menschen müssen stets Kraft aufwenden, um dieses Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Kein Mensch weiss, wann und wie äussere Ereignisse ihn aus dem Gleichgewicht werfen, er durch körperliche Schäden beeinträchtigt oder durch innere Konflikte eingeholt wird. Psychische Gesundheit wird daher stets als eine komplexe, dynamische und ganzheitliche Eigenschaft aufgefasst, welche die Befähigung zur sinnerfüllten menschlichen Lebensführung beinhaltet. Dies schliesst die Konflikte, Leiden, Krisen und Fehlreaktionen, welche das Leben bringt, explizit ein; entscheidend sind die Möglichkeiten ihrer Bewältigung.

Es existieren unterschiedliche Konzepte psychischer Gesundheit, die einander ergänzen:

- Psychische Gesundheit als Lebensentwicklung mit der Möglichkeit, die eigenen Potenziale offen zu entfalten: sowohl in der Breite, ohne Einseitigkeit, wie in der Tiefe der besonderen Begabungen, unter realistischem Respekt der Begrenzungen, aber ohne dauernde Blockaden. Dies bedeutet auch Entfaltung der mitmenschlichen Beziehungen.
- Psychische Gesundheit als grundlegende Befähigung, das Leben aktiv, selbstständig und in der Beziehung zu Mitmenschen zu meistern: Sigmund Freud sprach von «Arbeits- und Liebesfähigkeit» als Merkmale psychischer Gesundheit.
- Psychische Gesundheit als Leben im Vertrauen auf die eigenen Möglichkeiten, sich selbst gut steuern und wesentliche äussere Faktoren der Lebensführung (mit-)bestimmen und gestalten zu können – im Gegensatz zum Beispiel zu Ohnmachts- und Versagensgefühlen oder Fremdbestimmtheit.
- Psychische Gesundheit als Potenzial von inneren Kräften und Beziehungsressourcen mit reparativer Wirkung, um schwere Lebenssituationen, traumatische Belastungen und Konflikte wie auch körperliche und psychische Erkrankungen ohne andauernden psychischen Schaden, vielleicht sogar gestärkt, zu überstehen.

Wesentliche soziale Faktoren psychischer Gesundheit sind sozioökonomische Bedingungen wie Erwerbsstatus, Ausbildung und Einkommen sowie das familiäre und das weitere soziale Umfeld. Menschen ohne Partner und ohne Arbeit, mit geringem Bildungsstand und Einkommen sowie ohne soziale Unterstützung (ohne eine *einzig*e Vertrauensperson) sind verletzlich und einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Das Risiko steigt bei mehreren Risikofaktoren, beispielsweise allein erziehend und tiefes Einkommen, nicht nur linear, sondern überproportional. Die grosse Bedeutung dieser Gesundheitsdeterminanten für eine gesunde Entwicklung in allen Lebensphasen wird in den Kapiteln 3 bis 6 sowie 11 dieses Berichts beschrieben.

### 9.1.2

#### Der Begriff der psychischen Erkrankung

Der psychiatrische Krankheitsbegriff hat viele Facetten. Der Übergang zu auffälligen Verhaltensweisen, schmerzhaften Erfahrungen und Persönlichkeitsausprägungen ohne Krankheitscharakter ist fließend, die Schwelle entspricht einer kulturellen Normbestimmung. Dennoch darf krankheitswertigen psychischen Leiden nicht die Realität abgesprochen werden. Genetische Anlagen, traumatische Erlebnisse und fehlgesteuerte Reaktionen können zu Prozessen mit wesentlicher Beeinträchtigung des Erlebens und Verhaltens und folglich zu gravierendem Leiden und zu Behinderung führen. Von diesen Prozessen werden stets auch die Angehörigen und Bezugspersonen des näheren Umfelds erfasst. Daher ist es sinnvoll, trotz der genannten methodischen Bedenken von psychischen *Krankheiten* zu sprechen. Solche Krankheiten, zum Beispiel die Schizophrenie, präsentieren sich in Ursache, Entstehung und Verlauf äusserst komplex. Aus diesen Gründen sind psychische Krankheiten in vielschichtigen, interdependenten biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen zu betrachten.

### 9.2

#### Häufigkeit psychischer Erkrankungen

##### 9.2.1

#### Die Häufigkeit von psychischen Krankheiten in der Schweiz ist hoch

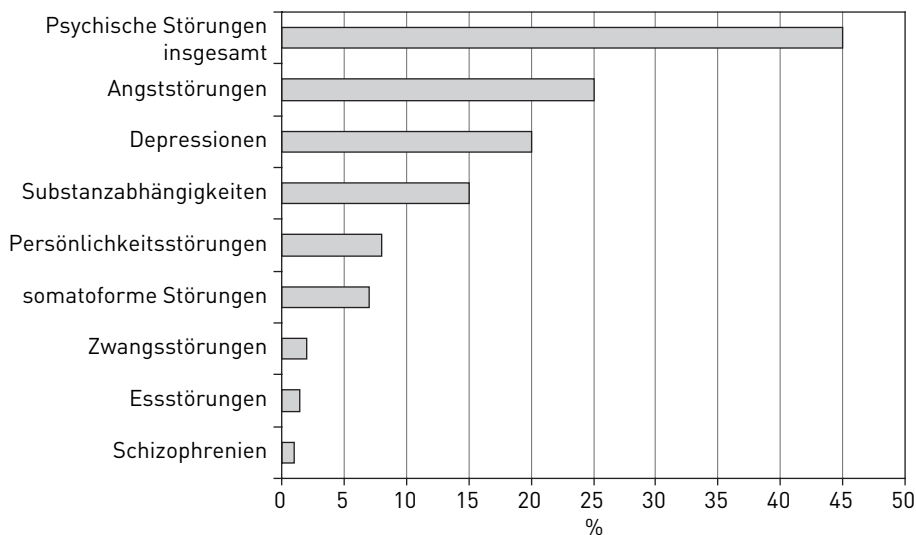
Psychische Störungen inklusive der Substanzabhängigkeiten treten allgemein sehr häufig auf. Sie sind wegen ihres meist frühen Beginns, eines nicht selten chronischen Verlaufs und wegen tief greifender Ängste in der Bevölkerung häufig mit ausgeprägten sekundären Folgen für die direkt Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft insgesamt verbunden.

## 9.2.2

**Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen**

Rund die Hälfte der Bevölkerung (je nach Untersuchung 32 bis 48 %) leidet mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung, die definierte diagnostische Kriterien erfüllt und reine «Befindlichkeitsstörungen» ausschliesst. Neuere epidemiologische Untersuchungen in verschiedenen Ländern zeigten ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzen: beispielsweise für Brasilien 36 %, für Kanada 37 %, für Deutschland 43 % und für die Niederlande 40 % (siehe Abb. 1).

Dieselbe Grössenordnung psychischer Erkrankungshäufigkeit wurde auch für die Schweiz gefunden, beispielsweise in der so genannten «Zürich-Studie», die vor rund 30 Jahren gestartet wurde, auch leichtere Störungen erfasste und eine Lebenszeitprävalenz von 48 % ergab. Dies bedeutet, dass nahezu alle Menschen tief greifendes psychisches Leiden an sich selbst oder in ihrer nächsten Umgebung schon erfahren haben.



Quelle: Verschiedene epidemiologische Übersichtsarbeiten aus den genannten Ländern und den USA.

(Tsuang et al. 1995; Kessler et al. 2005; Wittchen et al. 1999; Ajdacic & Graf, 2003)

**Abbildung 1:** Lebenszeitprävalenz (%) psychischer Störungen in der Erwachsenenbevölkerung (Durchschnittswerte aus Untersuchungen der Länder: Brasilien, Kanada, Deutschland, Niederlande)

### 9.2.3

#### Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen

Jedes Jahr erkranken etwa 25 bis 30 % der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer psychischen Störung. Besonders häufig sind Depressionen, Angststörungen und Substanzabhängigkeiten. Die Untersuchungen zeigen, dass man bei einem Drittel der psychisch Erkrankten mehr als eine psychische Störung diagnostizieren kann: Psychische Erkrankungen manifestieren sich oft in kombinierten Störungsmustern (z. B. Angststörung und Depression) und zudem auch häufig gemeinsam mit körperlichen Störungen (z. B. Angststörung und Erkrankung des Bewegungsapparats). Dies ist insofern erheblich, als die Inanspruchnahmehäufigkeit der Gesundheitsversorgung und die Behandlungsprobleme parallel zur Anzahl vorhandener Störungen stark ansteigen: Je mehr Störungen gleichzeitig vorhanden sind, desto schlechter fallen der Behandlungserfolg und -verlauf aus.

In Bezug auf das Geschlecht zeigt die Epidemiologie, dass Frauen von Stimmungs- und Angststörungen häufiger betroffen sind, Männer dagegen deutlich häufiger unter Substanzabhängigkeit leiden. Insgesamt scheint aber die Häufigkeit psychischer Erkrankungen über beide Geschlechter etwa gleich verteilt. Auch bei Kindern, Jugendlichen und Betagten muss man zudem von einer beträchtlichen Verbreitung psychischer Störungen ausgehen. Etwa 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 9 bis 17 Jahren leiden an Angst- oder Stimmungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Substanzmissbrauch, wobei es sich bei der Hälfte um psychiatrisch behandlungsbedürftige Störungen handelt. Bei älteren Menschen zeigen Untersuchungen je nach Alter Häufigkeiten von 25 bis 40 %, wobei Depressionen und Demenzerkrankungen besonders häufig sind.

### 9.2.4

#### Behandlungsbedürftigkeit

Bei den Zahlen solcher epidemiologischen Studien handelt es sich um krankheitswertige, aber teils vergleichsweise leichte und vorübergehende Störungen, die behandelt werden sollten. Bei geschätzten 10 % der Bevölkerung muss man jedes Jahr von einem klaren Bedarf nach *spezialisierter* psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ausgehen; hinzu kommt ein weiterer Teil, der von einer spezialisierten Behandlung profitieren würde.

### 9.2.5

#### **Psychisch bedingte Suizide und Suizidversuche sind in der Schweiz überdurchschnittlich hoch**

Eine tragische Folge psychischen Leidens sind Selbsttötungen. In der Schweiz sind Selbsttötungen häufig; die Suizidrate ist im langjährigen europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch mit rund 20 Suiziden auf 100 000 Einwohner. Jedes Jahr begehen in der Schweiz durchschnittlich rund 1000 Männer und 400 Frauen einen Suizid, wobei Suizidversuche und noch mehr Suizidgedanken weitaus häufiger sind als vollendete Selbsttötungen: Etwa 10 % der Mitglieder einer Generation verüben einen Suizidversuch, etwa 50 % hatten schon Suizidgedanken. Neun von zehn Menschen, die Suizid begehen, litten zuvor an einer depressiven Erkrankung oder an einer anderen psychischen Störung. Auch dies zeigt, dass Kraft und Ausmass psychischen Leidens nicht unterschätzt werden sollten. Suizid ist heute in der Schweiz bei den 15- bis 44-jährigen Männern die häufigste Todesursache überhaupt. Insgesamt zeigt der langjährige Vergleich in der Schweiz eine leicht abnehmende Tendenz der Suizide, auffallend ist aber der Anstieg bei jungen und bei den älteren Menschen über 65 Jahre. Wegen der demografischen Alterung ist deshalb auch eine Zunahme des Suizidrisikos wahrscheinlich.

### 9.2.6

#### **Psychische Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung sind vielfältig**

Wenn in Befragungen nicht klinische Kriterien angewandt, sondern einzelne psychische Beschwerden abgefragt werden, dann zeigt sich, dass psychische Gesundheitsprobleme in mehr oder weniger starkem Ausmass sehr viele Menschen betreffen: In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 des Bundesamts für Statistik berichtete insgesamt knapp ein Drittel der Stichprobe aus der Schweizer Bevölkerung über leichtere psychische Beschwerden an mindestens drei bis vier Tagen in der vergangenen Woche, wobei Gefühle von Pessimismus, Energielosigkeit und Nervosität besonders häufig sind. Ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung fühlt sich zudem psychisch unausgeglichen und weist zumindest schwach depressive Symptome auf. Auch äussert etwa jeder Vierte eine schwache Kontrollüberzeugung und damit das Gefühl, sein Leben nicht selbst kontrollieren und bestimmen zu können, sondern den eigenen Problemen ausgeliefert und im Leben hin- und her geworfen zu sein.



### 9.2.7

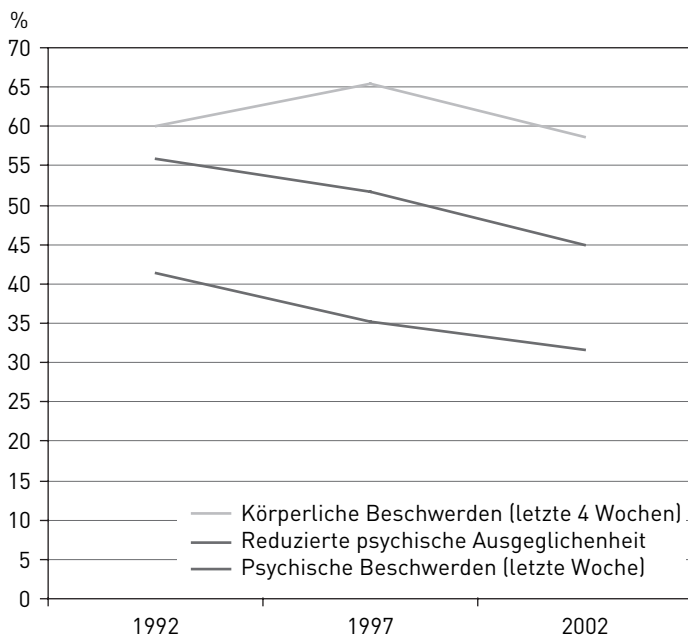
#### **Reaktionen auf die Verbreitung psychischer Probleme erschweren die Integration der Betroffenen**

Psychische Krankheit wird heute weniger als früher als ein abartiges, seltenes Phänomen abgetan, und es ist ein gesellschaftlicher Prozess der Sensibilisierung im Gang. Diese häufigere Thematisierung bedeutet jedoch nicht automatisch eine wirklich grössere Akzeptanz psychischer Erkrankungen. Die zunehmend anerkannte hohe Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, stellt uns vielmehr vor die Aufgabe, unsere eigene psychische Verletzlichkeit in unser Selbstbild zu integrieren, was auch Abwehr hervorruft. Daher wird versucht, psychische Krankheiten zu bagatellisieren (Befindlichkeitsstörungen), sie zu verleugnen (Scheininvaliden), sie als etwas ganz Neues zu erklären (technologischer Wandel, Urbanisierung, Vereinzelung), sie als ein selbst verschuldetes Problem darzustellen (mangelnder Wille), deren Vorkommen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zu begrenzen oder schliesslich psychisch Kranke kategorisch von uns abzugrenzen. Letztlich geht es bei solchen verallgemeinernden Begründungen um den Versuch, die «Bedrohung einer psychischen Erkrankung» zu verringern und von uns fern zu halten. Unser verständlicher Selbstschutz ist ein Hauptgrund, warum die berufliche und soziale Integration sowie die Lebensqualität psychisch kranker Menschen so viel geringer ausfällt als bei anderen Erkrankungsgruppen.

### 9.2.8

#### **Psychische Gesundheit in der Schweiz hat sich verbessert**

In breiten Teilen der Bevölkerung wird angenommen, dass die Gesellschaft psychisch immer kränker wird. Dem ist aber nicht so. Vielmehr hat sich seit 1992 die selbst berichtete psychische Ausgeglichenheit der Bevölkerung stark und stetig verbessert. Parallel dazu sind der Bevölkerungsanteil mit reduzierter psychischer Ausgeglichenheit und ebenso derjenige mit psychischen Beschwerden um bemerkenswerte 10 % gesunken. Weil die Angaben körperlicher Beschwerden zwischen 1992 und 2002 nicht gesunken sind, darf man annehmen, dass sich spezifisch die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessert hat (siehe Abb. 2). Besonders markant ist dies zwischen 1997 und 2002, in diesem Zeitraum ist auch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes deutlich, von 18 auf 11 %, gesunken, und Erwerbstätige waren 2002 noch zuversichtlicher als 1997, bei Arbeitsplatzverlust eine neue Stelle zu finden. Die Angst vor Arbeitsplatzverlust ist nach der Arbeitslosigkeit eine der stärksten psychischen Stressoren überhaupt. Personen mit Ängsten vor Arbeitsplatzverlust sind doppelt so häufig von schlechter psychischer Gesundheit betroffen wie Personen ohne solche Ängste. Arbeitslosigkeit wird zudem in Meinungsumfragen seit Jahren als wichtigstes und dringendstes Pro-



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

**Abbildung 2:** Anteil (%) Personen mit körperlichen und psychischen Beschwerden sowie mit reduzierter psychischer Ausgeglichenheit 1992, 1997 und 2002.

blem der Schweiz angegeben. 1992 empfanden 73 % der Befragten Arbeitslosigkeit als wichtiges Problem, 2002 waren es noch 52 %. Möglicherweise schwankt der psychische Zustand der Bevölkerung demnach auch mit der volkswirtschaftlichen Situation.

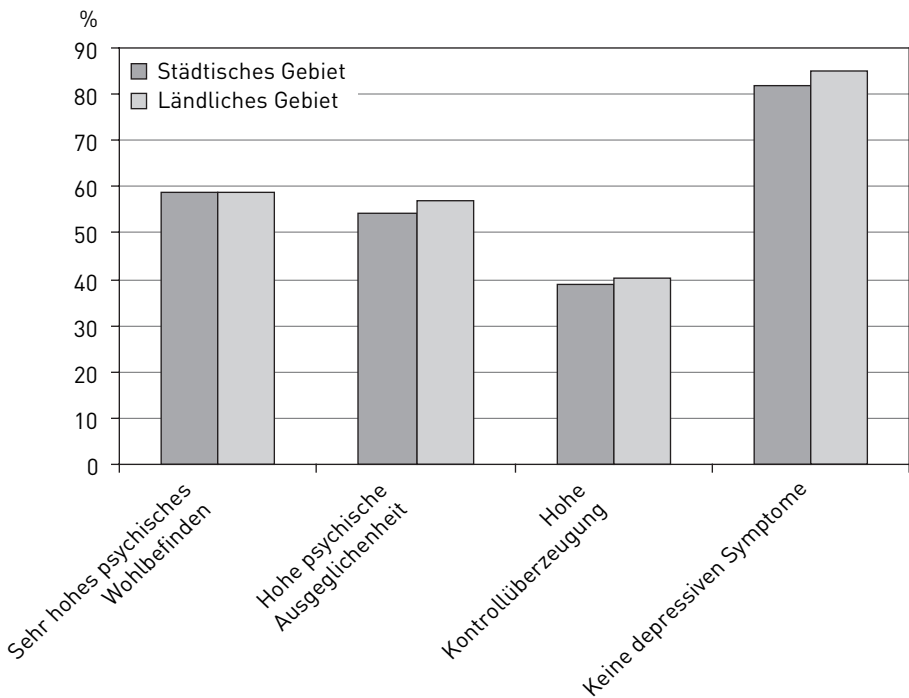
Insgesamt zeigen die Daten, dass sich die Schweizerinnen und Schweizer heute psychisch ausgeglichener fühlen als in den 1990er-Jahren. Dazu passen auch die Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP): 2004 gaben tendenziell mehr Personen an, dass sie sich emotional von ihrer Umgebung gut unterstützt fühlten, als noch im Jahr 2000. Im Vergleich zum Jahr 2000 gaben 2004 interessanterweise aber auch mehr Personen an, sie wären mit belastenden Ereignissen (vor allem mit Krankheit, Unfall oder Tod einer nahe stehenden Person) konfrontiert gewesen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die psychische Gesundheit nicht nur davon abhängt, was einem Menschen im Leben widerfährt, sondern vor allem auch davon, wie gut der Betroffene solche Ereignisse bewältigen kann und ob er dabei emotionale Unterstützung erhält – wobei das Vorhandensein einer einzigen (gegenüber keiner) Vertrauensperson entscheidend ist.

Insgesamt geht es demnach einer wachsenden Mehrheit der Schweizer Bevölkerung psychisch besser als früher; dennoch werden heute viel mehr Menschen wegen schwerer Probleme invalidisiert als früher. Womöglich findet hier eine Polarisierung statt zwischen einer gesellschaftlich integrierten Mehrheit, die sich einer zunehmenden psychischen Gesundheit erfreut, und einer Gruppe psychisch belasteter Personen, die zunehmend von Ausgliederung betroffen ist.

### 9.2.9

#### Psychische Gesundheit in ländlichen Gebieten nicht besser als in städtischen Gebieten

Epidemiologische Untersuchungen weisen mehrheitlich darauf hin, dass psychische Krankheiten in ländlichen Gegenden grundsätzlich nicht seltener vorkommen als in städtischen Gebieten (siehe Abb. 3). Dass in urbanen Regionen die Inanspruch-



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

**Abbildung 3:** Anteil (%) Personen mit guter psychischer Gesundheit nach städtischen und ländlichen Wohngebieten, 2002

nahme des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems höher ist als in ländlichen Gegenden, hängt damit zusammen, dass Städte sozial und psychisch belastete Personen anziehen. In den Daten der Schweizer Gesundheitsbefragung 2002 zeigen sich jedenfalls keine wesentlichen Unterschiede in den Indikatoren für psychische Gesundheit und psychische Krankheit. Im Vergleich zu anderen Merkmalen wie Nationalität, Geschlecht und Alter sind die Stadt-Land-Unterschiede eher gering.

#### 9.2.10

### **Psychische Gesundheitsprobleme bei Migrantinnen und Migranten: Erkennbare Unterversorgung**

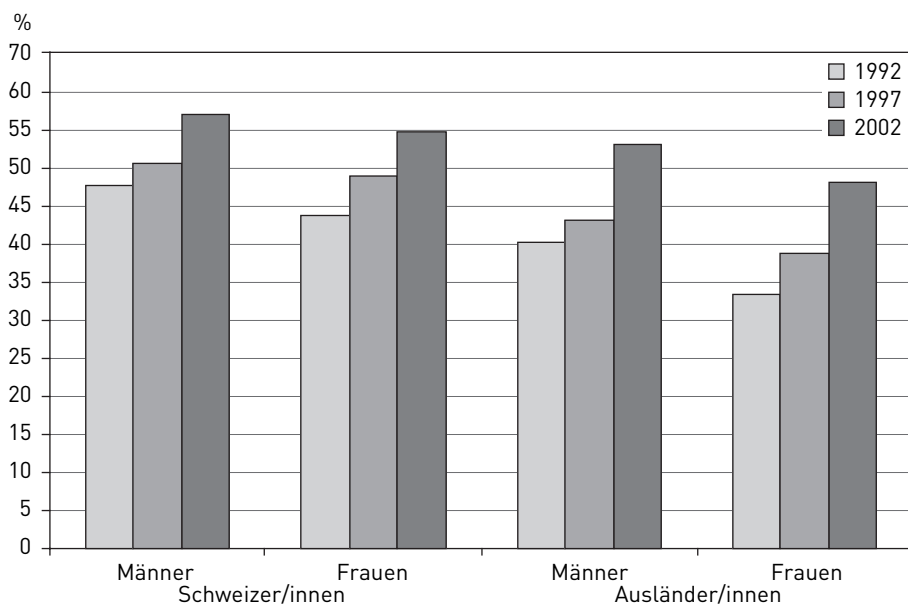
Sowohl bei Schweizerinnen und Schweizern als auch bei Migrantinnen und Migranten zeigt sich zwischen 1992 und 2002 eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, allerdings in typischer Abstufung: Den Schweizer Bürgerinnen und Bürgern geht es psychisch besser als der hiesigen Migranten-Bevölkerung, und bei beiden Gruppen geht es den Männern besser als den Frauen. Besonders belastet sind demnach Migrantinnen. Auch wenn Migration nicht a priori auf eine schlechtere psychische Verfassung schliessen lässt (Migration ist auch eine psychische Leistung, und Migranten haben laut diverser Studien nicht ein genuin erhöhtes psychisches Erkrankungsrisiko), so können doch mögliche frühere Traumatisierungen im Herkunftsland, die Auswanderung selbst und die Erfahrungen in der Schweiz psychisch belastend wirken (siehe Abb. 4). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sollte sich künftig noch stärker um die Ausländerinnen kümmern. Migrantinnen und Migranten sind von psychiatrischer Unter- oder Fehlversorgung bedroht, weil transkulturelle und sprachliche Kenntnisse nicht in ausreichendem Mass vorhanden sind und psychiatrische Dienste oft erst am Ende eines lang dauernden somatischen Abklärungs- und Behandlungsverlaufs aufgesucht werden.

Weiter zeigt sich, dass Bildung ein zentraler psychischer Schutzfaktor ist: Der psychische Gesundheitszustand hängt stark vom erreichten Bildungsstatus ab. Ausländer mit hohem Bildungsstatus beispielsweise unterscheiden sich nicht von Schweizern mit vergleichbarer Bildung im Ausmass ihrer psychischen Ausgeglichenheit.

#### 9.3

### **Folgen psychischer Störungen**

In europäischen Ländern, die mit der Schweiz vergleichbar sind, erweisen sich bei den nicht übertragbaren Krankheiten neuropsychiatrische Erkrankungen mit Abstand als häufigste Ursache für die gesellschaftliche «Behinderungslast» (gemessen mittels so genannter DALY- Indikatoren). Mit 32 % aller Ursachen sind



Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

**Abbildung 4:** Hohe psychische Ausgeglichenheit bei Schweizerinnen/Schweizern und Ausländerinnen/Ausländern (Verteilung in %) 1992, 1997 und 2002

sie wichtiger als Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane und muskuloskelettale Erkrankungen. Betrachtet man die Jahre, die Menschen mit einer Behinderung leben müssen, so sind neuropsychiatrische Erkrankungen in Europa für 43 % aller mit Behinderung verlebten Lebensjahre verantwortlich. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 leiden 4 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter unter chronischen psychischen Gesundheitsproblemen. Diese Gruppe fällt auf durch eine im Vergleich zu Körperbehinderten hohe Nutzung von (oft nicht spezialisierten) Gesundheitsdiensten, durch ein auch körperlich schlechtes Wohlbefinden, durch erhöhte soziale Isolation und generell durch eine häufig prekäre soziale Lage.

### 9.3.1

#### Die Belastung von Angehörigen psychisch Kranker

Psychische Krankheit trifft auch die Familien der Kranken besonders schwer und bedeutet eine starke Belastung, sei es für die Eltern und Geschwister von Erkrankten oder auch für die Kinder psychisch kranker Eltern. Psychische Erkrankung

greift stets auch die Beziehung an und bedroht damit auch das psychische Gleichgewicht der Menschen im engeren Umfeld. Angehörige zeigen deutlich erhöhte Werte psychischer Unausgeglichenheit, verfügen über eine schlechtere Gesundheit und häufigere chronische Gesundheitsprobleme, sie nehmen Tranquilizer und Antidepressiva ein, gehen vermehrt zum Arzt und sind öfters in somatischen Spitälern hospitalisiert. Für Kinder kann eine psychische Krankheit der Eltern eine schwere Bürde für ihr gesamtes künftiges Leben bedeuten. Die Angehörigen werden nicht nur emotional sehr gefordert, sondern sie werden vielfach auch finanziell und zeitlich sehr belastet und sehen sich zudem ähnlichen Vorurteilen ausgesetzt wie die Erkrankten selbst, wie den Kranken selbst weist man auch ihnen Schuld zu (z. B. fehlerhaftes Erziehungsverhalten). Angehörige leiden auch besonders unter der sozialen Desintegration und der beruflichen Perspektivlosigkeit ihrer Nächsten. Eine speziell belastete Gruppe sind zudem die vor allem weiblichen Angehörigen von älteren pflegebedürftigen Menschen.

### 9.3.2

#### **Lebensqualität psychisch kranker Menschen ist deutlich reduziert**

Psychisch kranke Menschen erfahren eine deutlich geringere Lebensqualität als andere Bevölkerungsgruppen und auch als andere Randgruppen wie beispielsweise Sozialhilfeempfänger. Die subjektiv erfahrene Lebenszufriedenheit wird durch die objektiven Lebensumstände (Einkommen, Wohn- und Arbeitssituation) allerdings nur in erstaunlich geringem Ausmass direkt vorhergesagt. Für psychisch Kranke sind vor allem auch emotionale Kriterien für die erfahrene Lebensqualität entscheidend: Erfahrungen von Leiden und Machtlosigkeit gegenüber der Erkrankung, das Erleben von Stigmatisierung und Diskriminierung, Gefühle von Kompetenz, Autonomie und Nützlichkeit für die Gesellschaft, das Gefühl, eine Perspektive zu haben, und vor allem auch das Ernst-Genommen-Werden durch eine Fachperson. Lebenszufriedenheit ist nicht nur eine Frage der äusseren sozialen Integration, sondern sie wird primär in zwischenmenschlichen Beziehungen erlebt. Da die psychiatrische oder psychotherapeutische Fachperson für solche Menschen oft die einzige Vertrauensperson ist, von der sie verstanden werden, ist ein echtes, einfühlsames, patientenzentriertes und kontinuierliches Beziehungsangebot für die Lebensqualität schwer psychisch Kranker absolut entscheidend. Diese Tatsachen sind leider nicht banal: Immer häufiger werden (wichtige) Anliegen wie «Selbsthilfe», «Selbstbestimmung», «Ressourcenorientierung» oder «Kundenorientierung» höher bewertet als eine professionelle Beziehung, in der die Patientinnen und Patienten auch mit ihrem Leiden und mit ihren Defiziten gewürdigt werden. Der scheinbare Gegensatz von Ressourcen- und Defizitorientierung findet sich von der Gesundheitspolitik bis hin zur Versor-

gungspraxis auf allen Ebenen, geht aber an der Realität und den Bedürfnissen psychisch Kranker vollkommen vorbei.

### 9.3.3

#### **Psychisch bedingte Invalidität hat sich seit 1986 verfünffacht**

In den letzten Dekaden haben die Renten durch Invalidität (IV-Rente) infolge psychiatrischer Gesundheitsprobleme stetig und stark zugenommen, zwischen 1986 (20 000) und 2006 (100 000) etwa um das Fünffache. Sie sind heute für etwa die Hälfte aller krankheitsbedingten IV-Renten verantwortlich, und insgesamt wurden 2006 rund 40 % aller IV-Renten wegen psychischer Krankheit gesprochen. Nicht alle psychischen Erkrankungen haben gleich zu dieser Entwicklung beigetragen, zugenommen hat in erster Linie die Gruppe der Depressionen, Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Schmerzstörungen, die sich in den letzten Jahren bei den Renten fast verzehnfacht hat. Auch in anderen Ländern haben diese Rentenursachen besonders zugenommen.

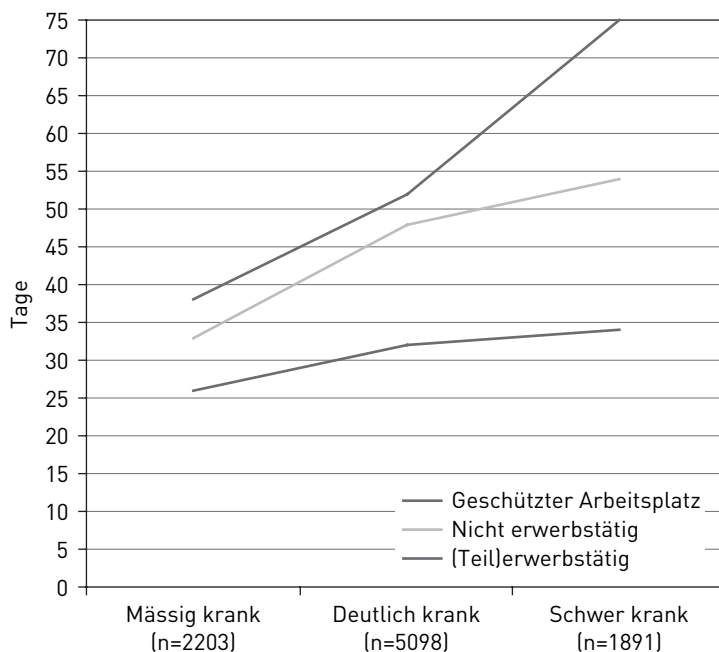
Im internationalen Vergleich ist die IV-Rentenquote in der Schweiz zwar immer noch relativ gering, und auch die Zunahme psychisch bedingter Invalidität ist nicht auf die Schweiz begrenzt, aber die Zuwachsraten dieser Renten waren hierzulande besonders hoch. Zwischen 1994 und 2002 verzeichnete die Schweiz ein Plus von knapp 60 % IV-Rentenempfängern, Schweden 21 %, Belgien 18 %, Niederlande 5 %, Kanada 2 % und Deutschland 0,5 %. Auch bei jüngeren Versicherten nimmt die Schweiz diesbezüglich eine Spitzenstellung ein. Die Wirksamkeit von Massnahmen zur Eingliederung in die Erwerbstätigkeit ist bei psychisch Behinderten zudem besonders tief.

### 9.3.4

#### **Der Zusammenhang von Erwerbsarbeit und psychischer Gesundheit**

Erwerbsarbeit ist in unserer Gesellschaft wahrscheinlich einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren überhaupt. Die Daten der Patientenstatistik der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal (BL) zeigen exemplarisch, dass erwerbstätige Patienten unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung eine deutlich kürzere Hospitalisationsdauer aufweisen als erwerbslose oder in geschütztem Rahmen (meist in IV-Werkstätten) arbeitende Patienten (siehe Abb. 5).

Umgekehrt ist auch die Bedeutung von psychischen Gesundheitsproblemen und psychosozialen Spannungen wie Stress und Mobbing für die Arbeitsfähigkeit und -produktivität nachgewiesen: Psychisch belastete Mitarbeitende haben etwa doppelt so viele Absenzen wie nicht belastete. Laut Untersuchungen des SECO fühlt sich etwa ein Viertel der Arbeitnehmenden oft oder sehr oft gestresst, und



Quelle: Medizinische Statistik der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Basel-Landschaft 1998–2006.

**Abbildung 5:** Durchschnittliche stationäre psychiatrische Hospitalisationsdauer (in Tagen) nach Erwerbsstatus und Krankheitsschwere bei Klinikeintritt (n = 9192 Behandlungsepisoden 1998–2006)

etwa 12 % leiden unter so starkem Stress, dass sie ihn für nicht bewältigbar halten und gesundheitlich eingeschränkt sind. In der Schweiz wie auch in anderen europäischen Ländern belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen sehr konservativ geschätzt auf 2 bis 4 % des Bruttoinlandprodukts, das sind jährlich rund 10 bis 20 Milliarden Franken.

### 9.3.5.

#### Stigmatisierung psychisch Kranker ist ein fundamentales Problem

Die Stigmatisierung (Brandmarkung) psychisch kranker Menschen als gefährlich, unberechenbar, unzuverlässig, unverständlich, faul oder dumm ist ein Hauptproblem für die Gesundung und Integration psychisch kranker Menschen. Trotz der Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung in den letzten 30 Jahren mit dem Abbau der früheren Verwahranstalten und dem Aufbau einer gemeindeintegrier-



ten und differenzierten Versorgung sind die gesellschaftlichen Vorurteile und die soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken insgesamt nicht sehr viel geringer geworden.

Forschungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zeigen, dass ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung der Ansicht ist, Psychatriepatienten sollte man das Stimmrecht aberkennen, und Schwangerschaften sollten sie abtreiben. Etwa 40 % der Bevölkerung meinen, dass an Depression erkrankte Personen sich zusammenreißen sollten, um wieder gesund zu werden. Ebenfalls nur etwa ein Drittel der Bevölkerung möchte einen psychisch kranken Menschen als Freund, würde ihm eine Wohnung vermieten oder würde ihn für eine Arbeitsstelle empfehlen. Trotz ihres ungleich grösseren Wissens über psychische Störungen stellen Psychiater, Psychologen und Pflegende in Bezug auf die soziale Distanz keine Ausnahme dar – sie wollen genauso wenig wie die Allgemeinbevölkerung einen Schizophrenen als Arbeitskollegen, Nachbarn oder als Mann ihrer Tochter. Dies verdeutlicht, dass die Stigmatisierung im Kern kein oberflächliches Informationsproblem ist. Damit sind auch die Grenzen von rein wissenszentrierten Antistigmakampagnen aufgezeigt.

### 9.3.6

#### **Stigmatisierung erschwert berufliche Eingliederung**

Dass die Stigmatisierung psychisch Kranker ein Haupthindernis bei der Stellensuche und beruflichen Eingliederung ist, zeigt auch eine experimentelle Befragung von 750 kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) im Kanton Basel-Landschaft: Personalverantwortlichen von Betrieben wurde eine Auswahl von fiktiven Bewerbern vorgelegt, die allesamt gut qualifiziert, 100 % arbeitsfähig und sehr zuverlässig sowie sehr leistungsbereit waren. Alle Bewerber bis auf einen wiesen eine chronische Erkrankung auf, der gesunde Bewerber war dagegen nicht sehr zuverlässig und weniger leistungsbereit. Resultat: Die meisten KMU würden den nicht sehr zuverlässigen Gesunden anstellen. Die Bewerber mit psychischen Störungen (Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit) würden als Letzte angestellt werden, nach Bewerbern mit potenziell nicht weniger behindernden Krankheiten wie Rheuma, Krebs, chronische Darmentzündung oder Multiple Sklerose. Die KMU sind aber kein Sonderfall: Wenn man Psychatriepatienten dieselbe Frage stellt («Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Firma, wen würden Sie anstellen?»), ergeben sich in etwa die gleichen Präferenzen: Psychatriepatienten würden sich selbst auch als Letzte anstellen, das heisst, sie teilen die gesellschaftlichen Vorurteile mit allen anderen. Den Betrieben fehlt es nicht primär an der Bereitschaft, Mitarbeiter mit psychischen Problemen anzustellen, sondern vielmehr stehen diverse reale und nicht reale Befürchtungen einer Anstellung gegen-

über. Immerhin ein Drittel der KMU wäre prinzipiell bereit, psychisch Kranke anzustellen, wenn man ihnen Massnahmen zur Risikominimierung und ein professionelles Coaching anbieten würde.

#### 9.4

### Versorgung und Gesundheitspolitik

#### 9.4.1

#### **Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz ist gut ausgebaut, aber fragmentiert**

Die Schweiz verfügt, abgesehen von gewissen ländlichen und alpinen Gebieten, bei beträchtlichen kantonalen Unterschieden, insgesamt über eine gut ausgebaute und differenzierte psychiatrische Versorgung. In den letzten Dekaden wurden stationäre Betten zugunsten von ambulanten und teilstationären Angeboten stark abgebaut, und die durchschnittliche Hospitalisationsdauer hat sich massiv verkürzt. Im internationalen Vergleich stehen jedoch nach wie vor relativ viele Psychiatrie-Betten zur Verfügung. Im ambulanten Bereich haben sich in den letzten zwanzig Jahren vor allem die privaten Praxen psychiatrischer und psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten vervielfacht, die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist zwischen 1984 und 2005 um das 18-Fache angestiegen.

Diese Entwicklung entspricht einem Nachholbedarf der psychiatrischen gegenüber der somatischen Versorgung und war bei der Reformierung der früheren Anstaltspsychiatrie beabsichtigt. Insgesamt kann nicht von einer Überversorgung ausgegangen werden, das Problem ist nicht die Inanspruchnahme, sondern die Fehlsteuerung des Systems. Die finanziellen Anreize begünstigen beispielsweise eine stationäre Behandlung, die gesetzlichen und finanziellen Fragmentierungen verhindern ein koordiniertes und zweckmässiges Vorgehen zwischen psychiatrischer Akutbehandlung und Rehabilitation (meist IV-finanziert). Rund ein Drittel der stationären Behandlungen psychisch Kranker findet zudem nach wie vor nicht in psychiatrischen Kliniken, sondern in somatischen Spitälern statt, und die Überweisungsraten psychisch Kranker von Hausärzten und Allgemeinspitälern an spezialisierte Dienste sind immer noch eher gering. Bei älteren und alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten ist von einer starken psychiatrischen Unterversorgung auszugehen, bei Migrantinnen und Migranten von einer Unter- oder Fehlversorgung. Bis sie psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung erfahren, vergehen oft Jahre, während derer sie rein somatisch abgeklärt und behandelt werden.

Der Expertenbericht der Ad-hoc-Gruppe «Psychiatrische Angebotsstrukturen» im Rahmen des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» zur psychischen Gesundheit nennt verschiedene Versorgungsbereiche und -probleme, die dringend zu verbessern wären – Punkte, die teils auch im «Leitfaden zur Psychiatrieplanung» der Gesundheitsdirektorenkonferenz 2008 aufgenommen wurden. Die gesetzlich oder finanziell bedingte Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung, der Mangel an teilstationären und aufsuchenden Hilfen, die mangelnde Frühintervention und -rehabilitation und Verknüpfung zur somatischen Medizin und Pflege sowie die fehlenden psychiatrischen Strukturen an den Schnittstellen zur Arbeitswelt stellen dabei besondere Probleme dar.

#### 9.4.2

### **Nationale und internationale gesundheitspolitische Massnahmen**

Im Jahr 2000 haben Bund und Kantone veranlasst, Grundlagen für eine Strategie zur psychischen Gesundheit zu erarbeiten. In der breiten Vernehmlassung des Berichts der «Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz» zur psychischen Gesundheit im Jahr 2004 wurde den Aspekten «Früherkennung», «Gesundheitsförderung», «Bewusstseinsbildung», «Selbsthilfe» und «Qualitätsentwicklung» besonders hohe Priorität zugemessen. Bund und Kantone haben sich in der Folge geeinigt, dass die psychische Gesundheit auf nationaler Ebene als gemeinsames Thema beibehalten werden soll. Im Jahr 2005 verabschiedete WHO-Europa den Aktionsplan «Psychische Gesundheit». Die WHO sieht dabei in Übereinstimmung zum schweizerischen Strategieentwurf für das kommende Jahrzehnt folgende Prioritäten: Bewusstseinsbildung der zentralen Bedeutung psychischer Gesundheit, Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker, Planung integrierter und effizienter Versorgungssysteme inklusive Prävention, Förderung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, Qualitätsentwicklung und Einbezug des Wissens von Patienten und Angehörigen in Planung und Entwicklung.

#### 9.5

### **Einzelaktivitäten benötigen Steuerung und Förderung**

#### 9.5.1

### **Neue Versorgungsmodelle und Projekte entstehen**

In vielen Kantonen wurde auf die genannten Versorgungsprobleme reagiert, beispielsweise im Kanton Zürich mit der «Integrierten Versorgung» in Winterthur, die unter einem Dach die gesamte psychiatrische Versorgung abdeckt und die Betreuungskontinuität sicherstellen soll. Ein weiteres Beispiel wären die vom Bun-

desamt für Gesundheit und von der Gesundheitsdirektorenkonferenz geförderten kantonalen Depressions-Projekte am Beispiel des «Nürnberger Bündnis[ses] gegen Depression», welche die Erfassung und Behandlung von an Depression Erkrankten durch verstärkte Zusammenarbeit mit den Hausärzten und durch Information verbessern wollen. Auch werden vermehrte suizidpräventive Massnahmen gefordert. Es wurden Initiativen für die Früherkennung und -intervention bei Psychosen ergriffen, beispielsweise das «Swiss Early Psychosis Project». Die Patientenorganisation «pro mente sana» hat mit anderen dazu beigetragen, dass in einer Verordnung die ambulanten psychiatrischen Leistungen im Rahmen der Spitex geregelt werden konnten. In Luzern besteht zurzeit ein befristeter Modelltarif für bestimmte Behandlungen, um das Versorgungspotenzial von ambulanten an Stelle von stationären Leistungen evaluieren zu können. Auch die Anliegen der Angehörigen werden zunehmend wahrgenommen; beispielsweise gibt es in St. Gallen Beauftragte für die Angehörigenberatung. Im Kanton Bern wurden in der laufenden Psychiatrieplanung verschiedene Pilotprojekte lanciert, unter anderem die Konzipierung eines neuartigen Finanzierungsmodells (regionales Psychiatriebudget). Der Kanton Zug hat ein kantonales Konzept zur psychischen Gesundheit erarbeitet, um Sensibilisierung, Früherkennung und Integration zu verbessern. In Genf wurden mit Kurzzeittherapie-Zentren, die auch Betten mit «kurzer Dauer» anbieten, Alternativen zur Klinikhospitalisation aufgebaut. In Lausanne, Genf und anderen Kantonen wurden mobile aufsuchende Equipen aufgebaut, welche die Patientinnen und Patienten zu Hause besuchen. Im Kanton Basel-Landschaft wurde eine Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation gegründet, die auch auf nationaler Ebene mit Forschung und Schulungsaktivitäten zur Invaliditätsprävention beitragen soll. Schliesslich wird auf nationaler Ebene diskutiert, wie angesichts des Bedarfs die selbstständigen Psychologinnen und Psychologen stärker in die Grundversorgung eingebunden werden können (Psychologieberufe-Gesetz).

### 9.5.2

#### **Wissenschaftliche Daten für die Versorgungsplanung sind notwendig**

Mit der Gründung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) bestehen nun deutlich mehr wissenschaftlich aufbereitete Daten, vor allem zur psychiatrischen Versorgung und zur psychischen Gesundheit in der Schweiz, als bisher. Mit seinen Publikationen unterstützt das Obsan die psychiatrische Praxis und trägt zu einer evidenzbasierten Versorgungsplanung bei.

### 9.5.3

#### **Invaliditätsprävention und Gesundheitsförderung**

Mit der fünften Revision des Invalidengesetzes werden wichtige neue Massnahmen, wie zum Beispiel die Frühintervention am Arbeitsplatz oder die sozialberufliche Rehabilitation, möglich. Diese Neuerungen könnten die Schnittstellen zwischen Arbeitswelt und Psychiatricversorgung intensivieren. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat zudem ein Forschungsprogramm gestartet, in dem die Ursachen der psychisch bedingten Rentenzunahme analysiert werden sollen. Die psychische Gesundheit ist nunmehr auch ein Kernthema der Gesundheitsförderung. Es sind zudem Vorarbeiten im Gange zur Erarbeitung eines Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetzes, das den Rahmen (Kompetenzen, Finanzierung und Steuerung) für künftige Aktivitäten in diesem Bereich klären soll.

### 9.5.4

#### **Umfassende Steuerung und Förderung nötig**

Insgesamt deutet sich bei dieser Auswahl an Aktivitäten an, dass eine gewisse Sensibilisierung für die Häufigkeit und die Relevanz psychischer Gesundheitsprobleme, aber auch für die Behandlungs- und Integrationsbedürfnisse psychisch Kranker stattzufinden scheint. Es handelt sich im Wesentlichen aber um Einzelaktivitäten ohne umfassende und nachhaltige Steuerung und Förderung.

### 9.5.5

#### **Stärker in praxisbezogene Forschung investieren**

Zu einem verbindlichen Aktionsplan gehört auch die entsprechende Forschung. Neben der vielerorts vorangetriebenen neurowissenschaftlichen Forschung, der wichtigen klinischen und der Grundlagenforschung sollten vor allem deutlich verstärkte Investitionen in praxisbezogene Forschungsprojekte zu Fragen der Integration, Früherkennung und Frühintervention sowie zu Fragen der psychiatrischen Versorgung in verschiedenen Lebens- und Altersbereichen getätigt werden.

Wenn psychisch Kranke vermehrt integriert und psychische Probleme frühzeitiger erkannt und angegangen werden sollen, so ist dies nur zu erreichen, wenn man im Elterhaus, in der Schule und am Arbeitsplatz Probleme und Konflikte auch erkennen *will* und sie aushält, anstatt sie zu verleugnen oder zu beschönigen. Dies bedingt sehr viel tiefer gehende Massnahmen als reine Informationskampagnen, da das Problem nicht primär in der mangelnden Information liegt, sondern in Abwehrhaltungen und emotionalen Prozessen. Letztlich wird es darum gehen, einen angstfreieren Umgang mit psychischen Problemen und ein umfassenderes Verständnis von psychischer Gesundheit zu fördern, das eigene Defizite

und psychische Probleme einschliesst. Je ganzheitlicher die psychische Gesundheit verstanden wird, desto grösser sind im Endeffekt die Integrationschancen psychisch kranker Menschen. Eine solche Bewusstseinsbildung kann nur mit einem umfassenden und nachhaltigen Vorgehen gefördert werden.

## Literatur

- Ajdacic V., Graf M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Informationen über die Schweiz. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Baer N., Domingo A., Amsler F. (2003) Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Domingo A., Baer N. (2003). Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 30:355–357.
- Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft (2003). Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Liestal: Kantons-Verlag.
- Knapp M., McDavid D., Mossialos E., Thornicroft G. (2007). Mental health policy and practice across Europe. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Columbus: McGraw-Hill, Open University Press.
- Lauber C., Anthony M., Ajdacic-Gross V., Rössler W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19/7:423–427.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP) (2004). Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Bern: NGP.
- Schuler D., Rüesch P., Weiss C. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

# 10 Unfälle und gesellschaftliche Folgen

Erik von Elm, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, und Steffen Niemann, bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung, Bern

Von Unfällen ist die gesamte Bevölkerung betroffen. Pro Jahr wird jeder Sechste in der Schweiz wegen einer Unfallverletzung ärztlich behandelt; rund 2100 Personen verunfallen tödlich. Das Unfallgeschehen wird von demografischen und wirtschaftlichen Entwicklungen, aber auch von gesellschaftlichen Trends beeinflusst. Die Planung von Massnahmen der strukturellen und individuellen Unfallprävention muss solche Veränderungen berücksichtigen. Die jedes Jahr durch Unfälle verursachten volkswirtschaftlichen Kosten sind erheblich und stehen in einem Missverhältnis zu den Mitteln, die für die Weiterentwicklung der Unfallprävention aufgewendet werden. Viele Risikofaktoren, die zu Unfällen führen, sind bekannt. Im Strassenverkehr zählen der Alkoholkonsum und die nicht angepasste Geschwindigkeit dazu. Neben solchen unfallverursachenden Faktoren spielen jedoch auch das Geschlecht und das Alter sowie soziale Determinanten wie der Bildungshintergrund im Unfallgeschehen eine Rolle. Wie sich solche Determinanten auf das Unfallgeschehen auswirken, ist weit weniger bekannt. Gleiches gilt für Unfälle in Sport und Freizeit oder im Haushalt. Neben erhöhten Risiken bei neuen Trendsportarten bestehen altbekannte Unfallursachen, wie etwa die Stürze von Senioren, die durch die demografische Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Um die Unfallprävention besser auf die Zielgruppen ausrichten und Schwerpunkte setzen zu können, ist eine Verstärkung der epidemiologischen Unfallforschung zu fordern.

## 10.1

### Keine Entwarnung im Unfallgeschehen

Pro Jahr wird jeder Sechste in der Schweiz wegen einer Unfallverletzung ärztlich behandelt, und rund 2100 Personen verunfallen tödlich. Die Entwicklung des Unfallgeschehens hängt von einer Vielzahl von Einflussgrössen ab, wie etwa von

der demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung, von gesellschaftlichen Trends (z. B. im Mobilitäts- und Freizeitverhalten) und technischem Fortschritt, aber auch von veränderten klimatischen Bedingungen. Diese müssen bei der Planung präventiver Massnahmen berücksichtigt werden, um Sicherheitsstandards auch zukünftig weiterentwickeln zu können. Viele Unfälle sind auf Faktoren zurückzuführen, die veränderbar sind und Ansatzpunkte für effiziente Präventionsmassnahmen bieten.

In diesem Kapitel wird der Schwerpunkt auf die drei Unfallbereiche «Verkehr», «Sport» sowie «Haus und Freizeit» gelegt. Auf eine detaillierte Darstellung der Berufsunfälle muss aus Platzgründen verzichtet werden, obwohl diese einen bedeutenden Anteil am gesamten Unfallgeschehen haben. Auch werden Verletzungen durch vorsätzliche Gewalteinwirkung hier nicht berücksichtigt.

Die Schwere der Verletzungen ist bei Verkehrsunfällen durchschnittlich am höchsten, das Durchschnittsalter der Betroffenen dabei niedrig. Dass sich auch in Haushalt und Freizeit viele Menschen schwer verletzen, findet in der öffentlichen Diskussion um Unfallprävention oft weit weniger Beachtung (siehe Tab. 1). Mit der Zunahme des Anteils älterer Personen in der Bevölkerung steigen auch der Anteil älterer Unfallverletzter und damit die relative Bedeutung von Stürzen als Unfallhergang. Durch den wirtschaftlichen Strukturwandel und die Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz nehmen Berufsunfälle in der Schweiz im langjährigen Mittel an Schwere und Zahl ab. Diesem positiven Trend steht ein zunehmender Anteil von Nichtberufsunfällen in Freizeit und Sport gegenüber. Die

**Tabelle 1:** Nichtberufsunfälle der schweizerischen Wohnbevölkerung, 2004

Bereich	Verletzte				Getötete	Case fatality (Getötete pro 10 000 Verunfallte)
	Total	Invalide <sup>1</sup>	Schwerverletzte	Mittelschwerverletzte		
Straßenverkehr	100 000	1710	6 680	5 190	450 <sup>2</sup>	45
Sport	304 000	540	9 930	15 420	137	5
Haus und Freizeit	596 000	3440	25 920	19 660	1365	23
<b>Total Nichtberufsunfälle</b>	<b>1 000 000</b>	<b>5690</b>	<b>42 530</b>	<b>40 270</b>	<b>1952</b>	<b>19</b>

<sup>1</sup> Dauerhaft teil- oder vollinvalid (Definition von Invalidität gemäss ATSG Art. 8)

<sup>2</sup> Getötete auf Schweizer Strassen im Jahr 2004 (inkl. Touristen, Berufsunfälle, Sport): 510



Zahl der Schwerverletzten und Getöteten im Strassenverkehr und im Berufsleben wird voraussichtlich auch zukünftig weiter gesenkt werden können. Mitbedingt durch den demografischen Wandel wird eine weitere Reduktion des Unfallgeschehens in Freizeit und Sport jedoch weitaus schwieriger sein.

Trotz landesweiter Präventionsmassnahmen sind in der Schweiz ausgeprägte regionale Unterschiede im Unfallgeschehen zu erkennen. So ist zum Beispiel das Risiko, an den Folgen eines Verkehrsunfalls zu sterben, bei Männern, die in der Romandie oder im Tessin leben, verglichen mit der Deutschschweiz, erhöht. Diese regionalen Differenzen bleiben auch bestehen, wenn mehrere wichtige Einflussgrössen wie Bildung und Alter berücksichtigt werden. Die Unterschiede stimmen mit den Ergebnissen von Umfragen überein, in denen das Schutzverhalten in den einzelnen Sprachregionen erfragt wurde. Die Akzeptanz sowohl des Sicherheitsgurts in Personenwagen als auch des Schutzhelms für Zweiräder ist in der Romandie und im Tessin geringer. Auf Tessiner Strassen wurde im Frühjahr 2007 die Helmtragepflicht von nur 56 % der Motorfahradfahrer, jedoch von allen Motorradfahrern befolgt, während dies in der Deutschschweiz und in der Romandie bei 87 und 86 % der Fall war. Des Weiteren war nur bei etwa einem Drittel der Personenwagen auf den Strassen der Romandie auch bei schöner Witterung das Licht eingeschaltet, während dies in der Deutschschweiz bei 56 % der Fall war. Befragt nach der Akzeptanz wurde diese Soll-Vorschrift von weniger als der Hälfte der Befragten in der Romandie befürwortet. Oft werden kulturelle Verschiedenheiten zur Erklärung solcher Unterschiede geltend gemacht. Es ist jedoch unklar, wie diese sich konkret auf das Verhalten auswirken und was zur Entstehung von unterschiedlichen Trends und Schwerpunkten im Unfallgeschehen in den drei Sprachregionen beiträgt. Präventionsmassnahmen, vor allem wenn sie landesweit geplant werden, müssen solchen Unterschieden Rechnung tragen und noch besser auf die Regionen zugeschnitten werden.

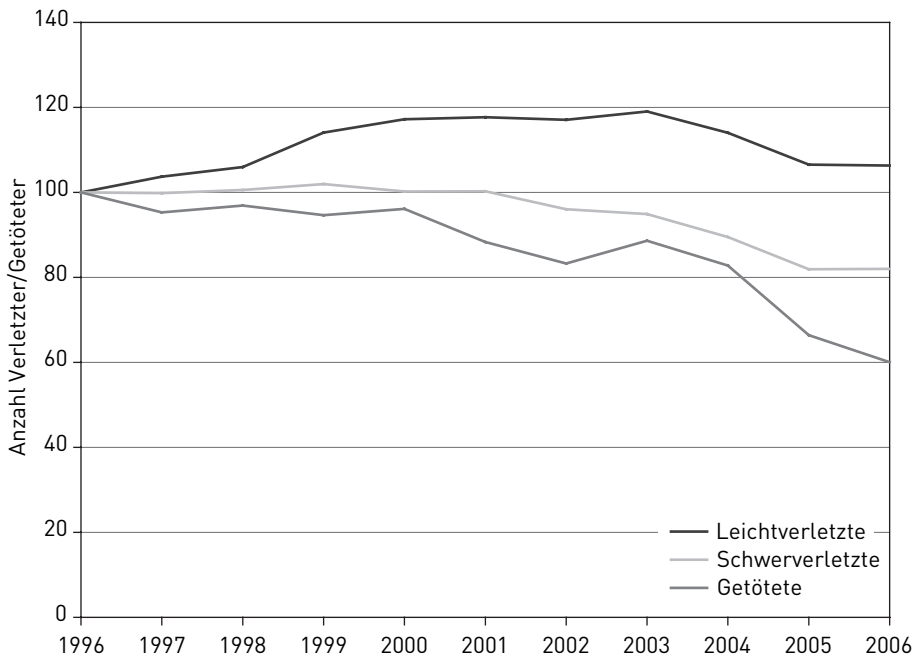
## 10.2

### **Verkehrsunfälle sind kein Schicksal, sondern sie können verhindert werden**

Die Schweizer Bevölkerung legte im Jahr 2005 pro Kopf rund 19 000 Kilometer im In- und Ausland zurück – ein Anstieg von 30 % gegenüber 1984. Diese Jahresmobilität, die fast einer halben Erdumrundung entspricht, wurde zu 57 % per Auto oder Motorrad zurückgelegt. Trotz der deutlichen Zunahme des Verkehrsvolumens konnte die Zahl der Strassenverkehropfer gesenkt werden. 1996 starben 616 Menschen auf Schweizer Strassen, 2006 mit 370 ca. 40 % weniger. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Verletzten jedoch nicht in gleichem Mass ab. 1996 wurden 6177 Menschen im Strassenverkehr schwer verletzt; zehn Jahre später nur

18 % weniger (siehe Abb. 1). Eine genauere Analyse müsste auch die Schwere der Verletzungen als Kenngrösse betrachten. Dies ist umso bedeutender, da viele Überlebende jung sind und als direkte Unfallfolge jahrzehntelang mit schweren Behinderungen leben müssen. Das Fehlen eines nationalen Trauma-Registers in der Schweiz verhindert derzeit jedoch die Möglichkeit zu exakteren Aussagen.

In der Unfallprävention im Strassenverkehr wurde schon vor zehn Jahren in Schweden der Begriff «Vision Zero» geprägt. Diesem Konzept liegt die Idee zugrunde, dass Tote und Schwerverletzte im Strassenverkehr genauso inakzeptabel sind wie im Schienen- oder Luftverkehr. Dem schwedischen Beispiel folgend, wurde es in mehreren europäischen Ländern, darunter der Schweiz, in der nationalen Verkehrssicherheitspolitik umgesetzt. Dabei sollte kein utopisches Fernziel



Die Anzahl Verletzter/Getöteter des Jahres 1996 wurde als Index (= 100) genommen. (Veränderungen des Verkehrsvolumens sind nicht berücksichtigt.)

Quelle: Niemann S., Brügger O., Dähler-Sturny C., Imseng C., Siegrist S. (2007). Unfallgeschehen in der Schweiz. Bern: Statistik der bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung.

**Abbildung 1:** Entwicklung der Zahl der Verletzten und Getöteten im Strassenverkehr, 1996–2006

formuliert, sondern ein Paradigmenwechsel in der Unfallprävention herbeigeführt werden. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Menschen im Strassenverkehr (wie auch in anderen Situationen) immer fehleranfällig sein werden und Verkehrswege und -mittel daher fehlertolerant gestaltet werden müssen. Das geplante Handlungsprogramm des Bundes «Via sicura» sieht ein Paket von Massnahmen vor, mit denen schwere Unfälle auf Schweizer Strassen weiter deutlich reduziert werden können. Die Senkung der Zahl der Verkehrstoten auf unter 300 pro Jahr gilt als Etappenziel bis 2010.

Der internationale Vergleich zeigt, dass Länder mit aktuell hohem Sicherheitsniveau ihre Erfolge nicht durch günstige Witterungsbedingungen oder geringere Verkehrsdichte erreicht haben, sondern durch gezielte, politisch motivierte Unfallprävention. Die Schweiz gehörte mit 69 Getöteten auf eine Million Einwohner im Jahr 2004 zu den OECD-Ländern mit sehr gutem Sicherheitsniveau. Gleichwohl könnte jedes Jahr in der Schweiz zusätzlich das Leben von 140 Menschen gerettet werden, wenn das aktuell in den Niederlanden erreichte Niveau von 50 Todesfällen auf eine Million Einwohner erreicht würde. Dazu müsste das Potenzial wirksamer Massnahmen, sowohl bei gesetzlichen Regelungen als auch bei Infrastrukturmassnahmen, weiter ausgeschöpft werden. Zwei Einzelaspekte seien hier beispielhaft genannt: Mit ca. 20 % ist der Anteil der Motorradfahrer an den Verkehrsoptionen sehr hoch. Die absolute Zahl der schwer verletzten Motorradfahrer lag 2006 mit 1482 um 29 % höher als 1996. Mögliche Ursachen dieser negativen Entwicklung sind die Zunahme der Motorradbenutzung um ca. 50 % (gemessen in km-Fahrleistung) und die erleichterte Zulassung, die durch die Anpassung der gesetzlichen Fahrzeugkategorien an EU-Recht und den Wegfall der Motorradfahrerprüfung für Leichtmotorräder bis 125 cm<sup>3</sup> Hubraum möglich wurde. Im motorradspezifischen Unfallgeschehen bestehen jedoch auch massive regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz, deren Ursachen nicht vollständig geklärt sind. Eine weitere kritische Entwicklung ist die Zunahme schwerer Geländewagen (so genannte Sport Utility Vehicles) mit hoher und harter Front. Schwache Verkehrsteilnehmer, insbesondere Fussgänger, werden bei Kollisionen mit solchen Fahrzeugen schwerer verletzt.

Tödliche Verkehrsunfälle werden auch von sozialen Faktoren bestimmt. Bevölkerungsbasierte Analysen der sozialen Determinanten von Verkehrsunfällen in der Schweiz sind im Rahmen der Swiss National Cohort möglich. Die Analysen schliessen nicht nur verunfallte Lenker von Personenwagen ein, sondern alle Verkehrsteilnehmer (z. B. auch tödlich verletzte Fussgänger). Dabei wird deutlich, dass die soziale Last durch tödliche Verkehrsunfälle ungleich auf verschiedene Bevölkerungsgruppen verteilt ist. Trotz eines Rückgangs geschlechterspezifischer Unterschiede haben Männer weiterhin ein deutlich höheres Unfallrisiko als Frauen. Die bestehenden Unterschiede werden durch sich verändernde Risikoexpo-

sitionen und -verhalten beider Geschlechter erklärt. Je nach Unfallbereich zeigen sich international uneinheitliche Trends.

Das Lebensalter ist eine wichtige Determinante tödlicher Verkehrsunfälle (Tab. 2). 18- bis 24-jährige Verkehrsteilnehmer haben ein bis zu doppelt so hohes Risiko, im Verkehr tödlich zu verunfallen, als die Vergleichsgruppe der 50- bis 54-jährigen Verkehrsteilnehmer. Auffällig ist auch das wieder ansteigende Risiko in den hohen Altersklassen. Nach dem 70. Lebensjahr haben Männer ein zweifach, Frauen sogar ein fünffach erhöhtes Risiko eines tödlichen Verkehrsunfalls.

Geringere Schulbildung ist im Vergleich zum sekundären Schulabschluss mit einem um 25 bis 30 % erhöhten Risiko verbunden, einen tödlichen Unfall im Strassenverkehr zu erleiden (Tab. 2). Während eine höhere Schulbildung bei Männern offenbar mit einem geringeren Unfallrisiko in Zusammenhang steht, konnte dieser Gradient bei Frauen bisher nicht nachgewiesen werden. Welche Rolle anderen Faktoren wie Zivilstand und Art des Haushalts zukommt, ist unklar. Eher überraschend ist das verminderte Risiko tödlicher Unfälle bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund. Einzelne Determinanten sind jedoch stets im Kontext zu interpretieren. Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildung müssen in der Planung präventiver Massnahmen berücksichtigt werden. Wenn Präventionsmassnahmen auf Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko inhaltlich abgestimmt und zielgruppenspezifisch kommuniziert werden, kann ihr Wirkungsgrad deutlich erhöht werden.

In Grossbritannien konnte gezeigt werden, dass soziale Benachteiligung das Unfallrisiko auch bei Kindern erhöht. Dabei spielen Faktoren wie erhöhte Exposition gegenüber Unfallgefahren und ungenügende Überwachung durch Erwachsene eine Rolle, aber auch ein weniger gut entwickeltes Gefahrenbewusstsein der sozial benachteiligten Kinder. Geringer sozialer Status allein ist in diesem Beispiel also nicht als Unfallursache zu betrachten, sondern als ein Faktor, der andere zugrunde liegende Einflussgrössen beschreibt.

### 10.3

#### **Beim Sport verletzen sich viele**

Im Jahr 2004 verletzten sich rund 304 000 Personen beim Sport; 137 Menschen wurden getötet. Über alle Altersgruppen hinweg dominieren mit rund 17 % die beim Fussball verletzten Personen. Weitere unfallträchtige Sportarten sind alpines Ski- und Snowboardfahren, Radfahren und Baden/Schwimmen. Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre sind überproportional von Sportverletzungen betroffen; eine besonders unfallträchtige Aktivität in dieser Altersgruppe ist das Radfahren. Dagegen stellen Senioren nur einen geringen Anteil der Sportverletzten. Eine Besonderheit ist, dass überdurchschnittlich viele ältere Menschen beim Bergwan-

**Tabelle 2:** Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Unfallmortalitätsraten in den Jahren 2000 bis 2004. Relative Raten\* mit 95 % Vertrauensintervallen (in Klammern)

Determinante		Männer	Frauen
Altersgruppe	18 bis 24 Jahre	1,61 (1,21–2,15)	2,11 (1,15–3,90)
	25 bis 29 Jahre	1,06 (0,79–1,43)	1,34 (0,71–2,51)
	30 bis 34 Jahre	0,98 (0,74–1,29)	1,25 (0,70–2,24)
	35 bis 39 Jahre	0,90 (0,68–1,18)	1,33 (0,76–2,31)
	40 bis 44 Jahre	0,86 (0,65–1,14)	0,84 (0,45–1,57)
	45 bis 49 Jahre	0,86 (0,64–1,14)	1,24 (0,70–2,21)
	50 bis 54 Jahre	1,00	1,00
	55 bis 59 Jahre	1,10 (0,83–1,45)	1,41 (0,80–2,49)
	60 bis 64 Jahre	0,91 (0,66–1,26)	1,88 (1,06–3,34)
	65 bis 69 Jahre	1,20 (0,85–1,70)	1,13 (0,57–2,22)
70 bis 74 Jahre	2,20 (1,53–3,16)	5,01 (2,80–8,97)	
Höchste abgeschlossene Ausbildung **	Obligatorische Schulbildung	1,32 (1,11–1,55)	1,25 (0,94–1,68)
	Sekundarstufe II	1,00	1,00
	Tertiärstufe	0,86 (0,72–1,02)	1,37 (0,92–2,02)
Sprachregion	Deutsch	1,00	1,00
	Französisch	1,22 (1,07–1,40)	1,11 (0,85–1,44)
	Italienisch	1,25 (0,94–1,65)	1,39 (0,86–2,25)
Urbanisierung der Wohngemeinde	Zentrum einer Agglomeration	1,00	1,00
	Gemeinde in Agglomeration	1,28 (1,09–1,51)	1,25 (0,94–1,66)
	Einzelne Stadt	1,96 (1,14–3,37)	1,85 (0,68–5,07)
	Ländliche Gemeinde	1,92 (1,63–2,27)	1,50 (1,10–2,05)
Migrationsstatus	Schweizer(in) seit Geburt	1,00	1,00
	Eingebürgert	0,64 (0,47–0,88)	1,04 (0,73–1,48)
	Ausländer mit C-Bewilligung	0,79 (0,66–0,95)	0,66 (0,43–1,01)
	Ausländer mit B-Bewilligung	0,70 (0,49–0,99)	0,84 (0,46–1,52)

Tabelle 2: Fortsetzung

Determinante		Männer		Frauen	
Zivilstand	Ledig	1,29	(1,02–1,62)	1,15	(0,74–1,78)
	Verheiratet	1,00		1,00	
	Verwitwet	1,28	(0,77–2,12)	1,54	(0,96–2,45)
	Geschieden	1,92	(1,53–2,41)	2,15	(1,47–3,14)
Haushaltstyp	Einzelperson	1,20	(1,01–1,43)	0,96	(0,68–1,35)
	Mehrere Personen	1,00		1,00	
	Institution	0,93	(0,67–1,30)	0,69	(0,32–1,50)

\* Entspricht «Hazard Ratios» im zugrundeliegenden Cox-Regressionsmodell

\*\* «Obligatorische Schulbildung» umfasst obligatorische Schule, Diplommittelschule, berufsvorbereitende Schule sowie Personen mit fehlenden Angaben zur Ausbildung; «Sekundarstufe II» umfasst Berufslehre, Vollzeit-Berufsschule, Maturitätsschule und Lehrerseminar; «Tertiärstufe» umfasst höhere Fach- und Berufsausbildung, höhere Fachschule, Fachhochschule und Universität

Die Auswertung ist zusätzlich korrigiert für Unterschiede in sozio-professionellem Status, Elternschaft und Religionszugehörigkeit.

Quelle: Auswertung der Swiss National Cohort ([www.swissnationalcohort.ch](http://www.swissnationalcohort.ch)).

dern verunfallen, oft mit schweren Unfallfolgen. Allgemein variiert die durchschnittliche Verletzungsschwere zwischen den verschiedenen Sportarten erheblich. So gibt es in Sportarten mit vielen Verletzten wie dem Fussball und Schneesport nur wenige tödliche Unfälle. Hingegen gehen relativ viele Unfälle beim Wasser- und Bergsport tödlich aus.

Die gesundheitsfördernde Wirkung von Sport und Bewegung ist unumstritten. Gleichwohl bewegt sich etwa ein Drittel der Bevölkerung zu wenig und verursacht dadurch, auch volkswirtschaftlich betrachtet, hohe Kosten. Mit dem sportpolitischen Konzept des Bundes soll der Anteil der Bewegungsaktiven sukzessive erhöht werden. Begleitende Präventionsmassnahmen sind notwendig, um zu verhindern, dass steigende körperliche Aktivitäten auch zu einer Zunahme sportbedingter Unfälle führen. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 gaben 8 % der Bevölkerung an, sich innerhalb von zwölf Monaten eine Unfallverletzung bei Sport und Spiel zugezogen zu haben. Körperlich Aktive hatten erwartungsgemäss ein höheres Unfallrisiko. Eher inaktive Personen ziehen sich jedoch im Durchschnitt schwerere Verletzungen zu. Beide Gruppen hatten in einer Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 eine etwa gleich hohe Anzahl verletzungsbedingter Ausfalltage.

## 10.4

**Unfälle in Haus und Freizeit werden unterschätzt**

Bei Tätigkeiten in Haus und Freizeit besteht eine Vielzahl verschiedener Gefährdungen, denen in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich grosse Bedeutung zukommt. Bei Haushalts- und Freizeitaktivitäten starben im Jahr 2004 mehr als dreimal so viel Menschen als im Strassenverkehr (siehe Tab. 1). 84 % der tödlich verletzten Unfallopfer in dieser Kategorie waren ältere Menschen ( $\geq 65$  Jahre). Aber auch wenn Unfälle mit nicht tödlichem Ausgang in den Vergleich einbezogen werden, dominieren Unfälle, die zuhause oder in der Freizeit passieren.

Mit fast zwei Dritteln der Fälle sind Stürze auf gleicher Ebene die mit Abstand häufigste Unfallursache, oft mit verursacht durch bestehende gesundheitliche Einschränkungen wie Sehschwächen oder Gleichgewichtsstörungen. Angesichts der demografischen Entwicklung stellen Stürze von Senioren ein wachsendes Public-Health-Problem dar.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sind Stürze aus der Höhe mit rund einem Viertel der Fälle ein klarer Unfallschwerpunkt, gefolgt von Stürzen auf gleicher Ebene und von Verletzungen durch Scherben und andere Materialien. Die meisten Kinder verunfallen in ihrer unmittelbaren Wohnumgebung. Jungen unter 16 Jahren sind etwa doppelt so häufig von tödlichen Unfällen betroffen als gleichaltrige Mädchen. Die markanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen hier ebenso wie im Unfallgeschehen auf den Strassen. Die meisten Stürze von Kindern aus der Höhe, etwa von Fenstern, Balkonen, aber auch aus Kajütenbetten, könnten durch angemessene Sicherungen verhindert werden. Viele Erwachsene der Altersgruppe der 17- bis 65-Jährigen verletzen sich im Haushalt durch falsche Handhabung von technischen Einrichtungen und Geräten. Für solche Unfälle im Freizeitbereich gelten die gleichen Prinzipien wie in der beruflichen Unfallverhütung. Arbeitssicherheit setzt die ergonomische Gestaltung und Sicherheit der eingesetzten Mittel voraus. Zusätzlich sind das Erlernen einer sachgerechten Handhabung und eine gezielte Information notwendig.

## 10.5

**Effiziente Rettung und Akutversorgung entscheiden über langfristige Folgen**

Eine rasche und adäquate medizinische Notfallversorgung am Unfallort trägt entscheidend zur Verminderung von langfristigen Unfallfolgen bei und kann als Qualitätsmerkmal eines Gesundheitssystems gelten. Das Rettungswesen der Schweiz ist bezüglich der Organisationsstrukturen und Qualitätsstandards sehr heterogen. Aufgrund lokaler Bedingungen unterscheiden sich die bodengebunde-

nen Rettungsdienste deutlich voneinander in Grösse, Qualifikation der Einsatzkräfte und Qualität der erbrachten Leistungen. In der Luftrettung werden durch die Rega und ihre Partnerorganisationen einheitliche Standards gewährleistet. Anstrengungen zur Qualitätssicherung bei den bodengebundenen Rettungsdiensten, wie beispielsweise eine flächendeckende Zertifizierung, konnten bisher nur empfehlenden Charakter haben, da eine übergeordnete bundesweite Gesetzgebung fehlt. Angesichts des steigenden Kostendrucks ist unklar, wie einzelne Rettungsdienste Verbesserungen in der Versorgungsqualität umsetzen können. Als zukunftsweisende Strategie ist eine stärkere Regionalisierung der Rettungsdienste in Betracht zu ziehen.

Viele Unfallverletzte müssen stationär oder ambulant rehabilitiert werden, um verlorene Funktionen ganz oder teilweise wieder zu erwerben. Nicht die Akutversorgung, sondern die anschliessende Rehabilitation macht den Grossteil der direkten medizinischen Kosten aus, die nach Unfällen entstehen. Zerebrale und spinale Verletzungen stehen an erster Stelle, wenn die Anzahl der mit einer Behinderung gelebten Lebensjahre (Years Lived with Disability, YLD) als Massstab genommen wird. Auf diese beiden Verletzungsgruppen fällt ein Grossteil der unfallbedingten Rehabilitationsleistungen. Bisher unterschätzt werden die langfristigen Folgen von leichten bis mittleren Schädel-Hirn-Verletzungen, die oft noch als Bagatellverletzungen betrachtet werden. Angesichts ihrer relativen Häufigkeit muss ihnen zukünftig verstärkt Beachtung geschenkt werden. Es gilt, die Organisation der Neurorehabilitation in der Schweiz weiter zu optimieren und wirksame innovative Konzepte wie die ganzheitliche Rehabilitation konsequent umzusetzen. Ein evidenzbasierter Ansatz setzt die Anwendung einheitlicher Bewertungsmaßstäbe voraus, mit deren Hilfe individuelle Therapieerfolge objektiv eingeschätzt werden können, aber auch der Vergleich verschiedener Therapiekonzepte und Leistungserbringer ermöglicht wird. Koordinations- und Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation dürfen eine möglichst frühe Rehabilitation von unfallverletzten Patienten nicht verhindern. Auch muss die flächendeckende Versorgung dieser Patienten mit ambulanten Rehabilitationsleistungen ausgebaut werden.

## 10.6

### **Forschung muss gestärkt werden**

In der Schweiz wie auch international werden vergleichsweise geringe finanzielle Mittel in die Erforschung und Weiterentwicklung der Unfallprävention und der medizinischen Versorgung von Unfallverletzten investiert. Kernforderungen, wie sie 2004 im «World Report on Road Traffic Injury Prevention» der WHO formuliert wurden, gelten daher heute auch für die Schweiz. An erster Stelle ist der Auf-



bau einer einheitlichen validen Datengrundlage zu nennen. Aktuell sind die flächendeckende Erfassung und die Berechnung relevanter Indikatoren, wie zum Beispiel Disability-Adjusted Life Years (DALY), in der Schweiz nicht möglich. Vorhandene medizinische und gesundheitsökonomische Informationen sind über mehrere Datenbanken des Bundes, der Kantone und der Leistungserbringer verteilt und können nur teilweise miteinander kombiniert werden. Koordinierte multidisziplinäre Versorgungsforschung benötigt jedoch eine robuste Datengrundlage. Nur so kann die Wirksamkeit bestehender und zukünftiger Präventionsmassnahmen mit wissenschaftlichen Methoden untersucht und Verbesserungspotenzial in der Versorgung Unfallverletzter erkannt werden. Mit der Einrichtung eines landesweiten Trauma-Registers und eines unfallspezifischen Nationalen Forschungsprogramms würde der erheblichen sozialen Last, die derzeit der Gesellschaft durch Unfälle entsteht, Rechnung getragen.

#### 10.7

### **Unfälle führen zu menschlichem Leid und hohen volkswirtschaftlichen Kosten**

Die Gesamtkosten von Unfällen im Strassenverkehr, im Sport und in Haus und Freizeit wurden in einer Studie für das Jahr 2003 ermittelt. Die materiellen Kosten beliefen sich auf über 13 Milliarden Franken (siehe Tab. 3). Zusätzlich müssen noch die geschätzten immateriellen Kosten berücksichtigt werden, die zum Beispiel durch Schock, Leid, Schmerz und Verlust an Lebensfreude sowie durch den entgangenen Nutzen aus Konsummöglichkeiten der Verletzten entstehen. Die gesamten volkswirtschaftlichen Unfallkosten betragen für das Jahr 2003 rund 54 Milliarden Franken. Rund die Hälfte der materiellen Kosten wird durch Strassenverkehrsunfälle und ca. 29 % durch kostenintensive Invaliditätsfälle verursacht, deren Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter ansteigt (siehe Tab. 3). Für Berufsunfälle ist bekannt, dass der Unfall eines 45-Jährigen im Durchschnitt dreimal, der eines 55-Jährigen bereits viermal so viel kostet wie der Unfall eines 25-Jährigen (siehe Abb. 2). Mit jedem Altersjahr beträgt die Zunahme rund 250 Franken. Ein Viertel aller Erwerbstätigen sind ausländischer Nationalität. Sie sind von Berufsunfällen überproportional häufig betroffen, da ein Drittel aller Berufsunfälle auf sie entfällt. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass ausländische Erwerbstätige überwiegend in den Berufen mit hohen Risiken, wie etwa dem Baugewerbe oder der Maschinenindustrie, arbeiten (siehe Kap. 5.2).

Nach krankheitsbedingter Invalidität und Geburtsgebrechen sind Unfälle die drittwichtigste Ursache für Invalidität. Im Jahr 2006 erhielten 24 520 von insgesamt 256 300 Rentenbezügern Leistungen aufgrund unfallbedingter Verletzungen; 68 % aller Rentenbezüger waren Männer. Unfälle führten im Jahr 2005 zu

**Tabelle 3:** Kosten der Nichtberufsunfälle in Millionen Franken, 2003

<b>Materielle Kosten (in Mio. CHF)</b>							
<b>Total</b>	<b>Sach- schäden</b>	<b>Leicht- verletzte</b>	<b>Mittel- schwer- verletzte</b>	<b>Schwer- verletzte</b>	<b>Invali- ditäts- fälle</b>	<b>Todes- fälle</b>	<b>Total</b>
Strassen- verkehr	3151 <sup>1</sup>	308	62	544	1 722	707	6 495
Sport	-- <sup>2</sup>	515	271	429	612	244	2 071
Haus und Freizeit	-- <sup>2</sup>	1 051	281	1 117	1 451	633	4 533
<b>Total</b>	<b>3151</b>	<b>1 874</b>	<b>615</b>	<b>2 090</b>	<b>3 784</b>	<b>1 585</b>	<b>13 099</b>
<b>Gesamte volkswirtschaftliche Kosten (in Mio. CHF)</b>							
<b>Total</b>	<b>Sach- schäden</b>	<b>Leicht- verletzte</b>	<b>Mittel- schwer- verletzte</b>	<b>Schwer- verletzte</b>	<b>Invali- ditäts- fälle</b>	<b>Todes- fälle</b>	<b>Total</b>
Strassen- verkehr	3151 <sup>1</sup>	3 080	492	3 616	2 179	1 559	14 078
Sport	-- <sup>2</sup>	5 774	2 298	3 438	1 089	533	13 131
Haus und Freizeit	-- <sup>2</sup>	12 436	2 864	8 454	2 147	1 258	27 159
<b>Total</b>	<b>3151</b>	<b>21 291</b>	<b>5 654</b>	<b>15 508</b>	<b>5 416</b>	<b>3 350</b>	<b>54 369</b>

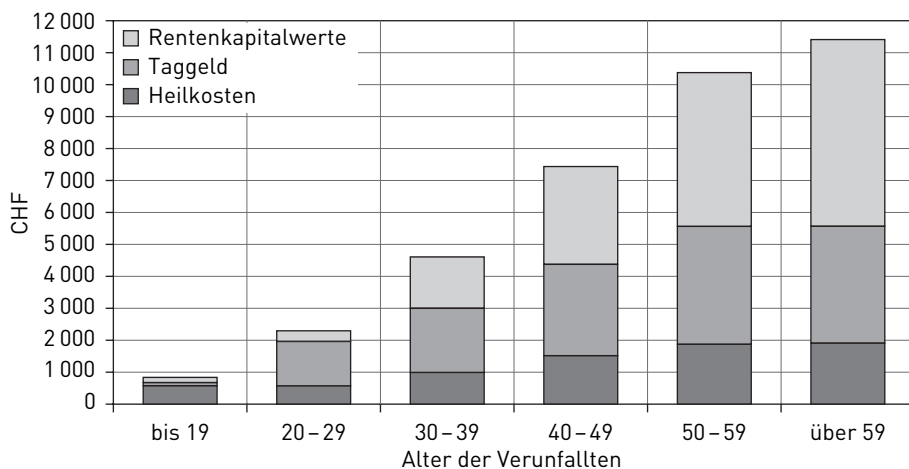
<sup>1</sup> Darin enthalten sind auch Sachschäden bei Unfällen ohne Verletzte oder Getötete sowie Polizei- und Rechtsfolgekosten.

<sup>2</sup> Es existieren keine Grundlagen, mit denen die Sachschäden sowie die Polizei- und Rechtsfolgekosten der Sport-, Haus- und Freizeitunfälle berechnet werden könnten. Die Kosten dürften unter 700 Mio. CHF liegen (sehr grobe Schätzung).

Aufgrund von Rundungen sind im Total leichte Differenzen möglich.

Quelle: Sommer, H., Brügger, O., Lieb, C. & Niemann, S. (2007). Volkswirtschaftliche Kosten der Nichtberufsunfälle in der Schweiz: Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit (bfu-Report 58). Bern: bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung.

8 % aller Neuberentungen. Der Anteil der Neubezüger an der versicherten Bevölkerung (18 Jahre bis Rentenalter) liegt in den letzten Jahren stabil bei 0,04 %.



Quelle: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), 2005.

Bei den Unfallzahlen gibt es eine gewisse Entspannung, jedoch kein Anlass zur Entwarnung.

Abbildung 2: Kosten pro Berufsunfall, 2000 (Kostenstand 2004)

## 10.8

### Die Unfallprävention kann nur Schritt halten, wenn entschieden gehandelt wird

Erfolgreiche Unfallprävention hängt von der Akzeptanz durch den Einzelnen und eine konsequente Umsetzung auf der politischen Ebene ab. Ansatzpunkte zur Verbesserung von Präventionsmassnahmen bestehen in allen Bereichen. Obwohl in den letzten zehn Jahren in der Unfallprävention deutliche Fortschritte erzielt werden konnten, besteht weiter Handlungsbedarf. Sinnvolle und wissenschaftlich fundierte Massnahmen werden in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion jedoch nicht selten als Einschränkung persönlicher Freiheiten wahrgenommen. Sie lassen sich in der Folge nur bedingt, verzögert oder gar nicht umsetzen, auch wenn ihre Wirksamkeit bereits erwiesen ist. Gerade im Freizeitbereich werden neu eingeführte Schutzmassnahmen oft weniger gut angenommen als in der Arbeitswelt. Der Erfolg einer Präventionsmassnahme ist dann fraglich. Gesetzgeberische Massnahmen, die auf bestimmte Risikogruppen zugeschnitten sind, sind oft unpopulär und führen zum Widerstand der Betroffenen. So war etwa die Einführung eines Tempolimits für Motorradfahrer in der Vergangenheit nicht umsetzbar, obwohl diese in der Schweiz besonders stark vom Unfallgeschehen betroffen sind. Generell kann gesagt werden, dass die massive soziale Last, die der Gemeinschaft durch Unfallverletzungen entsteht, nicht als gemeinschaftlich zu

lösendes Problem wahrgenommen wird, sondern als privates Schicksal der einzelnen Verletzten und ihrer Angehörigen. Die sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen stagnierender oder sinkender Sicherheitsniveaus müssen jedoch gemeinschaftlich getragen werden. Daher ist politischer Wille gefordert, auch unpopuläre Entscheidungen zu treffen, wenn es um die Umsetzung sinnvoller Massnahmen der Unfallprävention geht. In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass die individuelle Akzeptanz von Präventionsmassnahmen nach ihrer Einführung deutlich höher war als vorher. So stimmten in einer repräsentativen Umfrage im Jahr 2002 ca. 78 % der Befragten der Einführung des 0,5-Promille-Grenzwerts zu. Ein Jahr nach der gesetzlichen Umsetzung zum 1. Januar 2005 wurde diese Massnahme von 90 % der Befragten akzeptiert.

### 10.8.1

#### **Strassenverkehrsunfälle – keine Entwarnung**

Unaufmerksamkeit, Ablenkung, unangepasste Geschwindigkeit und Alkoholkonsum sind die in Polizeiberichten mit am häufigsten genannten Ursachen von Unfällen auf Schweizer Strassen. Diesen Gründen ist gemeinsam, dass sie grundsätzlich vermeidbar sind. Im Jahr 2005 starben auf Schweizer Strassen 44 % aller im Strassenverkehr tödlich Verletzten durch Unfälle, bei denen nicht angepasste oder überhöhte Geschwindigkeit ein wesentlicher Unfallgrund war. Bei 19 % der tödlichen Unfälle war die Fahrtüchtigkeit durch Alkohol vermindert. Zunehmend sind auch Drogen oder Medikamente bei der Unfallentstehung im Spiel. Wirken die genannten Faktoren zusammen, ist das Unfallrisiko gleich um ein Mehrfaches erhöht. Das konsequente Überwachen der bestehenden 0,5-Promillegrenze und die Sanktionierung von Überschreitungen gelten als wesentliche Faktoren des aktuellen Rückgangs tödlicher Verkehrsunfälle. Alkoholunfälle bei jungen Fahrzeuglenkern stellen jedoch ein bisher unterschätztes Problem dar. Ein absolutes Alkoholverbot für Neulenker würde der relativen Trink- und Fahrerfahrung in dieser Altersgruppe Rechnung tragen. Als problematisches Verhalten ist zunehmend auch die Handy-Benutzung am Steuer zu sehen. Das Unfallrisiko geht dabei nicht nur von der Manipulation des Mobiltelefons aus, sondern ist auch bei Benutzung von Freisprechanlagen um ein Mehrfaches erhöht. Diese Ergebnisse haben bisher erst in wenigen Ländern zu einer Verschärfung der gesetzlichen Regelungen geführt. Die Schweiz könnte hier eine Vorreiterrolle übernehmen.

Die schrittweise Ausweitung des Gurtenobligatoriums seit 1976 hat entscheidend zur Verminderung der Verletzungsschwere bei Unfällen mit Personenwagen beigetragen. Gleichwohl fuhr 2006 in der Schweiz weiterhin jeder siebte Fahrzeuglenker oder Beifahrer ohne Sicherheitsgurt. Auf dem Rücksitz legte jeder dritte Mitfahrer keinen Gurt an, obwohl dies seit 1994 obligatorisch ist. Diese Ergeb-

nisse sind, auch im internationalen Vergleich, bedenklich. Sie zeigen, dass gesetzgeberische Massnahmen zwar eine wesentliche Voraussetzung für wirksame Unfallprävention sind, jedoch von gezielter Information (wie mit der schweizweit lancierten Kampagne «Ein Band fürs Leben») flankiert werden müssen.

Anders als beim Sicherheitsgurt wird beim Schutz der Radfahrer vor schweren Kopfverletzungen bisher auf Freiwilligkeit gesetzt. Die verfügbare wissenschaftliche Evidenz weist sowohl auf eine individuelle Schutzwirkung von Velohelmen als auch auf eine Wirksamkeit von Helmobligatorien hin. Im Inland wie auch im Ausland wird die Frage jedoch weiterhin kontrovers diskutiert. Gezielte Fördermassnahmen haben dazu beigetragen, die Tragquote von Velohelmen in der Schweiz von 14 % im Jahr 1998 auf 39 % im Jahr 2006 zu erhöhen.

### 10.8.2

#### **Unfälle in Sport, Freizeit und Haus – differenzierte Prävention ist nötig**

Sportunfälle können durch Verbesserung der Infrastruktur und der Sportprodukte aber auch durch die Änderung des individuellen Verhaltens verhindert werden. Eine besondere Bedeutung bei der Sicherheit von Sportprodukten kommt der Entwicklung von Schutzausrüstungen zu: Das Tragen von Helmen beim Rad- und Schneesport kann helfen, die Zahl schwerer Kopfverletzungen zu reduzieren. Gezielte Aufklärungskampagnen müssen darauf abzielen, das Tragen solcher Schutzausrüstung zu fördern. Darüber hinaus muss die Eigenverantwortung der Sporttreibenden gefördert werden, um riskantem Verhalten und Selbstüberschätzung vorzubeugen. Sportverbände und Schulen sowie breit angelegte Informationskampagnen sind geeignete Ansatzpunkte. Gerade bei Sportarten, die in freier Natur ausgeübt werden, sind direkte Verbesserungen der Infrastruktur nicht immer machbar. Die Förderung sicheren Verhaltens, aber auch der Ausbau einer effizienten Rettungskette spielen dann eine umso wichtigere Rolle.

Um Unfälle in Haus und Freizeit reduzieren zu können, sollte schergewichtig die Sturzprophylaxe, vor allem bei älteren Menschen, gefördert werden. Stürze haben in dieser Altersgruppe oft massive Auswirkungen, da zur eigentlichen Verletzung oft noch bestehende Erkrankungen und das Problem der späteren Versorgung hinzukommen (siehe Kap. 6). Auch die Sicherheit von Bauten und Einrichtungen muss verstärkt gefördert werden. Aus Unkenntnis werden oft bereits bestehende sicherheitsrelevante Normen und Vorschriften beim Bauen nicht umgesetzt. So können zum Beispiel durch richtige Bodenbeläge, durch den Einbau von Sicherheitsglas oder durch die sichere Ausgestaltung von Brüstungen zahlreiche Unfälle verhindert werden. Der bestehende Informations- und Beratungsbedarf kann von den Fachstellen jedoch nur teilweise abgedeckt werden. Es gilt, entsprechende Angebote für Fachpersonen und einzelne Interessierte aus-

zubauen. Die Produktsicherheit kann durch das Fördern der Sicherheitslabels (wie dem bfu-Sicherheitszeichen) und der gesetzlich verankerten Prüfung von technischen Einrichtungen und Geräten verbessert werden. Von unabhängigen Stellen vergebene Sicherheitslabels werden auch von Herstellern zunehmend als marktrelevant erkannt. Potenzielle Käufer müssen über deren Bedeutung informiert und vor Billigangeboten, die bestehende Sicherheitsstandards unterlaufen, geschützt werden. Auch international muss eine Harmonisierung der Normen erreicht werden, indem beispielsweise technische Vorschriften und Produktrichtlinien für die Schweiz mit denen der EU-Handelspartner abgestimmt werden. Bestimmte Produkte müssen den im Ausland festgelegten Anforderungen genügen, bevor sie für den Verkauf zugelassen werden können. In der Prävention von Berufsunfällen muss ein umfassendes Sicherheitsmanagement auf allen Ebenen eines Betriebs ansetzen. Neben der Einrichtung von technischen Schutzvorkehrungen und der Bereitstellung sicherer Arbeitsmittel spielt auch die Schaffung sicherer Arbeitsbedingungen eine zentrale Rolle. Beispielsweise steigt bei Überforderung das Unfallrisiko deutlich an. Das persönliche Schutzverhalten der Betriebsangehörigen sollte daher durch gezielte Massnahmen gefördert werden.

## Literatur

- Bei den Unfallzahlen gibt es eine gewisse Entspannung. Aber keinen Anlass zur Entwarnung (2005). Informationsschrift. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva).
- Bopp M., Spoerri A., Zwahlen M., Gutzwiller F., Paccaud F., Braun-Fahrlaender C. et al. (2008). Cohort Profile: The Swiss National Cohort—a longitudinal study of 6.8 million people. *Int J Epidemiol*, dyn042.
- Niemann S., Brügger O., Dähler-Sturny C., Imseng C., Siegrist S. (2007). Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2007. Bern: bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Osterwalder J.J. (2004). Insufficient quality of research on prehospital medical emergency care – where are the major problems and solutions? *Swiss Med Wkly*, 134(27–28):389–94.
- Sommer H., Brügger O., Lieb C., Niemann S. (2007). Volkswirtschaftliche Kosten der Nichtberufsunfälle in der Schweiz: Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit (bfu-Report 58). Bern: bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Towner E., Dowswell T., Errington G., Burkes M., Towner J. (2005). Injuries in children aged 0–14 years and inequalities. A report prepared for the Health Development Agency. [www.hda.nhs.uk](http://www.hda.nhs.uk)
- Via sicura (2005). Handlungsprogramm des Bundes für mehr Sicherheit im Strassenverkehr. Bern: Bundesamt für Strassen (ASTRA).
- World Report on Road Traffic Injury Prevention (2004). Geneva: World Health Organization. [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/world\\_report](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report)

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

### Synthese Teil III

## Beeinträchtigungen der Gesundheit

Das Auftreten und der Verlauf von nicht übertragbaren Krankheiten, Infektionen und Unfällen werden von den Lebensbedingungen und der Lebensweise stark beeinflusst. Die Schweiz gehört zu den reichsten Ländern der Welt und weist eine der höchsten Lebenserwartungen bei guter Gesundheit auf. Ein Grossteil der in der Schweiz lebenden Menschen gibt an, auf eine gesunde Lebensweise zu achten. Die Erwerbslosigkeit ist im internationalen Vergleich niedrig, die soziale Sicherheit hoch. Der überwiegende Teil der Bevölkerung hat Zugang zur Gesundheitsvorsorge und zu hoch stehender medizinischer Versorgung. Und dennoch: Betrachtet man angesichts dieser bevorzugten Ausgangslage die «Krankheitslast» (*burden of disease*) in der Schweiz, so ergibt sich ein ähnliches Bild wie in vielen anderen fortgeschrittenen Gesellschaften:

- Bei der Mortalität stellen die Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache dar, gefolgt von Krebserkrankungen. Viele dieser Todesfälle sind durch den Lebensstil beeinflusst: So besteht ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Tabakkonsum.
- Die häufigsten tödlichen Unfälle sind Verkehrsunfälle.
- Hinsichtlich der Morbidität hat die Häufigkeit von Neuerkrankungen, insbesondere an Haut- und Leberkrebs sowie bei den Frauen an Lungenkrebs, in den letzten Jahren deutlich zugenommen.
- Psychische Krankheiten sind überaus häufig in der Schweiz. Rund die Hälfte der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung. Da psychische Störungen häufig früh beginnen und nicht selten einen längerfristigen Verlauf zeigen, sind die persönlichen, sozialen und auch volkswirtschaftlichen Folgen markant.

Der Trend zur Zunahme von neuen oder wieder auftretenden Infektionskrankheiten ist auch in der Schweiz unübersehbar. Als Ursachen der Zunahme sind vor

allem globale Faktoren zu nennen. Sie reichen von der Erderwärmung über bestimmte Bedingungen der Tierhaltung und die risikoreiche Hygiene bei der Lebensmittelproduktion bis hin zu mangelndem Hygieneverhalten in der Bevölkerung. Ein wachsendes Problem sind therapieresistente Erreger, die beispielsweise aus Versorgungseinrichtungen im eigenen Land – und nicht nur aus Hochrisikoländern – in die Schweizer Bevölkerung hineingetragen werden.

Den meisten nicht übertragbaren Erkrankungen liegen gemeinsame Risikofaktoren zugrunde: Tabakkonsum, Fehl- und Überernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht sowie übermässiger Alkoholkonsum. Diese Risikofaktoren sind in den unterschiedlichen Lebensstilen der Bevölkerung verankert; diese sind ihrerseits die Folge der Verhältnisse, in denen Bevölkerungsgruppen aufwachsen und leben. Die Lebensstile wiederum gehen unter anderem aus dem Konsum- und Mobilitätsverhalten, den Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen hervor.

Hier erweist sich der Faktor «Bildung» als besonders bedeutsam. Bevölkerungsgruppen mit geringerer Bildung oder in unteren sozialen Schichten essen beispielsweise weniger Obst und Gemüse, rauchen häufiger und haben vermehrt Übergewicht und Bewegungsmangel als solche Bevölkerungsgruppen mit besserer Bildung und höherem sozialem Status. Auch sind sie durch ihre Berufstätigkeit oder Wohnlage häufiger benachteiligt, das heisst zum Beispiel durch umweltbedingte Risikofaktoren wie Krebs erregende Stoffe, Feinstaub und Lärmbelastung. Gesundheitsschädigender Alkoholkonsum ist heute zwar in allen sozialen Schichten der Schweiz verbreitet. Jedoch sind bestimmte Bevölkerungsgruppen von alkoholbedingten Folgen stärker betroffen als andere. Hierfür spricht die Häufigkeit tödlicher Verkehrsunfälle unter Alkohol bei Jugendlichen, Männern und Personen mit geringer Bildung. Die Summe ungünstiger Lebensbedingungen und Lebensweisen in Zusammenhang mit niedriger Bildung und entsprechenden sozioökonomischen Bedingungen führt dazu, dass heute in der Schweiz ein ungelerner Arbeiter rund fünf Jahre früher verstirbt als ein Akademiker.

Die Bedeutung von Bildung und Schichtzugehörigkeit zeigt sich auch bei Stress und seinen Folgen, wie etwa bei Depressionen. Betroffene Menschen können ihren negativen Stressbelastungen umso weniger entgegenwirken, je geringer ihr Selbstwertgefühl und ihre Gesundheitskompetenz sind, je geringer ihre soziale Integration ist und je weniger sie bestimmte Lebenssituationen kontrollieren können. Demnach sind Bevölkerungsgruppen mit geringerer Bildung aus unteren sozialen Schichten wie auch Frauen von psychosozial belastenden Situationen stärker betroffen als Gruppen mit besserer Bildung aus höheren sozialen Schichten und Männer.

Die Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten, Infektionen und Unfällen sollte sich nicht nur auf Massnahmen im Gesundheitsbereich beschränken. Die Kapitel unter Teil III des Gesundheitsberichts verweisen darauf, dass Mass-



nahmen in allen Gesellschafts- und Politikbereichen gefordert sind. Die gesunde Arbeitsumgebung – das heisst ein ergonomisch gesunder und belastungsfreier Arbeitsplatz wie auch die Mitsprache, Kontrolle und Autonomie eines jeden Erwerbstätigen – ist zentrales Element der Prävention von Gesundheitsproblemen auf Bevölkerungsebene.

Beispielsweise die Förderung von körperlicher Bewegung macht deutlich, dass ein einziges Gesundheitsverhalten ein breites Präventionspotenzial haben kann. Wer sich ausreichend bewegt, kann seine Gesundheit markant verbessern, so unter anderem in Bezug auf Herz-Kreislauf- und bestimmte Krebserkrankungen, Depression, muskuloskeletale Gesundheitsprobleme und Übergewicht. Dies impliziert, dass zum Beispiel die Einrichtung täglicher Schulsportstunden, jugendgerechte Sportangebote an sozialen Brennpunkten, die Städte-, Verkehrs- und Umweltplanung sowie die soziale Sicherheit multisektorale Ansätze darstellen, die über die Bewegungsförderung positiv auf die Gesundheit aller Alters- und Gesellschaftsgruppen wirken können.

Ob Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Tabak- oder Alkoholkonsum, ob risikoreiches Verhalten hinsichtlich Unfällen oder Infektionskrankheiten, sämtliche Faktoren gehen auf gesellschaftliche Normen zurück. Somit bilden die Modifikation von sozialen Normen und die daraus resultierende Bewusstseinsänderung in der Bevölkerung auch eine wirksame Massnahme zur Verhaltenskorrektur. Nebst der Förderung von Bildung und guter Gesundheitskompetenz können eine aktive Angebotspolitik, soziale Marketingkampagnen und entsprechende Einflüsse im sozialen Umfeld gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen in der Schweizer Bevölkerung anstossen.



Teil IV

# Grundlegende Gesundheitsdeterminanten



# 11 Bildung als Gesundheitsressource

Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht, Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich

Bildung wirkt nicht nur als Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz auf unser Gesundheitshandeln, sie ist auch eine wichtige Determinante der Lebensbedingungen, die sowohl vermittelt über spezifische Lebensstile als auch direkt unsere Gesundheit beeinflussen. Der Beitrag verweist zunächst auf die Bildungsexpansion in der Schweiz: Der Anteil der Bevölkerung mit dem höchsten Abschluss auf Sekundarstufe I ist in den vergangenen zwanzig Jahren auf unter 30 Prozent gesunken, während sich der Anteil der Personen mit abgeschlossener Tertiärstufe fast verdoppelt hat (20 %).

Dennoch bleibt Bildung ein ungleich verteiltes Gut mit vielfältigen Effekten auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheit. So hängt die Gesundheitskompetenz vom formalen Bildungsniveau ab, und Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein und haben eine höhere Lebenserwartung als bildungsferne Bevölkerungsteile. Diesbezüglich auffallend sind die erheblichen Unterschiede zwischen Personen, die das Ausbildungssystem nach der obligatorischen Schulzeit verlassen haben, und Personen mit Abschluss einer Berufslehre. Dagegen sind die Unterschiede zwischen der Gruppe mit Abschluss einer Berufslehre und jener mit tertiärer Bildung vergleichsweise gering.

Vor diesem Hintergrund sollten sich die Massnahmen, die auf Bildung als Gesundheitsressource zielen, nicht nur auf die Öffnung des Bildungssystems, die Bildungsinhalte und das Setting «Schule» beschränken. Wer nur die obligatorische Schule absolviert hat, profitiert von solchen Interventionen in vergleichsweise geringem Mass und muss daher über auserschulische Aus-, Weiterbildungs- sowie Gesundheitsförderungsprogramme gezielt angesprochen werden.

## 11.1.

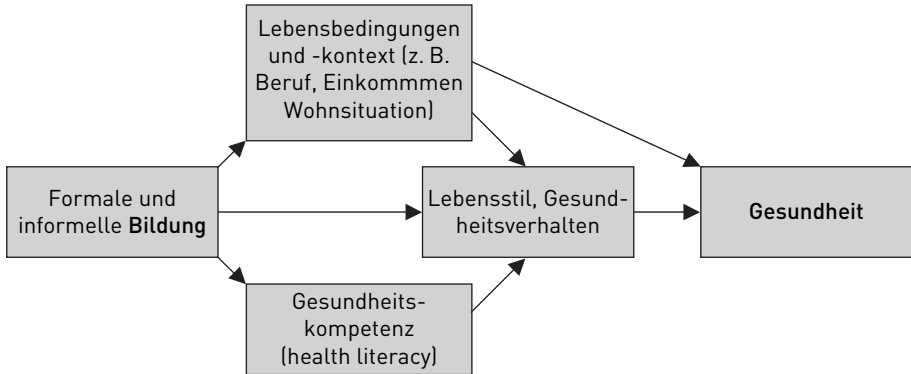
**Bildung als Ressource für ein gesundes Leben**

Noch im 19. Jahrhundert glaubten viele Menschen an einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheit einerseits und Schicksal oder göttlicher Gnade anderseits: Krankheiten ereilten den Menschen «aus heiterem Himmel», und Gebete versprachen ebenso gute Heilungschancen wie der Besuch eines Arztes. Mit dem Fortschritt der naturwissenschaftlichen und medizinischen Forschung hat sich unser Wissen über die Ursachen und Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit gewandelt: Viren und Bakterien, erbliche Vorbelastungen und Umweltbedingungen prägen unsere Gesundheit ebenso wie der individuelle Lebensstil und die Arbeitsbedingungen.

Das Wissen um die Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, ist eine wichtige Ressource für ein gesundes Leben: Wer die Gefahren des Rauchens und die Vorzüge von regelmässigem Sporttreiben kennt, kann sich so verhalten, dass seine Gesundheit erhalten oder gar verbessert wird. Und sollte man doch einmal krank werden, helfen auch da Wissen und Bildung weiter: Man kann Diagnosen und Therapievorschläge kritisch gegeneinander abwägen und die Packungszettel von Medikamenten korrekt interpretieren. Das heisst: Bildung verbessert ganz allgemein unser Wissen und unsere Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dieser Effekt lässt sich gemäss der OECD auch generationenübergreifend nachweisen: Die Bildung der Eltern beeinflusst die Gesundheit der Kinder.

Neben dem Gesundheitswissen und der Gesundheitskompetenz existieren noch weitere, weniger offensichtliche Gesundheitswirkungen von Bildung: Bildung bestimmt ganz allgemein unsere Lebensbedingungen und damit unsere «Gesundheitsmoglichkeiten» mit. Eine höhere Schulbildung eröffnet einem bessere Perspektiven in der Berufswelt und damit auch bessere Einkommenschancen. Man ist beispielsweise nicht gezwungen, gefährliche oder risikoreiche Tätigkeiten auszuführen, und kann sich eher Zusatzversicherungen, eine ruhige Wohnung im Grünen und gesunde Nahrungsmittel leisten. Bildung ist eine wichtige Determinante unserer gesellschaftlichen Position, die wiederum Auswirkungen auf unser Gesundheitshandeln und unsere Gesundheit hat.

Diese Zusammenhänge sind schematisch in **Abbildung 1** zusammengefasst: Bildung, hier als formale Schulbildung *und* im Zusammenleben mit den Mitmenschen erworbene informelle Bildung verstanden, wirkt sowohl auf die Gesundheitskompetenz als auch auf die Lebensbedingungen, die ihrerseits das Gesundheitsverhalten als Teil des Lebensstils und damit auch die Gesundheit beeinflussen. In der Abbildung ist überdies eine direkte Verbindung zwischen Bildung und Gesundheitsverhalten ersichtlich, die als Bewusstseins- und Kohorteneffekt zu interpretieren ist: Wer beispielsweise als Mädchen in den 1950er-Jahren die Schule besucht hat, dürfte



Hinweis: Weitere Erläuterungen zu den dargestellten Zusammenhängen finden sich unter anderem in Hurrelmann (2000), Mielck (2000) und Lamprecht et al. (2006).

**Abbildung 1:** Schematische Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheit

aufgrund der damaligen Möglichkeiten und Vorstellungen gegenüber dem Frauensport weniger Veranlassung gehabt haben, im weiteren Lebensverlauf sportlich aktiv zu bleiben. Jüngere Menschen, zumal wenn sie höhere Bildungsgänge besuchen, profitieren dagegen von einem vergleichsweise breiten Angebot an Sportmöglichkeiten und gesundheitsrelevanten Informationen. Nicht zu vergessen ist schliesslich der Effekt zwischen den von der Bildung beeinflussten Lebensbedingungen (z. B. Arbeits- oder Wohnsituation) und der Gesundheit: Unabhängig von unserem individuellen Lebensstil können etwa die Umwelt- und Arbeitsbedingungen Auswirkungen auf die Gesundheit haben. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Wirkungen an einigen Beispielen illustriert.

### 11.1.1

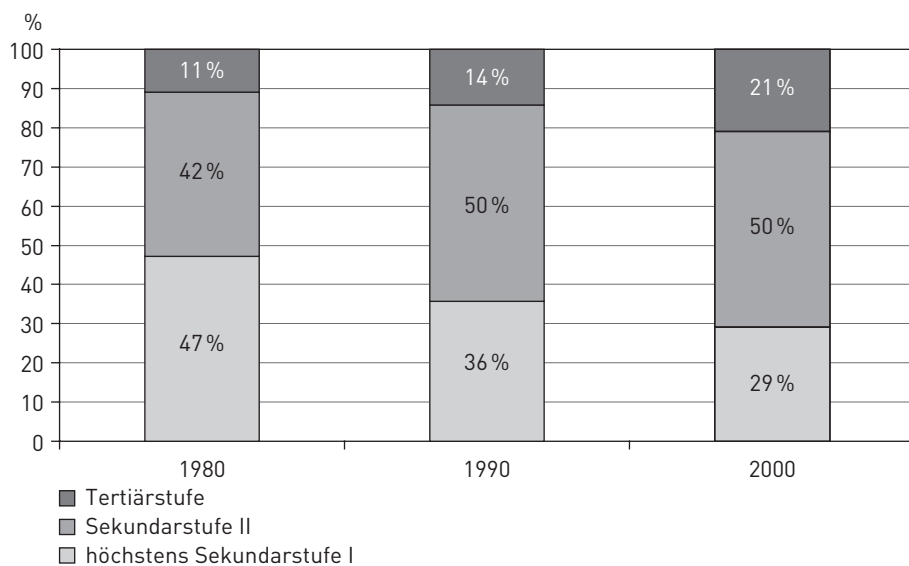
#### Bildung und Bildungsexpansion in der Schweiz

Bevor auf die konkreten Gesundheitswirkungen von Bildung eingegangen wird, lohnt sich ein Blick auf die Entwicklung des Bildungsniveaus der Schweizer Wohnbevölkerung. Der Anteil der 25-jährigen und älteren Personen, die höchstens über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen (Sekundarstufe I), hat sich zwischen 1980 und 2000 um knapp 20 Prozentpunkte von 47 auf 29 % verringert. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil von Personen mit einem Abschluss auf der Sekundarstufe II (typischerweise ein Lehrabschluss) von 42 auf 50 % und

derjenigen mit einem höheren Schulabschluss (Tertiärstufe) gar von 11 auf 21 % angestiegen (siehe Abb. 2).

Der Trend zu höheren Bildungsabschlüssen, die so genannte Bildungsexpansion, hält in der Gegenwart und wohl auch in der Zukunft an: Die schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2006 des Bundesamts für Statistik zeigt, dass der Anteil von Hochschulabgängern in der Gruppe der 25- bis 44-Jährigen mittlerweile knapp ein Drittel beträgt, während der Anteil der Personen mit höchstens obligatorischem Schulabschluss auf unter 20 Prozent gefallen ist.

Obwohl das Bildungsniveau der Schweizer Wohnbevölkerung über die Zeit eindeutig zunimmt und mit dieser Entwicklung auch positive Gesundheitswirkungen einhergehen dürften, müssen einige Einschränkungen gemacht werden: Einerseits hinkt die Schweiz in der Tertiärbildung im Vergleich zu verschiedenen anderen hoch entwickelten Ländern etwas nach, holt aber dank des aktuellen Ausbaus der Fachhochschulen rasch auf. Andererseits profitieren von der Bildungsexpansion in erster Linie Personen, die in der Schweiz aufwachsen. Insbesondere Migrantinnen und Migranten aus süd-, ost- und aussereuropäischen Ländern verfügen häufig nur über einen geringen Bildungsstand. Zudem hängt der Bildungserfolg nach wie vor in erheblichem Mass von der sozialen Herkunft ab: Im



Fallzahlen: 1980: 4 071 514, 1990: 4 649 657, 2000: 4 753 290.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Eidgenössische Volkszählungen (2005a).

**Abbildung 2:** 25-jährige und ältere Wohnbevölkerung nach Bildungsniveau (%) 1980–2000



Jahr 2000 hatten Akademikerkinder eine fünfmal bessere Chance, selbst einen Hochschulabschluss zu erreichen, als Kinder von Eltern mit einem Lehrabschluss. Das heisst: Trotz Öffnung des Bildungssystems und Bildungsexpansion ist die Chancengleichheit nicht vollständig verwirklicht.

Bildung ist kein isoliertes Merkmal, sondern beeinflusst die allgemeinen Lebensbedingungen und damit auch den gesundheitlichen Kontext (siehe Abb. 1). Über die vergangenen Jahrzehnte ist der durchschnittliche Lebensstandard der Schweizer Wohnbevölkerung zwar angestiegen, es gibt aber nach wie vor erhebliche Unterschiede, die in engem Zusammenhang mit dem Bildungsstand und dem ausgeübten Beruf stehen. Aus dem Schweizer Haushaltspanel 2005 (inkl. CH-SILC) geht hervor, dass voll erwerbstätige Universitäts- und Fachhochschulabsolventinnen und -absolventen mehr als den doppelten Nettojahresverdienst haben (108 741 Franken) als Personen, die höchstens die obligatorische Schule abgeschlossen haben (52 809 Franken).

Bildungsabschlüsse stehen zudem in engem Zusammenhang mit der «Alltagskompetenz» der Bevölkerung. Aus dem ersten, im Jahr 2003 durchgeführten «Adult Literacy Survey» des Bundesamts für Statistik geht hervor, dass je nach sozialer Herkunft, Alter, Bildungsstand und Immigrationsstatus stellenweise erhebliche Unterschiede in den Lese-, Rechen- und Problemlösungsfähigkeiten existieren. Die Studie schätzt die Leseleistungen von rund 16 Prozent der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung (rund 800 000 Personen) als ungenügend ein, das heisst, dieser Bevölkerungsteil ist von Illetrismus im engeren Sinne betroffen. Berücksichtigt man zusätzlich auch Personen mit Schwächen bei der Lösung von einfachen Problemen und Rechenaufgaben, so beträgt der Anteil an Personen mit ungenügenden Alltagskompetenzen rund 22 %.

### 11.1.2

#### **Bildung und Gesundheit: Ausgewählte Befunde**

Wie wirkt Bildung konkret auf die Gesundheit? In der Literatur wird von einer Vielzahl von direkten und indirekten Bildungseffekten berichtet, von denen im vorliegenden Kapitel nur einige stellvertretend erwähnt werden können. Dabei wird zunächst auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitskompetenz eingegangen, um dann ausgewählte Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheitshandeln, Morbidität und Mortalität exemplarisch darzustellen. Die über die Lebensbedingungen vermittelten Effekte können aus Platzgründen nur cursorisch erwähnt werden.

### **Gesundheitskompetenz (Health Literacy) stärkt individuelle Gesundheitsentscheidungen**

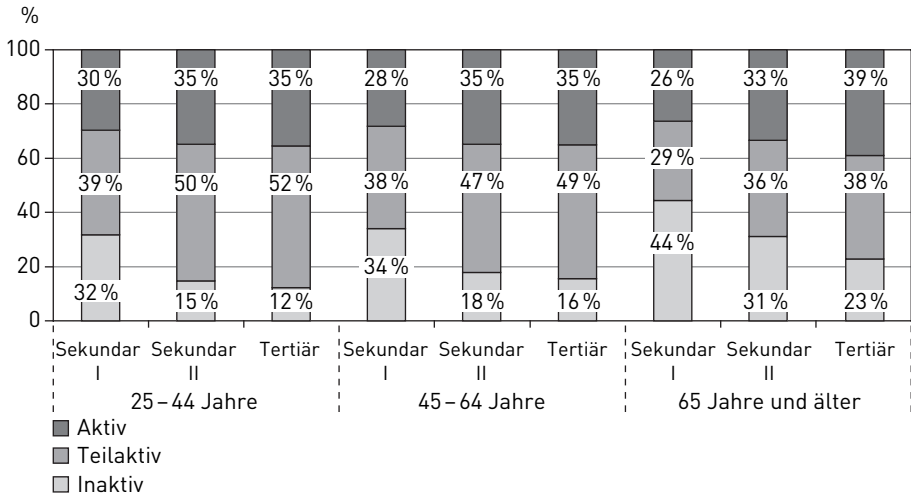
Der Begriff der Gesundheitskompetenz kann als Teilbegriff der weiter oben diskutierten «Alltagskompetenz» verstanden werden. Laut Ilona Kickbusch stärkt «Gesundheitskompetenz [...] die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen».

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz steckt in der Schweiz noch in ihren Kinderschuhen. Erste Resultate aus einer Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich aus dem Jahr 2006 zeigen jedoch einen engen Zusammenhang zwischen formalem Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz, der sich mit den von der OECD dokumentierten Effekten deckt.

### **Bildung beeinflusst das Gesundheitsverhalten**

Die verschiedenen Bildungseffekte lassen sich im Rahmen des vorliegenden Beitrags nicht einzeln untersuchen (siehe Abb. 1). Der allgemeine Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitshandeln kann mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 exemplarisch illustriert werden. Auf einer allgemeinen Ebene fällt zunächst auf, dass der Anteil der 25-Jährigen und Älteren, die «leben, ohne sich um ihre Gesundheit zu kümmern», in der tiefsten Bildungsgruppe mit 12,0 % etwas höher ist als in den beiden anderen Gruppen (Sekundarstufe II: 9,3 %, Tertiärstufe: 9,1 %).

Die unterschiedliche Einstellung zur Gesundheit kommt auch in einer Reihe weiterer Resultate zum Ausdruck. So zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Bewegungsverhalten (siehe Abb. 3), wobei wegen des starken Alterseffekts drei verschiedene Gruppen dargestellt werden. Der Abbildung lässt sich entnehmen, dass der Anteil der ausreichend Aktiven in allen dargestellten Gruppen zwischen 26 und 39 % beträgt, während der Anteil der Inaktiven zwischen 12 und 44 % schwankt. Der Bewegungsmangel ist unter Personen, die maximal die obligatorische Schule abgeschlossen haben, in allen drei Altersgruppen am ausgeprägtesten, während er bei den Hochschulabsolvierenden jeweils am geringsten ist. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass das Ausmass der körperlichen Aktivität nicht gleichmässig mit dem Bildungsniveau ansteigt: Der entscheidende Unterschied im Bewegungsverhalten findet sich zwischen den Absolvierenden der Sekundarstufe I und der Sekundarstufe II, während sich zwischen der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe, abgesehen von der ältesten Gruppe, nur vergleichsweise geringe Differenzen zeigen.



Erläuterungen: n = 17 109, Gamma-Koeffizienten ( $p < 0,01$ ): 25-44 Jahre: 0,13, 45-64 Jahre: 0,15, 65 Jahre und älter: 0,21, alle Altersgruppen: 0,18.

Das Bewegungsverhalten wurde auf der Basis von Angaben zu körperlichen Aktivitäten mittlerer und hoher Intensität gemessen und entsprechend den Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde körperliche Aktivität des BASPO und weiterer Organisationen in die drei Kategorien «(ausreichend) aktiv», «teilweise (aber nicht ausreichend) aktiv» und «inaktiv» eingeteilt.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

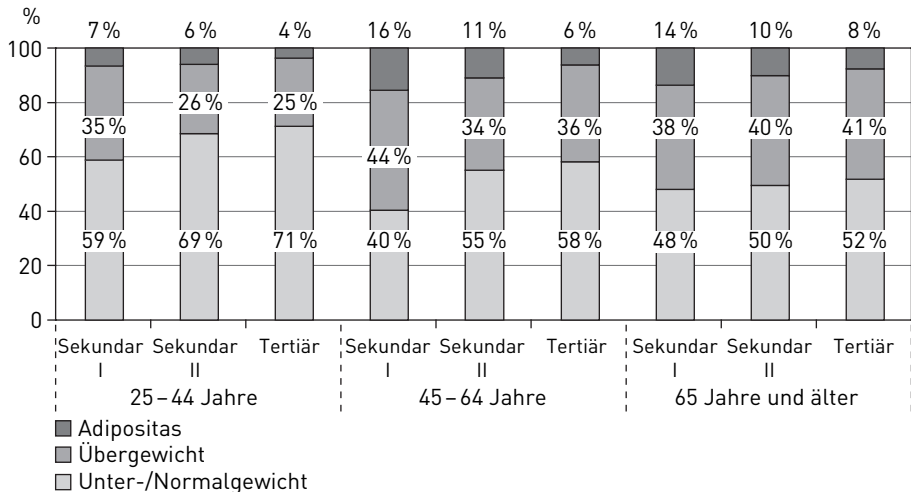
**Abbildung 3:** Grad der körperlichen Aktivität (%) nach Bildungsniveau in unterschiedlichen Altersgruppen

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 auch bezüglich einer Reihe weiterer Dimensionen des Gesundheitsverhaltens der 25-Jährigen und Älteren:

- 74,3 % der Personen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe geben an, auf ihre Ernährung zu achten, während es auf der Sekundarstufe I lediglich 66,4 % sind. Einmal mehr ist der Unterschied zwischen den Absolvierenden der Tertiärstufe und der Sekundarstufe II (73,2 %) sehr gering. Interessanterweise finden sich jedoch kaum substantielle Unterschiede bezüglich des Konsums verschiedener Nahrungsmittel.
- Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) der verschiedenen Bildungsgruppen unterscheidet sich signifikant und nimmt mit steigendem Bildungsniveau ab (Sekundarstufe I: 25,5 kg/m<sup>2</sup>, Sekundarstufe II: 24,5 kg/m<sup>2</sup>, Tertiärstufe: 24,1 kg/m<sup>2</sup>). Entsprechend dieser Befunde ist auch die Verteilung der

Bevölkerung nach Normal- und Übergewicht sowie Adipositas plausibel (siehe Abb 4): In allen Altersgruppen ist der Anteil normalgewichtiger Personen unter den Hochschulabgängerinnen und -abgängern jeweils deutlich höher, während Übergewicht und Adipositas in der tiefsten Bildungsgruppe besonders verbreitet sind.

- Mit Bezug zum Tabakkonsum zeigen sich je nach untersuchter Altersgruppe unterschiedliche Zusammenhänge: In der Gruppe der 25- bis 44-Jährigen nimmt der Raucheranteil von der tiefsten zur höchsten Bildungsgruppe von 41,5 auf 30,2 % ab (Sekundarstufe II: 37,0 %), während sich bei den 45- bis 64-Jährigen kein Zusammenhang nachweisen lässt. In der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren kehrt sich der Effekt dann gar um, wenn auch auf deutlich tieferem Niveau: Hier rauchen noch 19,8 % der Personen mit einem Hochschulabschluss, während es in der mittleren Bildungsgruppe 14,1 % und in der tiefsten deren 12,9 % sind. In diesen Befunden dürfte sich ein Kohorteneffekt in dem Sinne widerspiegeln, dass erst die jüngeren Gruppen in einer prägenden Phase ihres Lebens mit den schädlichen Auswirkungen des Rauchens konfrontiert wurden, während Rauchen in den älteren Gruppen zu deren Jugendzeit häufig noch als «Statuszeichen» galt.



Erläuterungen:  $n = 17\,763$ , Gamma-Koeffizienten ( $p < 0,01$ ): 25-44 Jahre: 0,13, 45-64 Jahre: 0,20, 65 Jahre und älter: 0,06, alle Altersgruppen: 0,18.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

**Abbildung 4:** Verbreitung von Normal- und Übergewicht sowie Adipositas, nach Bildungsniveau und Altersgruppen

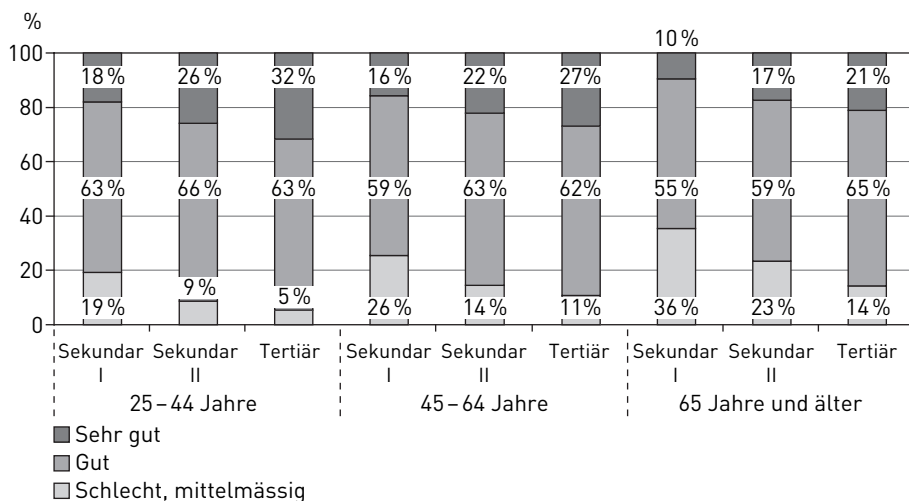
Die Befunde aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 dokumentieren damit den Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Gesundheitshandeln. Dass die gefundenen Beziehungen oft nur moderat sind, ist angesichts des komplexen Wirkungsgefüges nicht weiter erstaunlich. Zudem werden die Bildungseffekte teilweise über die Lebensbedingungen vermittelt (siehe Abb. 1). Entsprechend lassen sich der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 verschiedene Zusammenhänge zwischen Bildung, gesellschaftlicher Position und Aspekten der Arbeits- und Wohnbedingungen entnehmen, die ihrerseits auf das Gesundheitshandeln wirken, an dieser Stelle jedoch nicht diskutiert werden können.

### Höhere Morbidität und Mortalität bei tieferer Bildung

Da Bildung mit der gesellschaftlichen Position und verschiedenen Lebensstilvariablen korreliert ist, lassen sich auch Effekte auf die Morbidität und die Mortalität nachweisen. Auf einer allgemeinen Ebene lässt sich zunächst festhalten, dass die Bildungsexpansion einherging mit langfristigen Veränderungen bezüglich Gesundheitshandeln (z. B. Anstieg der sportlichen Aktivität), Gesundheitszustand und Lebenserwartung, wobei der «reine» Bildungseffekt jedoch kaum von anderen Entwicklungen wie den Fortschritten in der Gesundheitsversorgung oder dem langfristig steigenden Lebensstandard der Bevölkerung isoliert werden kann.

Mit Bezug zur Gegenwart steht der subjektive Gesundheitszustand der Bevölkerung gemäss Resultaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 in einem engen Zusammenhang mit dem Bildungsniveau (siehe Abb. 5). Obwohl der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als «schlecht» oder «mittelmässig» bezeichnen, mit zunehmendem Alter in allen Bildungsgruppen ansteigt, liegt er in der tiefsten Bildungsgruppe immer noch mehr als doppelt so hoch wie bei den Hochschulabsolvierenden. Bei Letzteren ist dagegen der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als «sehr gut» bezeichnen, deutlich höher. Einmal mehr fallen die ähnlichen Profile der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe auf. Aus dem weiter oben erwähnten «Adult Literacy Survey» geht überdies hervor, dass der subjektive Gesundheitszustand nicht nur mit dem formalen Bildungsstand, sondern auch mit der allgemeinen Lesekompetenz variiert.

Auch die Mortalität und die Lebenserwartung stehen mit Bildung in Zusammenhang. Gemäss der Swiss-National-Cohort-Studie mit Daten der frühen 2000er-Jahre unterscheiden sich die Mortalitätsraten zwischen verschiedenen Bildungsniveaus selbst unter Kontrolle verschiedener anderer Variablen erheblich. Gemäss einer Studie auf der Grundlage von Deutschschweizer Daten aus den 1990er-Jahren sind die Unterschiede vor allem bei jüngeren Männern unter 40 Jahren sehr ausgeprägt, gleichen sich mit zunehmendem Alter jedoch stärker an. Diese Unterschiede zeigen sich auch in der Lebenserwartung: Diese betrug in



Erläuterungen: n = 17 977, Gamma-Koeffizienten ( $p < 0,01$ ): 25-44 Jahre: 0,23, 45-64 Jahre: 0,22, 65 Jahre und älter: 0,28, alle Altersgruppen: 0,28.

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

**Abbildung 5:** Verteilung (%) von Kategorien des selbst wahrgenommenen Gesundheitszustandes in verschiedenen Bildungs- und Altersgruppen

den 1990er-Jahren bei 30-jährigen Männern ohne nachobligatorische Schulbildung 43,3 Jahre (bei Frauen 51,5 Jahre), bei Männern mit einem Universitätsabschluss dagegen 50,4 Jahre (bei Frauen 55,1 Jahre). Auch diese Differenzen nehmen mit zunehmendem Alter zwar ab, verschwinden aber nicht vollständig.

Auch die Resultate zur Morbidität und Mortalität zeigen damit, dass der Einfluss der Bildung und der durch diese beeinflussten Lebensstile und Lebensbedingungen auf die Gesundheit substanziell ist.

## 11.2

### Verbesserung der Bildung in der Schweiz: Politikinitiativen, Public-Health-Strategien und Massnahmen

Der gesellschaftliche Stellenwert der Bildung ist in der Schweiz unbestritten. Davon zeugen etwa die trotz Finanzknappheit der öffentlichen Hand langfristig steigenden Bildungsausgaben im Umfang von rund 27 Milliarden Franken pro Jahr, der aktuelle Aus- und Umbau des Bildungssystems wie auch der Bildungsentwurf, der im Mai 2006 vom Stimmvolk angenommen wurde und eine bessere Koordination der kantonal organisierten Bildungssysteme erlaubt. Auch der Zusam-

menhang zwischen Bildung und Gesundheit ist der Bevölkerung und der Politik durchaus bekannt und hat zu einer Reihe von Ansätzen geführt, bei denen die positiven Bildungseffekte auf die Gesundheit berücksichtigt werden.

### 11.2.1

#### **Bildung als Ressource**

Ein erstes Bündel von Massnahmen setzt direkt am Bildungssystem und den Lehrinhalten an. Von Bedeutung ist hier zunächst das seit Jahrzehnten verfolgte Ziel der Chancengleichheit und Qualitätsverbesserung im Bildungssystem: Selbst wenn der individuelle Bildungserfolg nach wie vor von Herkunfts- und Schichteffekten mitgeprägt wird, hat die langfristige Bildungsexpansion doch zu einer nachhaltigen Öffnung geführt. Immer mehr Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene haben die Möglichkeit, eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II oder auf der Tertiärstufe zu absolvieren. Da ein längerer Verbleib im Bildungssystem nicht nur die beruflichen Perspektiven verbessert, sondern auch allgemein mit einer höheren Alltags- und damit auch Gesundheitskompetenz und einem gesundheitsbewussteren Lebensstil einhergeht, ist diese Entwicklung ebenso zu begrüssen wie die wachsenden Möglichkeiten zur (beruflichen) Weiterbildung. Hier gilt es allerdings zu beachten, dass Weiterbildungsangebote überdurchschnittlich häufig von bereits gut ausgebildeten Personen besucht werden und wohl nur dann einen nachhaltigen Gesundheitseffekt haben dürften, wenn sie auch für bildungsferne Gruppen geöffnet und gesundheitsrelevante Inhalte systematisch in die Bildungsgänge aufgenommen werden. Positiv zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang Ansätze zur Unterstützung der Migrationsbevölkerung, die häufig mit Sprach- und Akkulturationsproblemen kämpft und vielerorts über spezielle Schul- oder Stützangebote besser in das Bildungssystem integriert wird.

Zudem werden trotz des Fehlens eines eigentlichen Schulfachs «Gesundheitskunde», das die ohnehin schon dichten Lehrpläne wohl überfrachten würde, gesundheitsrelevante Inhalte (z. B. zu Tabak- und Alkoholmissbrauch, Sexualität oder Ernährung) in den allgemeinen Biologie-, Hauswirtschafts- und Sportunterricht, der seinerseits einen erheblichen Beitrag zur Gesundheit leistet, eingebaut oder durch Schulärzte und andere Experten in speziellen Lektionen vermittelt. Um die Gesundheit besser im Unterricht und im Setting «Schule» (siehe unten) zu verankern, existieren überdies Kompetenznetzwerke, die interessierten Lehrpersonen entsprechende Arbeits- und Unterrichtsunterlagen zur Verfügung stellen. Erwähnenswert sind hier etwa das von der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK), dem Bundesamt für Gesundheit und weiteren Partnern getragene Netzwerk «bildung + gesundheit» ([www.bildungundgesundheit.ch](http://www.bildungundgesundheit.ch)), die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz ([www.at-schweiz.ch](http://www.at-schweiz.ch)), das Netzwerk Gesundheit und

Bewegung Schweiz ([www.hepa.ch](http://www.hepa.ch)) oder die Angebote für Schulen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung ([www.sge-ssn.ch](http://www.sge-ssn.ch)).

### 11.2.2

#### Das Bildungssystem als Setting für gesundheitsrelevante Ansätze

Das Setting «Schule» hat in den vergangenen Jahren als wichtiges Interventionsfeld der Gesundheitsförderung an Bedeutung gewonnen. Die Vielfalt unterschiedlicher Initiativen und Ansätze auf lokalem, regionalem und nationalem Niveau, die von der Abgabe gesunder Pausenverpflegung über zusätzliche Bewegungsangebote und Sexualkundeunterricht bis hin zu Interventionen bei Drogen-, Alkohol- und Gewaltproblemen reichen, lässt sich mittlerweile kaum mehr überblicken. Vor diesem Hintergrund beschränken wir uns an dieser Stelle auf die Erwähnung einiger wichtiger nationaler oder überregionaler Projekte.

Zu erwähnen ist das «Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen» (SNGS), dem aktuell über 700 Schulen mit über 150 000 Schülerinnen und Schülern angeschlossen sind ([www.gesunde-schulen.ch](http://www.gesunde-schulen.ch)). Dieses Netzwerk wird ergänzt durch eine Reihe lokaler und kantonaler Initiativen:

- Speziell auf die körperliche Bewegung zielt das vom Bundesamt für Sport (BASPO) initiierte und getragene Projekt «schule.bewegt», in dessen Rahmen sich jede Schülerin und jeder Schüler mindestens 20 Minuten pro Tag körperlich bewegen soll ([www.schulebewegt.ch](http://www.schulebewegt.ch)).
- Mit Blick auf die Tabakprävention sind mittlerweile viele Schulen in der Schweiz rauchfrei. Das von der Zürcher Stelle für Tabakprävention angeregte Projekt «rauchfreie schule» hält in diesem Zusammenhang verschiedene Unterstützungs- und Beratungsangebote bereit ([www.rauchfreieschule.ch](http://www.rauchfreieschule.ch)).
- Einen wichtigen, direkten Beitrag zur Gesundheit leisten die schulärztlichen, schulzahnärztlichen und schulpsychiatrischen Dienste mit ihren regelmässigen Kontrollen und Abklärungen sowie die zunehmend eingesetzten Schulsozialarbeitenden.
- An Bedeutung dürften in unmittelbarer Zukunft schliesslich Initiativen für ein «gesundes Körpergewicht» gewinnen, wie sie gegenwärtig etwa von der Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen ihres gleichnamigen Schwerpunktprogramms vorbereitet werden.

Jenseits dieser Ansätze auf der Ebene des Bildungssystems darf nicht vergessen werden, dass auch andere Settings einen «Bildungsbias» aufweisen. Sei es im Gastgewerbe, in der Landwirtschaft oder der Industrie: Häufig sind es Personen aus



den tieferen Bildungsschichten, die mit risikoreichen oder belastenden Arbeitsbedingungen konfrontiert sind. Initiativen zum Arbeitsschutz und zu gesunden Arbeitsbedingungen (z. B. rauchfreie Arbeitsplätze) in solchen Settings leisten daher auch einen Beitrag zur Verminderung von über die Lebensbedingungen vermittelten Bildungseffekten.

### 11.3

## **Bedeutung der Ergebnisse für das Schweizerische Bildungswesen**

Die Befunde im vorliegenden Beitrag illustrieren den Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit zwar deutlich, dennoch darf dieser Zusammenhang nicht starr als direkter Effekt formaler Schulbildung gelesen werden. Die Bildung wirkt sich über weite Strecken durch die Gesundheitskompetenz, den Lebensstil und die bildungsabhängigen Lebensbedingungen auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheit selbst aus. Zudem lässt sich nachweisen, dass sich das Gesundheitshandeln und die Gesundheit mit zunehmendem Bildungsgrad nicht gleichmässig verändern. Vielmehr klafft eine erhebliche Lücke zwischen den Personen, die keine nachobligatorische Bildung absolviert haben, und den höheren Bildungsgruppen.

Aus diesen Befunden lässt sich eine Reihe von Folgerungen für die Zukunft ableiten. Dabei gilt es zunächst festzuhalten, dass der Prozess der Bildungsexpansion in der Schweiz noch nicht abgeschlossen ist. Das Bundesamt für Statistik prognostiziert als Folge von Bildungsexpansion und demografischer Entwicklung für den Zeitraum 2006–2016 eine Zunahme der Studentinnen und Studenten auf Universitäts- und Fachhochschulstufe um 18 und 5 %, während es mit einem Rückgang um 8 % der Abschlüsse ohne nachobligatorische Bildung und um 4 % auf der Sekundarstufe II rechnet. Bis zum Jahr 2050 dürfte der Anteil der 25- bis 64-Jährigen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe auf 44 bis 51 % ansteigen, während der Anteil von Personen, die höchstens die obligatorische Schule abgeschlossen haben, auf 4 bis 5 % fallen wird. Solche Trendaussagen basieren allerdings auf der Annahme, dass Bildung weiterhin für alle Bevölkerungsgruppen erschwinglich bleibt. Eine zunehmende Kostenbeteiligung durch die Schüler- und Studentenschaft oder ihre Eltern, wie sie gegenwärtig mancherorts diskutiert wird, könnte das Gebot der Chancengleichheit unterlaufen und zu einer Akzentuierung von Ungleichheitseffekten im Bildungssystem führen.

## 11.3.1

**Mehr Bildungschancen für «bildungsferne» Bevölkerungsgruppen**

Durch die angenommene, durchschnittliche Verlängerung der Ausbildungszeit dürften sich auch die über die Alltags- und Gesundheitskompetenz vermittelten Gesundheitseffekte insgesamt verbessern. Dabei darf jedoch diejenige Gruppe nicht vergessen werden, die ihre Bildungskarriere schon mit dem Abschluss der obligatorischen Schulzeit beendet. Das bedeutet, dass Initiativen zur Stärkung der Gesundheitseffekte von Bildung schon auf der Vor- und Grundschulstufe ansetzen sollten, damit auch die «bildungsfernen» Bevölkerungsteile möglichst lange davon profitieren. Diese allgemeinen Massnahmen auf der Ebene der formalen Bildung und des Settings «Schule» sind für Personen mit geringer Bildung – seien es aktuelle Schulabgängerinnen und -abgänger, ältere Personen oder Teile der Migrationsbevölkerung, die mit einem geringen Bildungsstand in der Schweiz eintrifft – durch weitere Initiativen im Bereich der informellen und der Weiterbildung zu ergänzen, welche die allgemeine Gesundheitskompetenz und die *life skills* auch ausserhalb des Bildungssystems fördern. Zu denken ist etwa an:

- zielgruppenspezifische Präventions-, Informations- und Aufklärungsaktivitäten, wobei der Befund der aktuellen Gesundheitskompetenzstudie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auge zu behalten ist, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung Probleme hat, die «Gesundheitsinformationen in den Medien» zu verstehen,
- die Mitberücksichtigung von Bildungsüberlegungen bei Interventionen in auserschulischen Settings, also etwa in der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in der Quartierarbeit, und
- die Verstärkung von Weiterbildungsanstrengungen und insbesondere die Bekämpfung des Illetrismus in den von diesem betroffenen Gruppen.

Solche Interventionen sind nicht nur auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Zielgruppenanalysen zu planen, sondern müssen auch durch Grundlagenforschung und Evaluationsstudien flankiert werden, mit denen der Nachweis nachhaltiger Effekte zu erbringen ist. Insbesondere wäre in diesem Rahmen auch zu untersuchen, ob die Interventionen einen Beitrag zur Erhöhung der Chancengleichheit in Bildungswesen und Gesellschaft leisten. Ohne solche Wirkungen wird Bildung auch im Zuge der fortschreitenden Bildungsexpansion eine zwar wichtige, aber weiterhin ungleich verteilte Ressource für unsere Gesundheit bleiben.

## Literatur

- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005a). Entwicklung der Sozialstruktur. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005b). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2003. Neuenburg: BFS.
- Hurrelmann K. (2000). Gesundheitssoziologie. München: Juventa Verlag.
- Lamprecht M., König C., Stamm H.-P. (2006). Gesundheitsbezogene Chancengleichheit. Grundlagendokument. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Mielck A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- OECD (2007). Understanding the social outcomes of learning. Paris: OECD.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# 12 Umwelt als Gesundheitsressource

Maja Kopp und Charlotte Braun-Fahrlander, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Basel

Eine intakte physische Umwelt ist eine wesentliche Ressource für die menschliche Gesundheit. Die vier für die Schweiz gesundheitsrelevanten Umweltfaktoren sind die Aussenluftschadstoffe, der Tabakrauch (Innenraumschadstoff), der Klimawandel und die Strahlung. Die *Luftqualität* hat sich bis zum Jahr 2000 zwar teilweise verbessert, seither stagniert oder verschlechtert sich die Situation wieder mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheit. Das Bewusstsein der gesundheitlichen Belastung durch *Passivrauchen* ist gestiegen. Dank positiver Erfahrungen mit Rauchverboten im Ausland bewegt sich auch in der Schweiz einiges in Richtung eines besseren Schutzes vor Passivrauch.

Die gesundheitsrelevanten Folgen des *Klimawandels* können durch einzelne Massnahmen nicht genügend gemindert werden. Es sind verschiedene Politikbereiche (z. B. Umwelt-, Verkehrs-, Energie-, Landwirtschaftspolitik) gefordert, konsequent gegen die Ursachen des Klimawandels vorzugehen.

Die *Strahlungsexposition* stammt aus verschiedenen Quellen (UV, Radon, elektromagnetische Strahlung). Im Bereich der nichtionisierenden elektromagnetischen Strahlung gibt es noch viele gesundheitsrelevante Fragen zu klären. Zum Schutz der Bevölkerung wird die Strahlung vorsorglich begrenzt.

Der Schutz der Umwelt ist eine Public-Health-Aufgabe, die durch gemeinsame Verantwortung und entschlossenes Handeln aller Gesellschafts- und Politikbereiche wahrzunehmen ist.

## 12.1

**Die Umwelt als Determinante für Gesundheit und Krankheit**

Eine intakte soziale und physische Umwelt sind Faktoren, welche die Gesundheit einer Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen entscheidend mitbestimmen. Während in anderen Kapiteln des Gesundheitsberichts auf die Bedeutung der sozialen Lebenswelten eingegangen wird, kommt in diesem Kapitel die physische Umwelt als eine wesentliche Ressource für die menschliche Gesundheit zur Sprache. Die gesundheitliche Bedeutung der Umwelt wird oft erst erkannt, wenn Umweltbelastungen auftreten. Weltweit sind der Mangel an sauberem Trinkwasser, die Schadstoffbelastung der Luft und des Bodens für zahlreiche Todes- und Krankheitsfälle verantwortlich. In der Schweiz sind die Belastungen der Umwelt in der Regel durch die Aktivitäten des modernen Menschen verursacht. Das vorliegende Kapitel befasst sich exemplarisch mit vier gesundheitsrelevanten Umweltfaktoren, die für die Schweizer Bevölkerung von Bedeutung sind. Es sind dies die Aussenluftschadstoffe, der Tabakrauch (Innenraumschadstoff), der Klimawandel und die Strahlung.

## 12.1.1

**Aussenluftschadstoffe:****Trotz gewisser Verbesserungen weiterhin ein Gesundheitsrisiko**

Die gesundheitlichen Auswirkungen von kurz- und langfristig erhöhten Luftschadstoffbelastungen sind wissenschaftlich gut belegt. Sie betreffen sowohl Atemwegs- wie auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Betroffen sind alle Bevölkerungsgruppen, in besonderem Mass Kinder und Kleinkinder, (chronisch) Kranke, Betagte und Schwangere.

Nach Schätzungen der WHO ist die Luftverschmutzung in Europa jährlich für den vorzeitigen Tod von rund 300 000 Menschen verantwortlich, für die Schweiz rechnen Studien mit rund 3700 vorzeitigen Todesfällen pro Jahr. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich laut einer Studie des Bundesamtes für Raumentwicklung (2005) auf jährlich rund vier Milliarden Franken oder 628 Franken pro Kopf der Bevölkerung. 36 % dieser Kosten können dem Strassenverkehr als Verursacher angelastet werden. Dank den getroffenen Luftreinhaltemassnahmen sind die Schadstoffemissionen und -immissionen in der Schweiz bis ins Jahr 2000 für die meisten Schadstoffe gesunken. Seither zeichnet sich eine Stabilisierung und Verschlechterung ab, die nicht auf einzelne grosse Emissionsquellen, sondern auf die Zunahme der Siedlungs- und Verkehrsdichte zurückzuführen sind (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1:** Übersicht über die Immissionssituation der fünf wichtigsten Schadstoffe in der Schweiz nach verschiedenen Standorten, bezogen auf die geltenden Grenzwerte

Schadstoff	Grenzwert	Höhe	Gebiete		
			Stadt	Agglomeration	Land
Schwefeldioxid (SO <sub>2</sub> )	Jahresmittel	30 µg/m <sup>3</sup>	*	*	*
Stickoxid (NO)	Jahresmittel	30 µg/m <sup>3</sup>	***	**	**
Ozon (O <sub>3</sub> )	Stundenmittel	120 µg/m <sup>3</sup>	**	***	***
Kohlenmonoxid (CO)	Tagesmittel	8 µg/m <sup>3</sup>	*	*	*
PM10	Jahresmittel	20 µg/m <sup>3</sup>	***	**	**

- \* Immissionsgrenzwerte praktisch überall eingehalten
- \*\* Immissionsgrenzwerte teilweise überschritten
- \*\*\* Immissionsgrenzwerte häufig oder stark überschritten

Datenstand: 2005.

Quelle: Bundesamt für Umwelt (BAFU), 2006.

Die positiven gesundheitlichen Auswirkungen einer Verbesserung der Luftqualität in den 1990er-Jahren konnten durch Forschungsergebnisse in der Schweiz belegt werden:

- Ergebnisse der SCARPOL-Reihenuntersuchung an Schulkindern zeigen im Lauf der 1990er-Jahre eine Abnahme infektiöser Atemwegserkrankungen (Husten, Bronchitis) sowie von Reizsymptomen parallel zu abnehmender Schwebstaub- und Stickoxidbelastung. Die Verbesserung ist dort am grössten, wo sich die Luftqualität am meisten gebessert hat, was vorwiegend in den Städten der Fall war.
- Die SAPALDIA-Studie bei Erwachsenen zeigt, dass die natürliche Abnahme der Lungenfunktion im Alter in Regionen mit einer verbesserten Luftqualität in den letzten zehn Jahren verlangsamt wurde.

### 12.1.2

#### Innenraumschadstoff:

#### 71 % der Schweizer Bevölkerung sind Passivrauchende

Gemäss der Schweizerischen Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit sind 71 % der Bevölkerung im Alter zwischen 14 und 65 Jahren Nichtraucher. Im Jahr 2002 waren 35 % der Bevölkerung täglich während mindestens einer Stunde dem Passivrauch ausgesetzt. Im

Jahr 2006 waren es nur noch 27 %. Die Passivrauchexposition am Arbeitsplatz ist von 54 auf 42 %, im privaten Bereich von 21 auf 15 % gesunken. Dagegen ist die Passivrauchexposition in den Gastronomiebetrieben zwischen 2002 und 2006 unverändert hoch geblieben; 84 % der 14- bis 65-jährigen Bevölkerung waren in Restaurants, Cafés und Bars dem Tabakrauch anderer ausgesetzt, davon 27 % während dreier und mehr Stunden wöchentlich. Im Jahr 2006 befürworteten 65 % der 14- bis 65-Jährigen ein generelles Rauchverbot in Gastrobetrieben. Die relativ stärkste Abnahme der Passivrauchexposition ist am Arbeitsplatz als Folge des Rauchverbots in Betrieben zu verzeichnen. In solchen Betrieben waren im Jahr 2006 72 % und im Jahr 2002 58 % der Bevölkerung beschäftigt. Die grosse Mehrheit der Bevölkerung weiss um die Schädlichkeit des Passivrauchens. Die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens sind erheblich (siehe Tab. 2).

Vorsichtigen Schätzungen zufolge sterben in der Schweiz jährlich mehrere hundert Personen an den Folgen von Passivrauch. Die Kosten dürften ca. 10 % der

**Tabelle 2:** Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit von Nichtrauchenden, nach Lebensphase im Vergleich zu nichtexponierten Nichtrauchenden

Lebensphase	Gefährdung	Ausmass im Vergleich zu nichtexponierten Nichtrauchenden	Kommentar
Vor der Geburt	Gestörte Entwicklung/tiefes Geburtsgewicht	Risiko erhöht um ca. 150 %	Geburtsgewicht im Durchschnitt 250 g niedriger, wenn die Mutter raucht.
Vor der Geburt	Gestörte Entwicklung/tiefes Geburtsgewicht	Risiko erhöht um ca. 20 %	Wenn die nicht-rauchende Mutter dem Passivrauch ausgesetzt ist.
Vor der Geburt	Plazentaablösung	Risiko erhöht um ca. 100 %	Wenn die Mutter raucht.
Frühe Kindheit	Plötzlicher Kindstod	Risiko erhöht um ca. 200 %	Wenn die Mutter während und nach der Schwangerschaft raucht.
Frühe Kindheit	Plötzlicher Kindstod	Risiko erhöht um ca. 140 %	Wenn der Vater im Haushalt raucht und die Mutter während und nach der Schwangerschaft nicht raucht.



Lebensphase	Gefährdung	Ausmass im Vergleich zu nichtexponierten Nichtrauchernden	Kommentar
Frühe Kindheit	Chronische Mittelohrentzündung	Risiko erhöht um ca. 40 %	Wenn ein Elternteil zu Hause raucht.
Frühe Kindheit	Erkrankung der unteren Atemwege (z. B. Lungenentzündung, Bronchitis)	Risiko erhöht um ca. 50 %	Wenn ein Elternteil zu Hause raucht.
Frühe Kindheit	Spätere Entstehung von Asthma	Risiko erhöht um ca. 100 %	Wenn die Mutter raucht.
Kindheit	Grippe, Bronchitis	Risiko erhöht um ca. 19 %	Wenn jemand zu Hause raucht.
Erwachsenenalter	Entstehung von Asthma	Risiko erhöht um ca. 100 %	Exposition am Arbeitsplatz ist bedeutender als jene zuhause.
Erwachsenenalter	Lungenkrebs	Risiko erhöht um ca. 24 %	Beim Zusammenleben mit Rauchenden.
Erwachsenenalter	Schlaganfall	Risiko erhöht um ca. 80 %	Exposition an irgendeinem Ort (Arbeitsplatz, zuhause und/oder im Restaurant).
Erwachsenenalter	Herzinfarkt	Risiko erhöht um ca. 25 %	Exposition an irgendeinem Ort (Arbeitsplatz, zuhause und/oder im Restaurant).

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006.

Kosten des aktiven Rauchens betragen, was in der Schweiz ca. 500 Millionen Franken ergibt (basierend auf ausländischen Studien).

### 12.1.3

#### Klimawandel: Auswirkungen auf die Gesundheit auch in der Schweiz

Der weltweite Klimawandel ist in den letzten Jahren auch in der Schweiz deutlich spürbar geworden. Der Bericht des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) stellte für das 20. Jahrhundert eine Zunahme der globalen Jahresmittel-

temperatur um ca. 0,6 °C fest. In der Schweiz ist gar ein Anstieg zwischen 1,0 °C (Deutschschweiz) und 1,6 °C (Alpensüdseite) gemessen worden. In den drei Monaten des Hitzesommers 2003 wurden über 900 Todesfälle (7 %) mehr verzeichnet als statistisch erwartet worden wäre. In den Städten und Agglomerationen war die erhöhte Sterblichkeit besonders markant (Basel +24 %, Genf +17,5 %, Lausanne +13,5 %). Von der Wirkung des Klimawandels betroffen ist die gesamte Bevölkerung. Unter den negativen Auswirkungen von Hitzewellen leiden besonders ältere und (chronisch) kranke Menschen, Kleinkinder und Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Prädisponierende Faktoren für hitzebedingte Krankheiten und/oder hitzebedingten Tod sind zudem mangelnde Fitness, Übergewicht, Schlafmangel, Dehydrierung aufgrund ungenügender Nahrungsmittel- und Flüssigkeitsaufnahme, Alkoholmissbrauch und die Einnahme gewisser Medikamente (z. B. Diuretika).

Neben Hitzewellen stellt auch erhöhtes Ozon, das mit anhaltenden Schönwetterlagen und Hitze einhergeht, ein Gesundheitsrisiko dar. Zahlreiche Studien belegen eine Zunahme der Sterblichkeit in Zusammenhang mit erhöhten Ozonwerten. Im Sommer 2003 waren schätzungsweise 130 bis 300 (13–30 %) der zusätzlichen Sterbefälle der Ozonbelastung zuzuschreiben.








Zu den indirekten Wirkungen des Klimawandels gehören Veränderungen des Pollenflugs, Veränderungen der mikrobiellen Belastung von Nahrungsmitteln und die Verbreitung vektorübertragener Krankheiten, wie zum Beispiel die Zeckenenzephalitis und die Lyme-Borreliose (siehe Kap. 8).

#### 12.1.4

#### **Strahlung: Je nach Form differenziert zu betrachten**

Elektromagnetische Strahlung ist in unserer natürlichen und technischen Umwelt allgegenwärtig. Sie tritt in verschiedenen Formen auf und unterscheidet sich durch ihre Frequenz, das heisst durch die Anzahl Schwingungen pro Sekunde. Das Frequenzspektrum der elektromagnetischen Strahlung wird unterteilt in nichtionisierende und ionisierende Strahlung. Nichtionisierende Strahlen weisen im Gegensatz zu ionisierenden Strahlen ungenügend Energie auf, um biologische Bausteine, beispielsweise DNA-Moleküle, direkt zu verändern. Die nichtionisierende Strahlung umfasst den Bereich der nieder- und hochfrequenten elektromagnetischen Felder (EMF) sowie die optische Strahlung (siehe Abb. 1).

Niederfrequente EMF entstehen in Zusammenhang mit der Erzeugung und Verwendung von elektrischem Strom; hochfrequente EMF werden zur drahtlosen Übermittlung von Informationen in der Rund- und Mobilfunktechnik eingesetzt. Durch den zunehmenden Stromverbrauch und die Entwicklung immer neuer

Das elektromagnetische Spektrum						
						
statische EMF	niederfrequente EMF	hochfrequente EMF	Infrarot	Licht	UV	Ionisierende Strahlung
Elektromagnetische Felder (EMF)			Optische Strahlung			
Nichtionisierende Strahlung (NIS)						

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006.

**Abbildung 1:** Elektromagnetische Strahlung tritt in unterschiedlicher Form auf und unterscheidet sich durch ihre Frequenz, das heisst durch die Anzahl Schwingungen pro Sekunde

Kommunikationstechnologien in den letzten Jahrzehnten hat die Belastung durch nichtionisierende Strahlung rapide zugenommen.

Wissenschaftlich gesichert ist, dass starke nichtionisierende EMF gesundheitsschädigende Wirkungen haben: Niederfrequente EMF verursachen Muskel- und Nervenzellreizungen, hochfrequente Felder führen zur Erwärmung des Gewebes. Daher wurden internationale Immissionsgrenzwerte eingeführt, welche die Bevölkerung vor diesen Auswirkungen schützen. Trotz jahrzehntelanger Forschung ist aber noch nicht geklärt, ob auch bei Belastungen unterhalb dieser Grenzwerte mit gesundheitlichen Risiken zu rechnen ist.

Bevölkerungsstudien haben wiederholt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen den *niederfrequenten Feldern* von Hochspannungsleitungen und dem Leukämierisiko von Kindern ergeben. Aufgrund von Forschungsergebnissen hat die Internationale Agentur für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer, IARC) niederfrequente elektromagnetische Felder im Jahr 2001 als «möglicherweise krebserregend» eingestuft. In Bezug auf die *hochfrequente* Strahlung haben Experimente an Versuchspersonen gezeigt, dass Mobiltelefone einen Einfluss auf Hirnströme und Schlafphasen haben können. Da die beobachteten Veränderungen innerhalb des normalen Schwankungsbereichs liegen, ist ihre gesundheitliche Relevanz unklar. In Bevölkerungsstudien wird zudem die Häufigkeit von verschiedenen Symptomen und Krankheiten bei Mobiltelefonbenutzern oder in der Umgebung von Sendeanlagen untersucht. Die Ergebnisse dieser Studien sind nicht einheitlich und erlauben noch keine abschliessende Beurteilung.

Für die *optische Strahlung (UV)* sind die Wirkungen besser bekannt. Je mehr UV-Strahlung herrscht, desto grösser ist das Hautkrebsrisiko. Ebenso können Augenschäden, wie zum Beispiel Entzündungen der Horn- und Bindehaut oder langfristig eine Trübung der Augenlinse, die Folge übermässiger UV-Exposition sein. Auch Störungen des Immunsystems sind bekannt. Es besteht grosser Informations- und Präventionsbedarf: Die Schweiz hat weltweit eine der höchsten Hautkrebsraten.

Im Bereich der ionisierenden Strahlung führt die *Radonbelastung* in der Schweiz jährlich zu 240 Lungenkrebstoten. Die WHO hat Radon bereits vor über zehn Jahren als erwiesenermassen krebserregend eingestuft.

## 12.2

### **Geplante und bestehende Initiativen und Massnahmen zur Verbesserung der Umwelt**

#### 12.2.1

##### **Aussenluftschadstoffe:**

##### **Verbesserungen sind durch viele einzelne Massnahmen möglich**

Das Umweltschutzgesetz (USG) hält fest, dass Belastungen der Umwelt (Luftverunreinigungen, Lärm, Erschütterungen und Strahlen) grundsätzlich bei den Quellen zu begrenzen sind. Im Rahmen der Vorsorge sind die Emissionen unabhängig von der bestehenden Umweltbelastung so weit zu begrenzen, als dies technisch und betrieblich möglich und wirtschaftlich tragbar ist. Die Emissionsbegrenzungen werden verschärft, wenn feststeht oder zu erwarten ist, dass die Einwirkungen unter Berücksichtigung der bestehenden Umweltbelastungen schädlich oder lästig werden (Artikel 11, USG). Emissions- und Immissionsgrenzwerte für Luftschadstoffe sind in der Luftreinhalte-Verordnung (LRV) festgelegt. Die Schweizer Immissionsgrenzwerte entsprechen weit gehend den Empfehlungen der WHO und denen der EU. Im Juli 2007 hat der Bundesrat Änderungen der LRV verabschiedet, die auf eine Verringerung des Ausstosses von gesundheitsschädlichem Feinstaub abzielen. Diese beinhalten strengere Vorschriften für kleinere und grössere Holzfeuerungen sowie um mehr als die Hälfte reduzierte Staubgrenzwerte für Industrieanlagen. Der Vollzug der LRV liegt bei den Kantonen, die zahlreiche Verfügungen zur Verminderung der Luftbelastung erlassen sowie Massnahmen auf lokaler Ebene getroffen haben, so zum Beispiel Förderbeiträge an Gebäudesanierungen (Isolation) oder Solaranlagen, die Parkraumbewirtschaftung und der Ausbau des öffentlichen Verkehrs in Städten und Agglomerationen. Zu den Zielen des Bundesrats gehört auch die Neuauflage des Luftreinhalte-Konzepts. Während der Aktionsplan «Feinstaub» vom Januar 2006 auf einen speziellen Teil

der Luftreinhalte-Problematik (nämlich die primären Partikel des Feinstaubes) fokussiert, ist das geplante aktualisierte Luftreinhalte-Konzept umfassender. Es bezieht alle aktuellen Luftreinhalte-Probleme ein und widmet sich auch dem sekundären Anteil im Feinstaub, der aus gasförmigen Schadstoffen gebildet wird und gegen die Hälfte der Feinstaubbelastung ausmacht.

### 12.2.2

#### **Tabakrauch: Gesetz zum Schutz vor Passivrauch steht an**

Auf Bundesebene wird der Schutz vor Passivrauch über das Arbeitsrecht geregelt. Artikel 328 des Obligationenrechts (OR) verpflichtet den Arbeitgeber, auf die Gesundheit der Arbeitnehmenden gebührend Rücksicht zu nehmen. Artikel 6 des Arbeitsgesetzes (ArG) schreibt dem Arbeitgeber vor, zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmenden alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und nach den Verhältnissen des Betriebs angemessen sind. Gestützt auf das ArG wurde in Artikel 19 der Verordnung 3 zum ArG (ArGV 3) unter «Nichtraucherschutz» folgende Schutzbestimmung erlassen: «Der Arbeitgeber hat im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten dafür zu sorgen, dass die Nichtraucher nicht durch das Rauchen anderer Personen belästigt werden.»

Im September 2006 beschloss die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, eine Revision des Arbeitsgesetzes in die Vernehmlassung zu schicken. Artikel 6 des ArG soll mit folgendem Absatz ergänzt werden: «Arbeitsplätze sind rauchfrei. Der Arbeitgeber hat die Arbeitnehmer bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit vor dem Passivrauchen zu schützen. Der Bundesrat erlässt die Ausführungsbestimmungen.»

Aufgrund der «Parlamentarischen Initiative Gutzwiller» vom 8. Oktober 2004 hat die Nationalratskommission für soziale Sicherheit und Gesundheit im Juni 2007 den Entwurf eines Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen dem Nationalrat zur Annahme unterbreitet. Geschlossene Räume, die öffentlich zugänglich sind, und Arbeitsplätze sollen grundsätzlich rauchfrei sein. Unter bestimmten Voraussetzungen soll aber der Bundesrat Ausnahmen vorsehen, die Raucheräume (Fumoirs) ohne Bedienung, Einzelarbeitsplätze und wohnungsähnliche Einrichtungen betreffen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme im August 2007 den Gesetzesentwurf befürwortet. Bei der Beratung im Nationalrat (Oktober 2007) wurde jedoch ein Gesetzesentwurf verabschiedet, in dem wesentliche Schutzbestimmungen gelockert und zugunsten des Gastgewerbes verändert wurden. Dies ist ein Rückschritt bei den Bemühungen um einen besseren Schutz vor Passivrauch. Die aktuelle Entwicklung kann auf der Website des Bundesamts für Gesundheit ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)) verfolgt werden.

Ungefähr die Hälfte der Kantone hat in den Gastgewerbegesetzen Bestimmungen zum Schutz vor Passivrauch eingeführt. Ausser in den Kantonen Tessin und Solothurn sind diese Regelungen nicht zwingend, zumal sie nur im Rahmen der «betrieblichen Möglichkeiten» umgesetzt werden müssen. In vielen Kantonen wurden politische Vorstösse eingereicht, die einen besseren Schutz vor Passivrauch verlangen. In einigen Kantonen sind die Regierungen bereits an der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen. Dabei geht es vor allem um rauchfreie öffentliche Räume und Gastrobetriebe.

Mit der Aktion «arbeitsplatz.rauchfrei» wollen das Bundesamt für Gesundheit, das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) möglichst viele Unternehmen in der Schweiz unterstützen, ihre Mitarbeitenden vor Passivrauch zu schützen. Im ersten Projektjahr 2006 haben sich über 700 Betriebe zu dieser Aktion bekannt. In den letzten Jahren wurden zudem viele eigenständige Initiativen ergriffen, um das Passivrauchen einzudämmen, so zum Beispiel in Schulen und Universitäten, Verwaltungen oder in Unternehmen der Privatwirtschaft.

Auf internationaler Ebene hat die Schweiz mit 168 weiteren Staaten die «WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)» unterzeichnet. Dabei handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag zur Bekämpfung des Tabakkonsums und zum Schutz vor Passivrauchen. Der Vertrag ist seit dem 27. Februar 2005 in Kraft, die Ratifizierung durch die Schweiz steht aber noch aus, sodass die FCTC derzeit für die Schweiz noch kein verbindliches Völkerrecht darstellt.

In Europa war Irland das erste Land, das im Jahr 2004 ein Rauchverbot ohne Einrichtung von Räucherräumen einführte. Diese Einführung war ein Erfolg: Die Umsetzung verlief problemlos, die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere jene der nichtrauchenden Angestellten, verbesserte sich, und die Umsätze der Gastronomie entwickelten sich unverändert. Kurz darauf handelten Norwegen und Italien in gleicher Weise – und ebenfalls mit Erfolg. Inzwischen haben weitere europäische Länder Rauchverbote in Gastrobetrieben verhängt.

### 12.2.3

#### **Klimawandel: Massnahmen müssen verschärft werden**

Zu den übergeordneten Politiken und Massnahmen im Bereich des Klimaschutzes gehören vor allem das CO<sub>2</sub>-Gesetz, das vorschreibt, die CO<sub>2</sub>-Emissionen bis 2010 gegenüber 1990 um 10 % zu verringern. Der Bundesrat beschloss, ab 2006 eine CO<sub>2</sub>-Abgabe auf fossile Brennstoffe einzuführen (35 Franken pro Tonne). Das Parlament verabschiedete im März 2007 jedoch neue Bestimmungen, denen der Bundesrat im Juni 2007 zustimmte. So wird die CO<sub>2</sub>-Abgabe in drei Stufen von 12 auf 36 Franken erhöht, abhängig von der Erreichung der Etappenziele zur Ver-

minderung der CO<sub>2</sub>-Emissionen. Da das erste Etappenziel verfehlt wurde (Rückgang der CO<sub>2</sub>-Emissionen aus Brennstoffen im Jahr 2006 gegenüber 1990 um 4,6 % anstatt mindestens 6 %), wurde ab Januar 2008 eine Abgabe von zwölf Franken pro Tonne CO<sub>2</sub> verfügt (dies entspricht drei Rappen pro Liter Heizöl). Zudem wurde bei den Treibstoffen ein freiwilliger Klimarappen als Massnahme akzeptiert. Erbringt der Klimarappen bis Ende 2007 jedoch nicht die erwartete Wirkung, will der Bundesrat auch auf Benzin eine CO<sub>2</sub>-Abgabe einführen.

Die UNO-Klimakonvention verlangt längerfristig eine Stabilisierung der Treibhausgasemissionen auf einem definierten «ungefährlichen» Niveau. Demnach muss die Schweiz ihre Emissionen jährlich um 1,5 % senken. Zur Erreichung dieses Ziels schlug im August 2007 der Bundesrat für die Klimapolitik nach 2012 zwei Optionen vor: erstens eine Klima-Lenkungsabgabe mit Teilzweckbindung (Erweiterung der CO<sub>2</sub>-Abgabe), wobei 5 bis 10 % der Einnahmen in klimapolitische Massnahmen fliessen, und zweitens technische Regulierungen (Vorschriften, Verbote, Auflagen) und Klimaabgaben auf Treibhausgasemissionen zur Finanzierung von Förderprogrammen und Anpassungsmassnahmen.

Konkrete Massnahmen zur Senkung der hitzebedingten Mortalität wurden in Nordamerika und Europa eingeführt. Dabei zeigte sich, dass durch rechtzeitige Warnung vor Hitzewellen und durch Informationen zu adäquatem Verhalten die Sterblichkeit wirkungsvoll gesenkt werden konnte. Nach dem Hitzesommer 2003 wurden in der Schweiz diesbezüglich auf behördlicher Ebene Massnahmen ergriffen. Einerseits wurde 2005 seitens des Bundesamts für Gesundheit eine Internetseite ([www.hitzewelle.ch](http://www.hitzewelle.ch)) mit Informationen zum Klimawandel und mit Verhaltensempfehlungen bei Hitzeepisoden aufgeschaltet, andererseits setzte MeteoSchweiz die Arbeit an der Entwicklung eines Hitzefrühwarnsystems fort. Die beiden Bundesämter für Gesundheit und für Umwelt haben zudem die Arbeitsgruppe «Klima und Gesundheit» gebildet, die sich mit für die Schweiz relevanten Entwicklungen im Bereich «Klimawandel, Humanmedizin, Tiermedizin» befasst.

#### 12.2.4

#### **Strahlung: Das Vorsorgeprinzip wird angewendet**

Um die Bevölkerung vor Auswirkungen der nichtionisierenden Strahlung auf die Gesundheit zu schützen, hat der Bundesrat im Jahr 2000 die «Verordnung über den Schutz vor nichtionisierender Strahlung» (NISV) erlassen. Die NISV enthält Vorschriften für ortsfeste Anlagen wie Hochspannungsleitungen, Eisenbahnen und Sendeanlagen des Mobil- und Rundfunks. Nicht erfasst werden Mobil- und Schnurlostelefone, Bildschirme, Mikrowellenöfen oder andere elektrische Geräte. Die in der NISV festgelegten Immissionsgrenzwerte schützen vor den wissenschaftlich anerkannten, akuten Gesundheitsschäden der Strahlung und orientie-

ren sich an den internationalen Richtlinien. Zusätzlich sind die von der NISV vorgeschriebenen Anlagegrenzwerte so festgesetzt, dass sie nach heutigem Wissen auch bei Langzeitbelastung das Risiko für allfällige, heute noch nicht klar erkennbare Gesundheitsfolgen minimieren dürften. Die Anlagegrenzwerte liegen deutlich unter den Immissionsgrenzwerten und müssen an allen Orten eingehalten werden, an denen sich Personen über längere Zeit aufhalten. Der Vollzug der NISV obliegt grundsätzlich den Kantonen.

Das umweltrechtliche Regelwerk über nichtionisierende Strahlung und die Anlagegrenzwerte sind im Vergleich mit anderen Ländern relativ streng. Die Höhe der Grenzwerte ist in der Bevölkerung (angesichts der noch ungeklärten Risikolage) nach wie vor umstritten. Daher hat der Bundesrat im Jahr 2004 das Nationale Forschungsprogramm «Nichtionisierende Strahlung – Umwelt und Gesundheit» (NFP 57) bewilligt mit dem Ziel, gesundheitliche Risiken nichtionisierender Strahlung besser abschätzen zu können. Mit ersten Ergebnissen ist Ende 2009 zu rechnen, der Abschlussbericht wird 2010 veröffentlicht.

In der Strahlenschutzverordnung (StSV) hat der Bund Ziele und Massnahmen zur Verminderung der Radonbelastung in der Schweiz verankert (1994). Das BAG wurde mit der Umsetzung betraut und gründete zu diesem Zweck die «Fachstelle Radon». Das Radonprogramm (1994–2014) hat zum Ziel, das individuelle Radonrisiko in der Schweiz zu senken, unter anderem durch die Sanierung aller Wohn- und Aufenthaltsräume mit einer Grenzwertüberschreitung (Grenzwert 1000 Bq/m<sup>3</sup>).

## 12.3

### **Trotz grosser Fortschritte sind weitere Massnahmen notwendig**

#### 12.3.1

##### **Aussenluftschadstoffe:**

##### **Luftverbesserungen durch konzertierte Massnahmen**

Die bisher rechtsverbindlich festgelegten Massnahmen haben sich als nicht ausreichend erwiesen, um die Luftreinhalte-Ziele zu erreichen, die der Bundesrat ursprünglich bis 1995 realisieren wollte. Sie genügen auch längerfristig nicht, um die Emissionen in dem Mass zu senken, das für einen nachhaltigen Schutz für Mensch und Umwelt erforderlich wäre. Aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Prognosen (z. B. Anstieg des Verkehrsaufkommens) müssen verschärfte Massnahmen zur permanenten Reduktion der Luftbelastung und Luftreinhaltung ergriffen und konsequent umgesetzt werden. Kurzfristige Interventionen bringen wenig. Vor allem bei den Stickoxiden (Hauptverursacher mo-



torisierter Verkehr), beim Ammoniak (Landwirtschaft) und beim lungengängigen Feinstaub (motorisierter Verkehr, Industrie und Gewerbe) sind zusätzliche wirkungsvolle Massnahmen notwendig und möglich, so zum Beispiel für:

- *Heizungen und Gebäude*: Massnahmen für eine rationellere Energieverwendung, mittelfristig Anpassung der schweizerischen Standards der Wärmedämmung für Neu- und Altbauten an die Minergie-Standards, Verminderung der Partikel-Emissionen von kleinen Holzfeuerungen;
- *die Industrie*: laufende Anpassung der Abgasnachreinigung bedeutender Einzelquellen an den Stand der Technik, neue Vollzugsmodelle und Branchenvereinbarungen, Emissionsminderung bei Baustellen und Geräten mit Verbrennungsmotoren;
- *den Verkehr*: Verschärfung der Abgasnormen auf den neusten Stand der Technik, raumplanerische Instrumente, Lenkungsabgaben, Verlagerung des motorisierten Verkehrs auf die Schiene, Förderung des Langsamverkehrs und alternativer Antriebssysteme, Nachrüstung von Motorwagen mit Russfiltern, Erhöhung der Treibstoffpreise;
- *die Land- und Forstwirtschaft*: Ausrüstung oder Nachrüstung von Maschinen und Geräten mit Partikelfiltern oder mit äquivalent wirksamen Systemen, die dem neusten Stand der Technik entsprechen, Lenkungsabgaben auf stickstoffhaltige Dünger, und
- *die Bevölkerung*: Motivierung der Bevölkerung zu individuellem emissionsarmem Verhalten.

Bisher wurden fast ausschliesslich technische Massnahmen umgesetzt, während der ökonomische Anreiz für umweltschonendes Verhalten noch kaum angewendet wird. Es gilt zudem das Bewusstsein zu schärfen, dass politische Entscheide auch in anderen Sektoren (Verkehr, Umwelt, Energie, Raumplanung, Wohnen, Finanzen) Auswirkungen auf die Luftqualität haben können. Entsprechend müssen lufthygienische Folgen in anderen Politikbereichen besser berücksichtigt werden. Umweltschutz sollte nicht hauptsächlich als Kostenfaktor, sondern als zukunftssträchtiger Wirtschaftszweig betrachtet werden. Die Chancen, die eine fortschrittliche Luftreinhalte-Politik durch Erfahrungs- und Technologievorsprung bietet, sollten besser genutzt werden. Der volkswirtschaftliche Nutzen von Luftreinhalte-Massnahmen, zum Beispiel auf die Gesundheit, sollte neben den Kosten für die Verursacher der Luftverschmutzung besser wahrgenommen werden. Dafür bedarf es einer übergreifend kohärenten Politik, die in der Schweiz bislang fehlt (siehe OECD/WHO-Bericht 2006).

Im wissenschaftlichen Bereich besteht weiterhin Forschungsbedarf zu Fragen der Langzeitwirkung der Luftverschmutzung und zu den Wirkungen von spezifischen Schadstoffquellen und -gemischen auf die Gesundheit.

### 12.3.2

#### **Tabakrauch: Positive Erfahrungen mit rauchfreien öffentlichen Räumen**

Nachdem die Erfahrungen mit rauchfreien Räumen aus dem In- und Ausland positive Ergebnisse aus gesundheitlicher und ökonomischer Sicht gezeigt haben, sollten verbindliche Regelungen getroffen werden, um das Gesundheitsrisiko durch Passivrauch einzudämmen. Es braucht gesamtschweizerische gesetzliche Richtlinien und Massnahmen zum Schutz vor Passivrauch am Arbeitsplatz und in öffentlichen Gebäuden sowie entsprechende infrastrukturelle und organisatorische Massnahmen. Weiterhin notwendig sind wiederholte Präventionskampagnen. Nicht zuletzt muss für den Schutz vor Passivrauch bei der Reduktion des aktiven Rauchens angesetzt werden.

Befürchtungen, beispielsweise der Gastrobetriebe, aufgrund eines Rauchverbots finanzielle Einbussen erleiden zu müssen, erweisen sich als unbegründet. Rauchfreie Betriebe können ihre Kosten bei der Reinigung und beim Unterhalt senken. Sie verzeichnen weniger krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und sparen sich Kosten für aufwändige Lüftungssysteme. Studien, zum Beispiel aus Irland, belegen, dass keine negativen Folgen hinsichtlich der Einnahmen, der Arbeitsplätze oder der Kundenfrequenz eintreten.

### 12.3.3

#### **Klimawandel:**

#### **Weltweites, koordiniertes Handeln kann die Klimaerwärmung bremsen**

Das Ausmass des Klimawandels wird weltweit zunehmend wahrgenommen. Es wächst die Erkenntnis, dass durch griffige und gezielte Massnahmen die negative Entwicklung gebremst werden muss und kann. Dies besonders angesichts der Prognose des Ausschusses für Klimawandel der Vereinten Nationen (IPCC 2007), wonach sich die Auswirkungen der Klimaerwärmung in den kommenden Jahren noch verstärken werden. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Klimapolitik müssen die verschiedenen Politikbereiche der Schweiz (Umwelt-, Energie-, Verkehrs-, Landwirtschafts-, Forst- und Abfallpolitik) intersektoral koordiniert zusammenarbeiten.

Die Schweiz liegt hinter den definierten Emissionszielen zurück. Die Umsetzung verbindlicher klimapolitischer Massnahmen ist auch aus gesundheitlicher Sicht in der Schweiz konsequenter und zügiger voranzutreiben. Rechtsgrundlagen

und Richtlinien müssen gesamtschweizerisch und sektorübergreifend erarbeitet und umgesetzt werden.

In der Forschung gilt es, die Klimaverwundbarkeit der Schweiz systematisch zu erfassen und gezielt Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung abzuleiten. Eine aktive Temperatur- und Sterblichkeits-Surveillance ist zu etablieren.

#### 12.3.4

### **Strahlung: Forschungsbedarf bei den gesundheitsrelevanten Auswirkungen nichtionisierender Strahlung**

Der Handlungsbedarf besteht je nach Art der Strahlenbelastung in unterschiedlichen Bereichen:

- *Nichtionisierende Strahlung*: Anhand der wissenschaftlichen Datenlage ist zurzeit nicht abschliessend zu beurteilen, ob die Grenzwerte der NISV auch vor langfristigen Gesundheitsgefahren genügend Schutz bieten. Daher sind im Umgang mit nichtionisierender Strahlung weiterhin ein vorsorgeorientierter Ansatz und eine Verstärkung der Forschung erforderlich. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf die rasante Entwicklung und Verbreitung drahtloser Netzwerke, die eine Funkverbindung zwischen Computer und Internet herstellen, wie beispielsweise WLAN (Wireless Local Area Network) und WMAN (Wireless Metropolitan Area Network).
- *Optische Strahlung*: Die Präventionsmassnahmen zur Verhinderung der durch UV-Strahlung bedingten Hautkrebskrankungen und Augenschäden sollen verstärkt werden. Die Massnahmen sollten auch künstliche UV-Quellen, wie zum Beispiel Solarien, mit einbeziehen.
- *Ionisierende Strahlung*: Weiterführung des Radonprogramms und Aufklärung der Bevölkerung über die Risiken der Radonbelastung.

#### 12.3.5

### **Umweltschutz – eine Aufgabe aller Gesellschafts- und Politikbereiche**

Eine intakte Umwelt stellt eine wichtige Ressource für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Deshalb benötigt die Schweiz einen ganzheitlichen und umfassenden Ansatz für die Umwelt- und Gesundheitspolitik, bei dem der Schwerpunkt auf Vorsorge und Vorbeugung liegt. Ferner ist eine vollständige Umsetzung der Rechtsvorschriften in den einzelnen politischen Bereichen notwendig. Es ist an der Zeit, dass der Schutz der Umwelt nicht mehr nur als kostspielige Pflicht oder als zukunftssträchtiger, attraktiver Wirtschaftszweig wahrgenommen wird. Umweltschutz ist eine Public-Health-Aufgabe, die durch gemeinsame Verantwortung

und entschlossenes Handeln aller Gesellschafts- und Politikbereiche wahrzunehmen ist.

## Literatur

- Bundesamt für Umwelt (BAFU) (2006). NABEL Luftbelastung 2005. Umwelt-Zustand Nr. 0630. Bern: BAFU.
- Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (BUWAL) (Hrsg.) (2005). Elektromog in der Umwelt. Bestellnummer: DIV-5801-E. Bern: BUWAL.
- Intergovernmental Panel on Climate Change IPCC (2007). IPCC Fourth Assessment Report (AR4). Valencia: IPPC.
- U. S. Department of Health and Human Services (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health, Washington: HHS.
- Prüss-Üstün A., Corvalán C. (2006). Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization (WHO).

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

Synthese Teil IV

# Bildung und Umwelt als grundlegende Gesundheitsdeterminanten

Gesundheit lässt sich als Ergebnis der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt sowie als Kompetenz zur Einflussnahme auf diese Umwelt und zu deren aktiven Gestaltung definieren. Gesundheit resultiert aus dem interaktiven Handeln des Menschen mit seiner *physischen* und *sozialen* Umwelt. In ihr sind Menschen einerseits *Belastungen* ausgesetzt, andererseits vermittelt sie Menschen *Ressourcen* für ihre Lebensgestaltung. Bei den Belastungen der physischen Umwelt handelt es sich hauptsächlich um Umwelttoxene und Lärm, bei den Belastungen der sozialen Umwelt vor allem um psychosoziale Belastungen und Stress. Zu den Ressourcen der physischen Umwelt zählen Wohnen, Freizeit, und Ernährung. Sie wirken über Erholung und Regeneration auf die Gesundheit des Menschen. Die Ressourcen des sozialen Lebensumfelds wirken über Unterstützung, Integration und Anerkennung. In Kapitel 12 wird vorrangig auf die physische Umwelt fokussiert; auf die Bedeutung der sozialen Umwelt wurde in den Kapiteln 3 bis 6 wiederholt eingegangen.

Mit dem Bildungsniveau steigen die Chancen sowohl auf eine gute Gesundheit wie auf eine höhere Lebenserwartung. Dabei wirkt sich die Bildung in doppelter Weise aus:

Die mit der Bildung erworbenen Kenntnisse und Verhaltenskompetenzen ermöglichen es, gesundheitliche Risiken zu vermeiden, sich an soziale und physische Umweltbedingungen erfolgreich anzupassen, Belastungen zu bewältigen sowie generell Lebens- und Verhaltensweisen auszubilden, welche die Gesundheit positiv beeinflussen oder mindestens gesundheitliche Gefährdungen vermeiden helfen. Wer gesundheitliche Gefährdungen vermeiden will, muss Ressourcen in der Umwelt erkennen und aktivieren können, zum Beispiel durch gesundheitsförderliche Aktivitäten, gesunde Ernährung oder die Mobilisierung von Unterstützung und emotionalem Support aus dem sozialen Umfeld.

Mit dem Bildungsniveau steigen auch die Chancen auf höhere berufliche Positionen und Einkommensklassen und damit indirekt die Chancen auf eine gute Gesundheit. In höheren beruflichen Positionen nimmt in der Regel das Ausmass körperlicher Belastung bei der Erwerbstätigkeit ab, mithin auch die direkte gesundheitliche Gefährdung aufgrund verminderter Schadstoffexposition am Arbeitsplatz oder durch ein reduziertes Unfallrisiko. Diese Gefährdungen sind in tieferen Statusgruppen mit oft hohem Anteil manueller Tätigkeiten erhöht. Dazu bestimmt die berufliche Position in der Regel auch die Handlungsspielräume, das Ausmass an Autonomie bei der Arbeitsverrichtung und der Kontrolle etwa im Hinblick auf den Arbeitsrhythmus oder das Arbeitspensum. Es handelt sich dabei um Faktoren, die für die Vermeidung übermässiger Belastungen oder die Belastungsbewältigung von Vorteil sind und die somit die Gesundheit in indirekter Weise positiv beeinflussen.

Das Einkommen hat Einfluss auf die Lebens- und Umweltbedingungen, die sich wiederum auf die Gesundheit auswirken können. So kann sich etwa die Wohnsituation bei beengten und beispielsweise lärmexponierten Verhältnissen als gesundheitlich belastend erweisen. Umgekehrt wirkt ausreichender Wohnraum in ruhiger Lage und grüner Umgebung als Gesundheitsressource. Prekäre finanzielle Verhältnisse stellen generell ein hohes Belastungs- und Konfliktpotenzial dar, während ausreichende finanzielle Ressourcen eine Belastungsreduktion gewähren, beispielsweise durch den Zugang zu Gütern und Dienstleistungen des zunehmend an Bedeutung gewinnenden Gesundheitsmarkts.

Die vorangehenden Kapitel dieses Berichts beschreiben das Potenzial an gesundheitlichen Ressourcen, die über die Bildung und Umwelt prinzipiell verfügbar sind. Dabei zeigt sich jedoch auch, dass aufgrund der gesellschaftlichen Bedingungen die Chancen der Zugänglichkeit und Mobilisierbarkeit dieser Ressourcen noch sehr ungleich verteilt sind.

Dieser Befund führt zu folgenden Überlegungen: Prinzipiell ist denkbar, dass sich Bildungsvorteile im Lebensverlauf abschwächen. Die bestehende empirische Evidenz spricht jedoch dafür, dass sich Bildungsunterschiede im Hinblick auf die gesellschaftliche und gesundheitliche Chancengleichheit im Lebensverlauf eher kumulativ verstärkend als kompensatorisch auswirken. Damit stellen sich zwei Fragen: Mit welchen Massnahmen könnte dem entgegengewirkt werden? Durch welche spezifischen Gesundheitskompetenzen liesse sich bei bestehenden Bildungsunterschieden die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen reduzieren? Weiter wäre zu untersuchen, wie und in welchen Lebensphasen diese Kompetenzen vermittelt werden sollen, damit zugleich der Übertragung gesundheitlicher Benachteiligung auf die nachfolgende Generation begegnet werden kann.

Im Interesse einer weiteren Verbesserung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung muss die Gesundheitspolitik über eine Bildungspolitik erfolgen, die strikte

auf die Gleichheit der Bildungschancen ausgerichtet ist. Dies gilt auch für die Umweltpolitik: Alle Massnahmen, welche die gesundheitlichen Belastungen der Umwelt reduzieren und das Ressourcenpotenzial erhöhen, wirken sich in erster Linie positiv auf die Gesundheit derer aus, die den stärksten Belastungen ausgesetzt sind und am wenigsten Ressourcen mobilisieren können. Dies sind in der Regel Angehörige tieferer sozialer Schichten. Insofern dürfte die Verbesserung der Umweltqualität, so zum Beispiel durch die Reduktion der Schadstoffbelastung von Luft, Wasser und Nahrung, zu einer Verringerung der Ungleichheit bei Gesundheit und Lebenserwartung in der Bevölkerung beitragen. Welche genauen Entwicklungen durch den Klimawandel zu erwarten und welche politischen Entscheidungen diesbezüglich notwendig sind, lässt sich heute noch nicht sagen. Jedoch ist die konsequente Umsetzung von Verpflichtungen, wie zum Beispiel des Kyoto-Protokolls, auch durch die Schweiz unverzichtbar.





## Teil V

# Das Versorgungssystem

Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Im Versorgungssystem für Menschen mit Krankheiten, Unfällen und Pflegebedürftigkeit oder während der Schwangerschaft und Niederkunft steht eine breite Palette von ambulanten und stationären Angeboten zur Verfügung. Die ambulante Versorgung wird im Kern durch rund 15 000 Ärztinnen und Ärzte in eigenen Praxen sowie durch ambulante Abteilungen von Spitälern erbracht. Unterstützt wird die Ärzteschaft neben den Spitälern unter anderem von Chiropraktikern, Apothekerinnen und Pflegefachpersonen, von Physiotherapeuten, Hebammen und Ergotherapeutinnen, von Logopäden, Ernährungsberaterinnen und Laboratorien. Die stationäre Akutversorgung wird durch 152 öffentliche oder öffentlich subventionierte und private Spitäler bereitgestellt. 185 Spezialkliniken (vor allem psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken) und 1503 Institutionen für Betagte oder chronisch Kranke – ebenfalls öffentlich oder privat – ergänzen die stationäre Versorgung. Das Bild der Versorgung wäre nicht vollständig, würde nicht auf die Laienhilfe hingewiesen. Doch wer koordiniert und organisiert die Leistungserbringung?

Involviert in die Bereitstellung der Versorgung sind die öffentliche Hand, die Verbände der Leistungserbringer sowie die Leistungserbringerinnen und -erbringer selbst, da die Versorgung nur teilweise geplant wird und somit beträchtliche Freiheitsgrade aufweist. Die Kompetenz- und Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden ist historisch gewachsen und zeichnet sich durch gewisse Kompetenzüberschneidungen und Doppelspurigkeiten aus. Dennoch können einige zentrale Organisationsprinzipien erkannt werden:

- Die Kantone sind für die Sicherstellung der Versorgung auf ihrem Kantonsgebiet zuständig. Diese Aufgabe nehmen sie – teils in Delegation an die Gemeinden oder mit diesen gemeinsam – wahr, indem sie (teilweise) Leistungserbringerinnen und -erbringer ausbilden, die Berufsausübungsbewilligungen oder die

Betriebsbewilligungen ausstellen, den Notfalldienst sicherstellen oder dessen Organisation delegieren, die Spital- und Pflegeversorgung planen und mitfinanzieren sowie vorwiegend im stationären Bereich selbst Institutionen betreiben oder diese finanzieren. Die ambulante Pflege zuhause wird ebenfalls von den Kantonen sichergestellt und mitfinanziert; die Umsetzung wird jedoch oft an die Gemeinden delegiert.

- Der Bund gibt in verschiedener Hinsicht Rahmenbedingungen vor, innerhalb derer sich die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens – auch die Kantone – bewegen müssen. Zum einen regelt er die Sozialversicherungen (Kranken-, Unfall-, Militär-, Mutterschafts- und Invalidenversicherung). Für die Bereitstellung von Versorgungsangeboten ist das Krankenversicherungsgesetz zentral. Es legt fest, welche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können und welche Leistungen dazu im Einzelnen berechtigt sind. Zum andern gibt der Bund den Rahmen im Bereich der Medikamente und Medizinprodukte, der Impfstoffe, der Fortpflanzungsmedizin, der Transplantationen, der Suchtbekämpfung sowie der Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe vor.
- Trotz des staatlich vorgegebenen Rahmens kann das schweizerische Gesundheitswesen nicht als «staatlich» (im Gegensatz zu «marktwirtschaftlich») bezeichnet werden. Bei allen Kategorien der Leistungserbringer spielen Private eine wichtige (stationäre Akutversorgung) oder sogar eine dominierende (ambulante Versorgung) Rolle. Die öffentliche Hand muss daher für die gesetzlich geforderte Versorgungsplanung berücksichtigen, dass die Aus-, Weiter- und Bildungsentscheide sowie die meisten Berufsausübungs- und Niederlassungsentscheide von Privaten gefällt werden. Für die Versorgung in abgelegenen Regionen stellt dies vor dem Hintergrund sich verändernder Berufsbilder eine besondere Herausforderung dar.

Kranke, verunfallte und pflegebedürftige Menschen sowie Frauen bei Geburten können die Leistungserbringerinnen und -erbringer in ihrem Wohnkanton grundsätzlich frei wählen, sofern sie sich nicht freiwillig für ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl entschieden haben. Die Finanzierung der Leistungen hängt von der Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigung ab. Je nachdem werden die Kosten (teilweise) von der Kranken-, der Unfall-, der Militär- oder der Invalidenversicherung übernommen. In fast allen Fällen haben die Betroffenen einen Teil der Kosten selbst zu übernehmen. Bei sehr knappen finanziellen Verhältnissen können Ergänzungsleistungen zur Alters- und Invalidenversicherung in Anspruch genommen oder Unterstützungsleistungen durch die öffentliche Sozialhilfe beantragt werden.

In den nachfolgenden Kapiteln werden das Versorgungssystem und die sich in den kommenden Jahren stellenden Herausforderungen beschrieben. Es wurde dabei ein Ansatz der Breite gewählt: Dem Autorenteam schien es wichtig, möglichst alle bedeutenden Aspekte anzusprechen. In Kapitel 13 werden die Versorgungsressourcen und die Inanspruchnahme dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung durch einen kurzen Überblick über die Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Kapitel 14 fokussiert auf die Kosten und die Finanzierung der Leistungserbringerinnen und -erbringer, wobei die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Vordergrund steht. Kapitel 15 gibt einen Überblick über die Herausforderungen der kommenden Jahre; die wichtigsten davon werden ausführlicher diskutiert. Kapitel 16 synthetisiert die herausragenden Aussagen der Kapitel und weist auf die bevorstehenden grossen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung hin.



# 13 Ressourcen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Tania Andreani, Bundesamt für Statistik, Neuenburg, Hélène Jaccard Ruedin, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, Christoph Junker, Bundesamt für Statistik, Neuenburg, André Meister, Bundesamt für Statistik, Neuenburg und Salome von Greyerz, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Grundsätzlich sind die Ressourcen des Gesundheitswesens überall in der Schweiz zugänglich. Es bestehen jedoch Lücken beim Zugang zu gewissen spezifischen Leistungen. Dies liegt eher an der unausgeglichene territorialen Verteilung als an mangelnden Ressourcen. Die Ressourcen und die Inanspruchnahme sind je nach Kanton und Region unterschiedlich verteilt. Die beobachteten regionalen Unterschiede sind nicht bei allen medizinischen Leistungen gleich. Es gibt Unterschiede zwischen Stadt und Land, zwischen der Ost- und der Westschweiz oder zwischen grenznahen und grenzfernen Gebieten.

Bei den ambulanten Behandlungen stellt man Unterschiede zwischen Stadt und Land fest. Das Angebot in den städtischen Regionen ist deutlich umfangreicher als in den anderen Regionen. Obwohl ein Teil dieser Ressourcen auch Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen zur Verfügung stehen, liegt die Quote der Inanspruchnahme der städtischen Bevölkerung über jener der Bevölkerung aus anderen Regionen. Am deutlichsten erweist sich dieser Unterschied bei den psychiatrischen Behandlungen.

Hauptleistungserbringer im ambulanten Bereich sind die Ärztinnen und Ärzte. Davon sind mehr als die Hälfte Hausärzte und Hausärztinnen, die sich über die ganze Schweiz verteilen. Anders sieht es bei den Spezialärztinnen und -ärzten aus, einschliesslich der Kinderärzte, Gynäkologinnen und Psychiater: Sie sind vermehrt in den städtischen Regionen anzutreffen. Diese Unterschiede lassen vermuten, dass das Leistungsspektrum der Ärzteschaft in peripheren Regionen grösser ist als jenes der in der Stadt praktizierenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Organisation der Ressourcen und die Inanspruchnahme bei chronischen Krankheiten unterscheiden sich eher zwischen Ost und West. Der Unterschied verstärkt sich mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten. So ist die Inanspruchnahme bei den Pflegeheimen in den Ostschweizer Regionen höher, während in der Westschweiz vermehrt die

Spitex-Dienste in Anspruch genommen werden. Schliesslich scheinen die Unterschiede bei der Anzahl Spitalbetten einen Zusammenhang mit der Nähe zur Landesgrenze aufzuweisen. Die grösste Bettendichte weisen Basel-Stadt, Appenzell-Ausserrhoden, das Tessin und Graubünden auf. Die letztgenannten drei Kantone haben insbesondere ein erhöhtes Angebot an Betten in der Privatabteilung. Die höchsten Hospitalisierungsraten der Schweiz werden in Basel-Stadt und im Tessin gemessen.

Die oben aufgeführten Ungleichheiten betreffen sowohl die Ressourcen als auch die Inanspruchnahme von Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckt sind. Betrachtet man die Leistungen, die von der Grundversicherung nicht gedeckt sind, stellt man darüber hinaus auch sozioökonomische Unterschiede fest. Hauptsächlich Präventionsleistungen, medizinische Spezialbehandlungen oder Zahnbehandlungen sind vermehrt für Personen mit einem höheren Bildungsstand zugänglich.

Das gesamte Gesundheitsversorgungssystem kann aus verschiedenen Blickpunkten beschrieben werden. Diese beruhen jedoch auf künstlichen Abgrenzungen, denn zwischen den verschiedenen involvierten Sektoren gibt es viele Überschneidungen, und die Grenzen verschieben sich im Lauf der Zeit. Man unterscheidet beispielsweise zwischen den stationären und den ambulanten Behandlungen. Allerdings ist eine immer häufigere Verschiebung vom stationären zum ambulanten Sektor oder zu einem intermediären Betreuungssektor wie Tages- oder Nachtkliniken feststellbar. Innerhalb des stationären und des ambulanten Sektors können die Leistungen nach akuten oder chronischen Krankheiten aufgeteilt werden. Schliesslich kann das Betreuungsangebot auch nach Leistungserbringern betrachtet werden: Eltern, Freunde und Nachbarn für die informelle Hilfe sowie medizinische, psychiatrische/psychotherapeutische und paramedizinische Leistungserbringer (z. B. Physiotherapie, Labors, Apotheken, Hebammen) für die formelle Pflege. Dabei verschieben sich auch hier die Grenzen, beispielsweise zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung. Schliesslich können die erbrachten Versorgungsleistungen auch nach ihrem Zweck unterschieden werden: Prävention, Heilung oder Rehabilitation.

Die bestehenden Statistiken beschreiben vor allem den stationären Sektor, während der ambulante Sektor und die informelle Hilfe wenig oder gar nicht dokumentiert sind. Dieses Kapitel stellt zunächst die neusten Entwicklungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Anschliessend werden das Angebot und die Inanspruchnahme von Leistungen in den stationären und ambulanten Sektoren beschrieben, unter Berücksichtigung der Akut- und Langzeitpflege.

## 13.1

**Prävention und Gesundheitsförderung**

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche staatliche und nichtstaatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Bundeskompetenzen in der Prävention beschränken sich auf den Bereich der Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Drogen), der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, der Prävention von Unfällen und von Berufskrankheiten. In allen übrigen und den unspezifischen Bereichen kommt den Kantonen eine zentrale Rolle zu. Darüber hinaus sind sie für den Vollzug des Epidemien-, des Betäubungsmittel- wie auch des Arbeitsgesetzes zuständig. Die nichtstaatlichen sozialen Organisationen (NGO), insbesondere die Gesundheitsligen, füllen auf gesamtschweizerischer und kantonaler Ebene die Lücke vorwiegend im Bereich der Prävention chronischer Krankheiten. **Tabelle 1** stellt diejenigen Akteure dar,

**Tabelle 1:** Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag für Prävention und Gesundheitsförderung (in alphabetischer Reihenfolge)

Institution	Rechtsgrundlagen	Rechtsform	Themen
Bundesamt für Gesundheit	OV-EDI, Spezialgesetze	Einheit der Zentralverwaltung	Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, Drogen-, Alkohol- und Tabakprävention, Ernährung und Bewegung, Migration und Gesundheit
Bundesamt für Sport	BG Turnen und Sport	Einheit der Zentralverwaltung	Bewegungsförderung
Bundesamt für Sozialversicherungen	IVG (Art. 74), AHVG (Art. 101bis)	Einheit der Zentralverwaltung	Subventionen an Gesundheitsligen
Bundesamt für Strassen	OV-UVEK, Strassenverkehrsgesetz, Art. 2a	Einheit der Zentralverwaltung	Verhütung von Verkehrsunfällen
Eidg. Alkoholverwaltung	OV-EFD, Alkoholgesetz, Art. 43a	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Alkoholprävention
Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	UVG, Art. 85	Ausserparlamentarische Verwaltungskommission	Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)

Tabelle 1: Fortsetzung

Institution	Rechtsgrundlagen	Rechtsform	Themen
Fonds für Verkehrssicherheit	Unfallverhütungsbeitragsgesetz	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Verhütung von Verkehrsunfällen
Krankenkassen	KVG, Art. 19 und 26	Verein, Stiftung, AG, Genossenschaft oder öffentliche Kasse	Gesundheitsförderung (Träger der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz), Finanzierung von Leistungen der medizinischen Prävention
Beratungsstelle für Unfallverhütung	UVG, Art. 88	Privatrechtliche Stiftung	Verhütung von Haushalts-, Freizeit- und Verkehrsunfällen
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva	UVG, Art. 61	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten), betriebliche Gesundheitsförderung, Verhütung von Freizeitunfällen
Staatssekretariat für Wirtschaft	OV-EVD, Arbeitsgesetz, STEG	Einheit der Zentralverwaltung	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, betriebliche Gesundheitsförderung
Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	KVG, Art. 19	Privatrechtliche Stiftung	Ernährung und Bewegung, psychische Gesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung
Tabakpräventionsfonds	BG über die Tabakbesteuerung, Art. 28, VO über den Tabakpräventionsfonds	Spezialrechtlicher Fonds (Verwaltung durch Fachstelle des Bundesamts für Gesundheit)	Tabakprävention

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007): Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf und SGK-SR.



die auf der Grundlage von bundesgesetzlichen Regelungen Massnahmen zur Krankheits- oder Unfallprävention sowie zur Gesundheitsförderung konzipieren und umsetzen.

Die Organisationsformen und die Modelle der Zusammenarbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung sind je nach Thema unterschiedlich stark geregelt und weisen dementsprechend vielgestaltige Ausprägungen auf. Die meisten Organisationsstrukturen sind historisch bedingt:

- Die Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten läuft in einem übersichtlich regulierten Rahmen ab. So regeln das Unfallversicherungsgesetz und das Arbeitsgesetz die Verantwortlichkeiten von Bund und Kantonen, die Koordination unter den Akteuren, die verbindliche Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und Richtlinien sowie die Finanzierung konkreter Massnahmen. Zentrales Koordinationsorgan ist hier die Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS).
- Auch bei der Prävention der Nichtberufsunfälle ist die gesamtschweizerische Koordination gesetzlich vorgesehen. Sie wird durch die Beratungsstelle für Unfallverhütung und im Bereich der Verkehrsunfallprävention durch den Fonds für Verkehrssicherheit wahrgenommen.
- Bei der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung gestaltet sich die Organisation und Zusammenarbeit aufgrund der geteilten Zuständigkeit von Bund und Kantonen komplexer. Da die Krankenversicherer im Gegensatz zu den Unfallversicherern nicht für Rentenkosten aufkommen müssen, ist ihr Engagement zugunsten der Prävention gering. Das Bundesamt für Gesundheit und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten über nationale Präventionsprogramme oder über langfristige Strategien zu Schwerpunktthemen eine koordinierende Funktion wahr.

Die Gesetzgebung im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Schweiz uneinheitlich und unübersichtlich und weist wesentliche Lücken auf. Die auf Bundesebene und auf kantonaler Ebene geltenden Rechtsvorschriften zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung betreffen nur Teilbereiche und sind relativ unbestimmt oder gar offen formuliert.

## 13.2

**Akute ambulante Behandlungen**

## 13.2.1

**Ressourcen**

Die ambulanten Leistungen werden mehrheitlich von Ärzten mit einer Praxis, von Zahnärzten und Fachpersonen des paramedizinischen Bereichs erbracht. Ein Sechstel dieser Leistungen wird von den ambulanten Diensten der Spitäler übernommen.

In den letzten Jahren sind Zahl und Dichte der aktiven Leistungserbringerinnen und -erbringer im ambulanten Sektor laufend gestiegen. Von 1990 bis 2005 hat sich die Dichte der Ärzteschaft mit Privatpraxis von 15 auf 21 Ärzte/10 000 Einwohner erhöht, wobei die Spezialärztinnen und -ärzte einen zunehmenden Anteil ausmachen (von 63 auf 69%). Auch andere Tätigkeitsgebiete im Gesundheitswesen haben sich vergrössert: Zwischen 1995 und 2005 ist die Zahl der Beschäftigten in Zahnpraxen von 15 148 auf 16 349 Personen angestiegen, jene in Physiotherapiepraxen von 4746 auf 6051 und jene in der ambulanten Krankenpflege von 11 886 auf 20 388 Personen.

Da die Leistungserbringer nach Einzelleistungen vergütet werden und das Volumen der Leistungen theoretisch unbeschränkt ist, befürchtete man aufgrund der beobachteten Erhöhung der Dichte einen Anstieg des Leistungsvolumens. In der Folge wurden gesetzliche Massnahmen beschlossen, um die Zulassung von Leistungserbringern mit Tätigkeiten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzuschränken. Seit Juli 2002 und voraussichtlich noch bis 2010 ist die Eröffnung von Arztpraxen durch eine Bundesverordnung geregelt, deren Anwendung jedoch von Kanton zu Kanton unterschiedlich gehandhabt wird.

Trotz dieser Einschränkung hat die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Praxis – die am stärksten von dieser Massnahme betroffene Berufsgruppe – von 13 622 im Jahr 1999 auf 15 532 im Jahr 2006 zugenommen. Diese konzentrieren sich in den Städten und senken ihren Aktivitätsgrad – Aktivitätsgrade sind den Beschäftigungsgraden ähnlich –, sodass inzwischen Befürchtungen eines Ärztemangels in den Randregionen geussert wird. Diese Befürchtung wird durch die Tatsache verstärkt, dass 20% der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt sind und für sie innerhalb der nächsten zehn Jahre eine Nachfolge zu finden ist.

Bezieht man sich auf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die 2004 zulasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen erbracht haben, scheint das medizinische Leistungsangebot gesamtschweizerisch gewährleistet zu sein. In den ländlichen Regionen ist dies jedoch nur möglich, weil der Aktivitätsgrad der Ärz-

tinnen und Ärzte in diesen Gebieten den Schweizer Durchschnitt um 30 % übersteigt. In den Städten hingegen, wo es viel mehr Ärztinnen und Ärzte gibt, liegt deren Aktivitätsgrad bis zu 25 % unter dem Schweizer Durchschnitt. Das Angebot an Fachärztinnen, Psychiatern, Gynäkologinnen und – in geringerem Ausmass – Kinderärzten konzentriert sich zu Ungunsten der ländlichen und touristischen Regionen immer mehr auf die städtischen Gebiete.

In Tabelle 2 ist die Anzahl Einwohner pro Leistungserbringer dargestellt. Das dichteste Angebot weisen die beiden Stadtkantone Basel-Stadt und Genf auf, und zwar in allen beschriebenen Kategorien. Es ist jedoch möglich, dass viele dieser Leistungserbringer Teilzeit arbeiten.

Die Apothekendichte ist zwischen 1990 und 2005 stabil geblieben (0,22 bis 0,23 Apotheken/1000 Einwohner). Die Betriebe haben sich jedoch vergrössert, und die Zahl der Beschäftigten hat zwischen 1995 und 2005 um 22 % zugenommen (von 12 666 auf 15 404). Hier gilt es zu beachten, dass die Ärzteschaft in 17 Kantonen selbst Medikamente abgeben dürfen. Die direkte Medikamentenabgabe betrifft rund ein Viertel der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und auch rund ein Viertel der abgegebenen rezeptpflichtigen Medikamente.

### 13.2.2

#### **Neue Modelle in der ambulanten Grundversorgung**

Seit 20 Jahren werden in der Schweiz zwei neue Formen der medizinischen Grundversorgung gefördert. Einerseits das Hausarztmodell, bei dem der Hausarzt die erste Ansprechperson ist und entscheidet, ob der Zuzug eines Spezialarztes nötig ist oder nicht. Andererseits das HMO-Modell, bei dem Ärzte und Versicherer in einem Gesundheitszentrum zusammengeschlossen sind. Das HMO-Modell organisiert und verwaltet die Finanzierung aller von einem Patienten in Anspruch genommenen Leistungen, einschliesslich der paramedizinischen und stationären Versorgungen. Diese beiden Gesundheitsversorgungsmodelle wurden Anfang 2007 unter dem Begriff «Ärztetzwerke» zusammengefasst. 2007 standen für die 603 832 nach diesem Modell versicherten Personen (rund 8 % der Versicherten) 4350 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (oder standen auf der Liste, welche die Krankenversicherer ihren Versicherten anbieten, ohne direkt am «Ärztetzwerk» teilzunehmen). Im Vergleich zu 1999 nahm die Zahl der Versicherten um 53 % und die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um 28 % zu (1999: 393 418 Versicherte, 3366 Ärztinnen und Ärzte).

**Tabelle 2:** Einwohner pro Arzt oder Physiotherapeut mit Praxis oder pro selbstständig erwerbende Hebamme, nach Kanton, 2005

Kanton	Grundversorgerinnen (*) und Grundversorger	Andere Ärztinnen und Ärzte	Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Hebammen
ZH	791	2718	2201	5139
BE	847	2803	2913	7607
LU	1136	4788	6087	10 261
UR	1101	11 745	35 235	35 235
SZ	1116	4901	12 476	34 310
OW	1060	11 305	33 914	33 914
NW	1124	6557	19 672	–
GL	1014	6422	7706	–
ZG	950	3011	4054	10 540
FR	1181	3386	5403	8191
SO	1003	5548	5806	17 833
BS	614	1823	985	3879
BL	875	4362	2772	13 305
SH	905	3754	3754	15 016
AR	1161	6678	4856	5936
AI	1165	2524	–	–
SG	1048	3308	5324	10 526
GR	875	3454	5689	8793
AG	1232	4992	6173	11 960
TG	1177	9810	6196	21 404
TI	811	3085	5208	5674
VD	775	2424	2337	4558
VS	1022	4115	8714	6584
NE	832	2724	3071	7677
GE	544	1723	1312	2624
JU	1054	3312	6955	8694
CH	873	3112	3083	6719

\* Allgemeinmedizin, Innere Medizin, praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Datenstand: 16.5.2006.

Quellen: Datenpool von santésuisse, Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP.

### 13.2.3

#### Komplementärmedizin

2002 besaßen 758 von 6675 Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern (12 %) einen oder mehrere Fähigkeitsausweise im Bereich der Komplementärmedizin. Die Zahl der nichtärztlichen Therapeuten, die komplementärmedizinische Methoden anbieten, ist nicht bekannt.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat fünf verschiedene Formen der Komplementärmedizin anerkannt: Homöopathie, Akupunktur, Phytotherapie, Neuraltherapie und anthroposophische Medizin. Ihre Leistungen wurden 2006 allerdings vom Leistungskatalog ausgeschlossen, nachdem eine Untersuchung zur Wirksamkeit aufgrund ungenügender Daten keine definitiven Resultate ergab. Dem Parlament wurde inzwischen eine Volksinitiative vorgelegt, welche die Wiederaufnahme der Komplementärmedizin in den Leistungskatalog fordert.

### 13.2.4

#### Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

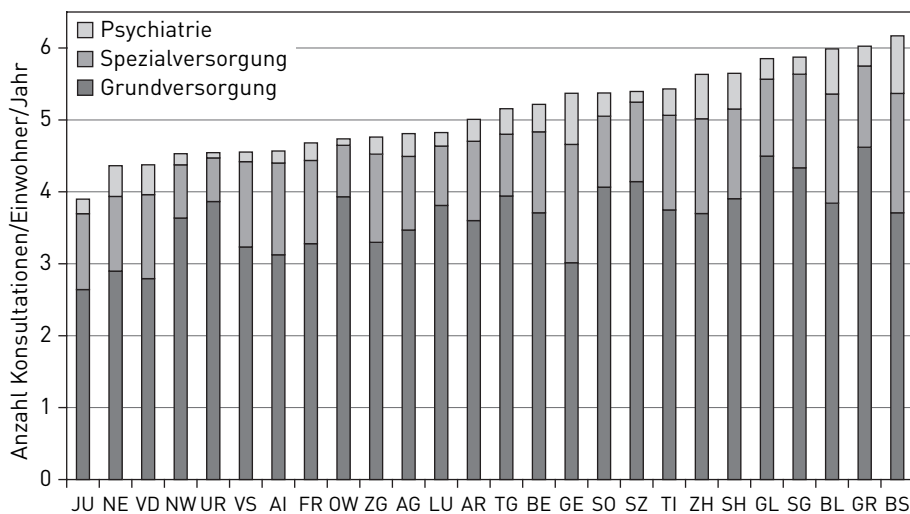
In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung blieb die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, bezogen auf die gesamte Bevölkerung, mit rund 5,5 Konsultationen pro Einwohner stabil. Die Inanspruchnahme *pro Patient* beträgt in Wirklichkeit in etwa 6,8 bis 7,0 Konsultationen pro Jahr, da rund ein Viertel der Bevölkerung keinen Arzt konsultiert (siehe Abb. 1).

Von allen ambulanten Konsultationen werden 60 % von Allgemeinmedizinern, Internisten, praktizierenden Ärztinnen, Pädiatern oder Gynäkologinnen ausgeführt. Die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen reicht von 3,3 Konsultationen pro Einwohner unter 18 Jahre bis 15 Konsultationen pro Einwohner über 80 Jahre. Zwischen den Kantonen gibt es Unterschiede von über zwei Konsultationen pro versicherte Person (zwischen 3,9 und 6,2), wobei in den beiden Basler Kantonen und in Graubünden die höchste Inanspruchnahme registriert wird. 2006 ist die Inzidenzrate der Konsultationen in der Allgemeinmedizin in der Ost- und Zentralschweiz höher als in der Westschweiz, während in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Tessin, Zürich und Genf mehr Fachärzte konsultiert wurden.

### 13.2.5

#### Inanspruchnahme zahnärztlicher, paramedizinischer und komplementärmedizinischer Leistungen

Zwei Drittel der Bevölkerung konsultieren während des Jahres einen Zahnarzt, und bei zwei Dritteln der Konsultationen handelt es sich um eine Kontrolluntersuchung. Des Weiteren nimmt rund ein Drittel der Bevölkerung dentalhygie-



Grundversorgung: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Datenstand: 16.5.2006.

Quellen: Datenpool von santésuisse, Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP.

**Abbildung 1:** Rate der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen, nach Alter und Geschlecht, 2006

nische Leistungen in Anspruch. Ungefähr ein Sechstel der Bevölkerung geht in die Physiotherapie. Schliesslich greifen beinahe 10 % der Bevölkerung auf die Komplementärmedizin, vor allem auf die Homöopathie (7 %) und die Phytotherapie (3 %), zurück.

### 13.3

## Stationäre Akutmedizin und Rehabilitation

### 13.3.1

#### Ressourcen

Das Angebot wird anhand der Bettendichte beschrieben. Angesichts der interkantonalen Patientenströme gibt dieser statistische Indikator die Bettenbelegung durch die Bevölkerung schlecht wider. Bei der Interpretation muss ebenfalls berücksichtigt werden, dass die kleinen Kantone sich für gewisse Dienstleistungen

koordinieren und diese nur in einem einzelnen Kanton erbringen, zum Beispiel in der Psychiatrie.

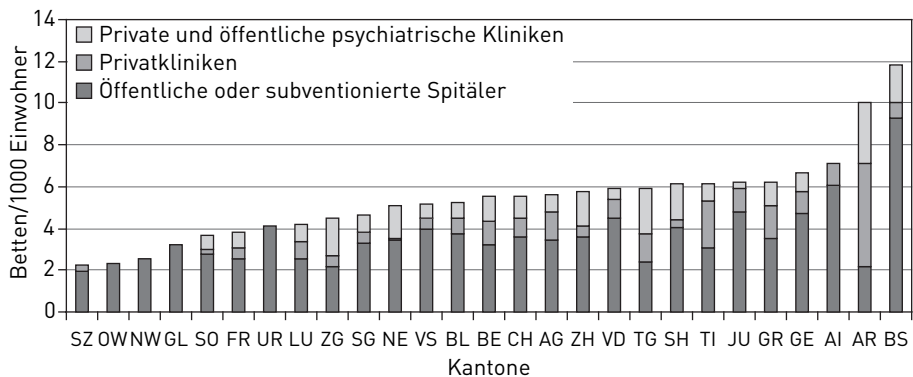
In der Schweiz gibt es insgesamt 41 200 Krankenhausbetten (siehe Abb. 2): Dazu gehören Betten für die allgemeine Pflege, in Rehabilitations- oder psychiatrischen Kliniken (19 % des Totals) sowie Betten in Kliniken für Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie und Geriatrie.

Zusätzlich zählt man noch 6000 Betten der teilstationären Behandlung, Spezialbetten (reserviert z. B. für Dialysen oder Notfälle) und Betten für gesunde Neugeborene oder für nicht kranke Begleitpersonen. Letztere werden in der folgenden Analyse nicht berücksichtigt.

Betrachtet man alle Spitalarten zusammen, verfügt Basel-Stadt mit zwölf Betten auf 1000 Einwohner über die grösste Bettenkapazität in der Schweiz. Es folgen die beiden Appenzeller Halbkantone, in denen zahlreiche Spezialkliniken, insbesondere im Rehabilitationsbereich, angesiedelt sind. Die Region Zentralschweiz weist die niedrigste Bettendichte auf (Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Glarus).

In der Psychiatrie liegt die durchschnittliche Bettendichte bei einem Bett auf 1000 Einwohner. Die höchsten Dichte registrieren Appenzell Ausserrhoden (Dichte bei nahezu 3), Thurgau, Basel-Stadt und Zug, während die Zentralschweiz die niedrigsten Werte aufweist.

70 % der Betten für alle Versorgungsarten, ausser die psychiatrische, werden von öffentlichen oder subventionierten Spitälern betrieben. In den Zentralschweizer Kantonen sowie in den Kantonen Neuenburg, Solothurn und Basel-Stadt ist dieser Anteil höher. Die Grenzkantone der Ostschweiz (Appenzell Ausserrhoden,



Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS): Krankenhausstatistik 2005; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP 2005.

Abbildung 2: Dichte an Krankenhausbetten in der Schweiz, nach Kanton, 2005

Thurgau und Graubünden) und das Tessin weisen ein besonders grosses Angebot an Privatinstitutionen auf.

Zwischen 1998 und 2005 ging die Zahl der Krankenhausbetten für die allgemeine Pflege um 9 % zurück. Dieser Rückgang ist vor allem auf die Reduktion von Betten in öffentlichen Spitälern zurückzuführen. Bei den Betten in psychiatrischen Kliniken zeigt sich eine ähnliche Entwicklung (−7,4 %), während das Angebot der Rehabilitationskliniken von 2225 Betten (1997) auf 3696 Betten (2005) zunahm.

2005 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) im Bereich der Akutpflege 8,6 Tage, in einer Rehabilitationsklinik 26 Tage, in der Geriatrie 35 Tage und in der Psychiatrie 51 Tage. Es gilt zu beachten, dass die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern seit 1995 stark zurückgegangen sind, und zwar in allen Bereichen: Akutpflege −20 %, Rehabilitation −8,6 %, Geriatrie −4 % und Psychiatrie −12 % (zwischen 2001 und 2005). Gleichzeitig mit der allgemeinen Verringerung der DAD erhöhte sich die Zahl der Fälle im Rehabilitationsbereich: Zwischen 1999 und 2005 stieg sie von 32 925 auf 57 546 Fälle pro Jahr (+75 %).

### 13.3.2

#### Inanspruchnahme

Die Rate der Inanspruchnahme von Spitalleistungen wird anhand der Anzahl behandelter Fälle (Austritte) im Vergleich zur Einwohnerzahl des Kantons gemessen und nach Alter und Geschlecht der gegebenen Bevölkerung standardisiert.

2005 wurden in der Schweiz insgesamt eine Million Hospitalisierungen registriert, was einer durchschnittlichen Rate von 147 Fällen auf 1000 Einwohner entspricht. Die höchste Hospitalisierungsrate verzeichnet der Kanton Basel-Stadt (179), die niedrigsten Hospitalisierungsraten weisen der Kanton Schaffhausen (106) und die Zentralschweiz auf. In den Westschweizer Kantonen und im Kanton Basel-Stadt werden Aufenthalte in öffentlichen Einrichtungen bevorzugt, während das Tessin und Bern die höchsten Hospitalisierungsraten in Privatinstitutionen aufweisen (Tessin: 37 % für allgemeine Pflege, 51 % für psychiatrische Behandlungen). Die kantonalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Spitalleistungen bestehen auch nach der Korrektur der unterschiedlichen demografischen Altersstruktur weiter. Dafür werden mehrere Gründe angenommen: zum Beispiel Morbiditätsunterschiede, verschiedene lokale Gewohnheiten der Leistungserbringer und der Patienten, Verfügbarkeit und Nähe der Infrastrukturen.

Hospitalisierungen aufgrund psychischer Probleme, die 5,1 % aller Hospitalisierungen ausmachen, sind in den Kantonen Basel-Stadt und Genf am häufigsten. 2005 – wie schon 1999 – waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Arthro-



se, Rückenprobleme) der häufigste Hospitalisierungsgrund (13 %). Es folgten Spitalaufenthalte aufgrund von Verletzungen (12 %) und Kreislaufproblemen (11 %).

## 13.4

### Langzeitpflege

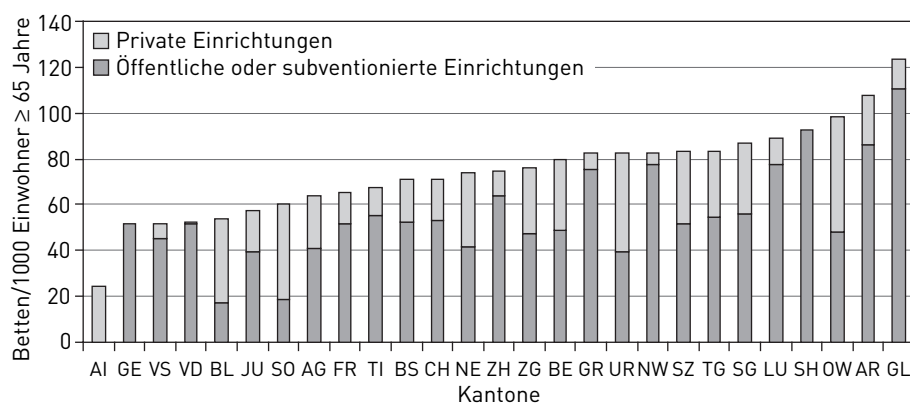
#### 13.4.1

##### Pflegeheime

Über 75 % der in Pflegeheimen lebenden Personen sind über 80 Jahre alt. Der restliche Anteil setzt sich aus jüngeren Bewohnerinnen und Bewohnern, die an einer Behinderung oder an einer schweren chronischen Krankheit leiden, zusammen.

Gesamtsschweizerisch stehen 71 Betten auf 1000 Einwohner im Alter von 65 Jahren oder mehr zur Verfügung. Mit Ausnahme von Neuenburg weisen die Westschweizer Kantone das kleinste Angebot auf. Die Zahl der Betten ist zwischen 1999 und 2005 von 77 500 auf 84 200 angestiegen. Für Langzeitaufenthalte bieten neben den Pflegeheimen verschiedene Einrichtungen sozialmedizinische Leistungen an. So zählt man über 23 800 Betten für behinderte Menschen, Menschen mit Suchtproblemen und Genesende. Schliesslich sind 3 500 Betten für Personen mit psychosozialen Problemen bestimmt (siehe Abb. 3).

Das Durchschnittsalter der in Institutionen lebenden Personen beträgt 83,8 Jahre. Bei den über 95-Jährigen leben gleich viele Personen in einem Alters-



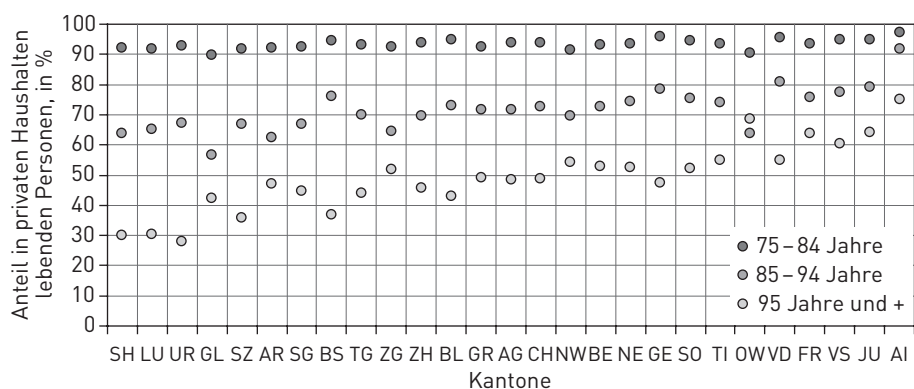
Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 2005; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP 2005.

Abbildung 3: Bettendichte in Pflegeheimen, nach Kanton, 2005

und Pflegeheim wie zu Hause. Dies zeigt, dass die meisten älteren Menschen bis ins hohe Alter zuhause wohnen. Nur ein Fünftel aller über 80-jährigen Personen lebt in einer Institution.

In **Abbildung 4** werden die Anteile der zuhause lebenden Personen nach Altersklasse und Wohnkanton präsentiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass Personen, die nicht in einer sozialmedizinischen Institution wohnen, in privaten Haushalten leben. Die Einteilung der Kantone erfolgt gemäss dem Anteil aller Personen, die über 75 Jahre alt sind und zuhause leben.

Die kantonalen Unterschiede verstärken sich mit zunehmendem Alter der Bevölkerung: Zwischen 75 und 84 Jahren leben mehr als 90 % der Personen zuhause (Männer durchschnittlich 96 %, Frauen 92 %). In dieser Altersklasse sind die kantonalen Unterschiede gering. Bei den über 95-jährigen Männern und Frauen, die nicht in einer sozialmedizinischen Institution leben, sind die kantonalen Anteile für zuhause lebende Betagte viel heterogener: Der Durchschnitt beträgt 58 % bei den Männern und 46 % bei den Frauen. Die Prozentanteile in den Kantonen liegen zwischen 29 und 77 % bei den Männern und zwischen 17 und 69 % bei den Frauen. Die Unterschiede zwischen den Deutschschweizer und den Westschweizer Kantonen sind demnach vor allem bei der Betreuung von hochbetagten Personen deutlich sichtbar. Sie lassen sich teilweise durch das unterschiedliche Angebot der Versorgung erklären.



Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 2005; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP 2005.

**Abbildung 4:** Anteil der Bevölkerung, der in einem Privathaushalt lebt, nach Alter (%), 2005

### 13.4.2

#### **Spitex-Dienste**

Spitex-Dienste bieten auch Akutpflege an und übernehmen angesichts der immer kürzeren Aufenthaltsdauer in Spitälern immer mehr Pflegedienste, die üblicherweise in Spitälern durchgeführt werden. Dennoch gelten die Spitex-Dienste im Allgemeinen als Langzeitpflegedienste, vor allem bei der Versorgung chronisch Kranker. Hier bietet die Spitex ärztliche Pflege und Familienhilfe sowie, je nach Region, auch Mahlzeitendienste. Seit 1996 organisiert und zentralisiert sich die Spitex neu. So reduzierte sich die Zahl der Einrichtungen in der Schweiz zwischen 2000 und 2005 von 787 auf 697, während die Beschäftigtenzahl in Vollzeitäquivalenten von 9855 auf 11 048 anstieg. Rund 86 % der Spitex-Stellen sind von Pflegepersonal besetzt.

Die Inanspruchnahme der Spitex liegt in der unter 65-jährigen Bevölkerung bei ca. 1 % und in der 65- bis 79-jährigen Bevölkerung bei ca. 7 %, wobei kleine regionale Unterschiede bestehen. Ab Alter 80 beträgt die Rate der Inanspruchnahme 27 % (2005), wobei grosse kantonale Unterschiede bestehen: In den Kantonen Neuenburg, Waadt, Genf und Jura nehmen über 35 % der Einwohnerinnen und Einwohner in diesem Alter die Spitex-Dienste in Anspruch, im Kanton Schwyz dagegen nur 16 %. Zur Dauer und Intensität der gelieferten Dienste gibt es keine Daten.

### 13.5

#### **Informelle Hilfe**

Vor dem 75. Altersjahr nehmen nur 9 % der Schweizer Bevölkerung informelle Hilfe in Anspruch. Dieser Anteil erhöht sich auf 25 % bei den 75- bis 84-jährigen Personen und auf 50 % bei den über 85-jährigen Personen. Die informelle Hilfe wird in 52 % der Fälle von der Partnerin oder vom Partner oder von Familienmitgliedern geleistet, in 30 % der Fälle von Nachbarn und in 18 % der Fälle von beiden. Die über 65-jährigen Personen leisten ebenfalls informelle Hilfe: 48 % der Personen in diesem Alter geben an, Freunden oder Familienmitgliedern Hilfe geleistet zu haben.

### 13.6

#### **Qualität der Krankenversorgung**

Die Qualität medizinischer Dienstleistung ist schwieriger zu messen als die Qualität anderer wirtschaftlicher Güter. Dies hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen. Erstens braucht es ein hohes Fachwissen und zahlreiche Grundlagen (z. B. detaillierte Informationen über die Patientin und Standards der medizinischen

Behandlung), um die Angemessenheit der einzelnen diagnostischen und therapeutischen Entscheidung beurteilen zu können. Zweitens hängt das erzielte Ergebnis der Dienstleistung nicht nur von den ergriffenen Massnahmen selbst ab, sondern in vielfacher Weise auch davon, ob die Therapeutin und der Patient kooperativ zusammenarbeiten können. So dürfte es beispielsweise zu besseren Behandlungsergebnissen kommen, wenn der Patient sein Befinden gut beschreiben kann und sich im Genesungsprozess stark kooperativ und rational verhält. Drittens wird das Behandlungsergebnis selten von einer einzelnen Fachperson, sondern vielmehr von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen (Behandlungsketten) gemeinsam bestimmt.

Die Qualitätsmessung erfolgt typischerweise in den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die genannten Schwierigkeiten treten besonders bei der Ergebnisqualität auf, in den beiden anderen Dimensionen etwas weniger.

In Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurde 1996 dem Bundesrat die Kompetenz gegeben, systematische wissenschaftliche Kontrollen der Qualität vorzunehmen. Diese Kompetenz wurde über die Verordnung weitgehend an die Leistungserbringer und an die Versicherer oder die jeweiligen Verbände delegiert. Ein eben erschienener Bericht zur Qualitätssicherung nach KVG zeigt auf, dass die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags bisher nur mangelhaft erfolgte. Immerhin wurden in verschiedenen Bereichen Initiativen zur systematischen Messung der Qualität an die Hand genommen sowie Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt:

- Es wurden Organisationen der Qualitätssicherung gegründet, die Qualitätsmessungen systematisch einzuführen versuchten. Dazu gehören unter anderem die Stiftung für Patientensicherheit, der Verein Outcome sowie die Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung im stationären Gesundheitsbereich (KIQ). 2007 wurde darüber hinaus der Interkantonale Verein für Qualitätssicherung (IVQ) gegründet.
- Konkrete Messinstrumente werden zurzeit von verschiedenen Verbänden, Vereinen, Stiftungen, Non-Profit- und For-Profit-Unternehmen angeboten. Meist wurden die Instrumente im Ausland entwickelt und werden in einem weiteren Schritt auf die schweizerischen Verhältnisse angepasst. Die Hauptschwierigkeit liegt dabei weniger in der Messtechnik selbst als vielmehr in der Einigung der beteiligten Akteure auf ein gemeinsam verwendetes Instrument.

Welche Ergebnisse wurden bisher erzielt? Auf freiwilliger Basis wenden beispielsweise 85 Prozent der Spitäler mindestens ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) für den ganzen Betrieb oder für einzelne Kliniken an, in etwa 50 Prozent

der Spitäler handelt es sich um ISO-zertifizierte QM-Systeme. Etwa 100 Arztpraxen haben bisher das europäische Praxis-Assessment (EPA) angewendet.

Allerdings existiert bisher in keiner der genannten Qualitätsdimensionen und weder im stationären noch im ambulanten Bereich eine umfassende, flächendeckende, koordinierte und national vergleichbare Qualitätsmessung. Die zahlreichen Einzelmessungen sind nur schwer miteinander vergleichbar, sie sind kaum aggregierbar, und ein wissenschaftlich fundiertes Gesamtbild entsteht daher zurzeit nicht. So entsteht die skurrile Situation, dass in der Schweiz die Qualität der medizinischen Dienstleistungen oft pauschal gelobt wird, gleichzeitig aber keine zuverlässigen wissenschaftlichen Studien vorhanden sind, die diese Beurteilung differenzierter belegen.

### 13.7

## Zugang zur Krankenversorgung

Aufgrund des in der Krankenversicherung geltenden Obligatoriums, der Prämiensubventionierung für einkommensschwache Haushalte und des breit definierten Grundleistungskatalogs haben alle Einwohner der Schweiz formal Zugang zu einer sehr umfangreichen Palette an medizinischen Dienstleistungen. Dies bedeutet aber nicht, dass bei gleichem Bedarf diese Leistungen auch in gleichem Ausmass in Anspruch genommen werden. Verschiedene Differenzen sind erkennbar:

*Regionale Versorgungsunterschiede:* Das unterschiedliche Versorgungsangebot vor allem zwischen zentralen und peripheren Regionen wurde in Abschnitt 13.2 angesprochen. In den ländlichen, peripheren Regionen ist das medizinische Angebot eher unterdurchschnittlich, für einzelne Fachdisziplinen sogar fehlend. Dabei muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass die allgemeinärztliche Grundversorgung in den peripheren Gebieten viele Aufgaben der Spezialisten übernimmt; das heisst, bei gleicher Ärztedichte wird die Grundversorgung stärker belastet.

*Unterschiede in der schichtspezifischen Inanspruchnahme:* Personen mit tiefem sozioökonomischem Status beurteilen im Vergleich zur Gruppe mit dem höchsten Status mehr als doppelt so häufig ihre Gesundheit als schlecht. Sie suchen häufiger einen Allgemeinarzt, dafür seltener einen Spezialarzt auf; hingegen weisen sie mehr Spitalaufenthalte und Notfallkonsultationen auf. Die wenigen Studien zu dieser Thematik erklären die Zusammenhänge zwischen Schicht und Inanspruchnahme nur ungenügend, da der individuelle Gesundheitszustand nicht differenziert berücksichtigt wurde.

Deutliche schichtspezifische Unterschiede bestehen für präventive und therapeutische Leistungen: Personen mit geringer Schulbildung nehmen generell weniger präventive Leistungen (Mammografie, Gebärmutterhalsabstrich, Prostatauntersuchung) in Anspruch. Sie weisen auch seltener Operationen an Mandeln, am

Knie oder am Fussgelenk auf. Im Vergleich zur Bevölkerung mit höherer Schulbildung sind bei niedriger Schulbildung die Gebärmutterentfernungen und der Hüftgelenkersatz häufiger.

Da die zahnmedizinischen Behandlungen in der Schweiz mit wenigen Ausnahmen nicht versichert sind, bestehen hier die grössten Unterschiede im Zugang. Personen in der höchsten Einkommensklasse suchen dreimal häufiger mindestens einmal jährlich einen Zahnarzt auf; gleichzeitig weisen sie eine deutlich bessere Zahngesundheit auf.

Verschiedene sozialepidemiologische Indikatoren zeigen, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung besonders risikobehaftet und vulnerabel in Bezug auf gesundheitliche Beschwerden und Krankheiten ist. Neben materiellen und psychosozialen Belastungen und einem tendenziell erhöhten Risikoverhalten spielt die Ausgestaltung des Gesundheitssystems eine wesentliche Rolle für den adäquaten Zugang der Migrationsbevölkerung zur Krankenversicherung. Das schweizerische Gesundheitssystem ist noch zu wenig migrationsgerecht. Nachholbedarf besteht vor allem hinsichtlich der Zugänglichkeit und der Adäquatheit des Leistungsangebots, der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals und des Einsatzes von Übersetzungsdiensten.

*Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Versicherungsstatus:* Der Anteil von Personen mit schlechter Gesundheit ist unter den Allgemeinversicherten um ein Drittel höher als bei den Privatversicherten (Männer + 30 %, Frauen + 40 %). Arbeiten aus einzelnen Fachgebieten weisen auf eine Unterversorgung der Allgemeinversicherten hin (z. B. im Bereich der Psychotherapieversorgung). Ob dies für die medizinische Versorgung allgemein gilt, ist unbekannt.

*Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten:* Besondere Verhältnisse liegen bei den Versorgungsleistungen für psychisch Kranke vor. In der Erwachsenenpsychiatrie scheinen zwar genügend stationäre Betten und genügend Personal vorhanden zu sein. Die ambulante Versorgung wird vor allem auf dem Land durch die Hausärztinnen und Hausärzte sichergestellt; insgesamt wird jede zweite psychiatrische Diagnose durch einen Grundversorger gestellt. Jedoch scheint das Angebot zu wenig mit der allgemeinen Akutversorgung und den Sozialdiensten koordiniert zu sein. Bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Versorgung deutlich ungenügend. Dort, wo zugunsten der gesunden Entwicklung von Kindern rasche Interventionen gefordert wären, bestehen Wartelisten von drei bis vier Monaten. Einen weiteren Sonderfall stellen palliativmedizinische Leistungen dar. Die Abgrenzung gegenüber Leistungen der pflegerischen Betreuung alter polymorbider Menschen mit stabilem Gesundheitszustand ist schwierig. Da die Finanzierung einer palliativmedizinischen Betreuung ausserhalb eines Akutkrankenhauses nicht gesichert ist, kann ein entsprechendes Angebot kaum aufgebaut werden.

*Probleme der Überversorgung und der Fehlversorgung:* Neuere spezifische Studien zu Über- oder Fehlversorgung in der Schweiz existieren nicht. Es wird diskutiert, ob bei der medizinischen Versorgung im Bereich der Spitzenmedizin ein Überangebot besteht. Nachgewiesen ist in den fünf Regionen mit Universitätsspitalern ein überdurchschnittliches Angebot für gynäkologische, pädiatrische, spezialärztliche und psychiatrische Leistungen. Studien zur Frage, ob das Angebot für einfache medizinische Probleme ausreicht, existieren nicht.

*Fazit:* Trotz formal gleichem Zugang aller Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz zur medizinischen Versorgung gibt es Hinweise darauf, dass bei gleichem Bedarf die effektive Inanspruchnahme schicht- oder regionenspezifisch ist und dass es punktuell zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen kommt.

## Literatur

- Bisig B., Gutzwiller F. (Hrsg.) (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? 2 Bände. Zürich: Verlag Rüegger.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf und SGK-SR. Bern: BAG.
- Haemmerle P. (2006). Kinderpsychiatrie planen – von der Schwierigkeit, haltgebende Strukturen zu schaffen in haltloser Zeit. In: Ramseier F., Genner R., Brenner H. (Hrsg.). Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich. Zürich: edition 8.
- Huwiler K., Bichsel M., Junker C., Minder Ch. E., Calmonte R. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Jaccard Ruedin H., Pellegrini S., Jeanrenaud C. (2006). Comparaisons intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse. Neuenburg: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Jaccard Ruedin H., Roth M., Bétrisey C. (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuenburg: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- KIQ (2003). Qualitätsbericht 2003. Bern: Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse.
- OECD, WHO (2006). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz. Paris: OECD.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (2007). Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG (Bericht vom 5. September 2007). Bern: PVK.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht





# 14 Kosten, Finanzierung, Effizienz und Solidarität

Paul Camenzind, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg,  
Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit, Bern  
und Raymond Rossel, Bundesamt für Statistik, Neuenburg

Die Schweiz gab im Jahr 2005 insgesamt 53 Milliarden Franken für Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen aus; dies waren 11,4 % des Bruttoinlandprodukts (BIP), was hinter den USA die weltweit zweithöchste Quote darstellte. Dabei entfielen auf stationäre Behandlungen 46 % aller Ausgaben, auf ambulante Behandlungen 54 %. Die einzelnen Kantone unterscheiden sich sowohl bezüglich der Versorgungsstruktur als auch bezüglich der Kosten deutlich voneinander; in einigen Kantonen wird fast dreimal so viel für die Gesundheit ausgegeben wie in anderen Kantonen. Die Ursachen für diese regionalen Kostenunterschiede sind nach wie vor umstritten. Im Vordergrund stehen die Organisation, die Struktur und die Dichte der Leistungserbringung sowie soziodemografische und sozioökonomische Elemente. Gesundheitliche Faktoren spielen eine untergeordnete Rolle.

Im Jahr 2005 finanzierten die privaten Haushalte 66 % aller Gesundheitsausgaben. Bund, Kantone und Gemeinden kamen für 27 % aller Gesundheitsausgaben auf; ein Grossteil davon entfiel auf die Subventionierung der stationären Einrichtungen. Verhältnismässig klein war in der Schweiz die Finanzierung durch die Unternehmungen, welche die restlichen 7 % des gesamten Finanzierungsbedarfs leisteten. Es findet eine intensive politische Diskussion der Prämienzunahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung statt. Die grossen regionalen Kostenunterschiede sind denn auch als ebenso grosse Prämienunterschiede zwischen den Kantonen direkt spürbar. Neben einem Wohnortwechsel können die Versicherten durch einen Kassenwechsel, durch die Beschränkung des Zugangs zu den Leistungserbringern oder durch die Erhöhung der Kostenbeteiligungen ihre Prämie optimieren. Die vorhandenen gesundheitsökonomischen Arbeiten zur Effizienz der obligatorischen Krankenpflegeversicherung legen die Vermutung nahe, dass die Effizienzreserven nicht ausgeschöpft sind. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die sich weitgehend nach der Idee des «regulierten Wettbewerbs» richtet, könnten die staatlichen Rahmenbedingungen verbessert werden, damit auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene eine effizientere Versor-

gung erreicht werden kann. Wenn der «regulierte Wettbewerb» tatsächlich spielen soll, sind neben anderen Elementen vor allem Anpassungen beim Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern und bei der staatlichen Subventionierung der stationären Einrichtungen notwendig. Solidarität ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehen. Ein Ausgleich erfolgt über die einheitlichen Kopfprämien pro Versicherung zwischen Gesunden und Kranken – und damit implizit zwischen Jungen und Alten –, sowie zwischen Männern und Frauen, wie auch über die steuerfinanzierten Beiträge an die stationären Einrichtungen und die Prämienverbilligungen zwischen Reichen und Armen. Es gibt noch keine umfassenden Studien zur Quantifizierung des Ausmasses der entsprechenden Umverteilungen. Dieses Ausmass dürfte aber deutlich kleiner sein als in vergleichbaren Gesundheitssystemen, wie zum Beispiel in Deutschland oder den Niederlanden.

## 14.1

### Kosten

#### 14.1.1

##### Stand und Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Zwischen 1990 und 2005 sind die Gesundheitskosten der OECD-Länder – gemessen am Anteil des Bruttoinlandprodukts – von 6,9 auf 9,0 % angestiegen. Die Schweiz liegt mit Quoten von 8,2 % im Jahr 1990 und 11,4 % im Jahr 2005 traditionell über diesem OECD-Durchschnitt. Einen noch höheren Anteil am BIP geben lediglich die USA für die Gesundheit aus (15,3 % im Jahr 2005). Auf vergleichbarem Niveau wie die Schweiz bewegen sich die Nachbarländer Frankreich (11,1 % im Jahr 2005), Deutschland (10,7 %) und Österreich (10,2 %); etwas tiefer liegt Italien mit 8,9 %.

Für die Schweiz bedeutet ein Anteil von 11,4 % am BIP, dass im Jahr 2005 insgesamt 53 Milliarden Franken oder rund 33 Milliarden Euro für Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen ausgegeben wurden. Pro Kopf der Bevölkerung sind dies gut 7000 Franken oder gut 4000 Euro jährlich. Den grössten Anteil daran hatten die stationären Behandlungen mit 46 % aller Ausgaben. Für ambulante Behandlungen in Arzt- und Zahnarztpraxen, in Spitälern und bei der Spitex fielen 31 % der Kosten an. Schliesslich wurden für Medikamente und therapeutische Apparate 13 %, für die Prävention 2 % und für Verwaltungsaufgaben 5 % aller Mittel ausgegeben.

## 14.1.2

**Ursachen für die Kostenentwicklung**

Der absolute und relative Anstieg der Gesundheitsausgaben ist kein spezifisch schweizerisches Phänomen. Es existiert eine umfassende internationale empirische Literatur, die sowohl die Ursachen des Kostenanstiegs als auch die Erklärungen für die unterschiedlichen Niveaus und Entwicklungen zwischen einzelnen Ländern zu ergründen sucht. Studien in der Schweiz kommen zu ähnlichen Schlüssen wie die internationale Literatur. Als hauptsächlichste Einflussfaktoren für die Kostenentwicklung werden immer wieder Folgende genannt:

- Die Höhe der volkswirtschaftlichen Produktion (z. B. BIP, Volkseinkommen); sie spielt eine Rolle für die Erklärung der Höhe und Entwicklung der Kosten. In der Literatur wird das Niveau des Wohlstands oft sogar als der wichtigste Faktor bezeichnet.
- Angebotsseitige Faktoren wie die Dichte und die Struktur des medizinischen Angebots (z. B. Ärztedichte, Anteil der stationären Leistungen, medizinisch-technologischer Fortschritt und Ausmass der Spitzenmedizin, Anteil des staatlichen Angebots).
- Grundsätzliche Organisationsform des Gesundheitssystems (staatlich stark regulierte und liberal-marktwirtschaftliche Systeme) und verschiedene Regelmechanismen wie Budgetbeschränkungen, Art des Zugangs zum Gesundheitswesen (z. B. Gatekeeping), Art der Entschädigung der Leistungserbringer (z. B. Einzelleistungsabrechnung gegenüber Fallpauschalen) sowie Möglichkeiten der Finanzierung der Leistungen (Ausmass der Versicherungsdeckung, Anteil der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen).
- Faktoren der Nachfrageseite, wie die Alterung der Bevölkerung sowie Verschiebungen in den Einstellungen, den Präferenzen und dem Inanspruchnahmeverhalten.

Die meisten der genannten Faktoren stehen miteinander in Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig. Daher ist es nicht überraschend, dass die Literatur zu relativ wenig einheitlichen Schlüssen in Bezug auf tatsächliche Ursachen des Anstiegs der Ausgaben für Gesundheit gekommen ist.

Für die Abschätzung der Entwicklung der Gesundheitskosten in den folgenden 20 Jahren ist es wichtig, wie sich der Gesundheitszustand der alternden Bevölkerung entwickeln wird. Geht man von einer gewissen Verbesserung des Gesundheitszustands infolge medizinischer Fortschritte und verbesserten Gesundheitsverhaltens aus, so steigen die Kosten von heute 53 Milliarden Franken (11,4 % des

BIP) auf 111 Milliarden Franken (15,4 % des BIP) im Jahr 2030 an. Dies entspricht dem Anteil am BIP, der in den USA bereits heute für die Gesundheit ausgegeben wird.

#### 14.1.3

##### Ursachen für die kantonalen Kostenunterschiede

Wie kaum in einem anderen Land bestehen in der Schweiz bedeutende Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Landesregionen und den einzelnen Kantonen. Dies zeigt sich anhand der kantonalen Ausgaben für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und für staatliche Subventionen im Gesundheitswesen (Nettofinanzbedarf). Die Gesundheitsausgaben für diese beiden Kategorien sind im «teuersten» Kanton Genf nahezu dreimal so hoch wie im «billigsten» Kanton Appenzell Innerrhoden. Wie bei diesen beiden Extremwerten herrscht im Gesundheitswesen der Schweiz generell ein West-Ost-Kostengefälle: Überdurchschnittliche Ausgaben haben – neben Genf – die Kantone Basel-Stadt, Waadt, Neuenburg, Tessin, Bern und Jura; relativ wenig Ausgaben haben die beiden Appenzeller Halbkantone, Nidwalden, Uri und Thurgau.

Da sich die Kantone in Grösse und Struktur stark voneinander unterscheiden sind Untersuchungen zu den kantonalen Unterschieden bei den Gesundheitskosten methodisch problematisch. Zusammen mit dem chronischen Mangel an statistischem Material und den unklaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen müssen die gefundenen Resultate deshalb immer wieder relativiert werden. Unter diesen Vorbehalten finden sich für überdurchschnittlich hohe kantonale Kosten etwa die folgenden Strukturmerkmale: eher zentralisierte Versorgungsstruktur, hohe Ärzte- und vor allem Fachärztedichte, hohe Spitalbettendichte, hoher Anteil an stationären Kosten und hoher Anteil an Spezialkliniken, hohe Bevölkerungsdichte (städtische Gebiete), hoher Anteil älterer Personen, hohe Mortalität, hohe Arbeitslosigkeit und wenig direkt-demokratische Mitspracheinstrumente.

#### 14.1.4

##### Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung

Im Jahr 2005 wurden 1,1 Milliarden Franken für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Dies entspricht 2,1 % der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Der Anteil liegt deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 2,7 %. Aufgrund der Schwierigkeiten, die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung statistisch zu erfassen, dürfte der effektiv ausgegebene Betrag höher liegen als die ausgewiesenen 1,1 Milliarden Franken.

## 14.2

**Finanzierung**

Das Sozialversicherungssystem hat im Bereich der Gesundheit mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Basisversicherung, die sich durch folgende Merkmale auszeichnet:

- Einheitlicher Leistungskatalog
- Sich konkurrenzierende Krankenversicherer
- Von den Versicherten finanzierte und einheitliche Kopfprämien innerhalb einer Prämienregion
- Individuelle Prämienverbilligungen
- Risikoausgleichssystem zwischen den Versicherern
- Kostenbeteiligung der Versicherten beim Leistungsbezug
- Co-Finanzierung der stationären Spitalleistungen durch Versicherer und Kantone
- Co-Finanzierung der Pflegeheimleistungen durch Versicherer, Kantone und Versicherte
- Co-Finanzierung der häuslichen Pflege durch Versicherer, Kantone und Gemeinden

Dabei ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung und deren Finanzierung stets klar zu unterscheiden vom Gesundheitswesen und dessen Finanzierung insgesamt.

## 14.2.1

**Finanzierung aus Sicht der Volkswirtschaft**

Der Aufwand für die Krankenversicherung (Grund- und Zusatzversicherung) wird von den privaten Haushalten über Prämien bezahlt; dieser Aufwand betrug im Jahr 2005 rund 20 Milliarden Franken oder 38 % aller Gesundheitsausgaben. Dazu kamen Kostenbeteiligungen an der Krankenversicherung von rund drei Milliarden Franken und Ausgaben für diverse stationäre Behandlungen (ein Grossteil davon Langzeitpflege), für verschiedene Arzt- und für die meisten Zahnarztbehandlungen sowie für unversicherte Medikamente und Apparate in der Höhe von zwölf Milliarden Franken (Out-of-Pocket-Ausgaben). Insgesamt finanzierten die privaten Haushalte damit rund 35 Milliarden Franken Gesundheitsausgaben; dies waren zwei Drittel oder 66 % aller Gesundheitsausgaben im Jahr 2005 (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1:** Finanzierung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Volkswirtschaft, in Milliarden Franken

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	39,7	38,7	40,3	41,6	43,4	46,1	48,0	9,9	51,6	52,7
Staat	9,4	9,7	10,0	10,7	11,0	12,4	13,4	14,0	14,1	14,4
Unter- nehmungen	2,3	2,4	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9	3,1	3,3	3,5
Private Haushalte	26,2	26,6	27,7	28,2	29,6	30,8	31,6	32,7	34,3	34,8

Anteil am Total in Prozent

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Staat	24,8	25,0	24,8	25,6	25,3	26,8	28,0	28,1	27,3	27,3
Unter- nehmungen	6,2	6,3	6,4	6,5	6,4	6,4	6,1	6,2	6,4	6,7
Private Haushalte	69,0	68,7	68,8	67,9	68,2	66,8	65,9	65,6	66,3	66,0

Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005.

Der Staat (Bund, Kantone und Gemeinden) finanzierte im gleichen Jahr gut 14 Milliarden Franken oder 27 % aller Gesundheitsausgaben. Ein grösserer Anteil (acht Milliarden Franken) entfiel dabei auf die Subventionierung der Spitäler durch die Kantone; dazu kam der Aufwand von Bund und Kantonen für Prämienverbilligungen (drei Milliarden Franken) und für weitere Institutionen der sozialen Sicherheit (zwei Milliarden Franken). Hingegen betragen die Ausgaben für Verwaltung und Prävention rund eine Milliarde Franken; im Hinblick auf das heutige Wissen um die Bedeutung der Krankheitsprävention ist dies ein erstaunlich geringer Betrag.

Den dritten Pol bei der hier betrachteten Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht bilden die privaten Unternehmungen. Diese finanzierten über Arbeitgeber, Arbeitnehmer- und Selbstständigen-Beiträge im Jahr 2005 die Unfallversicherung (UVG) mit rund zwei Milliarden Franken sowie die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie die Invalidenversicherung (IV) mit je rund zwei Milliarden Franken. Dieser Aufwand der Unternehmen von knapp vier Milliarden Franken entspricht 7 % des gesamten Finanzierungsbedarfs des Gesundheitswesens in der Höhe von 53 Milliarden Franken (siehe Tab. 1).

Seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 ist der Anteil der vom Staat finanzierten Gesundheitsausgaben von 24,8 auf 27,3 % im Jahr 2005 angestiegen. Zurückzuführen ist dies primär auf eine Erhöhung der Subventionen an die Leistungserbringer. Während die Anteile der Beiträge an die UV, AHV und IV mehr oder weniger konstant geblieben sind, nahm die Finanzierungsbeteiligung der privaten Haushalte von 69 % im Jahr 1996 auf 66 % im Jahr 2005 ab. Dies ist primär auf eine relative Abnahme der Out-of-Pocket-Ausgaben zurückzuführen, wobei insbesondere ein Rückgang der Käufe von Medikamenten auf eigene Kosten im Detailhandel eine Rolle spielte.

#### 14.2.2

#### Prämien und interkantonale Prämienunterschiede

Die steigenden Kosten in der Krankenversicherung müssen von den Versicherern durch alljährlich steigende Versicherungsprämien im Ausgleich gehalten werden. Vor allem im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die steigenden Kosten für die Bevölkerung aufgrund des Kopfprämiensystems sehr unmittelbar spürbar.

Aus Gründen der Solidarität werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weder nach Geschlecht noch nach Gesundheitszustand, sondern lediglich nach drei Altersgruppen (0–18, 19–25, 26+) differenzierte Prämien erhoben; damit sind diese nicht «risikogerecht». Vielmehr muss ein Versicherer innerhalb von vorgegebenen Prämienregionen alle Versicherten, die ein entsprechendes Aufnahmegesuch stellen, zu einer pro Altersgruppe einheitlichen Kopfprämie aufnehmen.

Innerhalb der Prämienregionen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung differieren die angebotenen Prämien in ihrer Höhe sehr wohl, da sie vom Versicherer nach der Höhe der in dieser Region respektive in diesem Kanton anfallenden Kosten berechnet werden müssen. Garantiert wird dies durch das vom Bundesamt für Gesundheit jährlich durchgeführte Prämiengenehmigungsverfahren. Konsequenterweise findet sich das oben beschriebene regionale Kostengefälle auch auf der Prämien­seite wieder. Zur Illustration kann eine für alle Altersgruppen und für alle Versicherungsformen gemittelte Durchschnittsprämie für die Schweiz betrachtet werden. Letztere betrug 208 Franken pro Monat und Person im Jahr 2005. Die gleiche Prämie belief sich in Appenzell Innerrhoden, dem günstigsten Kanton, auf 136 Franken (–35 %). In Genf, dem Kanton mit der höchsten Durchschnittsprämie, mussten hingegen 296 Franken pro Monat (+42 %) bezahlt werden.

Um ihre Prämien zu reduzieren, haben die Versicherten verschiedene Möglichkeiten. Sie können erstens den Versicherer frei wechseln. Trotz grosser Prämienunterschiede ist die Wechslerhäufigkeit aber bisher recht bescheiden geblieben (zwischen

2 und 6 % der Versicherten pro Jahr). Zweitens können sie besondere Versicherungsformen (z. B. HMO), die den freien Zugang zu den Leistungserbringern einschränken, oder eine Bonus-Versicherung, die allerdings kaum Zuspruch findet, wählen. Davon machten 2005 gut 12 % der Versicherten Gebrauch. Drittens schliesslich können sie erhöhte Kostenbeteiligungen wählen (39 % der Versicherten).

### 14.2.3

#### Die Kostenbeteiligungen

Eine Eigenheit aller Versicherungen ist es, dass sie für die Versicherten ein «moralisches Risiko» beinhalten. Gemeint ist damit ein Anreiz für die Versicherten, mehr Leistungen als nötig zu beziehen, da wegen des Versicherungsschutzes für diese Personen keine zusätzlichen Kosten für eine Behandlung anfallen. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hat man als Korrekturmassnahmen hierfür ein Kostenbeteiligungssystem für die Versicherten eingeführt. Erstes Element ist dabei eine (ordentliche) Franchise von 300 Franken pro Jahr für Erwachsene (jedoch keine ordentliche Franchise für Kinder). Bis zu diesem Betrag muss die versicherte Person die bezogenen Leistungen innerhalb eines Jahres selbst bezahlen. Es gibt zudem die Möglichkeit, die Franchise freiwillig auf einen Betrag von bis zu 2500 Franken pro Jahr (Kinder bis 600 Franken pro Jahr) heraufzusetzen und im Gegenzug hierfür eine Reduktion auf die Prämie zu erhalten. Das zweite Element der Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der Selbstbehalt. Dabei müssen die Versicherten 10 % der über der Franchise liegenden Kosten selbst tragen; dies allerdings nur bis zu einem Höchstbetrag von 700 Franken (Erwachsene) oder 350 Franken pro Jahr (Kinder).

Viele versicherte Personen zahlen ihre Rechnungen bis zum persönlichen Franchisebetrag selbst, ohne die Krankenkasse zu informieren. Für die Statistiken der Krankenversicherung hat diese Praxis zur Folge, dass das wahre Ausmass der Kostenbeteiligungen nicht wirklich bekannt ist. Man kann lediglich jene Kostenbeteiligungen statistisch ausweisen, die auf den tatsächlich bei den Kassen eingereichten Rechnungen beruhen. Letztere hatten im Jahr 1996 noch rund 1,8 Milliarden Franken betragen und stiegen seitdem kontinuierlich bis auf drei Milliarden Franken im Jahr 2005 an (16 % gemessen an den Prämieinnahmen).

### 14.2.4

#### Die Prämienverbilligungen

1996 wurden zusammen mit dem Krankenversicherungsgesetz die individuellen Prämienverbilligungen eingeführt. Individuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Prämien von wirtschaftlich schwächeren Versicherten gezielt ver-



billigt werden sollen. Es ist dabei an den Kantonen zu definieren, bis zu welchem Einkommens- und Vermögensniveau einer Person oder eines Haushalts eine Anspruchsberechtigung für eine Prämienverbilligung oder deren Höhe bestehen soll. Die ausbezahlten Beträge werden zu rund zwei Dritteln aus Bundesgeldern und zu einem Drittel aus den kantonalen Budgets aufgebracht. In einem neuen System beteiligt sich seit 2008 der Bund im Umfang von 7,5 % der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an der Prämienverbilligung.

Im Jahr 2005 erhielten 2,3 Millionen Personen oder 30 % der Wohnbevölkerung eine individuelle Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Höhe des dabei insgesamt an Private ausbezahlten Betrags belief sich auf 3,2 Milliarden Franken (17 % gemessen an den Prämieinnahmen).

### 14.3

## Effizienz

Um die Frage der Effizienz im Gesundheitswesen zu beantworten, kann man auf zwei Ebenen ansetzen: Erstens ist auf der Ebene des Gesundheitssystems insgesamt zu fragen, ob die verschiedenen Elemente dieses Systems und deren Zusammenspiel so ausgestaltet sind, dass sie zu einem effizienten Verhalten der Akteure führen (gesamtwirtschaftliche Effizienz). Zweitens ist auf der Ebene der einzelnen Akteure (Leistungserbringer, Versicherer) oder bezüglich der einzelnen medizinischen Massnahmen zu fragen, ob diese Leistungen effizient erbracht worden sind (einzelwirtschaftliche Effizienz); dies möglichst auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Qualität. Bei der Beurteilung der Effizienz ist zu berücksichtigen, dass Effizienz, Solidarität und Qualität der Leistungen in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander stehen. Verbesserungen in einer Dimension können unter Umständen zu einer Verschlechterung in einer anderen Dimension führen. Die Effizienz ist daher nicht abstrakt, sondern vor dem Hintergrund der in der Schweiz gewünschten Solidarität und Qualität zu beurteilen.

#### 14.3.1

### Gesamtwirtschaftliche Effizienz

Die gesamtwirtschaftliche Effizienz des Gesundheitswesens soll anhand des Kernbereichs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung diskutiert werden. Grundsätzlich kann ein Krankenversicherungssystem eher marktwirtschaftlich, eher staatlich oder in einer Mischform organisiert werden. Reine Marktssysteme werden dabei selten gewählt, weil sich dadurch eine Reihe von Problemen ergibt, die nicht erwünscht sind (z. B. sind nicht alle Personen versichert). Marktwirtschaftliche Ansätze treten daher vor allem innerhalb eines starken staatlichen

Rahmens auf. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung orientiert sich am Konzept des so genannten «regulierten Wettbewerbs», integriert aber auch Elemente aus eher staatlich organisierten Systemen (z. B. die Spitalplanung).

Wie gut der regulierte Wettbewerb funktioniert und ob die gesamtwirtschaftliche Effizienz erhöht werden kann, ohne die Solidarität und die Qualität zu beeinträchtigen, ist für die Schweiz kaum empirisch untersucht. Es wird daher stets qualitativ oder gestützt auf ausländischen Ergebnissen argumentiert. Eine solche qualitative Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kann gemacht werden, indem man die bestehenden Regelungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit dem idealen Modell des regulierten Wettbewerbs vergleicht. Dabei sind verschiedene abweichende Elemente festzustellen, die auf Ineffizienzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung schliessen lassen (Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern, staatliche Subventionierung der stationären Einrichtungen, Mehrfachrolle der Kantone, in der Praxis keine klare Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung, Einzelleistungstarife, Gewinnverbot in der Grundversicherung und einkommensunabhängige Kostenbeteiligungen). Für alle diese Systemmängel gibt es von Seiten der Wissenschaft Vorschläge, wie das Krankenversicherungssystem verbessert und seine gesamtwirtschaftliche Effizienz erhöht werden könnte. Kurz gehen wir auf zwei zentrale Aspekte ein:

*Kontrahierungszwang:* Die Versicherer müssen die von den Versicherten bezahlten Leistungen aller Leistungserbringer, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen, rückvergüten. Damit haben sie eingeschränkte Möglichkeiten, einzelne unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer auszuschliessen. Zum anderen haben die Leistungserbringer auch weniger Anreize, sich miteinander zu koordinieren (z. B. im Rahmen von Managed-Care-Organisationen), und die Versicherer weniger Druckmittel, eine solche Koordination zu erwirken.

*Subventionierung der Spitäler:* In der stationären Grundversorgung bezahlen die Kantone rund 50 % der anfallenden Kosten, der Rest wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Dies hat im Vergleich zu den ambulanten Behandlungen eine Verzerrung der relativen Preise zur Folge. Stationäre Behandlungen werden – zumindest aus Sicht der Krankenversicherer – so zu «billig», und es entsteht ein Anreiz, eine mögliche und insgesamt günstigere ambulante Behandlung trotzdem stationär durchzuführen.

Wäre für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein anderer Rahmen als der regulierte Wettbewerb als Referenz gewählt worden – beispielsweise wie in England ein staatlicher Nationaler Gesundheitsdienst –, so würde sich die Frage nach der gesamtwirtschaftlichen Effizienz etwas anders, im Kern aber vergleichbar, stellen: Sind die gewählten Regelungen im Rahmen des staatlichen nationalen Gesundheitssystem maximal effizient?

### 14.3.2

#### Einzelwirtschaftliche Effizienz

Bezüglich der einzelwirtschaftlichen Effizienz, dass heisst bei der Frage, ob auf der Ebene des einzelnen Akteurs oder einer Institution oder der einzelnen medizinischen Massnahme und unter Berücksichtigung der Qualität effizient vorgegangen wird, finden sich für die Schweiz keine umfassenden Studien. Die Gründe hierfür liegen erneut bei unzureichend vorhandenen statistischen Daten, aber auch bei methodischen Lücken.

Selbstverständlich existiert eine Reihe von praxisorientierten Partialansätzen zur Messung und Überprüfung der einzelwirtschaftlichen Effizienz von Akteuren und Massnahmen. Wieder für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist dabei vor allem das Wirtschaftlichkeitsverfahren von *santésuisse* für die ambulante Leistungserbringung zu nennen, bei dem – zumindest auf der ersten, statistischen Stufe des Verfahrens – nur eine Annäherung an eine zuverlässige Effizienzmessung möglich ist. Hauptursache hierfür ist das Fehlen von Angaben zum «Diagnosen-Mix», mit dessen Hilfe man Patienten einer Arztpraxis über deren Alters- und Geschlechtsstruktur hinaus «adjustieren» könnte. Liesse sich auch noch der erzielte Behandlungserfolg (über den ganzen Behandlungspfad) nachweisen, wären die Voraussetzungen für eine echte Vergleichbarkeit zwischen Arztpraxen gegeben. Partialansätze stellen auch die verschiedenen Kosten-Nutzen- oder Kosten-Effektivitäts-Untersuchungen im Bereich der Medikamente oder der medizinisch-technischen Apparate dar. Oft werden die volkswirtschaftlichen Auswirkungen im Bereich der indirekten und intangiblen Kosten nicht bewertet. Erwähnt werden müssen weiter die Untersuchungen zwischen «normalen» Leistungserbringungen und solchen in Managed-Care-Settings, die methodisch oft mit der Schwierigkeit der sehr unterschiedlichen Versichertenkollektive zu kämpfen haben.

### 14.4

#### Solidarität

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung generiert wie jede andere Versicherung auch einen Ausgleich zwischen Personen ohne einen «Schaden» und solchen mit einem «Schaden», sprich: zwischen Gesunden und Kranken. Die einheitliche Kopfprämie pro Versicherung und Prämienregion verstärkt diesen Ausgleich. Da Frauen und ältere Menschen im Durchschnitt häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Männer und jüngere Personen, ergibt sich implizit auch eine Solidaritätsbeziehung zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Jungen und Alten. Da die Prämienverbilligungen und die staatlichen Beiträge an die sta-

tionären Einrichtungen steuerfinanziert werden, erfolgt weiter ein Ausgleich zwischen Reichen und Armen.

Um das Ausmass der Umverteilung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung quantifizieren zu können, wären Studien in der Form von Inzidenzanalysen notwendig. Hierbei gilt es zu berechnen, welche Versicherten eines Systems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung welche Summe für eine bestimmte Massnahme zahlen und welche Versicherten in welchem Ausmass von dieser Massnahme profitieren. Solche umfassenden Studien gibt es für die Schweiz wegen der hohen methodischen Komplexität und der noch höheren Ansprüche an die Verfügbarkeit von Daten (noch) nicht. Aufgrund der einheitlichen Kopfprämien dürfte insbesondere der Ausgleich zwischen Reichen und Armen deutlich geringer sein als in Gesundheitssystemen, die stark einkommensabhängig (z. B. Deutschland) oder stark steuerfinanziert (z. B. Niederlande) werden.

Einen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken gibt es auch ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, beispielsweise in den Zusatzversicherungen, die nach der üblichen Logik von Versicherungen funktionieren. Da die Prämien dort aber grundsätzlich an das individuelle Risiko angepasst werden können, dürften die dadurch ausgelösten Umverteilungen kleiner sein als in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## Literatur

- Crivelli L., Filippini M., Mosca I. (2003). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. Quadorno N. 04–07. Lugano: Università di Lugano.
- Enthoven A. C. (1988). Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam: North–Holland.
- Gertham U. G., Jönsson B. (2000). International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. Handbook of Health Economics, Volume 1. Amsterdam: Elsevier Science B. V.
- Kocher G., Oggier W. (Hrsg.) (2007). Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- OECD, WHO (2006). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme – Schweiz. Paris: OECD.
- Rüefli C., Vatter A. (2001). Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen: Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Forschungsbericht Nr. 14/01. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Vuilleumier M., Pellegrini S., Jeanrenaud C. (2007). Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse: Rapport final. Neuenburg: Office fédéral de la statistique.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht

# 15 Die wichtigsten Herausforderungen in den kommenden Jahren

Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit, Bern,  
Hélène Jaccard Ruedin, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg,  
Gabriele Wiedenmayer, Bundesamt für Statistik, Neuenburg und  
Christoph Junker, Bundesamt für Statistik, Neuenburg

Das Versorgungssystem der Schweiz steht in den kommenden Jahren vor verschiedenen und grossen Herausforderungen. Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und somit die Kosten weiter zunehmen werden. Vor dem Hintergrund immer lauter werdender Forderungen nach einer wirksameren Kontrolle der Kosten- und Prämienentwicklung verändern sich parallel dazu die Angebotsstrukturen (Feminisierung, mehr Teilzeitarbeit, mehr Spezialisierungen) und die Gesundheitsberufe stark, sodass die Anpassungen des Versorgungssystems nicht nur mengenmässig, sondern auch strukturell erfolgen müssen. Wirksame und kosteneffektive Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden immer wichtiger werden, da sie neben einer Verbesserung der Lebensqualität auch einen Beitrag zur Kostendämpfung im Versorgungssystem leisten können. In den vergangenen Jahren hat die Politik auf die genannten Herausforderungen reagiert. Einzelne Massnahmen wurden bereits umgesetzt, weitere Interventionen werden diskutiert. Die Bilanz fällt vorerst aber noch ernüchternd aus: Wichtige Reformschritte konnten bisher noch nicht umgesetzt werden, weil zum einen die Frage nach der grundsätzlichen Richtung der Reformen stark umstritten ist (Markt gegenüber Staat) und zum andern die Lobbyarbeit der am Status quo interessierten Verbandsgruppen sehr erfolgreich war.

Die Herausforderungen, denen sich das Schweizerische Versorgungssystem in den kommenden Jahren gegenübersteht, sind zahlreich und von sehr unterschiedlicher Qualität. Die *Inanspruchnahme* medizinischer und pflegerischer Leistungen dürfte weiter zunehmen. Verantwortlich hierfür sind verschiedene Ursachen. An

erster Stelle sind die demografischen Verschiebungen zu nennen (mehr ältere Menschen, mehr Einzelpersonenhaushalte). Ferner wird angenommen, dass die Prävalenz gewisser chronischer Krankheiten zunehmen wird. Weiter dürfte der medizinisch-technische Fortschritt dazu führen, dass sich die Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten weiter vergrössern. Schliesslich ist bekannt, dass sich die Inanspruchnahme mit zunehmendem Wohlstand weiter ausdehnt. Das Versorgungssystem wird sich dieser erhöhten Inanspruchnahme mengenmässig, aber auch in seiner Struktur anpassen müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Angebotsstrukturen und die Gesundheitsberufe stark wandeln. Es ist namentlich zu beobachten, dass der Anteil der Teilzeitarbeitenden, der Anteil der Frauen und der Anteil der spezialisierten Ärztinnen und Ärzte bei insgesamt stagnierenden Studienabgängerinnen und -abgängern der Humanmedizin zunehmen. Weiter dürfte es vor dem Hintergrund der sich wandelnden Wertevorstellungen und Lebensbedingungen keine Selbstverständlichkeit darstellen, dass in Zukunft das Ausmass der Laienhilfe gleich gross bleibt.

Die *Kosten* werden aufgrund der zunehmenden Inanspruchnahme weiter steigen. Massnahmen zur Kostendämpfung werden daher intensiv und in verschiedenen Dimensionen diskutiert werden: (a) Es wird die Frage aufgeworfen werden, ob die bestehenden Steuerungsmöglichkeiten ausreichen und die heutige Steuerung der Versorgung optimal gestaltet ist. Insbesondere dürfte die Rolle des Föderalismus kritisch untersucht werden; (b) die Vorschläge zur Kostendämpfung werden sich weiter danach unterscheiden, ob sie sich eher auf planerische (z. B. Globalbudgetierung) oder eher auf wettbewerbliche Elemente (z. B. Einführung der Vertragsfreiheit) stützen; (c) der Druck, die Versorgung stärker nach den Richtlinien der Evidence-Based-Medizin auszurichten, die Leistungen mehr ambulant als stationär und verstärkt im Rahmen von Managed-Care-Organisationen zu erbringen, wird zunehmen; (d) Massnahmen zur Kostendämpfung bergen die Gefahr der Rationierung und der Qualitätsreduktion. Man wird daher immer genauer wissen wollen, wer welche Leistungen in welcher Qualität erbringt oder bekommt; (e) besondere Aufmerksamkeit wird den Fragen zukommen, ob untere und mittlere Einkommensschichten die Prämien noch weiterhin tragen können, ob die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten noch weiter bestehen bleiben wird und ob die Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten angemessen sind.

Die zunehmenden Kosten werden auch eine andere, sehr wesentliche Auswirkung haben: Es wird immer mehr die Frage aufgeworfen werden, ob nicht mehr Ressourcen in die Beeinflussung der *Gesundheitsdeterminanten* investiert werden sollen (siehe Kap. 2). Gesundheitsförderung und Prävention würden somit wichtiger werden.

In den folgenden Abschnitten werden ausgewählte Herausforderungen vertieft.

## 15.1

### Steuerung der Versorgung im Föderalismus

Die Frage nach der Steuerung der Versorgung (Governance) wird oft im Zusammenhang mit der Rolle des Föderalismus diskutiert. Obschon die beiden Themen eng miteinander verbunden sind, handelt es sich doch um zwei verschiedene Aspekte, die separat zu diskutieren sind.

#### 15.1.1

##### Steuerung

In keinem Land der Welt wird die Gesundheitsversorgung vollständig dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen. Überall gibt es mehr oder weniger starke staatliche Rahmenbedingungen bis hin zur vollständigen staatlichen Versorgung. Das Steuerungskonzept der Schweiz entspricht heute einem Mischsystem: Ausgangspunkt ist der regulierte Wettbewerb, ergänzt mit zahlreichen Elementen, die aus stärker staatlich gesteuerten Versorgungssystemen bekannt sind. Die Stossrichtung der heute im Bundesparlament diskutierten Reformen zielt darauf ab, das Konzept des regulierten Wettbewerbs möglichst vollständig umzusetzen (siehe Abschnitt 15.5). Die Stärkung der Wettbewerbselemente bedeutet, dass die Steuerung innerhalb des gesetzten Rahmens immer mehr den Marktkräften überlassen wird. Dies impliziert weniger staatliche Einflussnahme. Aufgrund der zunehmenden Kosten dürfte aber das Bedürfnis nach staatlicher Kontrolle, beispielsweise über Globalbudgetierungen im ambulanten Bereich, immer stärker werden. In den nächsten Jahren stehen somit gewichtige Systementscheide an. Dabei wird die Frage zu beantworten sein, ob die schweizspezifische Mischung der Steuerung zwischen Markt und Staat mehr in die eine (Markt) oder andere (Staat) Richtung weiterentwickelt wird.

#### 15.1.2

##### Föderalismus

In der Gesundheitsversorgung wirken die drei staatlichen Ebenen «Bund», «Kantone» und «Gemeinden» zusammen. Den Kantonen kommt dabei gemäss Verfassung eine zentrale Rolle in der Garantie der Versorgung zu. Die Aufgabenverteilung ist allerdings nicht immer eindeutig. Es gibt zahlreiche Bereiche mit sich überschneidenden Kompetenzen. Weiter kompliziert werden die föderalen Strukturen durch die Aufgabendelegation an parastaatliche Institutionen (z. B. im ärztlichen Weiterbildungsbereich). Föderale Strukturen können anhand von politischen Kriterien (z. B. Subsidiaritätsprinzip, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung)

und anhand von ökonomischen Kriterien (z. B. Mindestgrösse, fiskalische Äquivalenz, Innovation) beurteilt werden. Es zeigt sich dabei kein einheitliches Bild, vielmehr hat der Föderalismus offensichtlich Vor- und Nachteile: Vorteilhaft sind die Nähe der Entscheidungsträger zur lokalen Bevölkerung und ihren Bedürfnissen sowie das Innovationspotenzial, das 26 Gesundheitssystemen, die in einem (gewissen) Wettbewerb zueinander stehen, inne wohnt. Nachteilig sind die fehlende Übersicht über das gesamte System (Erhöhung der Komplexität), interkantonale Unterschiede, welche die Rechtsgleichheit in Frage stellen können, und Kosten erhöhende Wirkungen zu kleinräumiger Strukturen.

Wichtig ist der Unterschied zwischen dem Entscheidungs- und dem Vollzugsföderalismus. Im ersten Fall sind die Kantone (und Gemeinden) Teil der Entscheidungsfindung oder entscheiden sogar autonom, im zweiten Fall kommt ihnen im Vollzug einer Bundesgesetzgebung ein lokaler Umsetzungsspielraum zu. Im Gesundheitswesen hat sich eine recht komplizierte Mischung von Entscheidungs- und Vollzugsföderalismus ergeben.

Wenn föderale Strukturen Vor- und Nachteile haben, so geht es darum, die Vorteile zu behalten und die nachteiligen Auswirkungen zu minimieren. Wie bei anderen Sozialversicherungen auch (z. B. bei der Invalidenversicherung), wäre es grundsätzlich vorstellbar, die Krankenversicherung ausschliesslich nach einem Modell des Vollzugsföderalismus zu organisieren. Die genannten Föderalismust Vorteile liessen sich in einem solchen Modell wohl weit gehend realisieren, die Nachteile gegenüber heute abschwächen. Die historisch gewachsene Realität sieht heute aber einen starken Entscheidungsföderalismus vor. In den kommenden Jahren wird es somit eher darum gehen, ausgehend von der heutigen Organisation die Nachteile des Föderalismusmodells abzuschwächen. Grundlegende Systemwechsel in einem Schritt dürften kaum politische Realisierungschancen haben. Namentlich zur Diskussion stehen werden: (a) klarere und auf mehr Effizienz ausgerichtete Kompetenzaufteilungen zwischen den drei staatlichen Ebenen (z. B. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung), (b) weiter gehende Entschärfung der Mehrfachrolle der Kantone im stationären Bereich (Planung der Spitalversorgung, Betreiben/Finanzieren von Spitälern, Rekursinstanz in Tarifstreitigkeiten) und (c) Einführung stärkerer Anreize für die interkantonale Zusammenarbeit. Erst längerfristig wird die Beantwortung der Frage nach der Aufhebung der heutigen staatlichen (Teil-)Finanzierung der stationären Versorgung wichtig werden (Übergang zur monistischen Finanzierung), weil die Aufhebung das Ende des Entscheidungsföderalismus bedeuten würde.



## 15.2

**Demografische und gesellschaftliche Veränderungen**

Im Jahr 2030 wird die Lebenserwartung der Männer mit 65 Jahren noch 21 Jahre und diejenige der Frauen 24 Jahre betragen. Diese Entwicklung könnte grössere Auswirkungen auf das Versorgungssystem haben, da sie eine starke Erhöhung des Anteils der hochbetagten Personen mit sich bringt: Innerhalb der Bevölkerung der über 65-Jährigen liegt der Anteil der 85-jährigen und älteren Menschen heute bei 10 %. Bis ins Jahr 2030 steigt dieser Anteil auf 16 % und bis 2040 auf 25 % an. Die Zahl der über 80-Jährigen dürfte von 290 000 im Jahr 2000 auf 627 000 im Jahr 2030 steigen.

Für das Versorgungssystem bedeutet diese demografische Veränderung allerdings nur eine Herausforderung, wenn sie mit einer Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen einhergeht. Da die Prävalenz chronischer Krankheiten und die Pflegebedürftigkeit vor allem ab dem 80. Altersjahr zunehmen, besteht die primäre Herausforderung darin, angemessene Präventionsmassnahmen, die das Auftreten chronischer Krankheiten und der Pflegebedürftigkeit verzögern, festzulegen und umzusetzen.

Aber auch mit wirkungsvollen Massnahmen, welche die krankheitsfreie Lebenszeit verlängern, wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen hoch sein und eine Anpassung der Versorgungsformen bedingen. Hinzu kommt, dass die Pflege von hochbetagten Personen äusserst komplex ist, da diese oft an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden. Es sind deshalb neue Betreuungsformen notwendig, die sowohl die medizinischen Probleme wie auch das soziale Umfeld dieser Patientinnen und Patienten berücksichtigen können. Schliesslich müssen die Versorgungsstrukturen angepasst werden, sowohl zahlenmässig wie auch qualitativ: Die Betreuungsformen müssen vervielfältigt werden, damit der Pflegebedarf dieser Bevölkerungsgruppe möglichst optimal abgedeckt wird. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass die Unterstützung für hochbetagte Personen auch durch informelle Hilfe erfolgt, die zu einem Grossteil von Personen im Pensionierungsalter geleistet wird. Das Verhältnis zwischen den Hilfe Leistenden (50- bis 74-jährige Personen) und den Hilfe Beziehenden (über 85-jährige Personen) wird jedoch von 13 im Jahr 2005 auf acht im Jahr 2030 sinken. Die Einwanderung junger Leute wird dazu beitragen, die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung abzudecken. Bereits 2005 wiesen 24 % aller Beschäftigten im Gesundheitswesen eine ausländische Staatsangehörigkeit auf (1995: 23 %).

Nebst dieser potenziellen Zunahme der Patientenzahl werden auch die Erwartungen im Bereich der Pflege immer höher, sowohl jene der medizinischen Fachpersonen als auch jene der Patientinnen und Patienten. Diese Erwartungen entstehen durch den technischen und therapeutischen Fortschritt sowie den

verbesserten Informationsstand der Bevölkerung. Sie nehmen auch deshalb zu, weil aus gesellschaftlicher Sicht die Grenze zwischen Altersbeschwerden und Krankheit immer undeutlicher wird. Einzig der Wunsch, würdig und in Ruhe zu sterben, und somit keine medizinischen Leistungen mehr zu beziehen, stellt sich dieser Tendenz entgegen. Dieses Thema fliesst allerdings noch wenig in die Diskussionen ein.

### 15.3

## Veränderung der Gesundheitsberufe

Für die Gesundheitsberufe sind in Zukunft einige bedeutsame Änderungen zu erwarten. Den strukturellen Änderungen und Verschiebungen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen auf der Angebotsseite stehen sich wandelnde Ansprüche und Anforderungen auf der Nachfrageseite gegenüber. Insbesondere die steigende Zahl alter Menschen erfordert in Zukunft eine den Bedürfnissen angemessene und zugleich kosteneffektive Versorgung.

Welche Veränderungen auf der Angebotsseite bei der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal – den zahlenmässig grössten und unmittelbar am Menschen tätigen Berufsgruppen – zu erwarten sind, kann folgendermassen skizziert werden:

Die gegenwärtige Situation in der Ärzteschaft zeichnet sich durch ein steigendes Durchschnittsalter und einen Rückgang der Absolventenzahlen innerhalb der letzten Jahre aus. Trotz zunehmender Spezialisierung herrscht derzeit in der Grundversorgung noch keine Unterversorgung. Der steigende Frauenanteil unter den Studierenden verweist auf eine zunehmende Feminisierung der Ärzteschaft.

Schreibt man diese Trends fort, so ist mit einem Rückgang des Angebots an ärztlichen Leistungen zu rechnen. Der Ärztemangel wird voraussichtlich auch durch die Migration von Ärzten in die Schweiz nicht voll kompensiert werden können, sodass eine Ausweitung der Studienkapazitäten diskutiert wird. Die zunehmend nachgefragte Teilzeittätigkeit der Ärztinnen und Ärzte trägt ebenfalls zu einer Verringerung des Arbeitszeitangebots bei. Versorgungslücken drohen künftig insbesondere in der Grundversorgung, ebenso in ländlichen Gebieten. Dies geht auf eine zunehmende Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte und eine Konzentration auf urbane Zentren zurück.

In der Pflege gibt es Hinweise auf einen Mangel an diplomierten Kräften, der sich aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht näher beziffern lässt. Der Pflegeberuf ist immer noch vorwiegend ein Frauenberuf, der häufig in Teilzeit ausgeübt wird. Ausländische Pflegekräfte sind vor allem im stationären Bereich tätig.

In Zukunft ist wegen der zunehmend alternden Bevölkerung mit einem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen zu rechnen. Welches Angebot an Pflegeleistungen dem gegenübersteht und wie es sich entwickelt, lässt sich mangels geeigneter

Studien bislang nicht ausreichend prognostizieren. Die Pflege erfährt derzeit über die Einrichtung von Fachhochschulstudiengängen eine Aufwertung. Mit der zunehmenden Akademisierung wird sich das Selbstverständnis der Berufsgruppe in Richtung vermehrter Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse wandeln.

Welche Perspektiven zeichnen sich insgesamt ab? Neben Veränderungen innerhalb der einzelnen Gesundheitsberufe zeigen sich Tendenzen zu Berufsgruppen übergreifenden Veränderungen. So wird mit der Entwicklung und Einführung neuer Behandlungsmodelle (z. B. integrierte Versorgungsformen) häufig eine Aufgabenneuverteilung zwischen den Berufsgruppen erwartet. Ausgewählte Tätigkeiten der ärztlichen Grundversorgung könnten von qualifizierten, akademisch gebildeten Pflegekräften übernommen werden. Dadurch liessen sich gegebenenfalls auch Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen mildern. Ein weiterer Aspekt ist eine möglicherweise grössere Kosteneffektivität durch die günstigere Leistungserbringung der nichtärztlichen Professionen. In anderen Ländern, zum Beispiel in den USA oder in Grossbritannien, konnten zum Teil gute Erfahrungen gemacht werden. Inwieweit diese sich auf das Schweizer Gesundheitssystem übertragen lassen, ist zu prüfen.

#### 15.4

### Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ausgaben für Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind im Vergleich zu den Ausgaben für die Kuration verschwindend klein. Dies ist auf den ersten Blick erstaunlich, weil in anderen Bereichen sehr viel mehr in die Schadensprävention investiert wird (z. B. im Bereich der Gebäudesicherheit). Eine nähere Betrachtung zeigt aber, dass es dafür verschiedene Ursachen gibt, deren Überwindung für die kommenden Jahre mit wesentlichen Herausforderungen verbunden ist:

- Die Prävention und die Gesundheitsförderung haben grundsätzlich einen langfristigen Zeithorizont. Gesellschaftlich und individuell muss man früh investieren, die Erträge zeigen sich oft erst viele Jahre später.
- Die heutigen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen werden von vielen verschiedenen Organisationen und Behörden erbracht und sind kaum koordiniert. Der Bundesrat möchte mit einem entsprechenden Gesetz Grundlagen für eine wirkungsvollere Abstimmung der ergriffenen Massnahmen bereitstellen. Zur Prävention nicht übertragbarer und psychischer Krankheiten existiert noch keine gesetzliche Grundlage, aufgrund derer Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen vom Bund durchgeführt oder unterstützt

werden könnten. Auch dies soll mit dem neuen Präventionsgesetz korrigiert werden.

- Gewisse Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen mit einem grossen Wirkungspotenzial kollidieren mit anderen Interessen. Werden beispielsweise die Unternehmungen zur Unterlassung gesundheitsschädigender Aktivitäten verpflichtet, entsteht ein Konflikt mit der Wirtschaftsfreiheit. Bei anderen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, die das individuelle Verhalten beeinflussen wollen, wird oftmals behauptet, diese würden die individuelle Freiheit der Bürgerinnen und Bürger einschränken. Solche Massnahmen erfordern daher immer ausgedehnte Begründungen und gründliche ethische Erwägungen.
- Es ist methodisch sehr anspruchsvoll, die Kosteneffektivität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zu untersuchen. Daher gibt es noch nicht für alle Massnahmen entsprechende wissenschaftliche Grundlagen. In Zeiten knapper staatlicher finanzieller Ressourcen führt dies zu einer zurückhaltenden oder zumindest abwartenden Haltung der Politikerinnen und Politiker.

Die Problematik der heute noch mangelhaften Koordination im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und der zu bescheidenen Mittel, die investiert werden, ist erkannt. Offen bleibt, wie rasch die zahlreichen Schwierigkeiten im Einzelnen überwunden werden können.

## 15.5

### Die Herausforderungen im Spiegel der Politik

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 wurden auf Bundesebene im Rahmen der ersten Teilrevision auf den 1. Januar 2001 ein Massnahmenpaket und zu verschiedenen Zeitpunkten einzelne Anpassungen umgesetzt. Parallel dazu wurde im Jahr 2000 die Diskussion rund um das Massnahmenpaket der zweiten Teilrevision angestossen. Nach dem Scheitern dieses Gesamtpaketes im Dezember 2003 werden die vorgeschlagenen Massnahmen vom Parlament einzeln behandelt. Gleichzeitig gab es auch vielfältige Änderungen in den kantonalen Verfassungen, Gesetzen und Verordnungen, die aus Platzgründen nachfolgend nicht weiter diskutiert werden.

Inwiefern haben die bisher auf Bundesebene umgesetzten oder geplanten Massnahmen Bezug zu den genannten Herausforderungen genommen?

*Inanspruchnahme:* Im angesprochenen Zeitraum wurden nur wenige Massnahmen beschlossen, welche die Inanspruchnahme beeinflussen. Dazu gehört zum Beispiel die Erhöhung der ordentlichen Franchise von 230 auf 300 Franken und

der maximalen Franchise von 1500 auf 2500 Franken. Diskutiert wird über die Erhöhung des Selbstbehalts von 10 auf 20 %, allerdings unter Beibehaltung der maximalen Limite der Kostenbeteiligungen von 700 Franken pro Jahr. Die Einführung eines Zulassungsstopps für ambulant tätige Leistungserbringer kann ebenfalls als Versuch gewertet werden, die Inanspruchnahme zu beeinflussen.

*Versorgungsstrukturen:* Bei den Versorgungsstrukturen wird schon seit längerer Zeit über die Förderung von Managed-Care-Organisationen diskutiert. Allerdings wurden bisher die Haupthindernisse, die Managed-Care-Instrumente und -Organisationen effektiv fördern würden (Einführung der Vertragsfreiheit, Anpassung des Risikoausgleichs, Einführung der monistischen Finanzierung, differenzierte Kostenbeteiligungen), nicht beseitigt. Im Bereich der Gesundheitsberufe haben sich seit 1996 wesentliche Veränderungen ergeben, oder zeichnen sich solche ab. Das Medizinalberufegesetz trat am 1.9.2007 in Kraft, ein Psychologieberufe-Gesetz ist in Vorbereitung. Bei den Pflegenden wurden die Ausbildungen neu organisiert. Allerdings dürften die genannten Reformen nur beschränkte Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben. Reformen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sind in Bearbeitung. Eine weitere Straffung der Angebote im Spitalbereich ist erforderlich.

*Finanzierungsregeln sowie Kosten-/Prämienentwicklung und ihre Auswirkungen:* Diesem Bereich wurde grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Verschiedene kleinere Massnahmen wurden umgesetzt, die den Wettbewerbsdruck erhöhen sollen (z. B. Einführung eines höheren Selbstbehalts bei Original-Medikamenten, wenn ein Generikum existiert, die Standardisierung der Prämienregionen, die Vereinfachung der Kassenwechsel, Anpassung des Risikoausgleichs, Einführung der leistungsorientierten Abgeltung im Spital), die direkt auf die Kostenentwicklung Einfluss nehmen (z. B. die Senkung der Laborpreise) oder welche die Auswirkungen der Prämien erhöhungen dämpfen sollen (z. B. die Prämienreduktion von mindestens 50 % für Kinder aus Familien mit geringem oder mittlerem Einkommen). Weiter wurden zahlreiche Massnahmen diskutiert, aber bisher noch nicht umgesetzt. Dazu gehören: die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern sowie der Übergang zu einer monistischen Finanzierung. Die vom Parlament beschlossene Neuordnung der Finanzierung der Langzeitpflege steht vor einer schwierigen Umsetzungsphase.

*Qualität:* Trotz vorhandenen gesetzlichen Grundlagen wurden im Bereich der ambulanten und stationären Qualitätsmessung seit 1996 nur teilweise Fortschritte erzielt. Der Bund versucht seit 2004, seine Steuerungsaufgabe stärker wahrzunehmen. Das komplexe Geflecht der Verantwortlichkeiten zwischen Bund, Kantonen und den Verbänden der Leistungserbringer oder der Versicherer sowie deren unterschiedliche Interessenlagen – Transparenz ist nicht von allen Akteuren erwünscht – verhinderten bisher aber eine wirkungsvollere Entwicklung.

*Prävention und Gesundheitsförderung:* Der Bundesrat hat den Entwurf zu einem Bundesgesetz, das den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung neu regelt, in die Vernehmlassung gegeben.

*Zusammenfassend* lässt sich festhalten, dass die Bundespolitik sehr wohl auf die verschiedenen Herausforderungen reagiert hat. Betrachtet man allerdings das Erreichte, so fällt die Bilanz durchgezogen aus. Substanzielle Reformschritte sind stark umstritten und konnten bisher nicht umgesetzt werden. Dies hat vorrangig zwei Gründe:

Es gibt keinen Konsens über den einzuschlagenden Weg. Zwei etwa gleich grosse politische Lager stehen sich gegenüber. Die einen möchten – in Übereinstimmung mit dem Bundesrat – mit den Reformen die Wettbewerbselemente in der obligatorischen Krankenversicherung stärken und das Konzept des regulierten Wettbewerbs vollständig umsetzen. Die anderen wollen demgegenüber eher die staatliche Steuerung verstärken.

Die Verbände der Ärzteschaft, der Versicherer und der Spitäler sind sehr gut organisiert und im Parlament einflussreich. Dies macht es schwierig, Reformen zu realisieren, die nicht innerhalb dieser drei Gruppen breit abgestützt sind.

## Literatur

- Achtermann W., Christel B. (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1, Analysen und Perspektiven. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006). Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention und Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI). Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007). Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf und SGK-SR. Bern: BAG.
- Enthoven A. C. (1988). Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam: North Holland.
- Höpfinger F., Hugentobler V. (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Jaccard Ruedin H. et al. (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Document de travail 22. Neuenburg: Observatoire suisse de la santé.
- Kocher G. (2007). Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden. In: Kocher G., Oggier W. (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 104–110.
- Künzi K., Detzel P. (2007). Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Arbeitsdokument Nr. 27. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Künzi K., Schär Moser M. (2004). Unterbezahlt und überbelastet? Eine empirische Studie zur Arbeitssituation in der Pflege. Bern: Haupt Verlag.

- Monod-Zorzi S., Seematter Bagnoud L., Büla C., Pellegrini S., Jaccard Ruedin H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance des personnes âgées*. Document de travail 25. Neuenburg: Observatoire suisse de la santé.
- Robine J. M., Michel J. P., Herrmann F. R. (2007). Who will care for the oldest people in our ageing society? *Brit. Med. J.*, 17, 334 (7593):570–571.
- Vatter A. (2006). Föderalismus. In: Klöti U., Knöpfel P., Kriesi H.-P., Linder W., Papadopoulos Y., Sciarini P. (Hrsg.). *Handbuch der Schweizer Politik*. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung, 79–102.

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht





## Synthese Teil V

# Das Versorgungssystem

Das Versorgungssystem ist in der Schweiz sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich grundsätzlich gut ausgebaut. Daher dürfte es zusammen mit anderen Gesundheitsdeterminanten in den vergangenen Jahrzehnten zu einer positiven Entwicklung wichtiger Indikatoren, wie zum Beispiel der Lebenserwartung, beigetragen haben. Die guten Leistungen des Versorgungssystems haben aber ihren Preis: Nach den USA leistet sich die Schweiz das zweitteuerste Gesundheitswesen der Welt.

Das Versorgungssystem ist innerhalb staatlich vorgegebener Rahmenbedingungen marktwirtschaftlich geprägt. Da das staatliche Regelsystem teilweise lückenhaft oder widersprüchlich ausgestaltet ist, liegen die Kosten der Versorgung sehr wahrscheinlich höher als sie dies in diesem Rahmen eigentlich sein müssten. Es muss mit Wahrscheinlichkeiten argumentiert werden, weil empirische Studien zur gesamtwirtschaftlichen Effizienz nicht vorliegen. Daher ist man gezwungen, ausländische Erfahrungen und qualitative Überlegungen beizuziehen. Das derart abgeleitete Effizienzpotenzial sollte ohne wesentliche Abstriche in den Bereichen «Solidarität» und «Qualität» ausgeschöpft werden können. Werden die Leistungen in Zukunft stärker integriert erbracht (z. B. über Managed-Care-Organisationen), dann könnte sowohl die Effizienz wie gleichzeitig auch die Qualität verbessert werden.

In der Schweiz scheint man mit dem Versorgungsangebot bei Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit und Mutterschaft sowie mit dessen Qualität zufrieden zu sein. Belegt werden kann dies allerdings nicht, weil hierzu die empirischen Grundlagen nur unvollständig vorhanden sind. Umgekehrt sind aber auch keine Fakten vorhanden, die systematisch das Gegenteil belegen würden. Vor dem Hintergrund starker regionaler Unterschiede in der Versorgungsdichte und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wären zuverlässige Daten besonders wünschenswert.

Aufgrund der Regelungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden die Kosten in einem gewissen Ausmass solidarisch getragen. Solidarität gibt es zwischen Gesunden und Kranken (und damit implizit auch zwi-

schen Jungen und Alten), zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Reichen und Armen. In welchem Ausmass die einzelnen Personen und Haushalte zur Finanzierung beitragen oder von der Versorgung profitieren, kann aufgrund fehlender Daten nicht beurteilt werden. Die Solidarität zwischen Reichen und Armen dürfte aufgrund der einkommensunabhängigen Prämien der OKP aber geringer ausfallen als in Ländern mit vergleichbaren Gesundheitssystemen (Deutschland, Niederlande). Neben der über die Versicherung etablierten Solidarität gibt es natürlich auch innerfamiliäre und nachbarschaftliche Solidaritäten, die insbesondere in der Langzeitpflege eine wichtige Rolle spielen.

Der Zugang zum Versorgungssystem ist für die ganze Bevölkerung aufgrund des Versicherungsobligatoriums in der OKP grundsätzlich gegeben. Dennoch zeigt sich wie in anderen Ländern, dass gewisse vulnerable Gruppen unterdurchschnittlich häufig Leistungen in Anspruch nehmen (z. B. Migrantinnen und Migranten aus gewissen Ländern, Personen mit bescheidenem Einkommen).

In den nächsten zehn Jahren kommen in verschiedenen Bereichen grosse Herausforderungen auf das Versorgungssystem zu, die einen entsprechenden politischen Handlungsbedarf auslösen werden. Dieser Entwicklung kann einerseits beruhigt entgegengesehen werden, weil von der Grundlage eines gut funktionierenden Versorgungssystems ausgegangen werden kann. Andererseits erfordern verschiedene Herausforderungen eine frühzeitige Beschäftigung mit der entsprechenden Problematik. Dies insbesondere, weil für tragfähige Lösungen zuerst ein Konsens zwischen den wichtigen Partnern gefunden werden muss. Ferner wirken die Massnahmen unter Umständen erst mit einer zeitlichen Verzögerung (z. B. bei der Aus- und Weiterbildung in den medizinischen und paramedizinischen Berufen), wodurch es zu wesentlichen Verschlechterungen in der Versorgung gegenüber heute kommen könnte. Im Vordergrund frühzeitig zu behandelnder Herausforderungen stehen:

- Die Veränderungen in den Angebotsstrukturen und bei den Gesundheitsberufen könnten vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu regionalen Fehl- und Unterversorgungen im Akutbereich, aber auch in der Psychiatrie und in der Langzeitpflege führen.
- Die Versorgungsstrukturen sollten stärker vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Dadurch könnten sowohl qualitativ bessere Leistungen erbracht wie auch Kosten eingespart werden. Eine solche Entwicklung wird sich allerdings kaum dekretieren lassen, vielmehr wird sie mit einem Prozess kulturellen Wandels einhergehen müssen.
- Sollten Kosten und Prämien weiter jährlich mehrere Prozentpunkte zunehmen, erhöht sich die Gefahr, dass bald einmal nicht mehr alle OKP-Leistungen allen

Personen zugänglich gemacht werden können. Es ist daher zum einen notwendig, rasch die vorhandenen Effizienzreserven auszuschöpfen. Zum anderen drängt es sich auf, Gesundheitsförderung und Prävention sehr viel gezielter und systematischer zu betreiben, als dies bisher der Fall war. Allerdings ist hierbei darauf zu achten, dass kosteneffektive Massnahmen eingesetzt und diejenigen Bevölkerungsschichten erreicht werden, bei denen die Massnahmen grosse Wirkungen entfalten können.

Will man die notwendigen Reformen rascher und gezielter umsetzen, so müssen die Rahmenbedingungen eine bessere Steuerbarkeit des Gesundheitswesens ermöglichen. Dabei sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung: Erstens ist zu versuchen, bei Bewahrung der Vorteile die negativen Aspekte des Föderalismus zu minimieren und Instrumente einzuführen, welche die Reformblockademöglichkeiten von Interessengruppen reduzieren. Zweitens gilt es, den Behörden und der Wissenschaft ausreichend Daten über das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, um das vorhandene System analysieren, bestehende Massnahmen evaluieren und auf empirischer Evidenz beruhende Reformvorschläge vorbringen zu können.



Teil VI

# Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik

Iлона Kickbusch, Graduate Institute for International and Development Studies, Genf

Die Kapitel dieses Gesundheitsberichts illustrieren, wie signifikant der Einfluss der wichtigsten Determinanten – sozioökonomischer Status, Bildung, soziale Ressourcen, familiäres und soziales Umfeld – auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist. Die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, von Erwerbstätigen, von Migrantinnen und Migranten sowie von älteren Menschen wird gleichermaßen von diesen Faktoren beeinflusst. Ausserdem zeigen die wichtigsten Volkskrankheiten, ob Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychische Gesundheitsprobleme, durch ihre ungleiche Verteilung in der Bevölkerung die Bedeutung der sozialen Determinanten auf. Das individuelle Gesundheitsverhalten ist stark von diesen Faktoren geprägt. Die Kapitel des Gesundheitsberichts weisen aber auch immer wieder auf die mangelhafte Datenlage in der Schweiz hin. Besonders dann, wenn es gilt zu verstehen, wie sich die Determinanten im Alltag der Menschen, speziell im Alltag von sozial benachteiligten Menschen, bündeln und sich gegenseitig verstärken – und wie sie sich verändern. So sollte beispielsweise das Verständnis für die neuen gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz vertieft werden. Des Weiteren muss mit neuen Ansätzen über Alter und Gesundheit geforscht werden. Zudem ist klar, dass es mehr Forschung zu den salutogenen Faktoren der Gesundheit und den individuellen und sozialen Gesundheitsressourcen braucht – die meisten Untersuchungen sind weiterhin von einem Defizitmodell geprägt. Schliesslich wird es nötig sein, in der Forschung verschiedene Bevölkerungsgruppen aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten. Dies gilt im Besonderen für die schnell anwachsende und sich verändernde Gruppe der älteren Menschen.

Mehrere Autoren plädieren für ein gezieltes und koordiniertes schweizweites Vorgehen in der Datenerhebung zu den wichtigsten Volkskrankheiten und ihrer Verteilung. Ausserdem engagieren sie sich für eine verstärkt geförderte, an den Gesundheitsdeterminanten ausgerichtete Gesundheitsforschung und für eine auf Langzeituntersuchungen angelegte Interventionsforschung. Die Ergebnisse einer solchen Forschung liefern zusammen die Grundlage für kosteneffektive Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie ermöglichen das Abwägen zwischen Strategien der Verhältnis- und Verhaltensprävention, und für eine evidenzbasierte Betrachtung von Gesundheit als Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche.

Ferner können sie Orientierung für die sich entwickelnden Ansätze zur Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche bieten.

Viele der Autoren sprechen sich zudem für eine bereichsübergreifende politische Zielsetzung aus, um die zentralen Gesundheitsdeterminanten nachhaltig beeinflussen zu können. Besonders die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen erfordert eine Verbindung mit der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. Die Autorenschaft verweist aber auch auf die Vielfalt der Gesundheitsinitiativen in der Schweiz, vor allem auf kantonaler und lokaler Ebene. Damit wird die Vielfalt der Akteure für die Gesundheit deutlich. Es gibt mittlerweile auch eine Reihe internationaler Erfahrungen im Hinblick auf die Umsetzung einer intersektoralen Gesundheitspolitik auf verschiedenen Handlungsebenen und in Zusammenarbeit mit zahlreichen gesellschaftlichen Handlungsträgern. Diese Erfahrungen sollten für eine Weiterentwicklung der multisektoralen Gesundheitspolitik in der Schweiz auf ihren Nutzen hin geprüft werden.

## Wissenschaftliche Gesamtsynthese

Die Schweiz nimmt in internationalen Vergleichen zur Gesundheits- und Lebenserwartung seit vielen Jahren einen hohen Rang ein. Wie der «Human Development Report» der Vereinten Nationen zeigt, lässt sich dies insbesondere auf das Zusammenwirken von drei zentralen Faktoren zurückführen: wirtschaftliche Entwicklung, Bildung und Gesundheit. Die Schweiz verfügt damit im internationalen Rahmen über eine vergleichsweise gute Grundlage in Bezug auf die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten und verbindet diese Ausgangslage mit einem gut ausgebauten und qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgungssystem. Dies wurde kürzlich auch in einem gemeinsamen Bericht der WHO und OECD zum Gesundheitssystem der Schweiz bestätigt.

Trotz der hohen Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten liegt bisher noch keine Übersicht über ihren Einfluss auf die Gesundheit bestimmter gesellschaftlicher Gruppen oder auch auf bestimmte Krankheiten in der Schweiz vor. Diese Aufgabe hat sich der hier vorgelegte Gesundheitsbericht gestellt. Dies ist sowohl aus wissenschaftlicher wie auch aus politischer Sicht bedeutsam und erforderlich. Es gilt, die Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit besser zu verstehen, um eine erfolgreiche Politik und wirksame Interventionen zu gestalten. Denn die nicht medizinischen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung überwiegen deutlich. So bestätigt die internationale Forschung, dass die Bemühungen um ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung eindeutig wirksamer sind, wenn sie durch eine Vielzahl von gesellschaftlichen Massnahmen, zum Beispiel am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Konsumwelt, unterstützt werden. Ähnlich wie in der Bildungspolitik beginnt sich ein Verständnis der Gesundheitschancen durchzusetzen, das dem der Bildungschancen ähnlich ist. Dabei wird der Verteilung der Gesundheitschancen besondere Bedeutung zugemessen.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die Schweiz trotz und wegen der hohen Gesundheits- und Lebenserwartung von all jenen Herausforderungen für die Gesundheit betroffen ist, denen sich alle hoch entwickelten Länder gegenübersehen. Die Liste ist wohlbekannt: der demografische Wandel, die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu den chronischen, zum Teil vermeidbaren physischen

und psychischen Erkrankungen, die Ausdifferenzierung und Individualisierung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse, die zunehmenden gesundheitsbezogenen Ungleichheiten, die neuen Bedrohungen durch globale Infektionskrankheiten und Epidemien sowie die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit. Die Schwerpunkte des Berichts wurden entlang dieser grossen Veränderungen gesetzt. Die einzelnen Kapitel verdeutlichen die Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten und bestätigen, soweit Datenmaterial vorhanden ist, viele der internationalen Forschungsergebnisse.

Die Kapitel unter Teil II zeigen, wie sehr die Chancen für ein gesundes Leben auch in einem reichen Land wie der Schweiz durch die wichtigsten Determinanten «Sozioökonomischer Status», «Bildung» und «Soziale Ressourcen» geprägt sind. Auch die schweizerische Forschung bestätigt die internationalen Ergebnisse, dass die physische und psychische Gesundheit in allen Lebensphasen deutlich von einem Zusammenwirken dieser zentralen Faktoren bestimmt wird und insbesondere frühkindliche Entwicklungen den Gesundheitsverlauf während des ganzen Lebens stark prägen. Die Gesundheit zum Lebensanfang und in der Kindheit hängt sehr vom familiären und sozialen Umfeld ab. Sie ist aber auch sehr anfällig für Belastungen durch die physische Umwelt. Die Gesundheitslage von Jugendlichen ist von neuen gesellschaftlichen Entwicklungen und der Veränderung von Verhaltensnormen deutlich geprägt. Diese führen ebenso zu einer Angleichung der Gesundheitsprobleme von Jungen und Mädchen.

Die nähere Betrachtung einzelner erwachsener Bevölkerungsgruppen, wie etwa allein erziehende Eltern, Migrantinnen und Migranten, ältere Erwerbstätige, verdeutlicht ebenfalls, wie sehr der gesellschaftliche Strukturwandel auf ihre Lebens- und Gesundheitslage einwirkt. Zum einen bestätigt sich auch in der Schweiz, welchen herausragenden Einfluss die Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit hat – positiv wie negativ. Die hohen psychischen und physischen Arbeitsanforderungen, der geringe Grad der Einflussnahme auf die eigene Arbeit und die zunehmende Angst um den Arbeitsplatz belasten die Gesundheit. Zum anderen wird deutlich, dass sich der soziale Status, die Integration und die Zusammensetzung dieser Bevölkerungsgruppen stark verändert haben und eine neue Herausforderung für die Gesundheitsforschung darstellen. Manche vereinfachende Kategorisierungen, wie zum Beispiel *die* Alten oder *die* Migrantinnen, greifen auch im Hinblick auf die Gesundheit nicht mehr, denn die Populationsgruppen differenzieren sich in ihrer sozialen Zusammensetzung zunehmend.

In Teil III bestätigt sich, dass auch die wichtigsten Volkskrankheiten, ob Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychische Gesundheitsprobleme, ungleich in der Bevölkerung verteilt sind. Dies gilt ebenso für den in diesem Bericht nicht ausführlich behandelten anwachsenden Problembereich des Übergewichts und der Adipositas. So sind zum Beispiel Kinder aus sozial benachteiligten Schichten häu-



figer übergewichtig oder adipös. Eine Ausnahme des üblichen Musters bildet der Brustkrebs. Hier ist die Verbreitung in den besser gestellten Schichten höher. Viele der chronischen Erkrankungen lassen sich durch Prävention vermeiden. Das individuelle Gesundheitsverhalten ist stark vom Bildungsstand, den Umweltfaktoren sowie von gesellschaftlichen und kulturellen Normen und Erwartungen geprägt. Alter und Geschlecht sind weiterhin relevante Bestimmungsfaktoren. Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen, zum Beispiel der Angleichung von Verhaltensweisen oder Belastungen, präsentieren sich zum einen neue Verteilungsmuster von Krankheiten zwischen den Geschlechtern und zum anderen eine Verschiebung der chronischen Erkrankungen in spätere Lebensphasen. Die Autoren gehen davon aus, dass eine weitere Zunahme chronischer Erkrankungen auch in der Schweiz zu erwarten ist – die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen inbegriffen. Dies entspricht auch den internationalen Entwicklungen.

Es wird in allen Kapiteln darauf hingewiesen, dass nicht nur zahlreiche gesundheitliche Belastungsfaktoren in ihrer Wirkung genauer erforscht werden müssen, sondern dass es auch mehr Forschung zu den salutogenen Faktoren der Gesundheit und den individuellen und sozialen Gesundheitsressourcen braucht. Die meisten Untersuchungen sind weiterhin von einem Defizitmodell geprägt und betonen die Krankheitsvermeidung, weniger aber die Gesundheitsförderung. Auch fehlen in den etablierten Bereichen der Krankheits- und Unfallforschung in der Schweiz mitunter die Daten zu den sozioökonomischen Unterschieden. Im Gegensatz zur Schweiz kann man in Schweden aufgrund langjähriger Forschung beispielsweise die schichtspezifische Verteilung von Verkehrsunfällen eindeutig aufzeigen. Es bleibt weiterhin eine vorrangige Herausforderung für die Gesundheitsforschung, die Beziehungen zwischen den Determinanten klar aufzuzeigen und die Bedeutung der einzelnen Determinanten zu gewichten. In Teil IV wurde der Versuch unternommen, auf die wichtigsten Forschungsergebnisse zu den zentralen Gesundheitsressourcen «Bildung» und «Umwelt» hinzuweisen. Beide Ressourcen sind deutlich ungleich verteilt und beeinflussen so wiederum die Verteilung der Gesundheitschancen.

In Teil V wird die Bedeutung des Gesundheitssystems der Schweiz als wichtige Gesundheitsdeterminante unterstrichen. Dabei zeigt sich, dass es eine noch zu schliessende Lücke zwischen der auf Determinanten ausgerichteten Gesundheitsforschung und der Versorgungsforschung gibt. Zum einen gilt es, die schichtspezifische Nutzung des Gesundheitssystems noch besser zu verstehen, zum anderen ist es wichtig, den Beitrag des Versorgungssystems zur Volksgesundheit noch klarer zu fassen. Angesichts der demografischen Veränderung und der Zunahme der chronischen Erkrankungen wird von einigen Autoren vermutet, dass der Beitrag des Versorgungssystems zur Lebenserwartung gestiegen sei und dieser zu einem unabhängigen Leben mit chronischer Krankheit beisteuere. Diese These bedarf

noch eingehenderer Analysen, als sie derzeit vorliegen, ebenso wie der Beitrag des Versorgungssystems zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Zu den wichtigen Gesundheitsdeterminanten, die in der Forschung und neuerdings auch in der Gesundheitspolitik besonders im Blickfeld stehen, gehören: Einkommen und sozialer Status, soziale Unterstützung und soziale Netzwerke, Bildung und Ausbildung, Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen, soziale Lebensumwelt, physische Lebensumwelt, persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien, gesunde frühkindliche Entwicklung, Geschlecht und kulturelles Umfeld.

Die Forschungsergebnisse zu diesen sozialen Gesundheitsdeterminanten liefern die Grundlage sowohl für Ansätze der Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention als auch für das Thema «Gesundheit» als Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche. Ferner bilden sie einen wichtigen Bestandteil der sich entwickelnden Ansätze zur Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche. Die Kapitel des Gesundheitsberichts verdeutlichen dies in Bezug auf ihre jeweiligen Themenbereiche. Es herrscht in der Forschung inzwischen Konsens darüber, dass nicht nur die strukturellen Faktoren wie Erwerbstätigkeit oder Einkommen zu betrachten sind, sondern verstärkt auch die psycho-sozialen Faktoren und wichtige alltägliche soziale Ressourcen wie Kontrolle, Autonomie und soziales Engagement.

Den vorgelegten Analysen ist gemeinsam, dass sie sich einsetzen für

- ein gezieltes und koordiniertes schweizweites Vorgehen in der Datenerhebung zu den wichtigsten Volkskrankheiten und ihrer Verteilung,
- eine verstärkt geförderte, an den Gesundheitsdeterminanten ausgerichtete Gesundheitsforschung,
- einen Ausbau der Forschung zur Verteilung der Gesundheitschancen und persönlichen und sozialen Gesundheitsressourcen,
- eine Weiterentwicklung der Forschung zur Interaktion von Verhaltens- und Verhältnisprävention,
- eine auf Langzeituntersuchungen angelegte Interventionsforschung.

Ein solches Forschungsprogramm kann nur interdisziplinär bewältigt werden. Diesem Vorgehen stehen die Strukturen im normalen Wissenschaftsbetrieb und in der Wissenschaftsförderung jedoch häufig entgegen. In manchen Ländern wurden deswegen besondere Forschungsprogramme initiiert, die explizit eine breit angelegte Gesundheitsdeterminanten-Forschung an den Schnittstellen verschiedener

Disziplinen anstreben und diese Interdisziplinarität zur Förderbedingung machen. Auch die WHO-Kommission für soziale Gesundheitsdeterminanten empfiehlt die verstärkte Unterstützung solcher Forschungsansätze. Von daher wäre als eines der Ergebnisse dieses Berichts die Einrichtung eines Forschungsprogramms für soziale Gesundheitsdeterminanten in der Schweiz in Betracht zu ziehen.

Die Ergebnisse einer solchen determinantenorientierten Forschung können zusammen die Grundlage für kosteneffektive Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention liefern. Sie ermöglichen das Abwägen zwischen Strategien der Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie eine evidenzbasierte Betrachtung von Gesundheit als Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche. Ferner können sie Orientierung für die sich entwickelnden Ansätze zur Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche bieten.

## Von der Wissenschaft in die Politik

Die Ergebnisse der Gesundheitsforschung, die auf Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet ist, erfordern ein Handeln in mehreren gesellschaftlichen Bereichen. Das wird auch in den Policy-Empfehlungen der vorliegenden Kapitel deutlich. Sie beziehen sich auf eine Vielzahl von Politikbereichen: Konsumentenschutz, Bildungspolitik und Sozialpolitik, um nur einige zu nennen. Sie sprechen die Arbeitsplatzgestaltung ebenso an wie die frühkindliche Förderung. Sie machen Vorschläge zur Ausweitung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger und für ein patientenorientiertes Versorgungssystem. Sie verdeutlichen, dass die Gesundheitsinitiativen, die in der Schweiz bereits lanciert wurden, in den letzten Jahren fühlbar zugenommen haben, und zwar auf kantonaler wie auch auf kommunaler Stude. Auch die Vielfalt der Träger hat sich in den letzten Jahren erweitert. Erwähnung in den Kapiteln finden sehr unterschiedliche Bereiche wie beispielsweise: die gesetzliche Förderung von Turnen und Sport auf Bundes- und kantonaler Ebene, Getränkesteuern und Werbebeschränkungen, die Tabaksteuer, die Arbeitsgesetzgebung (Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern), das Unfallversicherungsgesetz (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten) und die Umweltschutzgesetzgebung (z. B. Festlegung von Grenzwerten).

Schon die «Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung» der WHO stellte 1986 aufgrund der damals vorliegenden Forschungsergebnisse die Interaktion von fünf zentralen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern, die zusammenwirken sollten, in den Mittelpunkt:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensumwelten

- die Partizipation der Bevölkerung an Gesundheitsbelangen
- die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger
- ein auf Prävention ausgerichtetes Gesundheitssystem.

Auch hier zeigt sich deutlich, dass nicht nur an den Staat appelliert wird, sondern auch viele gesellschaftliche Akteure angesprochen sind. Dazu zählen zum Beispiel Schulen, Sportvereine und Altersheime, Ärzte und Versicherungen wie auch Lebensmittelhersteller und Arbeitgeber. Ebenso wird durch die fünf Handlungsbereiche betont, dass die individuelle Eigenverantwortung ihr Pendant durch unterstützende Massnahmen im alltäglichen Lebensumfeld finden muss. Daraus hat sich der Ansatz der «Settings» entwickelt: Dabei werden Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention ins alltäglichen Lebensumfeld – speziell in der Schule und am Arbeitsplatz – integriert. In der Schweiz gibt es in den verschiedenen «Settings» bereits unzählige Projekte, die meist auf sehr lokaler Ebene initiiert wurden.

Das öffentliche und politische Interesse an Gesundheit und Prävention hat in der Schweiz deutlich zugenommen. Dies drückt sich beispielsweise auch in den Volksentscheiden zur Tabakgesetzgebung und im politischen Vorstoss für ein neues Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung aus. Auch wenn viele der Autoren beklagen, dass die Prävention und die Gesundheitsförderung noch nicht stärker in der Politik verankert sind, so hat doch das Bemühen um eine «multisektorale Gesundheitspolitik» auf kantonaler Ebene durchaus zugenommen. Der Grosse Rat des Kantons Aargau hat im Jahr 2005 die *Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl)* verabschiedet. Er strebt damit an, die Schnittstellen zu anderen Politikbereichen aufzuzeigen. Die Stadt Zürich hat einen multisektoralen «Gesunde Städte»-Plan entwickelt, die Stadt Bern einen erfolgreichen Ansatz für gesundheitsförderliche Schulen. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt zahlreiche kantonale Aktionsprogramme, so zum Beispiel das «Aktionsprogramm für ein gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen». Kernelemente des Programms sind die Förderung von Bewegung bei Kindern und Jugendlichen, die Schaffung von sektorenübergreifenden Richtlinien und Regulierungen, die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung. Fünf Kantone (Tessin, Genf, Freiburg, Jura, Wallis) arbeiten an der Weiterentwicklung des Instruments zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health Impact Assessment, HIA). Auf der Ebene des Bundes fehlt jedoch weiterhin eine nationale kohärente Gesundheitspolitik, welche das Thema «Gesundheit» in allen Politikbereichen verankert und es damit erlaubt, auch die Gesundheitsdeterminanten systematischer als bisher in Betracht zu ziehen und Handlungsprioritäten zu setzen.

## Der neue gesundheitspolitische Ansatz

Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» wurde im Jahr 1998 lanciert und fünf Jahre später in den «Ständigen Dialog zwischen Bund und Kantonen für die Nationale Gesundheitspolitik» überführt. Eines der Ziele des «Dialogs» ist die Stärkung des multisektoralen und gesamtheitlichen Verständnisses von Gesundheit. Mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit und des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik» wurden bereits im Jahr 2002 Gesundheitsziele formuliert, die alle Politikbereiche ansprechen. 2004 verabschiedete das Bundesamt für Gesundheit ein «Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik», mit dem andere Bundesämter in ein gemeinsames Vorgehen eingebunden werden sollen. Das Leitbild basiert auf Gesundheitsdeterminanten, die in sieben Handlungsfelder unterteilt wurden:

- Krankheitsbekämpfung und Prävention
- Soziale Sicherheit und Chancengleichheit
- Beschäftigung und Arbeitswelt
- Bildung und Befähigung
- Lebensraum und natürliche Umwelt
- Wohnen und Mobilität
- Lebensmittelsicherheit und Ernährung.

Zu jedem der sieben Handlungsfelder wurden Ziele formuliert und aufgezeigt, welche Sektoren zur Erreichung der Ziele besonders relevant sind. Sie sind jedoch in der schweizerischen Politik noch nicht verankert. Alle nationalen Präventionsprogramme der Schweiz haben aber einen integralen Ansatz zum Ziel und weisen auf die Vielzahl der Handlungsträger hin, die es für eine erfolgreiche Umsetzung braucht. Auch die Programme der Gesundheitsförderung Schweiz, wie zum Beispiel «Gesundes Körpergewicht» und «Betriebliche Gesundheitsförderung», versuchen, integrierte Strategien umzusetzen und zahlreiche Partner einzubinden.

Damit ist der Kern neuerer gesundheitspolitischer Vorgehensweisen schon angesprochen: Durch 1) die Einbindung anderer Politikbereiche, auch durch gemeinsame Zielsetzungen; 2) eine Vielfalt von Handlungsträgern; 3) die Umsetzung auf verschiedenen Ebenen, und 4) durch die Beteiligung der Bevölkerung sollen die Forschungserkenntnisse zu den Gesundheitsdeterminanten umgesetzt werden. Es wird angestrebt, die gesundheitlichen Belastungen zu reduzieren, gesundheitliche Ressourcen zu stärken und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Zwei strategische Ansätze haben sich für eine derartige Vorgehens-

weise herausgebildet: «Gesundheit in allen Politikbereichen» und das «Gesundheitsfördernde Setting». Beide sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

### **Ansatz: «Gesundheit in allen Politikbereichen»**

Das finnische Ministerium für Gesundheit und Soziales hatte das Thema «Gesundheit in allen Politikbereichen» (Health in All Policies, HiAP) zu einem der Schwerpunkte der finnischen EU-Präsidentschaft 2006 gemacht. Seither erfährt dieser Ansatz eine verstärkte Beachtung und wurde auch als zentrale Strategie in der neuen europäischen Gesundheitsstrategie verankert. Kennzeichen einer solchen Strategie sind ressortübergreifende Gesundheitsziele, die auf die Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet sind, sowie neue Koordinations- und Berichterstattungsmechanismen, welche die Zusammenarbeit zwischen den Ressorts fördern und häufig auch andere Partner miteinbinden. Im Rahmen solcher übergreifender Politikansätze werden dann auch spezifische, ressortübergreifende Umsetzungsstrategien für prioritäre Handlungsbereiche entwickelt und meist durch ein spezielles Forschungsprogramm unterstützt. Als Beispiel mag die viel beachtete schwedische Gesundheitspolitik gelten, die nach mehr als fünfjähriger Vorbereitungszeit im Jahr 2003 vom schwedischen Parlament verabschiedet und 2007 erneut bestätigt wurde.

Bei der auf Gesundheitsdeterminanten ausgerichteten Gesundheitspolitik «Health on Equal Terms» stehen die Partizipation der Bevölkerung und die Reduktion von gesundheitsbezogenen Ungleichheiten im Vordergrund. Sie erfordert die gleichwertige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Politikbereichen und nutzt die gesundheitspolitischen Ziele als Ansatzpunkt für den Dialog und das gemeinsame Handeln. Diese Gesundheitspolitik umfasst elf Ziele, die sich auf die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten beziehen und mit messbaren Indikatoren versehen sind:

- Gesellschaftliche Mitwirkung und Mitbestimmung
- Wirtschaftliche und soziale Sicherheit
- Sichere und gesunde Umweltbedingungen für Kinder
- Gesunde Arbeitsbedingungen
- Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
- Gesundheitssystem, das aktive Gesundheitsförderung betreibt
- Effektiver Schutz gegen Infektionskrankheiten
- Sicheres Sexualleben und gute reproduktive Gesundheit

- Mehr körperliche Bewegung
- Gesunde Ernährung und sichere Lebensmittel
- Reduzierter Tabak- und Alkoholkonsum, drogen- und dopingfreie Gesellschaft, Reduzierung der Folgen der Spielsucht.

Als wichtiges Instrument der neuen Gesundheitspolitik wurde 2005 der erste «Schwedische Nationale Bericht zur Gesundheitspolitik» vorgelegt, der vom National Institute of Public Health erstellt wurde. Er beschreibt und evaluiert die Massnahmen, die in allen Politikbereichen unternommen wurden, um die Gesundheit in Schweden positiv zu beeinflussen. Als Beispiel für eine solche sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann der schwedische «Aktionsplan für gesunde Essgewohnheiten und erhöhte körperliche Aktivitäten» genannt werden. Das Papier betont die notwendigen Veränderungen in der Gesellschaft und benennt eine Vielzahl von Handlungsfeldern, zum Beispiel das Arbeitsumfeld, der Wohnbau, die Gesundheitsförderung, die Forschung, der Sport, die Steuern, der Verkehr und die Bildung. Entsprechend werden gemeinsame Strategien entwickelt und umgesetzt. Ein ähnlicher Ansatz wird in der Schweiz mit dem «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» angestrebt, das ebenfalls intersektoral vom Bundesamt für Gesundheit zusammen mit dem Bundesamt für Sport entwickelt wurde. Viele dieser neuen Strategien beschränken sich nicht mehr nur auf staatliches Handeln, sondern sie etablieren auch Plattformen der unterschiedlichen Handlungsträger, um einen Konsens herzustellen und gemeinsame Initiativen zu entwickeln und durchzuführen. Als Beispiel soll die «Ernährungs- und Bewegungsplattform» der Europäischen Union gelten, die Vertreter des öffentlichen Sektors mit den Vertretern der Privatwirtschaft und der nicht staatlichen Organisationen zusammenführt.

Auch Finnland hat in den letzten dreissig Jahren beim Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung beeindruckende Fortschritte gemacht und kürzlich ein neues multisektorales Public-Health-Programm, «Health 2015» genannt, vorgelegt. Auch hier steht die Reduktion der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten im Vordergrund. Weitere Ziele orientieren sich an den Lebensphasen und beinhalten zum Beispiel die soziale Sicherheit für Kinder, den verminderten Tabakkonsum bei Jugendlichen oder die gesteigerte physische, motorische und psychische Gesundheit bei Personen über 75 Jahren. Zwei Beispiele für eine multisektorale Gesundheitspolitik sollen kurz genannt werden:

1. Das Programm «Towards Healthy and Sustainable Transportation» befasst sich mit der Lärmproblematik, der Verkehrssicherheit und der Luftqualität, dem Klimawandel und den Auswirkungen von sozialer Sicherheit auf die mentale Gesundheit. Es wurde unter der Federführung der Ministerien für Verkehr und

Kommunikation, für Umwelt sowie für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit entwickelt.

2. «Maintenance of Work Ability, MWA» ist ein multisektorales Regierungsprogramm, das die Prävention von Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz und die Wiedereingliederung ins Berufsleben als Ziele beschreibt, sodass ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer so lange wie möglich im Arbeitsprozess verbleiben können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich mehrere Instrumente herausgebildet haben, die eine multisektorale Gesundheitspolitik begünstigen und je nach politischem Entscheidungssystem unterschiedlich eingesetzt werden. Besonders von Bedeutung sind gemeinsame Gesundheitsziele, horizontale Komitees mit der Teilnahme verschiedener Ressorts, stabile Partnerschaften zwischen verschiedenen Handlungsträgern, gesetzlich vorgeschriebene formale Konsultationen (z. B. bei Gesetzesentwürfen), Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, transparente Entscheidungsprozesse, ausreichende Ressourcen und Kapazitäten sowie regelmäßige Evaluationen.

### **Ansatz: «Gesundheitsfördernde Settings»**

Einer der erfolgreichsten Ansätze für ein multisektorales Handeln ist die Prävention und Gesundheitsförderung in und durch soziale Räume wie Gemeinden, Nachbarschaften, Betriebe und Schulen. So ist auch der Entwurf eines deutschen Präventionsgesetzes stark auf die Förderung solcher «gesundheitsfördernder Settings» ausgerichtet. Auch in der Schweiz gibt es langjährige Erfahrung mit «Settings»-Projekten. Entwickelt hat sich dieser Ansatz ebenfalls aus den Ansprüchen der «Ottawa-Charta», gesundheitsförderliche Massnahmen vor Ort und unter Beteiligung der betroffenen Menschen durchzuführen.

Ein wichtiger Schritt ist hierbei die übergreifende Verankerung von Gesundheit in der kommunalen Politik. Denn häufig liegt auf dieser politischen Ebene die Verantwortung für Verkehr und Umwelt, die soziale Infrastruktur und das Bildungswesen. Damit verbunden ist oft auch ein Stadtteil bezogener Ansatz, der besonders auf soziale Ungleichheiten und soziale Brennpunkte hin ausgerichtet ist. Auch hier lässt sich auf eine Vielzahl von Projekten für und mit sozial benachteiligten Gruppen hinweisen, die zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit zum Beispiel von Sozial- und Gesundheitsbehörden mit Bildungseinrichtungen, Sportverbänden, Polizei und kirchlichen Trägern geführt haben. Die Thematik kann von der Kinderbetreuung und Wohnungssuche über die Schuldenberatung bis hin zur Drogen- und Suchttherapie, Aids- und Gewaltprävention reichen.



Daraus ergibt sich auf lokaler Ebene eine Hierarchie von drei Planungsebenen, wie sie von Rosenbrock anschaulich dargestellt wird (vgl. Abb. 1). Dieser Ansatz ist insbesondere durch die «Gesunde Städte»-Bewegung der WHO in enger Zusammenarbeit mit Städten aus ganz Europa (Gesunde Städte-Netzwerke) – und später international – entwickelt und verfeinert worden. Die Vorgehensweise beinhaltet ähnliche Schritte wie in der oben dargestellten multisektoralen Politik: gemeinsame Ziele und Prioritätensetzung, ressortübergreifende Zusammenarbeit, Beteiligung der Bevölkerung. Wegen des direkteren Lebensbezugs und der Nähe zum Wohnumfeld auf lokaler Ebene lassen sich jedoch manche Ansätze leichter umsetzen. Auch Initiativen, die sich auf ein Thema konzentrieren – wie derzeit in vielen Schweizer Städten und Gemeinden zum Thema Übergewicht –, können viele Partner zusammenbringen und ein neues Bewusstsein für gesundheitspolitische Massnahmen auf lokaler Ebene fördern.

Besonders weit verbreitet sind Interventionen und Projekte, die den gesünderen Organisationsablauf in Betrieben, Schulen und Krankenhäusern ins Zentrum ihrer Bemühungen stellen. Hier wird vom Ansatz her versucht, eine gemeinsame Analyse der gesundheitlichen Belastungen, aber auch der gesundheitsförderlichen Ressourcen in einer Organisation gemeinsam zu erstellen. Ebenfalls gemeinsam, zum Beispiel zwischen der Schulverwaltung, den Lehrern, Eltern und Schülern, soll daraus folglich ein Programm zur verbesserten betrieblichen Gesundheitsförderung oder zu einer «gesundheitsförderlichen Schule» entwickelt werden. Hierbei ergeben sich wichtige Handlungsansätze für Arbeitgeber, Gewerkschaften, Krankenkassen, kommunale Behörden und Elternverbände. Interventionen und Projekte beinhalten Themen wie der Alkoholkonsum, die betriebliche Verpflegung, wie zum Beispiel gesundes Essen in Kantinen, das Rauchen in der Schule oder am Arbeitsplatz, aber auch Ansätze zur verbesserten betrieblichen Kommunikation, zum Arbeitsablauf, zur Vertrauensbildung und zum sozialen Kapital.

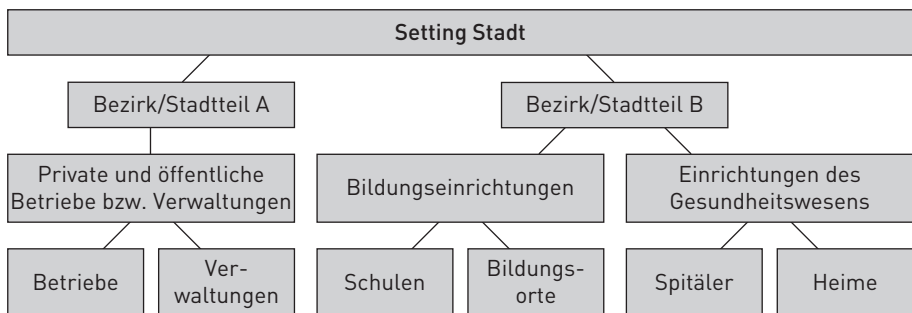


Abb. 1: Drei Planungsebenen im Setting Stadt

Quelle: Rosenbrock R., Michel C., 2007.

Besonders wichtig ist dabei, dass Verhaltensweisen, zum Beispiel das Rauchen im Betrieb, nicht nur thematisiert werden, sondern vor allem auch, dass die Organisation Partizipation alle Beteiligten fördern. Diese Art von Projekten kann inzwischen auf über 20 Jahre Erfahrung zurückblicken. Leider haben sie in der herkömmlichen Gesundheitspolitik noch nicht die Anerkennung und Finanzierung erfahren, dass eine wirklich flächendeckende Umsetzung ermöglicht würde. Auch sind die Arbeitgeber in der Schweiz noch nicht gänzlich von den Vorzügen einer verstärkten betrieblichen Gesundheitsförderung überzeugt.

## Fazit

Die Betrachtung der zahlreichen Vorschläge der vorausgegangenen Kapitel verdeutlicht klar, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse die Bedeutung einer an sozialen Determinanten ausgerichteten intersektoralen Gesundheitspolitik auch für die Schweiz unterstützen. Dies kann jedoch nur durch eine zielgerichtete Prioritätensetzung und ein gesundheitspolitisches Umdenken erreicht werden. Die wichtigsten generellen Faktoren liegen ausserhalb des Gesundheitswesens in der gesamtgesellschaftlichen Politik für Wirtschaftswachstum, sozialen Ausgleich und Armutsbegrenzung. Die multisektorale Politik kann aber auch gezielt ausgleichend eingreifen und durch Chancengleichheit, besonders im Bildungsbereich, auch die Chancen für eine bessere Gesundheit erhöhen. Wichtig für die Gesundheit ist auch eine Politik, welche die soziale Integration, soziale Ressourcen und soziale Netzwerke stärkt; diese kann vornehmlich in Städten und Gemeinden vor Ort umgesetzt werden.

In der Schweiz herrscht eine widersprüchliche Situation. Es besteht eine immer noch sehr unübersichtliche Gesundheitslandschaft: Allein im staatlichen Bereich arbeiten 27 Bundesstellen in sieben Departementen an jeweils unterschiedlichen Gesundheits-Aspekten. Mehrere ausserparlamentarische Kommissionen unterstützen den Bundesrat in Fragen der Gesundheit. Das Bundesamt für Gesundheit listet 18 ständige «Gesprächs-Plattformen» auf, um sich darin mit 22 Bundesämtern oder bundesnahen Institutionen zum Austausch oder zur Koordination zu treffen. Hinzu kommen die föderale Zergliederung der Programme in 26 Kantone und natürlich eine Vielzahl von nicht staatlichen Handlungsträgern. Während dies auf der Programmebene durchaus zu Innovation und willkommener Vielfältigkeit vor Ort führen kann, so verhindert es im Hinblick auf die wichtigsten Determinanten zugleich ein gemeinsames Vorgehen durch verminderte Koordination der Politiken und Akteure auf regionaler und nationaler Ebene.

Lösungsansätze, die dazu beitragen könnten, eine nationale Gesundheitspolitik in der Umsetzung voranzutreiben, wurden bereits von vielen Seiten formuliert. Sie werden nun im Rahmen der Diskussion um ein Gesetz zur Prävention und

Gesundheitsförderung erneut aufgegriffen. Schwerpunkt­mässig sind zwei Punkte hervorzuheben: die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen in der Umsetzung gemeinsam formulierter Gesundheitsziele und die Stärkung der horizontalen und vertikalen Zusammenarbeit der politischen Entscheidungsträger und vielen Bundesstellen. Am wichtigsten ist, dass die politischen Entscheidungsträger die Gesundheitsdeterminanten systematisch in ihre politischen Überlegungen mit einbeziehen. Dazu bedarf es auch eines besseren Austauschs zwischen Wissenschaft und Politik. Dieser Lernprozess kann durch die Etablierung eines kontinuierlichen, strukturierten und partizipativen Prozesses zur Erarbeitung von nationalen Gesundheitszielen angeregt werden. Wie im Entwurf des Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz vorgeschlagen, kann ebenso die Schaffung einer gesamtschweizerisch tätigen Einrichtung für Prävention und Gesundheitsförderung dazu beitragen, die neusten Erkenntnisse der Gesundheitsforschung breit zugänglich zu machen. Die Diskussion um das vorgeschlagene Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung zeigt aber auch, dass in der Schweiz weiterhin noch für ein besseres Verständnis der Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung geworben werden muss. Auch der gemeinsame WHO- und OECD-Bericht hat dies als einen Mangel des Schweizer Gesundheitssystems identifiziert. Die ausführliche Diskussion der Ergebnisse dieses Gesundheitsberichts mit vielen gesellschaftlichen Handlungsträgern kann ein wichtiger Schritt sein auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik.

## Literatur

- Achterman W., Berset C. (2007). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1. Analyse und Perspektiven. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- Agren G. (2003). Sweden's New Public Health Policy: National Public Health Objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health. [www.fhi.se](http://www.fhi.se)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006). Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidgenössischen Departments des Inneren (EDI). Bern: BAG.
- Kickbusch I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rosenbrock R., Michel C. (2007). Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (eds.) (2006). Health in All Policies. Prospects and potentials. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Ergänzende Informationen zum Gesundheitsbericht unter: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Monitoring und Daten > Gesundheitsberichte > Nationaler Gesundheitsbericht



# Glossar

Das Glossar bezieht sich auf folgende Quellen:

Gutzwiller F., Paccaud F. (Hrsg.) (2007). Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Graf von der Schulenburg J.-M., Kielhorn A., Greiner W., Volmer T. (1998). Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Glossar wirkungsorientierter Evaluation (2004). Köln: Univation Institut für Evaluation, Dr. Beywl & Associates GmbH.

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

Kindig D. A. (2007). Understanding population health terminology. *The Milbank Quarterly*, 85/1:139–161.

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Adipositas	Übergewicht, Fettleibigkeit
Alltagskompetenz	Eine Person verfügt über Fertigkeiten, die für die Selbstversorgung notwendig sind und ein Leben in Selbstständigkeit ermöglichen.
Altersspezifisch	Darstellung eines Kriteriums für definierte Altersgruppen
Altersstandardisiert	Beim Vergleich von Bevölkerungen aus unterschiedlichen Regionen sind die unterschiedlichen Altersstrukturen in Bezug auf das Zielkriterium (z. B. auf eine Krankheit) bereinigt.
Armutsgrenze	Die politisch festgelegte Armutsgrenze (absolute Armutsschwelle) beruht in der Regel auf normativen Vorgaben, z. B. durch die SKOS. Die relative Armutsschwelle bezieht sich auf das Wohlstandsniveau einer Gesellschaft und geht meist vom Durchschnitt oder Median des Einkommens aus.
Behinderung	Vorübergehende oder langzeitliche Einschränkung der Fähigkeit einer Person, in der Gesellschaft zu funktionieren.

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Bias	Systematischer Fehler, der zu einer Verzerrung oder Fehleinschätzung eines Ergebnisses führt.
Coping-Strategie	Strategien und Fähigkeiten zur Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen
Determinante	Faktor, Ereignis, Situation, der/das/die eine Veränderung im Gesundheitszustand oder eines anderen beschreibbaren Merkmals bewirkt. Kausaler Risikofaktor, der mit einem gesundheitlichen Problem assoziiert ist.
Determinante der Gesundheitsversorgung	Ein Faktor in der Gesundheitsversorgung, der die Gesundheit beeinflusst, beeinträchtigt oder begünstigt (z. B. Zugang zu Gesundheitsangeboten, deren Quantität und Qualität).
Determinante, soziale	Ein Faktor in der sozialen Umwelt, der die Gesundheit kausal oder indirekt beeinflusst oder beeinträchtigt (z. B. Einkommen, Bildung, soziale Schicht, soziale Unterstützung).
Determinante, strukturelle	Verhältnisse, in denen Menschen aufwachsen, leben und arbeiten, und die einen Einfluss auf die Gesundheit oder ein anderes beschreibbares Merkmal haben.
Determinante der Umwelt	Faktor in der natürlichen oder baulichen Umwelt, der die Gesundheit kausal oder indirekt beeinflusst oder beeinträchtigt (z. B. Luft- und Wasserqualität, Gestaltung von Wohngebieten und Häusern, CO <sub>2</sub> und Feinstaubexposition).
Determinante des Verhaltens	Ein Faktor, der aus individuellem Lebensstil und Gewohnheiten hervorgeht (spontan oder in Reaktion auf Anreize wie z. B. Werbung, soziales Umfeld, Gruppenzwang).
Effizienz	Effizienz ist ein Zustand, bei dem in der Produktion eines Guts keine Produktionsfaktoren verschwendet werden. Dies trifft zu, wenn eine Leistung zu minimalen Kosten erbracht wird oder die Leistungsmenge bei gegebenem Aufwand maximal ist.

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Emission/Immission	Emission ist die von einem Verursacher abgegebene Schadstoffmenge (z. B. Schadstoffausstoss aus einem Verkehrsmittel, Strahlung, Lärm, Licht, Erschütterungen). Immission ist die Einwirkung der Schadstoffe beim Empfänger.
Empowerment	Erwerb von Strategien und Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten.
Evaluation	Evaluation bezeichnet die Summe systematischer Untersuchungen, die empirische, das heisst erfahrungsbasierte Informationen bereitstellen, sodass es möglich wird, den Wert (Güte und Verwendbarkeit) eines Evaluationsgegenstands einzuschätzen.
Evidence-Based-Medizin	Form der ärztlichen Praxis, welche klinische Expertise, die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz über medizinische Massnahmen und individuelle Patientenpräferenzen in der Patientenbetreuung integriert.
Exposition	Bedingungen, Krankheitsursachen und Risikofaktoren, denen bestimmte Personen oder Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind.
Gatekeeping	Beschränkter, direkter Zugang zur Versorgung bei Spezialisten, sondern nur indirekt über den Hausarzt.
Geburtenrate	Zahl der Geburten in einem Jahr dividiert durch die durchschnittliche Bevölkerung im gleichen Gebiet und Jahr, mal 1000.
Gesundheitsförderung	Alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft
Gesundheitsindikatoren	Messgrössen der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und der Lebensbedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen.
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, zuhause, am Arbeitsplatz, im

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
	Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.
Gradient	Abstufung eines Kriteriums, zum Beispiel Bildungsgradient in fünf Abstufungen als Mass für den maximal erreichten Bildungsabschluss (im Gegensatz zur Gegenüberstellung von hoher gegenüber niedriger Bildung)
Healthy-Worker-Effekt	Verzerrung von Ergebnissen in Kohorten- und Querschnittstudien, die dadurch zustande kommt, dass kranke Personen eine geringere Teilnahmerate haben (Selektionseffekt). Am Arbeitsplatz sind zum Beispiel eher gesunde Personen anzutreffen, da für belastende Arbeiten Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko von vorneherein ausgeschlossen wurden.
Illetrismus	Beschreibung der Tatsache, dass Erwachsene zwar eine Landessprache oder die Sprache der Region, in der sie leben, sprechen und die obligatorische Schulzeit absolviert haben (mindestens neun Jahre), aber die Grundkompetenzen Lesen, Schreiben und Rechnen dennoch nur schlecht beherrschen.
Indikator	Faktor, der einen Zustand anzeigt.
Intervention	Massnahme, die auf gezielte Veränderung zum Beispiel eines Zustands oder Verhaltens hinwirkt.
Inzidenz	Anzahl neuer Krankheitsfälle in einem definierten Zeitraum
Inzidenzrate	Zahl der neu auftretenden Fälle in einer definierten Bevölkerung pro Zeiteinheit (meist pro Jahr) bezogen auf die gleiche Bevölkerung (meist pro 1000 oder 100 000)



<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Jahreszeitprävalenz	Häufigkeit eines Ereignisses in einem definierten Zeitraum des Jahres oder einer definierten Jahreszeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe
Kausaler Zusammenhang	Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung
Kohorte	Bevölkerungsgruppe (z. B. Jahrgänge oder Gruppe von Jahrgängen), die durch eine gemeinsame Erfahrung oder Exposition gekennzeichnet ist.
Kohorteneffekt	Grösse zur Beurteilung von Unterschieden zwischen verschiedenen Altersgruppen. Unterschiede zwischen Jungen und Alten sind beispielsweise auf die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Kohorten und nicht nur auf das Lebensalter zurückzuführen.
Kontrollüberzeugung	Subjektive Überzeugung eines Menschen, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen oder die Gesundheit selbst beeinflussen zu können.
Korrelation	Mass zwischen 0 und 1, welche die Stärke eines statistischen Zusammenhangs zwischen zwei oder mehr Variablen erklärt.
Kosten-Effektivitäts-Analyse	Methode zum Vergleich alternativer medizinischer Behandlungsweisen. Dabei werden die Behandlungsergebnisse (Outcomes) in physischen Einheiten gemessen und zu den Kosten in Geldwerten in Beziehung gesetzt.
Kosten-Nutzen-Analyse	Methode zum Vergleich alternativer medizinischer Behandlungsweisen. Dabei werden sowohl die Behandlungsergebnisse (Outcomes, Nutzen) wie auch die Kosten in Geldeinheiten gemessen und zueinander in Beziehung gesetzt.
Lebensqualität	Umfassendes Konstrukt, das ein subjektives oder objektives Urteil reflektiert in Bezug auf alle Aspekte der Existenz eines Individuums, einschliesslich der Gesundheit, wirtschaftlicher, kultureller, politischer und geistiger Aspekte sowie der natürlichen und physischen Umwelt.

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Lebenszeitprävalenz	Häufigkeit eines Ereignisses über die gesamte Lebenszeit hinweg
Letalität	Ursachenspezifische Sterblichkeit
Managed-Care	Angebot von medizinischen Leistungen in einem begrenzten Netzwerk von Leistungserbringern, die für die Betreuung der Versicherten verantwortlich sind und eine qualitätskontrollierte und kosteneffektive Medizin betreiben.
Meta-Analyse	Quantitativ-statistische Zusammenfassung von Ergebnissen mehrerer Primäruntersuchungen zu einem bestimmten Forschungsgebiet
Mobilitätsquote	Anteil mobiler Personen an der Grundgesamtheit
Morbidität	Häufigkeit von Krankheit pro Bevölkerungskollektiv ohne Unterscheidung zwischen Prävalenz und Inzidenz. Jede Form der subjektiven oder objektiven Abweichung vom Zustand des körperlichen oder psychischen Wohlbefindens
Mortalität	Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung (ausgedrückt in einer rohen Todesrate oder in Todesraten, z. B. bezogen auf eine Krankheit oder Alter, Geschlecht) innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit in einer bestimmten Bevölkerung
Multisektorale Gesundheitspolitik	Gesundheitspolitik, bei der verschiedene Politik- und Gesellschaftsbereiche (z. B. Stadtplanung, Bildung, Umwelt) in Bezug auf ein Gesundheitsproblem koordiniert zusammen arbeiten.
Pandemie	Gehäuft und über Kontinente gleichzeitig auftretende Krankheit (zeitlich begrenzt)
Partizipation	Aktive Teilhabemöglichkeit und Teilnahme an einem gesellschaftlichen Geschehen
Policy	Strategischer Handlungs- und Massnahmenplan für eine angestrebte Veränderung. Entscheidung über Umfang und Verteilung von Ressourcen

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Policy-Maker	Institutionen oder Personen, die Policy-Inhalte formulieren oder die Implementierung von Policies in Bezug auf Absichten und Handeln der Politik beeinflussen (z. B. BAG, WHO).
Policy-Strategie	Plan zur Verbesserung der Chancen für die Übernahme und Implementierung einer Policy in Bezug auf Absichten und Handeln der Politik
Prävalenz	Anteil der in der Bevölkerung erkrankten Personen (Punktprävalenz). Die Periodenprävalenz zählt demgegenüber alle Personen, die während einer gewissen Zeiteinheit krank sind (z. B. Wochen- oder Jahresprävalenz).
Prävention	Massnahmen, die auf ein bestimmtes Ziel der Gesunderhaltung gerichtet sind.
Prävention, primär	Gesundheitsfördernde und -erhaltende Massnahmen
Prävention, sekundär	Bei Vorliegen von Risikofaktoren: Gesundheitsfördernde Massnahmen mit dem Ziel, den Ausbruch einer Erkrankung zu vermeiden.
Prävention, tertiär	Bei Vorliegen einer Krankheit Massnahmen mit dem Ziel, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern oder zu verlangsamen oder ein Rezidiv zu vermeiden.
Primärer und sekundärer Wirtschaftssektor	Primärer Wirtschaftssektor: Rohstoffgewinnung (z. B. Landwirtschaft, Forstwirtschaft). Sekundärer Wirtschaftssektor: Fabrizierendes und verarbeitendes Gewerbe
Public-Health-Massnahmen	Aktivitäten, die eine Gesellschaft unternimmt, um gesunde Lebensbedingungen für die Bevölkerung zu schaffen und zu sichern. Diese schliessen organisierte gemeinschaftliche Anstrengungen zur Vermeidung und Identifikation von Gesundheitsrisiken sowie von entsprechenden Gegenmassnahmen ein.
Public Health Policy	Strategischer Handlungs- und Massnahmenplan, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und/oder zu verbessern.

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Ressource	Potenziale eines Individuums wie Bildung, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Stärken, aber auch sozialer Status und Ressourcen der Lebensumwelt, wie zum Beispiel soziale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsfördernd.
Risikofaktor	Umstand der Person oder Umwelt, dessen Vorhandensein mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine bestimmte Krankheit zu erwerben. Ein Risikofaktor muss nicht die kausale Ursache für die Störung sein.
Salutogenese	Zielt auf die Bemühungen «was hält gesund», im Gegensatz zur Frage «was macht krank».
Schweizerische Gesundheitsbefragung	Periodische Stichprobenerhebung, die Informationen über den Gesundheitszustand der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz, über dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse liefert.
Screening	Filteruntersuchung möglichst vieler Personen einer Bevölkerung mit dem Ziel, Hinweise für ein Frühstadium einer bestimmten Krankheit aufzudecken.
Selbstmanagement, betriebliches	Die Arbeitsplatzorganisation, die Arbeitsmethodik, das Zeitmanagement steuernde und der Zielerreichung zuträgliche Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Techniken einer Person
Setting	Rahmenbedingungen in einem sozialen System, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, und aus denen eine Vielzahl relevanter Gesundheitseinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe hervorgeht. Prioritäre Settings für Gesundheitsförderung sind Schulen, Betriebe und Gemeinden.
Soziale Gesundheit	Wohlbefinden und Gesundheit durch psychosoziale Einbindung in eine Gesellschaft
Soziale Integration	Positive Einbindung einer Person in eine Gruppe oder Gesellschaft

<b>Terminus</b>	<b>Beschreibung</b>
Soziale Ungleichheit	Gesellschaftlich geschaffene Ungleichheiten, die zu sozialen Ungerechtigkeiten führen, beispielsweise in der Teilhabe an gesellschaftlichen Grundrechten (z. B. Zugang zu bestmöglicher Bildung, Gesundheitsversorgung).
Soziale Unterstützung	Ideelle oder materielle Unterstützung durch Personen oder Institutionen, die als Ressource zur Bewältigung von (meist psychosozialen) Belastungen und Anforderungen dienen.
Soziales Netzwerk	Netzwerk, das aus Umfang, Struktur und Funktionen der sozialen Beziehungen einer Person besteht.
Sozialkapital	Soziales Kapital bezeichnet die Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, die mit der Teilhabe am Netz sozialer Beziehungen, gegenseitigen Kennens und Anerkennens verbunden sein können. Soziales Kapital bietet für die Individuen einen Zugang zu den Ressourcen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens, wie zum Beispiel Unterstützungs- und Hilfeleistungen, Anerkennung, Wissen und Verbindungen sowie das Finden von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Es produziert und reproduziert sich über Beziehungen und soziale Netzwerke.
Vorsorgeuntersuchung	Untersuchung zur Ermöglichung der Früherkennung einer allfällig vorliegenden Krankheit
Working Poor	Personen, die unter einer definierten Armutsgrenze leben. Diese Personen arbeiten mindestens eine Stunde pro Woche gegen Bezahlung und leben in einem Haushalt mit einem Erwerbsumfang von mindestens einer Vollzeitstelle.



# Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Beschreibung</b>
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel gehen, Treppen steigen (Activities of Daily Living)
BADL	Basisaktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel sitzen, aufstehen, auf die Toiletten gehen (Basic Activities of Daily Living)
BAFU	Bundesamt für Umwelt
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BVET	Bundesamt für Veterinärwesen
CGA	Umfassende geriatrische Untersuchung (Comprehensive Geriatric Assessment)
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CSDH	Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit der WHO (Commission on Social Determinants of Health)
DALY	Kombinierte Masszahl für die durch vorzeitige Sterblichkeit verlorenen und durch Behinderungen eingeschränkten Lebensjahre (Disability-Adjusted Life Years). Ein DALY entspricht einem verlorenen «gesunden» Lebensjahr.
DSM	Kodierung psychiatrischer Erkrankungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)

<b>Abkürzung</b>	<b>Beschreibung</b>
EKAS	Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EKKJ	Eidg. Kommission für Kinder- und Jugendfragen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GMM	Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung
H <sup>+</sup>	Verband der Schweizer Spitäler
HMO	Health Maintenance Organization
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel einkaufen gehen, Haushalt führen (Instrumental Activities of Daily Living)
ICD-Code	Kode zur Kennzeichnung einer Krankheitsdiagnose oder Todesursache aus der internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Disease)
IV-Statistik	Statistik des Bundesamts für Sozialversicherungen zu den Renten und übrigen Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung
KIQ	Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (im stationären Gesundheitsbereich)
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MWA	Schwedisches Programm zur Prävention von Gesundheitsproblemen älterer Arbeitnehmer am Arbeitsplatz (Maintenance of Work Ability)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SAPALDIA	Schweizerische Kohortenstudie mit Erwachsenen. Ziel ist es, die Prävalenz von respiratorischen und allergischen Symptomen zu



---

**Abkürzung**   **Beschreibung**


---

	<p>erfassen und zu untersuchen, wie weit regionale Unterschiede in diesen Prävalenzen durch Unterschiede in der Luftschadstoffbelastung erklärt werden können. (Swiss Cohort Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults)</p>
SCARPOL	Schweizer Querschnittuntersuchung von Schulkindern bezüglich Prävalenz von Atemwegserkrankungen und Allergien in zehn unterschiedlich schadstoffbelasteten Orten der Schweiz. Ziel: Erfassung von Zeittrends in der Häufigkeit dieser Krankheiten. (Swiss Surveillance Program of Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with respect to Air Pollution and Climate)
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
SHP	Schweizer Haushaltspanel
SILC	Eine von der EU (Eurostat) koordinierte Datenerhebung, die in das Schweizer Haushaltspanel integriert wurde («Statistics on Income and Living Conditions»)
SKOS	Schweizerische Kommission für Sozialhilfe
SNC	Swiss National Cohort
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UVG	Unfallversicherungsgesetz
WHO	World Health Organization
YLD	Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung (Years of Life lived with Disability)



# Autorenverzeichnis

Andreani Tania, lic. phil.  
 Bundesamt für Statistik (BFS)  
 Sektion Gesundheit  
 2010 Neuenburg  
 tania.andreani@bfs.admin.ch

Arnold Marcel, PD Dr. med.  
 Neurologische Klinik und Poliklinik  
 Inselspital  
 3010 Bern  
 marcel.arnold@insel.ch

Baer Niklas, Dr. phil.  
 Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland  
 Bienentalstrasse 7  
 4410 Liestal  
 niklas.baer@kpd.ch

Braun Charlotte, Prof. Dr. med.  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
 Universität Basel  
 Steinengraben 49  
 4051 Basel  
 c.braun@unibas.ch

Burton-Jeangros Claudine, Dr. phil.  
 Fakultät für Soziologie  
 Universität Genf  
 40, bd. du Pont d'Arve  
 1211 Genève 4  
 claudine.jeangros@unige.ch

Cahn Theodor, Dr. med.  
 ehem. Kantonale Psychiatrische Dienste  
 Baselland

Bienentalstrasse 7  
 4410 Liestal  
 theodor.cahn@kpd.ch

Camenzind Paul, lic. rer. pol., dipl. stat.  
 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
 10, Espace de l'Europe  
 2010 Neuenburg  
 paul.camenzind@bfs.admin.ch

Dratva Julia, Dr. med., MPH  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
 Universität Basel  
 Steinengraben 49  
 4051 Basel  
 julia.dratva@unibas.ch

Efionayi-Mäder Denise, lic. soc., dipl. pol.  
 Swiss Forum for Migration and Population  
 Studies  
 2, rue St. Honoré  
 2000 Neuenburg  
 denise.efionayi@unine.ch

Engelhardt Karin, Dr. phil., MPH  
 Institut für Medizinische Informationsver-  
 arbeitung, Biometrie und  
 Epidemiologie  
 Ludwig-Maximilians-Universität  
 Marchioninistrasse 15  
 D-81377 München  
 engelhardt-karin@web.de

Höpflinger Francois, Prof. Dr. phil.  
 Soziologisches Institut  
 Universität Zürich  
 Andreasstrasse 15  
 8050 Zürich-Oerlikon  
 hoepflinger@bluewin.ch

Jaccard Ruedin Hélène, Dr. med., MPH  
 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
 10, Espace de l'Europe  
 2010 Neuchâtel  
 helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch

Junker Christoph, Dr. med., MSc.  
 Bundesamt für Statistik (BFS)  
 Sektion Gesundheit  
 2010 Neuenburg  
 christoph.junker@bfs.admin.ch

Kickbusch Ilona, Prof. Dr. rer. pol.  
 Graduate Institute of International and Deve-  
 lopment Studies  
 132, rue de Lausanne  
 1211 Genève  
 kickbusch@bluewin.ch

Kopp Maja, dipl. biol.  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
 Universität Basel  
 Steinengraben 49  
 4051 Basel  
 maja.kopp@bluewin.ch

Lamprecht Markus, Dr. phil.  
 Lamprecht & Stamm Sozialforschung und  
 Beratung AG  
 Forchstrasse 212  
 8032 Zürich  
 info@lssfb.ch

Mattle Heinrich, Prof. Dr. med.  
 Neurologische Klinik und Poliklinik  
 Inselspital  
 3010 Bern  
 heinrich.mattle@insel.ch

Meister André, lic. rer. pol.  
 Novo Business Consultants AG  
 Stadtbachstrasse 65  
 3012 Bern

Meyer Katharina, PD Dr. sportwiss., MPH  
 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
 & Medizin. Fakultät, Universität Bern  
 10, Espace de l'Europe  
 2010 Neuenburg  
 katharina.meyer@bfs.admin.ch

Michaud Pierre-André, Prof. Dr. med.  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
 Universität Lausanne  
 19, rue Dr. César-Roux  
 1005 Lausanne  
 pierre-andre.michaud@chuv.ch

Nedeltchev Krassen, PD Dr. med.  
 Neurologische Klinik und Poliklinik  
 Inselspital  
 3010 Bern  
 krassen.nedeltchev@insel.ch

Niemann Steffen, M.A.  
 Beratungsstelle für Unfallverhütung  
 Hodlerstrasse 5a  
 3011 Bern  
 s.niemann@bfu.ch

Ospelt-Niepelt Ruth, lic. oec.  
 Kickbusch Health Consult  
 Postfach 434  
 3855 Brienz  
 ospelt@yahoo.com

Probst-Hensch Nicole, Prof. Dr. phil. II,  
 MPH  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
 Abt. Chronic Disease Epidemiology/NICER  
 Universität Zürich  
 Sumatrastrasse 30  
 8006 Zürich  
 nicole.probst@ifspm.uzh.ch

Rinaldi Jean-Marc, MPA  
Universität Genf, Rektorat  
24, rue du Général-Dufour  
1211 Genève 4  
jean-marc.rinaldi@rectorat.unige.ch

Rossel Raymond, lic. oec.  
Bundesamt für Statistik (BFS)  
Sektion Gesundheit  
2010 Neuenburg  
raymond.rossel@bfs.admin.ch

Schmidlin Kurt, Dr. med. dent., MPH  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Bern  
Finkenhübelweg 11  
3012 Bern  
kschmidlin@ispm.unibe.ch

Seematter Laurence, Dr. med.  
Universitätsspital (CHUV)  
46, rue du Bugnon  
1011 Lausanne  
laurence.seematter-bagnoud@chuv.ch

Simmet Anja  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
10, Espace de l'Europe  
2010 Neuenburg  
anjasimmet@gmx.de

Spörri Adrian, lic. phil., MPH  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Bern  
Finkenhübelweg 11  
3012 Bern  
spoerri@ispm.unibe.ch

Spycher Stefan, Dr. rer. pol.  
Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Direktionsbereich Gesundheitspolitik  
3003 Bern  
stefan.spycher@bag.admin.ch

Stamm Hans-Peter, Dr. phil.  
Lamprecht & Stamm Sozialforschung und  
Beratung AG  
Forchstrasse 212  
8032 Zürich  
info@lssfb.ch

Steffen Robert, Prof. Dr. med.  
Abt. Epidemiologie und Prävention übertrag-  
barer Krankheiten  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der  
Universität Zürich  
Hirschengraben 84  
8001 Zürich  
roste@ifspm.uzh.ch

Stürchler Dieter, Prof. Dr. med.  
Stürchler Epidemiologics  
St. Pantaleonstrasse 43  
4413 Büren  
d.stuerchler@unibas.ch

Suris-Granell Joan-Carlos, Dr. med.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Universität Lausanne  
19, rue Dr. César-Roux  
1005 Lausanne  
joan-carles.suris@hospvd.ch

von Elm Erik, Dr. med., MSc.  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Bern  
Finkenhübelweg 11  
3012 Bern  
vonelm@ispm.unibe.ch

von Greyerz Salome, Dr. pharm., MAE  
Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Abt. Multisektorale Projekte  
3003 Bern  
salome.vogreyerz@bag.admin.ch

Weiss Joseph A., Dr. sc. techn.  
Ressort Grundlagen Arbeit und Gesundheit  
Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)  
Stauffacherstrasse 101  
8004 Zürich  
joseph.weiss@seco.admin.ch

Weiss Walter, Dr. phil.  
BP 636 Scala  
44104 Essaouira  
Marocco  
walter.weiss212@yahoo.fr

Wiedenmayer Gabriele, Dr. rer. pol.  
Bundesamt für Statistik (BFS)  
Sektion Gesundheit  
2010 Neuenburg  
gabriele.wiedenmayer@bfs.admin.ch

Wyssmüller Chantal, dipl. geogr.  
Swiss Forum for Migration and Population  
Studies  
2, rue St. Honoré  
2000 Neuenburg  
chantal.wyssmuller@unine.ch

Zemp Elisabeth, PD Dr. med., MPH  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Basel  
Steinengraben 49  
4051 Basel  
elisabeth.zemp@unibas.ch

Zwahlen Marcel, Dr. phil  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Bern  
Finkenhübelweg 11  
3012 Bern  
zwahlen@ispm.unibe.ch