



edition obsan

Dritter Berner Gesundheitsbericht



Ergebnisse aus verschiedenen
gesundheitsrelevanten Datenbanken

Herausgeber:
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Im Auftrag der Gesundheits- und
Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Autorinnen und Autoren:

- Claudia König, Markus Lamprecht und Hanspeter Stamm, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich
- Marc Bühlmann, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern und Fritz Sager, Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
- Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker, Institut für Psychologie, Universität Bern
- Nicole Bachmann, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und Daniel Zahnd, Bundesamt für Gesundheit

Steuerungsgruppe:

- Dominik Schorr, Kantonsarzt, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Johann Christoffel, Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Luzern
- Gian Antonio Paravicini, Amt für Statistik des Kt. Luzern
- Hanspeter Vogler, Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern
- Nicole Bachmann, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Amt für wissenschaftliche Auswertungen
- Gaudenz Bachmann, Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen, Gesundheitsvorsorge
- Thomas Steffen, Gesundheitsdienste Basel-Stadt, Gesundheitsförderung und Prävention

Koordination:

Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb, Maik Roth, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Weitere Informationen:

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Abteilung für wissenschaftliche Auswertung
Rathausgasse 1, 3011 Bern
Tel. 031/633 79 51, Fax 031/633 79 53
Mail: info.awa.gs@gef.be.ch

Weitere Informationen zu den kantonalen Daten:

Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Standardtabellen Kantone, www.statistik.admin.ch

Herausgeber:

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Dritter Berner Gesundheitsbericht. Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Ergebnisse aus verschiedenen gesundheitsrelevanten Datenbanken.
Edition Obsan
ISBN 3-907872-22-3

© 2005 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, www.obsan.ch

Umschlag: Ritz & Häfliger Visuelle Gestaltung, www.ritz-haefliiger.ch

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	2.4 Sterblichkeit und Todesursachen	40
Zusammenfassung	5	2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Bern	41
1 Einleitung	9	2.4.2 Ausgewählte Todesursachen	42
1.1 Zielsetzung	9	2.4.3 Ergebnisübersicht	44
1.2 Datengrundlage	10	2.5 Zusammenfassung	45
1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen	11	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	48
1.4 Der Kanton Bern als gesundheitsrelevanter Kontext	13	3.1 Gesundheitsbewusstsein	48
1.4.1 Kultureller Kontext	13	3.2 Körperliche Aktivität	49
1.4.2 Soziostruktureller und –demographischer Kontext	14	3.3 Bewusste Ernährung	52
1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen	15	3.3.1 Ernährungsbewusstsein	54
2 Gesundheitszustand	17	3.3.2 Ernährungsgewohnheiten	54
2.1 Körperliche Gesundheit	17	3.4 Medikamentengebrauch	54
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	19	3.5 Tabakkonsum	56
2.1.2 Körperliche Beschwerden	22	3.6 Alkoholkonsum	59
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	25	3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen	62
2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten	26	3.7.1 Cannabiskonsum	62
2.1.5 Unfälle	30	3.8 Konsum harter Drogen	64
2.1.6 Schwindel und Stürze	31	3.9 Zusammenfassung	65
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben	32	4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt	67
2.2 Psychische Gesundheit	33	4.1 Belastungen im Wohnbereich	67
2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit	33	4.2 Belastungen am Arbeitsplatz	69
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden	34	4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit	73
2.2.3 Schlafqualität	35	4.4 Angst vor Gewalt	76
2.2.4 Lebensbewältigung	37	4.5 Zusammenfassung	78
2.3 Soziales Wohlbefinden	39		
2.3.1 Einsamkeitsgefühl	39		

5	Zusammenhangsanalysen	80	7.5	Proportionale Anteile der wichtigsten Spitaleinweisungsgründe im Lebensverlauf	116
5.1	Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit	80	7.5.1	Analyse der Anzahl Hospitalisationen	116
5.2	Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen	85	7.5.2	Analyse der Anzahl Pflgetage	117
5.3	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	89	7.6	Zusammenfassung	120
5.4	Zusammenfassung	93	8	Literatur	121
6	Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher von 11 bis 20 Jahren: ausgewählte Resultate aus den Studien HBSC und SMASH	94	9	Anhang	126
6.1	Studien zur Gesundheit der Jugendlichen von 11 bis 20 Jahren	94	9.1	Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung	126
6.2	Befindlichkeit, Ernährung und körperliche Aktivität	94	9.1.1	Beschreibung der Stichprobe	126
6.3	Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – ein wachsendes Gesundheitsrisiko	98	9.1.2	Datenerhebung	126
6.4	Konsum von Medikamenten, Tabak, Alkohol und Cannabis	100	9.1.3	Gewichtungsverfahren	127
6.5	Soziales Umfeld	103	9.1.4	Auswertungsverfahren	127
6.6	Zusammenfassung	105	9.2	Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen	128
7	Spitalbehandlungen der Bevölkerung des Kantons Bern. Eine Analyse, basierend auf der Medizinischen Statistik BFS	107	9.3	Anhang zu Kapitel 6: Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher von 11 bis 20 Jahren	129
7.1	Einleitung	107	9.3.1	Stichprobenziehung und Repräsentativität	129
7.2	Die Spitallandschaft im Kanton Bern in aller Kürze	108	9.4	Anhang zu Kapitel 7: Spitalbehandlungen der Bevölkerung des Kantons Bern	130
7.3	Die Berner Bevölkerung im Spital	110	9.4.1	Stichworte zur Methodik	130
7.4	Analyse der wichtigsten Hospitalisationsgründe	112	9.4.2	Kurzbeschreibung des CCS-Systems	131
7.4.1	Diagnosekapitel: Herz-Kreislauf-System	112	9.4.3	Berechnung der Prävalenzraten	131
7.4.2	Diagnosekapitel: Neubildungen (Krebskrankheiten)	113			
7.4.3	Diagnosekapitel: Verletzungen, Verbrennungen, Vergiftungen	114			

Autorinnen und Autoren:

Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich): Kap. 1.3 / 2 (ohne 2.4) / 3 / 4 / 5

Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Gesundheitsobservatorium): Kap. 1.1, 1.2

Marc Bühlmann, Fritz Sager (Büro Vatter, Bern): Kap. 1.4

Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Gesundheitsobservatorium): Kap. 2.4

Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker (Institut für Psychologie, Universität Bern) und die Forschenden der Studien «SMASH 2002» und «HBSC 2002»: Kap. 6

Nicole Bachmann (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern), Daniel Zahnd (Bundesamt für Gesundheit): Kap. 7

Vorwort

Vorwort des Gesundheits- und Fürsorgedirektors

Mit dem kantonalen Gesundheitsbericht wird alle fünf Jahre den Bernerinnen und Bernern gewissermassen der Puls gemessen. Wie gesund sind unsere Kinder und Jugendlichen, die erwachsenen Frauen und Männer und die Betagten? Ernähren sie sich gesund? Wissen die Älteren wie hoch ihr Blutdruck ist? Ist der Anteil der Personen, die sich vor Gewalttaten fürchten, gewachsen? Gibt es Bevölkerungsgruppen, die eine besonders schlechte Gesundheit aufweisen?

Die im Bericht enthaltenen Informationen sind umso wertvoller, da wir damit auch Wissen über die gesunden Personen erhalten. Wie sich diese heute verhalten, unter welchen Belastungen sie leiden und wie sie mit diesen umgehen, entscheidet grösstenteils darüber, wie gesund die Berner Bevölkerung in Zukunft sein wird.

Dieser Bericht stellt deshalb eine wichtige Quelle für gesundheitspolitische Entscheidungen dar:

- Was sind die wichtigsten gesundheitlichen Probleme der Gegenwart?
- Wie müssen heute die Weichen gestellt werden, damit morgen keine massiven Probleme auf uns zukommen (Stichwort: Übergewicht)?
- Wo sollen in Zeiten der Finanzknappheit die Mittel für Prävention eingesetzt werden, damit die Gesundheit der Bevölkerung am meisten davon profitiert?

Der Dritte Berner Gesundheitsbericht zeigt einige erfreuliche Ergebnisse. So ist beispielsweise die Sterblichkeit in den letzten 20 Jahren bei allen Altersgruppen deutlich zurückgegangen oder gehen die meisten Erwachsenen im Kanton Bern massvoll mit gesundheitsgefährdenden Substanzen um.

Allerdings zeichnen sich im Bericht aber auch deutlich einige grosse Herausforderungen der Zukunft ab.

Stichwort Übergewicht: Schon heute sind knapp die Hälfte der erwachsenen Berner Männer übergewichtig. Bei den Kindern und Jugendlichen nimmt der Anteil der Normalgewichtigen immer mehr ab, was auch darauf zurückzuführen ist, dass sich die Schüler ungesund ernähren und gleichzeitig immer weniger Bewegung haben.

Stichwort Rauchen und Alkoholmissbrauch im Schulalter: Rauchen und Alkoholkonsum sind in der heutigen Berner Schüलगeneration allzustark verbreitet. Sollte diese Altersgruppe ihren Lebensstil beibehalten, droht eine Zunahme insbesondere bei den Frauen von chronischen Krankheiten (z.B. Herz- Kreislauferkrankungen) und damit verbundene frühzeitige Todesfälle.

Stichwort psychische Gesundheit: Die Tatsache, dass die Suizidrate der Berner Männer speziell hoch ist, etwa ein Fünftel der Pfl egetage in der stationären Spitalpflege zur Behandlung von psychisch Kranken aufgewendet werden muss und ein beträchtlicher Teil der weiblichen Jugendlichen, Hilfe wegen Stress und emotionalen Problemen braucht, lässt aufhorchen.

Die Verantwortung für eine körperlich gesunde, leistungsfähige und psychisch ausgeglichene Berner Bevölkerung der Zukunft liegt nicht nur bei den einzelnen Personen, sondern auch bei Eltern, Schulbehörden, Arbeitgebern und bei den politisch Verantwortlichen in Gemeinden, Kanton und Bund.

Es stimmt mich deshalb hoffnungsvoll, dass der Berner Grosse Rat kürzlich einige wegweisende Entscheidungen zum Schutz der Jugendlichen vor den schädlichen Folgen des Rauchens getroffen hat.

Samuel Bhend
Regierungsrat

Zusammenfassung

Gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sind nur möglich, wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren bekannt sind. Im vorliegenden Bericht werden aus dem Blickwinkel des Kantons Bern für verschiedene Bevölkerungsgruppen Gesundheitsprobleme identifiziert, gesundheitsförderndes und –schädigendes Verhalten aufgezeigt, gesundheitliche Belastungen im Wohn- und Arbeitsumfeld beschrieben und die Häufigkeit von Spitalbehandlungen abgebildet. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons Bern unter Beizug verschiedener Autorinnen und Autoren erstellt.

Unterschiedliche Gesundheit von Frauen und Männern

Den grössten Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben das Geschlecht und das Alter. Männer fühlen sich allgemein besser als Frauen und leiden nur halb so oft an Beschwerden wie Schwächegefühl, starke Schlafstörungen oder Kopf- und Rückenschmerzen; Beschwerden, welche auf psychosoziale Belastungen und Stress hinweisen. Gleichzeitig zeichnen sich Männer hinsichtlich Risikofaktoren für chronische Krankheiten durch erhöhte Cholesterinwerte und vermehrtes Übergewicht aus. Die Analyse der Spitalbehandlungen der Berner Bevölkerung zeigen denn auch, dass Herz-, Kreislauferkrankungen bei den Männern früher im Lebensverlauf zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen führen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Bern genauso wie in der Schweiz insgesamt. Nicht nur körperlich auch psychisch fühlen sich Männer besser als Frauen. Sie erfreuen sich häufiger eines sehr hohen psychischen Wohlbefindens (Freude am Leben, positive und optimistische Lebenseinstellung), leiden weniger unter Schlafproblemen und weisen häufiger als Frauen die Überzeugung auf, das Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können (hohe Kontrollüberzeugung).

Grössere Abweichungen vom Schweizer Durchschnitt lassen sich nur bei wenigen Indikatoren feststellen. Im Kanton Bern ist der Anteil über 65-jähriger Frauen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem etwas höher als in der Schweiz insgesamt und die 35–49-jährigen

Bernerinnen erfreuen sich eines überdurchschnittlich hohen psychischen Wohlbefindens.

Bildung, Haushaltseinkommen und Nationalität beeinflussen den Gesundheitszustand

Neben Alter und Geschlecht beeinflussen Bildung und Haushaltseinkommen wesentlich die Gesundheit. Grundsätzlich kann für den Kanton Bern wie auch für die Schweiz der folgende Zusammenhang aufgezeigt werden: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser fühlt sich eine Person und zwar sowohl körperlich als auch psychisch. Obwohl die meisten Ergebnisse für den Kanton Bern ähnlich wie die Gesamtschweizer Resultate ausfallen, gibt es hier einen bemerkenswerten Unterschied: Es ist auffallend, dass im Kanton Bern vergleichsweise viele Bewohnerinnen und Bewohner – insbesondere Personen mit Tertiärbildung und einem hohen Haushaltseinkommen – ihre Cholesterinwerte nicht kennen. Weiter ist bemerkenswert, dass im Vergleich zur Gesamtschweiz die psychische Gesundheit in den höheren sozialen Lagen nicht linear zunimmt. Die höchsten Anteile Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit, ohne Schlafprobleme und mit einer hohen Kontrollüberzeugung finden wir im Kanton Bern bei Personen mit Bildung auf Sekundarstufe II sowie einem Haushaltsäquivalenzeinkommen zwischen CHF 4500 und 5999.

Das gesundheitliche Wohlbefinden ist letztlich auch von der Nationalität abhängig: Ausländerinnen und Ausländer sind häufiger sozial schlecht gestellt, einer gesundheitsgefährdenden Umgebung ausgesetzt (bei der Arbeit oder im Wohnumfeld) oder auch in Sorge ihre Arbeitsstelle zu verlieren. Dies gilt im Kanton Bern gleichermaßen wie in der Schweiz insgesamt.

Rückgang der Sterblichkeit im Kanton Bern in den letzten 20 Jahren

In den letzten 20 Jahren weist die Sterblichkeit im Kanton Bern wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf. Die Berner Sterberate liegt dabei tendenziell über dem Schweizer Durchschnitt aber unter der Rate der Region Espace

Mittelland. Die häufigsten Todesursachen schweizweit sowie im Kanton Bern sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten, wobei die Anzahl Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten für Bern zwischen 1995 und 2001 vergleichsweise hoch ist. Die Todesfälle durch Krebsleiden sowie durch Unfälle, Gewalttaten und Suizide sind in präventivmedizinischer Hinsicht besonders bedeutsam, beeinträchtigen sie doch am stärksten die Lebenserwartung der Menschen. Tödliche Krebsleiden traten im Kanton Bern im Beobachtungszeitraum seltener auf als in der Gesamtschweiz. Bei Berner Männern fallen die verglichen mit der Schweiz höhere Suizidrate sowie die häufigeren Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf.

Positives Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Bernerinnen und Berner

Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen – insbesondere beim Bewegungsverhalten und beim Ernährungsbewusstsein – bestehen gewisse Unterschiede zwischen dem Kanton Bern und der Gesamtschweiz. Beim Bewegungsverhalten fällt primär auf, dass im Kanton Bern ein grösserer Anteil der Bevölkerung regelmässig sportlich aktiv ist. Dies trifft insbesondere auf die 15–49-jährigen Bernerinnen und Berner zu. Zudem legt die Berner Bevölkerung häufiger Wegstrecken sei es zur Arbeit oder zum Einkaufen etc. zu Fuss oder mit dem Velo zurück und auch bei der Arbeit kommen sie etwas häufiger ins Schwitzen als der Schweizer Durchschnitt. Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Bern achten des weitern im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt häufiger auf eine gesunde Ernährung. Dies gilt insbesondere für Personen mit einem Tertiärbildungsabschluss und einen hohen Haushaltseinkommen.

Übergewicht und Adipositas sind bei den Bernerinnen und Berner ebenso ein Thema wie bei der Schweizer Bevölkerung insgesamt. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas. Dabei ist der Anteil Männer mit Übergewicht in allen Altersgruppen deutlich höher als bei den Frauen. Die 50–64-jährigen Berner weisen dabei verglichen mit den Schweizern einen besonders hohen Anteil Personen mit Übergewicht auf. In dieser Altersgruppe sind zwei von drei Bernern von einem erhöhten Körpergewicht betroffen.

Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wohn- und Arbeitssituation

Generell müssen Ausländerinnen und Ausländer mit mehr Immissionen in ihrem Wohnumfeld leben und sind mit ihrer Wohnsituation auch weniger zufrieden als

Schweizerinnen und Schweizer. Dasselbe gilt auch für Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen. Werden die einzelnen Störquellen wie Verkehrslärm, Lärm fremder Personen oder Abgase verglichen, so zeigt sich, dass die Bernerinnen und Berner in ihrem Wohnraum etwas weniger belastet sind, bezüglich ihrer Wohnzufriedenheit entsprechen die Bernerinnen und Berner allerdings dem Schweizer Durchschnitt.

Bei der Arbeitssituation sieht es dagegen umgekehrt aus. Obwohl die Erwerbstätigen im Kanton Bern von mehr Immissionen am Arbeitsplatz betroffen sind, empfinden sie ihre Arbeitssituation als etwas zufriedenstellender als die berufstätigen Schweizerinnen und Schweizer insgesamt. Weiter zeigt sich, dass Angst vor der Kündigung mit schlechtem psychischem und physischem Wohlbefinden einhergeht. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch, wenn befürchtet wird, keine vergleichbare Stelle mehr zu finden. Im Kanton Bern ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust vergleichsweise tief.

Angst beeinträchtigt das Wohlbefinden

Mit Ängsten zu leben, ist der Gesundheit abträglich. Dies zeigt sich beispielsweise im Zusammenhang mit Gewalttaten. Je mehr eine Person damit rechnet, in den nächsten zwölf Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden, desto schlechter ist ihre psychische Ausgeglichenheit. Im Kanton Bern ist diese Angst etwas weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz. Allgemein erweist sich die Angst, Opfer zu werden, bei Personen ausländischer Nationalität als besonders hoch.

Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft

Die Gesundheit der Jugendlichen hat sich in unserer pluralistischen Leistungs- und Konsumgesellschaft in verschiedenen Bereichen verschlechtert: Essgewohnheiten werden zunehmend chaotisch, für körperliche Aktivität bleibt keine Zeit, die Energiebalance gerät aus dem Gleichgewicht; Übergewicht aber auch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und ein problematisches Essverhalten sind immer weiter verbreitet. Der Suchtmittelkonsum hat in den letzten 10 Jahren stark zugenommen (Tabak, Alkohol und Cannabis). In verschiedenen Problembereichen wie Tabakkonsum, Unfälle oder Depressivität sind Lehrlinge stärker gesundheitlich belastet als Schülerinnen und Schüler. Auf der anderen Seite geben verlässliche, vertrauensvolle Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen (Eltern, Lehrpersonen, Ausbildner etc.) Orientierungshilfe und Sicherheit und wirken als gesundheitlicher Schutzfaktor.

Im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Resultaten gibt es für den Kanton Bern einige positive Befunde: Mehr 16- bis 20-jährige Befragte beurteilen die Beziehung zu ihren Lehrpersonen positiv, und es berichten weniger von ihnen über Depressivität und Stress. Bei den 11- bis 16-jährigen Befragten geben etwas weniger Mädchen an, regelmässig zu rauchen. Diese Befunde scheinen für die Fortsetzung der Anstrengungen in der schulischen Gesundheitsförderung im Kanton Bern ermutigend.

*Jede siebte Bewohner des Kantons Bern
in Spitalbehandlung*

Im Verlauf des Jahres 2002 mussten sich rund 141'000 Bernerinnen und Berner mindestens einmal einer stationären oder teilstationären Spitalbehandlung unterziehen. Die wichtigsten Ursachen, die zu einer Spitaleinweisung führen, sind einerseits vom Lebenszyklus, aber auch vom Geschlecht abhängig. So gehen bei den Frauen zwischen 25 und 35 Jahren die meisten Spitalbehandlungen auf das Konto von gesunden Schwangerschaften und Geburten. Das Risiko, eine Spitalbehandlung zu benötigen, steigt bei Männern und Frauen ab 60 Jahren stark an. Dafür sind insbesondere Herz-/Kreislaufkrankungen verantwortlich. Betrachtet man anstelle der Fallzahlen die Pflage tage, resp. die Dauer, welche die Bevölkerung im Spital verbringen muss, werden die psychischen Probleme zum wichtigsten Gesundheitsproblem der unter 60-jährigen Personen.

1 Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung im weiteren Sinne ist ein zentraler Aufgabenbereich der kantonalen und gesamtschweizerischen Politiken. Eine Gesundheitspolitik, die sich im Sinne von Public Health für die Schaffung gesellschaftlicher Bedingungen einsetzt, unter welchen die Menschen gesund leben können, bedarf valider Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen sind diesbezüglich eine wichtige Datenquelle. Im Unterschied zu Patientendaten wie z.B. Spitalstatistiken geben bevölkerungsbezogene Erhebungen Auskunft sowohl über mehr oder weniger gesunde als auch mehr oder weniger kranke Menschen bzw. deren vorübergehende oder chronische Beschwerden, Schmerzen und Behinderungen (Weiss, 2000a). Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderliche oder –beeinträchtigende Lebensumstände, Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Als Ergänzung zu der Bevölkerungsbefragung werden in diesem Gesundheitsbericht aber auch die Ergebnisse der Todesursachenstatistik sowie die Medizinische Statistik der Spitäler und Kliniken integriert. Nur mit dieser Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen kann die Verbreitung von guter und schlechter Gesundheit erforscht werden.

Für die Schweiz ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik wegen ihrer Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen und ihrer nationalen Repräsentativität eine bedeutende Datenquelle. Auch für kantonale Analysen sind die Daten geeignet, haben doch nicht weniger als 16 Kantone im Jahr 2002 einen ausreichenden Stichprobenumfang für bevölkerungsbezogene Aussagen. Der vorliegende Bericht für den Kanton Bern schliesst an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf Basis der SGB-Daten von 1992/1993 bzw. 1997 für verschiedene Kantone erstellt wurden (z.B. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich, 1994, Weiss et al., 1996, Weiss, 2000a, Weiss, 2000b). In Anlehnung an früheres Vorgehen erhielt das Schweizerische Gesundheitsobservato-

rium (Obsan) von fünf Kantonen den Auftrag, auf Grundlage der 2002er Daten für jeden dieser Kantone zentrale Gesundheitsindikatoren in separaten Berichten wissenschaftlich aufzuarbeiten. Die Datenanalysen und redaktionellen Arbeiten wurden von verschiedenen privaten Subakkordanten sowie Vertreter/innen des Kantons Bern, der Universität Bern, des Bundesamtes für Gesundheit und des Gesundheitsobservatoriums durchgeführt (für Namen der Autorinnen und Autoren siehe Inhaltsverzeichnis). Das Projekt wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe sind im Einband des Berichts aufgelistet.

1.1 Zielsetzung

Der vorliegende Bericht zielt darauf, politische Entscheidungsträger und Gesundheitsfachleute bzw. weitere interessierte Personen über die Gesundheit der Berner Bevölkerung zu informieren. Von Bedeutung ist dabei die Identifikation von Gesundheitsproblemen durch die Darstellung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands der Bevölkerung und der ärztlich behandelten Beschwerden oder auch der Verteilung und Entwicklung der Todesursachen. Gesundheitsfördernde und –schädigende Verhaltensweisen, wie eine gesunde Ernährung oder ein übermässiger Alkoholkonsum, können im weiteren den Gesundheitszustand und die Lebensqualität des Einzelnen nachhaltig beeinflussen und bedürfen darum ebenfalls der Beschreibung. Gerade für die Definition von Problem- und Zielgruppen bei der Ausarbeitung präventiver oder gesundheitsfördernder Aktivitäten ist dieses Wissen zentral. Neben dem Verhalten können auch Umweltbedingungen gesundheitliche Belastungen bewirken, seien dies der drohende Verlust der Arbeit, starke Belästigungen durch Verkehr oder fehlende soziale Kontakte. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert schliesslich weitere Hinweise für gesundheitliche Probleme der Bevölkerung.

Wie aus der Gesundheitssoziologie bekannt ist, sind nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen und von den selben Gesundheitsrisiken betroffen. Personen mit schlechter Schulbildung weisen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. ungünstigere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen auf als Personen mit hoher Schulbildung (z.B. Mielck, 2000, BFS, 2002). Ein Ziel der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation «Gesundheit 21» ist denn auch die Verringerung des Gesundheitsgefälles zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen (WHO Regionalbüro für Europa, 1999). Alter, Geschlecht und Nationalität einer Person sind weitere wesentliche Faktoren, die Gesundheitszustand und -verhalten bestimmen. Für die gezielte Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitsförderung sind deshalb Informationen über einzelne Bevölkerungsgruppen unerlässlich. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Identifikation von Personen mit mehrfachen gesundheitlichen Belastungen oder kumuliertem gesundheitsfördernden bzw. schädigenden Verhalten.

Zur Einschätzung, ob ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder gesundheitsschädigendes Verhalten überdurchschnittlich häufig im eigenen Kanton vorkommt und damit besonders besorgniserregend ist, liefert der interkantonale Vergleich wertvolle Anhaltspunkte. Dabei müssen demografische und strukturelle Unterschiede

zwischen den Kantonen in die Analyse einfließen. Gerade auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können sich unterschiedliche soziostrukturelle und -demografische Begebenheiten oder ein unterschiedliches medizinisches Angebot auswirken. Die Entwicklungen des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Bevölkerung im zeitlichen Verlauf tragen schliesslich ebenfalls zur Interpretation der Schwere des Gesundheitsproblems bei und liefern wichtige Hinweise auf die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen und gesundheitspolitischen Massnahmen.

1.2 Datengrundlage

Kapitel 1 bis 5 basieren zur Hauptsache auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Todesursachenstatistik. Kapitel 6 und 7 sind Analysen der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik sowie der Schülerbefragungen HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) und SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health). Diese Datenquellen werden in den jeweiligen Kapiteln und dem Anhang beschrieben. In Tabelle 1.1 sind die wichtigsten Informationen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung zusammengestellt. Weitergehende Informationen, insbesondere zur Beschreibung der Stichprobe, zur Datenerhe-

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung

Datenproduzent/in Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.

Rechtsgrundlage Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.

Erhebungszweck Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse der Schweizer Wohnbevölkerung.

Die periodische Wiederholung der SGB ermöglicht die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen in diesen Themenbereichen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.

Befragte Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.

Stichprobe Die Auswahl der Befragten erfolgte in zwei Schritten: 1. Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichprobe von Privathaushalten (Übergewichtung bevölkerungsarmer und Untergewichtung bevölkerungsreicher Regionen). 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts.

Im Rahmen der SGB 2002 nahmen 19'706 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 16'141 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus.

Periodizität Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002. Nächste Befragung: 2007.

Tab. 1.2 Anzahl Personen (15 Jahre und älter) in Stichprobe und Gesamtbevölkerung¹ des Kantons Bern, 2002, nach Alters- und Geschlechtsgruppen

Altersgruppe	Männer Stichprobe	Bevölkerung	Frauen Stichprobe	Bevölkerung	Total Stichprobe	Bevölkerung
15–34 Jahre	179	125 116	194	118 207	373	239 323
35–49 Jahre	218	109 795	224	101 674	442	211 469
50–64 Jahre	174	89 144	240	94 688	414	183 832
65 Jahre und mehr	154	64 279	223	97 740	377	162 019
Total	725	384 334	881	412 309	1 606	796 643

¹ Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), Ende 2001

bung und zu den Gewichtungungsverfahren, sind dem Anhang 1 oder der Literatur (BFS, 2003a, BFS, 2003b) zu entnehmen.

Im Kanton Bern sind im Rahmen der SGB 2002 stellvertretend für die total 796'643 Einwohner/innen (15 Jahre und älter) 1606 Personen befragt worden. Aus Tabelle 1.2 gehen die Anzahl befragter Personen und die entsprechende Berner Bevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen hervor. Sowohl das Auswahlverfahren der Befragten wie auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Gültigkeit erhalten (für genauere Informationen siehe Anhang 1).

1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen

Gesundheit stellt einen zentralen individuellen und gesellschaftlichen Wert dar. Die Verbesserung und der Schutz der Gesundheit in der Bevölkerung sind vordringliche Ziele staatlicher Politik. Während über die Zielsetzung weitgehend Einigkeit herrscht – Gesundheit wollen wir schliesslich alle –, wird es bei der Festlegung der Wege und Mittel schon schwieriger. Bereits bei der Definition dessen, was Gesundheit eigentlich heisst, ist es vorbei mit der Einigkeit, und bei der Frage, wie Gesundheit am effektivsten zu erhalten und zu fördern sei, stösst man auf die unterschiedlichsten Erklärungsansätze.

Unser Gesundheitssystem ist geprägt von einer pathogenetischen Sichtweise, in deren Zentrum die Symptome und Krankheiten der Patienten stehen. Und dies mit gutem Grund: Wer an Schmerzen und Einschränkungen leidet, möchte diese möglichst schnell beseitigt haben. Die Anstrengungen des Gesundheitssystems richten sich deshalb in erster Linie auf die Heilung und Linderung von Beschwerden und Krankheiten. Die Erwartungen der Patienten sind hoch und die Erfolge von Diagnostik und Therapie beeindruckend. Vor dem Hintergrund steigen der Gesundheitskosten und dem Eindruck einer fortschreitenden Technisierung macht sich allerdings auch Kritik an der so genannten «Apparatemedizin» breit. Psychosozialen Aspekten und Umwelteinflüssen wird vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, und in der Gesundheitsvorsorge gewinnt neben der Kuration und Rehabilitation auch die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung.

Mit der Prävention rückt die Frage ins Zentrum, wie sich die Lebensbedingungen, die Lebensweise und die aktive Lebensgestaltung auf Erhaltung und Förderung der Gesundheit auswirken. Bereits 1946 hat die WHO

mit der Definition von Gesundheit als einem «Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» den Gesundheitsdiskurs für eine umfassende Vorstellung von Gesundheit geöffnet. Auch wenn man die WHO-Definition als idealistisch und realitätsfern kritisieren kann, so kommt ihr zweifellos das Verdienst zu, Gesundheit in einen breiten Rahmen gestellt zu haben. Gesundheit wurde nicht mehr einfach als «Abwesenheit von Krankheit» gefasst, sondern als mehrdimensionales Phänomen, das auch viel mit ungleichen Lebensbedingungen und sozialer Gerechtigkeit zu tun hat.

Noch einen Schritt weiter ging der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit seinem Modell der Salutogenese. Antonovsky postulierte, dass Gesundheit kein normaler und passiver Gleichgewichtszustand sei, sondern ein labiles, aktives und dynamisches Geschehen (vgl. Antonovsky 1997). Die Arbeiten Antonovskys veränderten den Blick auf die Gesundheit nachhaltig. Gesundheit ist nicht mehr länger der selbstverständliche Normalzustand und Krankheit die Abweichung von der Norm. Gesundheit muss vielmehr ständig erworben und aktiv aufrechterhalten werden. Anstatt der ausschliesslichen Bekämpfung von krankmachenden Einflüssen und der Vermeidung von Risikofaktoren setzt der salutogenetische Ansatz auf die Stärkung von Ressourcen, die den Menschen gesund erhalten. Eine zentrale Ressource stellt dabei das Kohärenzgefühl dar. Unter Kohärenzgefühl versteht Antonovsky die erworbenen und relativ stabilen Überzeugungen eines Menschen, die ihm helfen, Anforderungen als verstehbar, handhabbar und sinnvoll zu erleben. Das Kohärenzgefühl hilft, Anforderungen zu bewältigen und auch unter starken Stressbedingungen gesund zu bleiben.

Mit der Ottawa-Charta von 1986 hat die WHO die Gesundheitsförderung zum Programm gemacht. Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel für mehr Selbstbestimmung und eine positive Lebensgestaltung. Während das salutogenetische Modell auf das Individuum fokussiert blieb, wurden in den 1990er Jahren auch vermehrt gesellschaftliche Bezüge thematisiert. Im sogenannten Public-Health-Modell rücken die Lebensbedingungen (Settings) in den Vordergrund. Für einen gesunden Lebensstil ist nicht nur das Individuum verantwortlich, auch die gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen werden hinterfragt und in die Pflicht genommen.

In der Medizin und in den Sozialwissenschaften hat sich über die Jahre eine mehrdimensionale Sichtweise von Gesundheit etabliert. Neben dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden gehören auch Leistungsfähig-

keit, Sinnfindung und soziale Integration dazu. Den individuellen und sozialen Ressourcen kommt dabei eine ähnliche Bedeutung zu wie den körperlichen Ressourcen. Gleichzeitig hängt Gesundheit vom sozialen Umfeld ab, in das der Einzelne eingebunden ist. Die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen bestimmen nicht nur Handlungs- und Möglichkeitsräume, sie haben auch einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit.

Das in Abbildung 1.1 dargestellte Strukturmodell gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen, die bei der Erfassung und Erklärung von Gesundheit beachtet werden müssen. Im Modell werden Erklärungsebenen unterschieden, von denen direkte wie auch kombinierte Effekte auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgehen. Dabei zeigt sich, wie die allgemeinen Lebensbedingungen und die konkreten Lebenssituationen sowohl direkt als auch indirekt auf das Gesundheitsverhalten und auf den Gesundheitszustand wirken.

Die strukturellen und kulturellen Bedingungen definieren den gesellschaftlichen Rahmen. Sie geben beispielsweise Auskunft über die medizinischen Möglichkeiten, die Altersverteilung einer Gesellschaft oder die Grundstruktur der Gesundheitsvorsorge. Auf dieser Ebene können auch allgemeine Vorstellungen und Werte bezüglich Gesundheit und Körper festgemacht werden. Sämtliche in Abbildung 1.1 dargestellten Beziehungen und Ebenen müssen vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Die soziale Lage und das soziale Milieu bestimmen die allgemeinen Lebensbedingungen und beeinflussen die individuellen und gruppenspezifischen Lebenschancen. Sie legen einen objektiven Handlungsspielraum fest, welcher die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Individuen bestimmt. Zu den zentralen Determinanten von sozialer Lage und Milieu gehören Bildung, Beruf, Einkommen, Alter, Geschlecht oder Nationalität. Die Determinanten der sozialen Lage haben sowohl einen direkten Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand als auch vermittelt über die konkrete Lebenssituation und den Habitus.

Der Begriff Habitus bezieht sich in Anlehnung an die Arbeiten von Pierre Bourdieu (1987) auf die subjektiven Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die von der sozialen Lage und dem Milieu mitgeprägt sind. Auch das unterschiedliche Bewältigungsverhalten oder die Kontrollüberzeugungen können im Zusammenhang mit dem Habitus einer Person thematisiert werden. Während der Habitus die individuellen, über Sozialisati-

onsprozesse aber eben auch strukturell geprägten Handlungsorientierungen und -strategien thematisiert, umfasst die Lebenssituation die konkreten Arbeits- und Wohnbedingungen sowie die kleinräumigen Beziehungsnetze. Die konkrete Lebenssituation ist zwar geprägt von der sozialen Lage und dem sozialen Milieu, die von diesen eröffneten Möglichkeitsräume können aber auch individuell gestaltet und modifiziert werden.

Aus diesem Grund setzen sich in der konkreten Lebenssituation und dem Habitus nicht nur der Einfluss der sozialen Lagen und des sozialen Milieus fort, die Lebenssituation und der Habitus üben auch einen unabhängigen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand aus.

Einschränkend muss festgehalten werden, dass das Modell die strukturelle Prägung von Gesundheit im Auge hat und keineswegs deterministisch verstanden werden darf. Biologische und ökologische Einflussfaktoren – wie beispielsweise die Konstitution oder die Schadstoffbelastung – bleiben zudem unberücksichtigt, da sie mit den Daten der Gesundheitsbefragung nicht untersucht werden können.

Trotz der Reduktion auf strukturelle Faktoren kann das skizzierte Strukturmodell mit den vorliegenden Daten empirisch nicht vollständig überprüft werden. Dies ist auch nicht das Ziel des vorliegenden Berichts. Das Modell soll vielmehr helfen, die verschiedenen Ebenen der Analyse besser unterscheiden zu können, und dabei Strukturierungs- und Interpretationshilfen für die Zusammenhangsanalysen liefern. Dabei gehen wir wie folgt vor:

Im nachfolgenden Abschnitt 1.4 wird zunächst ein Blick auf die strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen im Kanton Bern geworfen. Anhand eines kurzen Steckbriefes wird eine Übersicht über wichtige Faktoren der kantonalen Ausstattung und Problemstruktur gegeben.

Das Kapitel 2 ist ganz dem Gesundheitszustand gewidmet, wobei in Anlehnung an die WHO-Definition das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden untersucht werden soll. Unter dem psychischen und sozialen Wohlbefinden werden auch Aspekte thematisiert, die im Strukturmodell dem Habitus zuzuordnen sind. Bei allen wichtigen Dimensionen wird jeweils der Einfluss der sozialen Lage unter die Lupe genommen, indem neben den regionalen Unterschieden auch die Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Haushaltseinkommen und beruflichem Status dargestellt werden. Zudem wird an diesen Stellen der jeweilige Gesundheitsindikator mit den Befunden aus den Jahren 1992/93 und 1997 verglichen. Im letzten Abschnitt des Kapitels 2 werden die Todesursachen analysiert und dargestellt.

Das Kapitel 3 befasst sich mit den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Dabei wird insbesondere das Gesundheitsbewusstsein, das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, der Medikamentengebrauch sowie der Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum untersucht, wobei auch hier nach dem Einfluss der sozialen Lage gefragt wird. Auch hier wird an zentralen Stellen ein Zeitvergleich mit den Jahren 1992/93 und 1997 vorgenommen.

Kapitel 4 ist der konkreten Lebenssituation gewidmet. Dabei werden die Belastungen im Wohnbereich und am Arbeitsplatz dargestellt sowie die Angst vor Arbeitslosigkeit und Gewalt problematisiert. In Kapitel 5 werden die verschiedenen Ebenen – Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Habitus, Lebenssituation und soziale Lage – miteinander in Beziehung gesetzt und einige zentrale Zusammenhänge näher analysiert.

Das Kapitel 6 widmet sich der Gesundheit und dem Lebensstil Jugendlicher von 11 bis 20 Jahren. Diese Analysen und Darstellungen basieren auf den Daten der Studien HBSC und SMASH. Auch in diesen Befragungen wurde einerseits nach dem Gesundheitszustand, aber auch nach Ressourcen und Belastungen im Lebensumfeld gefragt.

Das Kapitel 7 befasst sich schliesslich mit Spitalbehandlungen der Bevölkerung des Kantons Bern. Diese Analysen basierend auf der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik und umfassen alle stationären und teilstationären Spitalbehandlungen der Berner Bevölkerung, welche sich im Kanton Bern oder in einem Schweizer Spital behandeln liessen.

1.4 Der Kanton Bern als gesundheitsrelevanter Kontext

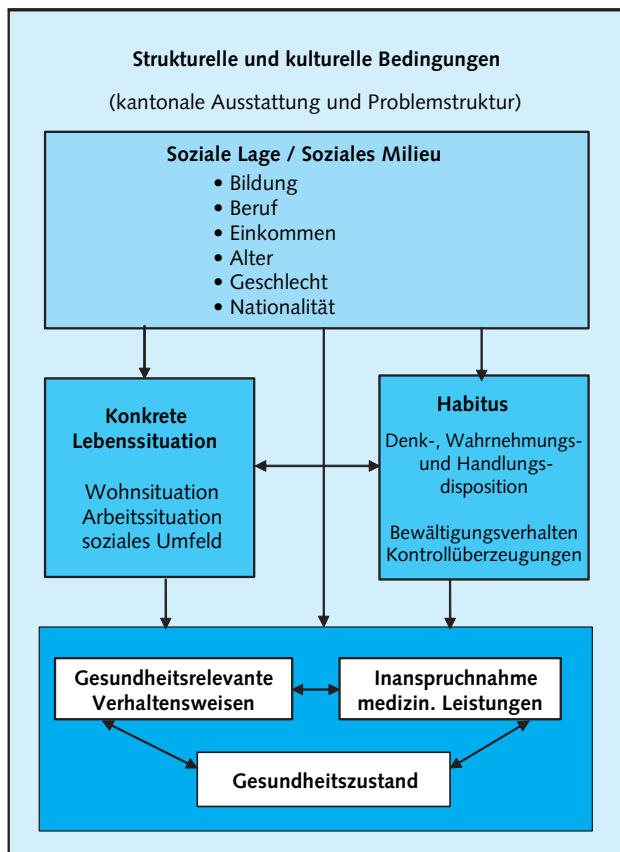
Zahlreiche Studien kommen zum Schluss, dass der gesellschaftliche Rahmen und das soziale Umfeld auf individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einwirken. Strukturelle und kulturelle Eigenschaften des Kantons bilden gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche eine Person in ihren Verhaltensweisen einschränken oder fördern (vgl. z.B. BFS 2003; Bisig und Gutzwiller 2004a; Cardia-Vonèche und Bastard 1999; MacIntyre et al. 1993; Shaw et al. 1998). Soll der Kanton Bern in vergleichender Perspektive analysiert werden, so ist die Darstellung einiger der wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen zentral (vgl. Abbildung 1.1 vorgängig).

Ziel dieses Abschnitts ist es, einerseits die für gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen herauszufiltern und andererseits den Kanton Bern mit Hilfe dieser Faktoren als gesundheitsrelevanten Kontext steckbriefartig zu beschreiben (vgl. Tabelle 1.3). Unterschieden werden drei Gruppen verschiedener Faktoren. Erstens sind es kulturelle Wertmuster, die die Basis unterschiedlicher individueller Einstellungen für unterschiedliche Verhaltensweisen bilden. Zweitens gelten unterschiedliche soziostrukturelle Grössen als zentrale Wirkungsfaktoren. Drittens hat aus ökonomischer Sicht das medizinische Angebot einen Einfluss auf gesundheitsrelevantes Verhalten, insbesondere auch im Hinblick auf die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen.

1.4.1 Kultureller Kontext

Nicht nur gesundheitsrelevantes Verhalten, Gesundheitszustand oder Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern bereits die Wahrnehmung und Bezeichnung von Gesundheitszuständen hängen von der kulturellen Basis einer Gesellschaft ab (Cardia-Vonèche und

Abb. 1.1 Allgemeines Strukturmodell



Bastard 1999; Mechanic 1963; Zola 1966). In der Schweiz ist dabei insbesondere an zwei kulturelle Faktoren zu denken: die Nationalität und die Sprache.

Die Studien zur speziellen Situation von *Ausländerinnen und Ausländern* bezüglich unterschiedlicher Gesundheitsfragen sind zahlreich (für einen Überblick vgl. Weiss 2003). Es wird dabei häufig aufgezeigt, dass aufgrund anderer kultureller Auffassungen von Gesundheit und sprachlicher Schwierigkeiten der Zugang für Migrantinnen und Migranten zum medizinischen System erschwert wird. Unterschiedliche kulturelle Einstellungen können sich aber beispielsweise auch auf unterschiedliche Reproduktionsraten und unterschiedliches Gesundheitsverhalten, insbesondere hinsichtlich des Gesundheitsrisikos auswirken (Baggott 2000; Balarajan und Raleigh 1995; HEA 1997; Harding und Maxwell 1997; Wild und McKeigue 1997; Nazroo 1997). Der Kanton Bern weist im Vergleich zur Schweiz einen deutlich geringeren Anteil an Ausländerinnen und Ausländern auf (BE: 12,3%, CH: 20,3%).

Kulturelle Unterschiede lassen sich in der Schweiz auch hinsichtlich der *Sprachregionen* feststellen. So finden etwa Bisig und Gutzwiller (2004a) höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der französischen Schweiz. Sie führen dies zurück auf die kulturell bedingte, höhere Bereitschaft von Personen der lateinischen Schweiz, unabhängig von den verursachten Kosten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus lassen sich in den unterschiedlichen Sprachregionen aber auch unterschiedliches Gesundheitsverhalten – z.B. bei der Konsumation von Alkohol oder Tabak – und unterschiedliche gesundheitspolitische Massnahmen – z.B. Screeningprogramme für Mammographie – beobachten.

1.4.2 Soziostruktureller und –demographischer Kontext

Auch der soziostrukturelle Kontext kann Auswirkungen auf individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Unterschiedliche Alters- und Bildungsstrukturen, vorherrschende Haushaltformen, unterschiedliche sozioökonomische und -professionelle sowie geographische Faktoren gelten dabei als wichtigste Grössen.

Das Alter wirkt sich in vielfältiger Weise auf Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen aus. Gesundheitliche Probleme nehmen mit dem Alter zu, ältere Menschen sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt und nehmen Gesundheitsdienste stärker in Anspruch (Bisig und Gutzwiller 2004c). Im Vergleich mit der Schweiz leben im Kanton Bern etwas weniger

junge Menschen (unter 19 Jahre alt), während die Anteile an über 64-Jährigen etwas höher sind. Diese Unterschiede lassen sich durch unterschiedliche Geburten- und Zuwanderungsraten erklären.

Soziale Schichten unterscheiden sich in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, im Gesundheitszustand und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ungünstige Lebensbedingungen, knappe Ressourcen und schichtspezifisches Gesundheitsverhalten zeigen sich als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen unterer sozialer Lagen (Meyer und Jeanneret 1999). Die Schichtzugehörigkeit wird häufig mittels des *Bildungsgrades* gemessen (Bisig und Gmel 2004). Der Kanton Bern weist verglichen mit der Schweiz ein höheres aggregiertes Bildungsniveau auf. Der Bevölkerungsanteil, der eine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton Bern rund 3% höher als in der gesamten Schweiz.

In der Public-Health-Diskussion spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Wer über starke soziale Netze verfügt, hat eine positivere Einstellung gegenüber seiner eigenen Gesundheit (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Als wichtigste Quelle primärer Sozialunterstützung gilt die Familie. Mit Hilfe der *Haushaltstrukturen* in den Kantonen kann die Individualisierung in den Lebensformen nachgezeichnet werden. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und die Einelternfamilien. Einpersonenhaushalte werden dabei häufig von betagten Menschen, insbesondere von betagten Frauen geführt. Freilich ist die Führung eines Einpersonenhaushaltes nicht unbedingt gleichbedeutend mit sozialer Verarmung. Die Vorsteher/innen von Einelternfamilien sind Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Erwerbs- und Familienarbeit müssen vereinbart werden. Dies und das Armutsrisiko, dem vor allem alleinerziehende Mütter und ihre Kinder ausgesetzt sind, können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen. Die durchschnittliche Personenzahl in einem Haushalt entspricht im Kanton Bern derjenigen der gesamten Schweiz. Gleichzeitig weist der Kanton Bern einen marginal höheren Anteil an Einpersonenhaushalten und einen leicht geringeren Anteil an Einelternfamilien auf.

Wirtschaftlich schwache Gebiete fallen durch die schlechte Gesundheit ihrer Bevölkerung auf (Baggott 2000; Carstairs und Morris 1989; Drever und Whitehead 1995). Insbesondere die *Arbeitslosigkeit* zeigt Auswirkungen nicht nur auf die direkt Betroffenen, sondern erhöht den Stress, der sich aus der Instabilität der Beschäf-

tigung ergibt. Die Arbeitslosenquote wird teilweise dadurch erklärt, wie sich die Beschäftigten auf die unterschiedlichen *Wirtschaftssektoren* unterteilen. Darüber hinaus variieren Gesundheitsrisiken stark zwischen den einzelnen Branchen (Gubéran und Usel 2000). Mit einem im Vergleich zu anderen Kantonen hohen Anteil an Beschäftigten im I. Sektor und verglichen mit den gesamtschweizerischen Anteilen leicht geringeren Beschäftigtenanteilen im II. und im III. Sektor weist der Kanton Bern eine eher tiefe Arbeitslosenquote auf.

Auch der Grad an Verstädterung kann Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Fragen spielt die heterogenere Zusammensetzung bevölkerungsreicher und urbaner Gebiete, die eine grössere und spezifischere Nachfrage nach sich zieht, eine Rolle. Zu beachten ist aber auch das unterschiedliche, in der Regel grössere medizinische Angebot in städtischen Regionen (vgl. z.B. Bisig und Gutzwiller 2004c). Im Vergleich mit allen anderen 25 Kantonen der Schweiz weist der Kanton Bern einen leicht überdurchschnittlichen Urbanitätsgrad auf.

1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen

Das Angebot an medizinischen Einrichtungen spielt insbesondere im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine wichtige Rolle. Selbstverständlich müssen auch die kantonalen Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit in die Überlegungen einbezogen werden. Mangels vergleichbarer Daten wird hier allerdings lediglich der grobe Faktor ‚kantonale Gesundheitsausgaben‘ betrachtet. Im interkantonalen Vergleich gibt der Kanton Bern eher wenig für Gesundheit aus. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegen im Kanton Bern unter dem Durchschnitt der Gesundheitsausgaben pro Kopf aller Kantone.

In neuesten Studien zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Schweiz (Bisig und Gutzwiller 2004b, 2004c) werden regionale Unterschiede sehr häufig mit unterschiedlichem medizinischem Angebot erklärt. Je höher das Angebot an medizinischen Leistungen ist, desto stärker ist auch die Nachfrage. Ältere und neuere ökologische Analysen des Zusammenhangs von Gesundheitskosten und Ärztedichte weisen auf eine Abhängigkeit der Nachfrage vom Angebot hin (Crivelli et al. 2003; Domenighetti und Crivelli 2001; Domenighetti und Limoni 1994; Doppmann 1985; Haari et al. 2002; Rüefli und Vatter 2001). Im Vergleich mit allen anderen Kantonen weist der Kanton Bern eine hohe Ärzte- und

Zahnärztedichte auf. Da im vorliegenden Bericht die gesamte Bevölkerung und zahlreiche Krankheitsursachen untersucht werden, wird die Bettendichte – als weiterer Angebotsfaktor – aller Institutionen (Zentrumsversorgung, Grundversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Spezialkliniken, Alters-, Betagten-, Pflege- und Behindertenheime sowie andere sozialmedizinische Institutionen) in den Steckbrief aufgenommen. Der Kanton Bern weist im Vergleich mit der Gesamtschweiz eine eher hohe Bettendichte auf. Freilich ist damit nichts über die tatsächliche Nachfrage durch die Berner Bevölkerung selbst sowie die Belegung dieser Betten ausgesagt. So gilt beispielsweise der Kanton Bern als wichtiges Versorgungszentrum für die Kantone Solothurn, Freiburg, Neuenburg und teilweise auch für Luzern (Zahnd 2003).

Der Kanton als gesundheitsrelevanter Kontext

Die im Bericht vorgestellten Eckwerte beinhalten wichtige Hintergrundinformationen zur Interpretation des vorliegenden Gesundheitsberichts, insbesondere zu den Vergleichen zwischen den Kantonen. Erwähnenswert ist dabei insbesondere der Umstand, dass der Kanton Bern hinter Basel-Stadt, Tessin und Schaffhausen den vierthöchsten Anteil an alten Menschen aufweist. Die Altersstruktur hat aber einen ganz zentralen Einfluss auf die körperlichen Gesundheitsdimensionen und auch auf die Verbreitung von Risikofaktoren in der Bevölkerung (Beispiel: Übergewicht). Der hohe Anteil an Betagten ist teils dadurch bedingt, dass im Kanton Bern deutlich weniger ausländische Mitbewohner/innen leben als in der Schweiz insgesamt. Diese gehören mehrheitlich den jüngeren Altersgruppen an.

Was die Angebotsstruktur des Kantons Bern angeht, fällt einerseits die hohe Ärzte und Zahnärztedichte auf, welche typisch für Kantone mit hohem Urbanitätsgrad ist. Die ebenfalls hohe Bettendichte der Spitäler, Kliniken und sozialmedizinischen Heime relativiert sich durch den Umstand, dass unsere Versorgungsstruktur inklusive Universitätsspital auch von den Nachbarkantonen rege benutzt wird. Im Jahr 2002 wurden 23'000 Fälle aus anderen Kantonen in Spitälern des Kantons Bern hospitalisiert, während lediglich 7200 Fälle von Berner Patienten in Spitälern ausserhalb des Kantons behandelt wurden (Standardtabellen, BFS, 2002).

In der nachfolgenden Tabelle 1.3 werden die kulturellen, soziostrukturellen und -demographischen sowie die angebotsorientierten Grössen aufgelistet. Die Ausprägungen des Kantons Bern werden dabei mit jenen der Schweiz verglichen. Der besseren Einordnungsmöglichkeit dient die Auflistung des Ranges des Kantons Bern, den er in einer Kantonsrangliste bezüglich des jeweiligen Indikators einnimmt (die höchste Ausprägung entspricht jeweils dem Rang 1).

Tab. 1.3 Eckwerte des Kantons Bern

Indikator	BE	Schweiz	Rang BE ¹	Operationalisierung und Quelle
Allgemeine Angaben				
Bevölkerungsgrösse 2002	950 209	7 317 873	2	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP).
Bevölkerungsentwicklung 1992–2002	-0,3	5,9	22	Zunahme/Abnahme in % zwischen 1992–2002 (ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)).
ökologischer Kontext				
Anteil Ausländerinnen und Ausländer in % 2002	12,3	20,3	21	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2002 in % (BFS, ESPOP).
Soziostruktureller und -demografischer Kontext				
Wohnbevölkerung nach Altersklassen; Anteile in % (BFS: Volkszählung 2000).				
Altersstruktur 2000				
0–19-Jährige in %	22,0	22,9	21	
20–64-Jährige in %	60,9	61,8	13	
>64-Jährige in %	17,1	15,4	4	
Bildungsniveau der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung 2000				
ohne nachobligatorische Ausbildung in %	20,3	22,9	23	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000).
Sekundarstufe II in %	54,0	49,2	2	
Tertiärstufe in %	19,9	21,5	10	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,2	2,2	20	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in % und Anteil an Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil als Anteil aller Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (alle: BFS: Volkszählung 2000).
Einpersonenhaushalte in %	36,0	35,8	6	
Einelterfamilien; Haushalte in %	12,8	13	9	
Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt 2002)	1,8	2,5	17	Jahresdurchschnitt 2002 in % (seco, BFS, BFS: Volkszählung 2000).
Volkseinkommen in CHF pro Kopf 2001	42 348	49 012	20	Netto-Volkseinkommen zu Faktorkosten in CHF pro Einwohner 2001 (BFS: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung).
Beschäftigungsstruktur 2000/2001				
Beschäftigte im I. Sektor in %	8,5	5,7	13	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren 2000 bzw. 2001 als Anteile aller Beschäftigten (BFS).
Beschäftigte im II. Sektor in %	25,5	26,6	21	
Beschäftigte im III. Sektor in %	66,0	67,7	8	
Urbanitätsgrad	52,0	44,4 ²	12	Urbanitätsgrad der Kantone gemäss Volkszählung 1990 (BFS 1997: Die Raumgliederung der Schweiz; Vatter et al. 2004).
Angebot				
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	2,00	1,96	6	Ärztedichte: Anzahl der Allgemeinpraktiker/innen und Fachärztinnen und Fachärzte in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2002 (FMH-Statistik).
Zahnärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,51	0,39	4	Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner/innen (BFS: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind).
Bettendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	25,7	22,2	6	Anzahl Betten pro 1000 Einwohner/innen (alle Kliniken und sozialmedizinischen Anstalten; Krankenhausstatistik 2002 Tabellen D.1. und D.2.).
Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Kopf (inklusive Ausgaben der Gemeinden)	1 103	1 065 ³	8	Ausgaben im Jahr 2002 (Nettobelastung = laufende Rechnung plus Investitionsrechnung) pro Kopf gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Nettobelastung für Spitäler, Kranken- und Pflegeheime, psychiatrische Kliniken, ambulante Krankenpflege, Krankheitsbekämpfung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gesundheitsforschung, übrige Krankheiten, Schulgesundheitsdienst, Lebensmittelkontrolle, übriges Gesundheitswesen; inklusive Ausgaben der Gemeinden). (BFS: Finanzstatistik Bereich Gesundheit).

¹ Rang im interkantonalen Vergleich; 1 entspricht jeweils der höchsten Ausprägung.² Diese Angaben entsprechen dem Mittelwert aus den Angaben aller Kantone.³ Diese Angaben entsprechen dem Total der Angaben aller Kantone gewichtet an der Anzahl Einwohner/innen der Schweiz.

2 Gesundheitszustand

Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff. Weder in der Wissenschaft noch in der Alltagssprache gibt es dafür eine einfache und einheitliche Verwendung. Während die älteren Definitionen die Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit definieren, wird heute von einem positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff ausgegangen. In Anlehnung an die viel zitierte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1946 werden neben den körperlichen Aspekten auch das psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt. Mit Wohlbefinden wird mittlerweile nicht nur ein statischer Zustand bezeichnet, sondern Wohlbefinden wird als Voraussetzung und Resultat eines aktiven Austauschprozesses verstanden. In dem Masse, wie es einer Person gelingt, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen in Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Um- und Mitwelt zu befriedigen bzw. zu verwirklichen, ist sie mehr oder weniger gesund oder auch krank. Gesundheit wird so zu einer aktiven Leistung und das Gesundheitshandeln zu einer zentralen Determinanten (vgl. Strukturmodell in Kapitel 1.3.).

Im folgenden Kapitel werden die drei Dimensionen der Gesundheit – körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden – zunächst einzeln betrachtet. Dabei werden allfällige Geschlechterunterschiede analysiert, und es

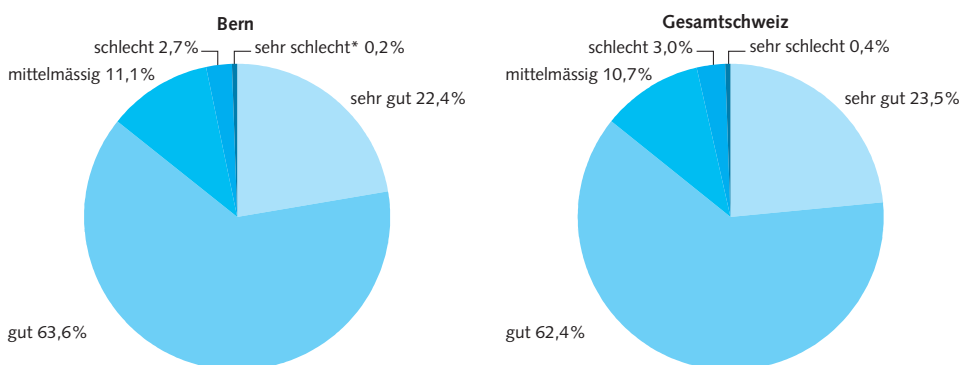
wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter untersucht. Bei wichtigen Indikatoren werden auch sozioökonomische Merkmale wie die Bildung, die Berufsstellung, das Einkommen und die Nationalität berücksichtigt. Mit den Zusammenhängen zwischen den drei Gesundheitsdimensionen befasst sich Kapitel 5.

2.1 Körperliche Gesundheit

Nach der WHO-Gesundheitsdefinition bemisst sich körperliche Gesundheit am Niveau des physischen Wohlbefindens. Das heisst, der subjektiven Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands kommt eine wichtige Rolle zu. Viele Studien haben zudem gezeigt, dass der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand ein wichtiger Indikator für Mortalität und Morbidität ist (Mackenbach et al 2002, Idler und Benyamini 1997). Im folgenden Abschnitt wollen wir deshalb zunächst von der Selbsteinschätzung der Befragten bezüglich ihres allgemeinen Wohlbefindens ausgehen. Erst in einem zweiten Schritt wird nach konkreten Beschwerden, Leistungseinschränkungen und Behinderungen gefragt. Auch in diesem Teil handelt es sich dabei ausschliesslich um selbstberichtete Angaben.

Allgemeiner Gesundheitszustand, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.1



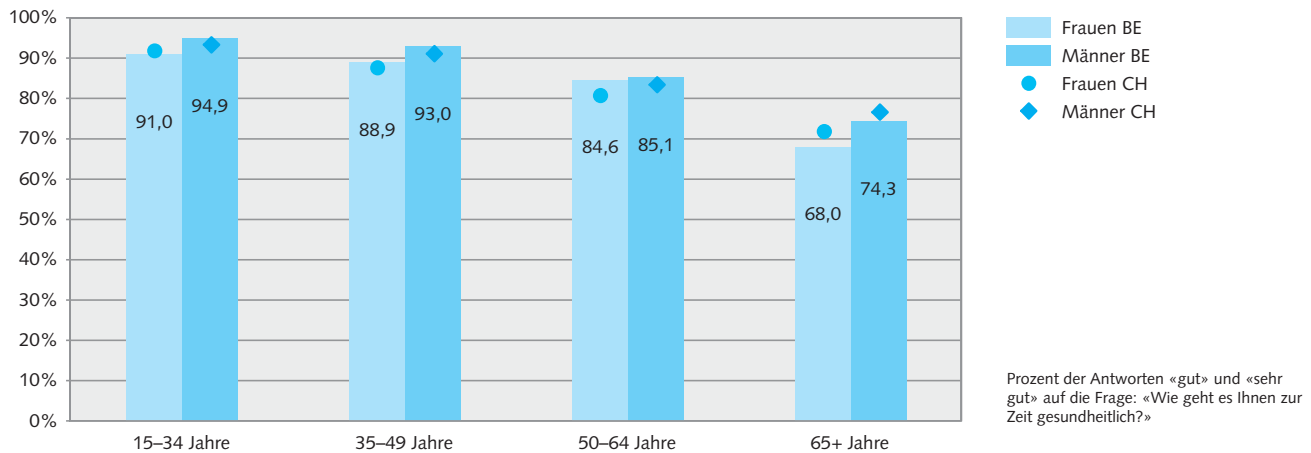
* Der Prozentwert bei «sehr schlecht» für den Kanton Bern basiert auf 5 Antwortenden.

Antworten auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1605 (BE); 19'701 (CH).

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1605 (BE); 19'701 (CH).

Tab.2.1 Anteil der Personen mit (sehr) guter und (sehr) schlechter Gesundheit nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz (in %)

		gut/ sehr gut ¹		schlecht/ sehr schlecht ²
		BE	CH	CH
Gesamtbevölkerung		86,0	85,8	3,4
Geschlecht	Frauen	83,5	84,0	3,7
	Männer	88,6	87,8	3,1
Altersgruppen	15–34	93,0	92,5	0,9
	35–49	91,0	89,4	2,7
	50–64	84,8	82,0	5,2
	65+	70,5	73,7	6,6
Bildung	obligatorische Schule	80,3	79,1	6,0
	Sekundarstufe II	86,8	87,0	2,8
	Tertiärstufe	89,7	91,4	2,0
Nationalität	Schweizer	85,8	86,4	2,9
	Ausländer	87,6	83,6	5,7
Haushaltseinkommen³	bis CHF 3000	84,4	81,8	4,7
	CHF 3000 bis 4499	85,1	86,0	3,3
	CHF 4500 bis 5999	88,4	89,2	2,0
	CHF 6000 und höher	90,6	91,6	1,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte man. Berufe	82,1	81,2	5,1
	qualifiziert manuelle Berufe	82,8	82,7	5,0
	Kleinunternehmer	88,1	86,5	2,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	86,2	85,2	3,2
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	88,9	88,1	2,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	91,5	92,5	1,8
Regionaler Vergleich	Aargau	83,6		4,2
	Basel-Landschaft	85,4		3,3
	Basel-Stadt	80,4		6,4
	Bern	86,0		2,9
	Luzern	86,5		(3,0)
	Solothurn	83,4		3,2
	St. Gallen	86,4		2,9
	Zug	89,7		(2,0)
	Zürich	87,1		2,9
	andere Deutschschweizer Kantone	87,9		2,7
	Westschweizer Kantone	85,4		3,8
	Tessin	84,6		5,4

¹ Prozentanteil der Antworten «gut» und «sehr gut» auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

² Prozentanteil der Antworten «schlecht» und «sehr schlecht» auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

³ Das Äquivalenzeinkommen des Haushalts berechnet sich aus dem gesamten Haushaltseinkommen, gewichtet nach der Anzahl Personen, die in diesem Haushalt wohnen. Für detaillierte Angaben vgl. BFS 2003d: 25f.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1499<n<1606 (BE); 18'183<n<19'702 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung des Kantons Bern fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut. Wie in der Gesamtschweiz antworten mehr als vier Fünftel aller Befragten auf die Frage «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?» mit «gut» oder «sehr gut». Nur eine kleine Minderheit gibt an, es gehe ihr momentan schlecht oder gar sehr schlecht (vgl. Abbildung 2.1).

Der Anteil der Personen mit gutem und sehr gutem allgemeinem Wohlbefinden ist bei den Männern mit 88,6% noch leicht höher als bei den Frauen mit 83,5%. Bei beiden Geschlechtern nimmt jedoch das gesundheitliche Wohlbefinden in den höheren Altersgruppen ab. Die Werte der Bevölkerung des Kantons Bern entsprechen bezüglich Alter wie auch bezüglich Geschlecht weitgehend dem Gesamtschweizer Durchschnitt (Abbildung 2.2).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit variiert auch bezüglich der sozioökonomischen Merkmale. Auffällig ist, wie stark die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der sozialen Lage der befragten Person zusammenhängt. Je höher die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen, desto besser wird der persönliche Gesundheitszustand eingeschätzt. Im Kanton Bern antworten 89,7% der Personen mit Tertiärbildung, es gehe ihnen gut oder sogar sehr gut. Bei Personen, die nur die obligatorische Schule besucht haben, ist dies lediglich bei 80,3% der Fall. Dieser Befund stellt allerdings keine Besonderheit des Kantons Bern dar, sondern findet sich in vergleichbarem Ausmass auch in der Gesamtschweiz (Tabelle 2.1). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Personen, die angeben, es gehe ihnen schlecht oder sehr schlecht. Diese Problemgruppe ist umso grösser, je höher

das Alter und je geringer die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen sind.

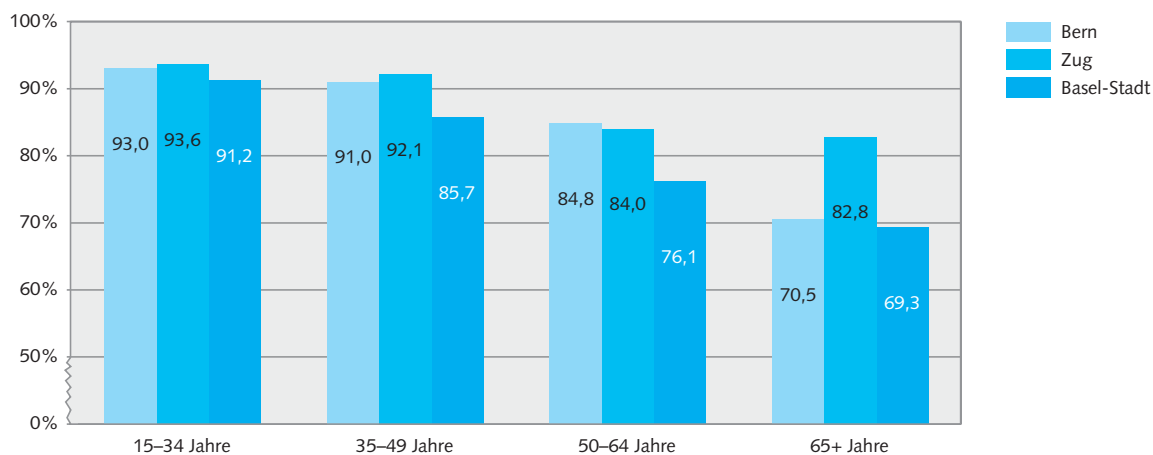
Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Bern bezüglich des selbstberichteten allgemeinen Wohlbefindens genau in der Mitte. Im Kanton Zug scheint es den Leuten gesundheitlich besonders gut (89,7% gut und sehr gut), im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich etwas weniger gut (80,4% gut und sehr gut) zu gehen. Diese Aussage gilt auch, wenn man berücksichtigt, dass im Kanton Basel-Stadt (Alterdurchschnitt: 50,4 Jahre) deutlich mehr ältere Leute wohnen als in den Kantonen Bern (Altersdurchschnitt: 46,9 Jahre) und Zug (Altersdurchschnitt: 43,3 Jahre). Bereits im Alter von 15 bis 34 Jahren schätzen die Bewohner des Kantons Basel-Stadt ihren Gesundheitszustand als etwas weniger gut ein als in den anderen Kantonen. Mit zunehmendem Alter nehmen die interkantonalen Unterschiede zu. Dabei entsprechen die Werte des Kantons Bern bei den 15- bis 64-Jährigen dem Niveau des Kantons Zug, bei den über 65-Jährigen hingegen dem des Kantons Basel-Stadt (vgl. Abbildung 2.3).

Betrachtet man die Unterschiede des allgemeinen Wohlbefindens im Kanton Bern über die Zeit, so zeigt sich, dass die Veränderungen gering, statistisch jedoch signifikant sind. Abbildung 2.4 illustriert, dass 1997 weniger Personen als 1992/93 von sich sagen, es gehe ihnen gesundheitlich gut oder sehr gut. 2002 steigt das Niveau wieder leicht an und liegt damit sogar etwas über dem Anteil von 1992/93. In der Gesamtschweiz findet sich derselbe Verlauf über die Zeit.

Unterscheidet man die Frauen von den Männern, so wird deutlich, dass die leichte Abnahme 1997 durch die Frauen verursacht wurde. Während das Niveau der Männer sowohl im Kanton Bern (85,2%, 85,4%, 87,8%)

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit, die Kantone Bern, Basel-Stadt und Zug im Vergleich (in %)

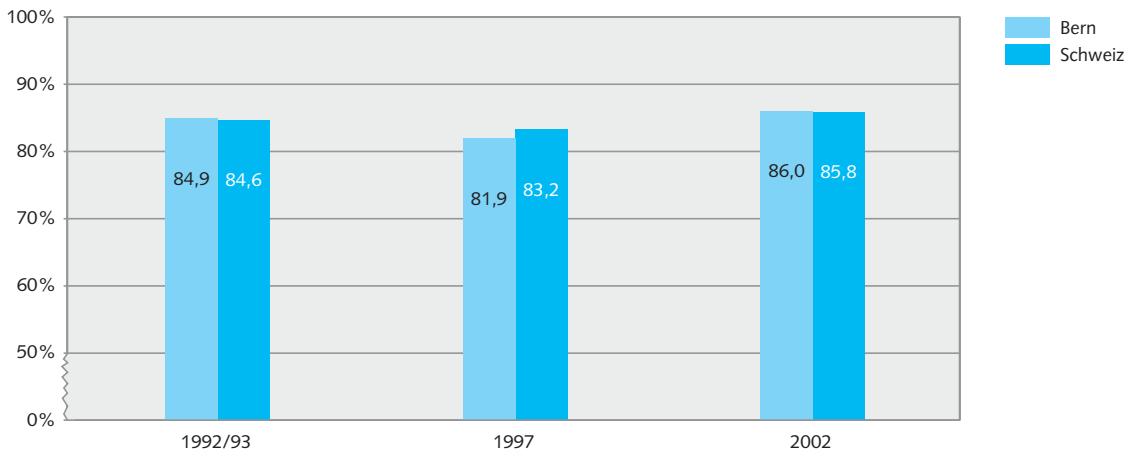
Abb. 2.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1605 (BE); 1009 (ZG); 1017 (BS).

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

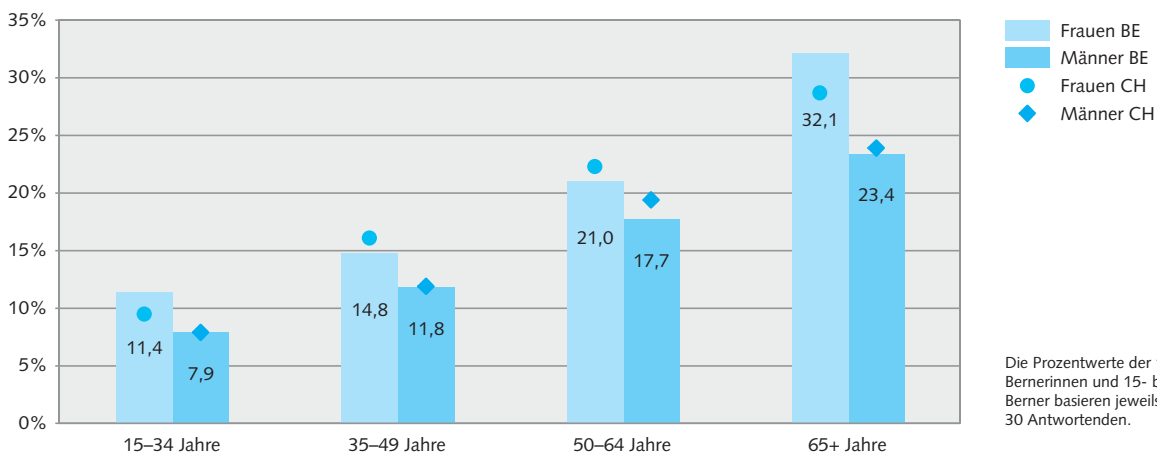
Abb. 2.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1714 (BE 1997); 1605 (BE 2002); 15'288 (CH 1992/93); 13'000 (CH 1997); 19'701 (CH 2002).

Anteil der Frauen und Männer mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.5



Die Prozentwerte der 15- bis 34-jährigen Bernerinnen und 15- bis 49-jährigen Berner basieren jeweils auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1606 (BE), 18'458 (CH).

als auch in der Gesamtschweiz (86,5%, 86,2%, 88,6%) konstant blieb resp. sich über die ganze Periode leicht erhöhte, finden wir bei den Frauen den Grund für die leichte Abnahme des allgemeinen Wohlbefindens von 1997 (BE: 84,6%, 78,7%, 84,0%; CH: 82,8%, 80,4%, 83,5%).

Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Das allgemeine Wohlbefinden ist davon abhängig, ob jemand unter einem lang andauernden Gesundheitsproblem leidet. In der Schweizer Gesundheitsbefragung wurde nach körperlichen oder psychischen Problemen gefragt, die sich

auf die alltäglichen Aktivitäten einschränkend auswirken und die schon seit mindestens einem Jahr andauern.

Im Kanton Bern leiden 16,7% der Wohnbevölkerung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem; dieser Anteil liegt leicht über dem Schweizer Durchschnitt von 16,2%. Der genannte Gesamtwert ist aber nur bedingt aussagekräftig, da bei solchen Gesundheitsproblemen grosse Geschlechts- und Altersunterschiede existieren. Der Anteil an Frauen mit lang andauernden Beschwerden liegt deutlich über demjenigen der Männer (BE 19,3% vs. 13,9%; CH 18,1% vs. 14,1%). Mit zunehmendem Alter nehmen diese gesundheitlichen Probleme erwartungsgemäss stark zu. Dabei verstärken sich im

Kanton Bern auch die Geschlechtsunterschiede: Ab 50 Jahren leidet ein Fünftel und bei den über 56-Jährigen ein Drittel der Frauen unter lang andauernden Gesundheitsproblemen, bei den Männern ist – wie Abbildung 2.5 verdeutlicht – der entsprechende Anteil deutlich geringer. Dieser kombinierte Alters- und Geschlechtseffekt zeigt sich in der Gesamtschweiz nicht im selben Masse.

Interessant ist, dass Personen fremder Nationalität gesamthaft betrachtet weniger lang andauernde Beschwerden angeben als Schweizerinnen und Schweizer (Tabelle 2.2). Bei genauer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass dieser Befund dank den vergleichsweise häufig beschwerdefreien 15- bis 49-jährigen Ausländerinnen und Ausländern zustande kommt. Bei den über 50-Jährigen haben Migrantinnen und Migranten häufiger mit einem chronischen Gesundheitsproblem zu leben als die entsprechende Altersgruppe mit Schweizer Nationalität.

Wird nach der Art der Beschwerden unterschieden, so stellt man für die Bevölkerung des Kantons Bern fest, dass knapp vier Fünftel (78,8%) der Probleme körperlicher Art und je rund ein Zehntel psychischer (11,5%) oder eine Kombination von körperlicher und psychischer

Art (9,7%) sind. Der Kanton Bern unterscheidet sich mit diesen Werten nicht wesentlich von der Gesamtschweiz (78,6%, 10,3%, 10,2%).

Tabelle 2.2 unterstreicht, dass der Anteil Personen mit lang andauernden Beschwerden mit zunehmendem Alter insgesamt zwar zunimmt (vgl. auch Abbildung 2.5), dass aber ein Unterschied zwischen körperlich und psychisch bedingten Beschwerden gemacht werden muss. Der Anteil an psychisch bedingten Beschwerden ist in jüngeren Jahren grösser als in den höheren Altersgruppen. Auffällig ist ferner der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status, desto seltener treten solche Beschwerden auf.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Bern mit 16,7% Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen etwas über dem Schweizer Durchschnitt.

In der Befragung von 1997 geben im Kanton Bern etwas mehr Personen als im Gesamtschweizer Durchschnitt an, sie litten seit über zwölf Monaten an einem Gesundheitsproblem. Diese Differenz besteht 2002 nicht mehr; der Kanton Bern hat sich dem Schweizer Mittelwert angepasst. Die Differenz im Kanton Bern zwischen

Tab. 2.2 Anteil der Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem sowie Art dieser Beschwerden nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, Schweiz (in %)

		alle Beschwerden	wovon körperlich bedingt	psychisch bedingt	beides
Gesamtbevölkerung		16,2	79,3	10,4	10,2
Geschlecht	Frauen	18,1	77,4	11,7	10,9
	Männer	14,1	82,0	8,7	9,3
Altersgruppen	15–34	8,7	73,4	14,2	12,4
	35–49	13,9	73,0	15,0	12,0
	50–64	20,9	79,7	9,8	10,4
	65+	26,7	87,2	5,4	7,5
Bildung	obligatorische Schule	19,9	78,3	9,3	12,4
	Sekundarstufe II	15,6	79,6	11,3	9,1
	Tertiärstufe	12,9	81,3	9,0	9,7
Nationalität	Schweizer	16,7	80,1	10,4	9,5
	Ausländer	14,0	75,4	10,8	13,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	18,4	79,3	10,1	10,6
	CHF 3000 bis 4499	17,0	78,3	11,5	10,2
	CHF 4500 bis 5999	14,5	78,8	11,5	9,6
	CHF 6000 und höher	11,8	85,7	9,4	4,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- u. ungelernete man. Berufe	19,2	79,7	10,1	10,2
	qualifiziert manuelle Berufe	17,1	78,3	11,9	9,8
	Kleinunternehmer	16,9	82,2	9,2	8,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	16,5	80,5	9,4	10,1
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	15,5	77,1	12,9	9,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	11,7	84,4	6,8	8,8
Regionaler Vergleich	Aargau	16,9	76,1	11,5	12,4
	Basel-Landschaft	15,3	78,4	8,5	13,1
	Basel-Stadt	23,7	80,7	6,6	12,7
	Bern	16,7	78,8	11,5	9,7
	Luzern	15,2	85,1	8,7	6,1
	Solothurn	20,1	74,7	15,3	9,9
	St. Gallen	17,8	82,7	12,2	5,1
	Zug	14,7	83,7	10,3	6,0
	Zürich	16,7	80,1	10,4	9,5
	Andere Deutschschweizer Kantone	15,2	79,8	8,0	12,3
	Westschweizer Kantone	15,1	78,6	10,5	10,8
	Tessin	12,4	77,8	9,8	12,4

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'181<n<19'703 (alle chronischen Beschwerden); 3180<n<3450 (Beschwerden differenziert).

1997 und 2002 ist jedoch sehr gering und statistisch auch nicht signifikant. Es sind dabei vor allem die oberen Altersgruppen, die nun weniger unter einem chronischen Gesundheitsproblem leiden als noch 1997. Diese Abnahme fand sowohl bei den Frauen als auch – etwas schwächer – bei den Männern statt.

2.1.2 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen Frage zu den chronischen Beschwerden wurde in der Gesundheitsbefragung auch gezielt nach gesundheitlichen Störungen gefragt, die häufig Symptomcharakter haben. Dazu zählen Bauch-, Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Verdauungsprobleme, Schlafstörungen und Herzklopfen/-jagen. Bei diesen Störungen wurde erhoben, inwiefern sie in den vier Wochen vor dem Interviewtermin aufgetreten sind. Die genannten Beschwerden können die Folge von starken psychosozialen Belastungen (Stress) sein, sie können aber auch in Zusammenhang mit einer akuten Krankheit stehen. Um unterscheiden zu können, was die Ursache für das Entstehen der Beschwerden war, wurde zusätzlich gefragt, ob sie von Fieber begleitet waren. In den folgenden

Analysen werden ausschliesslich Beschwerden berücksichtigt, die ohne Fieber aufgetreten sind.

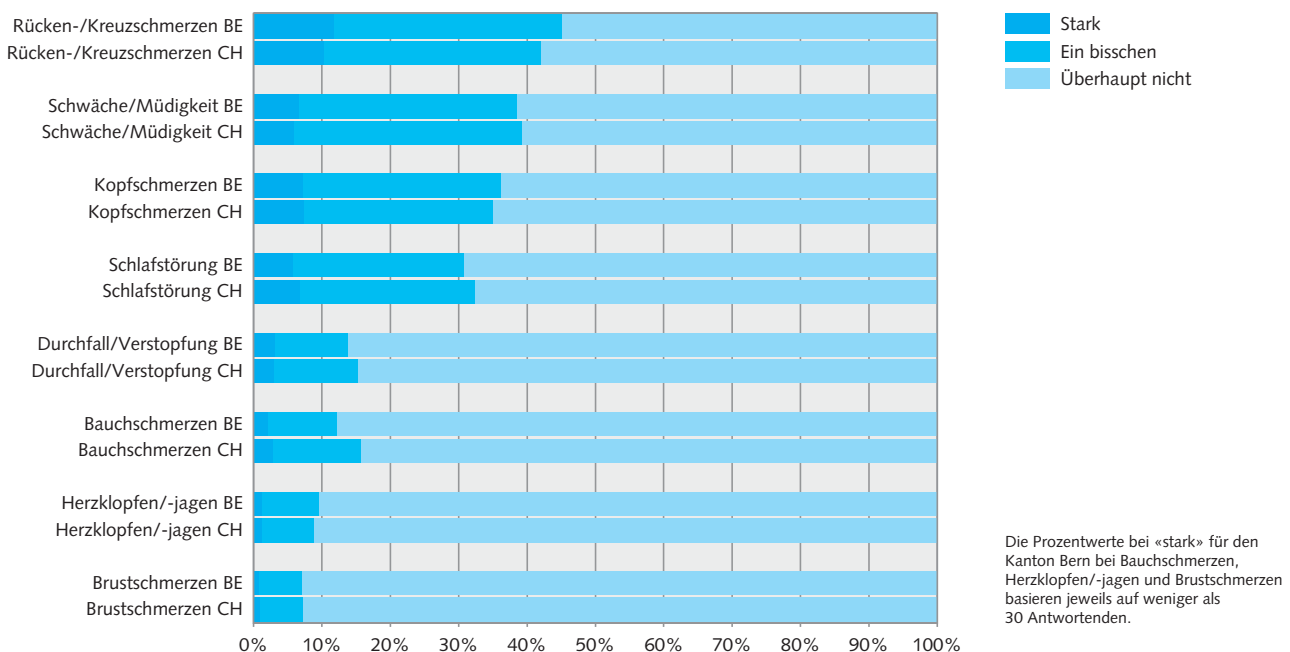
Abbildung 2.6 bietet zunächst eine Übersicht über die Intensität, mit der die verschiedenen Beschwerden in der Bevölkerung auftreten. Dabei zeigt sich, dass Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen am stärksten verbreitet sind. Dies gilt für den Kanton Bern ebenso wie für die Gesamtschweiz.

Um sich über die Intensität der Beschwerden, die in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen stehen können, ein Gesamtbild machen zu können, wurden die acht oben genannten Beschwerden zu einem Index zusammengefasst.² Dabei wird ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar. Frauen berichten unabhängig vom Alter fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen wie Männer. Weiter nehmen die starken Beschwerden mit dem Alter leicht zu (vgl. Tabelle 2.3).

Betrachtet man die häufigsten Symptome einzeln, so stellt man fest, dass Rückenschmerzen mit dem Alter zunehmen, Kopfschmerzen, hingegen abnehmen. Dieser Befund zeigt sich bei beiden Geschlechtern, ist bei den Frauen jedoch deutlich ausgeprägter als bei den Männern (Abbildung 2.7 und 2.8).

Körperliche Beschwerden, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.6

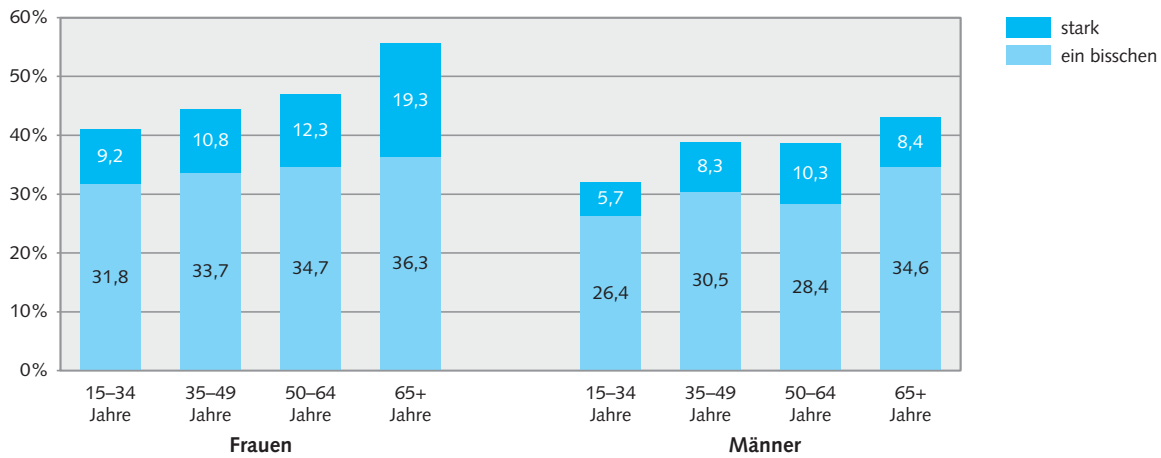


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1521<n<1526 (BE); 18'514<n<18'524 (CH).

² Als «starke körperliche Beschwerden» gelten mindestens vier starke oder sechs mittlere Beschwerden (bzw. eine entsprechende Kombination aus starken und mittleren Beschwerden).

Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

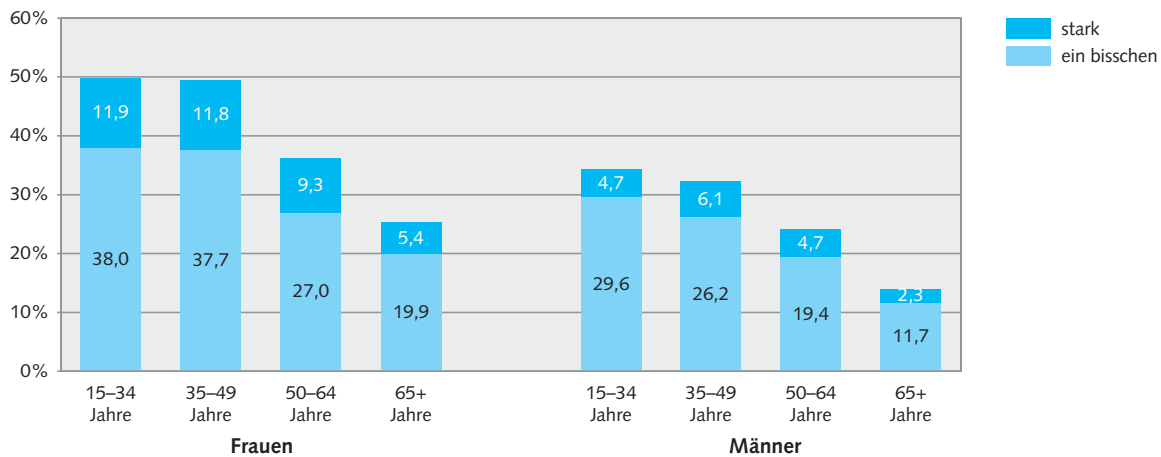
Abb. 2.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'693.

Anteil Frauen und Männer mit Kopf- oder Gesichtsschmerzen, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 2.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'688.

Untersucht man den Einfluss der sozioökonomischen und soziodemographischen Merkmale auf die Häufigkeit und Intensität der Beschwerden insgesamt, so zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung häufiger an starken Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung. Ein analoger, insgesamt aber etwas weniger starker Effekt zeigt sich mit Blick auf das Haushaltseinkommen: Mit zunehmendem Haushaltseinkommen nehmen starke Beschwerden ab. Beim Berufsstatus (der sozioprofessionellen Kategorie) lässt sich dagegen keine eindeutige Beziehung herauslesen: Personen in manuellen Berufen haben grundsätzlich nicht mehr Beschwerden als Personen in nicht manuellen Berufen. Am häufigsten leiden einfache Büroangestellte und Personen in anderen nicht ma-

nuellen Berufen an schweren Beeinträchtigungen. Dass diese Berufsgruppe durch einen besonders hohen Frauenanteil gekennzeichnet ist, verweist wiederum auf den Geschlechtsunterschied: Frauen geben doppelt so häufig starke Beschwerden an wie Männer (vgl. Tabelle 2.3).

Im Kanton Bern hat zwischen 1992/93 und 1997 der Anteil Personen mit körperlichen Beschwerden signifikant zugenommen. Das Niveau ist seither zwar wieder etwas gesunken, liegt aber immer noch über dem Wert von 1992/93. Der Kanton Bern ist mit dieser Veränderung jedoch kein Einzelfall. Dieser Verlauf findet sich auch in der Schweiz insgesamt (vgl. Abbildung 2.9).

Dabei nahmen im Kanton Bern zwischen 1992/93 und 1997 sowohl die Beschwerden der Frauen (+12%)

Tab.2.3 Anteil der Personen mit (starken) Beschwerden nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		einige Beschwerden		starke Beschwerden	
		BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		37,5	35,7	21,3	23,1
Geschlecht	Frauen	40,4	37,7	27,5	30,0
	Männer	34,5	33,6	14,8	15,7
Altersgruppen	15–34	43,8	38,8	15,6	19,7
	35–49	35,8	35,0	20,1	22,9
	50–64	37,0	33,6	23,4	23,4
	65+	31,2	34,1	28,6	28,2
Bildung	obligatorische Schule	32,4	34,3	26,4	28,2
	Sekundarstufe II	38,9	36,3	21,1	22,3
	Tertiärstufe	37,4	34,9	15,8	18,5
Nationalität	Schweizer	38,2	36,1	20,8	22,4
	Ausländer	32,0	34,0	(25,1)	25,9
Haushaltseinkommen	Bis CHF 3000	37,0	35,0	24,3	26,0
	CHF 3000 bis 4499	40,0	36,0	20,3	23,4
	CHF 4500 bis 5999	36,2	36,3	18,7	19,9
	CHF 6000 und höher	32,7	35,4	20,6	18,1
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete man. Berufe	36,4	34,7	23,3	23,9
	qualifiziert manuelle Berufe	39,5	35,6	19,2	21,8
	Kleinunternehmer	37,8	33,1	(19,6)	20,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	40,0	37,6	25,2	26,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	37,2	36,1	19,7	23,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	34,8	32,8	(15,2)	18,0
Regionaler Vergleich	Aargau		33,6		22,3
	Basel-Landschaft		34,3		23,9
	Basel-Stadt		34,5		27,0
	Bern		37,5		21,3
	Luzern		37,2		19,5
	Solothurn		36,4		23,2
	St. Gallen		35,0		24,1
	Zug		42,2		16,4
	Zürich		35,4		22,2
	andere Deutschschweizer Kantone		35,9		20,8
	Westschweizer Schweiz		35,9		25,8
	Tessin		31,5		25,7

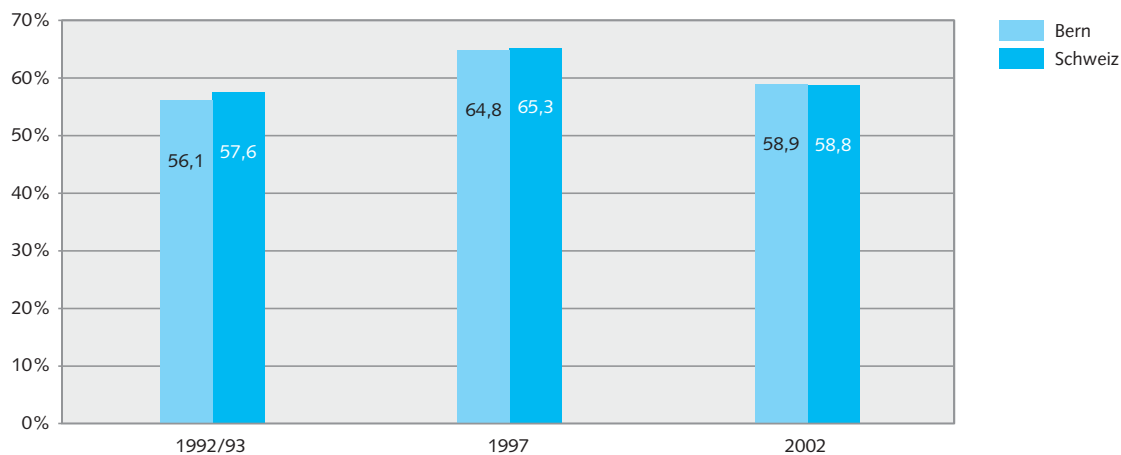
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1416<n<1519 (BE); 17'066<n<18'458 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Gefragt wurde, ob eine Person überhaupt nicht (1 Punkt), ein bisschen (2 Punkte) oder stark (3 Punkte) an Rückenschmerzen, Schwäche, Kopfschmerzen und weiteren 5 Beschwerden litt. Die Punkte wurden zusammengezählt. Als «einige Beschwerden» gelten 10–11 Punkte, als «starke Beschwerden» 12 und mehr Punkte.

Anteil Personen mit leichten und starken körperlichen Beschwerden, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1647 (BE 1992/93); 1539 (BE 1997); 1524 (BE 2002); 14'188 (CH 1992/93); 11'912 (CH 1997); 18'515 (CH 2002).

als auch – wenn auch deutlich weniger markant – der Männer (+5%) zu. Diese Zunahme dürfte mitunter auch Grund dafür sein, dass das allgemeine Wohlbefinden 1997 etwas geringer ausfällt als in den Befragungen von 1992/93 und 2002. Es spielt eine wesentliche Rolle für die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, ob jemand unter körperlichen Beschwerden leidet oder nicht (vgl. Kapitel 5.1).

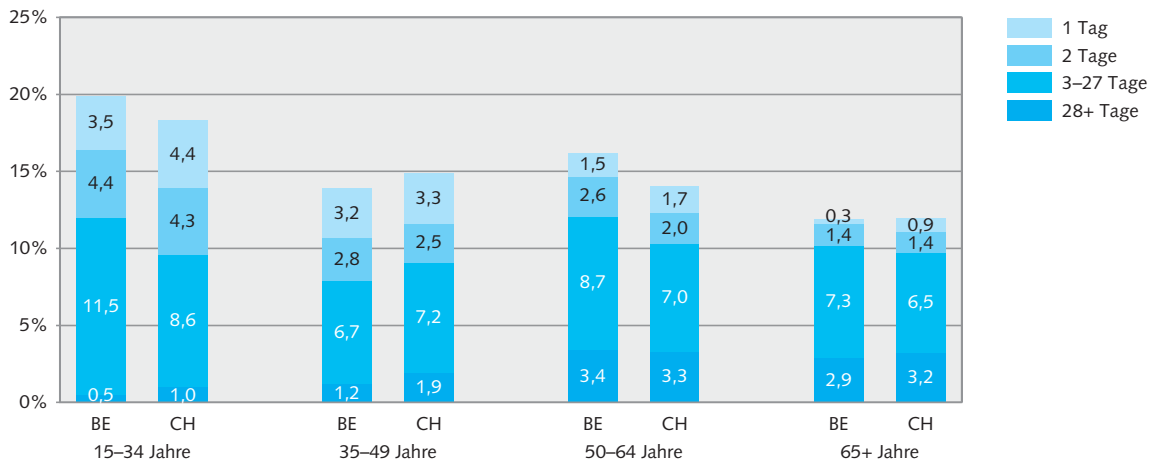
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Ein sowohl individuell als auch volkswirtschaftlich wichtiger Aspekt von Gesundheit ist die Funktions- und Leistungsfähigkeit. Deshalb wurde gefragt, wie häufig in den

letzten vier Wochen aus gesundheitlichen Gründen Alltagsaktivitäten nicht ausgeübt werden konnten. 15,8% der Personen aus dem Kanton Bern geben an, nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen zu sein. Diese Angaben liegen etwas über dem gesamtschweizerischen Mittel von 15,2%. Bei den Frauen (BE: 17,2%; CH: 16,6%) ist der Anteil höher als bei den Männern (BE: 14,4%; CH: 13,3%). Der Anteil nur eingeschränkt leistungsfähiger Personen nimmt in den höheren Altersgruppen tendenziell ab. Der Kanton Bern fällt dabei durch den erhöhten Anteil 15- bis 34-Jähriger auf, die im vergangenen Monat drei Tage und mehr nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren (vgl. Abbildung 2.10).

Anteil der Bevölkerung, der in den vier Wochen vor dem Interview nicht voll einsatz- und leistungsfähig war, unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

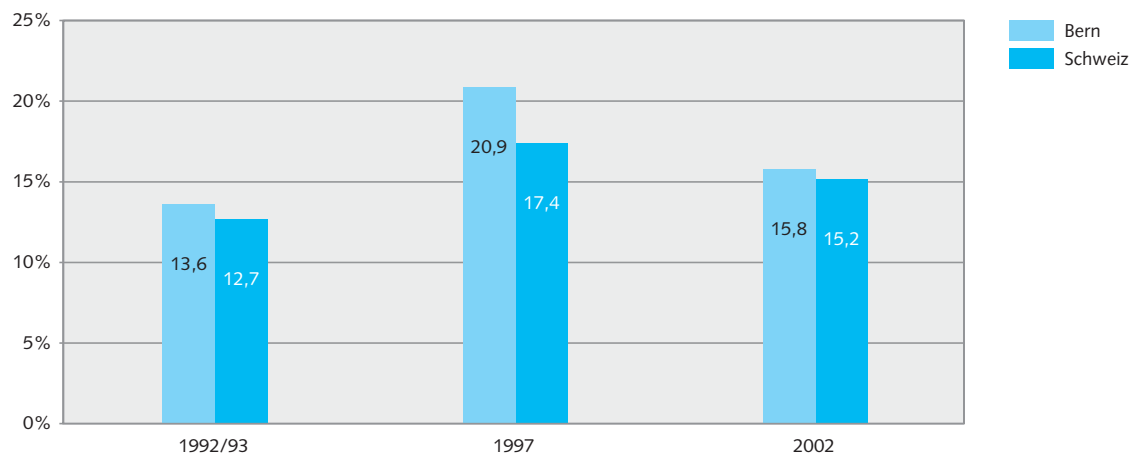
Abb. 2.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1598 (BE); 19'616 (CH).

Anteil Personen mit Leistungseinschränkungen in den vergangenen vier Wochen, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1771 (BE 1992/93); 1708 (BE 1997); 1598 (BE 2002); 15'274 (CH 1992/93); 12'955 (CH 1997); 19'616 (CH 2002).

Hauptsächlich werden Krankheiten und deutlich seltener Unfälle als Ursache der Leistungseinschränkungen angegeben (75,6 vs. 11,7%). Mit zunehmender Dauer verändert sich dieses Verhältnis allerdings. Bei Einschränkungen von einem Monat und mehr ist in jedem vierten Fall ein Unfall dafür verantwortlich.

Die Anzahl Personen, die im Kanton Bern während der vier Wochen vor der Befragung nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren, hat zwischen 1992/93 und 1997 signifikant zugenommen. Seither ist der Anteil Personen mit Leistungseinschränkungen zwar wieder zurückgegangen, er liegt jedoch auch 2002 über dem Wert von 1992/93. Diese Differenz ist statistisch allerdings nicht mehr signifikant.

Der Anstieg der Anzahl Personen mit Leistungseinschränkungen hat auch in der Schweiz insgesamt zwischen 1992/93 und 1997 zugenommen, die Differenz ist allerdings deutlich geringer als im Kanton Bern (vgl. Abbildung 2.11). Zu allen drei Messzeitpunkten ist der Anteil Personen mit Leistungseinschränkungen im Kanton Bern etwas höher als in der Gesamtschweiz.

Betrachtet man die Veränderung der Leistungseinschränkungen der Frauen und Männer getrennt, so wird ersichtlich, dass der Anteil bei den Frauen etwas stärker gestiegen ist (BE +8,3%; CH +5,3%) als bei den Männern (BE +6,2%; CH +4%).

2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten

Die WHO verwendet den Begriff Risiko unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten. Risiko ist einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankheit (z. B. Herzinfarkt) auftritt. Andererseits ist Risiko ein Faktor (z. B.

Bluthochdruck), der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit steigert. Im folgenden Abschnitt geht es um drei Risikofaktoren der zweiten Art: hoher Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht. Sie sind wesentlich mitverantwortlich für Krankheiten im Herz-Kreislauf-System (Schlaganfall, Herzinfarkt) und Diabetes (WHO 2002).

Sowohl Bluthochdruck als auch erhöhte Cholesterinwerte werden im Normalfall von der betroffenen Person nicht wahrgenommen. Deshalb ist es wichtig, dass diese Werte, insbesondere bei Personen mit einem Risikopotenzial wie beispielsweise Übergewicht, regelmässig kontrolliert werden.

Auch die folgenden Analysen stützen sich auf Selbstangaben und nicht auf klinische Daten. Sie setzen also voraus, dass bei den befragten Personen die erwähnten Risikofaktoren gemessen wurden, und dass sich die Personen daran erinnern.

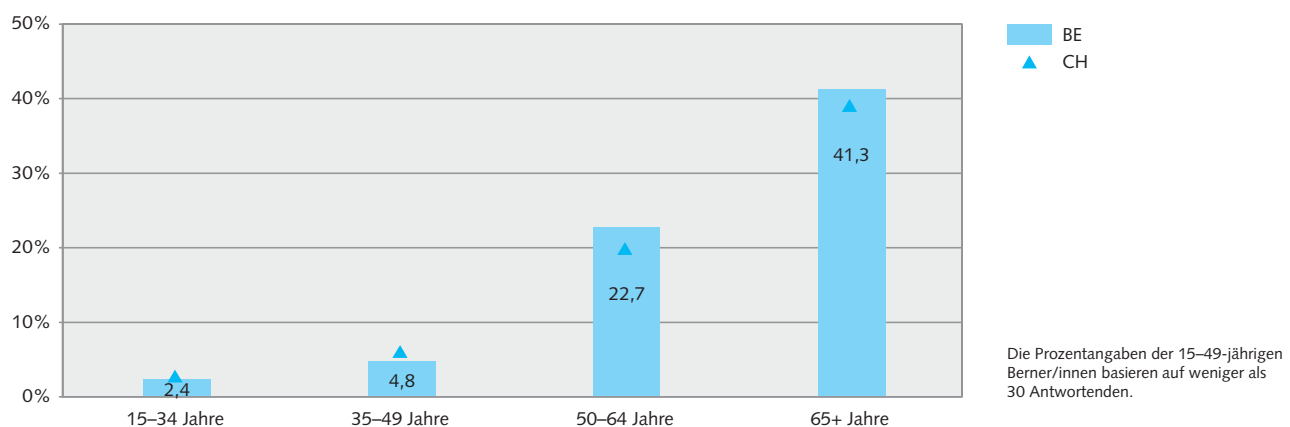
Bluthochdruck

Ein erhöhter Blutdruck ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenschwäche. Es gibt verschiedene Einflüsse, die zu Bluthochdruck führen. Dazu gehören vermeidbare Faktoren wie Übergewicht, Fehlernährung mit zu hohem Salzgehalt und Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress sowie auch nicht beeinflussbare Faktoren wie eine erbliche Veranlagung und höheres Alter (Schweizerische Herzstiftung o. J.).

Ein tiefer Blutdruck hingegen ist kein Alarmzeichen, sondern im Gegenteil eine gute Voraussetzung für ein langes Leben. Tiefer Blutdruck ist bei jungen Leuten,

Aktuell zu hoher Blutdruck, unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1467 (BE); 17'834 (CH).

vorab Frauen, verbreitet und oft konstitutionell bedingt. Folgen von tiefem Blutdruck sind häufig Schwindel oder Kollapszustände (Schwarzwerden vor den Augen) beim zu schnellen Aufstehen oder bei längerem Stehen.

Bei 22,7% der Berner Bevölkerung wurde in einem der Befragung vorausgehendem Zeitpunkt von einer medizinischen Fachperson zumindest einmal ein zu hoher Blutdruck gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 10,5% einen zu tiefen und 15,9% einen zu hohen Blutdruck an.

In der Gesamtschweiz werden leicht tiefere Werte angegeben. Bei 20,9% der Bevölkerung wurde in der Vergangenheit mindestens einmal ein erhöhter Blutdruck gemessen, zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,1% der Befragten einen zu tiefen und 14,4% einen zu hohen Blutdruckwert an. Mit dem Alter nimmt der Anteil Personen mit normalem oder tiefem Blutdruck ab, während hohe Blutdruckwerte stark zunehmen (vgl. Abbildung 2.12).

Der Anteil Personen mit hohem Blutdruck ist bei den Frauen und Männern etwa gleich hoch. Der Anteil Personen mit zu tiefem Blutdruck ist jedoch bei den Frauen massiv höher als bei den Männern. Bei den 35- bis 49-jährigen Frauen hat ein Viertel der Personen, die über ihren Blutdruck Bescheid wissen, einen zu tiefen Blutdruck.

Hoher Cholesterinspiegel

Cholesterin ist eine fettähnliche Substanz, die in Blutgefässen, Organen und Nerven vorkommt. Cholesterin wird vom Körper selbst in der Leber gebildet wie auch über die Nahrung aufgenommen. Wird zu viel Cholesterin über die Nahrung zugeführt, kommt es zu einem Überschuss, den der Organismus nicht mehr verarbeiten kann. Während das «gute» HDL-Cholesterin in der Lage ist, überschüssiges Cholesterin abzuführen, lagert sich das «schlechte» LDL-Cholesterin in den Arterien ab. Je höher der Blutfettspiegel, desto grösser ist das Risiko ei-

Tab.2.4 Anteil Personen, die ihren Cholesterinwert (C.) nicht kennen, und Personen mit hohem Cholesterinspiegel nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		kennt C. nicht		Diagnose erhöhter C.		aktuell zu hoher C.		
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	
Gesamtbevölkerung		43,6	40,6	13,3	14,6	9,0	8,8	
Geschlecht	Frauen	40,9	40,2	12,3	13,0	9,1	7,4	
	Männer	46,5	41,1	14,3	16,5	8,9	10,3	
Altersgruppen	15–34	65,4	61,7	(3,7)	4,9	*	1,7	
	35–49	47,4	41,6	10,4	12,2	(4,1)	5,2	
	50–64	30,6	25,2	22,3	23,0	14,3	13,9	
	65+	21,3	21,8	20,2	24,4	19,1	18,3	
Bildung	obligatorische Schule	44,9	44,2	9,2	12,8	(10,4)	8,6	
	Sekundarstufe II	42,6	40,4	14,9	14,7	8,9	8,2	
	Tertiärstufe	46,8	36,1	10,9	17,0	(7,8)	11,3	
Nationalität	Schweizer	44,2	40,8	13,8	14,8	9,1	9,0	
	Ausländer	38,5	39,4	(9,2)	13,7	*	7,5	
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	49,1	43,4	11,6	13,3	7,8	8,1	
	CHF 3000 bis 4499	37,7	36,7	15,2	15,9	10,1	9,7	
	CHF 4500 bis 5999	38,5	36,1	13,3	16,0	(6,6)	9,0	
	CHF 6000 und höher	39,6	32,4	20,5	17,3	(15,1)	10,7	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	41,6	37,7	(14,1)	15,5	(9,9)	9,5	
	qualifiziert manuelle Berufe	44,9	43,5	14,4	14,7	(11,0)	8,6	
	Kleinunternehmer	40,0	38,8	(9,8)	15,4	(8,4)	9,9	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	40,1	38,6	14,0	14,8	10,0	8,5	
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	44,8	39,8	15,0	14,4	(6,0)	8,5	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	48,5	33,3	(12,1)	17,8	(9,8)	11,4	
Regionaler Vergleich	Aargau	43,2		15,4		7,3		
	Basel-Landschaft	39,1		17,0		8,4		
	Basel-Stadt	37,2		15,3		7,6		
	Bern	43,6		13,3		9,0		
	Luzern	46,0		15,5		9,5		
	Solothurn	38,9		13,9		8,3		
	St. Gallen	49,4		14,7		8,3		
	Zug	42,0		14,0		6,2		
	Zürich	42,5		13,4		7,4		
		andere Deutschschweizer Kantone	44,6		14,5		7,2	
		Westschweizer Kantone	34,9		14,8		10,6	
		Tessin	26,6		18,8		11,0	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1182<n<1537 (BE) und 14'558<n<18'729 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Bei «kennt C. nicht» sind Personen erfasst, die auf die Frage «Wann ist das Cholesterin bei Ihnen das letzte Mal gemessen worden?» mit «noch nie» und «weiss nicht» antworten.

nes Herzinfarktes, Hirnschlages, Beinarterienverschlusses und von Diabetes. Wie der Blutdruck steigt auch der Blutfettspiegel still und schmerzlos und wird erst bei einer Blutkontrolle erkannt.

Bei 13,3% der Personen aus dem Bernbiet, die sich an eine Untersuchung erinnern, wurde in der Vergangenheit zu hohes Cholesterin gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung haben 9,0% zu hohe Cholesterinwerte (vgl. Tabelle 2.4).

In der Gesamtschweiz werden ähnliche Werte registriert. Bei 14,6% wurde in der Vergangenheit mindestens einmal ein erhöhter Cholesterinwert gemessen, zum Zeitpunkt der Befragung haben 8,8% der Befragten einen zu hohen Cholesterinspiegel.

Der Anteil Personen mit erhöhten Cholesterinwerten nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Während Cholesterin bei den 15- bis 34-Jährigen noch kaum ein Thema ist, hat knapp jede fünfte Person über 65 Jahren einen erhöhten Cholesterinspiegel. Entsprechend sieht es auch mit dem Wissen über den eigenen Cholesterinwert aus. Junge wissen sehr oft nicht, wie es um ihr Cholesterin steht. Die Wahrscheinlichkeit für erhöhte Cholesterinwerte ist bei einer jungen Person jedoch auch vergleichsweise gering, vor allem wenn sie sich regelmässig bewegt und nicht übergewichtig ist. Der Anteil Unwissender nimmt erwartungsgemäss mit höherem Alter ab, ist mit über 20% bei den über 56-Jährigen jedoch immer noch hoch (vgl. Tabelle 2.4).

Da der Cholesterinspiegel unter anderem mit dem Gewicht zusammenhängt, ist anzunehmen, dass bei ärztlichen Kontrollen übergewichtiger Personen die Blutfettwerte regelmässig gemessen werden. Dieser Trend lässt sich auch mit den Daten der SGB bestätigen. Dennoch

wurde bei über einem Viertel der Personen mit Übergewicht das Cholesterin noch nie gemessen, oder die Person kann sich nicht daran erinnern.

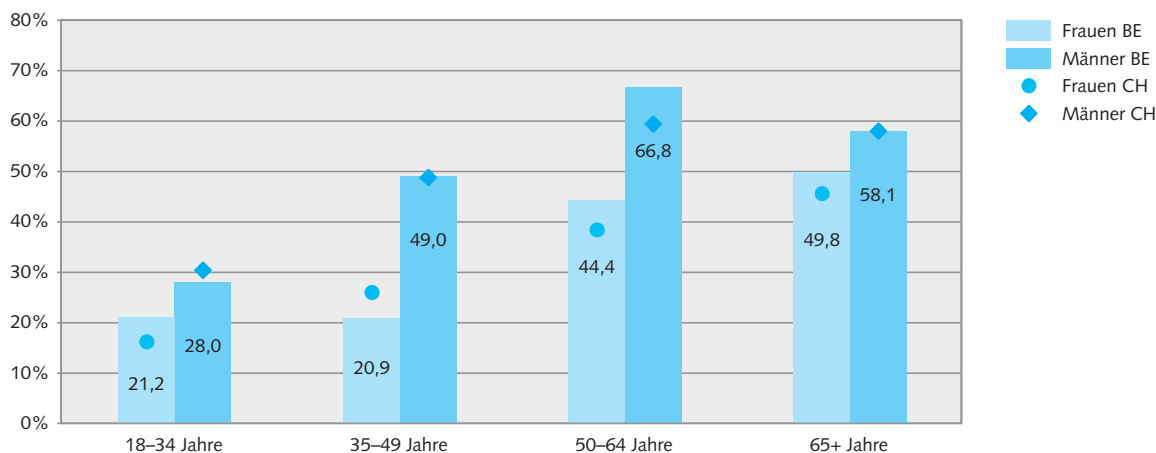
Es muss bei diesen Analysen allgemein berücksichtigt werden, dass ein wesentlicher Teil der Cholesterinmessungen wie auch der Blutdruckkontrollen auf klinischen Untersuchungen oder Abklärungen von Beschwerden beruhen und nicht präventivmedizinisch (im Rahmen einer speziellen Vorsorgeuntersuchung) gemacht wurden.

Übergewicht

Der allgemein anerkannte Parameter zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern (kg/m^2). Die Kategorien für Personen über 18 Jahre werden dabei von der WHO wie folgt festgelegt: Untergewicht: BMI unter 18,5; normales Körpergewicht: BMI zwischen 18,5 und 24,9; Übergewicht: BMI zwischen 25 und 29,9; Fettleibigkeit (Adipositas): BMI 30 und mehr. Diese Klassifizierung basiert auf dem Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität, d. h. das Normalgewicht stellt das Gewicht mit dem niedrigsten Mortalitätsrisiko dar. Zu hohes Körpergewicht ist auch mit höherer Morbidität, sei es durch Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Diabetes mellitus, verbunden (Eichholzer 2003). Fettleibigkeit hat für die betroffene Person wie auch gesamtgesellschaftlich schwerwiegende gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen. Die WHO spricht dabei von einer sich global stark verbreitenden Epidemie, deren Ausmass und Konsequenzen nach wie vor stark unterschätzt würden (WHO 1997).

Anteil der Frauen und Männer mit Übergewicht (inkl. Adipositas), unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.13



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1540 (BE) und 18'893 (CH).

Im Kanton Bern wie auch in der Schweiz sind drei von zehn Personen übergewichtig und weitere 8,6% sind adipös. Insgesamt weisen im Kanton Bern 47,1% der Männer und 32,6% der Frauen ab 18 Jahre ein Körpergewicht mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf (Gesamtschweiz: Männer: 47,5%; Frauen: 30,5%).

Neben den Geschlechtsunterschieden finden sich auch deutliche Altersunterschiede: Der Anteil an Übergewichtigen nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit dem Alter stark zu. Er ist im Kanton Bern insbesondere bei den 50- bis 64-jährigen Bernern deutlich höher als bei den Bernerinnen und den Schweizern derselben Altersgruppe (vgl. Abbildung 2.13).

Für das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen lässt sich tendenziell ein inverser Zusammenhang nachweisen: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto kleiner ist der Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas. Dabei ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Übergewicht bei den Frauen deutlich ausgeprägter als bei den Männern. Dasselbe Muster

zeigt sich bei den Frauen auch beim Untergewicht: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen sind, desto kleiner ist der Anteil übergewichtiger und desto grösser der Anteil untergewichtiger Frauen. Für die Bewertung des gesundheitlichen Risikos muss dazu allerdings festgehalten werden, dass leichtes Untergewicht keinen Risikofaktor darstellt, während die Bedeutung des Übergewichts für die Herz-Kreislauf-Krankheiten wie auch Diabetes gut dokumentiert ist. Als Präventionsmassnahme steht eindeutig die Reduktion des Übergewichts im Vordergrund.

Der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas hat sowohl im Kanton Bern als auch in der Schweiz insgesamt zwischen 1992/93 und 2002 signifikant zugenommen. Diese Zunahme betrifft dabei die Frauen wie die Männer in allen Altersgruppen gleichermassen. Der absolute Anteil Personen mit Übergewicht liegt im Kanton Bern zu allen drei Messzeitpunkten über dem Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.14).

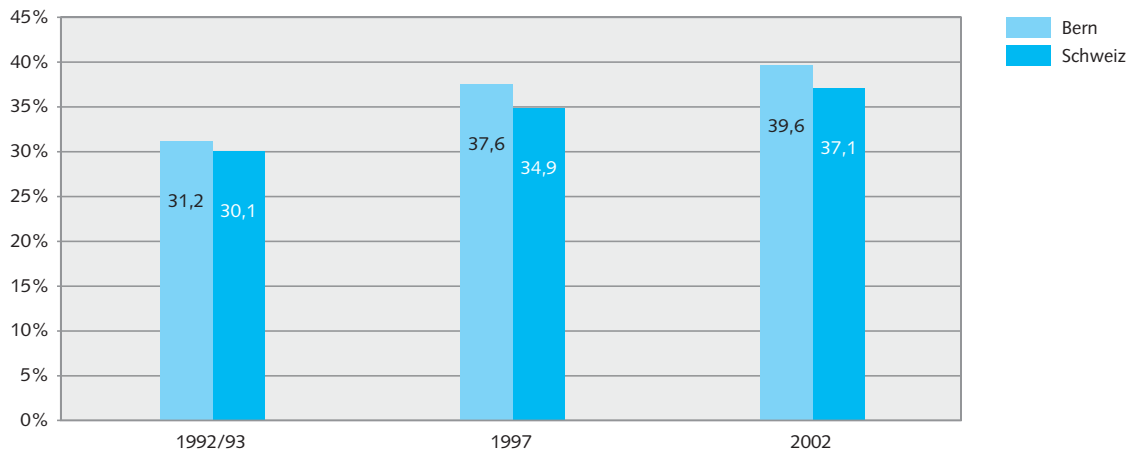
Tab. 2.5 Übergewicht nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		4,1	4,2	56,2	58,7	31,0	29,4	8,6	7,7
Geschlecht	Frauen	6,2	6,4	61,3	64,3	23,9	21,8	8,7	7,5
	Männer	(2,0)	1,8	50,9	52,7	38,5	37,5	8,6	7,9
Altersgruppen	18–34	(7,1)	6,3	68,2	70,4	19,8	19,4	(4,9)	3,9
	35–49	(2,9)	3,0	61,7	59,3	28,5	29,9	(7,0)	7,8
	50–64	*	1,9	43,2	49,3	43,2	37,8	12,2	11,0
	65+	(3,0)	2,8	43,8	46,5	39,9	39,8	13,3	10,9
Bildung	obligatorische Schule	(7,6)	6,3	52,5	55,3	29,5	29,5	(10,4)	9,0
	Sekundarstufe II	3,5	3,6	56,5	59,3	30,8	29,2	9,2	7,9
	Tertiärstufe	*	3,2	59,7	61,2	33,9	30,5	(4,0)	5,1
Nationalität	Schweizer	4,7	4,5	55,5	59,5	31,3	28,6	8,5	7,4
	Ausländer	*	2,9	61,4	55,3	28,9	33,0	(9,7)	8,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	(3,9)	3,8	51,0	55,1	35,6	31,3	9,6	9,8
	CHF 3000 bis 4499	(3,9)	3,3	56,9	57,2	31,0	32,0	8,2	7,6
	CHF 4500 bis 5999	(4,1)	3,1	55,3	60,3	33,3	29,9	(7,3)	6,8
	CHF 6000 und höher	*	3,1	69,8	64,6	20,5	26,2	(8,5)	6,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	*	1,8	49,1	49,4	37,8	37,0	(9,7)	11,8
	qualif. manuelle Berufe	*	2,0	53,4	53,3	36,6	34,9	(7,2)	9,8
	Kleinunternehmer	*	2,3	46,2	52,0	38,5	36,3	(13,6)	9,4
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(4,2)	5,1	32,9	61,5	24,8	26,0	7,1	7,4
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	(3,7)	4,0	59,9	63,4	28,1	27,0	8,4	5,7
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	3,4	52,9	58,5	37,6	32,0	*	6,1
Regionaler Vergleich	Aargau	3,3		55,9		32,8		8,0	
	Basel-Landschaft	3,3		59,3		29,8		7,6	
	Basel-Stadt	2,8		60,8		27,1		9,4	
	Bern	4,1		56,2		31,0		8,6	
	Luzern	3,5		57,8		31,5		7,1	
	Solothurn	3,3		55,3		30,1		11,3	
	St. Gallen	3,3		62,5		27,4		6,8	
	Zug	4,7		59,5		30,7		5,1	
	Zürich	3,9		61,0		28,6		6,4	
	andere Deutschschweizer Kantone	3,6		58,3		29,8		8,3	
	Westschweizer Kantone	5,3		58,8		28,1		7,8	
	Tessin	5,7		58,1		30,0		6,2	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1481<n<1582 (BE); 17'816<n<18'891 (CH).
 Untergewicht: BMI<18,5; Normalgewicht: 18,5 BMI<25; Übergewicht: 25 BMI<30; Fettleibigkeit (Adipositas): 30 BMI.
 * Antworten von 0–10 Personen; die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.14



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1730 (BE 1992/93); 1675 (BE 1997); 1581 (BE 2002); 14'899 (CH 1992/93); 12'821 (CH 1997); 19'455 (CH 2002).

Gesundheitsprävention in Berner Schulen

Die Stiftung Berner Gesundheit plant und realisiert im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Sie arbeitet vor allem mit Schulen und Gemeinden zusammen. In einem gemeinsamen Prozess befähigt sie Lehrerkollegien und Gemeindebehörden dazu, in Schule und Gemeinde gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen. Die Stiftung Berner Gesundheit engagiert sich im Kanton Bern für eine wirkungsvolle und professionelle Gesundheitsförderung. Ihre Fachleute planen und realisieren Informations-, Schulungs-, Beratungs- und Therapieangebote.

Ein Beispiel eines Projektes aus dem Präventionsbereich der Stiftung Berner Gesundheit ist das Weiterbildungsprogramm «Am Puls», das auf die Zusammenarbeit mit Schulen setzt. In der Schule lassen sich nachhaltige gesundheitsfördernde Lösungen beispielsweise dadurch verankern, dass sich eine Lehrperson in Absprache mit der Schulleitung und dem Lehrerkollegium zur Koordinatorin / zum Koordinator für Gesundheitsförderung ausbilden lässt. Diese eineinhalbjährige Ausbildung heisst «Am Puls». Die Stiftung Berner Gesundheit führt sie gemeinsam mit der Zentralstelle für Lehrerinnen- und Lehrerfortbildung durch. Während des Ausbildungsganges initiieren die Absolventen und Absolventinnen zusammen mit ihren Schulleitungen schulinterne Präventions- und Gesundheitsförderungs-Aktivitäten und tragen dazu bei, dass die Schulen sowohl im präventiven Bereich als auch bei Schwierigkeiten handlungsfähig sind. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass Gesundheitsförderung längerfristig in den jeweiligen Schulen verankert wird und dass für jede Schule eine massgeschneiderte Lösung gefunden wird. Im Jahr 2003 absolvieren 28 Lehrkräfte diese Weiterbildung, somit setzen sich 28 Schulen im Kanton Bern mit dem Thema Prävention auseinander. Die Wirkung des Projektes wird so auf 750 Lehrpersonen und auf mehr als 7000 Schüler und Schülerinnen multipliziert.

2.1.5 Unfälle

In der Schweiz ereignen sich pro Jahr über eine Millionen Unfälle, wobei etwa 2000 Personen tödliche Verletzungen erleiden. Dies sind 17 Todesfälle auf 10'000 Verunfallte. Die meisten Unfälle passieren dabei zu Hause und in der Freizeit. Der Anteil Getöteter ist bei den Verkehrsunfällen aber besonders hoch (BFU 2003).

15% der Personen über 15 Jahre im Kanton Bern geben an, im Laufe des Jahres vor der Befragung mindestens einen Unfall erlitten zu haben. Der grösste Teil dieser Unfälle ereignete sich bei Sport und Spiel (vgl. Abbildung 2.15). Rund jede zwölfte Person im Kanton Bern hat solch einen Sport- oder Spielunfall erlitten, wobei knapp zwei Drittel der Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten. Der Anteil verletzter Männer ist dabei mit 11,2% um mehr als das Doppelte höher als jener der Frauen mit 5,3%.

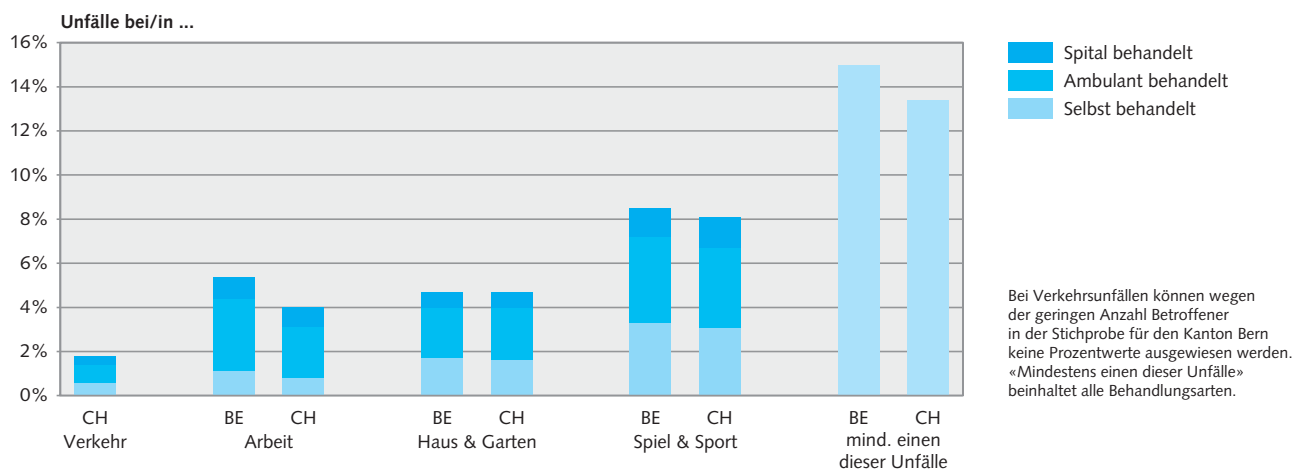
Am zweithäufigsten ereignen sich Unfälle in Haus und Garten. Die Mehrheit dieser Unfälle musste ambulant oder stationär im Spital behandelt werden. Im Gegensatz zu den Sport- und Spielunfällen ist der Anteil der Frauen und Männer, die sich in Haus und Garten verletzt haben, etwa gleich hoch.

Einen Berufsunfall erlitten rund 5,5% der erwerbstätigen Bernerinnen und Berner, wovon die Männer deutlich häufiger betroffen sind als die erwerbstätigen Frauen. Dieser Unterschied kann mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl erklärt werden.

Verkehrsunfälle gab es vergleichsweise wenige. Wegen den weitreichenden Folgen, die sie verursachen können, sind sie aber gleichwohl von grosser Bedeutung.

Anteil der Bevölkerung, die im Laufe eines Jahres einen Unfall erlitten hat, unterschieden nach Unfall- und Behandlungsart, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.15



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1606 (BE), 19'706 (CH).

Der Fünfjahresbericht der Unfallstatistik zeigt auf, dass Berufsunfälle in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen haben. Dies ist unter anderem das Verdienst erfolgreicher Präventionsprogramme und gesetzlicher Regelungen wie etwa der Einführung der Schutzhelmpflicht auf Baustellen im Jahr 2000. Freizeitunfälle haben im Gegensatz dazu einen neuen Höchststand erreicht. Es ist deshalb wichtig, der Verhütung von Freizeitunfällen eine noch grössere Aufmerksamkeit zu schenken. Dies umso mehr, als verschiedene Kampagnen und Massnahmen der Suva oder der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung in den letzten Jahren bewiesen haben, dass hier erfolgreich Prävention betrieben werden kann (vgl. z. B. Suva 2004).

2.1.6 Schwindel und Stürze

Mit zunehmendem Alter spielen Stürze als Verletzungsursache eine wichtige Rolle. Sie bedeuten oft Verlust von Eigenständigkeit und Lebensqualität, denn nicht selten bedeutet eine langsam heilende Sturzfraktur die Aufgabe des selbstständigen Wohnens.

Stürze haben unterschiedliche Ursachen. Sie können sowohl umwelt- (ungünstiger Bodenbelag) als auch physisch bedingt sein. Unter physischen Bedingungen sind beispielsweise längere motorische Reaktionszeiten, Einbussen des Gleichgewichtssinns oder die Einnahme von Medikamenten, die das Gleichgewicht beeinträchtigen, zu verstehen.³ Mit zunehmendem Alter werden zudem Schwindelanfälle als Sturzursache immer häufiger. Frauen geben dabei doppelt so oft an, Schwindelprobleme zu haben, wie Männer (20,5% vs. 10,3%).

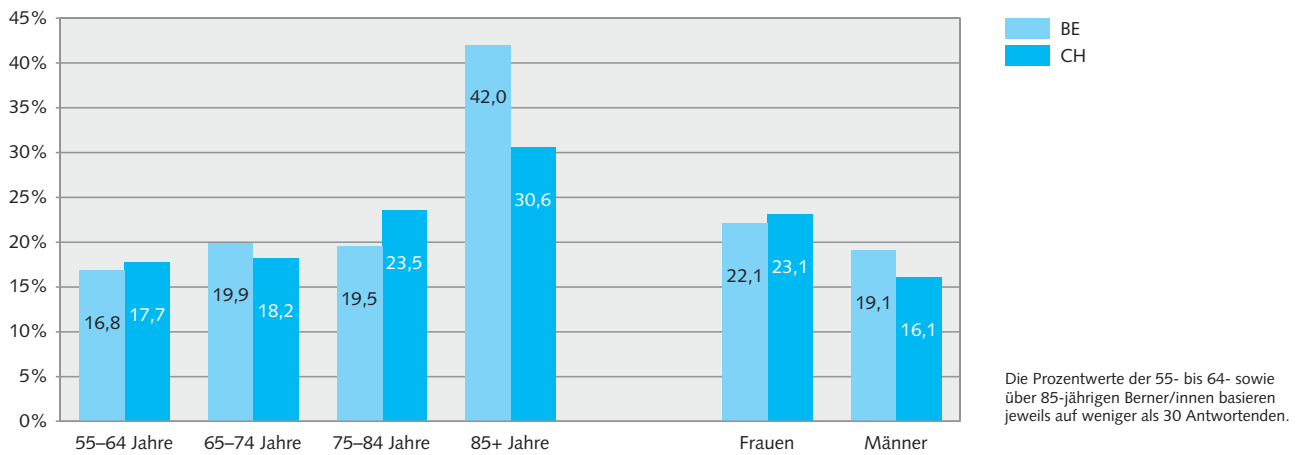
Während bei den 55- bis 64-jährigen Bernerinnen und Bernern 16,8% der Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt sind, ist dies bei den über 85-Jährigen⁴ deutlich häufiger der Fall. Frauen stürzen dabei mehr als Männer, was nur bedingt durch den grösseren Frauenanteil bei den über 85-Jährigen erklärt werden kann, da Frauen bereits in jüngeren Jahren häufiger Stürze erleiden. Die Stürzhäufigkeit bei Frauen ist insofern problematisch, als ältere Frauen bedingt durch Osteoporose ein höheres Risiko von Knochenbrüchen aufweisen.

³ Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Thema vgl. Höpflinger und Hugentobler (2003).

⁴ In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind ausschliesslich Personen befragt worden, die in einem Privathaushalt leben.

Anteil Personen mit mindestens einer Sturzepisode in den letzten 12 Monaten, unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.16



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 508 (BE); 5874 (CH).

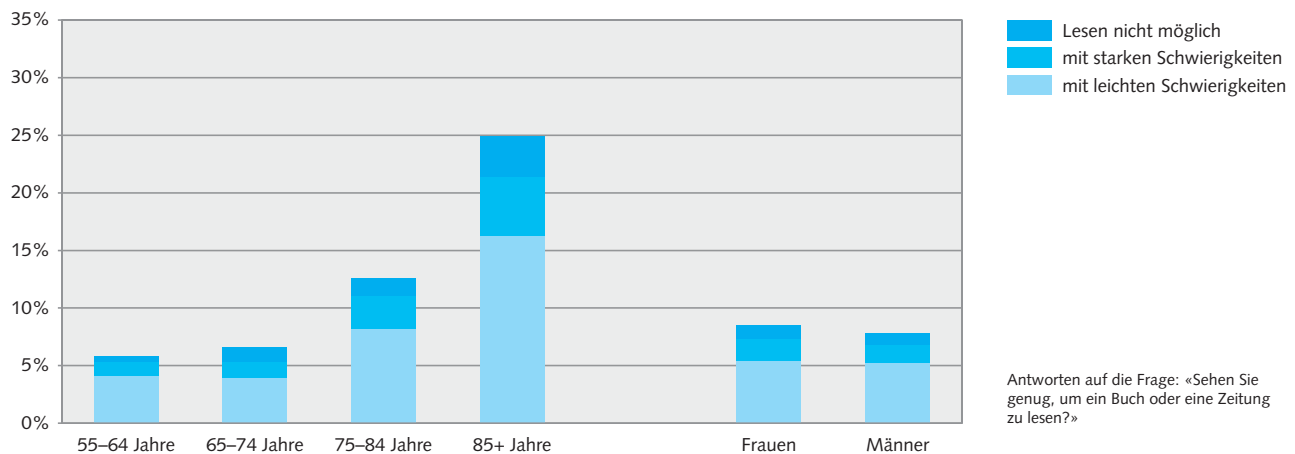
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben

In der Gesundheitsbefragung wurde auch nach Behinderungen im alltäglichen Leben gefragt. Gemeint sind dabei Einschränkungen bei einfachen Verrichtungen wie selbstständig aus dem Bett steigen, einem Gespräch folgen oder ein Buch lesen. Der grossen Mehrheit der Schweizer Bevölkerung bereiten diese Tätigkeiten keine Probleme. Lediglich etwa 3% haben leichte Schwierigkeiten beim Lesen und Hören, der Anteil Personen mit starken Schwierigkeiten liegt im Promillebereich.

Erwartungsgemäss nehmen alle Schwierigkeiten mit dem Alter stark zu. Ein Viertel der Personen über 85 Jahre, die in einem Privathaushalt leben, hat Probleme mit Lesen und Hören. Dies kann einerseits mit dem altersbedingten Nachlassen der Seeschärfe und Hörstärke und andererseits auch mit zunehmenden Konzentrations-schwierigkeiten zusammenhängen.

Anteil der Schweizer Bevölkerung über 55 Jahre mit Sehschwierigkeiten, unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen

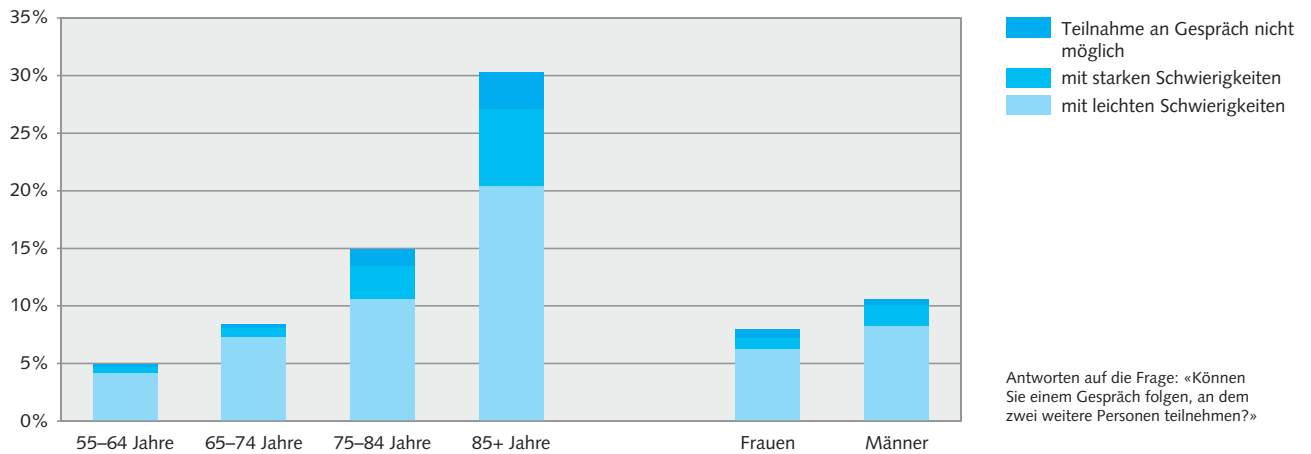
Abb. 2.17



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=7597.

Anteil der Schweizer Bevölkerung über 55 Jahre mit Hörschwierigkeiten, unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen

Abb. 2.18



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=7507.

2.2 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit ist in den letzten Jahren auf der nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Agenda immer wichtiger geworden. Einerseits hängt dies damit zusammen, dass psychisch Kranke allmählich nicht mehr stigmatisiert werden und andererseits damit, dass in den letzten Jahren die Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen und ambulanter psychischer oder psychotherapeutischer Behandlungen kontinuierlich zunahm. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat 2003 zu diesem Thema ein Monitoring veröffentlicht, welches eine aktuelle Übersicht über bestehende Untersuchungen in der Schweiz bietet (Rüesch/Manzoni 2003).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO widmet den World Health Report 2001 ausschliesslich der psychischen Gesundheit. Die WHO hat schon bei ihrer Gründung mit der Definition von Gesundheit als «a state of complete physical, mental and social well-being» dem psychischen Wohlbefinden den gleichen Stellenwert eingeräumt wie dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden. Im World Health Report 2001 fordert die WHO die Gesundheitspolitiker konkret auf, psychische Krankheit vermehrt in die gesundheitspolitischen Massnahmen- und Präventionsprogramme mit einzubeziehen. Der Report zeigt zudem auf, wie psychische Krankheiten durch eine Kombination von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren verursacht werden.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung beinhaltet eine Reihe von Fragen, die sich um psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden drehen. Aus diesen

Fragen können kumulative Indices gebildet werden, die psychische Ausgeglichenheit, psychisches Wohlbefinden, die Schlafqualität und Kontrollüberzeugung messen.

2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit

Psychisch ausgeglichene Menschen fühlen sich selten oder nie niedergeschlagen, angespannt, gereizt oder nervös. Vielmehr geben sie an, praktisch jeden Tag ruhig, ausgeglichen, gelassen, voller Kraft, Energie und Optimismus zu sein. Im Gegensatz dazu geben psychisch un- ausgeglichene Personen an, (fast) täglich niedergeschlagen, angespannt, gereizt, nervös, unruhig sowie ohne Kraft und Energie zu sein.

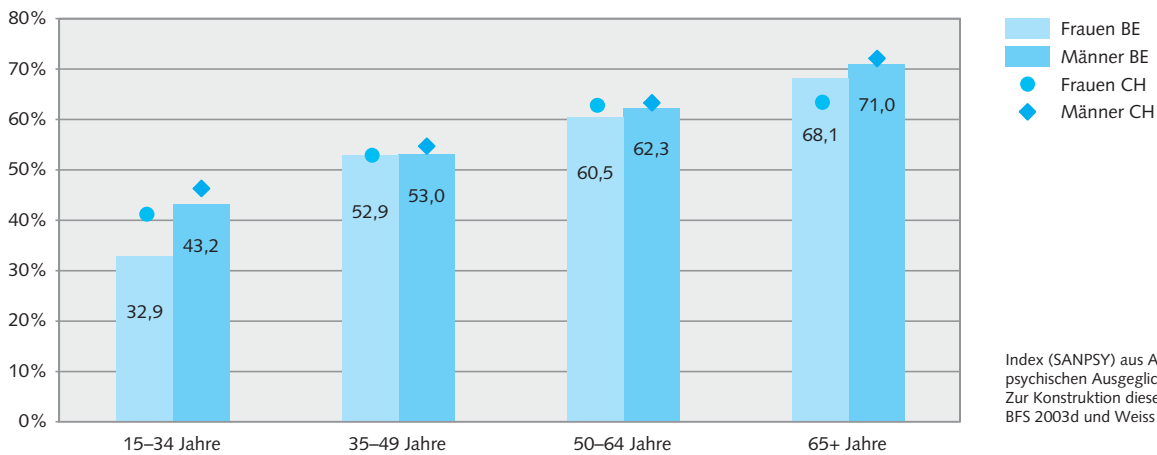
Die Bevölkerung des Kantons Bern erweist sich im Durchschnitt als psychisch etwas weniger ausgeglichen als die Gesamtschweizer Bevölkerung (53,6% vs. 55,0%). Die grösste Differenz zur Gesamtschweizer Referenzgruppe besteht dabei bei den 15- bis 34-jährigen Bernerinnen. Mit zunehmendem Alter verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit der Frauen und der Männer sowohl im Kanton Bern wie auch in der Schweiz insgesamt (vgl. Abbildung 2.19).

Der niedrige Grad der Ausgeglichenheit von jüngeren Personen könnte ihre Schwierigkeiten reflektieren, sich in die Gesellschaft der Erwachsenen einzufügen und ihren Platz im Erwachsenen-, Erwerbs- und Familienleben zu finden.

Männer, die über einen höheren Bildungsabschluss verfügen, weisen eine deutlich höhere psychische Ausgeglichenheit auf als Männer, die lediglich die obligatorische Schule besucht haben. Bei den Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht, stattdessen hat hier die Höhe

Anteil Personen mit guter psychischer Ausgeglichenheit nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

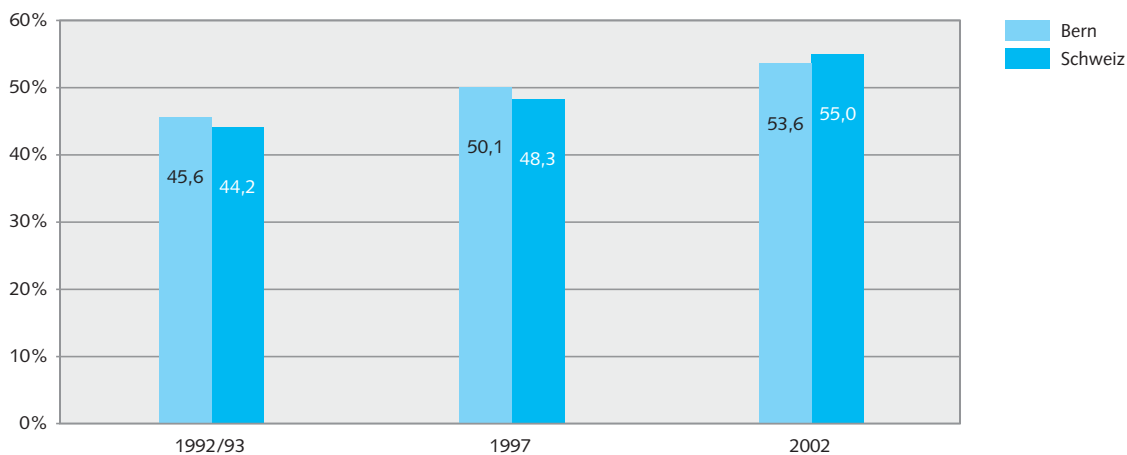
Abb. 2.19



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=816 (Frauen BE); 667 (Männer BE); 10'170 (Frauen CH); 8123 (Männer CH).

Anteil Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.20



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1706 (BE 1992/93); 1654 (BE 1997); 1483 (BE 2002); 14'525 (CH 1992/93); 12'569 (CH 1997); 18'293 (CH 2002).

des Haushalteinkommens einen Einfluss auf die psychische Ausgeglichenheit. Bei verheirateten und verwitweten Frauen ist dieser Zusammenhang viel ausgeprägter als bei ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen. Dies mag ein Indiz dafür sein, dass bei den Frauen der soziale Status ihres Mannes nach wie vor einen grossen Einfluss auf die Lebenssituation hat.

Zwischen 1992/93 und 2002 hat der Anteil Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit im Kanton Bern kontinuierlich (signifikant) zugenommen. Im Jahr 2002 erfreut sich mehr als jede zweite Person einer hohen psychischen Ausgeglichenheit. Dieser positive Trend findet sich dabei nicht nur im Kanton Bern, sondern auch in der Schweiz insgesamt und unabhängig von Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 2.20).

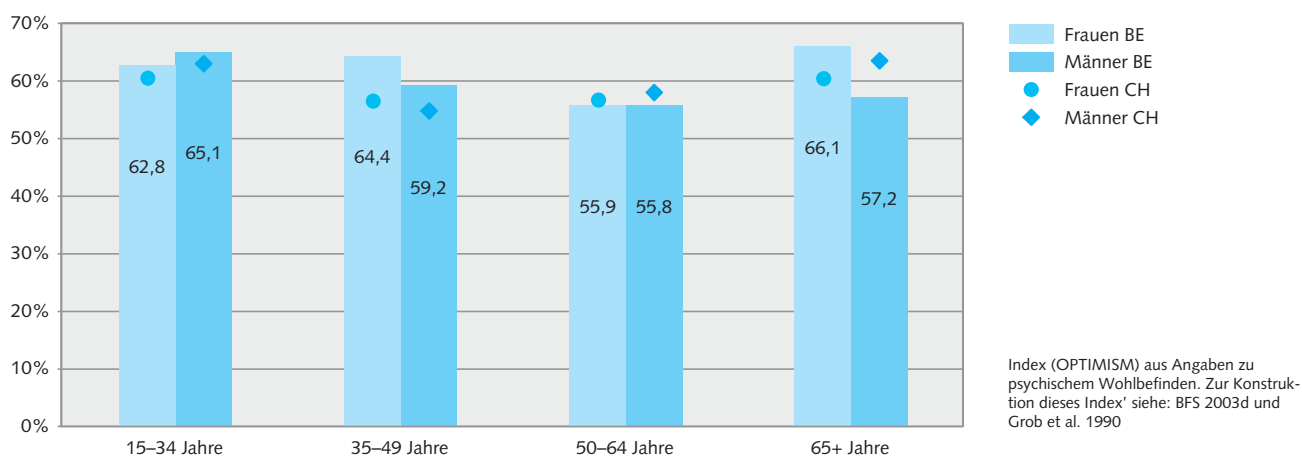
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden

Als ein weiterer Aspekt von psychischer Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden analog zum Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Grob et al. 1990) im schriftlichen Fragebogen mit acht Fragen ermittelt. Daraus wird erneut ein additiver Index⁵ gebildet. Psychisches Wohlbefinden lässt sich auf dieser Grundlage in die vier Kategorien «niedrig», «eher niedrig», «eher hoch» und «hoch» einteilen.

⁵ Der OPTIMISM-Index wurde für 2002 umbenannt von «positive Lebenseinstellung» zu «psychisches Wohlbefinden». In der Befragung von 1997 wurden diese Fragen lediglich den 15- bis 24-jährigen Personen gestellt (BFS 2003d).

Anteil der Bevölkerung mit hohem psychischem Wohlbefinden, unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.21



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1295 (BE), 15'587 (CH).

Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass eine Person subjektives Wohlbefinden erlebt, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen, den physischen, psychischen und sozialen Anforderungen zu genügen. Personen mit einem hohem psychischem Wohlbefinden bejahen Statements wie: «Meine Zukunft sieht gut aus», «Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen», «Ich freue mich zu leben», «Mein Leben scheint mir sinnvoll», «Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn» oder «Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind».

Das psychische Wohlbefinden nimmt in den mittleren Altersgruppen ab und dann wieder leicht zu. Dieser u-förmige Verlauf ist insbesondere bei den Bernerinnen zu beobachten (vgl. Abbildung 2.21). Während im Gesamtschweizer Mittel die Männer etwas häufiger ein sehr hohes psychisches Wohlbefinden angeben als die Frauen, ist es im Kanton Bern umgekehrt. Insbesondere bei den 35- bis 49- und über 65-Jährigen ist das psychische Wohlbefinden der Bernerinnen besser als jenes der gleichaltrigen Berner.

Das psychische Wohlbefinden steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Haushaltseinkommen und höherer Schulbildung. Im Kanton Bern zeigt sich zudem eine Zunahme des psychischen Wohlbefindens in den höheren sozioprofessionellen Kategorien. Insbesondere die Gruppe der höheren Führungskräfte und der freien Berufe zeichnet sich durch einen sehr hohen Anteil (68,5%) von Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden aus.

Weiter lässt sich eine grosse Differenz zwischen den Nationalitäten erkennen. Der Anteil an Personen mit

sehr hohem psychischem Wohlbefinden ist bei der ausländischen Wohnbevölkerung bedeutend geringer als bei den Schweizerinnen und Schweizern (52,9% vs. 60,1%). Diese Differenz ist im Kanton Bern etwas weniger stark ausgeprägt (55,7% vs. 61,6%) als in der Schweiz insgesamt (vgl. Tabelle 2.6).

2.2.3 Schlafqualität

Für das Aufrechterhalten einer guten psychischen Gesundheit ist genügend und guter Schlaf wichtig. Wie viele Stunden Schlaf konkret nötig sind, kann nicht pauschal gesagt werden. Während sich die eine Person bereits nach wenigen Stunden ausgeruht fühlt, fällt es jemand anderem selbst nach zehn Stunden nicht leicht, das Bett zu verlassen. Problematisch wird es, wenn jemand längere Zeit an Einschlaf- oder Durchschlafstörungen leidet, häufig vorzeitig erwacht oder generell unruhig schläft.

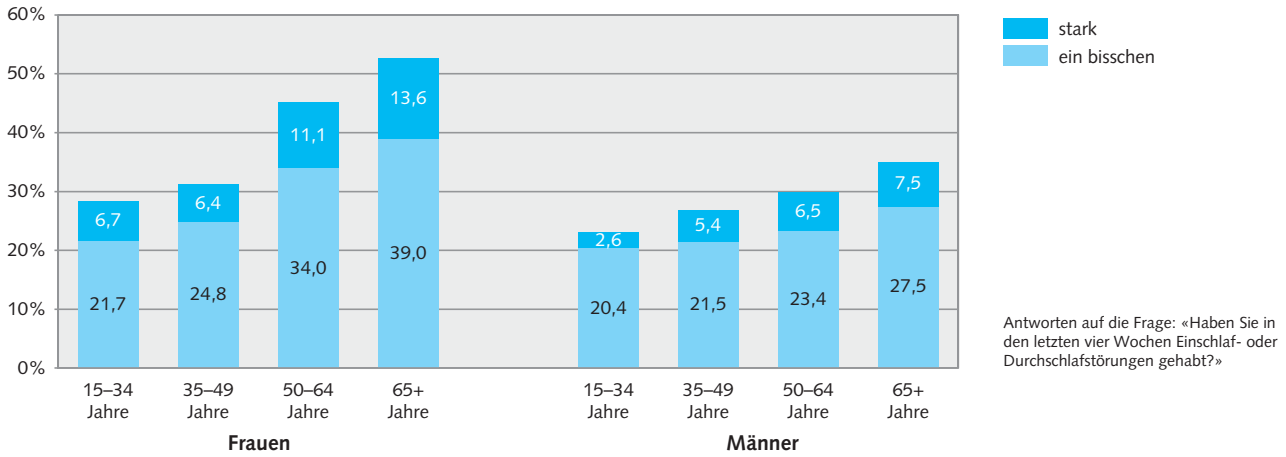
Dabei zeigt sich auch hier, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen Einfluss auf die Schlafqualität haben. Mit zunehmendem Alter häufen sich die Schlafprobleme. Dieser Befund gilt für Frauen allerdings deutlich stärker als für Männer (vgl. Abbildung 2.22).

Im Kanton Bern leiden insgesamt 37% der Frauen und 25% der Männer unter schwachen bis starken Schlafstörungen.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Konsum von Schlafmitteln, so zeigt sich: Je häufiger eine Person unter starken Schlafproblemen leidet, desto regelmässiger werden Schlafmittel konsumiert. Rund jede fünfte Person über 65 Jahre nimmt

Anteile der Frauen und Männer mit mittleren und starken Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Schweiz

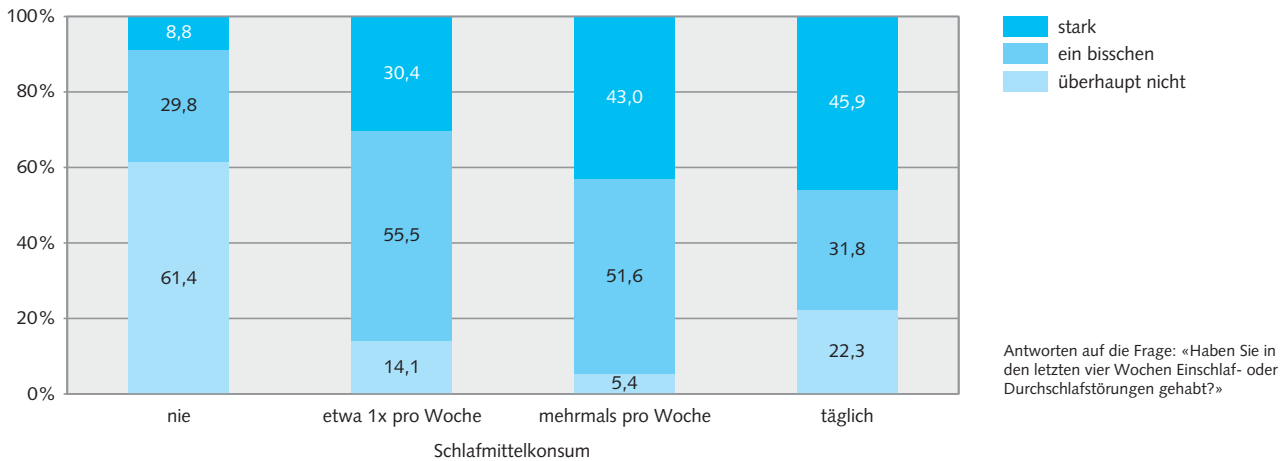
Abb. 2.22



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 19'698.

Zusammenhang Schlafmittelkonsum und Schlafprobleme, Schweiz

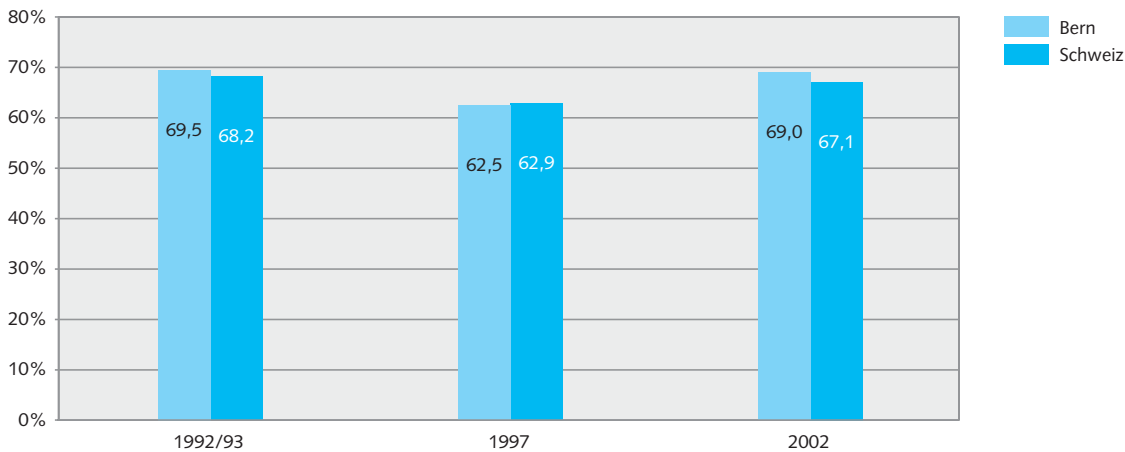
Abb. 2.23



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8616.

Anteil Personen ohne Schlafprobleme, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.24



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1712 (BE 1997); 1605 (BE 2002); 15'280 (CH 1992/93); 12'997 (CH 1997); 19'689 (CH 2002).

gelegentlich ein solches Mittel, wobei der Konsum bei den Frauen deutlich häufiger ist als bei den Männern. 13% der Frauen über 65 Jahre schlafen täglich mit einem Schlafmittel, bei den Männern sind es 8%.

Im Kanton Bern schlafen die Bewohnerinnen und Bewohner 2002 etwa gleich gut wie vor zehn Jahren. Mehr als zwei von drei Personen haben weder Einschlaf- noch Durchschlafprobleme. Die Schlafqualität war allerdings nicht über die ganze Zeit konstant hoch. Bei der Befragung von 1997 gaben signifikant weniger Personen an, keine Schlafprobleme zu haben. Dieses Zwischentief ist allerdings kein Berner Einzelfall, sondern lässt sich auch in der Schweiz in ähnlichem Ausmass nachweisen (vgl. Abbildung 2.24).

2.2.4 Lebensbewältigung

Zentral für die Lebensbewältigung ist die Überzeugung, das eigene Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Menschen mit ausgeprägten Kontrollüberzeugungen können besser mit Stress und Belastungen umgehen als Personen, die sich dem Schicksal ausgeliefert fühlen. Studien belegen, dass starke Kontrollüberzeugungen mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen verbunden sind als geringe Kontrollüberzeugungen (Rüesch und Manzoni 2003).

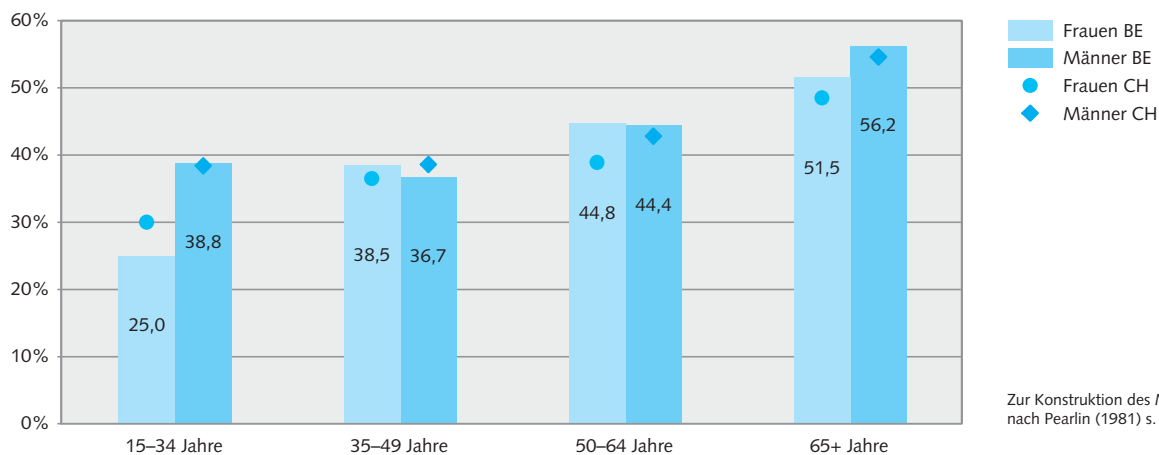
In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geben Personen mit einer geringeren Fähigkeit zur Lebensbewältigung an, mit den eigenen Problemen nicht fertig zu werden, sich im Leben hin und her geworfen zu fühlen, keine Kontrolle über die Dinge des Lebens zu haben und ihren Problemen ausgeliefert zu sein.

Der Grad an Kontrollüberzeugung ist sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig. Er nimmt in den höheren Altersgruppen zu und ist bei den Männern tendenziell etwas höher als bei den Frauen. Im Kanton Bern entspricht der Anteil an Männern mit hohen Kontrollüberzeugungen etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt, während bei den 15- bis 34-jährigen Frauen der Anteil mit hoher Kontrollüberzeugung etwas unter und bei den über 50-jährigen Bernerinnen über der Schweizer Referenzgruppe liegt (vgl. Abbildung 2.25). Dies bedeutet, dass die über 50-jährigen Bernerinnen überdurchschnittlich stark davon überzeugt sind, ihr Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können, während sich die 15- bis 34-jährigen Bernerinnen im Vergleich zur gesamtschweizerischen Referenzgruppe etwas stärker dem Zufall oder Schicksal ausgeliefert fühlen. Es zeigt sich weiter, dass im Kanton Bern Personen ausländischer Nationalität eine höhere Kontrollüberzeugung aufweisen als Schweizerinnen und Schweizer. In der Schweiz insgesamt verhält es sich umgekehrt (vgl. Tabelle 2.6).

Die Erwartung, selbst bestimmen zu können, was im eigenen Leben geschieht, ist 1997 im Vergleich zu 1992/93 signifikant gesunken – eine Veränderung, die auch in der gesamten Schweiz, und zwar verstärkt bei der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahre), beobachtet werden konnte. Dieser Trend hat sich glücklicherweise nicht fortgesetzt. 2002 ist die Kontrollüberzeugung noch leicht höher als vor zehn Jahren. Es sind dabei wiederum die über 65-Jährigen, deren Kontrollüberzeugung sich am stärksten gesteigert hat.

Anteil der Bevölkerung mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.25



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1182 (BE); 14'359 (CH).

Zur Konstruktion des Mastery-Index' nach Pearlin (1981) s. BFS 2003d.

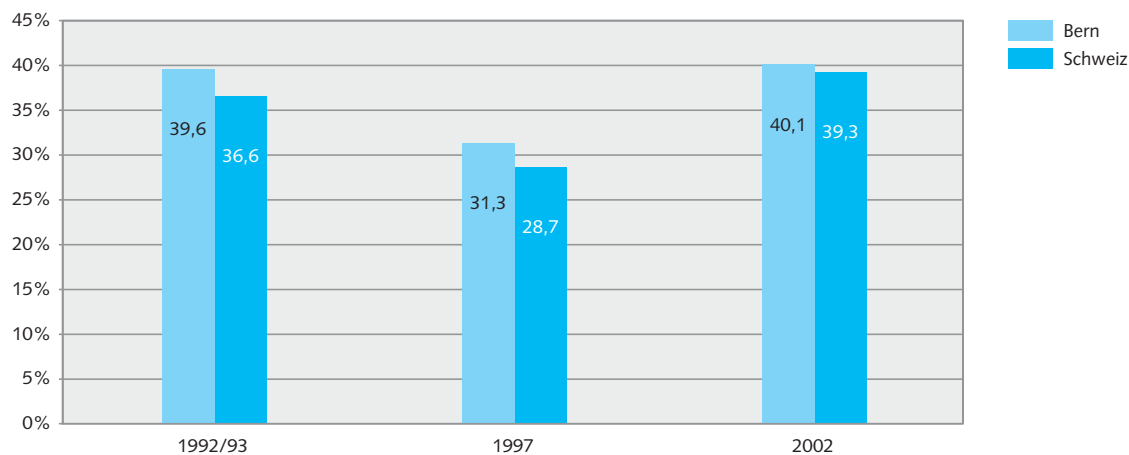
Tab.2.6 Anteil Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit, sehr hohem psychischem Wohlbefinden, ohne Schlafprobleme und hoher öontrollüberzeugung nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		hohe psychische Ausgeglichenheit		sehr hohes psychisches Wohlbefinden		keine Schlafprobleme		hohe Kontrollüberzeugung	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		53,6	55,0	61,0	58,9	69,0	67,1	40,1	39,3
Geschlecht	Frauen	52,3	53,7	62,2	58,5	63,0	62,0	38,2	37,0
	Männer	54,9	56,3	59,7	59,4	75,4	72,5	42,1	41,8
Altersgruppen	15–34	38,1	43,7	63,9	61,7	78,8	74,3	31,7	34,1
	35–49	53,0	53,8	61,8	55,6	74,2	71,0	37,6	37,5
	50–64	61,4	63,0	55,8	57,3	63,7	62,3	44,6	40,8
	65+	69,3	66,8	62,5	61,7	53,5	54,6	53,5	51,1
Bildung	obligatorische Schule	47,9	49,3	59,6	55,9	66,4	61,9	39,5	37,5
	Sekundarstufe II	55,3	56,3	60,1	59,0	69,7	68,1	40,5	39,6
	Tertiärstufe	52,6	58,0	66,7	62,0	68,9	71,1	39,2	40,3
Nationalität	Schweizer	55,1	55,9	61,6	60,1	69,2	67,1	39,6	39,9
	Ausländer	40,5	50,8	55,7	52,9	67,6	66,9	44,9	36,2
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	52,0	53,1	60,3	55,1	69,0	67,0	38,0	37,5
	CHF 3000 bis 4499	52,5	56,3	62,5	59,1	67,1	66,2	38,5	40,0
	CHF 4500 bis 5999	60,5	58,9	56,4	61,3	71,2	68,8	44,9	41,4
	CHF 6000 und höher	56,3	58,5	61,1	65,0	67,4	68,3	42,5	42,9
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernte man. Berufe	51,0	55,1	57,1	59,0	69,5	67,7	38,6	40,0
	qualif. manuelle Berufe	51,4	54,9	57,8	57,7	75,6	70,7	41,7	41,0
	Kleinunternehmer	64,1	59,6	54,2	58,5	71,1	71,3	40,5	41,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	55,1	55,5	57,0	57,7	63,4	62,1	41,7	38,9
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl.Kader höhere Führungskräfte, freie Berufe	51,2 50,0	54,8 58,1	64,8 68,5	59,8 63,0	69,5 71,4	67,3 70,8	38,9 35,2	38,9 40,3
Regionaler Vergleich	Aargau		53,0		62,0		70,0		41,4
	Basel-Landschaft		53,7		62,7		68,6		41,4
	Basel-Stadt		52,1		58,9		64,7		41,2
	Bern		53,6		61,0		69,0		40,1
	Luzern		53,6		63,5		70,9		45,8
	Solothurn		56,4		63,0		69,4		43,9
	St. Gallen		54,4		66,3		69,7		40,2
	Zug		58,6		65,3		70,4		44,3
	Zürich		56,2		62,8		67,4		41,9
	andere Deutschschweizer Kantone		57,2		64,2		69,2		44,7
	Westschweizer Kantone		55,6		47,1		62,8		31,9
	Tessin		51,1		59,9		63,5		32,2

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1115<n<1606 (BE); 13'434<n<18'699(CH).

Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.26



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1057 (BE 1992/93); 1348 (BE 1997); 1182 (BE 2002); 8947 (CH 1992/93); 10'087 (CH 1997); 14'359 (CH 2002).

2.3 Soziales Wohlbefinden

Soziales Wohlbefinden ist der dritte Aspekt der WHO-Definition von Gesundheit. Im folgenden Abschnitt werden Faktoren dargestellt, die das soziale Wohlbefinden direkt oder indirekt beeinflussen. Das Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen erhöht beispielsweise die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen; das permanente oder häufige Gefühl der Einsamkeit ist jedoch an sich schon ein Merkmal gestörten (sozialen) Wohlbefindens (Bachmann 2000).

Es wird hier primär auf die positiven Effekte sozialer Beziehungen auf die Gesundheit eingegangen. Man darf jedoch nicht vergessen, dass soziale Beziehungen auch Quelle gesundheitlicher Beeinträchtigung darstellen können, wenn z. B. die Beziehungen konfliktrichtig sind oder gar gewalttätige Elemente enthalten. Auf dieses belastende Potenzial sozialer Kontakte wird in diesem Bericht nur am Rande (Kap 4.4) eingegangen.⁶

2.3.1 Einsamkeitsgefühl

Menschen brauchen für ihr soziales und psychisches Wohlbefinden soziale Kontakte. Diese sind wesentlich für ihre geistige und soziale Entwicklung. Wird das individuelle Bedürfnis nach sozialen Kontakten nicht befriedigt, so äussert sich dies in Einsamkeitsgefühlen. Es ist dabei durchaus möglich, dass eine Person im Alltag Kontakt mit anderen Personen hat, diese Kontakte jedoch nicht die Erwartungen erfüllen. Wird dieser Mangelzu-

stand dauerhaft empfunden, so kann dies zu einer starken Belastung für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit werden.

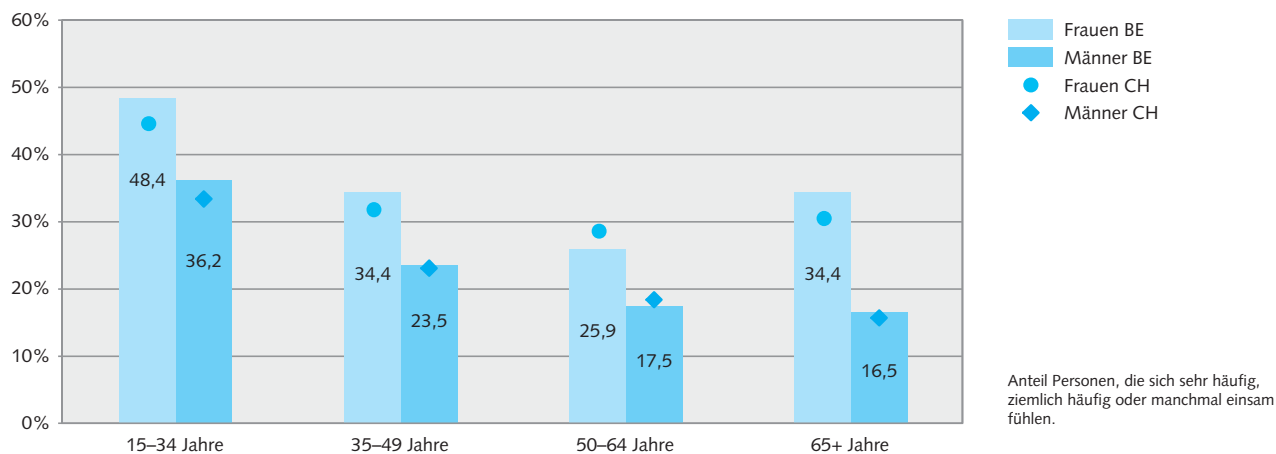
Wird der Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen, psychosozial bedingten Beschwerden und psychischer Ausgeglichenheit untersucht, so zeigt sich, dass Personen, die häufig einsam sind, sehr viel öfter starke Beschwerden wie z. B. Kopf- und Rückenschmerzen haben und emotional bedeutend weniger ausgeglichen sind.

Junge Menschen leiden am häufigsten unter Einsamkeit, wobei der Anteil junger Bernerinnen mit Einsamkeitsgefühlen bedeutend höher ist als derjenige junger Berner (48,5% vs. 36,2%). Mit zunehmendem Alter fühlt man sich tendenziell weniger einsam. Bei den über 65-Jährigen nehmen die Einsamkeitsgefühle jedoch wieder zu, was mit dem Verlust sozialer Beziehungen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und dem Ableben des Lebenspartners erklärt werden kann. Besonders bei den über 75-jährigen Personen fühlen sich immer mehr Personen – insbesondere Frauen – einsam. Abbildung 2.27 macht deutlich, dass sich Frauen aller Altersgruppen deutlich einsamer fühlen als Männer. Der Kanton Bern unterscheidet sich diesbezüglich kaum von der Gesamtschweiz.

Der Verlust eines Lebenspartners spielt eine zentrale Rolle für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen. Getrennt lebende (52,3%) und verwitwete Personen (47,0%) fühlen sich deutlich öfter einsam als verheiratete (20,5%). Dies zeigt sich auch, wenn die Haushaltsgrösse unterschieden wird. Jede zweite Person, die al-

Anteil der Bevölkerung mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 2.27

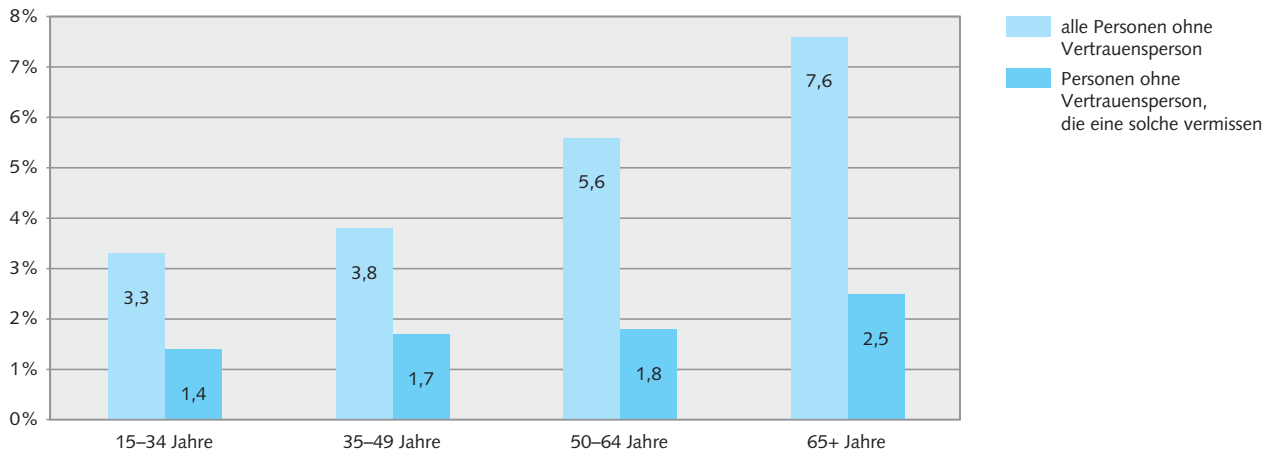


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1535 (BE), 18'735 (CH).

⁶ Für eine detaillierte Auseinandersetzung vgl. Bachmann 2000:29f.

Anteil Personen, die keine Vertrauensperson haben bzw. eine solche auch vermissen, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

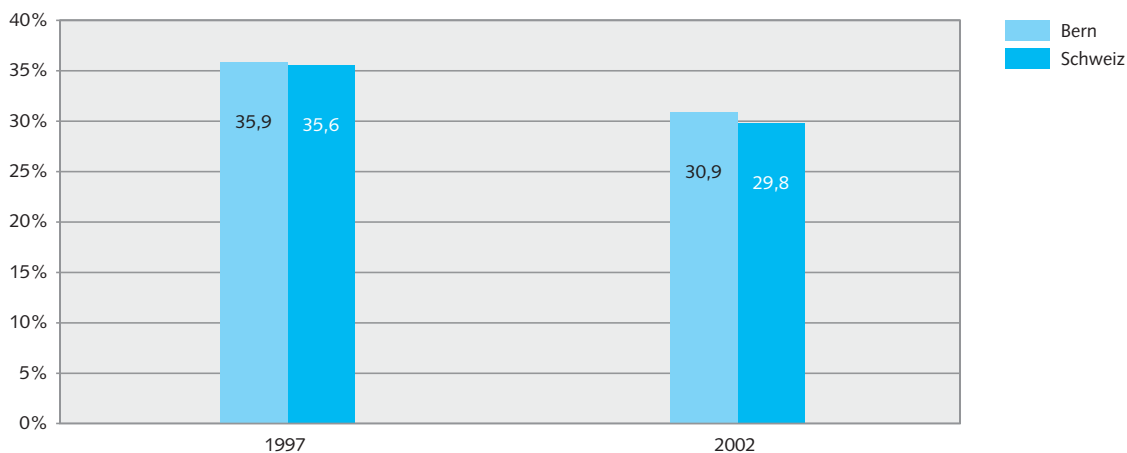
Abb. 2.28



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'716/949 (CH).

Anteil Personen, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, Kanton Bern und Schweiz, 1997, 2002 (in %)

Abb. 2.29



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002, n=1677 (BE 1997); 1535 (BE 2002); 12'752 (CH 1997); 18'735 (CH 2002).

leine wohnt, leidet mehr oder weniger regelmässig unter Einsamkeitsgefühlen. Bei Personen, die mit anderen zusammen wohnen, sind es dabei lediglich halb so viele.

Wird konkret nach dem Vorhanden- bzw. Nichtvorhandensein von Vertrauenspersonen gefragt, so geben 3,6% (3,2% der Frauen und 4,0% der Männer) der Bevölkerung des Kantons Bern an, keine solche zu haben, was unter dem gesamtschweizerischen Wert von 4,7% (4% der Frauen und 5,5% der Männer) liegt. Keine Vertrauensperson zu haben wird denn auch von etwas einem Viertel dieser Personen bewusst als Mangel wahrgenommen.

Die Bernerinnen und Berner leiden 2002 signifikant seltener an Einsamkeitsgefühlen als noch vor fünf Jahren (vgl. Abbildung 2.29). Bezüglich des Mangels an Ver-

trauenspersonen hat sich allerdings in den letzten zehn Jahren kaum etwas geändert. Im Kanton Bern geben nach wie vor gut 4% der Befragten an, über keine solche nahe stehende Person zu verfügen.

2.4 Sterblichkeit und Todesursachen

Die Verteilung und Entwicklung von Todesursachen liefert wichtige Hinweise zur Häufigkeit von Krankheiten und damit zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Aus Sicht der Prävention sind vor allem jene Todesursachen von Interesse, für welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Verhalten teilweise verhütet werden können (s. Kapitel 3).

Es gilt zu bedenken, dass bei Krankheiten wie Krebsleiden wegen der langen Latenzzeit die heutigen Entwicklungen sterblichkeitsrelevante Verhaltensweisen in der Vergangenheit widerspiegeln (Mésle, 2004). Anders ist dies bei Verhaltensweisen mit unmittelbaren Todesfolgen wie Tod durch Unfälle und bei Selbstmorden. Neben den Todesursachen gilt die allgemeine Sterblichkeit als wichtiger Indikator für die Beschreibung des Gesundheitszustandes.

Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Sterblichkeit im Kanton Bern dargestellt. Dabei werden einzelne Aspekte der Sterblichkeit, wie z. B. Differenzen nach Geschlecht und Alter untersucht und der Kanton mit der Region Espace Mittelland und der gesamten Schweiz verglichen. Im zweiten Teil werden die wichtigsten Todesursachen analysiert, gestützt auf die Methode der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) und der standardisierten Mortalitätsrate (SMR).

2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Bern

Im Jahr 2003 starben 4832 Frauen und 4391 Männer, die ihren Wohnsitz im Kanton Bern hatten. Betrachtet man die Anzahl Todesfälle der letzten 35 Jahre, ist für den Kanton Bern ein Anstieg von 8837 (im Jahr 1969) auf 9223 (im Jahr 2003) zu beobachten. Dies entspricht einer Zunahme um 4,4%.

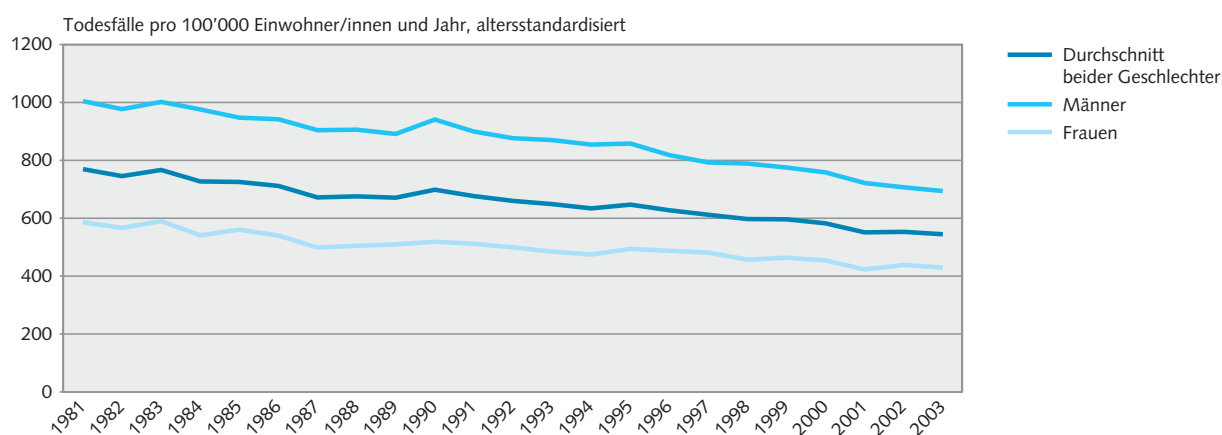
Im gleichen Zeitraum ging die ständige Wohnbevölkerung um 2,3% von 973'500⁷ auf 950'866 Einwohner/innen zurück. Bei den Berner/innen unter 30 Jahren fällt

der Rückgang besonders deutlich aus (-17,5% zwischen 1981 und 2003). Laut Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist im Kanton Bern bis zum Jahr 2040 weiterhin mit einem Anstieg der Todesfälle und einem Rückgang der Wohnbevölkerung zu rechnen (BFS, 2004b). Die zukünftige Entwicklung der Sterblichkeit hängt allerdings von schwer vorhersehbaren Faktoren ab wie Entwicklungen bei Mortalitätsrisiken und Verhaltensweisen, Migrationsflüssen, Geburtenziffer etc.

Bei Vergleichen der Mortalität zwischen verschiedenen Bevölkerungen oder über längere Zeiträume ist es von Vorteil, die Todesfälle auf eine gemeinsame Alterstruktur zu beziehen (BFS, 2004a, vgl. auch Anhang). Die altersstandardisierte Sterberate im Jahr 2003 liegt für Berner Frauen bei 430 und für Berner Männer bei 695 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten beider Geschlechter im Kanton Bern von 1981 bis 2003 folgt dem langjährigen gesamtschweizerischen Trend und weist weiterhin eine abnehmende Tendenz auf (vgl. Abbildung 2.30). Zwischen 1981 und 2003 sank die Sterblichkeitsrate der Frauen von 587 auf 430 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Jahr (-26,7%). Bei den Männern verringerte sich die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum von 1005 auf 695 Todesfälle pro 100'000 Einwohner (-30,8%). Wichtigste Gründe für diesen Rückgang können bei den Fortschritten in der Behandlung von Herz-/Kreislaufkrankungen und seit den neunziger Jahren in der Verhütung von Zivilisationskrankheiten und Tumoren gesehen werden (Nizard, 1997).

Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten im Kanton Bern (Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen) nach Geschlecht, 1981 bis 2003

Abb. 2.30



Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

⁷ Geschätzte ständige Wohnbevölkerung der Kantone zur Jahresmitte 1969. Ab 1981 wurde eine Bevölkerungsstatistik geführt (Datenquelle: ESPOP).

Tab.2.7 Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten und der altersstandardisierten Gesamtsterberaten (Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen) im öänton Bern, 1981/83 bis 2001/03

Geschlecht	Altersgruppe	1981/1983 ¹	1991/1993 ¹	2001/2003 ¹	Entwicklung 1981/83–2001/03 in %
Frauen	0–24	54	49	37	-31,3
	25–64	231	194	166	-28,1
	65–84	3 194	2 720	2 294	-28,2
	85+	16 674	15 276	14 836	-11,0
	Total, altersstandardisiert	632	511	443	-29,9
Männer	0–24	101	89	61	-39,9
	25–64	464	401	323	-30,4
	65–84	5 288	4 752	3 813	-27,9
	85+	19 589	19 169	17 728	-9,5
	Total, altersstandardisiert				

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für jeweils 3 Jahre verwendet. Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

Die altersstandardisierte Sterberate der Berner Männer ist im ganzen Zeitraum höher als diejenige der Frauen. Ursachen der Übersterblichkeit der Männer sind hauptsächlich physiologische und Verhaltensunterschiede (Valin, 2002). Die geschlechtsspezifischen Sterberaten nähern sich aber im Kanton Bern wie auch in der Gesamtschweiz einander an. Das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberaten zwischen Männern und Frauen im Kanton Bern betrug 1,71 im Jahr 1981 gegen 1,61 im Jahr 2003. Für die Gesamtschweiz ist ein ähnlicher Rückgang zu verzeichnen (von 1,72 auf 1,58). Laut Meslé (2004) ist der Rückgang der geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede hauptsächlich auf Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer zurückzuführen. Die Herz-/Kreislaufkrankungen bei Männern sind rückläufig, mit der Folge, dass sich auch die Differenz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern verringert. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt im Kanton Bern lag im Jahr 1999/2002 bei 82,8 Jahren (Schweiz: 82,9 Jahre) für die Frauen und 77,2 Jahren (Schweiz: 77,3 Jahre) für die Männer, also sehr nahe dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (BFS, 2005).

Aus Tabelle 2.7 geht die Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten im Kanton Bern nach Altersklassen bzw. die altersstandardisierte Gesamtsterberate hervor. Obschon die Mortalität in den jüngeren Altersklassen gering ausfällt, ging die Sterberate der 0- bis 24-Jährigen zwischen 1981/83 und 2001/03 bei den Frauen von 54 auf 37 und bei den Männern von 101 auf 61 Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen zurück, was einer Abnahme um 31,3% bzw. 39,9% entspricht. Dieser Rückgang lässt sich durch eine ähnliche Verbesserung sowohl der Sterberate der Säuglinge unter einem Jahr als auch jener der 1- bis 24-Jährigen erklären. Ähnliches gilt für die Altersklasse der 25- bis 64-Jährigen, deren Sterblichkeit im gleichen Zeitraum bei den Frauen um 28,1% und

bei Männern um 30,4% zurückging. Bei den über 65-Jährigen und älteren fiel der prozentuale Rückgang geringer aus, sie verbuchen jedoch naturgemäss den höchsten Rückgang der Sterberaten in absoluten Zahlen.

Durch die Altersstandardisierung der Sterbeziffern sind Vergleiche zwischen einzelnen Regionen und im Zeitverlauf möglich. Die Sterberaten im Kanton Bern und in der Grossregion Espace Mittelland zeigen in der Zeit von 1981 bis 2003 eine vergleichbare Entwicklung, wobei die Mortalität im Kanton Bern höher liegt als in der gesamten Schweiz, aber generell tiefer als in der Grossregion Espace Mittelland⁸. Dies trifft für beide Geschlechter zu (Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen, altersstandardisiert, 1981 – BE: 587, Grossregion Espace Mittelland: 655, CH: 531/2003 – BE: 430, Grossregion Espace Mittelland: 457, CH: 378/Todesfälle pro 100'000 Einwohner, alterstandardisiert, 1981 – BE: 1005, Grossregion Espace Mittelland: 1109, CH: 903/ 2003 – BE: 695, Grossregion Espace Mittelland: 752, CH: 597).

2.4.2 Ausgewählte Todesursachen

Für einige Todesursachen sind Risikofaktoren wie Tabakkonsum oder mangelnde Bewegung bekannt und lassen sich somit durch entsprechendes Verhalten bzw. medizinische Versorgung teilweise verhüten. Darunter fallen insbesondere ischämische Herzkrankheiten, Hirngefässerkrankungen, Lungen-, Magen-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs, alkoholbedingte Krankheiten, Unfälle und Suizide (Bisig, Beer, 1996). Diese Todesursachen sollen im Folgenden für den Kanton Bern genauer betrachtet werden.

⁸ Damit beim regionalen Vergleich die Zahlen des Referenzkantons die Analyse nicht beeinflussen, sind die altersstandardisierten Sterberaten für die Region Espace Mittelland und die Schweiz ohne den Kanton Bern berechnet worden.

Tab. 2.8 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL, sowie SMR nach Todesursachen im öänton Bern bei Frauen, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001¹

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	15 545	46,9	10 215	14,1	106***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	6 091	18,4	2 904	4,0	108***
– Hirngefässerkrankungen	3 284	9,9	2 204	3,0	106***
Tumore	6 910	20,9	27 456	37,8	96***
davon:					
– bösartige Tumore der Brust	1 327	4,0	8 026	11,0	95
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	518	1,6	2 563	3,5	78***
– bösartige Tumore des Dickdarms	575	1,7	1 218	1,7	99
– bösartige Tumore des Magens	235	0,7	684	0,9	87*
Krankheiten des Atmungssystems	2 029	6,1	1 687	2,3	99
Diabetes mellitus	1 265	3,8	1 252	1,7	119***
alkoholische Leberzirrhose	103	0,3	1 175	1,6	77**
Unfälle, Gewalttaten, Suizide					
davon:					
Suizide	358	1,1	6 132	8,4	96
übrige Todesursachen	5 952	18,0	17 387	23,9	92***
Total	33 141	100,0	72 674	100,0	100

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für den Zeitraum 1995–2001 verwendet.

² Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

³ Verlorene potenzielle Lebensjahre 1995–2001 (Todesfälle zwischen dem 1. und 69. Altersjahr).

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi²: *** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05.

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

Wie aus Tabelle 2.8 (1. Spalte) hervorgeht, sind von 1995 bis 2001 insgesamt 33'141 Frauen mit Wohnsitz im Kanton Bern gestorben. Bezogen auf die Bevölkerungsgrösse entspricht dies jährlich 977 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen. Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden bilden dabei die Haupttodesursachen (67,8% aller Fälle).

Aus präventivmedizinischer Sicht steht v. a. die Verhütung der «vorzeitigen» bzw. «vermeidbaren» Sterblichkeit im Vordergrund. Diese wird mit der Analyse der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) gemessen (vgl. Anhang). Zweck des VPL ist es, die Hauptursachen derjenigen Todesfälle zu identifizieren, welche die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung eines Kantons in erheblichem Masse beeinträchtigen. Die Analyse der VPL gibt Aufschluss über die vorzeitige Sterblichkeit, indem Todesfälle vor dem 70. Altersjahr stärker gewichtet werden als in der üblichen Sterbeziffer.

Insgesamt gingen im Kanton Bern bei den Frauen im Beobachtungszeitraum 72'674 Lebensjahre vorzeitig verloren (s. Tabelle 2.8, Spalte 3). Obschon Herz-/Kreislaufkrankheiten die Haupttodesursache der Frauen bilden, geht der grösste Verlust an vorzeitig verlorenen Lebensjahren auf das Konto der Krebsleiden (37,8% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre). Krebskrankheiten sind somit die bedeutendste Ursache vorzeitiger Todesfälle von Frauen (27'456 VPL). Brustkrebs erklärt dabei knapp 30% der verlorenen potenziellen Lebensjahre durch Krebskrankheiten.

Um die Mortalität im Kanton Bern und der Schweiz zu vergleichen wurden die altersstandardisierte Mortalitätsraten (SMR, vgl. auch Anhang) berechnet. Der Wert 100 in den Tabellen 2.9 und 2.10 (Spalte 5) entspricht dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Die Anzahl Todesfälle bei den Frauen im Beobachtungszeitraum ist im Kanton Bern mit einem Wert von 100 gleich wie für die übrige Schweiz. Betrachtet man wiederum die Todesfälle durch Tumore, zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtschweiz um 4% tiefere Sterblichkeit der Bernerinnen. Es starben im Beobachtungszeitraum deutlich weniger Berner Frauen an Tumoren der Trachea, der Bronchien und der Lunge (22% tiefere Sterblichkeit) – Todesursachen, welche häufig auf starkes Rauchen zurückzuführen sind. Auch die alkoholische Leberzirrhose wurde bei Berner Frauen deutlich seltener als Todesursache angegeben als bei den übrigen Schweizerinnen. Bei Herz-/Kreislaufkrankheiten weisen die Frauen im Kanton Bern hingegen klar überdurchschnittliche Werte auf. Ischämische Herzkrankheiten und Hirngefässerkrankungen als Todesursachen liegen deutlich über dem Schweizer Mittel. Für beide Geschlechter lässt sich zudem zwischen 1995 und 2001 eine vergleichsweise hohe Anzahl Todesfälle aufgrund von Diabetes mellitus beobachten (bei den Frauen 19% und bei den Männern 15% höher als in der Gesamtschweiz). Hierbei ist zu beachten, dass die Kodierung dieser Todesursache schweizweit uneinheitlich geschieht, welches die Interpretation der kantonalen Un-

Tab.2.9 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL sowie SMR nach Todesursachen im öanton Bern bei Männern, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001¹

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	12 465	39,5	27 034	18,6	104***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	6 101	19,3	14 011	9,6	105***
– Hirngefässerkrankungen	2 043	6,5	2 604	1,8	101
Tumore	8 530	27,0	35 152	24,2	96***
davon:					
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	2 008	6,4	8 759	6,0	100
– bösartige Tumore der Prostata	1 423	4,2	1 068	0,7	103
– bösartige Tumore des Dickdarms	612	1,9	2 029	1,4	96
– bösartige Tumore des Magens	388	1,2	1 508	1,0	101
Krankheiten des Atmungssystems	2 753	8,7	3 455	2,4	114***
Diabetes mellitus	812	2,6	2 007	1,4	115***
alkoholische Leberzirrhose	275	0,9	2 697	1,9	81***
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	2 326	7,4	43 958	30,3	105*
davon:					
– Suizide	1 006	3,2	21 041	14,5	109**
übrige Todesursachen	4 417	14,0	30 923	21,3	91***
Total	31 578	100,0	145 226	100,0	101

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für den Zeitraum 1995–2001 verwendet.

² Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

³ Verlorene potenzielle Lebensjahre 1995–2001 (Todesfälle zwischen dem 1. und 69. Altersjahr).

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi²: *** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05.

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

terschiede erschwert: In manchen Kantonen wird Diabetes mellitus eher als Haupt-, in anderen Kantonen eher als Nebentodesursache angegeben. In der vorliegenden Analyse wurden nur die Haupttodesursachen gezählt.

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 sind 31'578 Männer mit Wohnsitz im Kanton Bern gestorben. Dies entspricht einer rohen Sterberate von jährlich 987 Fällen pro 100'000 Einwohner. Wie bei den Frauen bilden die Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebsleiden die Haupttodesursachen (66,5% der Fälle).

Betrachtet man wiederum die verlorenen potenziellen Lebensjahre, zeigt sich, dass vor Tumoren (24,2% der VPL), Unfälle, Gewalttaten und Suizide die bedeutendsten Ursachen vorzeitiger Todesfälle bei den Männern sind (30,3% der VPL). Diese bei Männern häufigeren Todesursachen dürften auf geschlechtsspezifische Verhaltensmuster hinweisen. Unfälle und Gewalttaten treten bei Männern im Kanton Bern häufiger auf als im schweizerischen Durchschnitt. Insbesondere die Suizidrate lag mit einem SMR von 109 deutlich über dem schweizerischen Mittel.

Bei den Männern (Tabelle 2.9, Spalte 5) lässt sich zudem festhalten, dass im Beobachtungszeitraum die Sterblichkeit im Kanton Bern, verglichen mit der Schweiz, gleich hoch liegt (SMR=101). Positiv zu vermerken ist die im Gesamtschweizer Vergleich leicht tiefere Sterblichkeit der Berner Männer wegen Tumoren und alkoholischer Leberzirrhose. Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems kamen im Kanton Bern bei den Männern deutlich häufiger vor (+14%) als

in der Gesamtschweiz. Bei den Herz-/Kreislaufkrankheiten sind wie bei den Berner Frauen Todesfälle wegen ischämischen Herzkrankheiten häufiger als im schweizerischen Durchschnitt. Diese überdurchschnittlichen Raten hatten sich für den Kanton Bern bereits im Zeitraum 1989/1992 gezeigt (Bisig, Beer, 1996).

2.4.3 Ergebnisübersicht

Im Zeitraum von 1981 bis 2003 weist die Gesamtmortalität im Kanton Bern wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf, wobei die Sterblichkeit im Kanton Bern etwas über der Gesamtschweizer Rate, aber unter der Mortalitätsrate der Grossregion Espace Mittelland liegt. Die Sterberaten der Männer und Frauen haben sich in den letzten zehn Jahren angenähert, wobei die männliche Übersterblichkeit zurück ging im Beobachtungszeitraum (1981–2003) zurück. Dies gilt sowohl für die Schweiz als auch für den Kanton Bern. Mögliche Ursachen für diesen Wandel sind Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer (Meslé, 2004). Die grösste Abnahme der Todesfälle in absoluten Zahlen verzeichneten die oberen Altersklassen (Personen ab 65 Jahre), welches mit der Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung einhergeht. Dazu hat ebenfalls die tiefere Mortalität in den jüngeren Alterklassen beigetragen.

Die Analyse der Todesursachen hat gezeigt, dass Krebsleiden im Kanton Bern die Lebenserwartung der Men-

schen am stärksten beeinträchtigen. Ein Grossteil der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) ist im beobachteten Zeitraum auf diese Todesursachen zurückzuführen (Männer, 24,2%/Frauen, 37,8%). Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist die Sterblichkeit im Kanton Bern aufgrund von bösartigen Tumoren allerdings um 4% tiefer als im Schweizer Mittel. Hinsichtlich der Anzahl sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Bern. Verglichen mit der Gesamtschweiz sind diese Todesursachen im Kanton Bern bei beiden Geschlechtern häufiger verzeichnet worden. Sie fallen im Hinblick auf die VPL aber weniger stark ins Gewicht, da sie meist Menschen im fortgeschrittenen Alter betreffen. Aus präventivmedizinischer Sicht stehen zudem Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Vordergrund, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre bei den Männern an erste Stelle (30,3%) und den Frauen an zweiter Stelle (18,6%) stehen. Die hohe Rate an Suiziden von Berner Männern ist dabei besonders zu vermerken.

Positiv ist die tiefere Sterblichkeit im Kanton Bern aufgrund alkoholischer Leberzirrhose. Zudem starben im Beobachtungszeitraum deutlich weniger Berner Frauen an Tumoren der Trachea, der Bronchien und der Lunge. Die beiden letzten Todesursachen sind häufig auf starken Substanzkonsum (Alkohol, Tabak) zurückzuführen.

2.5 Zusammenfassung

Fragt man die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Bern, wie es ihnen zurzeit gesundheitlich gehe, so antwortet die grosse Mehrheit, dass sie sich gut (63,6%) oder sogar sehr gut (22,4%) fühle. Nur eine Minderheit sagt, dass es ihr momentan schlecht (2,7%) oder sehr schlecht (0,2%) gehe. Bezüglich *selbstwahrgenommener Gesundheit* liegen die Bernerinnen und Berner damit ziemlich genau im Schweizer Durchschnitt.

Geschlecht und Alter erweisen sich als wichtige Bestimmgrössen für das gesundheitliche Wohlbefinden. Mit zunehmenden Lebensjahren sinkt der Anteil Personen mit guter und sehr guter Gesundheit, wobei die Männer ihre Gesundheit in allen Altersgruppen als etwas besser wahrnehmen als die Frauen. Die grösste Differenz zeichnet sich im Kanton Bern bei Personen über 65 Jahren ab: Während sich 74% der Berner in dieser Altersgruppe gut und sehr gut fühlen, trifft dies lediglich für 68% der Bernerinnen zu.

Ein Grund für die Verschlechterung des Wohlbefindens ist die Zunahme *lang andauernder Gesundheitsprobleme* mit höherem Alter. Während bei den 15- bis 34-

Jährigen die grosse Mehrheit (91%) beschwerdefrei ist, so trifft dies nur noch für drei Viertel (73%) der über 65-Jährigen zu. Auch hier besteht wieder ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Frauen berichten häufiger von lang andauernden Gesundheitsproblemen als Männer. Während ein Fünftel (21%) der 50- bis 64-jährigen und ein Drittel (32%) der über 65-jährigen Bernerinnen mit einem chronischen Leiden zu leben hat, trifft dies auf lediglich 18% der 50- bis 64-Jährigen und 23% der über 65-jährigen Berner zu. Die über 65-jährigen Bernerinnen liegen damit auch über dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Auffällig ist zudem der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Haushaltseinkommen und die sozioprofessionelle Kategorie, desto seltener treten lang andauernde Gesundheitsprobleme auf.

Einige *Beschwerden* können mit psychosozialen Belastungen in Verbindung gebracht werden. Am weitesten verbreitet sind dabei Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Während Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter häufiger werden, treten Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schwäche bei älteren Menschen bedeutend weniger auf als bei jungen. Gesamthaft betrachtet berichten Bernerinnen fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen wie Berner (28% vs. 15%). Ferner zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen häufiger unter den genannten Beschwerden leiden als Personen mit hoher Bildung und einen grösseren Haushaltsbudget.

Krankheiten und Unfälle können dazu führen, dass eine Person für einige Zeit nicht mehr oder nur noch eingeschränkt leistungsfähig ist. Den höchsten Anteil an Personen, die mindestens während eines Tages im letzten Monat nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren, findet man unter den 15- bis 34-Jährigen. Mit 20% ist dieser Anteil im Kanton Bern etwas höher als in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtschweiz (18%). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung nicht voll leistungsfähig waren, tendenziell ab. In den meisten Fällen ist dabei eine Krankheit der Grund der Leistungseinschränkung. Mit zunehmender Ausfallsdauer werden Unfälle als Ursache allerdings häufiger. Bei Leistungseinschränkungen von über einem Monat ist bei jeder vierten Person ein Unfall die Ursache.

Wichtig für die Prävention ist das Wissen um Risikofaktoren für chronische Krankheiten. Dabei spielen Blutdruck, Cholesterinspiegel und Körpergewicht eine wichtige Rolle. Bei allen Komponenten können zwar erbliche Dispositionen bestehen, das Risiko lässt sich jedoch mit

einem entsprechend angepassten Lebensstil nachhaltig beeinflussen. Der Anteil Personen mit *erhöhten Blutdruckwerten* nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Das gleiche gilt auch für den *Cholesterinspiegel*.

Das Problem von hohem Blutdruck wie auch von einem erhöhten Cholesterinspiegel ist, dass beide nicht unmittelbar wahrgenommen werden können. Es ist deshalb wichtig, die entsprechenden Werte in regelmässigen Abständen zu messen. Beim Cholesterinspiegel zeigt sich, dass sehr viele Personen nicht wissen, ob ihr Cholesterin jemals untersucht wurde und was der allfällige Befund war. Der Anteil Unwissender sinkt zwar in den höheren Altersgruppen, ist mit 21% bei den über 65-jährigen Bernerinnen und Bernern jedoch immer noch bemerkenswert.

Übergewicht und Adipositas begünstigen sowohl Bluthochdruck als erhöhte Cholesterinwerte. Erwartungsgemäss nimmt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas mit höherem Alter stark zu. Der Anteil Übergewichtiger verdoppelt sich zwischen den 18- bis 34-Jährigen und den über 65-Jährigen von 20% auf 40%. Bei Adipositas kommt es sogar beinahe zu einer Verdreifachung von 5% auf 13%. Männer sind in der Gruppe der Übergewichtigen auf allen Altersstufen deutlich übervertreten. Mit höherer Bildung und Haushaltseinkommen nimmt der Anteil an Übergewichtigen ab. Dieser Zusammenhang findet sich bei beiden Geschlechtern, wobei er bei den Frauen noch deutlicher ausfällt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bei Personen mit geringer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen das Risikopotenzial kumuliert. Diese Personen sind häufiger übergewichtig, haben höhere Cholesterinwerte und häufiger Bluthochdruck. Sie leiden häufiger unter lang andauernden Gesundheitsproblemen und fühlen sich gesundheitlich weniger gut.

Im Gegensatz zur körperlichen Gesundheit, die mit zunehmendem Alter als weniger gut empfunden wird, erhöht sich das psychische Wohlbefinden. Allerdings zeigt sich auch hier, dass Personen mit höherer Bildung und einem höheren Einkommen tendenziell eine höhere *psychische Ausgeglichenheit* (Gelassenheit, Ausgeglichenheit, Optimismus) angeben als Personen mit geringer Bildung und einem tiefen Haushaltseinkommen. Bei den Frauen hat das Haushaltseinkommen den stärkeren Einfluss, während es bei den Männern das Bildungsniveau ist.

Das *psychische Wohlbefinden* ist allgemein hoch, nimmt gegen die Lebensmitte jedoch ab und steigt nach dem Pensionsalter wieder leicht an. Die Bernerinnen fühlen sich in der Altersgruppe der 35- bis 49- und über 65-Jährigen leicht besser als die Berner.

Der dritte wichtige Faktor für eine gute psychische Gesundheit ist, dass sich eine Person in der Lage sieht, ihr Leben bewältigen zu können. Die *Kontrollüberzeugung* nimmt mit dem Alter zu, wobei sie bei den Männern in allen Altersklassen tendenziell leicht über dem Niveau der Frauen liegt.

Bei den verschiedenen Dimensionen von psychischer Gesundheit zeigt sich für die Gesamtschweiz, dass sich ein höheres Haushaltseinkommen und eine höhere Bildung positiv auswirken. Beim Kanton Bern ist der Zusammenhang nicht gleich deutlich. Es ist auffallend, dass Personen mit mittlerer Bildung (Sekundarstufe II) und überdurchschnittlichen (aber nicht den höchsten) Haushaltseinkommen auf allen untersuchten Dimensionen die beste psychische Gesundheit aufweisen.

Soziales Wohlbefinden ist der dritte Aspekt von Gesundheit gemäss der WHO-Definition. Für ein gutes soziales Wohlbefinden ist das Vorhandensein von sozialen Kontakten und Vertrauenspersonen wichtig. Es zeigt sich, dass Personen, die sich häufig einsam fühlen, öfter starke körperliche Beschwerden haben als Personen, die sich nie einsam fühlen. Fast die Hälfte der jungen Bernerinnen im Alter von 15 bis 34 Jahren fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam. Dies ist ein bedeutend höherer Anteil als bei den Bernern, bei denen dies nur auf gut einen Drittel zutrifft. In den mittleren Altersklassen nehmen die Einsamkeitsgefühle stark ab, um bei den über 65-Jährigen wieder anzusteigen. Offensichtlich verhindert das Wissen um eine Vertrauensperson nicht, dass sich eine Person gelegentlich einsam fühlt. Während viele Personen hin und wieder vom Gefühl der Einsamkeit betroffen sind, geben nur knapp 4% aller Bernerinnen und Berner an, keine Vertrauensperson zu haben. Der Anteil steigt in höherem Alter stark an. Dies dürfte mit dem Hinscheiden von Ehepartner und Freunden zusammenhängen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Kanton Bern ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und Gesundheit besteht, wenn auch nicht gleich stark ausgeprägt wie in der Gesamtschweiz. Dieser Befund ist für die Gesundheitsförderung insofern von zentraler Wichtigkeit, als Studien zeigen, dass die gesundheitliche Ungleichheit zunimmt (vgl. Mielck 2000).

Die Sterblichkeit bzw. Verteilung und Entwicklung der *Todesursachen* liefert schliesslich wichtige Hinweise zur Häufigkeit von Krankheiten und damit zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Für den Kanton Bern fällt die tendenziell höhere standardisierte Mortalitätsrate beider Geschlechter im Vergleich mit der übrigen Schweiz auf. Die Berner Sterberate liegt aber unter der Rate der Grossregion Espace Mittelland.

Aus präventivmedizinischer Sicht sind jene Todesursachen von Interesse, für welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Verhalten oder Verringerung von schädlichen Kontextbedingungen (z. B. Verringerung Krebs erregender Immissionen) teilweise verhütet werden können. Im Kanton Bern sind dies einerseits bösartige Tumore, da diese im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre am stärksten ins Gewicht fallen. Tödliche Krebsleiden sind im Kanton Bern aber seltener als in der Gesamtschweiz. Andererseits stehen Unfälle, Gewalttaten und Suizide bezüglich verlorener Lebensjahre bei den Männern an erster und bei den Frauen an zweiter Stelle. Für den Kanton Bern ist dabei auf die –verglichen mit der Schweiz – höhere Suizidrate bei Männern hinzuweisen. Für beide Geschlechter lässt sich zudem zwischen 1995 und 2001 eine vergleichsweise hohe Anzahl Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten beobachten. Bei Berner Männern fallen im Beobachtungszeitraum schliesslich die, verglichen mit der Schweiz, häufigeren Todesfälle wegen Krankheiten des Atmungssystems auf.

Todesursachen aus Sicht der Prävention

Der Rückblick auf die Veränderung der Sterblichkeit und der Todesursachen in den letzten 20 Jahren zeigt eine erfreuliche Tendenz: die Sterblichkeit ist deutlich zurückgegangen und zwar auch bei den jüngeren Altersgruppen. Auch wenn der Kanton Bern sich mit diesem Ergebnis nicht von der Entwicklung in der Schweiz insgesamt unterscheidet, ist diese Verringerung der Sterblichkeit sicherlich positiv zu bewerten und weist auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung sowie der medizinischen Versorgung hin. Die Sterblichkeit einer Bevölkerung verändert sich (mit Ausnahme des Auftretens von natürlichen oder von Menschen verursachten Katastrophen und von Epidemien) nur sehr langsam. Das Risikoverhalten der heutigen Jugendlichen und Erwachsenen wird in 40, 50 Jahren die vorherrschenden Todesursachen und die Sterblichkeit in unserem Kanton bestimmen. Unter diesem Blickwinkel ist die hohe Raucherquote bei den Kindern und Jugendlichen in unserem Kanton ein alarmierendes Ergebnis (vgl. Kapitel 3 und 6).

Aus Sicht der Prävention sind vor allem diejenigen Todesursachen von Bedeutung, welche (a) einen relevanten Anteil der Bevölkerung betreffen; (b) für einen hohen Anteil an potenziell verlorenen Lebensjahren verantwortlich sind, also mit anderen Worten jüngere Menschen betreffen; (c) Ursachen haben, die veränderbar sind. Damit rücken für den Kanton Bern die durch Risikoverhalten wie ungesunde Ernährung, Rauchen und Alkoholmissbrauch mitverursachten tödlichen Erkrankungen einerseits und Unfälle, Gewalttaten und insbesondere Suizide andererseits in den Fokus. Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten Suizidrate überhaupt; im Kanton Bern war diese Rate im Beobachtungszeitraum bei den Männern sogar noch höher. Nicht vergessen werden darf aber, dass die Sterblichkeit auch durch Umweltfaktoren beeinflusst wird (Bsp. Schadstoffe in der Luft). Umweltschutz wird damit auch zum Gesundheitsschutz für den Menschen.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Die Gesundheit einer Person wird von einer Vielzahl Faktoren beeinflusst. Die einen (z. B. Konstitution oder Vererbung) sind weitgehend unveränderbar, während andere mindestens teilweise beeinflussbar sind (z. B. Risikoverhalten, Lebensstil, Umweltbedingungen, Qualität der sozialen Kontakte). Für die Prävention sind die beeinflussbaren Faktoren von primärem Interesse. Wie hängen Gesundheitsverhalten und Lebenssituation zusammen? Gibt es im Kanton Bern auffällige Muster? Um diese Fragen geht es im vorliegenden Kapitel über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

3.1 Gesundheitsbewusstsein

Für gesundheitsrelevantes Verhalten ist ein entsprechendes Gesundheitsbewusstsein unabdingbar. Im schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung wurde deshalb nach der Wichtigkeit der Gesundheit im Lebenskonzept gefragt.

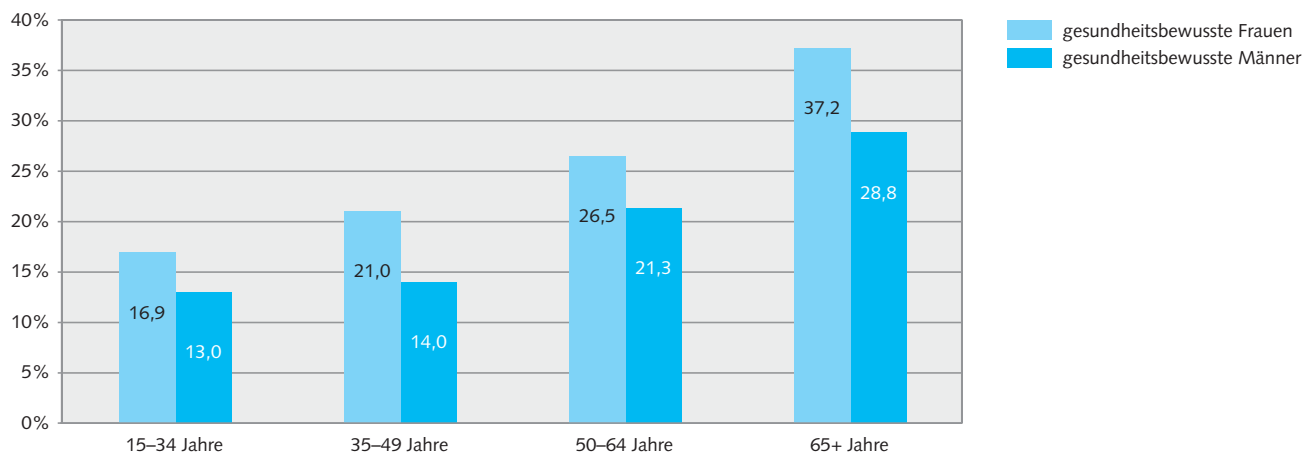
10,3% der Bevölkerung des Kantons Bern stimmt der Aussage: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» zu. Die grosse Mehrheit (70,4%) lebt nach dem Motto: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Le-

bensstil», und schliesslich sagen 19,3% von sich: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe».

Die Verteilung dieser Meinungen variiert stark zwischen den Geschlechtern und den Alterskategorien. Personen mit einem unbekümmerten Umgang mit der eigenen Gesundheit sind mehrheitlich männlich und jünger. Mit zunehmendem Alter wird Gesundheitserhaltung als Lebenskonzept immer wichtiger (vgl. Abbildung 3.1). Insbesondere im Pensionsalter wird der Gesundheit viel Beachtung geschenkt. Zwischen der Einstellung zur Gesundheit und dem Leiden unter chronischen Beschwerden ist jedoch kein eindeutiger Zusammenhang zu erkennen. Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf das Gesundheitsbewusstsein aus, und Personen mit einem unbekümmerten Umgang mit ihrer Gesundheit verfügen über ein tieferes Haushaltseinkommen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Personen in guten Einkommensverhältnissen gesundheitsbewusster wären. Der Anteil Gesundheitsorientierter ist bei Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als Fr. 3000 vergleichsweise hoch. Dies erklärt sich mitunter damit, dass die besonders gesundheitsorientierten älteren Frauen relativ häufig in prekäreren Einkommensverhält-

Anteil der Gesundheitsbewussten in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8030 (Frauen); 6598 (Männer).

Tab. 3.1 Angaben zur Gesundheitseinstellung nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz

		unbekümmert ¹		beachtend ²		orientiert ³	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		10,3	11,5	70,4	67,3	19,3	21,2
Geschlecht	Frauen	8,8	9,1	70,6	66,5	20,5	24,4
	Männer	11,9	14,1	70,2	68,2	18,0	17,7
Altersgruppen	15–34	16,4	17,2	69,8	67,8	13,7	15,0
	35–49	9,6	11,1	75,7	71,4	14,6	17,5
	50–64	(8,4)	8,5	67,7	67,5	23,9	24,0
	65+	(4,6)	6,4	67,2	59,8	28,2	33,8
Bildung	obligatorische Schule	(19,4)	17,2	53,3	56,4	27,3	26,5
	Sekundarstufe II	8,6	10,4	72,5	68,7	18,9	20,9
	Tertiärstufe	(7,4)	8,4	80,2	76,0	(12,5)	15,6
Nationalität	Schweizer	9,5	11,0	71,5	68,3	19,0	20,7
	Ausländer	(17,5)	14,3	60,0	62,1	(22,6)	23,6
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	10,3	13,1	69,4	62,9	20,3	24,0
	CHF 3000 bis 4499	8,3	9,7	69,3	68,3	22,4	22,0
	CHF 4500 bis 5999	12,4	9,5	70,6	71,3	16,9	19,2
	CHF 6000 und höher	*	8,4	81,6	77,0	(14,7)	14,6
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	(16,4)	12,4	62,9	62,4	20,7	25,2
	qualifizierte manuelle Berufe	(14,8)	15,9	62,7	61,9	22,5	22,2
	Kleinunternehmer	(8,1)	12,4	71,3	66,7	(20,6)	20,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(7,4)	9,8	72,8	67,4	19,8	22,8
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(7,1)	9,0	76,2	71,1	16,8	19,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	8,2	75,5	77,3	(15,8)	14,5
Regionaler Vergleich	Aargau	10,6		67,3		22,1	
	Basel-Landschaft	9,1		71,5		19,4	
	Basel-Stadt	8,0		67,0		25,0	
	Bern	10,3		70,4		19,3	
	Luzern	8,3		68,3		23,4	
	Solothurn	8,9		70,9		20,2	
	St. Gallen	10,5		68,1		21,3	
	Zug	8,4		71,2		20,3	
	Zürich	7,1		71,0		21,9	
	andere Deutschschweizer Kantone	11,6		67,2		21,2	
	Westschweizer Kantone	17,6		60,7		21,7	
	Tessin	11,8		71,4		16,8	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1235 <n< 1311 (BE); 14'628 <n< 15'652 (CH).

* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

¹ Zustimmung zu: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.»

² Zustimmung zu: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.»

³ Zustimmung zu: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.»

nissen leben. Es sind auch ältere Personen, die oft lediglich die obligatorische Schule besucht haben, aber dennoch sehr gesundheitsbewusst leben (vgl. Tabelle 3.1).

Der Anteil Personen, die von sich sagen «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe», ist im Kanton Bern über die Jahre 1992/93 und 1997 stabil und nimmt dann etwas ab. Die Abnahme ist jedoch nur gering (-3%) und statistisch nicht signifikant.

3.2 Körperliche Aktivität

Bewegung und Sport sind für die Gesundheit von grosser Bedeutung. Die gesundheitsfördernde Wirkung von regelmässiger körperlicher Aktivität und ihre Schutzfunktion gegen zahlreiche Krankheiten sind wissenschaftlich gut belegt (vgl. Marti und Hättich 1999). Der Bewegungsmangel ist ebenso schädlich für die Gesundheit wie das Rauchen und sogar noch schädlicher als das Übergewicht. Man schätzt, dass der Bewegungsmangel in der Schweiz

jährlich mindestens 2000 Todesfälle und 1,4 Millionen Erkrankungen verursacht, welche direkte Behandlungskosten von 1,6 Milliarden Franken nach sich ziehen (Smala, Beeler und Szucs 2001). Dazu kommt: Personen, die sich regelmässig bewegen, leben nicht nur gesünder, sie zeigen auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein und fühlen sich generell besser. Sport und Bewegung hebt nachweislich die Stimmung und verbessert die Lebensqualität.

In den aktuellen Empfehlungen des Bundesamts für Sport (BASPO), des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Netzwerks «Gesundheit und Bewegung Schweiz» wird mit Blick auf die Gesundheitswirksamkeit von folgendem Bewegungsumfang ausgegangen:

«Frauen und Männern in jedem Lebensalter wird mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens «mittlerer» Intensität empfohlen. Diese Basisempfehlung, die sich aus fundierten wissenschaftlichen Untersuchungen ableiten lässt, verspricht bedeutende und vielfältige Wirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität.»

Personen, welche diese Basisempfehlungen erfüllen, können mit einem zusätzlichen Training von Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit noch mehr für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden tun. Diese weitergehenden sportlichen Aktivitäten bringen einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen, allerdings nimmt dieser nicht mehr in gleichem Masse zu.

Unter der in den Basisempfehlungen angesprochenen «mittleren» Intensität wird jede körperliche Aktivität verstanden, bei der man zumindest etwas ausser Atem,

aber nicht unbedingt ins Schwitzen gerät. Schwitzen wird seinerseits als Abgrenzungskriterium für die körperlichen Aktivitäten mit «höherer» Intensität genommen. Auch mit Blick auf ein gezieltes Ausdauertraining hat das Bundesamt für Sport Richtlinien formuliert: Für bereits Aktive (Personen also, welche die Basisempfehlungen erfüllen) wird ein Training der Ausdauer oder der kardiorespiratorischen Fitness von mindestens drei Trainingseinheiten pro Woche über 20 bis 60 Minuten empfohlen.

Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen wurde in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 die

Tab. 3.2 Ausmass der Bewegungsaktivitäten gemäss Führungsindikator des BASPO, öanton Bern und Schweiz

	BE	CH
trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	29,7	27,0
regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen)	9,4	8,9
unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden	23,1	25,6
teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden	18,8	19,1
inaktiv	19,0	19,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1532 (BE); 18'719 (CH).

Tab. 3.3 Bewegungsverhalten nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-konominischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/ teilaktiv		inaktiv	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		39,1	35,8	41,9	44,8	19,0	19,4
Geschlecht	Frauen	35,9	32,6	43,5	45,2	20,6	22,2
	Männer	42,7	39,4	40,2	44,3	17,1	16,3
Altersgruppen	15–34	49,7	42,4	40,1	46,5	10,3	11,1
	35–49	37,6	33,1	45,3	49,9	17,1	17,0
	50–64	36,8	33,5	45,0	44,6	18,2	22,0
	65+	28,2	31,9	36,3	33,9	35,6	34,3
Bildung	obligatorische Schule	42,7	34,8	28,0	38,1	29,2	27,2
	Sekundarstufe II	38,7	36,2	44,1	46,0	17,1	17,7
	Tertiärstufe	36,6	35,8	48,8	49,3	(14,5)	14,8
Nationalität	Schweizer	39,3	37,0	43,1	45,2	17,6	17,8
	Ausländer	37,9	30,5	32,1	42,8	30,0	26,7
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	33,7	33,9	41,2	41,9	25,1	24,2
	CHF 3000 bis 4499	41,3	34,7	42,2	45,8	16,6	19,5
	CHF 4500 bis 5999	39,9	37,9	45,7	47,0	14,4	15,2
	CHF 6000 und höher	40,9	37,8	47,4	49,4	11,7	12,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	41,8	36,3	36,7	37,9	21,6	25,8
	qualifizierte manuelle Berufe	40,3	36,1	39,0	42,8	20,6	21,2
	Kleinunternehmer	39,3	35,6	34,7	39,8	25,9	24,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	37,0	33,8	45,1	47,1	17,9	19,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	37,7	36,4	47,4	48,0	14,9	15,6
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	36,1	33,8	48,3	51,5	(15,6)	14,8
Regionaler Vergleich	Aargau		38,3		45,9		15,8
	Basel-Landschaft		35,9		45,4		18,7
	Basel-Stadt		35,8		39,2		25,0
	Bern		39,1		41,9		19,0
	Luzern		35,5		47,9		16,6
	Solothurn		37,5		44,9		17,6
	St.Gallen		36,5		48,5		15,0
	Zug		41,5		46,1		12,4
	Zürich		37,1		45,1		17,8
	andere Deutschschweizer Kantone		39,8		47,4		12,8
	Westschweizer Kantone		30,9		44,9		24,2
	Tessin		30,2		36,4		33,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1440 <n< 1532 (BE); 17'344 <n< 18'719 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Frage gestellt, wie oft und wie lange man körperliche Aktivitäten ausübe, bei denen man zumindest ein bisschen ausser Atem komme. Als Beispiele für solche Aktivitäten wird auf «zügiges Laufen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten und viele Sportarten» verwiesen. Zusätzlich wurde gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche man durch körperliche Betätigung während der Freizeit ins Schwitzen komme. Aus diesen beiden Angaben wurde ein Gesamtindikator zur Messung des Bewegungsverhaltens gebildet, der die Angaben zu den körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (Erhöhung der Atemfrequenz) und die Angaben zu den Aktivitäten mit höherer Intensität (Schwitzen) zusammenfasst und die in Tabelle 3.2 dargestellten Kategorien unterscheidet.

Mit Blick auf den Führungsindikator des Bundesamtes für Sport lässt sich zusammenfassend sagen, dass 39,1 Prozent der Bernerinnen und Berner zumindest eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen, während 60,9 Prozent diese nicht erfüllen und als ungenügend aktiv bezeichnet werden müssen. Ein knappes Viertel ist zwar aktiv und berichtet von wöchentlichen Bewegungsaktivitäten im Umfang einer der beiden Empfehlungen, die in den Bewegungsempfehlungen vorgeschriebene Regelmässigkeit wird jedoch nicht erreicht. Die Bewegungsaktivitäten verteilen sich auf zu wenige Tage. Diese Gruppe kann deshalb als unregelmässig aktiv bezeichnet werden. Weniger als jede fünfte Person ist teilaktiv, die Häufigkeit und/oder der Bewegungsumfang sind deutlich von einer gesundheitswirksamen «Minimaldosis» entfernt. Schliesslich erweist sich wiederum fast ein Fünftel der Personen im Kanton Bern damit als völlig inaktiv. Das Bewegungsverhalten im Kanton Bern widerspiegelt somit weitgehend die gesamtschweizerischen Verhältnisse.

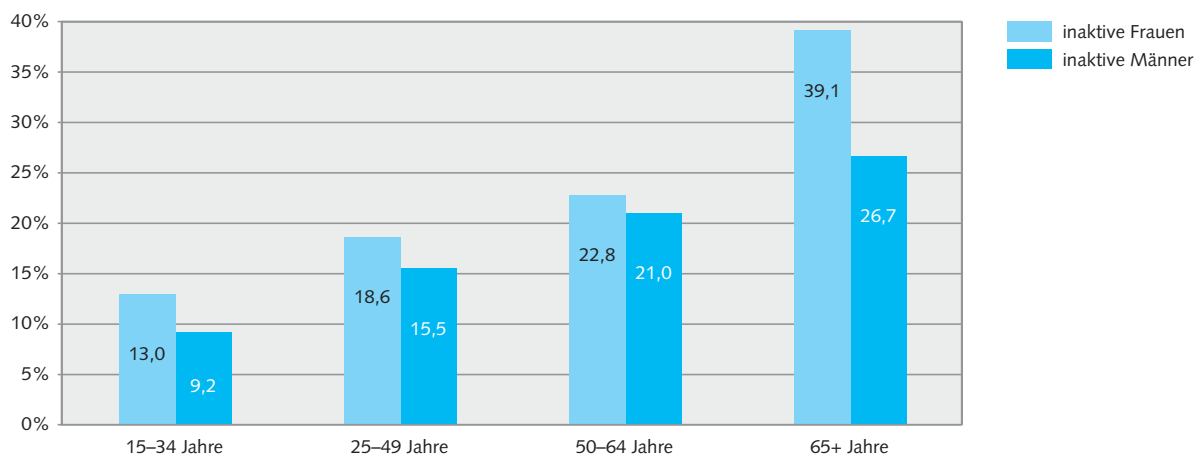
Tabelle 3.3 macht deutlich, dass die Bewegungsaktivität erwartungsgemäss mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Männer sind zudem etwas aktiver als die Frauen. Ein unterdurchschnittliches Bewegungsniveau weist die ausländische Wohnbevölkerung auf, und generell lässt sich sagen, dass das Aktivitätsniveau mit dem sozialen Status deutlich ansteigt. So sind Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau sowie einem überdurchschnittlichen Haushaltseinkommen sportlich seltener inaktiv als Personen in tieferen sozialen Lagen. Die genannten Unterschiede zeigen sich sowohl im Kanton Bern als auch in der Gesamtschweiz. Eine Berner Eigenheit ist jedoch der Befund, dass die Gruppe mit lediglich obligatorischem Schulabschluss den höchsten Anteil sportlich aktiver Personen aufweist.

Mit Blick auf die regionalen Unterschiede lässt sich zunächst feststellen, dass in den französischsprachigen Kantonen und im Tessin der Bewegungsmangel deutlich ausgeprägter ist als in der Deutschschweiz. Innerhalb der Deutschschweiz liegt der Kanton Bern nach dem Kanton Zug an der Spitze bezüglich sportlicher Aktivität. Gleichzeitig leben im Kanton Bern nach Basel-Stadt jedoch auch die meisten inaktiven Personen der Deutschschweiz.

Eine genauere Analyse der Faktoren Geschlecht und Alter findet sich in Abbildung 3.2 und Abbildung 3.3. Dabei zeigt sich, dass der Rückgang der Bewegungsaktivitäten mit dem Alter nicht kontinuierlich erfolgt und sich die Männer und Frauen dabei klar unterscheiden. Die Männer sind in jungen Jahren deutlich aktiver als die Frauen. Mit den Jahren wird diese Differenz jedoch immer geringer: Im Alter zwischen 35 und 65 Jahren zeigen Frauen und Männer ein (zumindest hinsichtlich des

Anteil der Inaktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

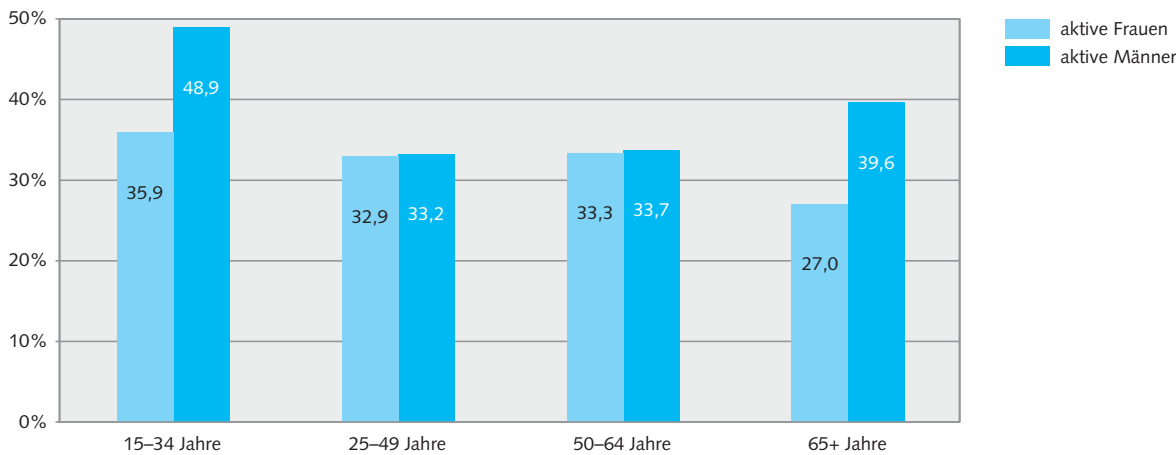
Abb. 3.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); 8272 (Männer).

Anteil der Aktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, (Personen, welche eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen), Schweiz

Abb. 3.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); 8272 (Männer).

Tab. 3.4 Verschiedene Formen von körperlicher Aktivität (in %), Kanton Bern und Schweiz

		BE	CH
Sport, Fitness, Gymnastik	nie	44,4	47,0
	teilaktiv, unregelmässig aktiv	31,8	28,6
	regelmässig aktiv: mehrmals pro Woche,	23,8	24,3
Tägliche Wegstrecke (zum Arbeiten, Einkaufen, Ausgehen) zu Fuss oder mit Velo	keine körperliche Bewegung	47,4	50,5
	bis 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	22,5	22,1
	über 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	30,1	27,4
Körperliche Aktivität bei der Arbeit (inkl. Haus- und Gartenarbeit)	kein Schwitzen bei der Arbeit	40,2	43,4
	1 bis 2 Schweißepisoden pro Woche	29,1	28,8
	3 und mehr Schweißepisoden pro Woche	30,7	27,8

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1506 <n< 1607 (BE), 18'376 <n< 19'706 (CH).

Umfangs) vergleichbares Bewegungsverhalten. Im Alter werden die Unterschiede wieder etwas grösser. Bei den über 65-Jährigen ist die Inaktivität bei den Frauen höher als bei den Männern.

Tabelle 3.4 gibt einen Überblick über verschiedene Formen der körperlichen Aktivität. Dabei zeigt sich, dass im Kanton Bern zwar etwas seltener Sport getrieben wird als in der Gesamtschweiz, dafür liegen die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit (inklusive Haus- und Gartenarbeit) und unterwegs (Wegstrecken zu Fuss oder per Velo) leicht über dem schweizerischen Durchschnitt.

Wird das Bewegungsverhalten im Kanton Bern über die Zeit betrachtet, so zeigt sich, dass der Anteil Personen, die mindestens einmal pro Woche durch körperliche Aktivität zum Schwitzen kommen, zwischen 1992/93 und 1997 signifikant ab- und dann 2002 wieder zunimmt. Der Anteil körperlich Aktiver im Kanton Bern liegt dabei zu den drei Messzeitpunkten über dem Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.4).

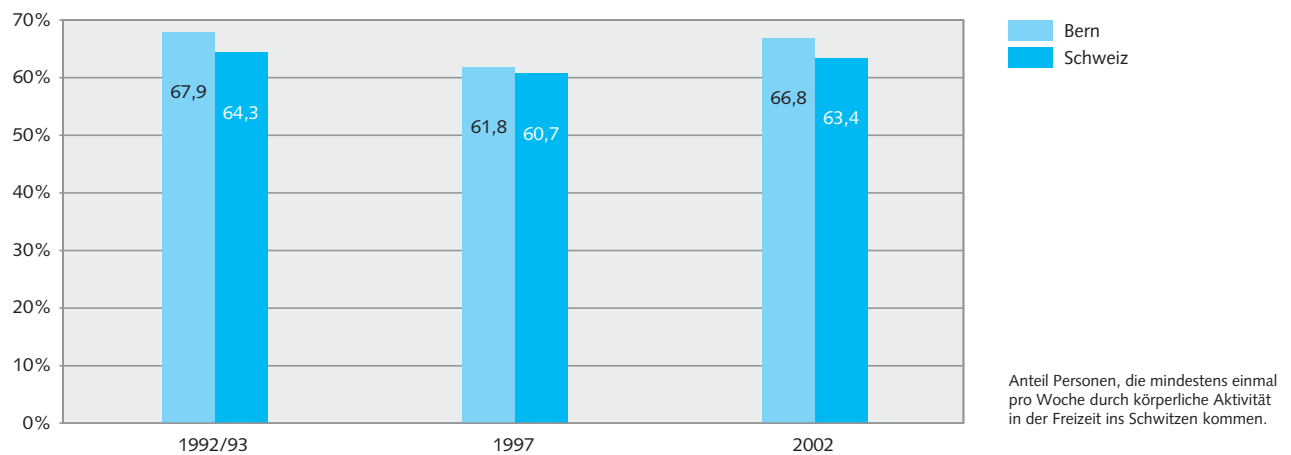
3.3 Bewusste Ernährung

Eine ausgeglichene Ernährung ist neben körperlicher Aktivität der zweite zentrale Pfeiler für den Erhalt einer guten Gesundheit. Viele Krebserkrankungen können beispielsweise in Beziehung zur Essgewohnheit der betroffenen Person gesetzt werden (Schwarzer 1992: 99). Eine ausreichende Versorgung mit bestimmten Vitaminen kann umgekehrt das Krebsrisiko vermindern. Ein besonderes Risiko liegt im zu häufigen Konsum von tierischen Fetten, wie sie vor allem in Rind- und Schweinefleisch, Butter, Käse und Eiern vorkommen. Der übermässige Konsum dieser Produkte kann unter anderem zur Erhöhung des Cholesterinspiegels⁹ im Blut führen. Gleichzeitig ist die Versorgung des Körpers mit ausreichend Eiweiss zentral für die Gesundheit (Schwarzer 1996: 120). Was und wie viel jemand isst, kann demnach je nach Essgewohnheit und Disposition krank machen oder die Gesundheit fördern.

⁹ Zu Cholesterin siehe Abschnitt 3.1.4: Risikofaktoren für chronische Krankheiten.

Schwitzen durch körperliche Aktivität, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %)

Abb. 3.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1722 (BE 1992/93); 1678 (BE 1997); 1536 (BE 2002); 14'702 (CH 1992/93); 12'761 (CH 1997); 18'738 (CH 2002).

Tab. 3.5 Anteil Ernährungsbewusste nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz

		BE	CH
Gesamtbevölkerung		74,7	69,1
Geschlecht	Frauen	83,6	76,0
	Männer	65,2	61,6
Altersgruppen	15–34	70,3	61,9
	35–49	76,7	70,5
	50–64	78,1	73,5
	65+	74,9	73,7
Bildung	obligatorische Schule	65,2	60,5
	Sekundarstufe II	76,8	71,3
	Tertiärstufe	77,9	73,7
Nationalität	Schweizer	75,4	70,5
	Ausländer	69,5	63,3
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	70,8	65,5
	CHF 3000 bis 4499	76,3	71,1
	CHF 4500 bis 5999	77,0	74,0
	CHF 6000 und höher	79,0	75,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	74,9	66,3
	qualifizierte manuelle Berufe	68,8	61,0
	Kleinunternehmer	70,7	67,3
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	75,7	73,4
	höherqualifizierte nicht-manuelle Berufe/mittleres Kader	80,6	74,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	73,1	73,3
Regionaler Vergleich	Aargau		72,9
	Basel-Landschaft		76,2
	Basel-Stadt		75,9
	Bern		74,7
	Luzern		71,1
	Solothurn		73,9
	St. Gallen		70,6
	Zug		77,9
	Zürich		76,4
	andere Deutschschweizer Kantone		69,0
	Westschweizer Kantone		55,1
	Tessin		73,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. n = 1498<n<1606 (BE); 18'172<n<19'691 (CH).

3.3.1 Ernährungsbewusstsein

Ernährungsbewusstsein ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für ein gesundes Ernährungsverhalten. Verschiedene Faktoren können eine Rolle bei der Umsetzung spielen. Es ist anzunehmen, dass beispielsweise Armut das effektive Ernährungsverhalten beeinflusst.

Im Kanton Bern achten drei Viertel der Bevölkerung auf ihre Ernährung. Dabei erweisen sich die Frauen als deutlich ernährungsbewusster als die Männer (83,6% vs. 65,2%). Unabhängig vom Geschlecht sind es im Kanton Bern die 50- bis 64-Jährigen, die am meisten darauf achten, was sie essen.

Das Ernährungsbewusstsein steht in Zusammenhang mit Bildung und Haushaltseinkommen. Personen mit einer höheren Bildung und Personen mit einem grösseren Haushaltsbudget achten deutlich mehr darauf, was sie essen als Personen mit einer geringeren Bildung und Personen mit tieferen Einkommen.

Bezüglich Ernährungsbewusstsein tut sich ein besonders breiter «Röstigraben» auf: In der Deutschschweiz und auch im Tessin ist das Ernährungsbewusstsein klar ausgeprägter als in der Westschweiz. Der Anteil ernährungsbewusster Personen im Kanton Bern liegt im Mittelfeld der Deutschschweizer Kantone.

Der Anteil ernährungsbewusster Personen im Kanton Bern ist seit der Befragung 1992/93 leicht angestiegen, die Differenz ist allerdings gering (+3%) und statistisch nicht signifikant.

3.3.2 Ernährungsgewohnheiten

Gut ein Viertel der Personen im Kanton Bern isst (fast) täglich Fleisch, während 6,4 Prozent der Personen darauf weitgehend bis ganz verzichtet (Tabelle 3.6). Der Anteil Vegetarier und seltener Fleischesser ist bei den 15- bis 34-Jährigen mit gegen 8,9% am grössten.

Bei der grossen Mehrheit der Personen im Kanton Bern stehen täglich Gemüse und Salat auf dem Tisch (vgl. Tabelle 3.6). Bei den 15- bis 34-Jährigen essen nur

75,7% täglich Salat oder Gemüse, bei allen anderen Altersgruppen sind es mindestens 83,2%. Beim Früchtekonsum zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Während in der jüngsten Altersgruppe nur 55,6% täglich Früchte essen, nimmt der Früchtekonsum in den höheren Altersklassen kontinuierlich zu. Bei den über 65-Jährigen verpeisen 85,2% täglich Früchte. Diese Werte für den Kanton Bern entsprechen weitgehend jenen der Gesamtschweiz.

Vier Fünftel der Berner Bevölkerung essen selten bis nie in einem Schnellimbisslokal oder auf der Strasse. Mit zunehmendem Alter wird der Anteil Personen, die sich nie auf diese Weise verpflegen, immer grösser. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind es im Kanton Bern 57%, bei den über 65-Jährigen schliesslich 98%, die weitgehend auf Fastfood verzichten. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil häufiger Snackbarbesucher im Kanton Bern geringer.

Bei diesen Altersunterschieden handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Kohorteneffekt. Dies bedeutet: Es ist anzunehmen, dass sich die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch in späteren Jahren – zumindest teilweise – von Fastfood ernähren werden. Dies hängt nicht zuletzt mit den veränderten Lebensgewohnheiten zusammen.

3.4 Medikamentengebrauch

Im Jahr 2002 wurden in der Schweiz 6933 verschiedene, von Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, registrierte Humanarzneimittel¹⁰ angeboten, von denen gut die Hälfte (56,2%) verschrieben werden muss. Der Anteil der Medikamente an den gesamten Gesundheitskosten beträgt gegenwärtig 10,7%. Medikamente gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen bezüglich Marktanteil seit Jahren die Spitzenposition ein. An zweiter Stelle stehen Medikamente gegen Depressionen. Im Durchschnitt geben die Schweizerinnen und Schweizer 1,5% ihres Einkommens für Medikamente aus (Kommunikationsstelle Interpharma 2003).

Tab.3.6 Fleisch-, Gemüse-, Salat-, Früchte- und Fastfoodkonsum, öanton Bern und Schweiz (in %)

	an 6–7 Tagen		an 4–5 Tagen		an bis zu 3 Tagen		selten bis nie	
	BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Fleisch	26,0	25,2	26,7	26,2	40,9	43,7	6,4	4,8
Gemüse und Salat	84,5	85,2	8,5	8,0	6,1	6,1	(0,9)	0,7
Früchte	69,9	68,0	8,9	9,0	16,5	17,6	4,7	5,3
Fastfood	(1,7)	1,5	2,9	3,4	14,8	15,9	80,6	79,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1602 <n< 1607 (BE); 19'662 <n< 19'687 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen.

¹⁰ Humanarzneimittel, Phytotherapeutika, Homöopathika, In-vitro-Tests, Radiopharmazeutika.

Viele Arzneimittel bergen neben der erwünschten Wirkung oft auch ein Missbrauchspotenzial sowie nicht zu vernachlässigende Nebenwirkungen. Beispielsweise kann die langfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die Benzodiazepine enthalten, in die Medikamentenabhängigkeit führen (Maffli und Bahner 1999). Ähnliche Probleme stellen sich auch bei verschiedenen Schmerzmitteln (Ladewig 2000, Gmel 2000). Eine Reihe von Medikamenten beeinträchtigt zudem den Gleichgewichtssinn. Besonders bei älteren Personen kann die Einnahme solcher Präparate zu häufigeren Sturzunfällen führen (Höpflinger und Hugentobler 2003).

Vier von zehn Personen im Kanton Bern wie auch in der Schweiz insgesamt haben in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Anteil bei den Frauen mit 46,5% (CH: 46,2%) markant höher liegt als der Anteil bei den Männern mit 31,7% (CH: 34,9%). Dieser Geschlechterunterschied bezüglich Medikamenteneinnahme ist ein bekanntes Phänomen und findet sich auch in Länder vergleichenden Studien (Maffli und Bahner 1999).

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsument stetig an. Bei den 15- bis 34-Jährigen ist ein knappes Viertel, bei den über 65-Jährigen sind es 70,9% (CH: 70,8%), die in den vergangenen sieben Tagen mindestens einmal ein Medikament eingenommen haben. Weiter zeigt sich, dass mit zunehmender Bildung der Medikamentenkonsument abnimmt. Dieser Zusammenhang besteht auf allen Altersstufen, bei den Frauen wie auch bei den Männern.

Bemerkenswert ist weiter der Befund, dass Personen ausländischer Nationalität deutlich weniger Medikamente einnehmen, obwohl sie häufiger an Beschwerden leiden als Schweizerinnen und Schweizer (vgl. Kapitel 2.1 und Tabelle 3.7).

Schmerzmittel sind die Spitzenreiter der eingenommenen Medikamente. 14,5% der in der Schweiz wohnhaften Personen über 15 Jahre haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen, im Kanton Bern waren es 12%. 4,3% der Schweizer Bevölkerung konsumierten täglich Schmerzmittel, wobei der Anteil der konsumierenden Frauen mit

Tab. 3.7 Medikamentenkonsument nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz

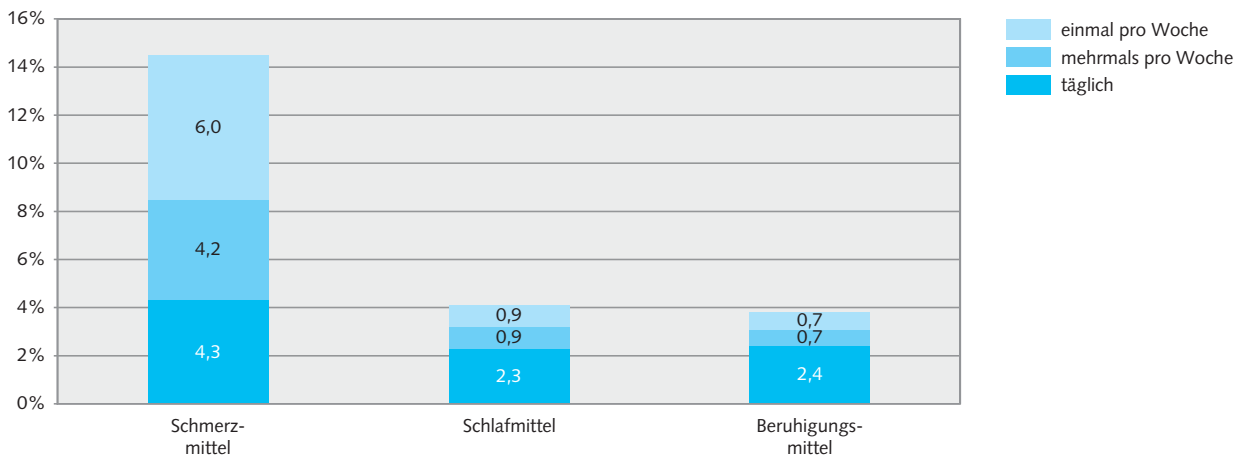
		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlaf- mittel	
		BE	CH	BE	CH	CH	CH	
Gesamtbev ökerung		39,3	40,8	12,0	14,5	3,8	4,1	
Geschlecht	Frauen	46,5	46,2	14,5	18,0	4,7	5,4	
	Männer	31,7	34,9	9,4	10,8	2,8	2,7	
Altersgruppen	15–34	24,1	27,3	11,4	12,8	1,6	0,6	
	35–49	27,3	31,1	9,2	14,5	2,6	2,0	
	50–64	45,2	46,9	12,2	14,2	5,7	4,3	
	65+	70,9	70,8	16,5	17,7	7,0	12,9	
Bildung	obligatorische Schule	43,0	44,8	14,8	17,5	5,3	5,8	
	Sekundarstufe II	39,3	39,8	11,7	13,9	3,4	3,5	
	Tertiärstufe	34,7	38,3	10,2	12,2	2,9	3,6	
Nationalität	Schweizer	40,1	41,8	11,6	14,1	3,7	4,4	
	Ausländer	33,7	36,3	(15,6)	16,3	4,2	2,9	
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	36,6	40,3	13,0	16,3	4,6	4,9	
	CHF 3000 bis 4499	42,5	42,9	11,8	14,2	3,9	4,1	
	CHF 4500 bis 5999	42,9	41,6	12,6	13,1	3,2	3,4	
	CHF 6000 und höher	36,6	39,4	(13,1)	12,9	2,4	2,8	
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	35,9	40,4	(10,8)	16,2	4,3	4,1	
	qualifizierte manuelle Berufe	35,5	38,2	(12,2)	13,1	4,1	3,6	
	Kleinunternehmer	36,6	39,3	(13,7)	14,1	3,7	3,9	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	45,6	45,2	13,8	16,0	4,2	4,6	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	40,1	40,6	11,5	15,0	3,8	4,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	36,0	39,3	(9,1)	11,2	2,6	2,7	
Regionaler Vergleich	Aargau		38,6		14,3	3,0	2,8	
	Basel-Landschaft		40,6		14,0	3,0	3,4	
	Basel-Stadt		48,0		18,3	4,5	5,5	
	Bern		39,3		12,0	2,2	3,3	
	Luzern		34,1		11,3	3,4	3,9	
	Solothurn		41,0		13,7	2,6	3,8	
	St. Gallen		36,7		10,5	2,4	3,3	
	Zug		33,1		10,6	2,0	2,8	
	Zürich		40,3		13,4	2,9	3,3	
		andere Deutschschweizer Kantone		35,9		11,7	3,0	3,7
		Westschweizer Kantone		46,9		19,5	6,5	5,5
		Tessin		39,5		14,8	4,7	6,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1496 <n< 1607 (BE); 18'164 <n< 19'683 (CH).

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Medikamentenkonzum in der Woche vor der Befragung, Schweiz

Abb. 3.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 19'681<n<19'697.

5,1% deutlich über dem der Männer mit 3,4% lag. Mit zunehmendem Alter steigt der tägliche Schmerzmittelkonsum stark an. Während 2,6% der 15- bis 34-Jährigen in den sieben Tagen vor der Befragung täglich ein Schmerzmittel genommen haben, waren es bei den über 65-Jährigen 6,9%.

Schlafmittel wurden im Kanton Bern in der Woche vor der Befragung von 3,3% der Bevölkerung eingenommen (CH: 4,1%). Der Anteil der Frauen ist dabei unabhängig vom Alter deutlich höher als jener der Männer. Der Schlafmittelkonsum steigt mit zunehmendem Alter stark an. Während bei den 15- bis 34-Jährigen nur 0,6% Schlafmittel konsumieren, ist es bei den über 65-Jährigen mehr als jeder Achte (12,9%). Dabei zeigt sich auch ein unterschiedliches Einnahmemuster: Bei den älteren Personen ist die tägliche Einnahme sehr viel verbreiteter als bei den jüngeren. Dies hängt damit zusammen, dass mit zunehmendem Alter Ein- und Durchschlafprobleme deutlich häufiger auftreten (vgl. Kapitel 2.2.3).

Beruhigungsmittel haben im Kanton Bern in der Woche vor der Befragung 2,2% der Bevölkerung eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es mit 3,8% deutlich mehr. Dabei zeigt sich, dass Beruhigungsmittel in der Re-

gel täglich eingenommen werden (vgl. Abbildung 3.5). Wie bei allen anderen Medikamenten gibt es auch hier den Befund, dass Frauen etwas häufiger Beruhigungsmittel konsumieren als Männer (4,7% vs. 2,8%). Mit dem Alter nimmt der Konsum von Beruhigungsmitteln kontinuierlich zu: 1,6% der 15- bis 34-Jährigen vs. 7% der über 65-Jährigen haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Beruhigungsmittel eingenommen.

Der Medikamentenkonzum im Kanton Bern ist seit der Befragung von 1992/93 und 1997 relativ stabil geblieben, es bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

3.5 Tabakkonsum

Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert, dass Rauchen in den westlichen Industriegesellschaften zu den häufigsten Ursachen für Krankheit, Invalidität und (frühzeitigen) Tod zählt. Man schätzt, dass etwa ein Drittel aller Todesfälle bei Menschen zwischen 35 und 65 Jahren direkt oder indirekt durch Tabakrauchen verursacht wird. In der Schweiz sind dies rund 8300 Todesfälle pro Jahr (SFA 2004).

Tab. 3.8 Tabakkonsum, öanton Bern und Schweiz

	BE	CH		BE	CH
Nichtraucher	71,0	69,5	noch nie geraucht	51,3	49,6
			Ex-Raucher	19,7	19,9
Raucher	29,0	30,5	weniger starke Raucher ¹	14,2	14,0
			starke Raucher ²	14,8	16,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1605 (BE), 19'701 (CH).

¹ bis 10 Zigaretten pro Tag.

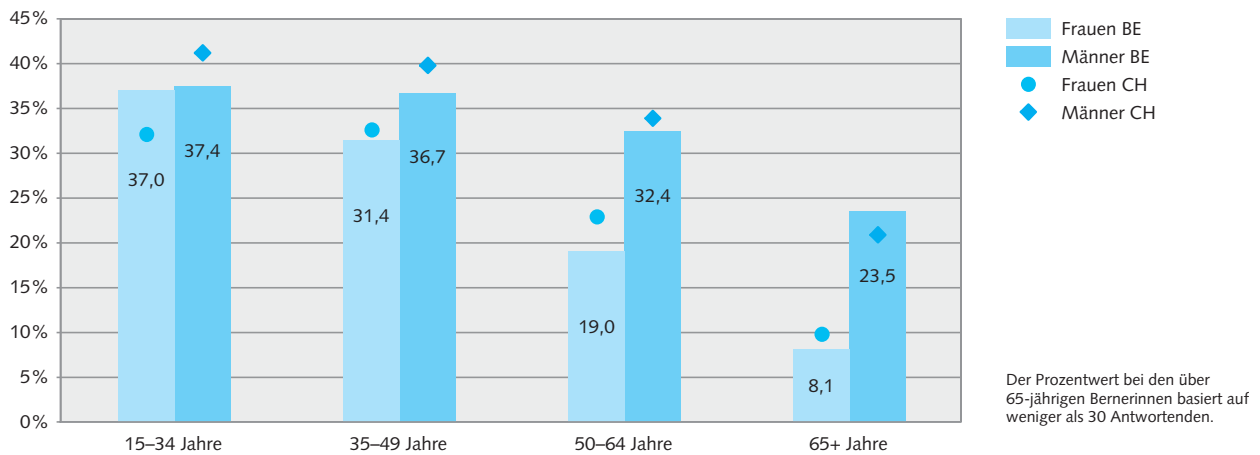
² ab 11 Zigaretten pro Tag.

Tabelle 3.8 gibt einen Überblick über den Tabakkonsum in der Bevölkerung. Ein knappes Drittel (29,1%) der Berner Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren raucht zumindest gelegentlich Tabakprodukte, wobei die Hälfte zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten im Tag) gezählt werden muss. Der Anteil der nicht rauchenden Bevölkerung des Kantons ist etwas grösser als in der Schweiz insgesamt, und der Anteil starker Raucher liegt leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Der Anteil Rauchender variiert jedoch erheblich zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen. Männer rauchen deutlich mehr als Frauen (BE: 33,7% vs. 24,6%). Abbildung 3.6 zeigt, dass heute die jungen Frauen gleich häufig wie die jungen Männer rauchen. Mit zunehmendem Alter wird der Unterschied des Anteils Rauchender zwischen Frauen und Männern immer grösser. Bei den über 65-jährigen Frauen, welche wahrscheinlich zwischen 1930 und 1950 mit Rauchen begon-

Anteil rauchender Frauen und Männer, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 3.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1606 (BE), 19'701 (CH).

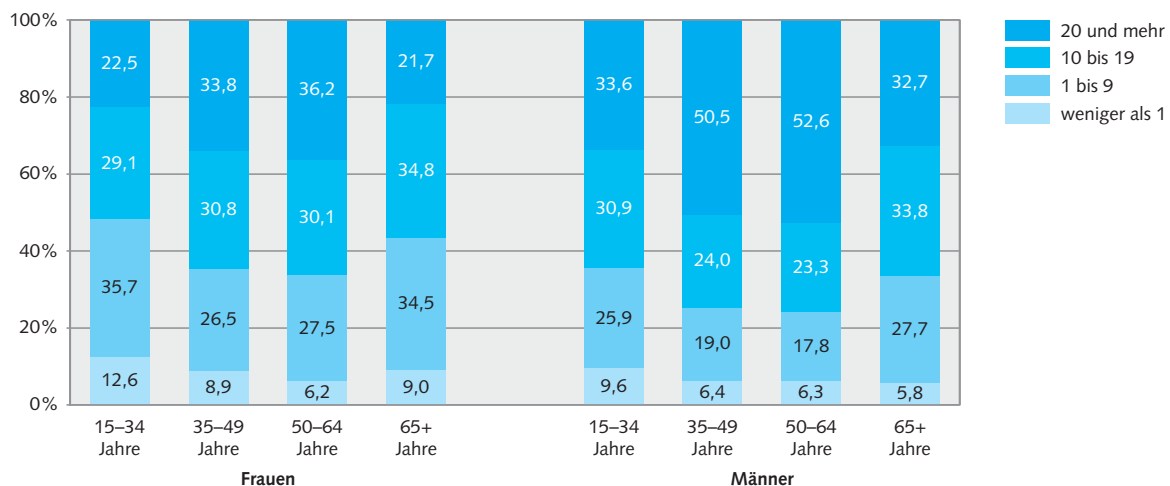
Tab. 3.9 Anteil der konsumierten Tabakprodukte, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz (in %, Mehrfachnennungen möglich)

	Zigaretten	Zigarren	Zigarillos	Pfeife
Frauen	98,5	1,7	2,1	0,5
Männer	82,4	18,4	9,8	9,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 5963.

Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=5040.

nen haben, liegt der Raucherinnenanteil bei 8%. Bei den gleichaltrigen Männern ist der Anteil dreimal höher.

Bei gut vier Fünfteln der Rauchenden handelt es sich ausschliesslich um Zigarettenkonsumenten. Dabei besteht ein deutlicher Geschlechterunterschied: Während Frauen fast ausschliesslich Zigaretten konsumieren, rauchen gegen zehn Prozent der Tabak konsumierenden Männer (auch) Zigarillos oder Pfeife, und fast ein Fünftel raucht hin und wieder eine Zigarre (vgl. Tabelle 3.9).

Knapp die Hälfte der rauchenden Männer und ein Drittel der rauchenden Frauen konsumieren 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil Rauchender zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, raucht täglich mehr Zigaretten als die jüngeren Raucher (vgl. Tabelle 3.7). Das soll jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass der hohe Anteil junger Raucherinnen und Raucher gewissermassen eine volksgesundheitliche Zeitbombe darstellt. Sollte es dieser Generation von Rauchenden nicht gelingen, das Rauchen bald wieder aufzugeben, ist eine massive Steigerung von nikotinassozierten Krankheiten und Todesfällen zu erwarten.

Der Anteil starker Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Bei den Männern nimmt der Anteil Nichtraucher mit höherer Bildung leicht zu und der Anteil starker Raucher ab.

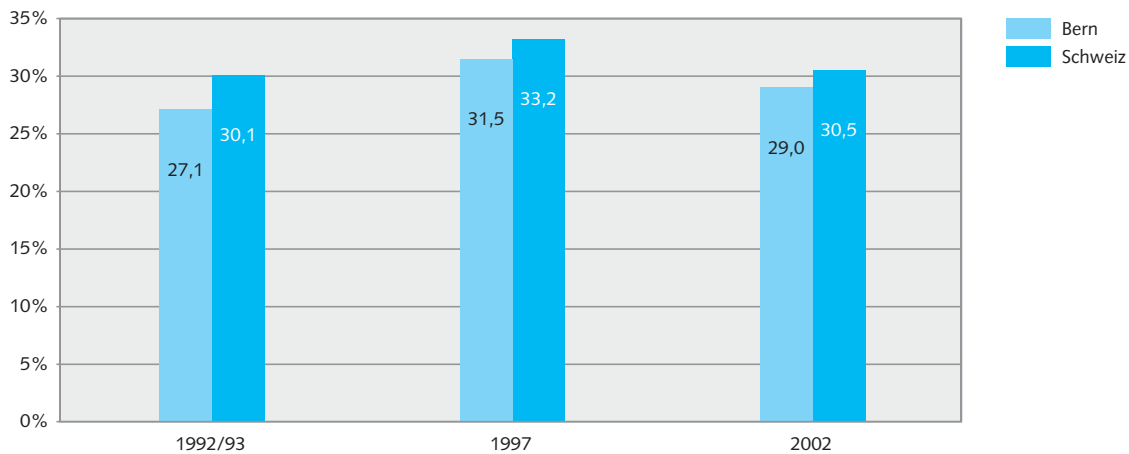
Beobachtet man den Anteil Personen im Kanton Bern, die regelmässig Zigaretten und andere Tabakprodukte rauchen, so ist zwischen 1992/92 und 1997 eine signifikante Zunahme und danach bis 2002 wieder eine leichte Abnahme erkennbar (vgl. Abbildung 3.8). Hinter diesem allgemeinen Trend verstecken sich jedoch markante geschlechts- und altersspezifische Muster. Beispielsweise hat der Anteil Raucherinnen unter den 15- bis 34-Jährigen seit 1992/93 vergleichsweise stark zugenommen (+11%). Während in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen bis 1997 mehr Berner als Bernerinnen rauchten, besteht 2002 kein Unterschied mehr.

Tab. 3.10 Anteil Nichtraucher, Raucher und starke Raucher nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz

		Nichtraucher		Raucher		starke Raucher	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Gesamtbevölkerung		74,6	64,0	11,3	17,0	14,2	19,0
Altersgruppen	15–34	67,9	58,8	16,6	18,1	15,5	23,1
	35–49	67,4	60,2	12,9	16,8	19,7	23,0
	50–64	77,1	66,1	8,5	17,6	14,4	16,3
	65+	90,2	79,1	4,7	14,1	5,1	6,8
Bildung	obligatorische Schule	75,7	62,2	11,2	20,3	13,1	17,6
	Sekundarstufe II	73,9	62,6	10,9	15,8	15,2	21,6
	Tertiärstufe	76,1	69,5	13,2	16,9	10,7	13,6
Nationalität	Schweizer	75,2	64,8	10,7	17,1	14,1	18,1
	Ausländer	71,7	61,1	13,9	16,5	14,4	22,4
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	74,0	62,7	11,1	16,3	14,8	20,9
	CHF 3000 bis 4499	74,7	65,0	10,8	16,8	14,5	18,3
	CHF 4500 bis 5999	73,5	64,5	12,2	15,4	14,2	20,1
	CHF 6000 und höher	74,6	63,3	11,9	18,2	13,5	18,5
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	73,8	59,0	12,3	17,9	14,0	23,1
	qualifizierte manuelle Berufe	72,0	60,0	11,8	15,9	16,1	24,1
	Kleinunternehmer	76,3	64,3	10,2	16,9	13,5	18,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	71,7	60,6	11,4	17,7	16,9	21,6
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	74,6	66,1	11,5	16,9	13,8	17,0
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	77,6	71,6	11,3	16,4	11,1	12,0
Regionaler Vergleich	Aargau	73,3	62,7	12,9	18,6	13,8	18,7
	Basel-Landschaft	75,8	65,6	10,5	17,0	13,6	17,4
	Basel-Stadt	71,2	62,2	11,0	15,0	17,8	22,8
	Bern	75,4	66,3	12,5	16,0	12,1	17,8
	Luzern	76,1	66,1	10,6	18,5	13,3	15,4
	Solothurn	69,6	67,5	10,8	14,9	19,6	17,6
	St. Gallen	76,5	62,7	11,9	20,6	11,6	16,7
	Zug	73,1	68,1	16,7	18,3	10,2	13,6
	Zürich	75,7	60,5	10,9	17,2	13,4	22,3
	andere Deutschschweizer Kantone	78,2	65,9	11,1	16,6	10,7	17,5
	Westschweizer Kantone	72,4	63,3	10,6	16,3	17,0	20,4
	Tessin	73,9	68,1	10,2	15,6	16,0	16,3

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 9822 <n< 10'794 (Frauen); 8356 <n< 8906 (Männer). starke Raucher: mehr als 10 Zigaretten/Tag.

Anteil Rauchende, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %) Abb. 3.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1772 (BE 1992/93); 1714 (BE 1997); 1606 (BE 2002); 15'285 (CH 1992/93); 13'000 (CH 1997); 19'701 (CH 2002).

3.6 Alkoholkonsum

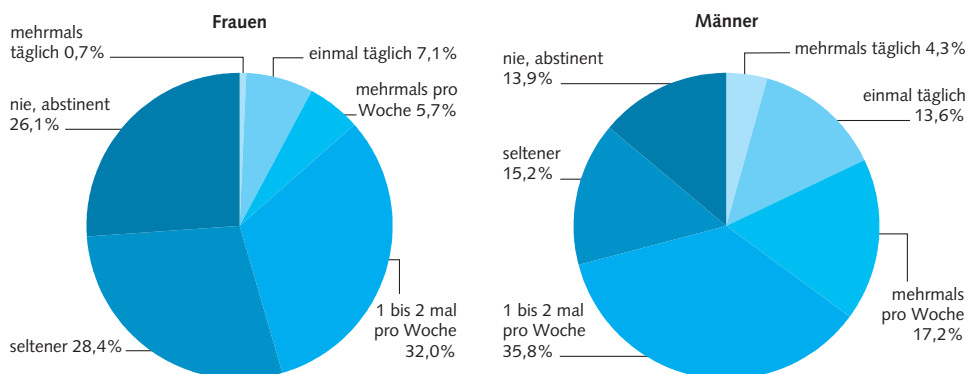
Die WHO kategorisiert im World Health Report 2002 übermässigen Alkoholkonsum als drittgrössten Risikofaktor für die Gesundheit in den westlichen Industrienationen. Übermässiger Alkoholkonsum birgt gesundheitliche wie auch soziale Risiken in Form von Alkoholvergiftung und Alkoholabhängigkeit. Autounfälle, Gewaltakte, (chronische) Gesundheitsprobleme sowie auch soziale Probleme können oft direkt oder indirekt mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden. Das Trinkverhalten, die Trinkhäufigkeit wie auch das jeweils konsumierte Alkoholvolumen haben auf die Gesundheit einen

wichtigen Einfluss. Während man heute davon ausgehen kann, dass geringe Mengen von Alkohol sogar einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben können, kostet übermässiger Alkoholkonsum eine Vielzahl an verlorenen Lebensjahren (WHO 2002: 65f.).

Die Zahl der alkoholabhängigen Menschen in der Schweiz wird auf 300'000 geschätzt. In einer Studie über die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz ergaben sich für das Referenzjahr 1998 die folgenden Werte: Über 2100 Personen starben infolge erhöhten Alkoholkonsums, 40% davon durch Erkrankungen des Verdauungstrakts. Weitere häufige, alkoholbedingte Todesursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und

Häufigkeit des Alkoholkonsums von Frauen und Männern, Kanton Bern

Abb. 3.9

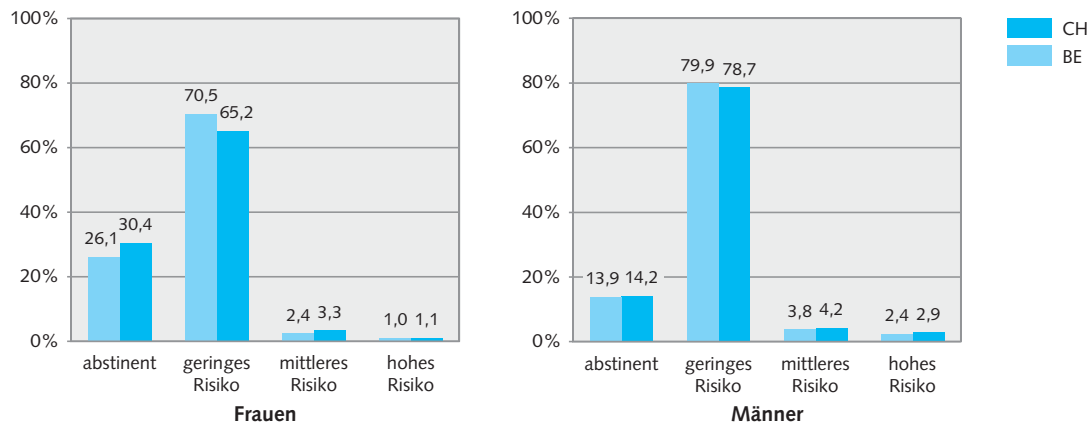


* Der Prozentwert bei «mehrmals täglich» bei den Bernerinnen basiert auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=878 (Frauen); 723 (Männer).

Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppen bezüglich Alkoholkonsums, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 3.10



Frauen: abstinent, geringes Risiko (<20g/Tag), mittleres Risiko (20–39.99g/Tag), hohes Risiko (>=40g/Tag).
 Männer: abstinent, geringes Risiko (<40g/Tag), mittleres Risiko (40–59.99g/Tag), hohes Risiko (>=60g/Tag)
 Die Prozentwerte bei mittlerem und hohem Risiko im Kanton Bern basieren jeweils auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1599 (BE), 19'637 (CH).

Tab. 3.11 Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppe bezüglich des Alkoholkonsums nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Schweiz

		geringes Risiko		mittleres Risiko		hohes Risiko	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Gesamtbevölkerung		95,6	92,9	3,3	4,2	1,1	2,9
Altersgruppen	15–34	97,3	95,3	1,9	2,5	(0,8)	2,2
	35–49	95,9	93,0	3,0	4,2	1,1	2,8
	50–64	93,4	90,2	4,9	6,0	1,6	3,8
	65+	95,0	91,3	3,9	5,0	(1,1)	3,7
Bildung	obligatorische Schule	96,8	93,6	2,3	3,3	(0,9)	3,1
	Sekundarstufe II	95,3	92,2	3,5	4,7	1,2	3,2
	Tertiärstufe	94,1	94,0	4,6	3,8	(1,4)	2,2
Nationalität	Schweizer	95,3	92,8	3,4	4,3	1,2	2,9
	Ausländer	96,7	93,0	2,7	3,7	(0,6)	3,3
Haushaltseinkommen	Bis CHF 3000	96,3	92,7	2,5	4,1	1,1	3,1
	CHF 3000 bis 4499	95,4	92,0	3,5	4,8	1,2	3,3
	CHF 4500 bis 5999	95,4	93,2	3,6	4,4	(1,0)	2,4
	CHF 6000 und höher	92,4	92,6	6,1	4,4	(1,5)	3,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	96,1	92,3	2,9	4,6	*	3,1
	qualifizierte manuelle Berufe	94,8	93,5	3,9	4,0	(1,3)	2,4
	Kleinunternehmer	94,6	90,5	3,3	5,4	(2,1)	4,0
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	95,4	92,3	3,3	4,2	1,4	3,6
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	95,3	92,8	3,9	4,3	0,8	2,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	96,2	93,1	2,8	4,2	*	2,7
Regionaler Vergleich	Aargau	96,4	96,4	(2,4)	*	*	(2,3)
	Basel-Landschaft	97,3	91,6	(2,0)	(5,2)	*	(3,3)
	Basel-Stadt	94,5	93,5	4,5	(4,2)	*	(2,2)
	Bern	96,6	93,8	(2,4)	(3,8)	*	(2,4)
	Luzern	96,0	96,2	(3,4)	(2,6)	*	*
	Solothurn	96,7	93,9	(3,0)	(4,0)	*	(2,1)
	St. Gallen	96,0	92,5	(3,3)	(4,5)	*	(2,9)
	Zug	97,3	93,9	*	(3,3)	*	(2,8)
	Zürich	95,6	93,6	3,3	4,3	*	(2,1)
	andere Deutschschweizer Kantone	96,4	94,1	2,9	3,3	*	2,6
	Westschweizer Kantone	94,8	90,3	3,8	5,1	1,4	4,5
Tessin	91,3	86,9	6,4	7,9	(2,2)	5,1	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 9802 <n< 10'768 (Frauen); 8327 <n< 8870 (Männer).

Frauen: geringes Risiko: <20 g/Tag, mittleres Risiko: 20–39.99 g/Tag, hohes Risiko 40 g/Tag.

Männer: geringes Risiko: <40 g/Tag, mittleres Risiko: 40–59.99 g/Tag, hohes Risiko 60 g/Tag.

* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Suizid. 880'000 Arztbesuche und 500'000 Krankenhaustage gingen auf Alkoholmissbrauch zurück; deren Kosten beliefen sich auf geschätzte 554 Millionen Franken. 2800 Menschen bezogen wegen Alkoholproblemen eine Invalidenrente mit einem durchschnittlichen Invaliditätsgrad von über 90%. Die sozialen Kosten – Kosten für sämtliche Schäden durch übermässigen Alkoholkonsum – betragen geschätzte 6,5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et al. 2003).

In der Gesundheitsbefragung wird auf verschiedene Aspekte des Trinkverhaltens eingegangen. Unter anderem wird gefragt, wie oft alkoholische Getränke konsumiert werden und wie viel in den einzelnen Trinkepisoden jeweils getrunken wird. Aus diesen Angaben lässt sich der Konsum reinen Alkohols in Gramm pro Tag berechnen. Allgemein geht man davon aus, dass ab einem täglichen Konsum von 20g bei Frauen und 40g bei Männern von einem mittleren Risiko gesprochen werden kann.¹¹ Ein hohes Risiko wird bei Mengen ab 40g pro Tag bei Frauen und ab 60g bei Männern angenommen (Dawson und Room 2000; Rehm 1998). Als dritter Aspekt des Trinkverhaltens werden Anzeichen von Alkoholabhängigkeit und Trinken mit sozialen Konsequenzen untersucht.

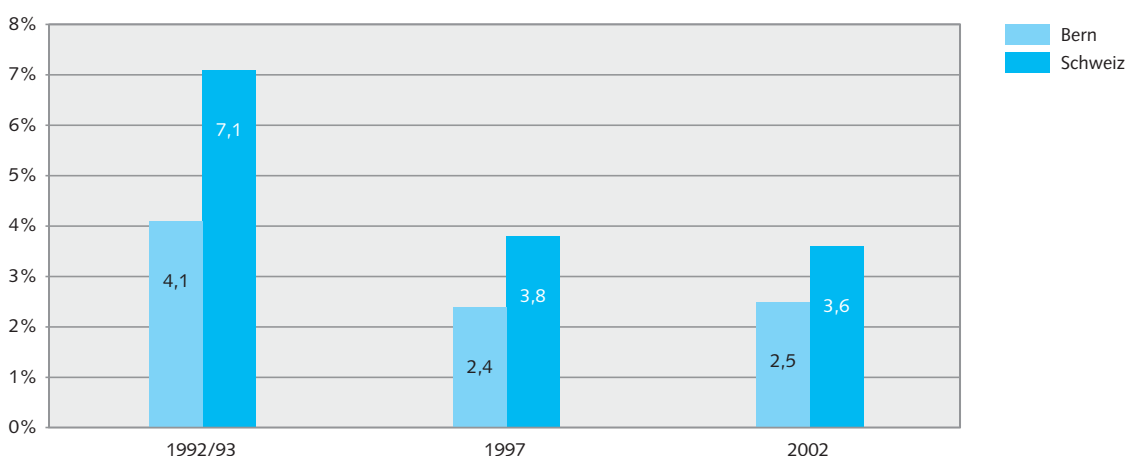
Im Kanton Bern trinken 12,7% der Bevölkerung täglich, 45,1% wöchentlich und 42,2% selten bis nie Alkohol. Der Anteil selten trinkender und abstinenten Frauen ist dabei um fast das Doppelte höher als jener der Männer.

96,6% der Frauen im Kanton Bern trinken keinen oder durchschnittlich weniger als 20g reinen Alkohol pro Tag, was bedeutet, dass etwa drei von hundert Frauen die mittlere Risikogrenze überschreiten. Bei den Männern wird der Bereich von mittlerem und hohem Risiko von 6,2% erreicht. Diese Werte liegen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern leicht unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt.¹² Zudem ist bei den Frauen und Männern im Kanton Bern der Anteil abstinent Lebender im Vergleich zur Schweiz insgesamt tiefer (vgl. Abbildung 3.10).

Tabelle 3.11 macht deutlich, dass risikoreicher Alkoholkonsum bei Männern in allen sozialen Lagen und Positionen bedeutend häufiger vorkommt als bei Frauen. Der Anteil Personen mit risikoreicher Trinkgewohnheit nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei den über 50-Jährigen den Höhepunkt. Beim Einkommen und bei den sozioprofessionellen Kategorien lassen sich bezüglich Alkoholvolumen keine eindeutigen Zusammenhänge erkennen.

Betrachtet man den Anteil Personen, die täglich zweimal oder öfter alkoholische Getränke trinken, so lässt sich in Abbildung 3.11 sowohl für den Kanton Bern als auch für die Schweiz insgesamt ablesen, dass dieser Anteil zwischen 1992/93 und 1997 signifikant abgenommen hat und seither stabil geblieben ist. Das Niveau der Vieltrinker liegt im Kanton Bern dabei zu den drei Messzeitpunkten deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt.

Anteil Personen, die täglich mindestens zweimal alkoholische Getränke konsumieren, Kanton Bern und Schweiz, 1992/93, 1997, 2002 (in %) Abb. 3.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997 und 2002, n=1771 (BE 1992/93); 1712 (BE 1997); 1601 (BE 2002); 15'282 (CH 1992/93); 12'997 (CH 1997); 19'677 (CH 2002).

¹¹ Ein Glas der verschiedenen alkoholischen Getränke (3dl Bier, 1dl Wein, 25cl Spirituosen) enthält 10-12g reinen Alkohol.

¹² Die Anzahl Personen mit einem mittlerem und hohem Risiko ist in der Stichprobe des Kantons Bern sehr klein, weshalb diese Unterschiede nicht weiter analysiert werden können.

3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen

3.7.1 Cannabiskonsum

Wird von Cannabiskonsum gesprochen, so ist meist von haschisch-¹³ oder marihuanaangereicherten¹⁴, selbst gedrehten Zigaretten (Joints) die Rede. Beide Cannabisprodukte beeinflussen sowohl das Zentralnervensystem als auch die Psyche. Ihr Konsum führt bei rund der Hälfte aller stark Cannabis Konsumierenden zu einer psychischen Abhängigkeit (WHO 1997, Müller und Gmel 2002).

Cannabiskonsum erweist sich in verschiedener Hinsicht als problematisch: (1) Jugendliche konsumieren Cannabis aus Langeweile, als Möglichkeit der Realitätsflucht und zur Unterdrückung psychischer Probleme. (2) Rauchen belastet das Atmungssystem; längerer Konsum kann Krebs und Tumore der oberen Luftwege verursachen. (3) Die Reduktion von Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis und Reaktionsfähigkeit bleibt 12 bis 24 Stunden nach dem Cannabiskonsum bestehen. Dies hat negative Auswirkungen auf die Schul- und Arbeitsleistung. Zudem erhöht Cannabiskonsum die Unfallgefahr im Strassenverkehr. Bei hohen Dosen sind auch wahnartige Zustände, Depressionen und Angstzustände möglich (4) Längerer Konsum kann in eine psychische Abhängigkeit führen. Längerer Konsum erhöht weiter das Risiko der Entwicklung von Schizophrenie, Angststörungen und Depressionen (SFA 2004b).

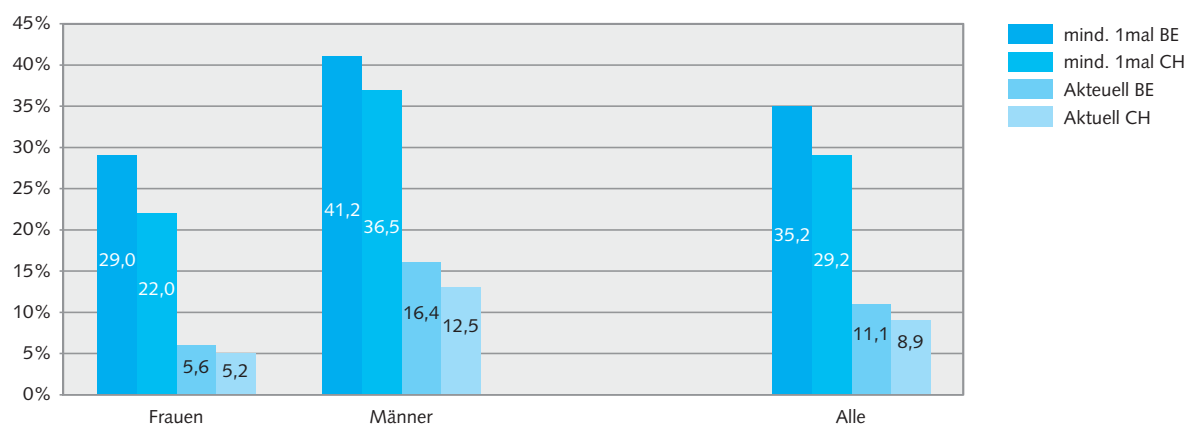
Im Kanton Bern haben 35% aller 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht (vgl. Abbildung 3.12). Die so genannte Lebenszeitprävalenz liegt damit im Kanton Bern deutlich über dem Wert für die Gesamtschweiz (29,2%). Die Lebenszeitprävalenz ist beim Cannabiskonsum rund dreimal höher als der aktuelle Konsum. Es zeigt sich nämlich, dass von allen 15- bis 34-jährigen Personen, die in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal Haschisch oder Marihuana konsumiert haben, nur ein Drittel angibt, dies im Zeitpunkt der Befragung noch zu tun (vgl. Abbildung 3.12 und Tabelle 3.12). Der Anteil der Frauen ist sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch beim aktuellen Cannabiskonsum deutlich tiefer als derjenige der Männer.

Diese Angaben aus der Gesundheitsbefragung liegen mehr als 10% unter den Befunden der Studie von Schmid et al. (2003). Bei ihrer Umfrage im selben Jahr (2002) geben 39,1% der Schülerinnen und 49,9% der Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahlen zeigen, dass Cannabis bereits in jungen Jahren konsumiert wird und der Konsum zunimmt (vgl. Abbildung 3.13).

Die Autoren bemerken denn auch, dass die Wahrscheinlichkeit, Cannabis konsumiert zu haben, zwischen 1986 und 2002 um mehr als das Sechsfache gestiegen ist. Bezüglich dieser Zunahme finden sie keine Unterschiede zwischen den Nationalitäten und den Sprachregionen der Schweiz.

Anteil Personen von 15 bis 34 Jahren, die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, und Anteil aktuell Konsumierender, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 3.12

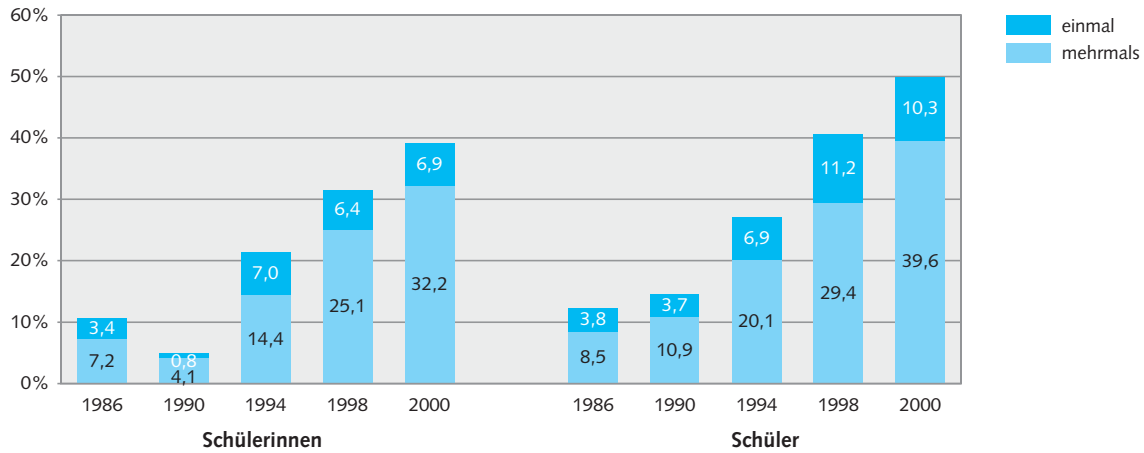


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=373 (BE), 4712 (CH).

¹³ Harz der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

¹⁴ Blätter, Blüten und Stängel der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

Einmaliger und mehrmaliger Konsum von Cannabis bei 15- bis 16-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr, Schweiz Abb. 3.13



Datenquelle: Schmid et al. (2003): 23.

Tab. 3.12 Selbstberichtete Lebenszeitprävalenz und selbstberichteter aktueller Cannabiskonsum der 15- bis 34-jährigen Schweizer Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Wohnregion¹⁵

		Lebenszeitprävalenz	aktueller Konsum
Gesamtbevölkerung der 15- bis 34-Jährigen		29,2	8,9
Geschlecht	Frauen	22,0	5,2
	Männer	36,5	12,5
Nationalität	Schweizer	32,6	10,3
	Ausländer	18,2	4,0
Regionaler Vergleich	Aargau	30,0	(7,4)
	Basel-Landschaft	27,5	(8,6)
	Basel-Stadt	33,5	(10,7)
	Bern	35,2	11,1
	Luzern	29,2	(10,2)
	Solothurn	22,2	(5,1)
	St. Gallen	21,0	(7,9)
	Zug	24,4	(7,4)
	Zürich	30,9	10,7
	andere Deutschschweizer Kantone	24,7	5,6
	Westschweizer Kantone	32,7	10,1
Tessin	14,4	*	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 4712 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden. Für den Kanton Tessin kann beim aktuellen Cannabiskonsum kein Prozentwert ausgewiesen werden (n<10). * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Schmid et al. (2003) weisen darauf hin, dass es viele Jugendliche gibt, die lediglich einmal Cannabis probieren. Bezogen auf alle Konsumierenden macht diese Gruppe ca. 20% aus. Dieser Befund stimmt in etwa auch mit den Zahlen der Gesundheitsbefragung überein. Einmaliger Cannabiskonsum hat sich über die Untersuchungsjahre auch kaum verändert, der Anstieg in der Lebenszeitprävalenz ist eindeutig auf einen Anstieg im wiederholten Konsum zurückzuführen (vgl. Abbildung 3.13)

Die selbstberichtete Lebenszeitprävalenz liegt in allen Kantonen mit grösseren Städten über dem Schweizer Durchschnitt (vgl. Tabelle 3.12). Die höchste selbstbe-

richtete Lebenszeitprävalenz für Cannabis findet man im Kanton Genf (Männer: 48%; Frauen: 28%), die niedrigste im Kanton Tessin (Männer: 15%; Frauen: 12%). In der Deutschschweiz ist der Konsum von Cannabisprodukten im Kanton Bern deutlich am höchsten (Männer 41%; Frauen 29%).

¹⁵ Diese Tabelle weicht von der Form der anderen Tabellen ab. Bei den 15-34-jährigen Personen macht es wenig Sinn, Bildung, Einkommen und die sozioprofessionelle Kategorie anzugeben, da sie oft noch in der Ausbildung sind und die Angaben ein verfälschtes Bild wiedergeben würden.

Untersucht man den Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Cannabiskonsum, so zeigt sich, dass 65,4% der Personen zwischen 15 und 34 Jahren, die Erfahrung mit Cannabis haben, Zigarettenraucher sind. 52,3% der Personen, die Zigaretten rauchen, haben mindestens schon einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert, bei den Nichtraucher/innen sind es 16%. Es besteht also eine eindeutige Beziehung zwischen Tabak- und Cannabiskonsum, was bedeutet, dass Rauchprävention indirekt auch Cannabisprävention ist.

3.8 Konsum harter Drogen¹⁶

Knapp jede dritte Person in der Schweiz (29,7%) zwischen 15 und 34 Jahren hat in ihrem Leben mindestens einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Bei der grossen Mehrheit beschränkt sich die Erfahrung aber auf den Konsum von Cannabis. 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen haben (zudem) mindestens einmal harte Drogen konsumiert (Abbildung 3.14). Nicht nur der Konsum von Cannabis, auch der Konsum von harten Drogen ist unter den jungen Männern (5,3%) weiter verbreitet als unter den jungen Frauen (3,2%).

Wird untersucht, welche harten Drogen von den erwähnten 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen konsumiert worden sind, so zeigt sich, dass es sich dabei in erster Linie um Kokain und Ecstasy handelte. Abbildung 3.15 gibt eine Übersicht über die Beliebtheit der konsumierten Stoffe, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.¹⁷ Sowohl Kokain als auch Ecstasy und Halluzinogene sind in gewissen (Party-)Kreisen beliebt und relativ einfach zu erhalten. Es handelt sich dabei jedoch um Stoffe mit einem starken Potenzial zur psychischen Abhängigkeit. Insbesondere Kokain ist eine der am stärksten und schnellsten abhängig machenden Drogen (SFA 2004b, SFA 2004c).

14,1% der 15- bis 34-Jährigen, die Erfahrung mit Cannabis hatten, konsumierten mindestens einmal harte Drogen. Umgekehrt konsumieren 96,3% der Personen mit Erfahrung mit harten Drogen auch Cannabis.

Gesundheits- und Suchtprävention im Kanton Bern

Aufgrund des Sozialhilfegesetzes hat im Kanton Bern die öffentliche Hand einen Auftrag, im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aktiv zu werden. In Zusammenarbeit mit den Gemeinden ist die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zuständig für die Bereitstellung der «erforderlichen Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der Suchthilfe». Innerhalb der GEF ist das Sozialamt zuständig für Gesundheitsförderung und Suchtprävention, welche mittels Leistungsverträgen mit der Berner Gesundheit und dem Blauen Kreuz gesteuert wird.

Das Kantonsarztamt bearbeitet alle Geschäfte, die ihm die Gesetzgebung zuweist oder deren Natur seine Mitwirkung als Fachinstanz erfordert, wie unter anderem die medizinischen belangen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung wie zum Beispiel Schulärztlicher Dienst, Familienplanungen, Impfungen und Infektionskrankheiten.

Das Blaue Kreuz des Kantons Bern realisiert als Kooperationspartner der gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern verschiedene Projekte im Bereich der Alkoholprävention.

Eines dieser Projekte nennt sich «Be my angel» und hat zum Ziel, Jugendlichen Partygänger davon abzuhalten im angetrunkenen Zustand ans Steuer eines Autos zu sitzen.

Bei Partybeginn können sich die Fahrzeuglenker und -lenkerinnen am so genannten Angel-Stand als Angel registrieren. Sie werden mit einem roten Armband gekennzeichnet und verpflichten sich im Wissen um ihre Verantwortung zum Alkoholverzicht. Als Gegenleistung erhalten sie an den Bars alkoholfreie Drinks zum halben Preis und können attraktive Wettbewerbspreise gewinnen.

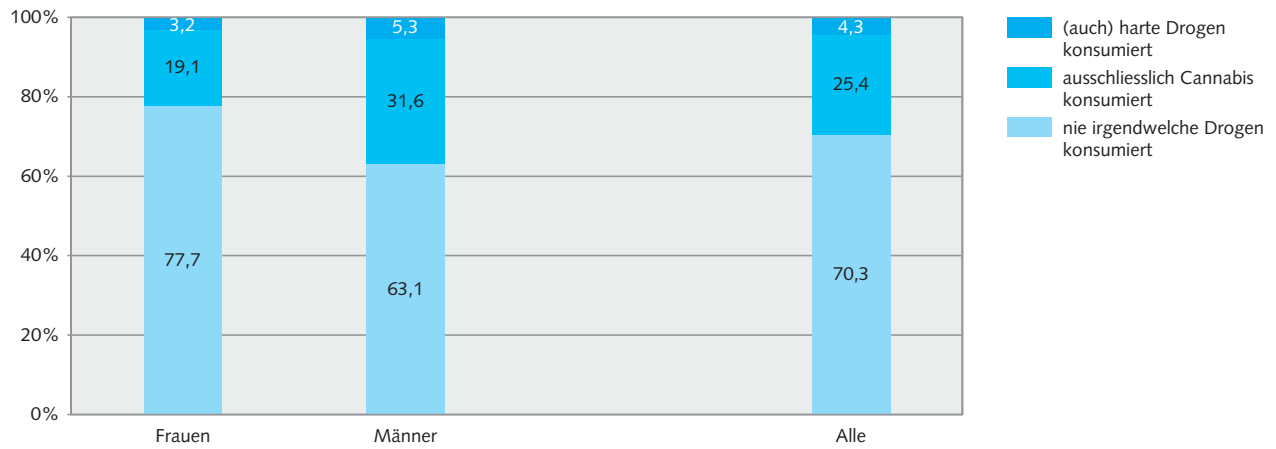
Nach dem individuellen Partyende gibt es vor der Abfahrt einen Blaströhrchentest und ein kurzes Gespräch mit den Projektmitarbeitenden. Zeigt der Test Promillewerte an, wird das zwar nirgendwo registriert oder weitergegeben, aber von einer Autofahrt wird dringend abgeraten.

¹⁶ Wegen der geringen Anzahl Antwortender mit Erfahrung mit harten Drogen ist es in diesem Abschnitt nicht möglich, Analysen auf kantonaler Ebene zu machen.

¹⁷ Wegen der geringen Fallzahl ist es nicht möglich zu unterscheiden, ob es sich dabei um einmalige Abenteuer oder wiederholten Konsum handelte.

Lebenszeitprävalenz Konsum von Cannabis und harten Drogen bei 15- bis 34-Jährigen nach Geschlecht, Schweiz

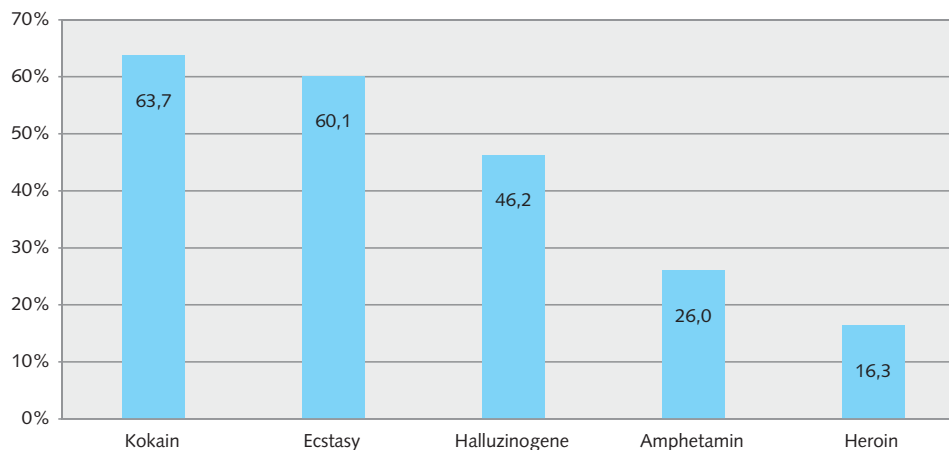
Abb. 3.14



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=4771.

Rangliste des Konsums von harten Drogen (in % aller in der Schweiz lebenden 15- bis 34-Jährigen, die schon harte Drogen konsumiert haben)

Abb. 3.15



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 233.

3.9 Zusammenfassung

Das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten sind für die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung von hohem Interesse, denn im Gegensatz zu Konstitution und Vererbung sind diese Faktoren – zu mindest teilweise – beeinfluss- und veränderbar.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung im Kanton Bern lebt nach dem moderat gesundheitsbewussten Motto: «Die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflusst meinen Lebensstil». Das Gesundheitsbewusstsein variiert jedoch stark zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen. Frauen achten mehr auf die Gesundheit als Männer,

und mit zunehmendem Alter lebt man stärker bis ausgesprochen gesundheitsbewusst.

Eine wichtige Komponente des gesundheitsbewussten Lebensstils ist das *Bewegungsverhalten*. Etwas mehr als ein Drittel der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Bern ist regelmässig aktiv, während knapp ein Fünftel als völlig inaktiv bezeichnet werden muss. Das Bewegungsverhalten nimmt mit zunehmendem Alter ab, und Männer sind generell etwas aktiver als Frauen. Der Bewegungsmangel ist zudem unter der ausländischen Wohnbevölkerung sowie in tieferen sozialen Lagen besonders verbreitet.

Die soziale Lage beeinflusst auch die *Ernährungsgewohnheiten*. Bewusste Ernährung steht im Kanton Bern ebenfalls in Zusammenhang mit höherer Bildung und höherem Haushaltseinkommen. Im Kanton Bern ist der Anteil ernährungsbewusster Personen grösser als in der Gesamtschweiz (75% vs. 69%). Untersucht man die Ernährungsgewohnheiten genauer, so zeigt sich, dass die 15- bis 34-Jährigen deutlich weniger Gemüse, Früchte und Salat essen als die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig trifft man diese Altersgruppe am häufigsten in Schnellimbiss-lokalen an (vgl. dazu auch Kapitel 6 zur Schülersundheit).

Ein weiteres wichtiges Thema ist der *Umgang mit Medikamenten*. Vier von zehn Personen haben in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Medikamentenkonsum bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern. Der Medikamentenkonsum steigt zudem mit dem Alter stark an. Nahmen in der Woche vor der Befragung 24% der 15- bis 34-jährigen Bernerinnen und Berner mindestens einmal ein Medikament ein, so waren es bei den über 65-Jährigen 71%. Am häufigsten werden dabei Schmerzmittel konsumiert. Der Medikamentenkonsum im Kanton Bern erscheint zwar hoch, entspricht jedoch ungefähr dem gesamtschweizer Durchschnitt.

Zwei prominente Themen in der Gesundheitsförderung und -prävention sind der Umgang mit Nikotin und Alkohol. Fast jede dritte Person im Kanton Bern raucht. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, tut dies besonders häufig. Der Anteil Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Im Kanton Bern leben etwas mehr Nicht-raucher als in der restlichen Schweiz, und auch der Anteil an starken Rauchern liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt.

Alkoholmissbrauch wird von der WHO als drittgrösster Risikofaktor für die Gesundheit definiert. Die grosse Mehrheit der Bernerinnen trinkt kaum oder in moderaten Mengen alkoholische Getränke. Lediglich bei 3% der Frauen besteht ein mittleres bis hohes Risiko bezüglich ihrer täglich konsumierten Alkoholmenge. Bei den Männern ist dieser Anteil mit 6% höher, liegt aber unter dem gesamtschweizer Durchschnitt. Der Anteil Personen mit einer risikoreichen Trinkgewohnheit nimmt mit dem Alter zu und erreicht seinen Höhepunkt bei den 50- bis 64-Jährigen. Bezüglich des Einflusses der sozialen Lage auf den Alkoholkonsum lassen sich keine eindeutigen Zusammenhänge herauslesen.

Gut ein Drittel der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Bern gibt an, Erfahrung mit Cannabis zu haben. Wie beim Rauchen sind die Männer unter den Cannabiskonsumierenden deutlich stärker vertreten als die Frauen. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch immer Cannabis rauchen. Während dies für 16% der 15- bis 34-jährigen Berner zutrifft, sind es bei den gleichaltrigen Bernerinnen mit 6% weniger als halb so viele. Der Cannabiskonsum im Kanton Bern ist damit vergleichsweise hoch.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bezüglich Gesundheitsbewusstseins und entsprechendem Verhalten eindeutige Geschlechter- und Alterseffekte nachzeichnen lassen. Frauen achten mehr auf ihre Gesundheit und Ernährung und rauchen und trinken auch weniger. Männer sind dafür körperlich aktiver und konsumieren weniger Medikamente. Der Anteil Rauchender nimmt in den höheren Altersgruppen ab, während vermehrt Alkohol konsumiert wird und auch der Bewegungsmangel zunimmt. Detaillierte Analysen zu den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen finden sich im Kapitel 5.2.

4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt

Die Umwelt, in der eine Person lebt, und insbesondere die Wohn- und Arbeitsverhältnisse, haben einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Ist eine Person zu Hause oder bei der Arbeit starken Immissionen ausgesetzt, so kann dies für die Gesundheit verheerende Folgen haben. Von zentraler gesundheitlicher Bedeutung sind in diesem Zusammenhang beispielsweise starke und wiederholte Lärmreize. Besonders problematisch ist es, wenn Lärmimmissionen in der Erholungs- und Schlafphase andauern, da diese für die Entspannung und zur Erhaltung der Gesundheit von zentraler Bedeutung sind. Lärm beeinflusst die Regulationsmechanismen des vegetativen Nervensystems und kann zu akuten oder chronischen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens sowie zu Einbussen der Leistungsfähigkeit führen. Wiederholte Lärmreize bewirken überdies hormonale Veränderungen wie die Freisetzung von Stresshormonen, die Entwicklung von Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen. Dadurch kann das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung steigen (Wanner 1993).

Weiter ist aus der Public-Health-Perspektive die Beeinträchtigung durch Autoabgase bedeutsam, weil sehr viele Menschen davon betroffen sind. Von zentralem Interesse ist in diesem Zusammenhang der Befund der SAPALDIA-Studie, der besagt, dass in der Schweiz die für chronische Bronchitis charakteristischen Symptome gehäuft in Wohngebieten mit grosser Luftverschmutzung auftreten (Künzli et al. 1997).

Neben den genannten Umweltimmissionen können auch psychosoziale Belastungen wie Konflikte oder Mobbing das Wohlbefinden bedeutsam strapazieren. Bei der Arbeit sind es zudem Faktoren wie Überlastung, Über- wie auch Unterforderung, Monotonie, Nacht- und Schichtarbeit oder Unzufriedenheit, welche die psychische Gesundheit gefährden. Diese Faktoren können Stress hervorrufen und in der Folge die Gesundheit negativ beeinflussen.

Im vorliegenden Kapitel wird untersucht, inwiefern die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Bern von gesundheitsgefährdenden Umwelteinflüssen betroffen sind. Dabei wird zunächst der Wohnbereich genauer

betrachtet, um dann in einem zweiten Schritt die Belastungen am Arbeitsplatz zu untersuchen. Ein zentrales Thema in diesem Bereich ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. Diese Angst kann zu einem grossen Belastungs- und Stressfaktor werden und sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Der letzte Abschnitt befasst sich schliesslich mit der Angst vor Gewalt.

4.1 Belastungen im Wohnbereich

Etwa zwei von drei Personen im Kanton Bern wie auch in der Gesamtschweiz sind mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden. Lediglich 3,9% bzw. 4% geben an, unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein (Abbildung 4.1).

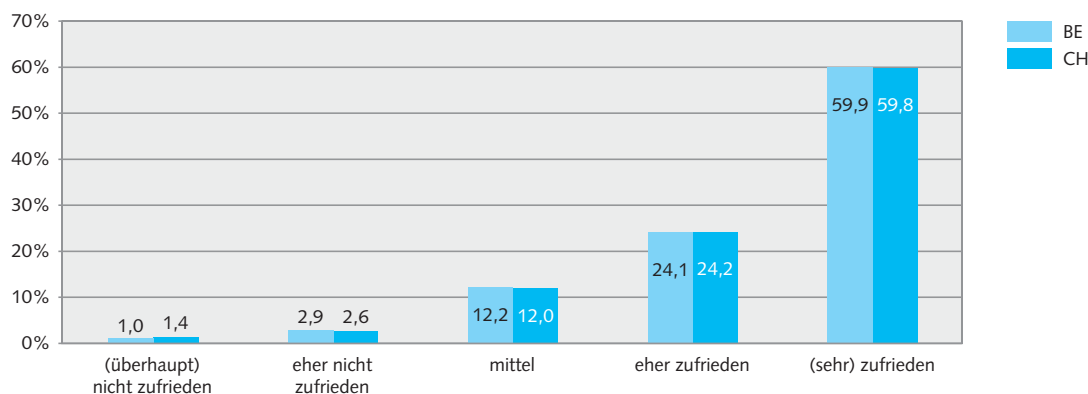
Neben der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit wurde in der Gesundheitsbefragung nach konkreten Störungen und Belastungen im Wohnumfeld gefragt. Von Interesse waren dabei Immissionen, die regelmässig bis häufig auftreten und von den betroffenen Personen als störend empfunden werden.

Im Kanton Bern fühlt sich knapp die Hälfte der Bevölkerung zu Hause durch mindestens eine Störquelle regelmässig belastet. Jede fünfte Person leidet unter Lärm von Autos und jede sechste klagt über Lärm, verursacht durch Erwachsene oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören. Von den weiteren Immissionen (Verkehrsabgase, landwirtschaftliche Belästigungen, Zuglärm, Fluglärm, Industrieabgase und Industrielärm) sind jeweils weniger als 10% der Bevölkerung betroffen. Die Werte der meisten Immissionen des Kantons Bern liegen unter dem Schweizer Durchschnitt. Lediglich über Belästigungen durch die Landwirtschaft und Zuglärm wird im Kanton Bern etwas häufiger geklagt (Abbildung 4.2).

Zwischen der Anzahl Störungen, denen jemand ausgesetzt ist, und der Wohnzufriedenheit besteht erwartungsgemäss ein starker Zusammenhang. Der Anteil Personen, die sehr zufrieden sind, nimmt mit zunehmenden Immissionen ab. Während von den Personen ohne Störungen im Kanton Bern 73,3% mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, ist dies bei Personen mit zwei und

Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 4.1

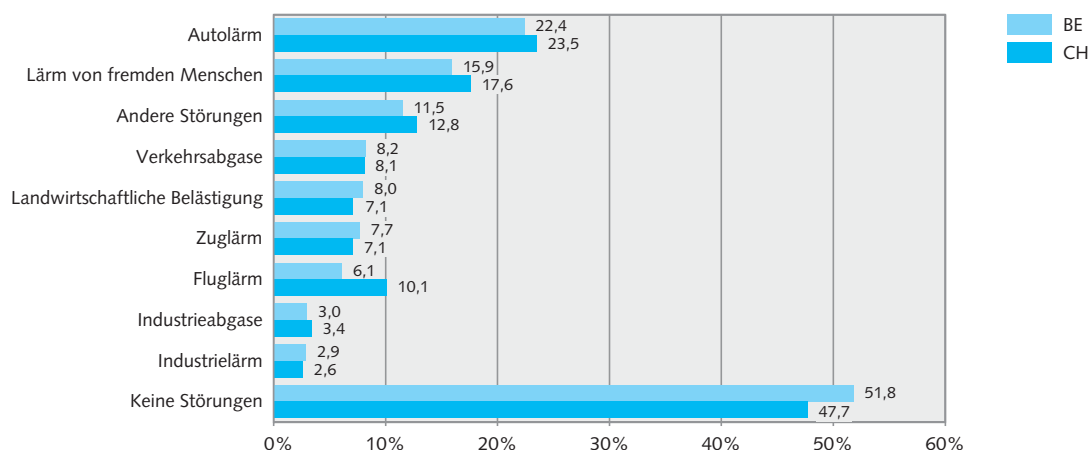


Anteil Bewertungen auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?»: (überhaupt) nicht zufrieden (0,1), eher nicht zufrieden (2,3), mittel (4, 5, 6), eher zufrieden (7,8) und (sehr) zufrieden (9,10). Die Prozentwerte im Kanton Bern bei «(überhaupt) nicht zufrieden» basiert auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1311 (BE); 15'696 (CH).

Belastungen durch Immissionen im Wohnbereich, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 4.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1282 (BE); 15'185 (CH).

mehr Störungen noch bei 38,3% der Fall. Im Vergleich zur Gesamtschweiz (70,8% vs. 42,7%) zeigt sich, dass im Kanton Bern fehlende Immissionen und Wohnzufriedenheit besonders stark zusammenhängen.

Immissionen wirken sich auch auf die psychische Gesundheit aus. Mit zunehmender Anzahl Belastungsfaktoren im Wohnbereich nimmt der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit ab. Dieser Befund kann allerdings unterschiedlich interpretiert werden. Es ist durchaus plausibel, dass Störungen, die psychische Ausgeglichenheit beeinträchtigen, wenn sie beispielsweise die Schlafqualität beeinträchtigen. Wird berücksichtigt, dass die beiden am häufigsten genannten Störfaktoren Verkehrslärm und durch Menschen verursachte Geräusche sind, so lässt dies auf Wohnlagen an verkehrsreichen

Strassen sowie dicht und schlecht gebaute Liegenschaften schliessen. Diese Häuser und Wohnungen werden mehrheitlich von Ausländern und Personen aus tieferen Einkommensklassen bewohnt. Es sind denn auch diese Personen, die im Wohnraum etwas häufiger von Immissionen betroffen sind (vgl. Tabelle 4.1). Es ist aber auch vorstellbar, dass Personen, die sich gut ausgeglichen fühlen, allfällige Immissionen als weniger störend wahrnehmen.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Bern bezüglich wahrgenommener Störungen durch Immissionen im Wohnraum gemeinsam mit den Kantonen St. Gallen und Solothurn im unteren Feld (vgl. Tabelle 4.1). Das bedeutet, dass die Bernerinnen und Berner vergleichsweise selten mit Störquellen zu leben haben. Die Wohnzufriedenheit liegt allerdings im Schweizer Durch-

Tab. 4.1 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen im Wohnbereich und Anteil Personen, die mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen						Mit Wohnsituation sehr zufrieden ¹		
		Keine		1		2 (+)		BE	CH	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH			
Gesamtbevölkerung		51,8	47,7	24,6	27,0	23,6	25,2	60,0	59,8	
Geschlecht	Frauen	49,5	47,8	26,5	26,4	24,0	25,8	61,7	63,1	
	Männer	54,4	47,7	22,6	27,8	23,1	24,6	58,0	56,1	
Altersgruppen	15–34	54,5	48,0	21,7	28,0	23,8	24,0	44,6	50,8	
	35–49	50,3	49,9	27,5	26,5	22,2	23,6	58,6	55,7	
	50–64	50,7	45,9	24,2	27,2	25,1	26,9	68,3	65,1	
	65+	51,5	46,1	25,4	26,0	23,2	27,9	74,1	75,0	
Bildung	obligatorische Schule	53,4	46,8	24,5	27,8	22,1	25,4	61,7	60,8	
	Sekundarstufe II	51,9	48,2	25,0	26,3	23,0	25,5	59,7	59,9	
	Tertiärstufe	49,6	47,1	22,9	29,1	27,4	23,8	59,0	58,2	
Nationalität	Schweizer	52,5	49,3	24,9	26,3	22,6	24,4	61,0	62,5	
	Ausländer	45,9	39,8	(22,0)	31,0	(32,1)	29,2	49,5	45,6	
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	52,6	47,3	23,9	26,4	23,5	26,3	56,1	57,2	
	CHF 3000 bis 4499	48,5	47,1	27,2	26,7	24,3	26,2	62,9	60,3	
	CHF 4500 bis 5999	54,2	46,8	22,7	27,7	23,0	25,5	58,1	59,8	
	CHF 6000 und höher	56,8	49,4	(17,0)	28,2	26,2	22,4	65,6	62,4	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	50,2	44,6	24,5	29,1	25,3	26,3	62,0	58,9	
	qualifizierte manuelle Berufe	52,9	46,7	25,5	27,1	21,6	26,2	54,7	53,0	
	Kleinunternehmer	55,4	52,9	26,8	27,1	17,8	19,9	60,8	63,7	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	53,7	47,3	22,5	26,3	23,8	26,4	57,8	61,1	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	50,6	47,4	23,7	26,8	25,7	25,8	57,8	59,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	48,6	50,5	(27,1)	27,4	(24,3)	22,0	72,5	60,5	
Regionaler Vergleich	Aargau		51,0		22,2		26,8		59,0	
	Basel-Landschaft		45,4		27,7		26,9		62,3	
	Basel-Stadt		39,3		25,7		35,0		51,3	
	Bern		51,8		24,6		23,6		60,0	
	Luzern		46,8		26,1		27,1		58,1	
	Solothurn		55,8		22,7		21,6		62,8	
	St. Gallen		53,7		27,0		19,3		64,4	
	Zug		47,0		29,9		23,1		59,7	
	Zürich		42,8		26,5		30,8		57,8	
		andere Deutschschweizer Kantone		51,8		26,9		21,4		65,8
		Westschweizer Kantone		45,2		31,7		23,1		58,5
	Tessin		45,1		24,9		30,0		56,8	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1209 <n< 1282 (BE); 14'192 <n< 15'697 (CH).

¹ Anteil Bewertungen von 9 und 10 auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?»
* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

schnitt. Für die Gesamtschweiz zeigt sich, dass Personen, die in städtischen Gebieten wohnen, viermal häufiger angeben, sie würden durch zwei oder mehr Immissionen gestört als Leute, die auf dem Land wohnen.¹⁸

4.2 Belastungen am Arbeitsplatz

Werden die erwerbstätigen Personen¹⁹ nach ihrer Zufriedenheit mit der persönlichen Arbeitssituation gefragt, so zeigt sich ein anderes Bild als bei der Wohnzufriedenheit. War dort die Mehrheit zufrieden bis sehr zufrieden, so sieht die Lage bei der Arbeit weniger positiv aus. Knapp

die Hälfte der Personen im Kanton Bern ist eher zufrieden, und lediglich ein Drittel gibt an, (sehr) zufrieden zu sein. Damit entspricht die Zufriedenheit der Bernerinnen und Berner mit ihrer Arbeitssituation dem Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.3).

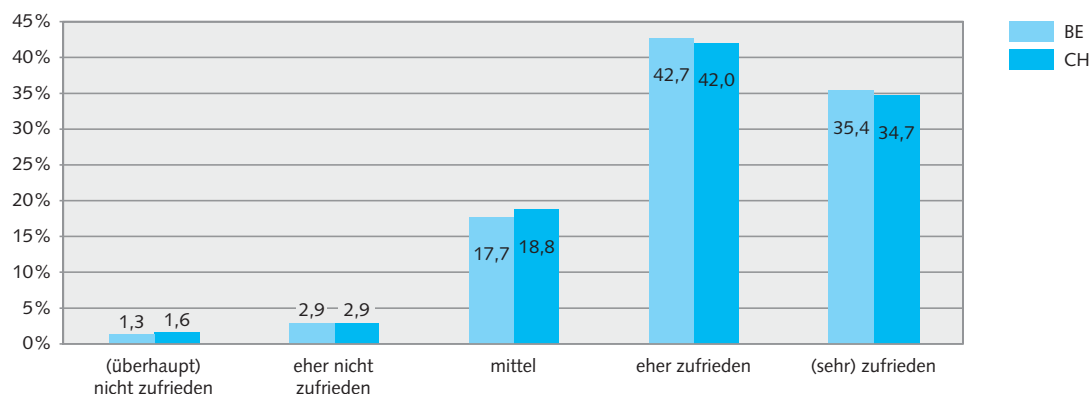
Im schriftlichen Teil der Befragung wurden erwerbstätige Personen und Lehrlinge nach Störquellen bei ihrer Arbeit befragt, die sie persönlich als belastend empfinden. Als Hauptproblem im Kanton Bern wie auch in der Gesamtschweiz erweist sich die Temperatur. Gut ein Drittel der Erwerbstätigen empfindet sie bei der Arbeit als zu tief oder als zu hoch. Im Kanton Bern wird dieses Problem gesamthaft gesehen noch als etwas gravierender wahrgenommen als in der Schweiz insgesamt (35,0% vs. 33,9%). Darauf folgen als Störfaktoren Maschinenlärm, Lärm, verursacht durch Mitarbeitende, Zugluft sowie Staub, Russ und Schmutz. Dabei fällt auf, dass die meisten Immissionen im Kanton Bern etwas häufiger genannt

¹⁸ Städtisches Gebiet: Isolierte Stadt mit 10'000 und mehr Einwohnern, Agglomerationen mit 20'000 und mehr Einwohnern, sowie Gemeinden, die in ihrer Baustruktur, ökonomisch oder sozial einen städtischen Charakter aufweisen.

¹⁹ Es wurden nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 4.3

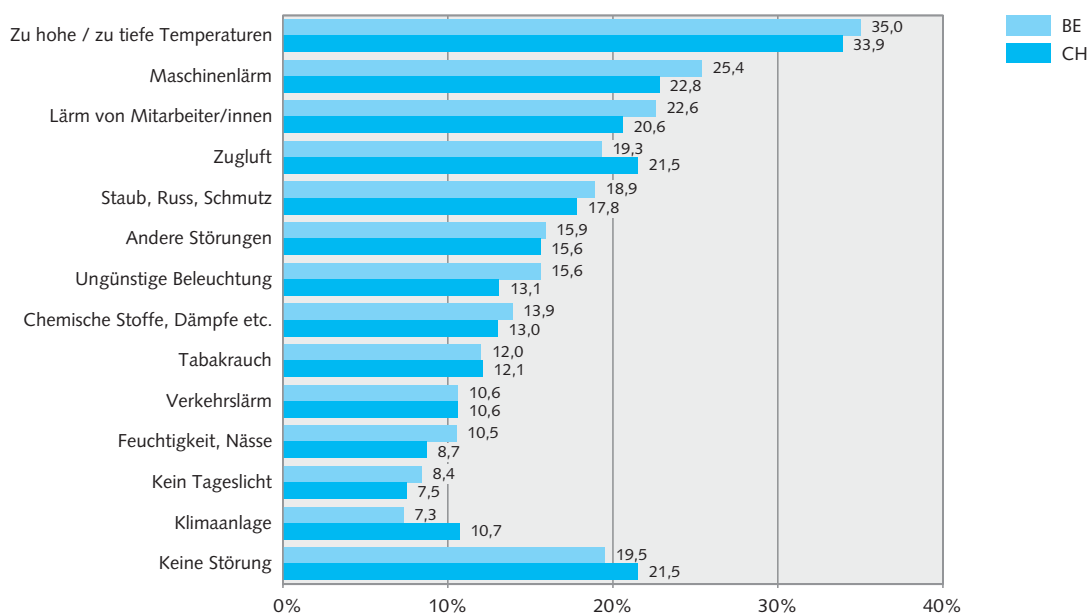


Anteil Bewertungen auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation?»: (überhaupt) nicht zufrieden (0,1), eher nicht zufrieden (2,3), mittel (4, 5, 6), eher zufrieden (7,8) und (sehr) zufrieden (9,10). Die Prozentwerte beim Kanton Bern bei «(überhaupt) nicht zufrieden» und «eher nicht zufrieden» basieren jeweils auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=821 (BE); 9776 (CH).

Störungen bei der Arbeit, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 4.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=782 (BE); 9120 (CH).

werden als in der Gesamtschweiz. Es zeigt sich weiter, dass im Kanton Bern der Anteil Personen, die sich bei der Arbeit ungestört fühlen, geringer ist als in der Schweiz insgesamt (19,5% vs. 21,5%, vgl. Abbildung 4.4).

Es muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass sich im Kanton Bern mehr als jede zehnte arbeitnehmende Person am Arbeitsplatz durch Tabakrauch gestört fühlt. Passivrauchen kann die Gesundheit direkt beeinträchtigen. Dasselbe Gesundheitsrisiko betrifft Personen, die bei ihrer Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz und chemischen Dämpfen zu leiden haben. Staubimmissi-

onen können beispielsweise nachweislich zu Lungenkrebs führen. Im Kanton Bern sind besonders viele Personen bei der Arbeit solch einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt.

Betrachtet man die Kumulation von Immissionen bei der Arbeit, so zeichnet sich ein deutliches Bild ab: Personen mit qualifizierten manuellen Berufen sind mit einem Anteil von über 40% mit vier und mehr Belastungen am stärksten betroffen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als es sich hier in der Regel um Handwerker handelt, deren Arbeitsalltag oft von Maschinenlärm, Staub oder chemischen Dämpfen begleitet ist. Zudem verbringen sie

Tab. 4.2 Anteil Erwerbstätige nach Anzahl Immissionen bei der Arbeit und Anteil Erwerbstätige, die mit ihrer Arbeitssituation sehr zufrieden sind, nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen bei der Arbeit										Mit Situation zufrieden ¹	
		Keine		1		2		3		4 (+)			
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH		
Gesamtbev lkerung		19,9	21,5	25,9	25,0	18,8	19,9	15,1	13,8	20,3	19,8	35,4	34,7
Geschlecht	Frauen	27,4	25,1	28,4	27,5	19,0	21,1	11,6	12,1	13,6	14,3	39,2	35,7
	Männer	14,1	18,8	24,1	23,2	18,7	19,0	17,8	15,0	25,4	24,0	32,6	33,9
Altersgruppen	15–34	11,9	16,1	28,4	24,9	19,2	21,7	16,9	14,8	23,6	22,6	29,7	28,9
	35–49	20,8	22,6	26,6	25,1	17,5	19,7	13,7	12,8	21,4	19,8	32,6	33,0
	50+	27,8	27,1	22,2	25,1	20,2	17,7	14,8	13,9	15,1	16,2	45,5	44,3
Bildung	obligatorische Schule	*	14,5	(35,0)	26,1	(18,8)	19,0	*	16,5	(28,6)	24,0	(38,8)	34,8
	Sekundarstufe II	20,4	20,8	23,7	24,3	18,6	20,2	15,1	13,6	22,2	21,1	34,8	33,9
	Tertiärstufe	24,2	28,5	29,4	26,4	19,6	19,5	(17,4)	12,4	(9,5)	13,1	35,9	36,8
Nationalität	Schweizer	20,9	22,9	25,6	25,2	18,9	20,0	15,1	13,5	19,5	18,3	37,1	35,5
	Ausländer	*	15,1	(28,8)	24,0	(18,4)	19,3	*	14,8	(26,4)	26,9	(22,7)	30,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	14,2	17,2	22,7	23,9	(17,4)	18,8	16,7	15,2	29,0	24,9	37,5	37,0
	CHF 3000 bis 4499	21,1	22,2	27,5	24,3	19,0	19,8	15,0	13,8	17,3	19,8	33,7	33,3
	CHF 4500 bis 5999	22,9	22,4	25,6	25,0	19,5	21,6	15,0	12,6	17,0	18,3	31,7	32,7
	CHF 6000 und höher	30,8	29,2	31,2	27,3	(14,1)	19,5	(13,9)	11,8	*	12,2	40,5	36,0
sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	(11,7)	13,5	(29,8)	23,7	(13,3)	19,0	(15,7)	16,5	(29,5)	27,3	34,3	34,2
	qualifizierte manuelle Berufe	(9,0)	8,5	(14,7)	15,7	(17,2)	17,3	(17,2)	17,9	41,9	40,6	30,9	32,2
	Kleinunternehmer	(19,5)	25,7	(29,0)	25,0	(25,6)	16,9	(12,7)	13,1	(13,3)	19,3	49,4	52,5
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	22,7	20,5	30,2	26,7	20,6	23,1	(13,8)	13,8	(12,7)	15,9	30,2	29,8
	höherqual. Nicht-man. B./mittleres Kader	25,2	24,8	26,2	28,6	18,9	20,4	14,6	12,0	15,1	14,2	36,9	32,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(31,5)	37,2	(25,8)	25,9	(16,6)	18,4	(15,7)	10,5	*	8,1	(32,3)	38,1
Regionaler Vergleich	Aargau	20,8		25,2		16,0		15,1		22,9		35,1	
	Basel-Landschaft	24,8		26,2		18,0		12,8		18,3		33,3	
	Basel-Stadt	21,2		24,5		21,5		13,6		19,2		36,0	
	Bern	19,9		25,9		18,8		15,1		20,3		35,4	
	Luzern	24,4		20,6		18,7		15,6		20,7		34,7	
	Solothurn	20,0		23,5		21,3		14,4		20,8		36,3	
	St. Gallen	26,1		25,0		17,6		13,9		17,3		36,0	
	Zug	20,7		29,1		19,2		13,3		17,8		36,3	
	Zürich	21,4		25,7		21,1		12,7		19,2		35,4	
	andere Deutschschweizer Kantone	25,3		22,2		20,1		12,5		19,9		37,6	
	Westschweizer Kantone	18,9		25,6		21,6		14,0		19,9		32,8	
Tessin	23,1		28,3		19,3		10,9		18,4		26,3		

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 758 >n> 822 (BE); 9390 <n< 9777 (CH).

¹ Anteil Bewertungen von 9 und 10 auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) bei der Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?»

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

nicht selten einen wesentlichen Teil ihrer Arbeitszeit draussen, was bedeutet, dass sie verstärkt der Witterung ausgesetzt sind. Trotzdem sind sie mit ihrer Arbeitssituation nicht unzufriedener als Büroangestellte oder das mittlere Kader. Eindeutig am zufriedensten sind jedoch die Kleinunternehmer (vgl. Tabelle 4.2).

Mehr als ein Drittel der höheren Führungskräfte und freien Berufe ist während der Arbeitszeit keinerlei Immissionen ausgesetzt. Weiter zeigt sich, dass sich höhere Bildung, mehr Einkommen und die Schweizer Nationalität positiv auf die Abwesenheit von Immissionen auswirken. Höheres Alter scheint zudem mit sehr hoher Arbeitszufriedenheit einher zu gehen.

Bezüglich der Anzahl Immissionen bei der Arbeit und Arbeitszufriedenheit widerspiegelt der Kanton Bern auch hier weitgehend die Schweizer Verhältnisse (vgl. Tabelle 4.2).

Diese Befunde lassen vermuten, dass es sich bei den Immissionen im Arbeits- wie auch im Wohnbereich auch um ein Problem der sozialen Lage handelt und sich die Probleme in beiden Bereichen kumulieren (vgl. Tabelle 4.3). Tatsächlich zeigt sich, dass man mit höherem Alter, mehr Bildung und Einkommen sowie Schweizer Nationalität gesamthaft betrachtet weniger Immissionen ausgesetzt ist. 13,2% der Erwerbstätigen im Kanton Bern fühlen sich weder bei der Arbeit noch zu Hause in irgendeiner Weise gestört. In der Gesamtschweiz sind es mit 14,1% etwas mehr. Es ist nachvollziehbar, dass Personen mit mehr finanziellen Ressourcen und einem grösseren Bildungskapital stärker beeinflussen können, wie und wo sie leben und arbeiten möchten. Besonders betroffen von Immissionen sind Personen in manuellen Berufen, Personen mit geringer Bildung und mit einem geringen Haus-

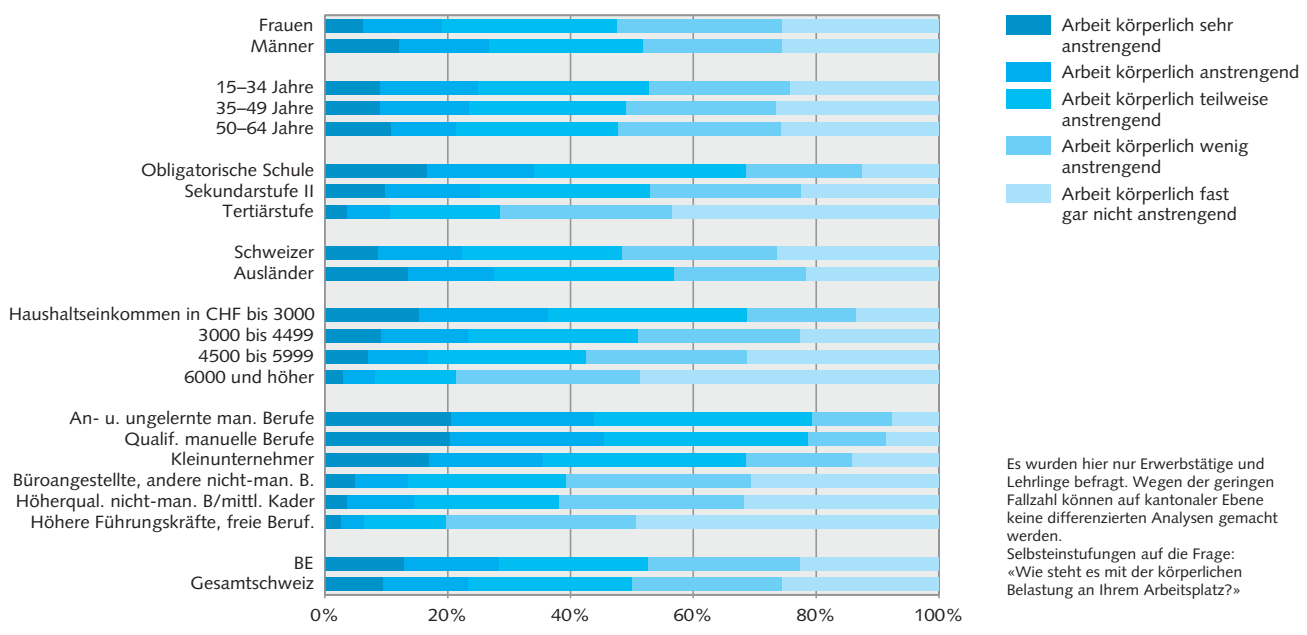
Tab.4.3 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen zu Hause und bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-konominischen Merkmalen, äanton Bern und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen Keine								
		1-2		3-4		5+				
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH	
Gesamtbevölkerung		13,2	14,1	36,3	36,3	27,4	26,8	23,2	22,8	
Geschlecht	Frauen	17,7	15,6	40,0	40,6	23,2	24,8	19,1	19,0	
	Männer	9,7	12,9	33,5	33,1	30,6	28,4	26,2	25,6	
Altersgruppen	15-34	(7,8)	10,3	33,5	36,2	31,3	27,9	27,3	25,6	
	35-49	14,1	15,7	36,9	35,9	26,4	26,1	22,6	22,2	
	50+	17,9	16,5	38,6	37,2	24,4	26,5	19,2	19,7	
Bildung	obligatorische Schule	*	9,9	(32,6)	35,5	(27,1)	27,0	(32,7)	27,6	
	Sekundarstufe II	13,0	13,5	36,6	36,3	25,7	26,3	24,6	23,8	
	Tertiärstufe	(16,4)	18,6	37,0	37,0	33,3	28,3	(13,3)	16,1	
Nationalität	Schweizer	14,3	15,4	36,2	36,9	26,9	26,2	22,7	21,4	
	Ausländer	*	7,8	(37,0)	33,8	(31,6)	29,6	(27,0)	28,9	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(10,6)	12,1	31,5	33,9	29,5	27,2	28,4	26,7	
	CHF 3000 bis 4499	14,0	14,4	36,8	36,1	28,0	26,7	21,2	22,8	
	CHF 4500 bis 5999	13,6	13,5	40,2	36,6	23,9	27,8	22,4	22,1	
	CHF 6000 und höher	(20,5)	19,0	42,2	39,0	(23,8)	26,1	(13,5)	15,9	
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	9,3	36,9	34,0	21,7	24,8	33,1	31,9	
	qualifizierte manuelle Berufe	*	5,3	(26,2)	26,3	29,2	29,1	37,9	39,2	
	Kleinunternehmer	(11,4)	18,3	52,0	36,9	(22,4)	24,3	(14,2)	20,5	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(13,1)	12,1	38,8	39,4	31,9	29,6	(16,2)	18,9	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	17,1	16,8	35,5	38,1	25,9	26,5	21,5	18,6	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(22,9)	24,0	(34,7)	40,1	(27,6)	23,6	*	12,3	
Regionaler Vergleich	Aargau		14,0		34,3		26,0		25,7	
	Basel-Landschaft		16,5		34,5		24,4		24,5	
	Basel-Stadt		12,0		34,5		28,2		25,3	
	Bern		13,2		36,3		27,4		23,2	
	Luzern		15,7		31,4		27,6		25,3	
	Solothurn		14,7		38,4		25,9		21,0	
	St. Gallen		18,6		37,7		23,3		20,4	
	Zug		12,3		37,5		28,4		21,8	
	Zürich		12,2		35,9		27,1		24,8	
		andere Deutschschweizer Kantone		16,1		39,0		26,2		18,7
		Westschweizer Kantone		13,0		36,5		28,3		22,2
		Tessin		15,8		39,1		24,5		20,6

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 738 >n> 760 (BE); 8557 <n< 8850 (CH).
 * Antworten vom 0-10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Körperliche Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz

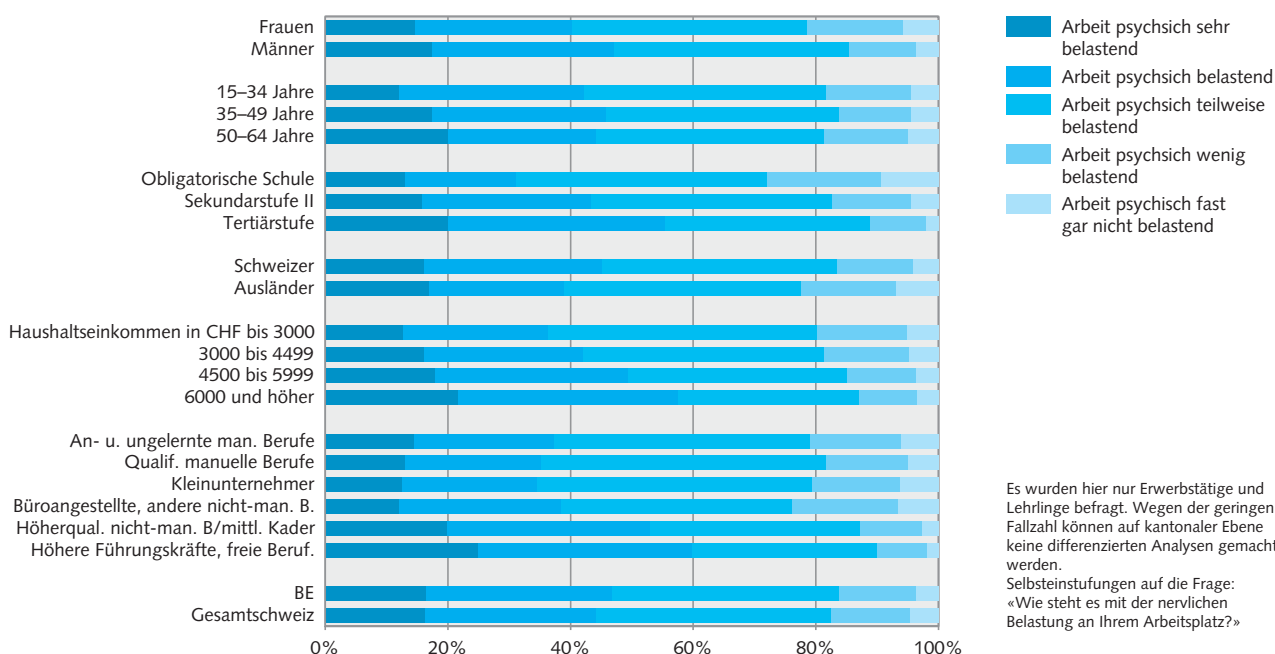
Abb. 4.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=799 (BE); 9115 (CH).

Psychische Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 4.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=781 (BE); 9130 (CH).

haltsäquivalenzeinkommen sowie Ausländerinnen und Ausländer. Diese Personen haben wegen ihren begrenzten finanziellen Möglichkeiten häufig kaum eine andere Wahl als beispielsweise in verkehrsreiche oder von Fluglärm belastete Quartiere zu ziehen. Bei Personen ausländischer Nationalität geben denn auch lediglich 7,8% an, durch keinerlei Immissionen gestört zu werden, bei den Schweizern sind es mit 15,4% doppelt so viele (vgl. Tabelle 4.3).

Eine weitere Frage im Zusammenhang mit den Belastungen bei der Arbeit betrifft die körperlichen und psychischen Anforderungen im Erwerbsleben. Dabei zeichnet sich erneut ein eindeutiges Bild ab. Die Arbeit wird umso mehr als körperlich anstrengend empfunden, je geringer die Bildung, das Einkommen und die Berufsstellung sind. Dies hängt damit zusammen, dass Personen in tieferen sozialen Lagen in Positionen und Branchen arbeiten, die durch körperliches Arbeiten geprägt sind (vgl. Abbildung 4.5).

Umgekehrt sieht es bei der psychischen Belastung aus. Diese nimmt mit höherer Bildung und höherem Einkommen zu. Bei der sozioprofessionellen Kategorie besteht eine u-förmige Beziehung. Die psychische Belastung ist bei den höheren Führungskräften und Personen in freien Berufen am höchsten, nimmt dann ab und steigt bei den qualifizierten manuellen Berufen wieder leicht an (vgl. Abbildung 4.6).

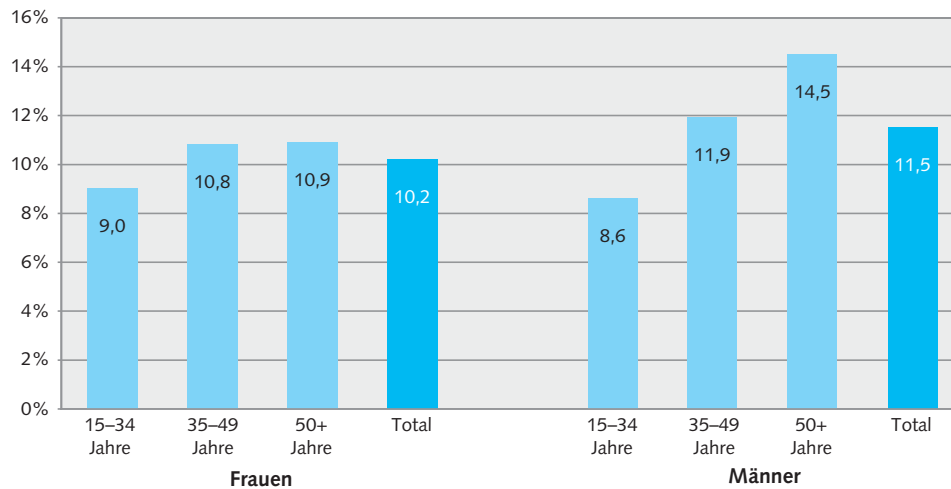
An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass anhand der Gesundheitsbefragung keine Aussagen über die körperlichen und psychischen Belastungen gemacht werden können, welche mit Haus- und Familienarbeit verbunden sind. Dies ist bedauerlich, zumal diese Arbeit oft in bedeutsamem Ausmass von spezifischen Belastungen begleitet sein kann.

4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit

Seit 1997, als die Erwerbslosenquote der Schweiz mit 5,2% ihr Maximum erreicht hatte, nahm die Zahl der registrierten Arbeitslosen kontinuierlich ab, bis im Sommer 2001 der Wendepunkt erreicht wurde. Danach stieg die Erwerbslosenquote wieder leicht an und betrug zum Befragungszeitpunkt 2002 2,5%. Im Kanton Bern lag die Quote zum Zeitpunkt der Befragung mit 1,8% unter dem Schweizer Durchschnitt (SECO 2002).

8,0% der Bernerinnen und Berner haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dies ist nicht nur deutlich weniger als der Gesamtschweizer Durchschnitt von 10,9%, der Wert ist auch bedeutend tiefer als in der Befragung von 1997. Damals bangten 18% der erwerbstätigen Personen in der Schweiz um ihren Arbeitsplatz. Die Angst

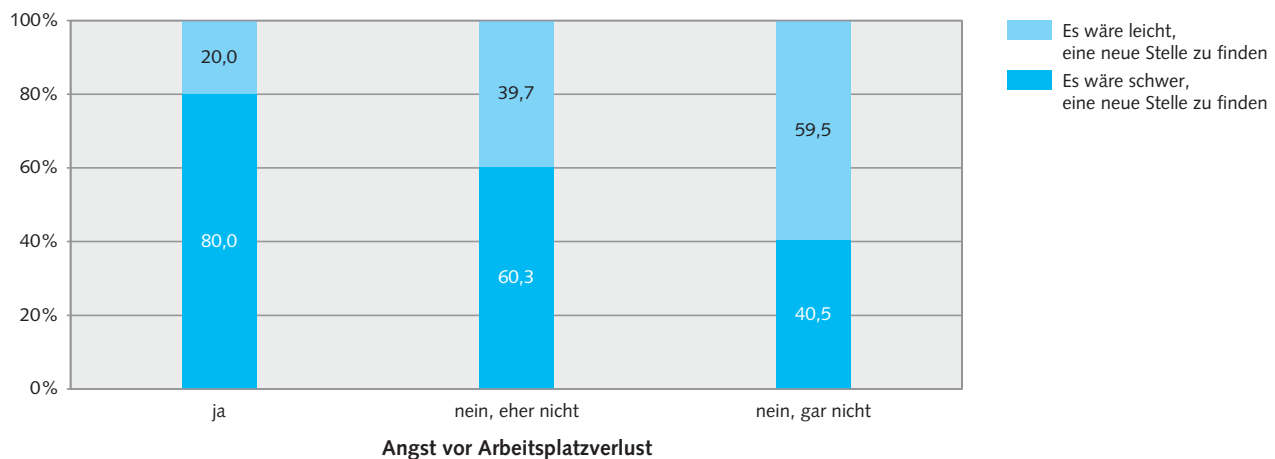
Angst erwerbstätiger Frauen und Männer vor Arbeitsplatzverlust, Schweiz **Abb. 4.7**



Die Antwortkategorien: «ja, sehr stark» und «ja, ziemlich» auf die Frage: «Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?»

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8916.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz **Abb. 4.8**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8315.

vor einem Arbeitsplatzverlust betrifft sowohl die Frauen als auch die Männer, wenn auch nicht ganz im gleichen Ausmass. Bei den Männern kann, wie bereits 1997, eine gewisse Altersabhängigkeit festgestellt werden: Je älter die Person, desto eher fürchtet sie, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Abbildung 4.7).²⁰

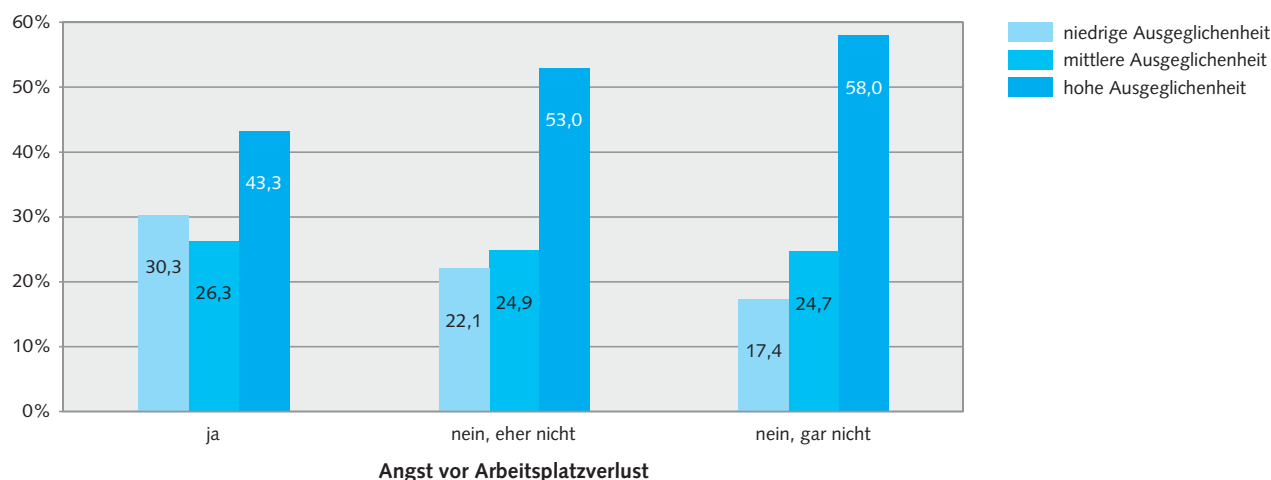
Die Angst vor Arbeitsplatzverlust wird wesentlich vom Bildungsgrad beeinflusst. Bangen 18,7% der Erwerbstätigen mit obligatorischem Schulabschluss und 10,3% mit einem Abschluss auf der Sekundarstufe II um ihre Stelle, so trifft dies nur für 7,8% der Personen mit Tertiärbil-

dung zu. Die Angst, die Arbeit zu verlieren, hängt zudem wesentlich mit der Befürchtung zusammen, bei einer allfälligen Kündigung keine gleichwertige Stelle finden zu können (Abbildung 4.8). Bei Personen, die Angst haben, ihre Stelle zu verlieren, schätzen es 80% als schwierig ein, eine gleichwertige Stelle zu finden. Bei Personen, die sich um ihre Stelle keine Sorgen machen, trifft dies hingegen nur auf die Hälfte (40,5%) zu.

Abbildung 4.9 macht deutlich, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust die psychische Ausgeglichenheit strapazieren kann. Nur 43% der Personen, die sich um ihren Job sorgen, weisen eine hohe psychische Ausgeglichenheit auf. Bei Personen, die keine Kündigung befürchten, sind es mit 58% bedeutend mehr. Das gleiche Bild zeigt

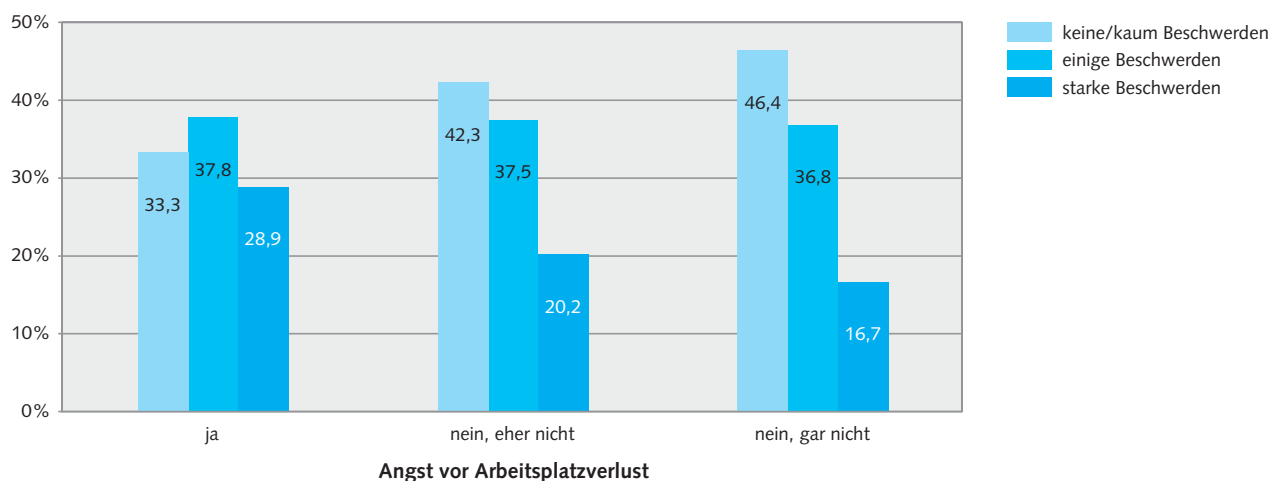
²⁰ Da es sich hier um grundsätzliche Zusammenhänge ohne bedeutsame regionale Unterschiede handelt, werden die folgenden Analysen auf der Ebene der Schweizer Bevölkerung durchgeführt.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychische Ausgeglichenheit, Schweiz **Abb. 4.9**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8779.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und körperliche Beschwerden, Schweiz **Abb. 4.10**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8316.

sich, wenn körperliche Beschwerden untersucht werden, die durch psychosozialen Stress verursacht sein können (vgl. Abbildung 4.10).

Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, sind Frauen etwas optimistischer als Männer, wenn es um die Beurteilung des Risikos geht, die Arbeitsstelle zu verlieren. Ob dies damit zusammenhängt, dass das Einkommen der Frauen allenfalls als Zweiteinkommen nicht Existenz sichernd sein muss, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Wird der Anteil Personen betrachtet, der um den Verlust seines Arbeitsplatzes fürchtet, so ergibt sich: Je geringer die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto grösser ist der Anteil Betroffener. Weiter schätzen Perso-

nen ausländischer Nationalität ihre Arbeitsplatzsicherheit wesentlich pessimistischer ein als Schweizerinnen und Schweizer. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Ausländerinnen und Ausländer von Ungleichstellungen im Zugang zu und auf dem Arbeitsmarkt betroffen sind. Es ist für sie bedeutend schwieriger, den Einstieg in die Arbeitswelt zu finden und dort auch zu bestehen. Dies hängt u. a. auch damit zusammen, dass sie in den tiefen Lohn- und Bildungsstufen, wo Arbeitnehmende durch ihre Auswechselbarkeit vergleichsweise leicht unter Druck gesetzt werden können, anteilmässig stärker vertreten sind (Egger 2003).

Tab. 4.4 Anteil der Personen, die sich Sorgen, eher keine Sorgen und keine Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen nach verschiedenen soziodemographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz (in %)

		ja		nein, eher nicht		nein, gar nicht	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		8,0	10,9	48,7	43,8	43,3	45,3
Geschlecht	Frauen	(6,5)	10,2	46,2	41,9	47,4	47,9
	Männer	9,2	11,5	50,5	45,2	40,2	43,3
Altersgruppen	15–34	(7,1)	8,8	47,4	41,5	45,5	49,7
	35–49	(7,0)	11,4	49,0	46,1	44,0	42,5
	50+	(10,7)	13,0	49,7	43,2	39,7	43,8
Bildung	obligatorische Schule	*	18,7	(44,4)	35,4	(40,8)	45,9
	Sekundarstufe II	7,4	10,3	48,7	45,2	44,0	44,5
	Tertiärstufe	(7,1)	7,8	50,6	44,9	42,3	47,3
Nationalität	Schweizer	7,1	8,9	48,4	44,4	44,5	46,7
	Ausländer	*	20,1	(50,7)	41,1	(33,9)	38,7
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	(9,7)	13,0	45,8	42,7	44,5	44,3
	CHF 3000 bis 4499	(9,3)	11,4	48,2	43,8	42,6	44,8
	CHF 4500 bis 5999	(5,4)	8,5	53,5	46,0	41,2	45,6
	CHF 6000 und höher	*	8,4	44,1	45,2	50,8	46,3
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	*	12,5	50,4	43,2	45,5	44,3
	qualifizierte manuelle Berufe	(15,0)	18,2	50,6	42,0	34,3	39,8
	Kleinunternehmer	*	5,9	(40,4)	33,8	53,8	60,3
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(6,5)	10,2	55,6	47,8	37,9	42,0
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(7,9)	9,7	44,8	44,2	47,3	46,1
höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	9,0	45,6	45,9	45,8	45,1	
Regionaler Vergleich	Aargau		11,3		46,3		42,4
	Basel-Landschaft		8,7		43,4		47,9
	Basel-Stadt		11,9		43,7		44,4
	Bern		8,0		48,7		43,3
	Luzern		8,3		45,8		45,9
	Solothurn		7,6		49,6		42,8
	St. Gallen		10,3		44,2		45,5
	Zug		10,7		43,5		45,8
	Zürich		12,3		40,8		46,9
	andere Deutschschweizer Kantone		7,5		50,0		42,5
	Westschweizer Kantone		13,4		39,4		47,2
Tessin		18,6		34,8		46,6	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 737 <n< 759 (BE); 8624 <n< 8916 (CH).

Prozent Antworten auf die Frage: «Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?»

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Tabelle 4.4 zeigt weiter, dass der Anteil Personen, die befürchten, ihre Arbeit zu verlieren, im Kanton Bern gemeinsam mit dem Kanton Solothurn deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (Tabelle 4.4).

4.4 Angst vor Gewalt

Mit der Zuspitzung der Drogenproblematik seit Mitte der 1980er Jahre ist Kriminalität und Gewalt in der Schweiz ein zentrales öffentliches Thema geworden. Die zunehmende Sensibilisierung für das Thema, persönliche Erfahrungen mit Gewalt und Einzelereignisse, welche ein breites öffentliches Echo auslösten, sind Gründe, weshalb das Gefühl der Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität in der Schweizer Bevölkerung sich immer mehr ausbreitet. Dabei zeigt sich, dass die Angst vor Gewalt in den letzten Jahren stärker zugenommen hat als das tatsächliche Gewaltniveau, das in der Schweiz immer noch vergleichsweise tief ist. Das bedeutet auch, dass die Angst

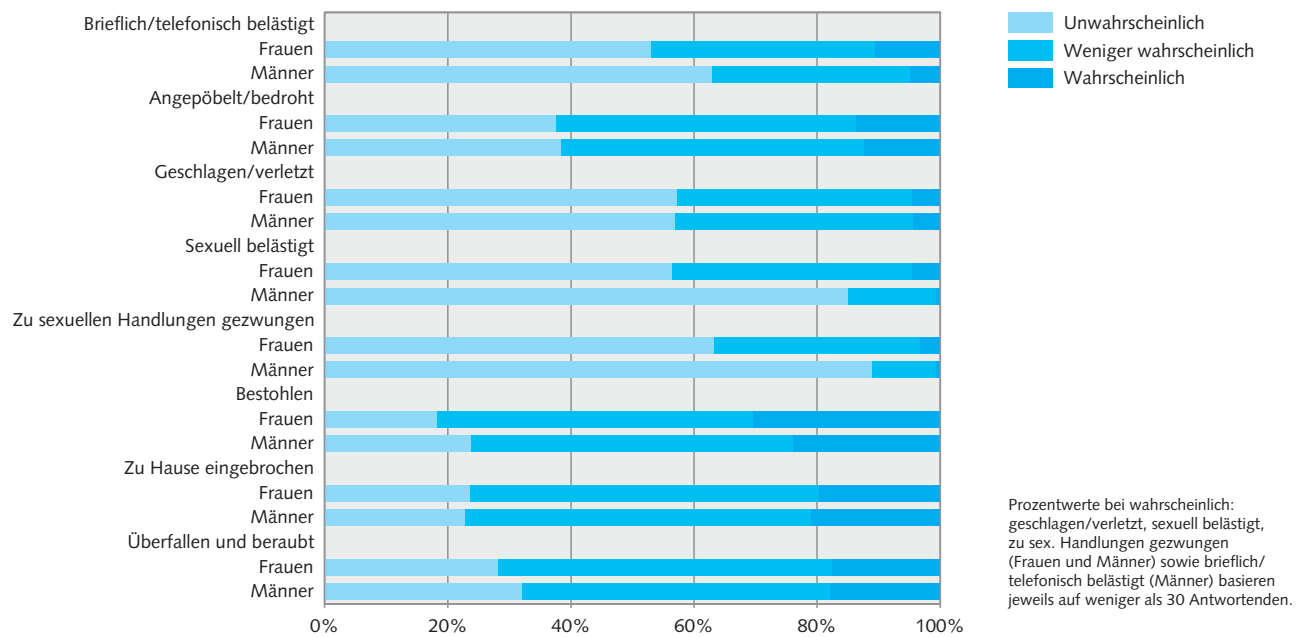
vor Gewalt keinen direkten Zusammenhang mit dem effektiven Risiko hat, eine Gewalttat zu erleben (Eisner/Manzoni 1998; Eisner/Killias 2004).

Gut ein Drittel der Bevölkerung im Kanton Bern (36,4%) erachtet es als wahrscheinlich, in den nächsten 12 Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden. Diese Zahl liegt unter dem Schweizer Durchschnitt von 38%. Bernerinnen schätzen eine Konfrontation mit allen untersuchten Gewalt und Kriminalitätsformen als wahrscheinlicher ein als Berner (vgl. Abbildung 4.11).

Am grössten ist die Befürchtung, mit Gewalt oder Kriminalität persönlich konfrontiert zu werden, bei Einbruch, Diebstahl, Überfall, Bedrohung oder Pöbeleien. Diese Formen der Gewalt werden jedoch in den verschiedenen Altersgruppen als unterschiedlich wahrscheinlich eingestuft. Während die Befürchtung, in naher Zukunft angepöbelt oder bedroht zu werden, mit zunehmendem Alter sinkt, wird mit es höherem Alter als wahrscheinlicher eingeschätzt, dass zu Hause eingebrochen wird (Abbildung 4.12).

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zwölf Monaten Opfer verschiedener Taten zu werden, unterschieden nach Geschlecht, Kanton Bern

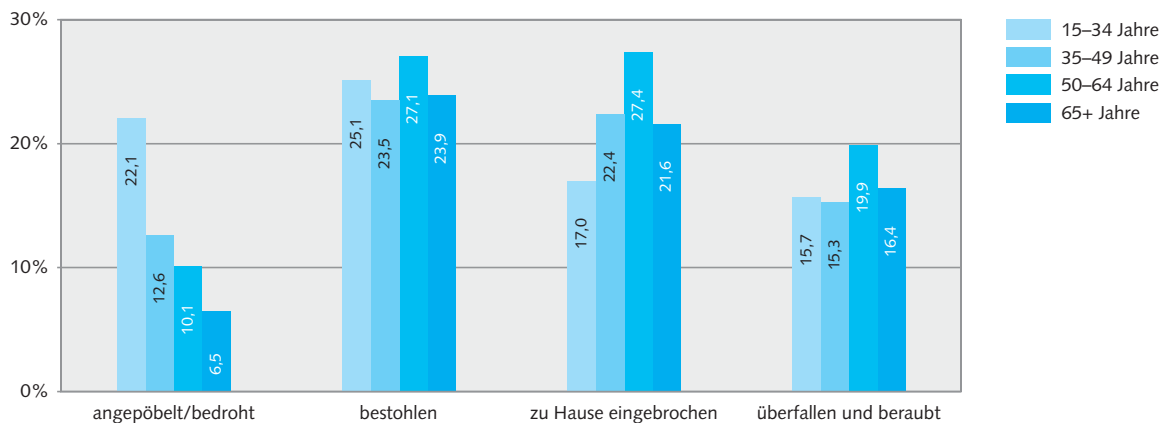
Abb. 4.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1290.

Anteil Personen, die es als wahrscheinlich einschätzen, in den nächsten zwölf Monaten Opfer folgender Taten zu werden, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 4.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 15'350<n<15'452.

Im Kanton Bern liegt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für die erhobenen Gewaltformen meist leicht unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Lediglich die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zwölf Monaten bestohlen zu werden, schätzen die Bernerinnen und Berner höher ein als der Durchschnitt der Schweizerinnen und Schweizer.

Die Angst, Opfer einer Gewalttat zu werden, korreliert negativ mit der psychischen Ausgeglichenheit. Je

höher die erwartete Anzahl Gewaltverbrechen, desto tiefer ist der Anteil Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden.

Grundsätzlich gilt für die Gesamtschweiz, dass Menschen, die auf dem Land wohnen, etwas seltener mit einer Konfrontation mit Gewalt oder einem Verbrechen rechnen als Städter (66% vs. 61,2%). Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf die Zuversicht aus, in der

Tab.4.5 Anzahl der verschiedenen öriminalität- oder Gewalttaten, mit denen die Person rechnet, in den folgenden 12 Monaten konfrontiert zu werden nach verschiedenen soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		keine		eine		zwei und mehr		
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	
Gesamtbev ökerung		63,6	62,5	12,3	13,1	24,1	24,4	
Geschlecht	Frauen	62,9	61,2	11,9	12,7	25,2	26,1	
	Männer	64,4	63,9	12,8	13,6	22,8	22,5	
Altersgruppen	15–34	60,8	58,4	13,2	14,6	26,0	27,0	
	35–49	64,8	63,6	14,3	12,5	20,9	23,9	
	50–64	61,8	62,3	7,7	12,1	30,5	25,7	
	65+	68,2	67,6	14,2	13,2	17,6	19,2	
Bildung	obligatorische Schule	65,9	61,4	(9,5)	13,0	24,6	25,5	
	Sekundarstufe II	62,1	62,5	13,1	12,8	24,7	24,7	
	Tertiärstufe	67,5	63,8	(11,8)	14,6	20,6	21,6	
Nationalität	Schweizer	64,7	63,2	11,5	13,0	23,8	23,8	
	Ausländer	53,3	58,8	(19,8)	13,9	(26,9)	27,3	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	66,3	64,6	13,8	12,4	19,9	23,0	
	CHF 3000 bis 4499	63,0	61,4	11,8	12,8	25,1	25,8	
	CHF 4500 bis 5999	58,0	61,5	11,1	14,5	30,9	24,0	
	CHF 6000 und höher	70,6	64,0	(10,6)	13,3	(18,7)	22,8	
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	62,3	63,4	(14,4)	11,1	23,4	25,5	
	qualifizierte manuelle Berufe	67,2	63,7	(8,7)	12,7	24,2	23,6	
	Kleinunternehmer	76,0	69,7	(7,5)	10,1	(16,5)	20,2	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	65,0	61,4	12,5	13,2	22,5	25,4	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	59,0	61,2	13,3	13,9	27,7	24,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	59,7	62,6	(9,0)	13,9	31,3	23,5	
Regionaler Vergleich	Aargau	65,5		13,5		21,0		
	Basel-Landschaft	69,0		12,0		19,0		
	Basel-Stadt	64,7		14,2		21,0		
	Bern	63,6		12,3		24,1		
	Luzern	69,7		13,1		17,2		
	Solothurn	62,8		12,5		24,7		
	St.Gallen	69,4		14,9		15,8		
	Zug	70,9		11,8		17,3		
	Zürich	64,5		13,1		22,4		
		andere Deutschschweizer Kantone	73,2		11,1		15,6	
		Westschweizer Kantone	50,1		14,4		35,6	
		Tessin	59,7		12,6		27,7	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 1270 <n< 1347 (BE); 15'065 <n< 16'149. Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

nächsten Zukunft von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden.²¹ Ausländerinnen und Ausländer erachten es als wahrscheinlicher als Schweizerinnen und Schweizer, von einer oder mehreren Formen der Kriminalität betroffen zu werden. Dies hängt unter anderem auch damit zusammen, dass mit 85,2% anteilmässig mehr Ausländerinnen und Ausländer in städtischen Gebieten wohnen als Schweizerinnen und Schweizer (70,7%).

Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die Bernerinnen und Berner im Vergleich mit den Deutschschweizer Kantonen häufig damit rechnen, mit Kriminalität konfrontiert zu werden. Lediglich im Kanton Solothurn wird die Wahrscheinlichkeit, Opfer mindestens zweier Gewalttaten zu werden, als höher eingeschätzt. In Tabelle 4.5 stechen zudem die Westschweizer Kantone hervor. Dort rechnen deutlich weniger Personen damit, das nächste Jahr unbeschadet zu überstehen. In der Ro-

mandie befürchten überdurchschnittlich viele zwei oder mehr Konfrontationen mit Kriminalität und Gewalttaten.

4.5 Zusammenfassung

Wohnung und Arbeitsplatz sind die beiden Orte, an denen eine Person gewöhnlich die meiste Zeit verbringt. Mit Blick auf das gesundheitliche Wohlbefinden ist es deshalb wichtig, dass man sich an diesen Orten wohl fühlt und möglichst frei von Belastungen ist.

Knapp zwei Drittel der Befragten im Kanton Bern sind mit ihrer *Wohnsituation* sehr zufrieden, und nur eine kleine Minderheit erweist sich als eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden (4% BE und CH). Trotzdem fühlt sich fast jede zweite Person zu Hause gestört. Primär wird über Autolärm geklagt, wovon etwa jeder Fünfte betroffen ist. Darauf folgen Lärm fremder Menschen und Verkehrsabgase. Alle diese Immissionen werden im Kanton Bern etwas seltener genannt als im Gesamtschweizer Durchschnitt.

²¹ Inwieweit es eine Rolle spielt, ob eine Person in der Vergangenheit Erfahrungen mit Gewalt machte, kann anhand der Gesundheitsbefragung nicht beantwortet werden.

Die Frage, wie vielen Immissionen eine Person zu Hause ausgesetzt ist, ist insofern von Bedeutung, als sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl Störquellen und der Wohnzufriedenheit abzeichnet. Weiter lässt sich zeigen, dass der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit abnimmt, je mehr Immissionen im Wohnbereich wahrgenommen werden.

Die grösste Differenz bezüglich Immissionen im Wohnbereich findet sich zwischen den Nationalitäten: Ausländerinnen und Ausländer wohnen deutlich seltener störungsfrei als Schweizerinnen und Schweizer. Mit zunehmendem Alter wird die Wohnsituation generell als besser wahrgenommen, obwohl gleichzeitig die Anzahl Störquellen tendenziell zunimmt.

Bei der Arbeitszufriedenheit zeigt sich ein weniger positives Bild. Nur gut jede dritte Person gibt an, (sehr) zufrieden mit ihrer *Arbeitssituation* zu sein. Zudem kann nur jeder Fünfte frei von Immissionen arbeiten. Als häufigste Probleme werden dabei zu hohe oder zu tiefe Temperaturen, Maschinenlärm, Lärm von Mitarbeitenden, Zugluft sowie Staub, Russ und Schmutz genannt. Bedenklich ist zudem, dass im Kanton Bern 12% aller Erwerbstätigen während ihrer Arbeit Tabakrauch ausgesetzt sind. Passivrauchen kann einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben. In einer gesundheitsgefährdenden Umgebung arbeiten zudem auch die 19% Arbeitnehmenden, die während der Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz und chemischen Gasen leiden.

Die Störfaktoren sind ungleich verteilt: Je geringer die Bildung, das Einkommen und der Berufsstatus, desto mehr Immissionen werden angegeben. Manuelle Berufe sind dabei besonders belastet. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als es sich hier um Handwerker und Arbeiter handelt, deren Arbeitsalltag oft draussen stattfindet und die häufig mit Lärm und Staub produzierenden Maschinen arbeiten. Im Kanton Bern entspricht die Belastungssituation bei der Arbeit wie auch die Arbeitszufriedenheit weitgehend dem Schweizer Durchschnitt.

Ein weiterer Faktor, der gesundheitlich belastende Auswirkungen haben kann, ist die *Angst vor Arbeitsplatzverlust* und Arbeitslosigkeit. Dabei kann aufgezeigt werden, dass die Sorge um den Erhalt der Stelle stark davon abhängt, wie wahrscheinlich es eine Person einschätzt, nötigenfalls eine gleichwertige Stelle zu finden. Die Angst vor Arbeitslosigkeit geht mit vergleichsweise schlechter psychischer Ausgeglichenheit und mehr psychisch (mit-)bedingten körperlichen Beschwerden einher.

Grundsätzlich schätzen erwerbstätige Frauen das Risiko, die Arbeitsstelle zu verlieren, weniger hoch ein als Männer. Diese Differenz scheint im Kanton Bern im Ver-

gleich zur Gesamtschweiz besonders ausgeprägt. Weiter zeigt sich, dass die Angst um den Arbeitsplatz ansteigt, je geringer die Bildung und das Einkommen sind. Ausländerinnen und Ausländer sind in der Gruppe der sich Sorgen besonders häufig vertreten. Im Kanton Bern ist die Angst vor Arbeitslosigkeit gesamthaft betrachtet geringer als im Schweizer Durchschnitt.

Für das psychische Wohlbefinden ist es weiter wichtig, ob man mit der Angst lebt, in naher Zukunft *Opfer eines Verbrechens* zu werden. Im Kanton Bern trifft dies für 36% aller Befragten zu, wobei sich Bernerinnen etwas mehr vor Delikten fürchten als Berner. Wichtig dabei ist zu bemerken, dass die subjektive Risikoeinschätzung nicht mit dem effektiven Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, übereinstimmen muss. Die Selbsteinschätzung wird beispielsweise nicht unwesentlich von der Intensität der Berichterstattung über Gewalt in lokalen Medien beeinflusst.

Die Befürchtung, mit Gewalt konfrontiert zu werden, ist zudem vom Alter und von der Bildung abhängig. Während die Angst, in eine Pöbelei involviert zu werden, mit zunehmendem Alter stark abnimmt, wird häufiger befürchtet, dass zu Hause eingebrochen werden könnte. Höhere Bildung wirkt sich positiv auf die Zuversicht aus, von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden. Zudem zeigt sich, dass Städter eher mit einer Gewalttat rechnen als Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen.

Wohn- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten im Kanton Bern

Ausländerinnen und Ausländer sind in höherem Mass von Immissionen im Arbeits- und Wohnbereich betroffen. Es fehlen ihnen die Ressourcen, Bildung und Finanzen, um die Arbeits- und Lebenssituation zu verändern. Die ausländische Wohnbevölkerung macht sich stärker Sorgen um den Arbeitsplatz. Sie fühlt sich weniger sicher.

Der Handlungsbedarf zur Beseitigung dieser Benachteiligungen und der Notwendigkeit der besseren Integration der Ausländerinnen ist erkannt. Integration ist eine Querschnittsaufgabe von Bund, Kanton und Gemeinden. Der Bund unterstützt die Integrationsarbeit mit finanziellen Beiträgen aus dem Förderprogramm der Eidg. Ausländerkommission. Aufgrund verschiedener politischer Vorstösse hat der Regierungsrat des Kantons Bern eine Fachstelle Integration geschaffen und diese beauftragt, die Ziele einer kantonalen Integrationspolitik zu erarbeiten.

Die Chancen der Migrantinnen und Migranten in der Bildung, im Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie im Zugang zur Gesundheitsversorgung sollen durch zielgerichtete Massnahmen, eine gute Koordination in der Verwaltung und die Vernetzung der Integrationsbestrebungen von Städten und Gemeinden wesentlich verbessert werden. Migrantinnen und Migranten sollen ihr Potential ausschöpfen können.

5 Zusammenhangsanalysen

5.1 Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit

Im Kapitel 2 wurde Gesundheit in ihren drei Dimensionen – körperlich, psychisch und sozial – detailliert analysiert. Im Folgenden werden nun die drei Dimensionen zueinander in Beziehung gesetzt und dabei untersucht, inwiefern körperliche, psychische und soziale Gesundheit miteinander zusammenhängen. Diese Analyse ist für die Gesundheitsförderung insofern von Relevanz, als sich auf diese Weise die Kumulationen von guten und schlechten gesundheitlichen Bedingungen aufzeigen lassen. Tabelle 5.1 beschreibt zunächst alle Indikatoren mit ihren Prävalenzen im Kanton Bern und der Gesamtschweiz, welche in die Analyse einfließen werden (vgl. dazu auch Kapitel 2).

Die Tabelle verdeutlicht, dass der Anteil Personen mit guter Gesundheit in allen Bereichen zwar relativ hoch ist

und die Werte des Kantons Bern bei allen Indikatoren nahe dem Schweizer Durchschnitt liegen. Wie aus der Korrelationsmatrix von Tabelle 5.2 weiter herausgelesen werden kann, finden sich zwischen den verschiedenen Indikatoren ausgeprägte Beziehungen. Dabei fällt auf, dass die stärksten Zusammenhänge innerhalb der jeweiligen Gesundheitsdimension zu finden sind. Die deutlichsten Beziehungen besteht zwischen den Indikatoren der Dimension «physische Gesundheit». Dies bedeutet, dass ein guter allgemeiner Gesundheitszustand in aller Regel mit der Abwesenheit von Beschwerden einhergeht. Der Zusammenhang zwischen psychischer Ausgeglichenheit und Kontrollüberzeugung ist bereits etwas weniger stark, während die beiden Indikatoren der sozialen Gesundheit nur schwach korreliert sind. Unter Einsamkeit zu leiden, heisst also nicht zwangsläufig, dass keine Beziehung zu Vertrauenspersonen bestünde.

Tab.5.1 Gesundheitsindikatoren und ihre Verteilung, öanton Bern und Schweiz (in %)

Ebene	Indikator	Kategorien	BE	CH
Physische Gesundheit	Allgemeiner (selbst wahrgenommener) Gesundheitszustand ²²	sehr gut/gut	86,0	85,8
		mittel/schlecht/sehr schlecht	14,0	14,2
	Lang andauerndes Gesundheitsproblem	nein ja	83,3 16,7	83,8 16,2
Physische Gesundheit	ö rperliche Beschwerden	keine/kaum Beschwerden	41,2	41,2
		einige Beschwerden	37,5	35,7
		starke Beschwerden	21,3	23,1
Psychische Gesundheit	Psychische Ausgeglichenheit	gut	53,6	55,0
		mittel	25,7	24,4
		schlecht	20,8	20,7
Psychische Gesundheit	ö ontrollüberzeugung	hoch	40,1	39,3
		mittel	38,9	39,8
		tief	21,0	20,9
Soziale Gesundheit	Einsamkeitsgefühle	nie	69,1	70,2
		manchmal	27,8	26,4
		häufig	3,0	3,3
Soziale Gesundheit	Vertrauenspersonen	mehr als eine	68,2	65,9
		eine	28,2	29,3
		keine	3,6	4,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1181 <n< 1607 (BE); 14'358 <n< 19'702 (CH).

²² «Allgemeiner Gesundheitszustand» basiert auf der Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?» und beinhaltet theoretisch Aspekte aus allen drei Ebenen von Gesundheit. Da aber die Korrelationen (Tabelle 5.2) mit den anderen Indikatoren für körperliche Gesundheit besonders hoch sind, kann «allgemeiner Gesundheitszustand» der physischen Gesundheit zugeordnet werden.

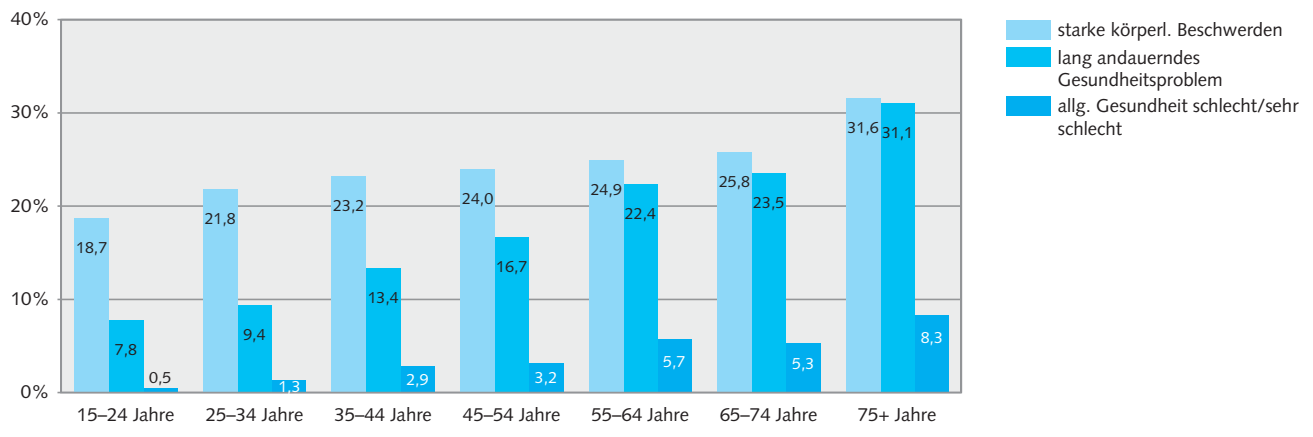
Tab.5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitszustands, Schweiz (Gamma-öoeffizienten)

	Allg. Gesundheitszustand	Gesundheitsproblem	Körperliche Beschwerden	Psych. Ausgeglichenheit	Kontrollüberzeugung	Einsamkeitsgefühle	Vertrauenspersonen
Allg. Gesundheitszustand	-	,82	,63	,45	,35	,36	,16
Gesundheitsproblem	,82	-	,55	,35	,33	,32	,10
örperliche Beschwerden	,63	,55	-	,44	,37	,39	n.s.
Psych. Ausgeglichenheit	,45	,35	,44	-	,43	,45	(,03)
kontrollüberzeugung	,35	,33	,37	,43	-	,49	,06
Einsamkeitsgefühle	,36	,32	,39	,45	,49	-	,05
Vertrauenspersonen	,16	,10	n.s.	(,03)	,06	,05	-

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'358 <n< 19'702 (CH). Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau (vgl. Anhang). Mit Ausnahme der Koeffizienten in Klammern (95%-Niveau) sind alle dargestellten Koeffizienten auf dem 99%-Niveau signifikant. Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten. Zur Kodierung der einzelnen Variablen vgl. Tabelle 5.1.

Anteil Personen mit starken Beschwerden, lang andauernden Beschwerden und (sehr) schlechter allgemeiner Gesundheit nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 18'457 <n< 19'707.

Die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen sind in den allermeisten Fällen ebenfalls beachtlich und statistisch hoch signifikant. Wer sich psychisch gut fühlt, erfreut sich in der Regel auch einer guten körperlichen Gesundheit und leidet weniger unter Einsamkeit und umgekehrt. Andererseits zeigt sich, dass lang andauernde Beschwerden nicht zwingend mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit einhergehen müssen. Wird zusätzlich zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden differenziert, so zeigt sich, dass körperliche Leiden die psychische Ausgeglichenheit viel weniger belasten als psychische Beschwerden.

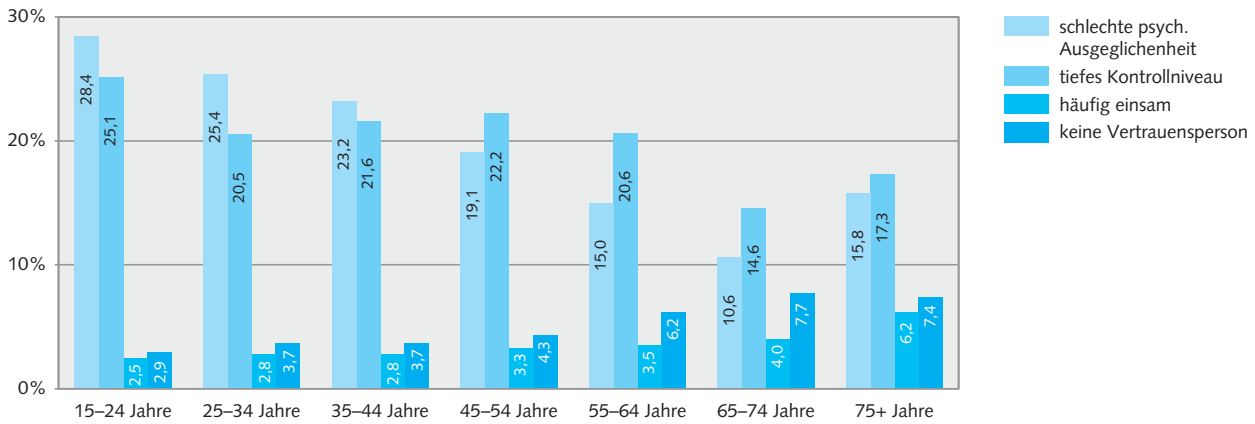
In Kapitel 2 wurde an verschiedenen Stellen dargestellt, wie sich die wahrgenommene Gesundheit mit dem Alter verändert. Es kann deshalb vermutet werden, dass

sich das Alter als die alles bestimmende Grösse bezüglich des Wohlbefindens erweist. Abbildung 5.1 unterstreicht zunächst diese Vermutung: Der Anteil Personen mit seit geraumer Zeit andauernden Leiden und Beschwerden nimmt mit höherem Alter kontinuierlich zu. Die Darstellung macht indes gleichzeitig deutlich, dass sich selbst im hohen Alter zwei von drei Personen als beschwerdefrei bezeichnen.

Während sich das körperliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, wird die psychische Gesundheit als besser wahrgenommen. Der Anteil Personen mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit und tiefem Kontrollniveau nimmt mit dem Alter ab, um ab 75 Jahren wieder etwas zuzunehmen. Einsamkeit und das Vermissten von Vertrauenspersonen treten

Anteil Personen mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit, tiefem Kontrollniveau, häufiger Einsamkeit sowie ohne Vertrauenspersonen nach Altersgruppen, Schweiz

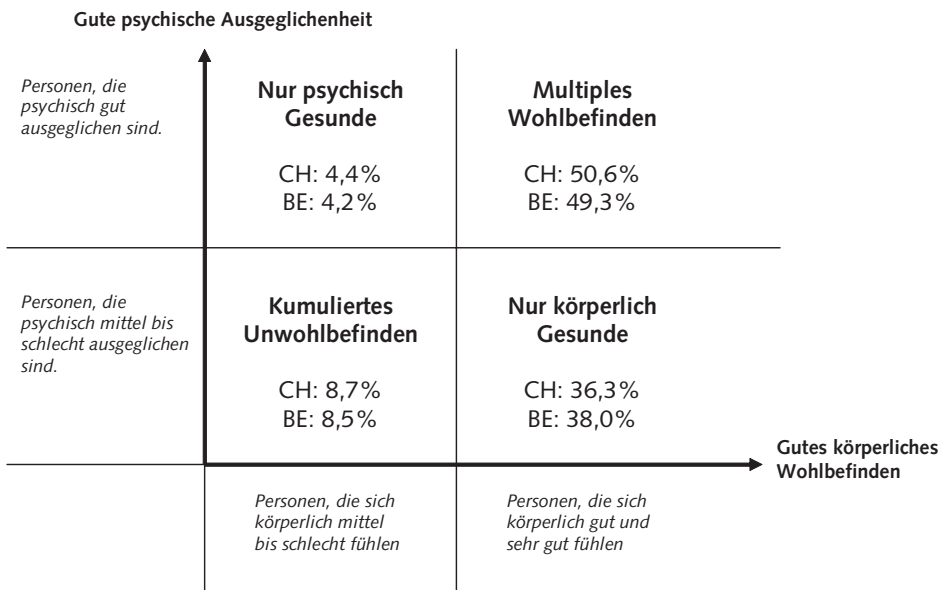
Abb. 5.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'358<n<19'702.

Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 5.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1'482 (BE); 18'290 (CH).

zwar gesamthaft bedeutend seltener auf, beides nimmt jedoch analog zu den Beschwerden mit höherem Alter leicht zu (Abbildung 5.2).

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 machen deutlich, wie sich das Wohlbefinden mit zunehmendem Alter verändert. Es gibt jedoch in jedem Alter auch Personen, deren Gesundheitszustand dem Trend widerspricht. Sie fühlen sich in hohem Alter körperlich sehr gut oder in jungen Jahren psychisch ausgeglichen. Neben dem Alter gibt es also viele andere Faktoren, welche das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen. Vor diesem Hintergrund

stellt sich die Frage, inwieweit es zu einer Kumulation von gutem bzw. schlechtem Wohlbefinden kommt. Es gibt Personen, die sich sowohl physisch als auch psychisch sehr gut bzw. sehr schlecht fühlen. Neben diesen beiden konsistenten Gruppen finden sich auch zwei inkonsistente Gruppen, bei denen ein gutes psychisches Wohlbefinden mit einem schlechten physischen Wohlbefinden einhergeht und umgekehrt (vgl. Abbildung 5.3).

Im Kanton Bern erfreuen sich 50,6% eines *multiplen Wohlbefindens*. Sie fühlt sich nicht nur körperlich (sehr) gut, sondern sind auch psychisch ausgeglichen. Die über

65-Jährigen sind in dieser Gruppe am häufigsten vertreten. Mehr Bildung und Einkommen erhöhen zudem die Wahrscheinlichkeit für ein multiples Wohlbefinden. Bemerkenswert ist dabei, dass der Anteil Personen mit multiplem Wohlbefinden in den höheren Bildungs- und Einkommensklassen nicht linear zunimmt. Der Anteil Personen ist in den zweithöchsten Kategorien (Sekundarstufe II; CHF 4500 – 5999 Haushaltsäquivalenzeinkommen) am grössten. Weiter spielt die Nationalität eine Rolle: Schweizer Staatsbürger sind in dieser Gruppe übervertreten (vgl. Tabelle 5.3).

Fast jeder vierten Person der Berner Bevölkerung geht es körperlich zwar gut bis sehr gut, sie fühlt sich aber nur mittelmässig oder schlecht psychisch ausgeglichen. Beim Alter findet sich bezüglich der Zugehörigkeit zur Gruppe der lediglich *körperlich Gesunden* der grösste Effekt: Trifft diese Kombination von körperlichem Wohlbefinden mit psychischen Problemen auf jede zweite Person im Alter von 15 bis 34 Jahren zu, so ist es im Kanton Bern bei den über 65-Jährigen etwa nur noch jede Sechste.

Als *nur psychisch gesund* kann der kleinste Anteil der Bevölkerung bezeichnet werden. Diese Kombination kommt vor allem bei älteren Personen vor, die mit körperlichen Beschwerden leben müssen, sich aber dennoch psychisch gut ausgeglichen fühlen. Im Kanton Bern trifft dies auf 11,5% der Bevölkerung über 65 Jahre zu.

Die gesundheitlich am stärksten belasteten Personen leben mit mittelmässig bis schlechtem allgemeinem und psychischem Wohlbefinden. Zu dieser Gruppe gehören etwas mehr Frauen als Männer. Zudem steigern höheres Alter, tiefes Einkommen und das Fehlen eines Schweizerpasses die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitszustand sowohl körperlich als auch psychisch als nicht gut empfunden wird. *Kumuliertes Unwohlbefinden* heisst für 8,5% der Berner Bevölkerung die gesundheitliche Diagnose. Im Gesamtschweizer Durchschnitt gehören mit 8,7% gleich viele Personen zu dieser Gruppe.

Aus Tabelle 5.2 lässt sich ablesen, dass sich lang andauernde Beschwerden negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Abbildung 5.1 unterstreicht diesen Zusammen-

Tab. 5.3 ömulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden nach soziodemographischen und sozio ökonomischen Merkmalen, öanton Bern und Schweiz (in %)

		Multiples Wohlbefinden		Nur körperlich Gesunde		Nur psychisch Gesunde		Kumuliertes Unwohlbefinden	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbev ökerung		49,3	50,6	38,0	36,3	4,2	4,4	8,5	8,7
Geschlecht	Frauen	47,2	49,0	38,1	36,2	5,1	4,7	9,6	10,1
	Männer	51,6	52,3	37,8	36,5	(5,3)	4,0	7,3	7,1
Altersgruppen	15–34	37,4	42,3	55,3	50,2	*	1,4	(6,6)	6,1
	35–49	50,2	51,5	41,2	38,5	(2,8)	2,3	(5,9)	7,7
	50–64	56,8	56,5	28,7	26,3	(4,6)	6,5	10,0	10,7
	65+	57,7	56,5	17,3	20,7	11,5	10,3	13,4	12,5
Bildung	obligatorische Schule	43,5	43,9	39,1	37,3	(4,4)	5,4	13,0	13,5
	Sekundarstufe II	51,0	52,0	36,9	35,8	4,3	4,3	7,9	8,0
	Tertiärstufe	48,8	54,6	41,6	37,1	*	3,4	(5,8)	4,9
Nationalität	Schweizer	50,7	51,5	36,4	36,1	4,4	4,4	8,5	8,0
	Ausländer	37,6	46,6	51,4	37,3	*	4,1	*	11,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	48,0	48,1	37,9	35,1	(4,0)	5,0	10,1	11,8
	CHF 3000 bis 4499	47,3	51,4	38,7	35,3	(5,2)	4,9	8,9	8,4
	CHF 4500 bis 5999	55,9	54,9	32,8	34,6	(4,7)	4,0	(6,7)	6,6
	CHF 6000 und höher	52,5	55,5	38,4	36,8	*	3,0	*	4,7
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	46,4	50,3	36,9	33,0	(4,6)	4,8	(12,0)	11,9
	qualifizierte manuelle Berufe	47,4	49,6	38,2	34,4	(4,0)	5,4	(10,4)	10,7
	Kleinunternehmer	58,1	54,5	30,7	33,3	*	5,0	*	7,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	50,1	51,2	35,7	34,6	(4,6)	4,3	9,2	9,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	47,6	50,8	42,0	37,8	(3,7)	4,0	(6,8)	7,3
höhere Führungskräfte, freie Berufe	47,7	55,1	44,0	38,2	*	3,0	*	3,7	
Regionaler Vergleich	Aargau		48,3		36,5		4,7		10,5
	Basel-Landschaft		49,0		36,9		4,9		9,4
	Basel-Stadt		45,8		35,6		6,2		12,4
	Bern		49,3		38,0		4,2		8,5
	Luzern		48,8		38,2		4,8		8,2
	Solothurn		51,1		33,5		5,3		10,1
	St. Gallen		50,8		36,9		3,6		8,7
	Zug		55,3		35,3		3,3		6,1
	Zürich		51,8		35,9		4,4		7,9
	andere Deutschschweizer Kantone		53,1		36,0		4,1		6,9
	Westschweizer Kantone		51,4		35,5		4,2		8,9
	Tessin		46,4		38,7		4,6		10,3

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 1396 <n< 1482 (BE); 16'974 <n< 18'290.

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

hang und verdeutlicht, dass der Anteil Personen mit multiplem Wohlbefinden bei Personen, die frei von lang andauernden Beschwerden sind, um das Doppelte höher ist. Gleichzeitig tritt bei Personen ohne solche Beschwerden kumuliertes Unwohlbefinden kaum auf, während dies bei einem Drittel der Personen mit Beschwerden der Fall ist.

Mit Blick auf das salutogenetische Gesundheitsverständnis sind Personen von besonderem Interesse, die seit langer Zeit unter körperlichen oder psychischen Beschwerden leiden, aber dennoch psychisch gut ausgeglichen sind und von sich sagen, es gehe ihnen gut oder sehr gut. Der Anteil an Personen mit lang andauernden Beschwerden und multiplem Wohlbefinden steigt mit zunehmendem Alter. Dies bedeutet, dass im höheren Alter mit solchen Beschwerden leichter umgegangen wird. Es ist vorstellbar, dass mit mehr Lebensjahren Wohlbefinden nicht mehr zwingend von Beschwerdefreiheit abhängig gemacht wird. Dieser Erklärungsansatz wird unterstützt, wenn man Personen betrachtet, die unter Beschwerden leiden und sich allgemein schlecht fühlen, aber dennoch angeben, dass es ihnen psychisch gut gehe. Auch diese Gruppe wird mit zunehmendem Alter grösser. Dieser Zusammenhang findet sich bei beiden Geschlechtern. Er ist bei den Männern jedoch leicht ausgeprägter als bei den Frauen.

5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

In Kapitel 3 wurden mit dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie dem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum verschiedene gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsschädigende Verhaltensweisen dargestellt und analysiert. Im vorliegenden Abschnitt untersuchen wir, wie die verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens zusammenhängen und ob sich daraus typische Verhaltensmuster ableiten lassen. Wir konzentrieren uns dabei auf die in Tabelle 5.4 aufgeführten Verhaltensweisen.²³

Tabelle 5.5 gibt einen ersten Überblick über die Beziehungsstrukturen der verschiedenen Verhaltensweisen. Die darin aufgeführten Gamma-Koeffizienten zeigen, dass die verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in aller Regel positiv korreliert sind. Das heisst: Wer in einem Bereich ein positives Gesundheitsverhalten zeigt, der verhält sich auch in anderen Bereichen eher gesundheitsbewusst. Die stärksten Zusammenhänge finden wir zwischen dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, dem Ernährungsbewusstsein und dem Tabakkonsum sowie zwischen dem Ernährungsver-

Tab. 5.4 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, öanton Bern und Schweiz (in %)

Indikator	Kategorien	BE	CH
Gesundheitsbewusstsein	gesundheitsorientiert	19,3	21,2
	beachtend	70,4	67,3
	unbekümmert	10,3	11,5
Bewegungsverhalten	trainiert / aktiv	39,1	35,9
	unregelmässig / teilaktiv	41,9	44,7
	inaktiv	19,0	19,4
Ernährungsbewusstsein	achtet auf Ernährung	74,7	69,1
	achtet nicht auf Ernährung	25,3	30,9
BMI (WHO-Kategorien)	Untergewicht	4,1	4,2
	Normalgewicht	56,2	58,7
	Übergewicht	31,0	29,4
	starkes Übergewicht/Adipositas	8,6	7,7
Tabakkonsum	Nichtraucher/innen	71,0	69,5
	weniger starker Raucher/innen	14,2	14,0
	starker Raucher (>10 Zig./Tag)	14,8	16,5
Alkoholkonsum	abstinent	21,0	23,1
	geringeres Risiko	74,3	71,2
	mittleres / hohes Risiko	4,7	5,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1531 <n< 1607, Gesundheitsbewusstsein (aus der schriftlichen Befragung) n = 1310 (BE); 18'718 <n< 19'691, Gesundheitsbewusstsein n = 15'652 (CH).

²³ Die einzelnen Variablen wurden auf der Grundlage der Analyse in Kapitel 3 vereinfacht und zu besonders relevanten Kategorien zusammengefasst. Da das Ernährungsverhalten nur sehr grob erfasst ist, wird zusätzlich auch der Body Mass Index in die Analyse einbezogen (vgl. Abschnitt 2.1.4). Der Drogenkonsum und der Medikamentengebrauch werden dagegen nicht mehr näher beleuchtet, da bei diesen Indikatoren keine Angaben zur Gesamtbevölkerung vorliegen bzw. weitere Faktoren (wie die aktuellen Beschwerden) miteinbezogen werden müssten.

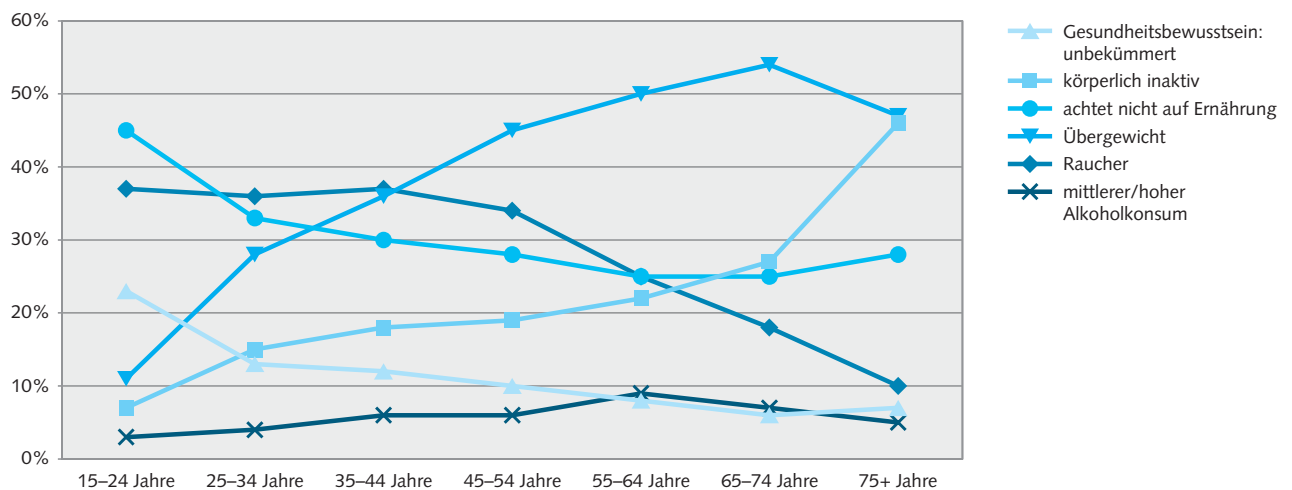
Tab. 5.5 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, Schweiz (Gamma-oeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entspricht Tabelle 5.4)

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Gesundheitsbewusstsein		,05	,39	n.s.	,27	,14
Bewegungsverhalten	,05		,18	,11	,06	-,12
Ernährungsbewusstsein	,39	,18		,05	,22	,05
BMI	n.s.	,11	,05		-,09	n.s.
Tabakkonsum	,27	,06	,22	-,09		,22
Alkoholkonsum	,14	-,12	,05	n.s.	,22	

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'505 <n< 19'687. Die Ausnahme bilden die Korrelationen mit dem nur schriftlich erhobenen Gesundheitsbewusstsein (15'512 <n< 15'650). Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau; n.s. bedeutet nicht signifikant. Alle aufgeführten Werte sind auf dem 99%-Niveau signifikant. Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten.

Gesundheits- und Risikoverhalten nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'718 <n< 19'691; Gesundheitsbewusstsein n=15'652.

halten und dem Bewegungsverhalten. Wer also auf seine Ernährung achtet, der raucht auch weniger und bewegt sich auch mehr.

Zwischen BMI und Tabakkonsum sowie zwischen Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum finden wir auch negative Korrelationen. Daraus können wir ableiten, dass Raucher etwas weniger an Übergewicht leiden und Personen, die sich häufig bewegen, eher etwas mehr Alkohol konsumieren. In diesen beiden Ausnahmefällen geht also ein negativer Verhaltensaspekt mit einem gesundheitsfördernden Verhalten einher.

Bei der Interpretation der in Tabelle 5.5 aufgeführten Zusammenhangsmasse gilt es zu berücksichtigen, dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Verhaltenswei-

sen durch Alters- und Geschlechtereffekte überlagert werden (vgl. dazu die ausführlichen Analysen in Kapitel 3). So kann der Zusammenhang zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum auch dadurch zustande kommen, dass generell ältere Leute (und in besonderem ältere Frauen) mehr auf die Ernährung achten und gleichzeitig kaum (noch) rauchen. Es besteht also möglicherweise keine direkte Beziehung zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum, sondern der Zusammenhang erklärt sich allein dadurch, dass beide Verhaltensweisen sich mit zunehmendem Alter unabhängig voneinander verändern.

Um den Einfluss des Alters auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen besser abschätzen zu können,

sind die Prävalenzen für die einzelnen Altersgruppen in Abbildung 5.4 zusammenfassend dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in jüngeren Jahren häufiger geraucht, weniger auf die Ernährung und allgemein weniger auf die Gesundheit geachtet wird. Umgekehrt leiden ältere Leute deutlich häufiger an Übergewicht und sind körperlich auch weniger aktiv. Ein mittlerer bis hoher Alkoholkonsum ist in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am stärksten verbreitet.

Dass diese Altersunterschiede auch auf Verhaltensänderungen im Lauf des Lebens zurückzuführen sind, lässt sich mit Blick auf das Rauchen zeigen. Abbildung 5.4 zeigt, dass von den 55- bis 64-Jährigen nur noch ein Viertel raucht. Berücksichtigen wir jedoch, dass sich in dieser Altersgruppe auch 30% Ex-Rauchende befinden, so wird deutlich, dass diese Alterskohorte im Alter von 25 bis 34 Jahren sogar noch mehr geraucht hat als die heute 25- bis 34-Jährigen. Gleiches finden wir auch mit Blick auf die über 65-Jährigen, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass die Männer heute eher weniger rauchen als früher, die Frauen aber eindeutig mehr.

Wie sich die Beziehungen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen darstellen, wenn man auch die Altersunterschiede berücksichtigt, soll in der Folge etwas näher betrachtet werden.

Die Gamma-Werte in Tabelle 5.5 lassen vermuten, dass zwischen Bewegungsverhalten und Tabakkonsum nur eine schwache Beziehung besteht. Tatsächlich zeigt sich, dass der Anteil an Rauchenden – zumindest auf der Ebene der Gesamtbevölkerung – bei den körperlich Inaktiven (32% der Inaktiven rauchen) nur wenig höher ist

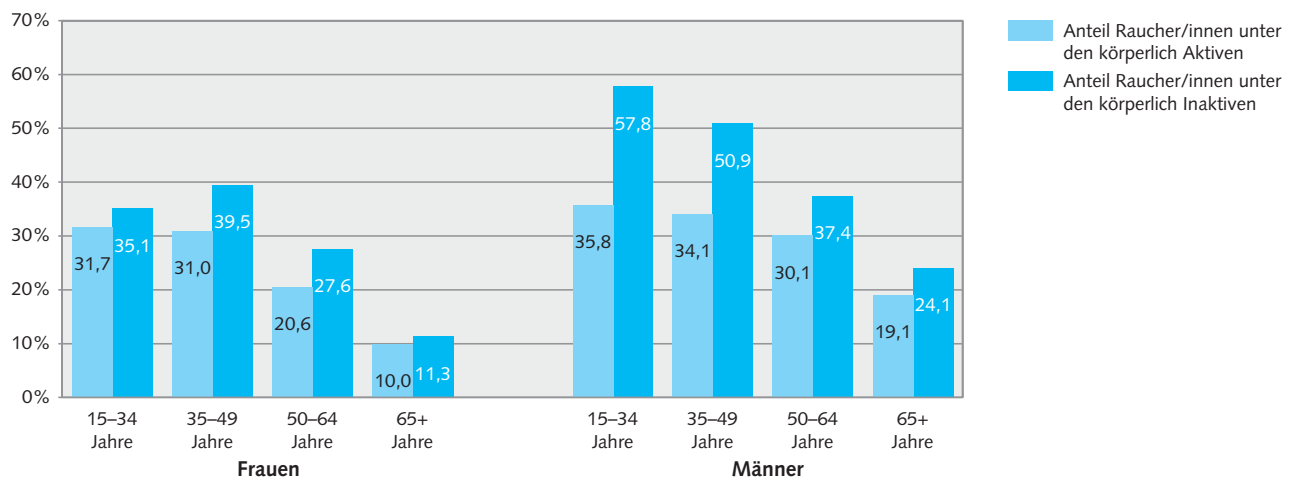
als bei den körperlich Aktiven (29% der Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, rauchen). Berücksichtigt man jedoch, dass der Tabakkonsum wie auch das Bewegungsverhalten in hohem Masse vom Geschlecht und vom Alter abhängen (jüngere Männer rauchen am meisten, ältere Frauen dagegen nur sehr selten), so kommt man auf einen anderen Befund. Abbildung 5.5 zeigt, dass für Männer und Frauen bis ins höhere Alter der folgende Zusammenhang gilt: Personen, die sich regelmässig bewegen, rauchen weniger als Personen, die sich nie oder unregelmässig bewegen. In ganz besonderem Masse gilt dies für jüngere Männer.

Zwischen Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum zeigt sich nicht die gleiche Beziehung wie zwischen Bewegungsverhalten und Tabakkonsum. Körperliche Aktivität geht nicht generell mit einem geringeren Alkoholkonsum einher. Körperlich Aktive konsumieren tendenziell sogar etwas mehr alkoholische Getränke als Inaktive, allerdings tun sie dies in aller Regel mit Zurückhaltung. Einen übermässigen Alkoholkonsum (Frauen über 40g; Männer über 60g reinen Alkohol pro Tag) finden wir unter den körperlich Inaktiven nämlich etwas häufiger als unter den Aktiven.

Ein ausgeprägter Zusammenhang zeigt sich dagegen zwischen Bewegungsverhalten und Ernährungsbewusstsein. Unabhängig von Alter und Geschlecht achten Personen, welche sich regelmässig bewegen, eher auf eine gesunde Ernährung als körperlich inaktive Personen. Eine analoge Beziehung finden wir auch zwischen Bewegungsverhalten und Körpergewicht: Von den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sind 31%

Tabakkonsum und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

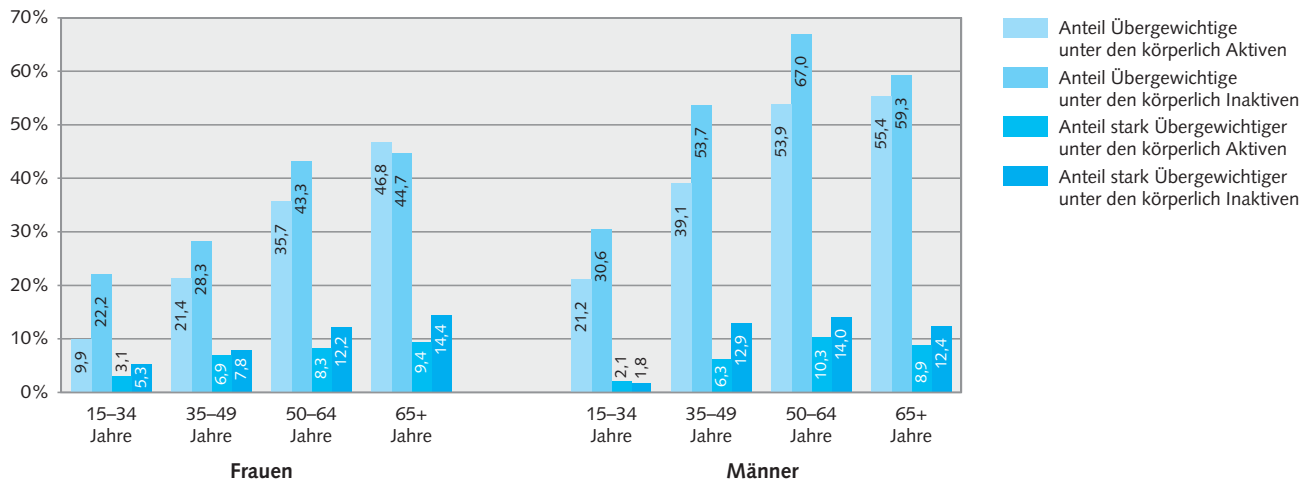
Abb. 5.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); n=8270 (Männer).

BMI und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'276 (Frauen); n=8230 (Männer).

übergewichtig (6% sind stark übergewichtig), bei den Inaktiven ist dies bei 44% der Fall (11% mit starkem Übergewicht). Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht findet sich auf allen Altersstufen bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 5.6). Bei den älteren Personen zeigt sich der Unterschied zwischen Aktiven und Inaktiven nur noch bei starkem Übergewicht. Allgemein fällt auf, dass die Unterschiede weniger stark als erwartet ausfallen und auch unter den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, ein beträchtlicher Anteil übergewichtig bzw. sogar stark übergewichtig ist.

Nicht nur das Bewegungsverhalten, auch der Tabakkonsum hat einen Einfluss auf das Körpergewicht (Tabelle 5.5). Rauchende sind etwas weniger häufig übergewichtig als Nichtraucher. Eine genauere Analyse unter Einbezug der Alters- und Geschlechtsunterschiede macht jedoch deutlich, dass dies für die Frauen in höherem Masse als für die Männer gilt sowie grundsätzlich erst im Alter von über 50 Jahren. In den beiden jüngeren Alterskohorten können keine entsprechenden Zusammenhänge festgestellt werden, und für die Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren gilt sogar die umgekehrte Beziehung: In diesem Alterssegment leiden die Raucher etwas häufiger an Übergewicht als die Nichtraucher.

Misst man den Einfluss des Tabakkonsums auf das Körpergewicht (arithmetisches Mittel des BMI) unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Bewegungsverhalten, so zeigt sich Folgendes: Das Alter und das Geschlecht üben einen deutlich stärkeren Einfluss auf das Körpergewicht aus als das Bewegungsverhalten und der Tabakkonsum. Unter den beiden letzteren ist das Bewe-

gungsverhalten der wichtigere Prädiktor als der Tabakkonsum. Das heisst: Das Bewegungsverhalten beeinflusst das Körpergewicht stärker als das Rauchen.²⁴

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass es zwischen den verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen komplexe Beziehungen gibt, die durch Alters- und Geschlechtseffekte teilweise verstärkt, teilweise abgeschwächt werden. Insgesamt muss aber darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Zusammenhänge häufig nicht sehr stark sind. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung verhält sich also weder durchgängig gesundheitsbewusst noch durchgängig gesundheitsschädigend, sondern kombiniert eher positive mit eher negativen Verhaltensweisen.

Zur besseren Einordnung der verschiedenen Verhaltensweisen lassen sich grundsätzlich zwei Verhaltensstrategien unterscheiden (vgl. Lamprecht und Stamm 1999). Auf der einen Seite stehen Aktivitäten wie das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, bei denen mit einem aktiven Lebensstil (Sport treiben, häufiger Fruchtekonsum etc.) etwas für die eigene Gesundheit getan wird. Auf der anderen Seite stehen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum, obwohl Verzicht und Zurückhaltung gefragt sind. Aus der Kombination der beiden Verhaltensstrategien lassen sich die in Abbildung 5.7 dargestellten Verhaltenstypen konstruieren.

²⁴ Die Zusammenhängestruktur wurde mittels einer multiplen Klassifikationsanalyse (MCA) mit dem BMI als abhängige Variable überprüft. Die MCA beruht auf einer Varianzanalyse, bei der die Varianzerklärung über die Abweichungen vom Gruppenmittelwert ermittelt wird (vgl. Andrews, Morgan und Sonquist, 1971).

Verhaltenstypen, Kanton Bern und Schweiz

Abb. 5.7

Aktive Gesundheitsförderung: Körperliche Bewegung und Ernährungsbewusstsein			
Personen, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sowie unregelmässiger Aktive, die auf Ernährung achten.	Risiko-kompensierende	CH: 17,2% BE: 16,3%	Gesundheits-fördernde
			CH: 36,4% BE: 40,3%
Inaktive oder nur teilaktive Personen sowie unregelmässiger Aktive, die nicht auf die Ernährung achten.	Risikotyp	CH: 16,8% BE: 15,3%	Passive Risikovermeidende
			CH: 29,6% BE: 28,1%
	<i>Rauchen und/oder mittlerer bis höherer Alkoholkonsum</i>		<i>Nichtraucher und/oder abstinent oder geringer Alkoholkonsum.</i>

**Risikovermeidung:
Kein Tabak- und kein übermässiger Alkoholkonsum**

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1'528 (BE); 18'672 (CH).

Tab. 5.6 Verhaltenstypen nach soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Bern und Schweiz (in %)

		Risikotyp		Risiko-kompensierende		Risiko-vermeidende		Gesundheits-fördernde	
		BE	CH	BE	CH	BE	CH	BE	CH
Gesamtbevölkerung		15,3	16,8	16,3	17,2	28,1	29,6	40,3	36,4
Geschlecht	Frauen	12,1	14,0	14,5	14,4	32,6	34,2	40,8	37,3
	Männer	18,7	19,9	18,3	20,3	23,2	24,4	39,8	35,5
Altersgruppen	15–34	15,1	16,6	23,3	21,8	19,5	23,5	42,2	38,0
	35–49	19,9	20,4	17,3	18,6	24,0	26,8	38,8	34,3
	50–64	14,9	17,4	13,3	15,9	27,2	30,4	44,5	36,3
	65+	9,6	10,5	(8,1)	8,8	47,8	43,3	34,5	37,4
Bildung	obligatorische Schule	13,2	16,6	15,4	15,5	34,3	35,3	37,0	32,7
	Sekundarstufe II	15,4	16,9	17,8	18,2	27,3	27,8	39,5	37,0
	Tertiärstufe	17,1	16,6	(10,7)	15,6	24,2	28,1	48,1	39,7
Nationalität	Schweizer	14,8	16,0	16,3	17,4	28,5	28,8	40,3	37,8
	Ausländer	(18,8)	20,4	(16,4)	16,2	(24,6)	32,9	40,1	30,5
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	17,8	18,1	14,0	15,9	34,2	33,5	34,0	32,5
	CHF 3000 bis 4499	13,9	16,9	17,7	16,7	27,6	29,6	40,8	36,8
	CHF 4500 bis 5999	16,4	16,2	18,9	18,8	22,3	24,8	42,4	40,2
	CHF 6000 und höher	14,8	16,8	(13,5)	20,5	(18,6)	24,2	53,2	38,5
Sozioprofessionelle öategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	16,8	18,6	23,7	18,3	25,3	31,1	34,3	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	19,1	21,7	19,9	19,0	26,3	27,5	34,8	31,8
	Kleinunternehmer	(17,9)	18,2	(14,9)	18,5	31,9	30,5	35,2	32,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe.	12,9	16,6	14,6	17,7	30,3	29,2	42,2	36,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	15,4	15,2	15,8	17,4	26,2	28,1	42,5	39,4
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(18,3)	16,4	(11,4)	14,7	(25,7)	29,9	44,5	39,0
Regionaler Vergleich	Aargau		15,9		18,8		26,5		38,7
	Basel-Landschaft		14,5		17,1		29,3		39,0
	Basel-Stadt		18,1		19,4		27,9		34,7
	Bern		15,3		16,3		28,1		40,3
	Luzern		15,5		15,5		29,4		39,7
	Solothurn		16,6		17,9		27,8		37,8
	St. Gallen		15,0		18,3		26,6		40,0
	Zug		14,0		18,9		23,6		43,5
	Zürich		16,4		18,6		26,4		38,6
	andere Deutschschweizer Kantone		12,7		18,5		28,3		40,5
	Westschweizer Kantone		20,5		15,6		34,7		29,2
	Tessin		20,3		15,1		35,0		29,6

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1436 <n< 1529 (BE); 17'301 <n< 18'672 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren jeweils auf weniger als 30 Antwortenden.

15,3% der Berner Bevölkerung kann dem *Risikotyp* zugeordnet werden. Der Risikotyp ist Rauchender und/oder weist häufig einen mittleren bis höheren Alkoholkonsum auf. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie körperliche Bewegung und Ernährungsbewusstsein sind ihm fremd. Männer im mittleren Alter sind besonders häufig dem Risikotyp zuzurechnen. Zudem sind die ausländische Wohnbevölkerung sowie Personen mit einem Tertiärbildungsabschluss hier deutlicher vertreten (vgl. Tabelle 5.6).

16,3% der Berner Bevölkerung zählen zu den *Risikokompensierenden*. Dieser Verhaltenstyp kompensiert gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak und/oder übermässigen Alkoholkonsum durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil mit Bewegung und bewusster Ernährung. Männer und generell jüngere Leute sind unter den Risikokompensierenden häufiger anzutreffen als Frauen und ältere Leute. Zudem steigt der Anteil der Risikokompensierenden in den höheren Einkommensklassen. Auf Grund des relativ niedrigen Alters der Risikokompensierenden kann vermutet werden, dass einige in späteren Jahren den kompensierenden Faktor Sport aufgeben werden und somit zu Risikotypen werden.

Passive Risikovermeidende meiden zwar Tabak und Alkohol, sie bewegen sich aber auch kaum und leben nicht ernährungsbewusst. Im Kanton Bern gehören 28,1% der Bevölkerung zu den Risikovermeidenden. Die Strategie der Risikovermeidung verfolgen insbesondere (ältere) Frauen. Mit Blick auf den Bildungsstatus und das Haushaltseinkommen sind Risikovermeidende eher den unteren sozialen Lagen zuzurechnen.

40,3% der Bevölkerung des Kantons Bern zeigen ein durchgängig gesundheitsförderndes Verhalten. Sie verzichten auf Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum, bewegen sich regelmässig und achten auf ihre Ernährung. Im Kanton Bern sind die Frauen bei den *Gesundheitsfördernden* etwas stärker vertreten als die Männer.

Die Gesundheitsfördernde zeichnen sich zudem durch höhere Bildung, einen höheren Berufsstatus und ein höheres Haushaltseinkommen aus.

Im Kanton Bern finden wir etwas weniger Risikovermeidende, Risikotypen und Risikokompensierende und dafür etwas mehr Gesundheitsfördernde als in der Gesamtschweiz.

5.3 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Nachdem in den beiden vorangegangenen Abschnitten die Beziehungen zwischen den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitszustandes und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens analysiert wurden, rückt in diesem Abschnitt die Frage ins Zentrum, inwiefern Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten miteinander in Beziehung stehen. Die in Tabelle 5.7 dargestellten Korrelationskoeffizienten geben eine erste Antwort auf diese Frage. Während sich zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens und den Indikatoren für den körperlichen Gesundheitszustand einige substanzellere Zusammenhänge feststellen lassen, sind die Beziehungen zwischen Gesundheitsverhalten und den psychischen bzw. sozialen Dimensionen von Gesundheit zwar mehrheitlich statistisch signifikant, in aller Regel aber nur schwach ausgeprägt.

Ein Blick auf die Vorzeichen macht zudem deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und körperlicher Gesundheit nicht alle in die gleiche Richtung zeigen, und ein positives Gesundheitsverhalten nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. Das Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein sowie der Alkoholkonsum sind negativ mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und den körperlichen Be-

Tab. 5.7 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitseinstellungen und Verhaltensweisen, Schweiz (Gamma-öoeffizienten)

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Allg. Gesundheitszustand	-,21	,27	-,06	,23	n.s.	-,27
Lang andauerndes Gesundheitsproblem	-,22	,17	-,14	,22	n.s.	-,20
ö rperliche Beschwerden	-,07	,10	-,11	n.s.	,04	-,08
Psych. Ausgeglichenheit	,07	,07	n.s.	-,08	,12	n.s.
ö ontrollüberzeugung	,07	,06	n.s.	-,04	,11	-,04
Einsamkeitsgefühle	n.s.	,06	(-,04)	-,08	,11	-,07
Vertrauenspersonen	n.s.	,15	,16	,12	n.s.	-,09

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'236 <n< 19'698 (CH). Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau (vgl. Kapitel 1.4).

Mit Ausnahme der Koeffizienten in Klammern (95%-Niveau), sind alle dargestellten Koeffizienten auf dem 99%-Niveau signifikant. Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten. Zur Kodierung der einzelnen Variablen vgl. die Tabelle 5.1. und 5.4.

schwerden korreliert. Das heisst: Personen, die sich körperlich nicht vollständig gesund fühlen und die seit über einem Jahr von Beschwerden geplagt werden, leben eher gesundheitsorientiert, achten vermehrt auf die Ernährung und haben einen geringeren Alkoholkonsum als Personen, die sich einer (sehr) guten Gesundheit erfreuen. Obwohl die dargestellten Korrelationskoeffizienten keine Hinweise auf die Kausalität der Beziehungen enthalten, kann der negative Zusammenhang wohl damit erklärt werden, dass die gesundheitlichen Probleme und die physischen Beschwerden zu einem ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein geführt haben dürften.

Genau der gegenteilige Befund ergibt sich mit Blick auf das Bewegungsverhalten und den Body Mass Index. Die körperlich inaktiven und die übergewichtigen Personen haben häufiger einen weniger guten Gesundheitszustand und mehr Beschwerden als die normalgewichtigen und körperlich aktiven. Auch in diesem Fall lassen sich über Ursachen und Folgen nur Vermutungen anstellen. Inwieweit die gesundheitlichen Probleme und körperlichen Beschwerden eine Folge von Bewegungsmangel und Übergewicht sind, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beurteilen, nur generell feststellen, dass körperliche Aktivitäten und Normalgewicht mit einem guten Gesundheitszustand einhergehen.

Dank der hohen Anzahl an befragten Personen lässt sich aber – zumindest auf schweizerischer Ebene – bestimmen, in welchem Masse die genannten Zusammenhänge von Alters- und Geschlechtseffekten überlagert werden. Abbildung 5.8 zeigt, dass es in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen noch keinen Zusammen-

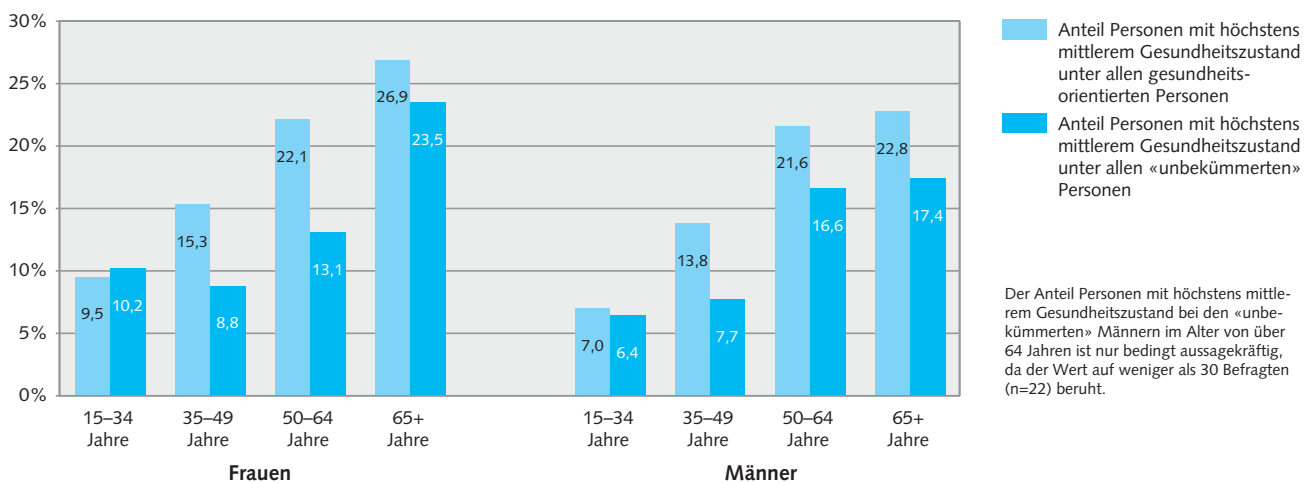
hang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein gibt. In allen anderen Altersgruppen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Anteil an Personen, denen es gesundheitlich nicht gut geht, unter den gesundheitsorientierten Personen höher als unter den Personen, die leben, ohne sich gross um gesundheitliche Folgen zu kümmern. Dieser Befund spricht für die These, dass gesundheitliche Probleme mit der Zeit zu einem ausgeprägteren Gesundheitsbewusstsein führen können. Dies ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Fall. Ein eindeutiger Geschlechtsunterschied lässt sich nicht feststellen.

Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand zeigt sich in allen Altersgruppen (vgl. Abbildung 5.9). Unabhängig von Alter und Geschlecht schätzen Inaktive ihren Gesundheitszustand häufiger als weniger gut ein als körperlich Aktive. Den grössten Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand finden wir sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in der ältesten Altersgruppe. Bei den über 64-Jährigen hat der Bewegungsmangel nicht nur besonders gravierende Auswirkungen, in dieser Altersgruppe kann angenommen werden, dass ein schlechter Gesundheitszustand Bewegungsaktivitäten auch verunmöglichen kann.

Weniger ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Körpergewicht (vgl. Abbildung 5.10). Während übergewichtige Frauen ihren Gesundheitszustand in allen Altersphasen als weniger gut einschätzen als unter- und normalgewichtige Frauen, zeigt sich dieser Zusammenhang bei den Männern erst in der zweiten Lebenshälfte, und auch dort in weitaus geringerem Masse.

Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.8

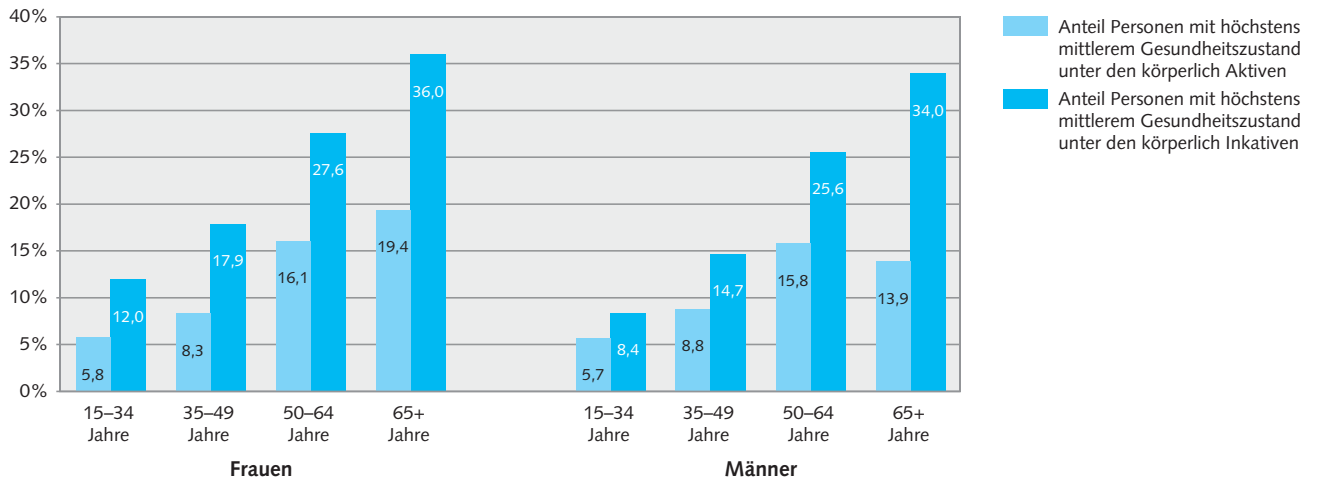


Der Anteil Personen mit höchstens mittlerem Gesundheitszustand bei den «unbekümmerten» Männern im Alter von über 64 Jahren ist nur bedingt aussagekräftig, da der Wert auf weniger als 30 Befragten (n=22) beruht.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=5012.

Gesundheitszustand und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

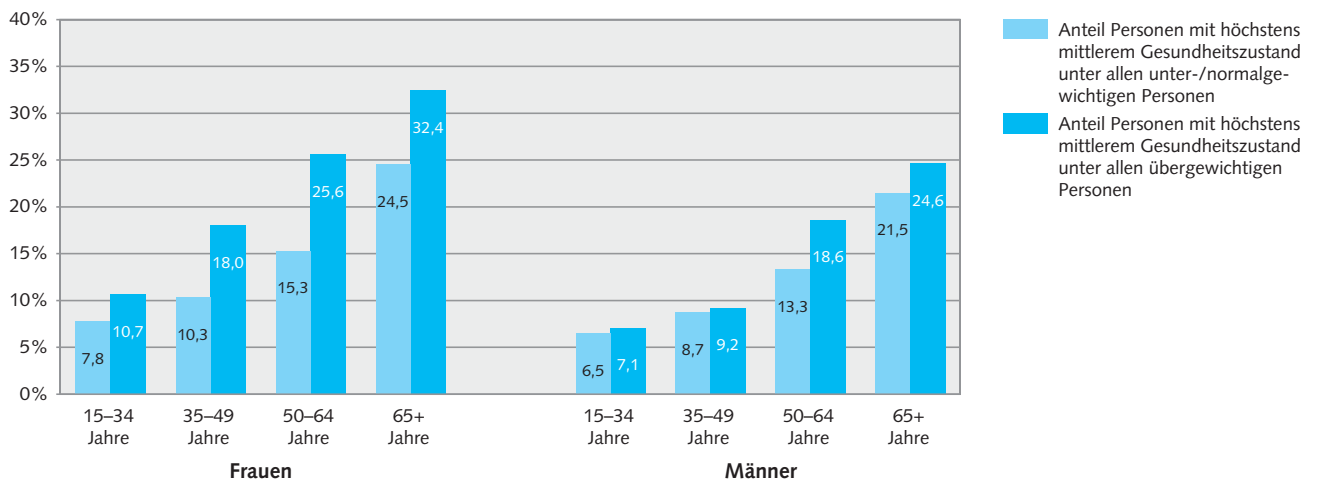
Abb. 5.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'150.

Gesundheitszustand und BMI nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'102.

Auch unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsunterschiede sind die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und psychischer Gesundheit nur gering. Übergewichtige Personen erweisen sich unabhängig von Alter und Geschlecht als psychisch ebenso ausgeglichen wie unter- und normalgewichtige Personen. Dasselbe gilt bezüglich des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins. Einzig mit Blick auf das Bewegungsverhalten lässt sich sagen, dass Aktive psychisch etwas ausgeglichener sind als Inaktive. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei den Frauen und generell bei älteren Personen etwas stärker als bei den Männern und den unter 34-Jährigen.

Für eine weitergehende Einschätzung des Zusammenhangs von Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten betrachten wir abschliessend, inwiefern kumuliertes Wohlbefinden (vgl. Abbildung 5.3) mit den unterschiedlichen Verhaltenstypen (vgl. Abbildung 5.7) zusammenhängt. Tabelle 5.8 zeigt, dass sich die Gesundheitsfördernden etwas häufiger eines multiplen Wohlbefindens erfreuen (d. h. sich sowohl körperlich wie auch psychisch gut fühlen), während ein kumuliertes Unwohlsein unter den Gesundheitsfördernden besonders selten vorkommt. Das umgekehrte Bild zeigt sich beim Risikotyp. Hier kommt ein multiples Wohlbefinden etwas weniger häufig vor, während kumuliertes Unwohlsein leicht über-

Tab. 5.8 Wohlbefinden und Verhaltenstyp, Schweiz (in %)

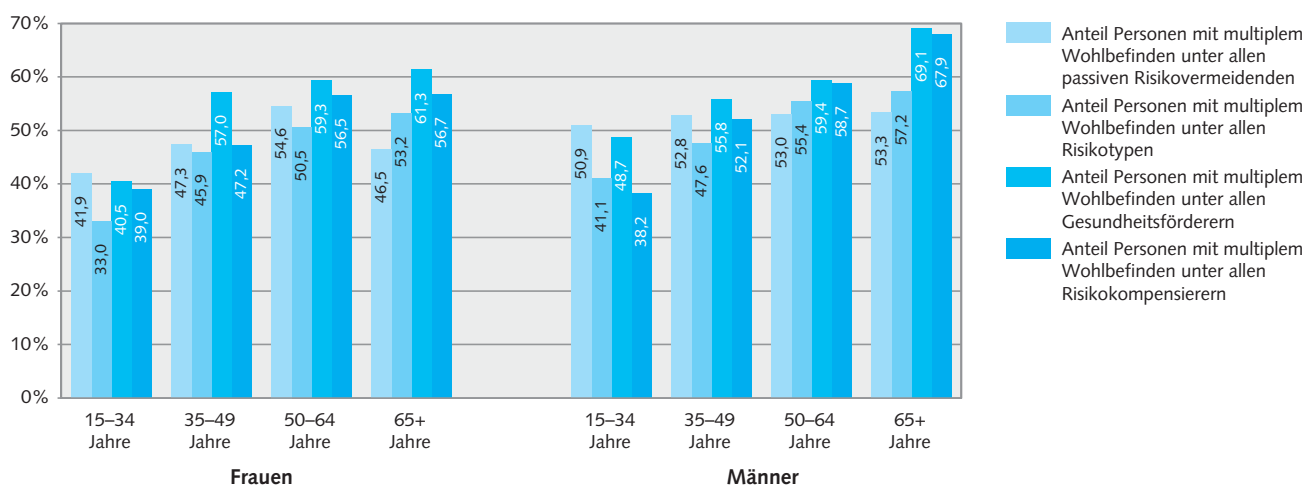
	Passive Risikovermeidende	Risikotyp	Gesundheitsfördernde	Risiko-kompensierende	Alle
Multipl. Wohlbefinden	49,3	46,3	54,7	48,2	50,6
Nur körperlich Gesunde	32,8	39,4	35,5	41,2	36,4
Nur psychisch Gesunde	6,3	4,3	3,5	2,8	4,3
kumuliertes Unwohlbefinden	11,5	9,9	6,3	7,7	8,7
Alle	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 18'221 (CH).

Kontingenzkoeffizient CC (zwischen kumuliertem Wohlbefinden und Verhaltenstyp auf der Basis ungewichteter Daten) = 11 (auf 99%-Niveau signifikant).

Wohlbefinden und Verhaltenstyp nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'221.

durchschnittlich auftritt. Am häufigsten finden wir ein kumuliertes Unwohlbefinden aber nicht unter den Risikotypen, sondern unter den passiven Risikovermeidenden. Letztere sind gleichzeitig auch in der Gruppe der nur psychisch Gesunden übervertreten. Die genannten Abweichungen vom Durchschnitt sind aber nicht besonders stark. Auch unter den Risikotypen treffen wir am häufigsten auf ein multiples Wohlbefinden, während kumuliertes Unwohlbefinden nur selten vorkommt.

Die zusätzliche Differenzierung nach Alter und Geschlecht macht deutlich, dass unabhängig vom Verhaltenstyp das multiple Wohlbefinden in älteren Jahren verbreiteter ist als in jüngeren Jahren (vgl. Abbildung 5.11). Einzig bei den passiven Risikovermeidenden lässt sich dieser Anstieg des Wohlbefindens nicht beobachten. Unabhängig von Alter und Geschlecht ist ein multiples Wohlbefinden unter den Gesundheitsfördernden häufiger anzutreffen als unter den Risikotypen. Auch mit den komplexeren Typenbildungen und unter Berücksichtigung

von Alter und Geschlechtsunterschieden wird somit deutlich, dass es zwar plausible Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand gibt. Die Zusammenhänge sind aber nicht sehr ausgeprägt, und es lassen sich keine einfachen Beziehungen finden im Sinne von: je gesundheitsbewusster das Verhalten, desto besser der Gesundheitszustand. Das Gesundheitsverhalten wirkt sich einerseits auf die Gesundheit aus, andererseits beeinflusst der aktuelle Gesundheitszustand auch das Gesundheitsverhalten. Gleichzeitig wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von einer Reihe anderer Faktoren beeinflusst, zu denen auch die in den Abschnitten 5.1 und 5.2 dargestellten soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmale gehören.

5.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie die verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen miteinander in Beziehung gesetzt.

Mit Blick auf die drei Dimensionen von Gesundheit – körperliche, psychische und soziale Gesundheit – fallen zunächst die starken Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren innerhalb einer einzelnen Dimension auf. Personen, die sich allgemein gut fühlen, leiden weniger an lang andauernden Beschwerden, und Personen, die sich psychisch ausgeglichen fühlen, gehen eher davon aus, den Verlauf ihres Lebens beeinflussen zu können. Deutlich schwächer sind dagegen die beiden Indikatoren zur Messung von sozialer Gesundheit korreliert. Eine Vertrauensperson zu haben, schützt also nur sehr bedingt vor Einsamkeitsgefühlen.

Zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit existiert eine recht enge Beziehung. Wer sich körperlich gut fühlt, dem geht es in der Regel auch psychisch besser und umgekehrt. Diese Beziehung ist aber keineswegs deterministisch: Lang andauernde körperliche Beschwerden müssen nicht zwingend mit einer schlechteren psychischen Ausgeglichenheit einhergehen und trotz eines psychischen Leidens kann der allgemeine Gesundheitszustand als gut eingeschätzt werden. Die relative Unabhängigkeit der verschiedenen Gesundheitsdimensionen zeigt sich auch daran, dass sich das körperliche und soziale Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, während die psychische Ausgeglichenheit als besser wahrgenommen wird.

Vor diesem Hintergrund wurde der Frage nachgegangen, inwiefern es zu einer Kumulation von gutem bzw. schlechtem körperlichen und psychischen Wohlbefinden kommt und welche Personengruppen von diesen Kumulationen besonders betroffen sind. Dabei wird deutlich, dass sich die Hälfte der Berner Bevölkerung eines «multiples Wohlbefindens» erfreut (d. h. sich sowohl psychisch als auch physisch gut fühlt), während weniger als jeder Zehnte unter kumulierten Unwohlbefinden leidet. Körperlich gesund, aber psychisch schlecht fühlt sich ein gutes Drittel der Bevölkerung, und 4,2% der Bernerinnen und Bernern geht es zwar psychisch gut, sie fühlen sich aber körperlich schlecht.

Sowohl ein multiples Wohlbefinden als auch ein kumuliertes Unwohlbefinden ist in den höheren Altersgruppen klar häufiger anzutreffen als in jüngeren Jahren. Jüngere Leute fühlen sich besonders häufig körperlich, nicht aber psychisch gesund. Neben dem Alter sind auch hö-

heres Einkommen, mehr Bildung und Schweizer Nationalität sowie Abwesenheit chronischer Beschwerden förderlich für ein multiples Wohlbefinden, während ein tieferer Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus die Chance erhöht, an kumuliertem Unwohlsein zu leiden.

Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens erweisen sich als schwächer und weniger einheitlich als diejenigen beim Gesundheitszustand. Berücksichtigt man, dass die Zusammenhänge durch Alters- und Geschlechterunterschiede überlagert werden, so lassen sich gleichwohl einige bemerkenswerte Beziehungen erkennen. Das Bewegungsverhalten erweist sich dabei als eigentlich Schlüsselvariable: Wer sich bewegt, achtet auch sonst mehr auf seine Gesundheit und sein Ernährungsverhalten, gehört eher zu den Nichtrauchenden und leidet auch weniger an Übergewicht.

Werden die verschiedenen Verhaltensweisen gesamtartig betrachtet, so lassen sich vier verschiedene Gesundheits- bzw. Risikotypen unterscheiden: Gesundheitsfördernde, passive Risikovermeidende, Risikokompensierende und eigentliche Risikotypen. Gesundheitsfördernde sind mehrheitlich gut gebildet und haben ein höheres Einkommen, während beim Risikotyp Männer mittleren Alters, Personen in manuellen Berufen und die ausländische Wohnbevölkerung übervertreten sind. Bei den Risikokompensierenden handelt es sich häufig um jüngere Männer, bei den passiven Risikovermeidenden um ältere Frauen. Im Kanton Bern finden sich etwas weniger Risikotypen und mehr Gesundheitsfördernde als in der Gesamtschweiz.

Ein positives Gesundheitsverhalten geht nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einher. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand sind nicht sehr stark ausgeprägt und zeigen auch nicht in die gleiche Richtung. Personen, die sich körperlich nicht oder nur bedingt eines guten Gesundheitszustandes erfreuen, leben eher etwas gesundheitsbewusster, achten vermehrt auf die Ernährung und haben einen geringeren Alkoholkonsum. Umgekehrt gehen körperliche Aktivitäten und Normalgewicht mit einem guten Gesundheitszustand einher. Der Gesundheitszustand beeinflusst also einerseits das Gesundheitsbewusstsein, andererseits wirkt sich ein gesundheitsbewusstes Verhalten positiv auf den Gesundheitszustand aus.

6 Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher von 11 bis 20 Jahren: ausgewählte Resultate aus den Studien HBSC und SMASH²⁵

Das Jugendalter steht für den Aufbruch zu neuen Horizon-ten: Es gilt, eine eigene Identität zu entwickeln, eine Berufswahl zu treffen, die Sexualität zu entdecken oder sich von den Eltern abzulösen. Entsprechend spielt das Entdeckungsverhalten eine wichtige Rolle. Das kann mit gewissen Risiken und gesundheitlichen Problemen verbunden sein (z.B. Unfälle). Andererseits ist das Jugendalter auch eine Lebensphase, in der Gewohnheiten angenommen werden, welche für die künftige Gesundheit von Bedeutung sind (z.B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Suchtmittelkonsum etc.). Selbstverständlich sind für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen auch die Bedingungen ihres persönlichen und gesellschaftlichen Umfelds von grosser Bedeutung (Situation in Familie und Ausbildung, wirtschaftliche Rahmenbedingungen etc.).

6.1 Studien zur Gesundheit der Jugendlichen von 11 bis 20 Jahren

2002 wurden zwei nationale Studien zur Erfassung der Gesundheit von Jugendlichen durchgeführt und vom Bundesamt für Gesundheit und den Kantonen finanziell unterstützt. Die beiden Studien HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) und SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) geben ein aktuelles Bild des gegenwärtigen Gesundheitszustandes und der Bedürfnisse Jugendlicher im Alter zwischen 11 und 20 Jahren, die eine Ausbildung absolvieren.

Beide Befragungen wurden mittels selbst im Klassenverband ausgefülltem Fragebogen im Frühjahr 2002 durchgeführt. Zur Art der Stichprobenziehung sowie zur Repräsentativität der beiden Studien verweisen wir auf den technischen Teil am Schluss des Berichts. Wichtig zu wissen ist in diesem Zusammenhang, dass die Berner Stichproben in beiden Studien etwas von den gesamtschweizerischen Stichproben abweichen, was die Altersverteilung, den Anteil der Lehrlinge und Schüler sowie das

Verhältnis von Schweizern zu Angehörigen ausländischer Nationalität angeht. Letztere Differenz entspricht dem geringeren Ausländeranteil des Kantons Bern im Vergleich zur Schweiz (vgl. dazu den Steckbrief des Kantons).

Die meisten Ergebnisse wurden jeweils nach Altersgruppen getrennt dargestellt. Die oben aufgeführten Unterschiede müssen bei Vergleichen zu den gesamtschweizerischen Ergebnissen berücksichtigt werden.

Drei Hinweise zum Verständnis der Lektüre:

- Wo nicht explizit anders erwähnt, sind die Berner Daten dokumentiert. Die gesamtschweizerischen Resultate sind nur dort erwähnt, wo die Abweichung mehr als 3% beträgt.
- Angaben zu den 11- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen beziehen sich auf die HBSC-Studie, Angaben zu den 16- bis 20-jährigen Jugendlichen auf die SMASH Studie.
- Die angegebenen Prozentzahlen entsprechen ausnahmslos den Angaben der Befragten.

6.2 Befindlichkeit, Ernährung und körperliche Aktivität

Die meisten fühlen sich gesund, aber verschiedene Beschwerden sind verbreitet

Die Mehrheit der Befragten aller Altersstufen (über 90%) schätzt den eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut ein. Dennoch klagen recht viele Befragte über verschiedene Beschwerden (Abbildung 1). An erster Stelle stehen Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schlafstörungen, d. h. Beschwerden, die im Zusammenhang mit Stress, mit körperlichen Veränderungen in der Adoleszenz (z. B. Veränderung Tag-Nacht-Rhythmus) oder mit dem Lebensstil stehen können. Der Anteil der 16- bis 20-jährigen Bernerinnen und Berner, die über häufige Schlafprobleme klagen, liegt etwas tiefer als gesamtschweizerisch, ansonsten sind die Resultate mit den nationalen Zahlen vergleichbar.

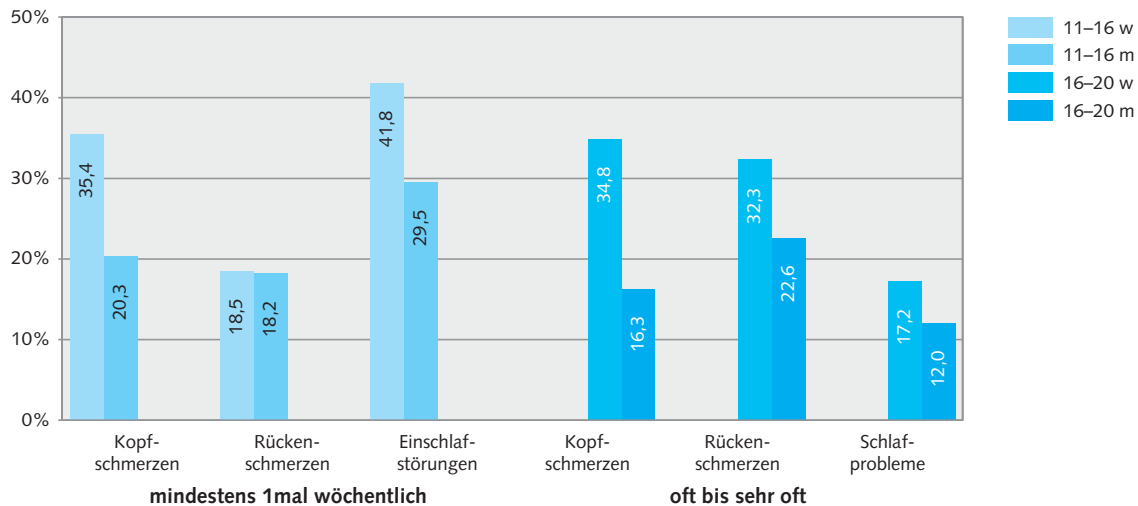
²⁵ Autor/innen: Annemarie Tschumper-Würsten, Andrea Bütikofer, Françoise D. Alsaker und die Forschenden der Studien «SMASH 2002» und «HBSC 2002», Institut für Psychologie, Universität Bern, Dezember 2004

Tab. 6.1 Steckbrief der beiden Schülerstudien

HBSC-Studie	SMASH-Studie
Sie wird seit 1986 alle 4 Jahre unter der Leitung der WHO in 36 Ländern durchgeführt.	Die nationale Studie wurde erstmals 1993 durchgeführt.
Teilnehmende: 10'115 Jugendliche	Teilnehmende: 7428 Jugendliche
Verantwortlich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen, Lausanne	Verantwortlich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne, Institut für Psychologie, Universität Bern, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Kanton Tessin
Altersgruppen: 11–16-Jährige	Altersgruppen: 16–20-Jährige
Schultyp: obligatorische Schule, ganze Schweiz	Schultyp: öffentliche Mittel- oder Berufsschulen aus 19 Kantonen

Anteil der Berner Befragten, die über häufige Beschwerden klagen

Abb. 6.1



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

In der Studie SMASH wurde auch nach körperlichen Behinderungen²⁶ und chronischen Krankheiten²⁷ gefragt. Von den 16- bis 20-jährigen Befragten, die alle eine nachobligatorische Ausbildung absolvieren, leiden im Kanton Bern je 5% an einer körperlichen Behinderung und 4% unter einer chronischen Krankheit.

Unfälle betreffen jüngere Jugendliche und Lehrlinge besonders häufig

Seit 1998 ist der Anteil 11- bis 16-Jähriger mit mindestens einem Unfall im letzten Jahr angestiegen (vgl. Abbildung 6.2). Bei den 16- bis 20-Jährigen sind seit 1993 sowohl die Sport- als auch die Arbeitsunfälle zurückgegangen. Unverändert sind bei ihnen leider die Verkehrsunfälle²⁸, die in den meisten Industrieländern häufigste Todesursache im Jugendalter sind. Gesamtschweizerisch zeigt sich, dass mehr Lehrlinge von Verkehrsunfällen be-

troffen sind als Schülerinnen und Schüler. Zwischen den Resultaten des Kantons Bern und der ganzen Schweiz bestehen 2002 keine wesentlichen Unterschiede.

Dass die Konsequenzen von Unfällen nicht unerheblich sind, zeigen die Resultate der 16- bis 20-Jährigen: 6% (CH 9%) der weiblichen und 4% der männlichen Befragten im Kanton Bern geben an, unter körperlichen Folgen²⁹ eines Unfalls zu leiden. Unter psychischen Folgen³⁰ leiden 11% der weiblichen und 5% der männlichen Befragten (wie CH). Aufgrund der Daten bleibt offen, ob Mädchen tatsächlich häufiger Konsequenzen von Unfällen erleiden, ob sie offener über Folgen berichten, oder ob sie diese anders erleben.

Lärmtraumata sollen als eine Art weitere «Unfälle» hier erwähnt sein: Immerhin 34% der 16- bis 20-jährigen Bernerinnen und Berner erlitten im letzten Jahr ein Lärmtrauma, am häufigsten im Zusammenhang mit einem Konzert oder Discobesuch, 1% (w.) und 5% (m.) klagen über bleibende Hörprobleme.

²⁶ Im Fragebogen SMASH 2002 definiert als «...eine Schädigung, welche die Unversehrtheit oder die Funktionsfähigkeit Ihres Körpers in irgendeiner Weise einschränkt».

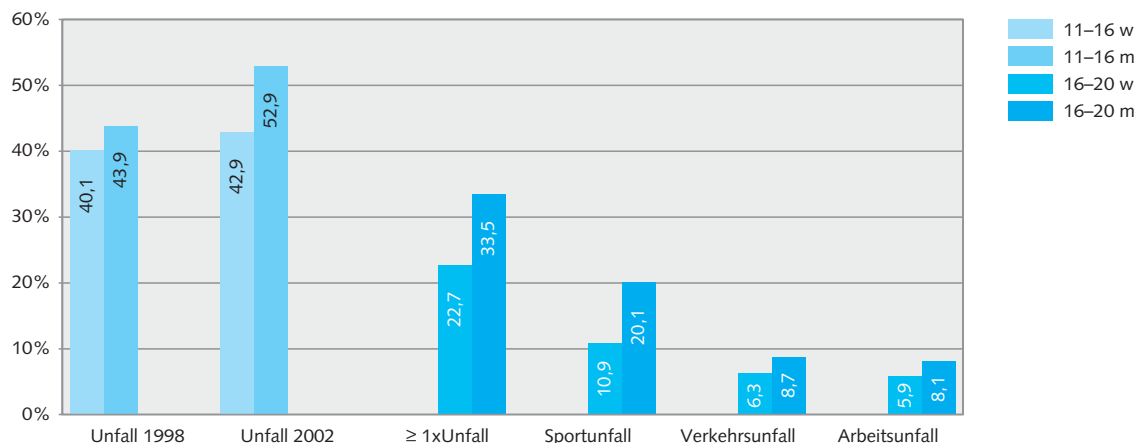
²⁷ Im Fragebogen SMASH 2002 definiert als «... eine Krankheit, die lange andauert (mind. 6 Monate) und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann (z. B. Diabetes, Skoliose, etc.)».

²⁸ Narring et al. (2004)

²⁹ Im Fragebogen SMASH 2002 definiert als «Sie können alltägliche Dinge nicht mehr ohne Hilfe verrichten».

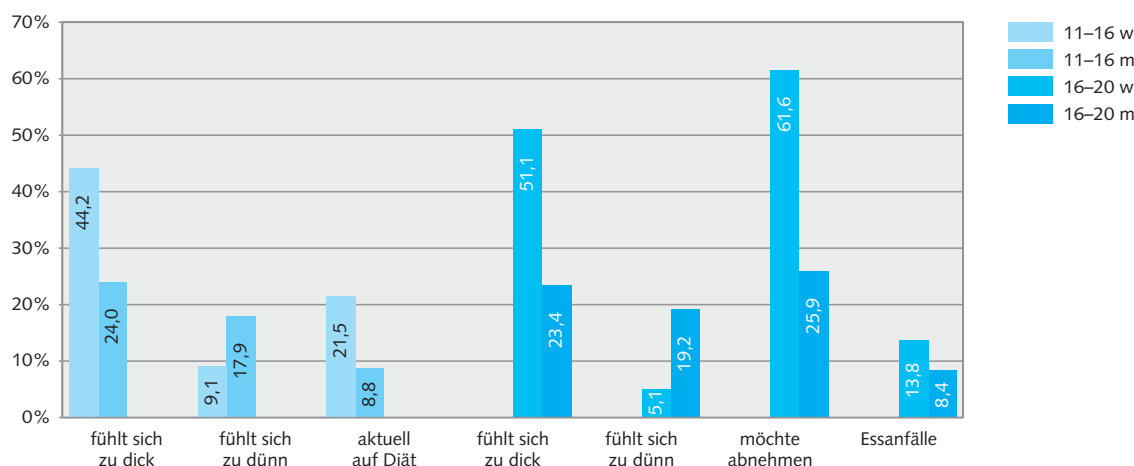
³⁰ Im Fragebogen SMASH 2002 definiert als «Veränderungen Ihres Verhaltens, Ängste, Konzentrationsstörungen etc.».

Anteil der Berner Befragten, die über einen Unfall im letzten Jahr berichten Abb. 6.2



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragungen 1998 und 2002; Befragte Kanton Bern (1998 n=1195, 2002 n=1426); SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

Anteil der Berner Kinder und Jugendlichen, die verschiedene Angaben zu ihrem Körper und zu problematischem Essverhalten machen Abb. 6.3



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

Körperbild: schwer erreichbare Ideale fordern ihren Tribut

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper hat zugenommen. Gesamtschweizerisch fühlen sich 53% der 16- bis 20-jährigen Mädchen zu dick (CH 1993: 37%). Auch mehr männliche Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren fühlen sich zu dick oder zu dünn als 1993. Damals fühlten sich 12% der männlichen Befragten zu dick, 8% zu dünn; 2002 sind es 20% und 21%. Bei den 16- bis 20-Jährigen möchten 62% der Bernerinnen und 26% der Berner abnehmen. 14% der Bernerinnen und 8% der Berner geben mindestens wöchentliche Essanfälle an, die vermutlich mindestens teilweise als Folge einer ungenügenden Nahrungszufuhr auftreten.

Während sich bei den 11- bis 16-jährigen mehr Bernerinnen zu dick fühlen und auf Diät sind als im schweizeri-

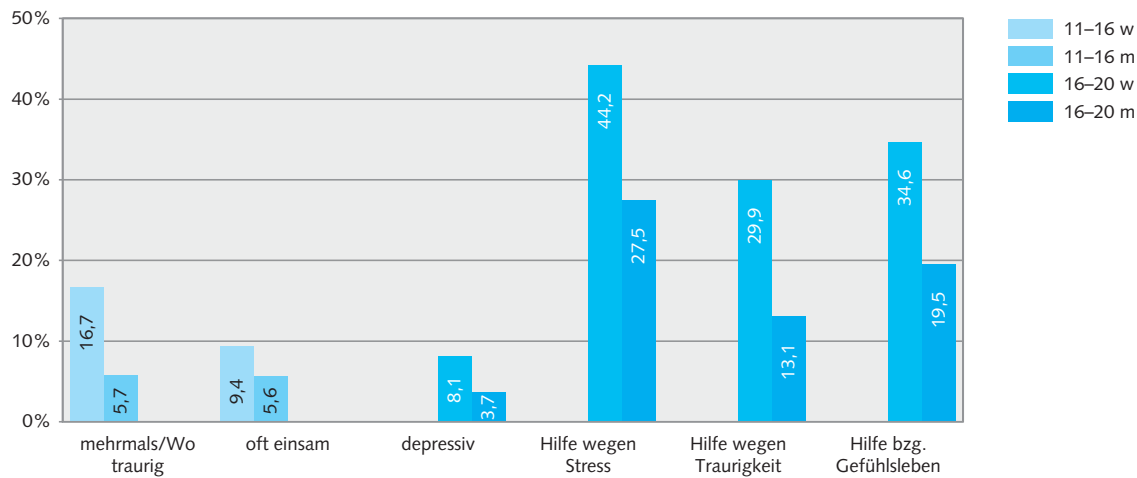
schen Durchschnitt, möchten bei den älteren Mädchen etwas weniger Bernerinnen abnehmen (62% BE, 70% CH). Erstaunlich ist, dass 2002 weniger 16- bis 20-jährige Bernerinnen abnehmen wollen (62%) als 1993 (68%). Gesamtschweizerisch ist die Entwicklung umgekehrt. Könnte es sein, dass hier die Präventionsmassnahmen der letzten Jahre doch eine Wirkung zeigen?

Mädchen sind häufiger traurig, deprimiert oder einsam als Jungen

Neben der körperlichen Gesundheit ist gerade bei Jugendlichen die psychische Gesundheit ein wichtiges Thema. In diesem Abschnitt wird auf die emotionale Befindlichkeit und die Suizid-Problematik eingegangen.

Anteil der Berner Kinder und Jugendlichen, die über psychische Belastungen berichten

Abb. 6.4



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

Knapp jedes fünfte 11- bis 16-jährige Mädchen aus dem Kanton Bern ist mehrmals pro Woche traurig. Bei den 16- bis 20-jährigen Mädchen sagt knapp jedes dritte, dass es Hilfe wegen seiner Traurigkeit brauche.

Dass Mädchen jeden Alters öfter als die gleichaltrigen Jungen von Symptomen depressiver Verstimmung berichten, steht im Einklang mit den Befunden von Studien³¹ auch aus anderen Kulturkreisen³². Gesamtschweizerisch sind weibliche Lehrlinge (11%) stärker betroffen als Schülerinnen (8%) und männliche Lehrlinge (6%) öfter als Schüler (3%).

Im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Resultaten geben etwas weniger 16- bis 20-jährige Bernerinnen und Berner einen Hilfsbedarf wegen Stress oder Traurigkeit an. Auch ist ein etwas kleinerer Anteil von ihnen deprimiert (CH: 10% w., 6% m.).

Zu viele Suizidversuche geschehen unbemerkt

Suizid korreliert stark mit psychischer Gesundheit und ist nach den Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache in der Adoleszenz. Suizidgedanken sind in dieser Lebensphase nicht selten. Bei den 16- bis 20-Jährigen geben 18% der Bernerinnen und 12% der Berner an, in den vergangenen 12 Monaten an Selbstmord gedacht zu haben; das sind etwas weniger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (w. 21%, m. 15%). Bei den 14- bis 16-Jährigen geben 35% der Bernerinnen und 19% der Berner an, schon einmal im Leben Suizidgedanken gehabt zu haben. 6,8% der 16- bis 20-jährigen und 2,6%

der 14- bis 16-jährigen Bernerinnen³³ bzw. 2,5% der älteren und 1,5% der jüngeren Berner haben schon einmal einen Suizidversuch gemacht. Bei den 16- bis 20-Jährigen berichten gesamtschweizerisch nur ein Drittel der Betroffenen, dass sie mit jemandem über ihren Suizidversuch sprechen konnten. Nur von einer Minderheit wurde eine Fachperson konsultiert. Männliche Betroffene finden hier besonders schlecht Zugang zu fachlicher Betreuung: Nur 3% von ihnen wurden ärztlich, 4% psychologisch betreut (w. 8% und 27%)³⁴. Es ist bekannt, dass ein Suizidversuch ein wichtiger Risikofaktor für einen (vollzogenen) Suizid ist; deshalb geben diese Zahlen Anlass zu Sorge.

Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten: Die Energiebalance stimmt immer weniger

Während bei den 11- bis 16-Jährigen noch eine Mehrheit der Bernerinnen und Berner regelmässig körperlich aktiv ist, nimmt dieser Anteil bei den 16- bis 20-Jährigen ab. Nur noch die Hälfte der Bernerinnen und drei Viertel der Berner bewegen sich mindestens dreimal pro Woche so, dass sie ins Schwitzen oder Schnaufen geraten. Dies entspricht einer minimalen Empfehlung bezüglich Gesundheit und Fitness. Immerhin sind im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt etwas mehr Bernerinnen und Berner körperlich oder sportlich aktiv. Vor allem die fehlende Zeit oder andere Präferenzen in der Freizeitgestaltung nennen ältere Jugendliche als Gründe dafür, dass sie ihre sportlichen Aktivitäten aufgegeben haben.

³¹ Steinhausen & Winkler Metzke, 2000

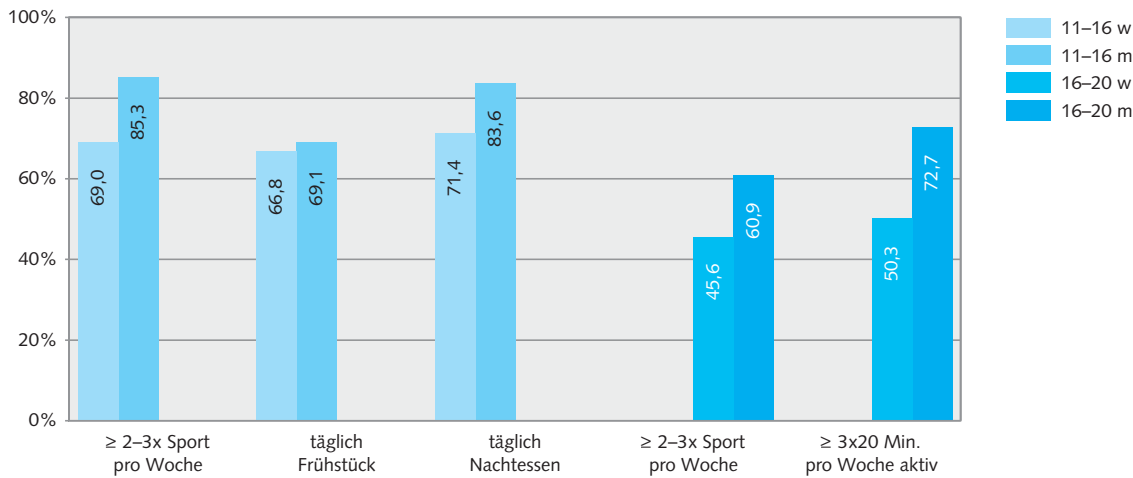
³² z.B.: Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993

³³ HBSC: Nur die 14- bis 16-Jährigen wurden zu Suizid befragt

³⁴ Die Berner Zahlen sind hier zu klein für Prozentangaben.

Anteil der Berner Kinder und Jugendlichen, die über verschiedene Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten berichten

Abb. 6.5



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

Mit steigendem Alter lassen immer mehr Jugendliche vollständige Mahlzeiten aus. Der Anteil befragter Bernerinnen, die täglich frühstücken, geht von 60% bei den 11-jährigen auf 44% bei den 16-jährigen zurück. 92% der 11-jährigen und nur noch 60% der 16-jährigen Bernerinnen essen täglich abends eine *richtige* Mahlzeit. Wenn nach der obligatorischen Schulzeit aufgrund kurzer Pausen und langer Arbeitswege auch das Mittagessen öfter ausgelassen wird, muss befürchtet werden, dass für immer mehr Jugendliche vollständige Mahlzeiten in der Woche zur Ausnahme werden. Snacks entsprechen als Mahlzeitenersatz zwar gut dem Lebensstil, aber meist nicht dem tatsächlichen Nährstoffbedarf. Energiezufuhr und -verbrauch geraten zusätzlich aus dem Gleichgewicht.

Dass die Energiebalance immer weniger stimmt, zeigen die im folgenden Exkurs vorgestellten Daten zum Übergewicht.

6.3 Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – ein wachsendes Gesundheitsrisiko³⁵

Betrachtet man die gesamte Bevölkerung des Kantons Bern, dann ist Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) vor allem bei der älteren Bevölkerung weit verbreitet. Aber schon im Kindergartenalter sind 12% der Kinder in der Stadt Bern übergewichtig. Bei den 15-Jährigen sind es bereits 18%.

³⁵ Autorin Kapitel 6.3: Dr. phil. N. Bachmann, Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Kanton Bern.

Besorgnis erregende Entwicklung

Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnete kürzlich die in westlichen, aber auch in Schwellenländern zu beobachtende Zunahme an übergewichtigen und fettleibigen Kindern als Besorgnis erregende Epidemie (The Lancet, 2001). Übergewicht in diesem Alter ist nicht nur ein ästhetisches Problem, sondern ist mit teils schwerwiegenden Folgeschäden verbunden. Ist man früher davon ausgegangen, dass diese Belastung erst im Erwachsenenalter schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit habe, werden neu bereits im Kindesalter Schäden und Krankheiten des Bewegungsapparats, des Stoffwechsels, des Hormonsystems sowie des Herz-Kreislauf-Systems festgestellt (Wabitsch, 2004; Weiss et al., 2004). Insbesondere wird seit Mitte der 90er Jahre eine starke Zunahme des mit Übergewicht verbundenen Diabetes Typ II (Zuckerkrankheit) bei Kindern und Jugendlichen beobachtet (Kapellen et al., 2004).

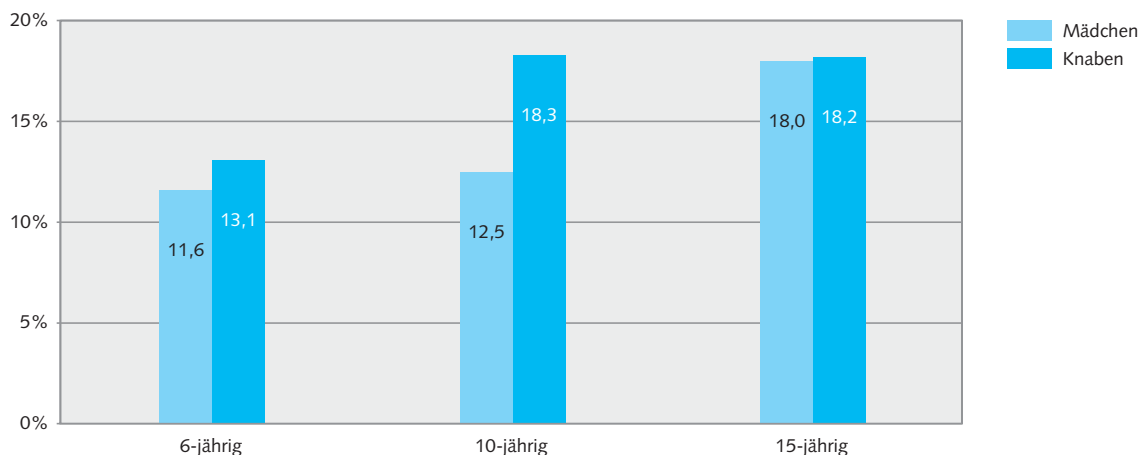
Der BMI als Masseinheit

Wie bei den Erwachsenen wird als Masseinheit für Übergewicht der so genannte Body Mass Index (BMI) verwendet, der das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße setzt (zur Berechnung des BMI und seiner Bedeutung vgl. Kapitel 2). Die Grenzwerte müssen im Kindesalter aber anders definiert werden.

Als übergewichtig wurden in Übereinstimmung mit der heute international anerkannten Methode (Cole, 2000) diejenigen Kinder und Jugendlichen bezeichnet, welche gemäss den empirischen Erfahrungswerten beim

Anteil der übergewichtigen Kinder nach Alter und Geschlecht in der Stadt Bern

Abb. 6.6



Datenquelle: Gesundheitsdienst der Stadt Bern.

Übertritt ins Erwachsenenalter einen BMI haben werden, der über 25 liegt (Grenzwert für Übergewichtigkeit im Erwachsenenalter), resp. über 30 (Grenzwert für Fettleibigkeit im Erwachsenenalter).

Gerade bei Kindern können verlässliche Informationen zur Körpergrösse und Gewicht nur durch objektive Messungen erreicht werden. Wir stützen uns deshalb für diese Analysen nicht auf Befragungen, sondern auf die Messungen, welche direkt von Schulärzten und Schulärztinnen in regelmässigen Abständen im Kindergarten und der 4. sowie 8. Klasse durchgeführt wurden. Leider sind diese Daten im Kanton Bern nur für die Kinder und Jugendlichen der Stadt Bern erhältlich. Erfasst wurden 90% der Kinder in den öffentlichen Kindergärten und Schulen sowie in einzelnen Privatschulen im Schuljahr 2000/2001.

Es zeigt sich, dass zwei Phänomene, welche schon bei den Erwachsenen zu beobachten waren, bereits im Kindesalter existieren: Der Anteil der übergewichtigen Kinder nimmt mit dem Alter zu, und die männliche Bevölkerung ist etwas stärker betroffen.

Soziale Unterschiede bereits im Kindesalter

Auch die im Erwachsenenalter vorhandenen Unterschiede bezüglich des Risikos von Übergewicht nach sozialer Schicht, Bildung und finanziellen Ressourcen (s. Kapitel 2) deuten sich bereits bei den Kindern an: Bei den ausländischen Kinder sowie bei Kindern von Eltern ohne Berufsausbildung ist der Anteil der Übergewichtigen signifikant höher.

In der folgenden Abbildung wird der Unterschied zwischen den Kindern aus Familien mit und ohne Schweizer Pass dargestellt.

Der Anteil der übergewichtigen Kinder hat in den letzten 30 Jahren zugenommen

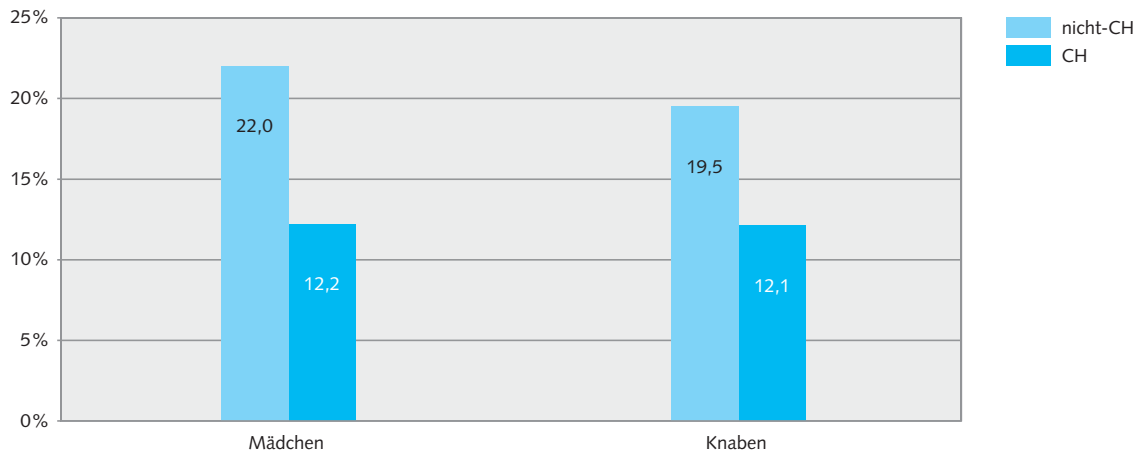
Eine Frage, welche nicht nur die Public Health-Fachleute, sondern zunehmend auch die Öffentlichkeit interessiert, ist, ob die international zu beobachtende Zunahme dieses Gesundheitsproblems auch in unserer Bevölkerung festzustellen ist.

Zur Beantwortung dieser Frage stehen leider nur sehr wenig Datenquellen zur Verfügung. Solche Veränderungen entwickeln sich sehr langsam, deshalb benötigt man Daten über mehrere Jahrzehnte, um sie beobachten zu können. Eine Datenquelle ist die von Prader veröffentlichte Zeitreihe der BMI-Kurven von Kindern mit Schweizer Nationalität aus den Städten Bern, Basel und Zürich zwischen 5 und 16 Jahren, gemessen von 1954 bis 1976 (Prader, 1989). Der Vergleich mit der gleichen Bevölkerungsgruppe im Jahr 2000/2001 zeigte sowohl bei den Mädchen als auch bei den Knaben eine Erhöhung des BMI-Wertes gegenüber früher. Die Differenz ist am grössten bei den männlichen Jugendlichen in der 8. Schulklasse.

10% der männlichen Achtklässler Schweizer Nationalität hatten gemäss Prader einen BMI von 21.5 oder höher; heute haben diese 10% einen BMI-Wert von 25 und höher, sind also deutlich übergewichtiger und damit auch gesundheitsgefährdeter als früher.

Anteil übergewichtiger Knaben und Mädchen nach Bürgerort Schweiz oder Ausland

Abb. 6.7



Datenquelle: Gesundheitsdienst der Stadt Bern.

Ernährung, Freizeit, Mobilität

Warum gibt es immer mehr übergewichtige Kinder und Jugendliche? In der Literatur wird auf Veränderungen im Lebensstil der Kinder und ihrer Familien hingewiesen, welche stark mit einem allgemeinen gesellschaftlichen und kulturellen Wandel verknüpft sind. So hat sich der Ernährungsstil in diesem Zeitraum stark verändert. Kinder und Jugendliche bewegen sich deutlich weniger in ihrer Freizeit, und die Mobilität hat sich ebenfalls gewandelt: Während es früher beispielsweise üblich war, auch lange Schulwege aus eigener Kraft zu bewältigen, werden heute viele Kinder von den Eltern oder einem Schulbus transportiert. Betrachtet man die Ergebnisse der Schülerbefragungen zu den Themen Bewegung und Ernährung, zeigen sich ebenfalls Hinweise darauf, dass im Verlauf der Adoleszenz der Anteil der Kinder und Jugendlichen abnimmt, welche sich genügend bewegen und gesunde Ernährungsgewohnheiten pflegen.

6.4 Konsum von Medikamenten, Tabak, Alkohol und Cannabis

16- bis 20-Jährige konsumieren Medikamente vor allem gegen Schmerzen und Akne

In der SMASH-Studie wurden die Jugendlichen auch zu ihrem Medikamentenkonsum befragt. Die Antworten sind in Tabelle 2 zusammengestellt. Die Prozentanteile entsprechen den gesamtschweizerischen Resultaten. Medikamente werden vor allem gegen Schmerzen eingenommen. Bemerkenswert scheint, dass jede/r zehnte Jugendliche medikamentös und ärztlich verordnet gegen Akne behandelt wird.

Zunahme des Rauchens vor allem bei den jüngsten Jugendlichen und den Lehrlingen

11% der 11-jährigen Bernerinnen und 15% der Berner haben schon einmal geraucht; bei den 16-Jährigen sind es 57% und 63%. In der folgenden Abbildung ist der Anteil der regelmässig Rauchenden dargestellt.

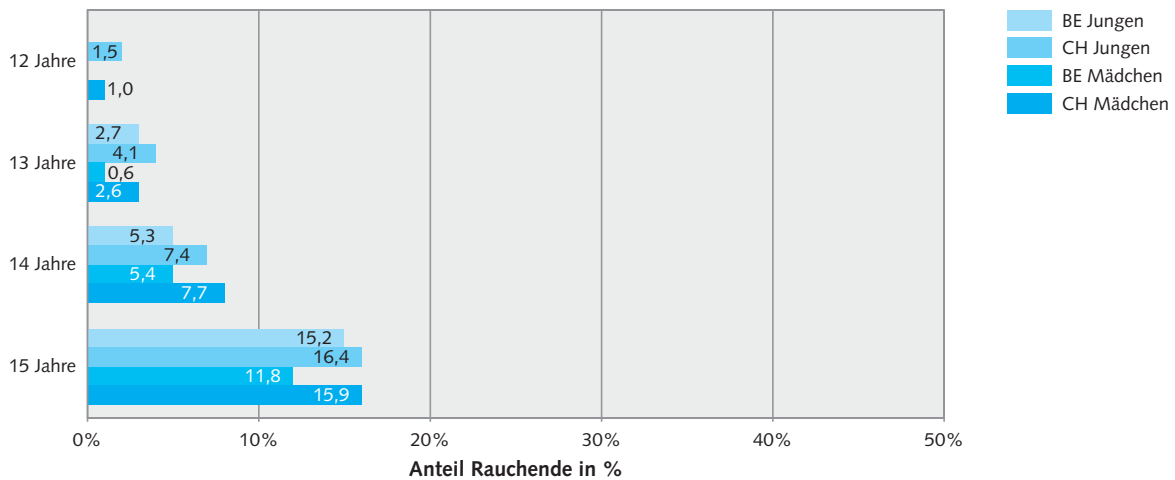
Tab. 6.2 Anteil der 16- bis 20-jährigen Befragten aus dem öanton Bern, die angeben, verschiedene Medikamente mindestens 2 bis 3 Mal monatlich einzunehmen (CH-Zahlen, wo Differenz $\geq 3\%$)

	Ärztlich verordnete Medikamente		Nicht verordnete Medikamente	
	16–20 w	16–20 m	16–20 w	16–20 m
2–3x monatlich				
Schmerzmittel	23%	9%	17%	6%
Akne	10% (CH 15%)	11%	3%	4%
Müdigkeit	3%	1%	3%	1%
Nervosität, Angst	4%	2%	2%	1%
Schlafmittel	2%	1%	1%	1%

Datenquelle: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957

Anteil der 12- bis 15-Jährigen, die regelmässig rauchen, nach Geschlecht

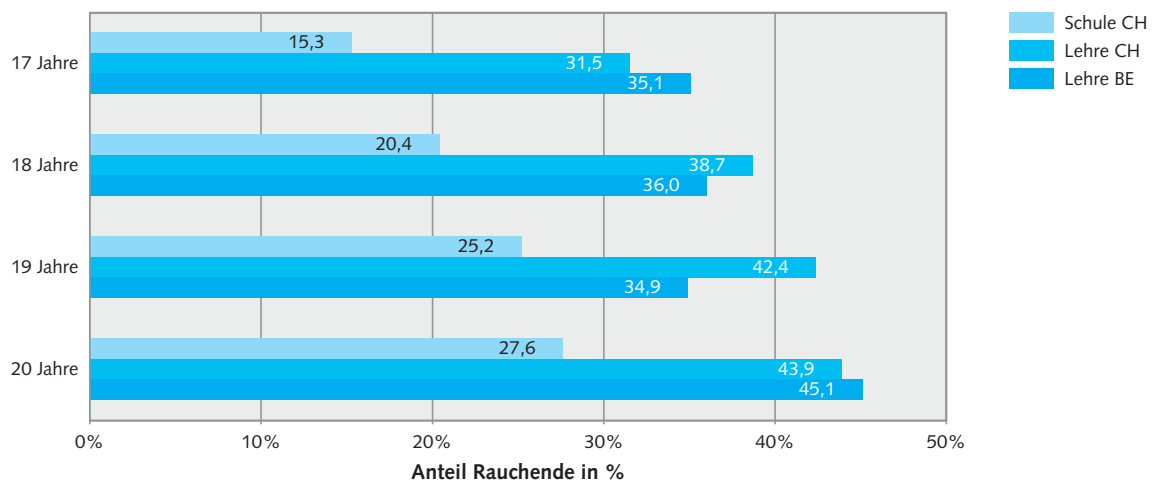
Abb. 6.8



Datenquelle: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; Befragte Schweiz, n=10 115.

Anteil der 17- bis 20-Jährigen, die regelmässig rauchen, nach Ausbildungstyp

Abb. 6.9



Datenquelle: SMASH-Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=987 (Lehrlinge, n=837; Schülerinnen und Schüler, n=120, hier nicht aufgeführt); Befragte Schweiz, n=7428.

Das Rauchen ist stark abhängig von Alter und Ausbildungstyp. Jugendliche, die eine Lehre absolvieren, rauchen deutlich häufiger als Schüler und Schülerinnen. Dagegen sind die Geschlechtsunterschiede klein: Erst bei den 19- und 20-jährigen Befragten rauchen deutlich mehr männliche als weibliche Befragte. Bei den älteren Jugendlichen sind die Zahlen für den Vergleich mit dem Kanton Bern daher *nicht nach Geschlecht, sondern nach Ausbildungstyp* dargestellt. Angaben zu den Berner Schülerinnen und Schülern fehlen, da hier pro Alterskategorie zu wenig Jugendliche befragt wurden.

Trendaussagen für den Kanton Bern sind aufgrund der kleinen Zahlen pro Kategorie schwierig. Gesamtschweizerisch ist Folgendes festzustellen: Der Anteil der Raucher steigt bis zum 20. Altersjahr. Ein bedeutender Anteil der Jugendlichen beginnt also vermutlich auch noch nach der obligatorischen Schule mit dem Rauchen. Das Rauchen hat seit 1993 bei den älteren Jugendlichen, insbesondere bei den Lehrlingen, deutlich zugenommen. Bei den 11- bis 16-Jährigen gibt es seit 1998 eine weitere Zunahme bei den jüngsten Befragten, während bei den 15-Jährigen keine weitere Zunahme zu beobachten ist. Grundsätzlich ähnliche Trends sind für den Kanton Bern zu erwarten. Erfreulich ist, dass im Kanton Bern weniger 13- bis 15-jährige Mädchen rauchen als gesamtschweizerisch.

Zunahme des Alkoholkonsums: Es gibt Missbrauch auf verschiedenen Ebenen

Alkohol ist die von Jugendlichen am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Der Alkoholkonsum ist damit eines der bedeutendsten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Wie das Beispiel des mindestens wöchentlichen Alkoholkonsums in Tabelle 3 zeigt, hat der Konsum bei den Schülern und Schülerinnen von 13 bis 15 Jahren stark zugenommen. Die Ergebnisse bei den älteren Jugendlichen lassen vermuten, dass die Zunahme, insbesondere bei den jungen Frauen, stark auf die Markteinführung der Alcopops-Getränke zurückzuführen ist (Kanton Bern und ganze Schweiz).

Besonders problematisch ist das regelmässige so genannte *binge drinking*³⁶. Von den 16- bis 20-jährigen Befragten geben für die letzten 12 Monate 27% der Bernerinnen und 54% der Berner an, mindestens einmal pro Monat an einem Anlass mindestens fünf alkoholische Standarddrinks eingenommen zu haben. 60% der

Bernerinnen und 82% der Berner (CH:77%) geben an, mindestens schon einmal im Leben betrunken gewesen zu sein. Bei den 11- bis 16-Jährigen berichten bereits 17% der Bernerinnen und 27% der Berner von mindestens einer Trunkenheitsepisode.

Beim Cannabis haben Gelegenheits- und Problemkonsum zugenommen³⁷

Von den 14- bis 16-jährigen HBSC-Befragten geben 33% der Bernerinnen und Berner an, sie würden Cannabis wahrscheinlich oder sicherlich akzeptieren, würde ihnen der Stoff angeboten. 58% der Jungen (CH: 55%) und 48% der Mädchen (CH: 45%) wüssten, woher sie ohne Probleme einen Joint bekommen könnten.

Abbildung 6.10 zeigt bei den Berner Befragten eine Zunahme sowohl des Anteils Jugendlicher, die Cannabis mindestens einmal im Leben konsumiert haben als auch des Anteils derjenigen, die täglich konsumieren. Diese Zahlen entsprechen den gesamtschweizerischen Resultaten.

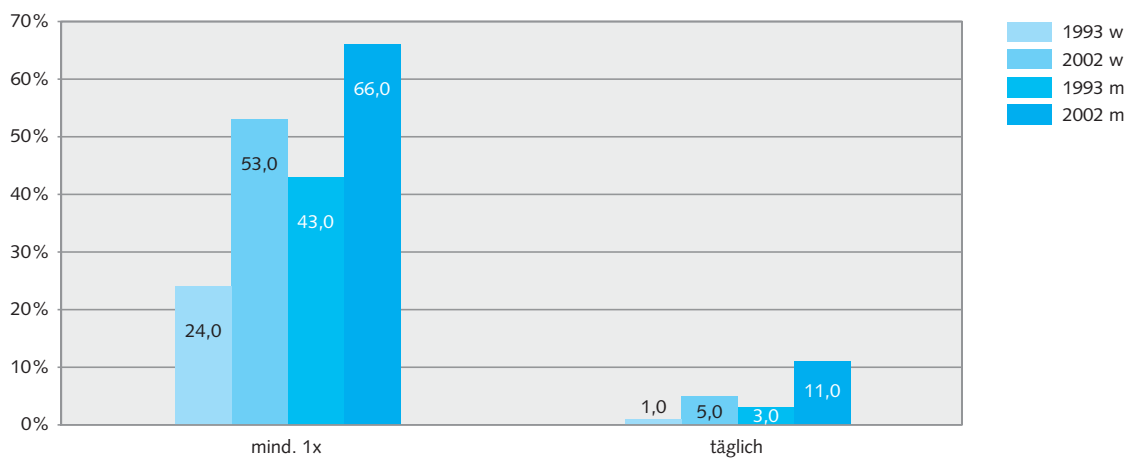
Tab. 6.3 Anteil der 16- bis 20-jährigen Befragten, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumieren

Mindestens wöchentlicher Alkoholkonsum	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	1993	2002	1993	2002
Alkoholkonsum 13- bis 15-Jährige BE	6	11	12	18
<i>–Alkoholkonsum 16-20-Jährige:</i>				
<i>–Alkohol (Bier, Wein, Schnaps) CH</i>	28	28	56	63
Alkohol (Bier, Wein, Schnaps) BE		27		63
<i>–Alkohol inkl. –Alcopops CH</i>		43		68
Alkohol inkl. Alcopops BE		49		71

Datenquelle: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957

Anteil der 16- bis 20-jährigen Berner Befragten, die nach eigenen Angaben schon Cannabis konsumiert haben, oder die täglich konsumieren (1993 vs. 2002)

Abb. 6.10



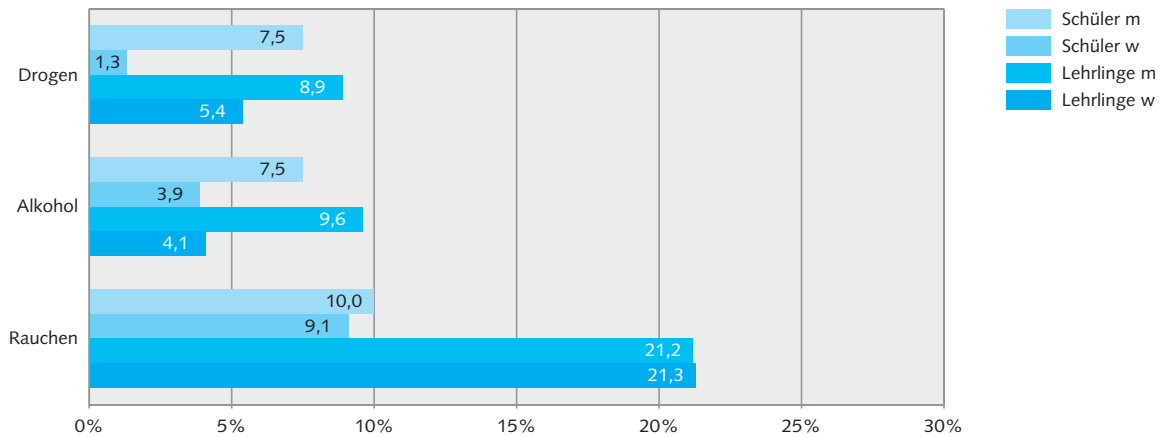
Datenquellen: SMASH-Befragung 1993, Befragte Kanton Bern, n=1005; SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

³⁶ *Binge drinking*: mehr als fünf Standardgetränke auf einmal (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994; Windle, 1996)

³⁷ HBSC: Nur die 14- bis 16-Jährigen wurden zu ihrem Cannabiskonsum befragt

Anteil der Bernerinnen und Berner, die wegen ihres Suchtmittelkonsums Hilfe benötigen, nach Ausbildungstyp

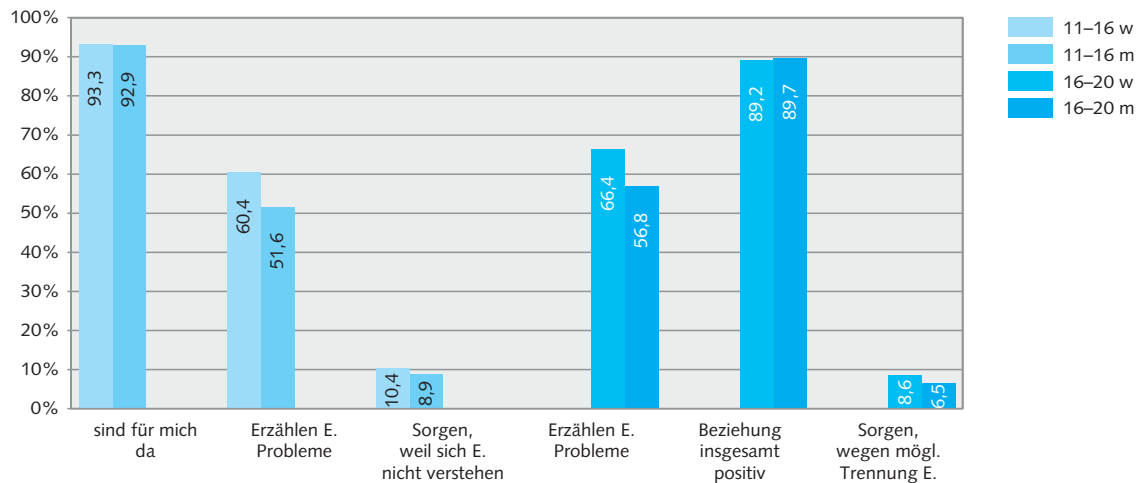
Abb. 6.11



Datenquelle: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=987.

Anteil Berner Befragte, die verschiedene Angaben zu ihren Eltern machen

Abb. 6.12



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

40% der Jugendlichen, die im letzten Monat mindestens zehn Mal Cannabis konsumiert haben, berichten über Probleme in Schule und Ausbildung infolge ihres Drogenkonsums.

Insbesondere bei den Lehrlingen scheint der Suchtmittelkonsum für einen beträchtlichen Anteil der Befragten ein Problem darzustellen: Fast jeder zehnte männliche Lehrling gab an, wegen seines Alkohol- oder Drogenkonsums Hilfe zu benötigen. Gut jeder fünfte Lehrling benötigt Hilfe bezüglich des Rauchens (Abbildung 6.11). Dies sollte die Fachpersonen und insbesondere Ärztinnen und Ärzte ermutigen, dieses Thema viel öfter mit den Jugendlichen aufzugreifen.

6.5 Soziales Umfeld

Die Beziehung zu den Eltern bleibt wichtig

Die Intensität der Beziehung der Kinder zu ihren Eltern nimmt im Verlaufe der Adoleszenz ab, jedoch nicht ihre Wichtigkeit. Jugendliche mit einer vertrauensvollen Beziehung zu den Eltern haben weniger gesundheitliche Probleme. Das zeigen Resultate verschiedener Studien³⁸. Die SMASH-Daten scheinen diesen Befund zu bestätigen³⁹. Erfreulicherweise berichten gesamtschweizerisch wie im Kanton Bern die meisten Jugendlichen über eine gute Beziehung zu ihren Eltern.

³⁸ z. B. Resnick et al. 1997.

³⁹ Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft, Broschüre zu den wichtigsten Resultaten der Studien HBSC und SMASH 2004; S. 11.

Gerade weil die Eltern so wichtig bleiben, sind Konflikte zwischen den Eltern oder die Sorge⁴⁰, dass die Eltern sich trennen könnten, für die Betroffenen sehr belastend (Abbildung 6.12). 4% der 11- bis 16-jährigen Befragten im Kanton Bern geben an, mindestens monatlich geohrfeigt zu werden, 2% werden mindestens monatlich geschlagen. Bei den 16- bis 20-Jährigen sorgen sich 5% der Bernerinnen und 2% der Berner ziemlich bis sehr, weil sie von ihren Eltern geschlagen werden könnten. Die Tabuisierung der innerfamiliären Gewalt verhindert oft, dass diese Jugendlichen die nötige Hilfe bekommen.

Die Berner Befragten beurteilen die Beziehung zu den Lehrpersonen besonders positiv

Die verschiedenen Aspekte der Beziehung zu den Lehrpersonen werden von den älteren Befragten im Kanton Bern wesentlich öfter positiv beurteilt, als dies gesamtschweizerisch der Fall ist. Insbesondere fanden mehr Bernerinnen und Berner, dass ihre Lehrpersonen sich um die Probleme der Schülerinnen und Schüler kümmern (BE 68%, CH 55%) Vielleicht ist das der Grund, dass bei den 11–16-Jährigen etwas weniger Berner Befragte durch die Schule gestresst sind (BE 19%, CH 22%). Bei den 16- bis 20-Jährigen sagen 90% der Bernerinnen und 93% der Berner (CH w. 86%, m. 88%), dass die meisten sich wohl fühlen in ihrer Klasse. 80% der weiblichen und 88% (CH 83%) der männlichen Lehrlinge berichten, dass die meisten sich in ihrem Betrieb oder Arbeitsteam wohl fühlen.

20% der befragten Lehrlinge fühlen sich aber durch mehrere Stressfaktoren (z. B. Zeitdruck, Verantwortung) erheblich belastet. 93% der 16- bis 20-Jährigen sind zuversichtlich, dass sie ihre Ausbildung abschliessen werden (BE 1993: 93%), 96%, dass sie später eine Stelle finden werden (BE 1993: 72% w. und 75% m.!).

Von den 11- bis 16-jährigen Befragten im Kanton Bern finden es 74% der Mädchen und 70% der Jungen (CH 66%) angenehm, in ihre Schule zu gehen. 84% geben an, dass die Schülerinnen und Schüler ihrer Klasse gerne zusammen sind.

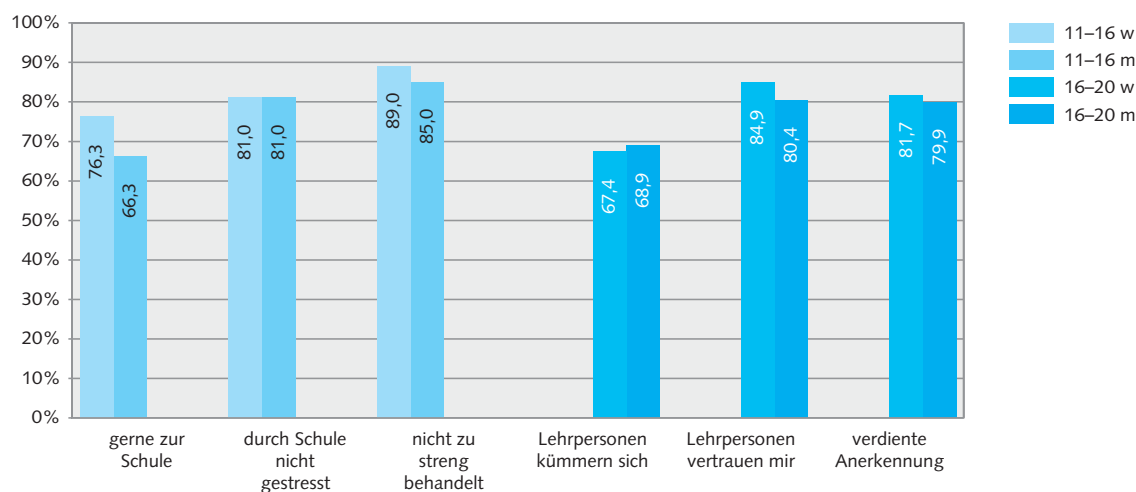
Längsschnitt-Untersuchungen weisen auf einen Zusammenhang zwischen einem guten Schulklima und geringeren gesundheitlichen Belastungen hin⁴¹. Vergleicht man Jugendliche, die das Schulklima positiv beurteilen, mit denjenigen, die ihr Schulklima negativ beurteilen, dann bestätigen die SMASH-Daten diese Befunde. Die Zusammenhänge sind etwas weniger stark als dies für die Elternbeziehung der Fall ist⁴².

Erfahrungen mit Gewalt und ausgeübte Gewalt: Grenzen sind nicht immer respektiert

Erfahrungen mit Gewalt können die Gesundheit und das Befinden der Jugendlichen beeinträchtigen. Jungen sind allgemein öfter Opfer von Übergriffen (Abbildung 6.14).

Von den 11- bis 16-Jährigen berichten 6% der Bernerinnen und 10% der Berner, in den vergangenen paar Monaten in der Schule mindestens einmal pro Woche

Anteil Befragter, die verschiedene Aussagen zur Schule machen Abb. 6.13



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

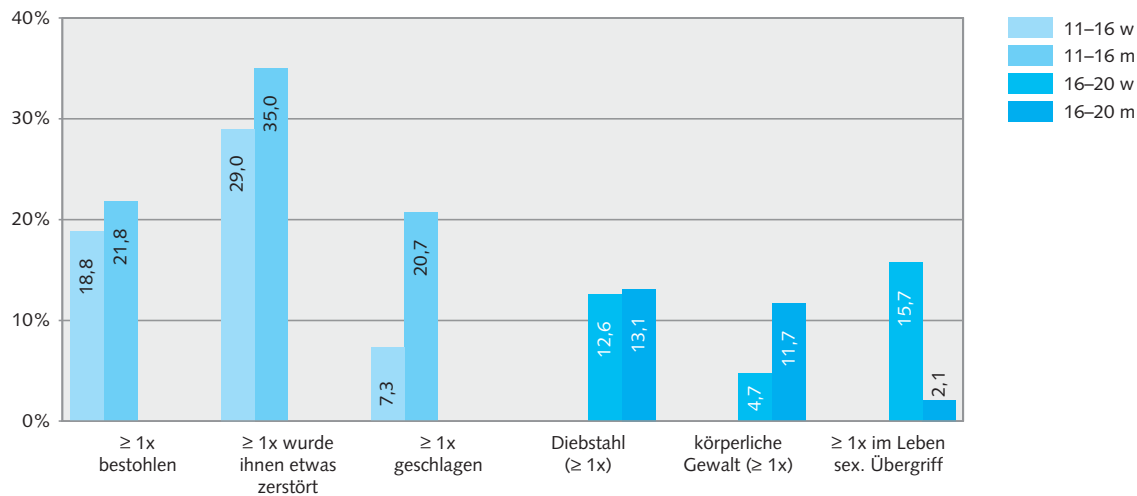
⁴⁰ «Haben manchmal ziemlich bis sehr Angst, dass die Eltern sich trennen könnten».

⁴¹ z. B. Resnick et al. 1997.

⁴² Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft, Broschüre zu den wichtigsten Resultaten der Studien HBSC und SMASH 2004; S. 12.

Anteil der Befragten im Kanton Bern, die in den letzten 12 Monaten verschiedene Übergriffe erlebt haben

Abb. 6.14



Datenquellen: 11- bis 16-Jährige: HBSC Befragung 2002; Befragte Kanton Bern, n=1426; 16- bis 20-Jährige: SMASH-Befragung 2002, Befragte Kanton Bern, n=957.

schikaniert worden zu sein. Bei den 16- bis 20-Jährigen geben 12% der Bernerinnen und 17% der Berner (CH 14%) an, dass sie mindestens wöchentlich verbal angegriffen, 20% der Bernerinnen und 12% der Berner, dass sie wöchentlich ausgeschlossen wurden. Diese systematische Form von Belästigung kann als *Mobbing* bezeichnet werden und einen verheerenden Effekt auf den Selbstwert der Betroffenen haben⁴³. 6% der Mädchen und 15% der Jungen (11 bis 16 Jahre, BE) geben auf der anderen Seite an, in den vergangenen Monaten mindestens einmal pro Woche jemanden schikaniert zu haben.

Jungen sind auch häufiger Täter von strafbaren Handlungen. 15% der 11- bis 16-jährigen und 23% (CH 27%) der 16- bis 20-jährigen Berner haben im letzten Jahr etwas gestohlen. Je 25% haben etwas mutwillig zerstört. Bei den Bernerinnen berichten 7% (11 bis 16 Jahre) und 16% (16 bis 20 Jahre), von einem Diebstahl; 12% und 6% haben etwas mutwillig zerstört. Eine Waffe in die Schule genommen haben 13% der 11- bis 16-jährigen Berner, irgendwo eine Waffe getragen haben 24% der 16- bis 20-jährigen Berner. Zwar begingen drei Viertel der Mädchen und die Hälfte der Jungen in den letzten 12 Monaten keine strafbaren Handlungen; dennoch scheinen die Grenzen nicht für alle Jugendlichen so klar, wie dies zu wünschen wäre.

⁴³ Alsaker, 2003

6.6 Zusammenfassung

Die überwiegende Mehrheit der befragten Jugendlichen schätzt die eigene Gesundheit als gut bis ausgezeichnet ein. Dieses a priori positive Bild muss angesichts der Tatsache relativiert werden, dass in den beiden Studien nur Jugendliche zu Wort kamen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer obligatorischen oder nachobligatorischen Ausbildung befanden. Die erfahrungsgemäss am meisten gesundheitlich benachteiligten jugendlichen «Drop-outs» konnten unter anderem aus methodischen Gründen nicht in der gleichen Studie befragt werden. Es ist aber zu erwarten, dass bei ihnen das Bild problematischer aussehen würde.

Auch bei den Jugendlichen in Ausbildung gibt es in verschiedenen Bereichen Anlass zur Sorge:

- Verschiedene körperliche Beschwerden sind verbreitet; allen voran die Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen.
- Im Bereich der psychischen Gesundheit sind Gefühle der Depressiertheit bei den Jugendlichen leider stabil hoch. Negativ entwickelt hat sich in den vergangenen zehn Jahren das Körperbild der Jugendlichen beider Geschlechter.
- Bedenklich zugenommen hat der Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis.

- Die körperliche Aktivität nimmt bei den älteren Jugendlichen ab, und die Ernährungsgewohnheiten entwickeln sich weg von regelmässigen vollwertigen Mahlzeiten hin zu vermutlich oft unausgewogenen Snacks. Die Energiebalance ist so immer weniger gegeben – eine Tatsache, die angesichts der Folgeprobleme Aufmerksamkeit erfordert.
- Lehrlinge sind in verschiedener Hinsicht gesundheitlich benachteiligt: Sie sind häufiger von Depressivität betroffen, haben öfter Verkehrsunfälle, rauchen mehr und sind weniger körperlich aktiv als Schülerinnen und Schüler.

Verlässliche Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen (Eltern, Lehrpersonen, Ausbilder etc.) bleiben über das ganze Jugendalter sehr wichtig und sollen als Ressourcen in der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch im pädagogischen Bereich gestärkt werden.

Erfreulich ist, dass besonders viele Berner Befragte ihre Beziehungen zu den Lehrpersonen positiv einschätzen. Gleichzeitig rauchen jüngere Berner Mädchen unterdurchschnittlich häufig, und Berner Jugendliche leiden etwas weniger unter Depressivität und Stress. Auch wenn aufgrund der vorliegenden Daten keine direkten kausalen Zusammenhänge hergestellt werden können, darf man hier aufgrund des heutigen Wissensstands mindestens eine Ermutigung sehen, den Weg der schulischen Gesundheitsförderung weiter zu gehen.

Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher

Neben den Hauptproblemsubstanzen Alkohol und Tabak zeigen die vorliegenden Studien auf, dass sich beinahe 20% der Jugendlichen des öftern deprimiert, nervös und gestresst fühlen. Diese Resultate sind besorgniserregend.

Das rechtzeitige Erkennen und Reagieren auf Änderungen im Risikoverhalten oder auf ein zunehmendes Ungleichgewicht zwischen Gesundheitsressourcen und –belastungen bei Kindern und Jugendlichen ist von grosser Bedeutung. Aus diesem Grund sollen die wichtigsten Ergebnisse aus den Schülerbefragungen in der Verwaltung und bei den Fachleuten bekannt sein und als wissenschaftliche Grundlagen des praktischen Handelns dienen. Im Rahmen der Tagung «Gesunde Kinder und Jugendliche – eine gemeinsame Aufgabe für die Zukunft des Kantons Bern» vom 12. Mai 2005 wurden die Ergebnisse der Smash-Studie präsentiert und durch die Anwesenden beurteilt und gewichtet. Die Erkenntnisse aus der Tagung fliessen ein in die kantonale Angebotsplanung.

Die für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wichtigsten Leitplanken werden nicht in einzelnen Präventionsprojekten gelegt, sondern werden geprägt von der Familie, der Schule, den Bedingungen in der Lehre, dem Arbeitsmarkt, der räumlichen Umgebung, etc. Aus diesem Grund hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die vorliegenden Studien zum Anlass genommen, im Rahmen der erwähnten kantonsweiten Tagung Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe zu lancieren, d.h. als Aufgabe, die nicht ausschliesslich die Gesundheits- und Fürsorgedirektion etwas angeht, sondern nur wirksam wahrgenommen werden kann mit einer guten Zusammenarbeit zwischen den Direktionen des Kantons Bern und den Fachleuten, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. In diesem Sinn wurde die gut besuchte Tagung als «Initialzündung» für das Wahrnehmen der Aufgabe als gemeinsame Verantwortung verstanden.

7 Spitalbehandlungen der Bevölkerung des Kantons Bern. Eine Analyse, basierend auf der Medizinischen Statistik BFS⁴⁴

7.1 Einleitung

In diesem Kapitel sollen Gesundheitsprobleme der Berner Bevölkerung, wie sie sich im Spital und in stationären Psychiatrie- sowie Rehabilitationskliniken zeigen, dargestellt werden. Zur Analyse dieses Themas wurde im Gegensatz zu den übrigen Kapiteln dieses Gesundheitsberichts nicht auf Befragungen einer Stichprobe der Bevölkerung abgestellt, sondern auf die in den Spitälern und Kliniken selbst erhobenen Daten (Quellen: Medizinische Statistik und Krankenhausstatistik, Bundesamt für Statistik; obligatorische Vollerhebungen). Aus Gründen der Einheitlichkeit mit den übrigen Kapiteln wurden (mit Ausnahme der Zeitreihen zur Aufenthaltsdauer) ausschliesslich die Daten des Jahres 2002 verwendet.

Seit dem Jahr 1998 führen die Spitäler der Schweiz eine Medizinische Statistik für jeden stationären und teilstationären Aufenthalt. Die dabei erhobenen Daten werden in elektronischer Form über die Kantone an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet. Die Angaben umfassen Merkmale der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion und Nationalität sowie die Diagnosen und Behandlungen, die im Rahmen des betreffenden Spitalaufenthaltes relevant waren. Diese Erhebung ermöglicht eine gute Übersicht der von den Spitälern erbrachten Gesundheitsleistungen einerseits, aber auch eine wertvolle und systematische Sicht auf den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse und die Inanspruchnahme von stationärer Spitalpflege durch die Bevölkerung des Kantons Bern.

Die «Spitze des Eisbergs» der Gesundheitsprobleme

Viele gesundheitliche Beeinträchtigungen werden nie medizinisch behandelt, da die Betroffenen dies nicht für notwendig erachten, anderweitig Hilfe finden oder sich selbst behandeln können. Ein weiterer grosser Anteil der Beschwerden und Krankheiten wird ausschliesslich in ambulanten Arztpraxen behandelt. Die im Spital beobachteten Gesundheitsprobleme sind deshalb nicht deckungsgleich mit denjenigen, welche insgesamt in der

Bevölkerung vorhanden sind. Man spricht in diesem Zusammenhang von der «Spitze des Eisbergs», welche bei der Analyse der hospitalisierten Fälle sichtbar wird. Bei vielen Gesundheitsproblemen befindet sich – um bei diesem Bild zu bleiben – unterhalb der Wasseroberfläche eine weitaus grössere Menge an Personen, welche (noch) weniger stark von dem Problem betroffen sind und deshalb ausserhalb des Spitals behandelt werden können. Man denke beispielsweise an die grosse Zahl von Personen mit psychischen Problemen, von denen nur ein kleiner Bruchteil stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden muss.

Geburt und Tod: Im Spital oder zu Hause?

Ob ein bestimmtes Gesundheitsphänomen zu einer Spitalbehandlung führt oder nicht, ist nicht alleine eine medizinische Frage. Am deutlichsten zeigt sich dies zu Beginn und am Ende des menschlichen Lebenszyklus, also bei Geburt und Tod. In vielen Gesellschaften ist eine komplikationsfreie Schwangerschaft und Geburt kein Grund, Spitalleistungen in Anspruch zu nehmen. In der Schweiz ist dies die Regel und macht – wie wir sehen werden – einen grossen Teil der Spitalleistungen für die 25- bis 35-jährigen Frauen aus. Hingegen möchten die meisten Personen zu Hause sterben dürfen (Jaggi, Junker & Minder, 2001). Ob dies möglich ist, hängt neben dem körperlichen und psychischen Zustand sowie dem sozialen Netz des Sterbenden und seiner Angehörigen stark auch von strukturellen Kontextbedingungen ab. So variierte der Anteil der Betagten, welcher 1979–1980 im Spital gestorben ist, zwischen 27% (Entlebuch) und 81% (Davos) in den 106 «Mobilité-Spatiale»-Regionen⁴⁵ der Schweiz. Die Wahrscheinlichkeit, in einem Spital zu sterben bzw. zu Hause oder in einem Alters- und Pflegeheim, wird dann höher, wenn die Distanz zum nächsten Spital gering ist,

⁴⁴ Autor/in: Nicole Bachmann, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern und Daniel Zahnd, Bundesamt für Gesundheit (BAG).

⁴⁵ Diese Einteilung der Schweiz in 103 Regionen durch das BFS wurde aufgrund der geographischen Gegebenheiten sowie der effektiven Mobilitätsbewegungen der Bevölkerung definiert.

es vergleichsweise wenig Altersheimbetten hat und die medizinische Grundversorgung (Allgemeinpraktiker/innen) eher schlecht ausgebaut ist (vgl. Jaggi et al., 2001).

Die Darstellung des Krankheitsgeschehens in den Spitälern ist eine wichtige Ergänzung zu den übrigen Kapiteln dieses Gesundheitsberichts. Nicht zuletzt aus Kostengründen interessiert, was dieser Teil des Gesundheitssystems leistet. Der Kanton Bern hat über die Staats- und Defizitbeiträge im Jahr 2002 immerhin 737.8 Mio. Franken oder 770 Franken pro Einwohner zur Finanzierung des Betriebsaufwands der stationären Gesundheitsversorgung im Kanton Bern beigetragen.⁴⁶

7.2 Die Spitallandschaft im Kanton Bern in aller Kürze

Bevor wir auf die Fragen der Häufigkeit und Ursachen von Spitalbehandlungen eingehen, wollen wir kurz das stationäre Angebot im Kanton Bern vorstellen und auf einige seiner Besonderheiten eingehen.

Auf dem Gebiet des Kantons Bern befanden sich im Jahr 2002 insgesamt 25 akutsomatische Spitäler, welche die gesamte Bandbreite von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten medizinischen Behandlung anbieten. Die Anzahl der einzelnen Standorte ist dabei noch etwas höher, da bei dieser Darstellung beispielsweise das Spital Thun-Simmental AG als ein Betrieb gezählt wird, der aber über drei Standorte (Thun, Zweisimmen und Erlenbach) verfügt. Für die Rehabilitation stehen sechs Klini-

ken zur Verfügung (inkl. der Berner Klinik Montana im Wallis). Im Bereich der Psychiatrie sind drei staatliche Kliniken, zwei öffentlich subventionierte und zwei private Kliniken tätig.

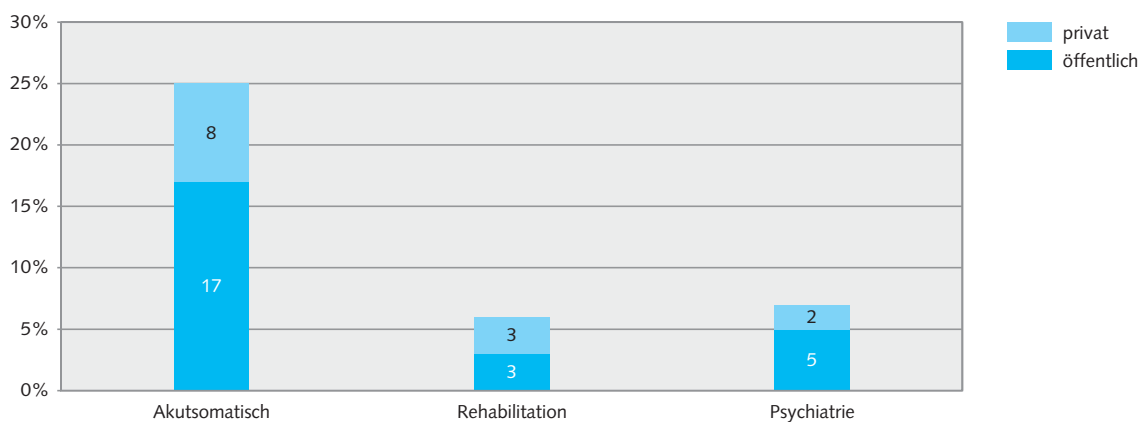
Nur 4,4% der Berner Patienten/Patientinnen werden ausserkantonale behandelt

Der Kanton Bern verfügt über ein eigenes Universitäts-spital. Dies ist einer der Gründe dafür, dass überdurchschnittlich viele Bewohner/innen in kantonseigenen Spitälern behandelt werden können (Kt. Bern: 95,6%; Schweiz: 84,6%⁴⁷). Der Anteil der ausserkantonalen und ausländischen Patienten und Patientinnen ist zwar nicht überdurchschnittlich hoch (Kt. Bern: 11,1%; Schweiz: 15,4%), vor allem mit den Nachbarkantonen findet aber eine Spitalversorgung über die Kantons Grenzen hinaus statt. So können sich beispielsweise Berner und Bernerinnen, welche in bestimmten Gemeinden im Oberaargau wohnen, ohne weitere Formalitäten in Solothurner Spitälern behandeln lassen. Dies wird möglich durch interkantonale Verträge. Der Kanton Bern erfüllt auf diese Weise eine wichtige Versorgungsfunktion für Nachbarkantone, insbesondere für die Kantone Solothurn – 16% der Solothurner Patienten begaben sich 2002 in ein Berner Spital – und Freiburg, von dem 10% des Patientenaufkommens im Kanton Bern behandelt wurden.

Der Anteil der Grund- und der Zusatzversicherten unterscheidet sich erwartungsgemäss stark in den öffentlichen (80% Grundversicherte) und privaten Betrieben (49% Grundversicherte) des Kantons Bern.

Anzahl Spitäler und Kliniken im Jahr 2002, aufgeteilt nach Fachbereich und Finanzierungsart

Abb. 7.1



Datenquelle: BFS, Krankenhausstatistik, Daten 2002.

⁴⁶ Gesundheits- und Fürsorgedirektion, 2002.

⁴⁷ Standardtabellen 2002 der Medizinische Statistik BFS.

Die Entwicklung der Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Spitälern und Kliniken des Kantons Bern: Ein Blick zurück

In den letzten 15 Jahren hat sich im Spitalwesen des Kantons Bern sehr viel verändert. Ein Indikator dafür ist die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten und Patientinnen.⁴⁸ So verkürzte sich die Aufenthaltsdauer von 1991 bis 2003 in den beiden grössten Fachdisziplinen der akutsomatischen Spitäler deutlich: um 37% in der Inneren Medizin auf heute knapp 10 Tage und um 21% in der Chirurgie auf heute rund 8 Tage. In der Psychiatrie verlief diese Entwicklung noch dramatischer: Im gleichen Zeitraum hat sich die durchschnittliche Behandlungsdauer von 120 Tagen auf knapp 60 halbiert. Bei den Rehabilitationsbehandlungen ist die mittlere Aufenthaltsdauer hingegen stabil bei etwa drei Wochen geblieben.

Was sind die möglichen Gründe für diese Veränderung? Zum einen ermöglichen Fortschritte bei den Behandlungen und Operationstechniken verkürzte Spitalaufenthalte. Dann hat sicher auch ein Umdenken stattgefunden: Prinzipiell sollte ein Spitalaufenthalt nur so lange wie nötig dauern, wobei eine professionelle Nachbetreuung gewährleistet sein muss. Schliesslich hat sicherlich auch der ökonomische Druck eine Rolle gespielt: Der Abbau von Überkapazitäten im Kanton Bern (Schliessung von Spitälern, Reduktion der Bettenzahl) zwang die Betriebe dazu, die Patienten und Patientinnen nur noch so lange wie nötig im Spital zu behalten.

Diese Entwicklung, die zunächst einmal aus gesundheitlicher und ökonomischer Sicht positiv ist, birgt aber auch Risiken, die genau beobachtet werden müssen: Beispielsweise könnte die Qualität der stationären Behandlung unter einer verkürzten Aufenthaltsdauer leiden, die nachbetreuenden Institutionen könnten zu wenig Kapazitäten oder Kompetenzen haben, um den Mehraufwand zu bewältigen oder es könnte aus Zeitmangel der soziale Kontakt zwischen den Patienten und Patientinnen und dem Spitalpersonal nicht im erforderlichen Mass gepflegt werden, so dass Patienten und Patientinnen unter Umständen schlecht betreut und informiert werden.

Im Bewusstsein dieser Veränderungsprozesse hat das kantonale Spitalamt im Herbst 2000 das Projekt «Qualitätssicherung in der Akutversorgung im Kanton Bern» (QABE) gemeinsam mit den Spitälern und den Versicherern lanciert. Dabei sollte eine Koordination bei der Einführung von Messungen der Ergebnisqualität (Outcome-

Messungen, Patientenzufriedenheit, Komplikationsrate) in den Spitälern ermöglicht werden. Seit 2003 werden Outcome-Messungen und Benchmarking-Veranstaltungen mit den messenden Spitälern durchgeführt. Ziel dieser Messungen ist es, Informationen zum Erfolg und zur Qualität der Spitalbehandlung zu erhalten, damit die Spitäler aufgrund der Resultate die Qualität sichern und kontinuierlich verbessern können.

Die Gesundheit im Kanton Bern

Das neue Spitalversorgungsgesetz, dem das Berner Volk am 5. Juni 2005 zustimmte, hat das Ziel, eine gute, langfristig finanzierbare und für die ganze Bevölkerung zugängliche Spitalversorgung sicherzustellen. Der Kanton wird die alleinige Verantwortung für die Spitäler übernehmen und erhält neue Steuerungsinstrumente (Versorgungsplanung und Leistungsverträge). Ein neues Finanzierungsmodell wird Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung schaffen.

Statistische Daten über die Spitalleistungen (Gründe und Art der Behandlungen) werden benötigt für die Steuerungsinstrumente und das Finanzierungsmodell. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, auf die sich die im vorangehenden Kapitel dargestellten Ergebnisse stützen, liefert die benötigten Daten in guter Qualität.

Bernerinnen und Berner gehen häufig ins Spital, meistens im Kanton Bern. Spitalbehandlungen in anderen Kantonen erfolgen bei Notfällen oder bei Behandlungen, für die keine Behandlungsangebote im Kanton bereitstehen. Die Berner Spitäler andererseits versorgen viele Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen. Für die Spitäler hat sich in den vergangenen 20 Jahren vieles grundlegend verändert. Am eindrücklichsten ist der medizinische Fortschritt mit zahlreichen neuen Methoden für die Diagnose und Therapie. Es kann deshalb nicht verwundern, dass die Spitalbehandlungen immer komplexer und kostenintensiver werden und die Spezialisierung zunimmt. Aus diesen Gründen führte der Kanton in den vergangenen 10 Jahren verschiedene Strukturmassnahmen aus, z.B. Schliessung von Spitalabteilungen, Ausgliederung von Langzeitabteilungen, Spitalschliessungen, Zusammenschlüsse von Bezirks- und Regionalspitälern zu Spitalgruppen.

Die dargestellten Ergebnisse vermitteln eine Momentaufnahme der aktuellen Situation zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Der Wandel wird sich fortsetzen. Vernetzung, Übergangspflege, Altersmedizin (Geriatric) und interkantonale Koordination der Spitzenmedizin sind einige der Herausforderungen.

⁴⁸ Quellen: bis 1998 Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft der Gesundheits- und Fürsorgedirektion; ab 1999: Krankenhausstatistik, BFS.

7.3 Die Berner Bevölkerung im Spital

Jeder/jede Siebte

Jeder siebte Bewohner, jede siebte Bewohnerin des Kantons Bern oder rund 141'000 Menschen mussten im Jahr 2002 mindestens einmal für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung ins Spital. Die Wahrscheinlichkeit einer Spitalbehandlung hängt stark vom Alter und dem Geschlecht der Person ab. Die folgende Grafik zeigt eine Darstellung der Hospitalisationsquote nach Altersjahr und Geschlecht⁴⁹. Es ergeben sich einige interessante Differenzen zwischen Männern und Frauen im Verlauf der Altersjahre.

Nahezu für alle im Jahr 2002 Neugeborenen im Kanton Bern wurde ein Spitalaufenthalt verzeichnet, die meisten davon allerdings ausschliesslich für eine Geburt ohne Komplikationen. In der Kindheit und Jugendzeit besteht für die Berner Bevölkerung die kleinste Wahrscheinlichkeit für einen Spitalaufenthalt. Ab 20 Jahren nimmt die Häufigkeit wieder leicht zu, wobei die Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt der Kinder häufiger im Spital sind als die gleichaltrigen Männer. Etwa ab der Zeit der Pensionierung nimmt der Anteil dann deutlich zu und sinkt nie mehr unter 20%. Nochmals höher wird die Häufigkeit von Spitalaufenthalten ab 80 Jahren. Ab diesem Alter war im Jahr 2002 jede Dritte / jeder Dritte in Spitalbehandlung.

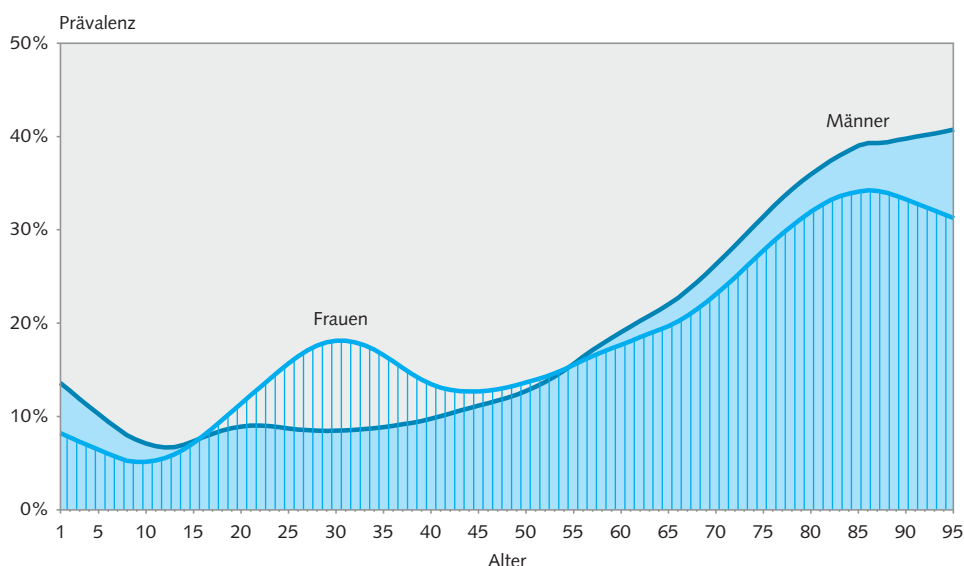
Da die Prävalenz mindestens eines Spitalaufenthalts in der Bevölkerung beschrieben werden soll, wurden in der vorliegenden Darstellung wiederholte Aufenthalte im Verlauf des Jahres 2002 nicht berücksichtigt. Von den hospitalisierten Personen müssen 77% ein einziges Mal ins Spital oder in die Klinik, weitere 20% zwei bis drei Mal.

Unterschiede in der Inanspruchnahme durch Männer und Frauen

Erstaunlicherweise zeigt sich bereits im Vorkindergartenalter ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Knaben benötigen häufiger Spitalbehandlungen als die gleichaltrigen Mädchen. Wir werden im zweiten Teil dieses Kapitels genauer auf diesen Unterschied eingehen. Der grösste Geschlechtsunterschied besteht dann zwischen 20 und 40 Jahren mit einem Peak der Frauen bei 30 Jahren, bedingt durch die medizinischen Behandlungen rund um Schwangerschaft und Geburt, wovon 55% auf gesunde Schwangerschaften und/oder Geburten zurückzuführen sind und weitere 11% auf leichte Komplikationen während der Geburt und des Wochenbetts. Ein Unterschied zeigt sich ebenfalls im hohen Alter, in dem betagte Männer eine höhere Hospitalisationsquote haben als die gleichaltrigen Frauen. In absoluten Zahlen überwiegt

Anteil der Berner Bevölkerung mit einem oder mehreren Spitalaufenthalten im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht

Abb. 7.2



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

⁴⁹ Das erste Lebensjahr wurde aus dieser und aus den folgenden Darstellungen ausgeschlossen, da nahezu alle Neugeborenen einen Spitalaufenthalt aufweisen. Die über 95-Jährigen sind ebenfalls nicht dargestellt, da die kleinen Fallzahlen in diesem Altersbereich statistisch keine verlässlichen Aussagen mehr erlauben.

selbstverständlich die Zahl der betagten Frauen in den Spitälern, da die Lebenserwartung der Frauen und damit die absolute Zahl älterer Frauen deutlich höher ist.

Wie lange dauert ein Spitalaufenthalt in der Regel? Dies hängt erwartungsgemäss stark von der Ursache des Spitalaufenthalts ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei einer akutsomatischen Behandlung betrug im Jahr 2002 sieben Tage. Bei einer stationären oder teilstationären psychiatrischen Behandlung bleibt man hingegen mit durchschnittlich 56 Tagen viel länger in der Klinik. Ein Aufenthalt zwecks Rehabilitation dauert durchschnittlich 26 Tage.

Auch im hohen Alter nach dem Spitalaustritt nach Hause

Insbesondere bei älteren Patienten und Patientinnen, die bisher noch selbständig leben und wohnen konnten, stellt sich nach einem Spitalaufenthalt jeweils die Frage, ob die sie wieder nach Hause gehen können. In der folgenden Analyse wurden nur diejenigen Personen berücksichtigt, welche vor dem Spitalaufenthalt zu Hause lebten und 60-jährig oder älter sind (N=63'156).

In 88% aller Fälle des Jahres 2002 konnten die über 60-jährigen Patienten und Patientinnen nach dem Spitalaufenthalt direkt nach Hause gehen. 2,5% traten nach dem Spital in ein Heim ein (Alters-, Pflegeheim oder anderes Heim). Knapp 3% wurden in ein anderes Spital überwiesen. Ab dem 70. Altersjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit stark zu, dass man nach der Spitalbehandlung nicht nach Hause geht, sondern in ein Alters- und Pflegeheim überwiesen wird (Abbildung 7.3). Es ist aber erstaunlich und erfreulich, dass auch bei den 90-jährigen und älteren Personen immerhin noch drei Viertel nach der Spitalbehandlung nach Hause entlassen werden können.

Alterspolitik im Kanton Bern

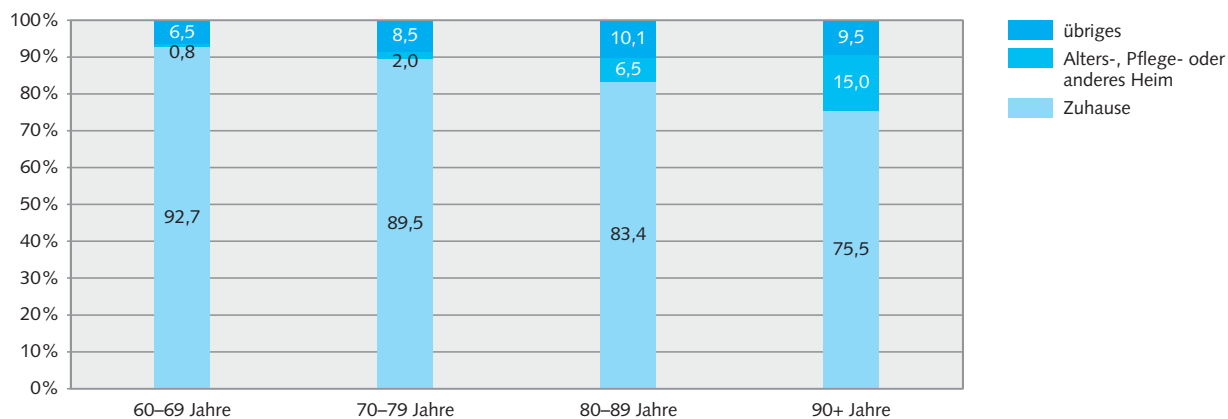
Die älteren Menschen sollen möglichst lange selbstständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Sie sollen am bestehenden Wohnort unterstützt werden, damit ein Eintritt in ein Pflegeheim möglichst lange hinausgezögert oder gar vermieden werden kann. Diese Forderungen stehen im Zentrum des Berichts «Alterspolitik im Kanton Bern», welcher im April 2005 vom bernischen Grossen Rat mit grossem Mehr zustimmend zur Kenntnis genommen wurde. Der Bericht zeigt neun konkrete alterspolitische Handlungsfelder auf, innerhalb welcher in den nächsten Jahren Massnahmen erarbeitet und umgesetzt werden sollen. So soll beispielsweise durch präventive Hausbesuche die Selbstständigkeit und Gesundheit älterer Menschen unterstützt werden. Eine Stärkung und Neuorganisation der Spitexdienste sowie die Übergangspflege, welche Patienten und Patientinnen nach einem Spitalaufenthalt auf die Rückkehr nach Hause vorbereitet, soll die Betreuung und Pflege zu Hause noch häufiger ermöglichen.

Weiter soll auch das Angebot für Menschen, die auf einen Pflege- und Betreuungsplatz angewiesen sind, den heutigen Bedürfnissen angepasst werden. Stichworte dabei sind: Anpassung der Infrastruktur bestehender Heime, Familienplatzierungen, Entlastungsbetten und Tagesstätten, Angebote für Demenzzranke und ihre Angehörigen, Umsetzung des Geriatriekonzepts und der Psychiatrieplanung. Handlungsfelder sind unter anderem auch Massnahmen zur Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal, die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, die Festlegung von Qualitätskriterien im Heimbereich sowie die Überprüfung der Finanzierungsmechanismen.

Die im Bericht aufgelisteten Massnahmen sind nicht abschliessend und stellen keine starre Versorgungsplanung dar. Bei vielen Massnahmen ist heute noch offen, ob sie sich in Zukunft bewähren und breit eingeführt werden sollen. Im Rahmen von Pilotprojekten sollen in den nächsten Jahren die entsprechenden Erkenntnisse gewonnen werden.

Aufenthaltsort nach Spitalaustritt derjenigen Patienten/Patientinnen ab 60 Jahren, welche vor dem Spitaleintritt noch zu Hause wohnten

Abb. 7.3



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

7.4 Analyse der wichtigsten Hospitalisationsgründe

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Gründe für Spitalbehandlungen der Berner Bevölkerung dargestellt. Dabei wollen wir einen Überblick über Aspekte dieser Fragestellung geben. Unter Vernachlässigung von sicherlich ebenfalls wichtigen und interessanten Detailinformationen muss es allerdings bei einer übersichtsartigen Darstellung bleiben.

Basis für die Analysen sind die in der Medizinischen Statistik kodierten Hauptdiagnosen auf Basis des ICD-10-Diagnoseschlüssels. Um die über 15'000 verschiedenen Diagnosen zu epidemiologisch sinnvollen Gruppen zusammenfassen zu können, verwenden wir das Clinical Classification System (CCS; Zahnd, 2003). Dieses Klassifikationssystem besteht aus insgesamt 259 *Diagnosegruppen* (z. B. Katarakt, resp. Grauer Star), welche wiederum zu 18 übergeordneten *Diagnosekapiteln* (z. B. Krankheiten im Zusammenhang mit dem Herz-Kreislauf-System) zusammengefasst sind. Zum Diagnosekapitel Herz-Kreislauf-System gehören beispielsweise Diagnosegruppen wie arteriosklerotische Erkrankungen oder ein akuter Herzinfarkt. Weitere Angaben zum Hintergrund der Methode und eine Kurzbeschreibung des CCS können dem Anhang entnommen werden.

Die folgenden Darstellungen zeigen die Hospitalisationsraten der Berner Bevölkerung für ausgewählte Diagnosekapitel. Daraus lassen sich die für einen bestimmten

Altersabschnitt dominierenden Gesundheitsprobleme ablesen, die schliesslich zu einer stationären Behandlung führen. Es zeigt sich auch der oft starke Einfluss des Geschlechts in den einzelnen Lebensabschnitten.

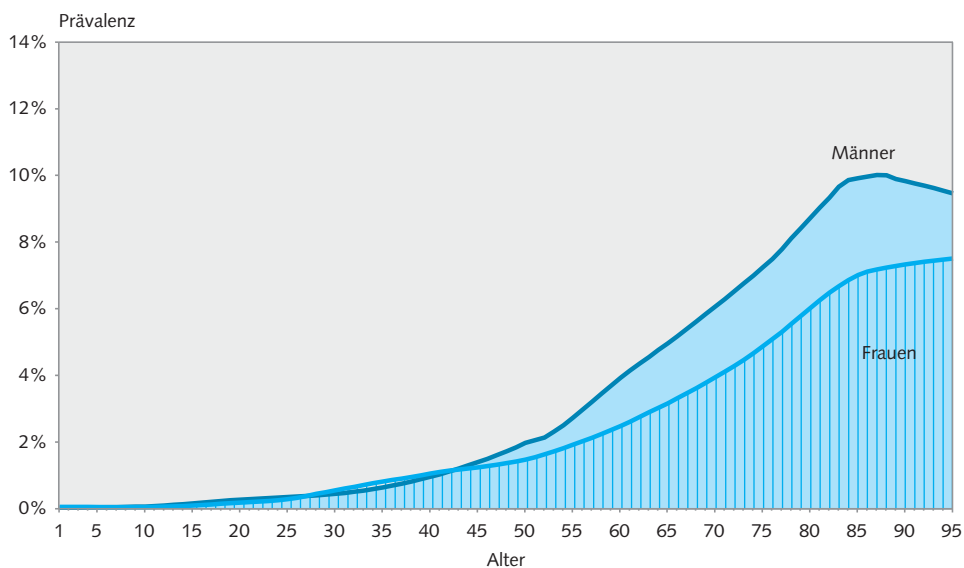
7.4.1 Diagnosekapitel: Herz-Kreislauf-System

Eine der insgesamt häufigsten Ursachen für Spitalbehandlungen im Kanton Bern sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet und werden in grossem Mass durch das eigene Verhalten wie auch durch soziale, kulturelle und ökonomische Faktoren beeinflusst. Wichtige Risikofaktoren sind Rauchen, starker Alkoholkonsum, Bluthochdruck, der wiederum beeinflusst wird durch Übergewicht, Bewegungsarmut und Stress, sowie erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes mellitus (Hense, 1997; zu den Risikofaktoren s. auch Kapitel 2 des Gesundheitsberichts). Frauen sind insgesamt weniger häufig von diesem Gesundheitsproblem betroffen, was verschiedene Ursachen hat. Einerseits liegt es an ihrem tendenziell gesundheitsbewussteren Verhalten (z. B. bezüglich Rauchen und Ernährung), andererseits daran, dass Frauen bis zur Menopause über einen hormonellen Schutz gegenüber Herz-Kreislauf-Krankheiten verfügen.

Wie man in Abbildung 7.4 erkennen kann, steigt die Hospitalisationsquote infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten mit dem Alter stetig an. Um das 50. Altersjahr bei Männern und ab dem 60. Altersjahr bei Frauen verstärkt sich die Zunahme deutlich und wird im hohen Alter zur

Hospitalisationsrate der Berner Bevölkerung im Jahr 2002 aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

Abb. 7.4



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

häufigsten Hospitalisationsursache überhaupt. Knapp 10% aller Berner Männer über 80 Jahren musste im Jahr 2002 wegen Herz- oder Kreislaufproblemen mindestens einmal im Spital behandelt werden.

Das Spektrum der Herz-Kreislauf-Erkrankungen reicht von Krampfadern bis zum akuten Herzinfarkt

Im mittleren Erwachsenenalter (40–60 Jahre) ist die Prävalenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Frauen insgesamt tiefer als bei den Männern. Mehr als die Hälfte (54%) aller Spitalbehandlungen des Herz-Kreislaufsystems in dieser Altersgruppe sind Behandlung von Varizen der unteren Extremitäten (Varikose, Krampfadern). Der grösste Anteil der Behandlungen von Krampfadern hat eine vorwiegend ästhetische Zielsetzung, obwohl ein gewisses Risiko für Komplikationen wie Lungenembolie, Gefässentzündung oder Geschwüre aufgrund von Krampfadern besteht.

Bei den Männern überwiegen innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen hingegen mit 25% Arteriosklerose und sonstigen Herzkrankheiten (inkl. ischämische Herzkrankheiten). Darunter versteht man koronare Herzkrankheiten wie Angina Pectoris oder eine Koronarthrombose unter Ausschluss der akuten Herzinfarkte. Spitaleintritte wegen akuter Herzinfarkte sind in dieser Altersgruppe bei den Männern deutlich häufiger als bei den Frauen (8,3% versus 1,4% dieses Diagnosekapitels).

Ab rund 60 Jahren sind die Arteriosklerosen bei beiden Geschlechtern die dominante Ursache für einen Spitaleintritt, wobei die Hospitalisationsquote bei den Frauen im-

mer noch deutlich tiefer ist. Während bei den Männern diese Diagnosegruppe bis ins hohe Alter dominiert, werden bei den Frauen ab 80 Jahren die akuten zerebrovasculären Krankheiten (Schlaganfälle) zur wichtigsten Ursache für eine Spitalbehandlung innerhalb dieses Diagnosekapitels.

7.4.2 Diagnosekapitel: Neubildungen (Krebskrankheiten)

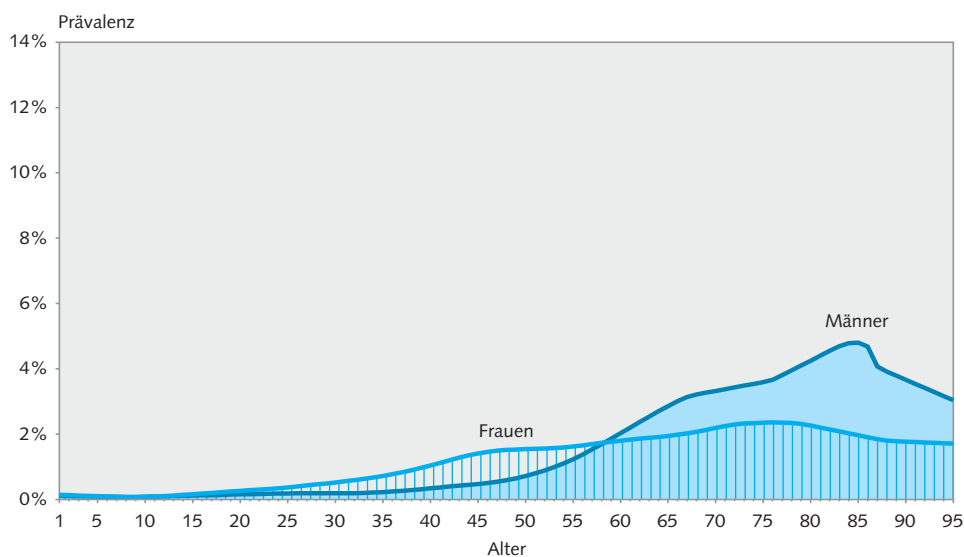
Unter Neubildungen versteht man einerseits gutartige, aber auch bösartige Neubildungen (Krebskrankheiten, Tumore). Wie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen handelt es sich grösstenteils um Gesundheitsstörungen, welche sich über eine lange Entstehungszeit entwickeln und deshalb vor allem in der zweiten Lebenshälfte an Bedeutung gewinnen. Es gibt allerdings auch Krebsarten, die sich sehr schnell entwickeln können. Die wichtigsten Arten unterscheiden sich stark nach Geschlecht und nach Altersgruppen.

In Abbildung 7.5 ist die Hospitalisationsrate der Berner Bevölkerung nach Geschlecht und Alter für sämtliche Krebskrankheiten dargestellt.

Wichtig ist zunächst zu wissen, dass 35% der Frauen und 17% der Männer, welche im Jahr 2002 aufgrund von Neubildungen im Spital waren, wegen gutartiger Neubildungen behandelt wurden. Insbesondere bei den Frauen unter 60 Jahren nehmen die gutartigen Neubildungen einen hohen Anteil der Hospitalisationsgründe in dieser Krankheitsgruppe ein (21–40 J.: 59%; 41–60 J.: 48%, davon jeweils die Hälfte wegen gutartiger Neubildung des Uterus, also der Gebärmutter).

Hospitalisationsrate der Berner Bevölkerung im Jahr 2002 aufgrund von Neubildungen nach Alter und Geschlecht

Abb. 7.5



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

Die wichtigsten bösartigen Neubildungen im jungen Erwachsenenalter der Frauen sind Uterus-, Cervix- (Gebärmutterhals-) und Brustkrebs. Ab 40 Jahren dominiert dann mit Abstand der Brustkrebs (21%) in dieser Diagnosegruppe.

Bei den Männern ab 40 Jahren bis ins hohe Alter ist der Prostatakrebs neben den gutartigen Neubildungen die häufigste Ursache für eine Spitalbehandlung innerhalb dieser Diagnosegruppe. Ebenfalls häufig vertreten sind Bronchien- und Lungenkrebs, Harnblasenkrebs sowie Dickdarmkrebs.

7.4.3 Diagnosekapitel: Verletzungen, Verbrennungen, Vergiftungen

Wie im Kapitel 2.1 dargestellt, werden die Nichtberufsunfälle in der Schweiz zunehmend zu einem Gesundheits- und finanziellen Problem.

In diesem Abschnitt werden wir aber nicht nach den Kontextbedingungen unterscheiden, in denen Unfälle geschehen, sondern wiederum die Verbreitung dieser Diagnosegruppe in der stationären Spitalbehandlung nach Altersgruppe und Geschlecht diskutieren.

Als erstes fällt auf, dass Verletzungen und Vergiftungen im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Diagnosekapiteln bereits in Kindheit und Jugend wichtige Gründe für eine Spitaleinweisung sind. Die Verletzungsarten bei den Kindern von 1–10 Jahren unterscheiden sich gemäss unseren Daten nicht stark zwischen Mädchen und Knaben, allerdings deren Häufigkeit: Knaben müssen deutlich

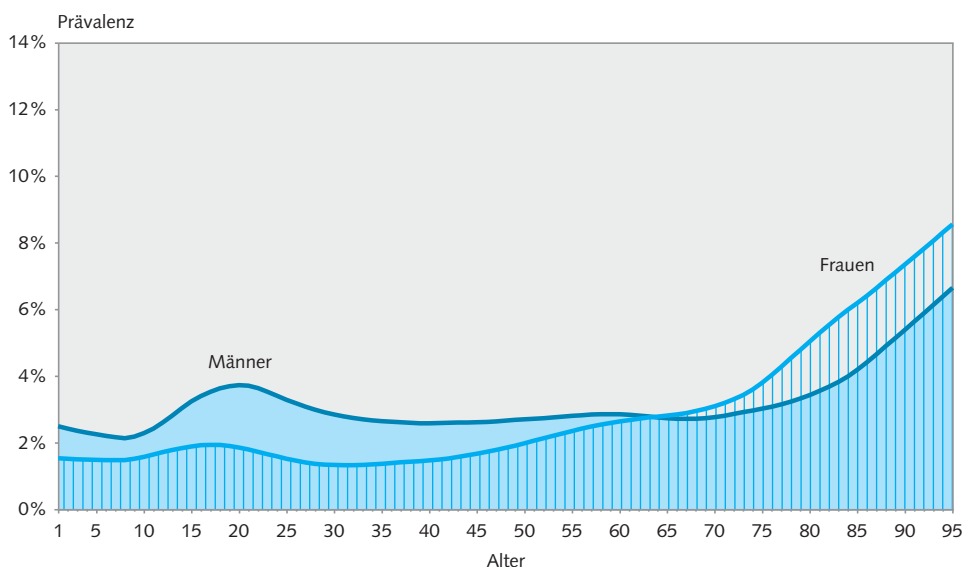
häufiger wegen Verletzungen, Prellungen, offenen Wunden, Schädel-Hirn-Traumata und Frakturen in Spitalbehandlung als Mädchen (Hospitalisationsrate dieses Diagnosekapitels bei Kinder von 1–10 Jahren: Knaben: 1,9%; Mädchen 1,4%). Dieser Geschlechtsunterschied nimmt in der nächsten Altersgruppe nochmals deutlich zu mit einer Hospitalisationsrate von 3,2% bei den 11–20 jährigen Jungen gegenüber 1,8% bei den Mädchen. Auffällig ist vor allem das häufigere Auftreten von Frakturen bei den Jungen. Der beobachtete Geschlechtsunterschied kann einerseits damit erklärt werden, dass Knaben und junge Männer risikobereiter sind, aber auch häufiger Risikosituationen ausgesetzt sind (z. B. Teilnahme an grobmotorischen Sportarten wie Fussball).

Nach der Jugendzeit nehmen die Hospitalisationsraten aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen äusseren Ursachen bei den Männern ab, während sie bei den Frauen in den gleichen Altersgruppen interessanterweise steigen. Ab 60 Jahren überholen die Frauen die Männer. Die Hospitalisationsrate bei den über 80-jährigen Frauen ist dann mit etwa 5,5% vergleichsweise sehr hoch und steigt mit höherem Alter weiter an. Dies korrespondiert mit neueren Studien, die auf entsprechende Unfall- und Sturzrisiken bei betagten Frauen hinweisen, die noch den eigenen Haushalt führen (Höpflinger et al, 2003).

Im Erwachsenenalter dominieren bei beiden Geschlechtern Gelenksschäden/Luxationen als häufigste Hospitalisationsgründe innerhalb dieses Kapitels, gefolgt von Frakturen der unteren Gliedmassen. Ab 60 Jahren nehmen die Schenkelhalsfrakturen langsam zu und sind

Hospitalisationsrate der Berner Bevölkerung im Jahr 2002 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht

Abb. 7.6



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

in der höchsten Altersgruppe dann die wichtigste Ursache für eine Hospitalisation aufgrund von Verletzungen. Bei den betagten Frauen ist der Anteil der Schenkelhalsfrakturen (33%) an allen Verletzungen höher als bei den gleichaltrigen Männern (25%).

7.5 Proportionale Anteile der wichtigsten Spitaleinweisungsgründe im Lebensverlauf

In einem nächsten Schritt soll nun die anteilmässige Verteilung der Hospitalisierungen auf alle Krankheitsgruppen in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts betrachtet werden. Bei dieser Querschnittsanalyse des proportionalen Hospitalisierungsrisikos wird deutlich, welche Krankheitsthemen für die jeweiligen Lebensalter dominierend sind. Dafür wird für jedes Altersjahr die Gesamtmenge aller Hospitalisierungen auf 100% gesetzt. Um den Unterschied der Betrachtungsweise zu verdeutlichen:

- Im vorhergehenden Abschnitt (7.4) wurde die Frage beantwortet: Wie hoch ist das Risiko, nach Geschlecht getrennt, in einem gewissen Alterssegment (z. B. mit 50–60 Jahren, männlich) eine Spitalbehandlung zu benötigen?

- In diesem Abschnitt (7.5) wird hingegen auf die folgende Frage eingegangen: Welche Krankheiten oder Verletzungen sind die häufigsten Ursachen für Spitaleinweisungen, geht man von einem bestimmten Alterssegment und Geschlecht aus (z. B. 10–20 Jahre, weiblich)?

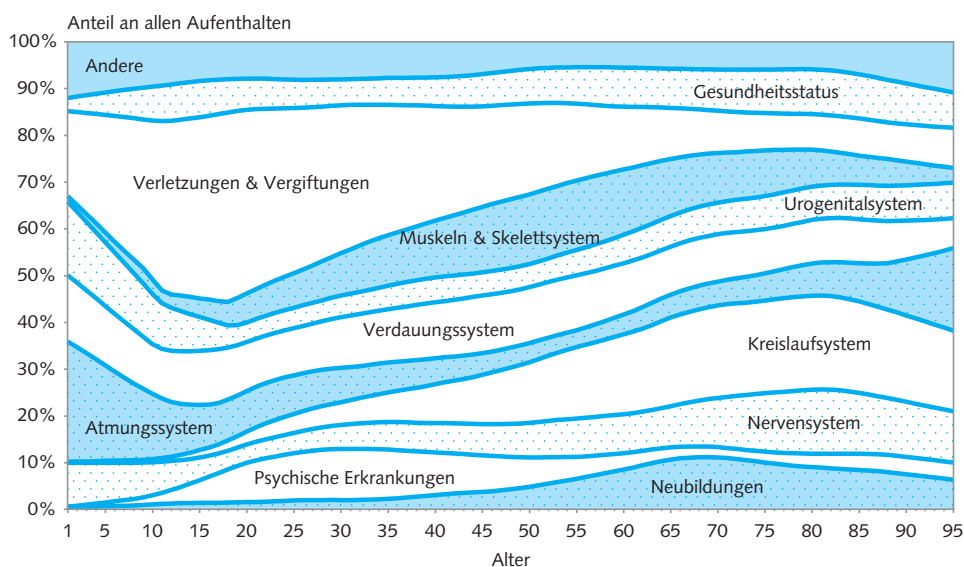
Wichtig ist dabei, dass das proportionale Hospitalisationsrisiko nicht mit dem absoluten verwechselt wird: Nimmt man beispielsweise an, dass im Kindesalter der Anteil der Knochenbrüche an allen Hospitalisierungsfällen 20% beträgt und weiterhin, dass dieser Anteil im hohen Alter bei 10% liegt, dann kann das absolute Risiko, mit Knochenbruch ins Spital eingewiesen zu werden, bei älteren Personen trotzdem deutlich höher sein, da der Anteil der alten Menschen, die in Spitalbehandlung müssen, eben insgesamt viel höher ist als bei Kindern.

Im zweiten Teil dieses Abschnitts (7.5.2) werden dann anstelle der Fälle die Anzahl Pflgetage betrachtet, die in den verschiedenen Krankheitsgruppen anfallen. Wiederum wird die Frage nach dem proportionalen Anteil der verschiedenen Krankheitsgruppen an der Gesamtmenge aller von den Spitälern erbrachten Pflgetage nach Altersjahr gestellt.

- Hier geht es schliesslich um die Frage: Welche Krankheiten oder Verletzungen generieren den höchsten Anteil an Pflgetagen, geht man von einem bestimmten Alterssegment und Geschlecht aus (z. B. 10–20 Jahre, weiblich)?

Anteil der verschiedenen Diagnosekapitel an den Hospitalisierungsfällen nach Alter: Männer

Abb. 7.7



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

Bedenkt man, dass jeder dieser Pflege- oder Aufenthaltstage in einem Berner Spital mit der Benutzung von Infrastruktur, mit Betreuung, Behandlung und Pflege verbunden ist, so liefert diese Analyse einerseits Hinweise auf die Inanspruchnahme von Ressourcen des stationären Bereichs und andererseits auf die Bedeutung von verschiedenen Gesundheitsproblemen im Sinne des Verlusts von gesunder Lebenszeit und damit auch von Produktivität der Berner Bevölkerung.

7.5.1 Analyse der Anzahl Hospitalisationen

In den Abbildungen 7.7 und 7.8 wird das proportionale Risiko einer Hospitalisation für Männer und Frauen dargestellt.

Das Kindes- und Jugendalter

Im Kindesalter (1–10 Jahre)⁵⁰ präsentiert sich die proportionale Zusammensetzung der Gründe für Spitaleintritte der Berner Bevölkerung noch mit relativ kleinen Geschlechtsunterschieden. Grosse Anteile nehmen die Kapitel betreffend das Atmungs- und das Nervensystem ein. Der dominierende Grund für einen Spitaleintritt in dieser Altersgruppe ist die akute oder chronische Entzündung der Rachenmandeln (Tonsillitis) und die Mittelohrentzündung (Otitis), welche den beiden genannten Kapitel zugeordnet sind. Der etwas höhere Anteil der Knaben mit

Problemen des Urogenitalsystems in dieser Altersgruppe ist hauptsächlich auf Zirkumzisionen (Beschneidungen) zurückzuführen.

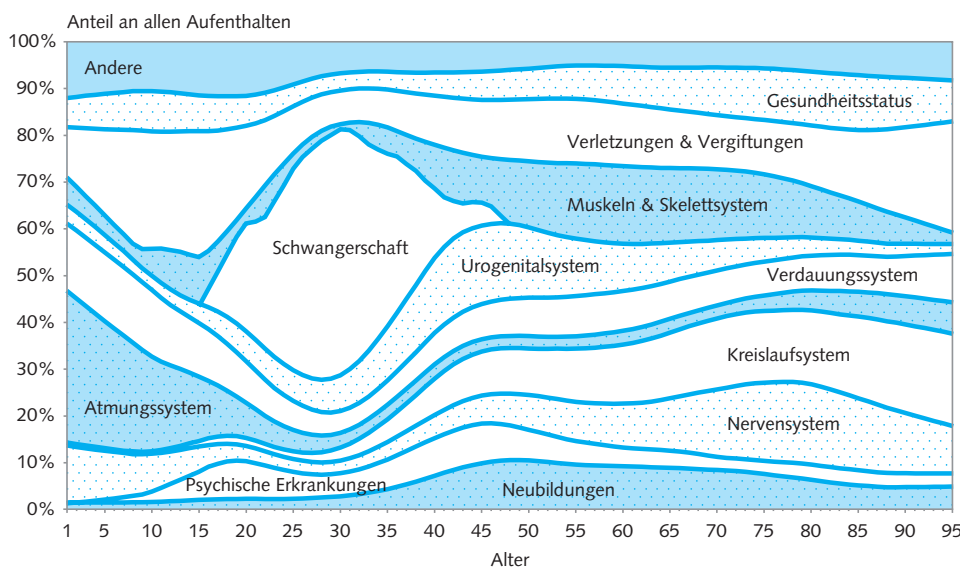
In der Gruppe der 10- bis 20-Jährigen dominieren die Spitalaufenthalte infolge von Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen, wobei der prozentuale Anteil (und wie im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, auch das absolute Risiko) bei den männlichen Jugendlichen noch etwas stärker ausgeprägt ist. Die Einzeldiagnosen bei diesen Ereignissen sind am häufigsten Frakturen der oberen Gliedmassen wie etwa Ober-, Unterarm, Schulter, aber auch Verstauchungen, Zerrungen und Schäden an Gelenken. Eine weitere häufige Behandlung im Spital in dieser Altersgruppe ist die Blinddarmentfernung infolge Appendizitis, welche zum Kapitel Verdauungssystem gehört.

Im mittleren Erwachsenenalter zeigen sich die stärksten Geschlechtsunterschiede

Im mittleren Lebensabschnitt (20–60 Jahre) unterscheiden sich die Geschlechter sehr stark bei der proportionalen Zusammensetzung der Gründe für einen Spitaleintritt. Der wichtigste Unterschied wird beim Vergleich der beiden Abbildungen 7.7 und 7.8 sofort ersichtlich: der «Schwangerschaftsbauch» (Schwangerschaft, Geburt und Fortpflanzungsmedizin) zwischen 25 und 35 Jahren, der an seinem Höhepunkt etwa 50% aller Hospitalisationen der Frauen bedingt.

Anteil der verschiedenen Diagnosekapitel an den Hospitalisierungsfällen nach Alter: Frauen

Abb. 7.8



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

⁵⁰ Wie beim vorherigen Abschnitt wird aus pragmatischen Gründen auf die Analyse der Neugeborenen verzichtet.

Bei den Männern dominieren zu Beginn immer noch die Hospitalisationen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, ihr Anteil nimmt aber im Verlauf dieser Altersphase stark ab. Eine deutliche Zunahme des Anteils der Spitalbehandlungen in dieser Altersgruppe erkennt man hingegen bei den Problemen des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems. Auf der Ebene der einzelnen Diagnosegruppen sind es bei den Männern von 20 bis knapp 60 Jahren die Schäden an Gelenken und Luxationen (Verrenkungen), welche am häufigsten zu Spitalerträgen führen. Als zweitwichtigste Diagnosegruppe erweisen sich bei den Männern ab 35 Spondylosen (Arthrose der Rückenwirbel), Bandscheibenschäden und sonstige Rückenprobleme. Es handelt sich dabei um ein wichtiges gesundheitliches Problem, wobei mit den hier untersuchten Spitalbehandlungen nur die «Spitze des Eisbergs» sichtbar wird (vgl. dazu auch Kapitel 2 des Berichts).

Bei den Frauen dominieren in der Phase zwischen 20 und 40 Jahren – wie bereits erwähnt – die Spitalerträge infolge Schwangerschaft und Geburt, sei es ohne oder mit Komplikationen. Ab 40 Jahren nehmen wie bei den Männern die Anteile vor allem der Probleme des Muskel-Skelett-Systems sowie des Kreislaufsystems zu. Eine deutliche Zunahme des Anteils der Hospitalisationen aufgrund von Neubildungen ist bei den Frauen bereits vor dem vierzigsten Altersjahr erkennbar, im Vergleich zu den Männern, bei denen diese Zunahme erst deutlich später erfolgt. Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, handelt es sich bei den Frauen in dieser Altersgruppe zu einem grossen Teil um gutartige Neubildungen, die zu Spitalbehandlungen führen.

Betrachtet man die Ebene der einzelnen Diagnosegruppen, machen zwischen 40 und 60 Jahren bei den Frauen Eingriffe bei Menstruationsbeschwerden (Auskratzen, Gebärmutterentfernungen), Behandlungen von Varikosen (Krampfadern) und ebenfalls Schäden an Gelenken den grössten Anteil der Spitalbehandlungen aus. Ab 45 Jahren kommt bei den Frauen vermehrt Osteoarthritis (entzündliche Gelenkerkrankungen) ins Spiel. Dies steigert sich bis zum Alter von 80, wo die Osteoarthritis den höchsten Anteil ausmacht.

Krankheiten des letzten Lebensabschnitts

In den höheren Altersgruppen (ab 60 Jahren) haben die Herz-Kreislaufprobleme eindeutig den höchsten Anteil an den Spitalerträgen der Männer; auf der Ebene der einzelnen Diagnosegruppen dominieren dabei Arteriosklerose und sonstige Herzkrankheiten (inkl. ischämische Herzkrankheiten). Dies ist zwischen 60 und 80 Jahren der wichtigste Spitalertragsgrund. Ab dem Alter

von 80 Jahren tritt schlussendlich die Kataraktbehandlung (Grauer Star) als wichtigster Einweisungsgrund bei den Männern auf.

Bei den Frauen erkennt man ebenfalls eine anteilmässige Zunahme der Spitalerträge aufgrund von Problemen des Herz-Kreislauf-Systems, aber auch von Problemen des Nervensystems. Interessant ist die nur bei den hochbetagten Frauen zu beobachtende starke Zunahme bei den Spitalerträgen, die wegen Verletzungen notwendig werden. Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch die als Gesundheitsstatus bezeichnete Krankheitsgruppe. Hierunter werden Symptome und unklar definierte Zustände verstanden; Fälle also, in denen keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann. Es handelt sich dabei um Fieber unklaren Ursprungs, um Reaktionen des Lymphsystems, um Schmerzsymptome, deren Ursache nicht genau geklärt werden kann oder auch um allergische Reaktionen wie Dermatitis in ihren verschiedensten Formen. Dann sind aber auch Rehabilitationsaufenthalte in dieser Gruppe vertreten und verschiedene diagnostische Untersuchungen und Nachuntersuchungen.

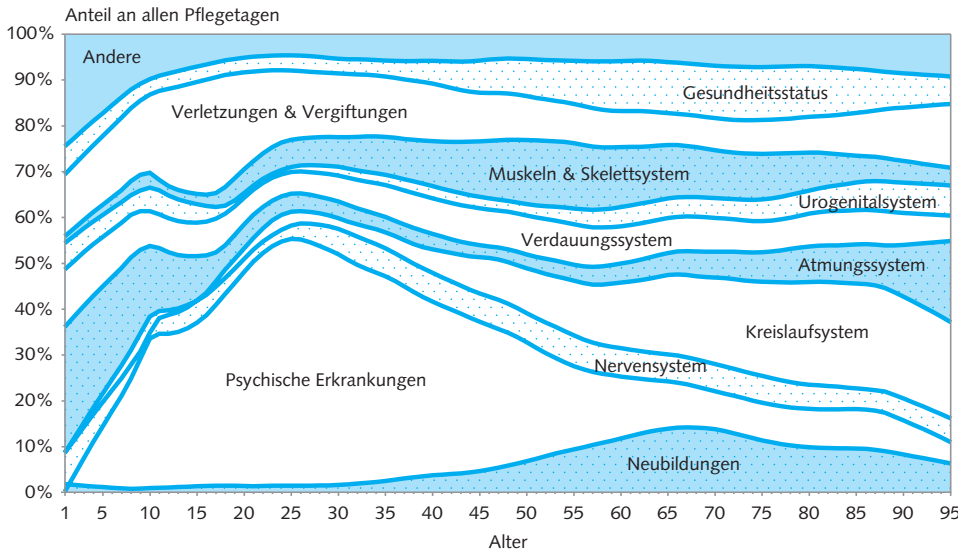
Auf der Ebene der einzelnen Diagnosegruppen werden die Frauen in der Altersgruppe von 60 bis 70 am häufigsten wegen Knochenerkrankungen (Abbau von Gelenkmaterial in der Wirbelsäule sowie an anderen stark belasteten Gelenken wie Hüften und Knien) behandelt. Von 70 bis etwa 85 Jahre dominiert anschliessend, wie auch bei den Männern, die Katarakt-Behandlung (also der Graue Star). Auffällig ist hier die hohe Rate bei den Frauen: Über 5% beträgt die jährliche Prävalenzrate bei der Altersgruppe um 80 Jahre. Ab 85 Jahren bilden bei den Frauen Schenkelhalsfrakturen die wichtigste Diagnose, was die oben erwähnte Zunahme beim Kapitel Verletzungen erklären kann.

7.5.2 Analyse der Anzahl Pflegetage

Als letzter Schritt sollen im Folgenden nicht die Summe der Fälle, sondern die Summe der von den Spitälern und Kliniken erbrachten Pflegetage analysiert werden. Das Verhältnis der Anzahl Fälle zu der Anzahl der Pflegetage wird durch die Dauer der jeweiligen Spitalbehandlung bestimmt; das heisst Krankheiten mit besonders langer oder besonders kurzer Aufenthaltsdauer sollten in der folgenden Analyse einen höheren oder eben tieferen Anteil ausmachen als bei der Analyse nach Fallzahlen. Die Fragestellungen lauten dabei: Welches sind die Gesundheitsprobleme der Berner Bevölkerung, für deren Behandlung in den Spitälern der höchste Anteil an Pflegetagen eingesetzt werden muss? Zeigen sich bei dieser Betrachtungsweise Unterschiede zu der Analyse nach Fallzahlen?

Anteil der verschiedenen Diagnosekapitel an den Pflgetagen nach Alter: Manner

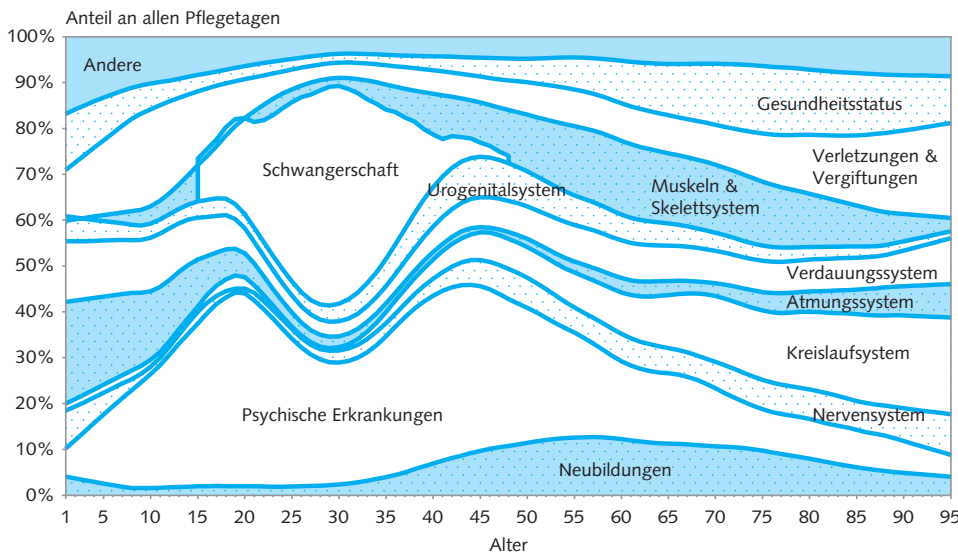
Abb. 7.9



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

Anteil der verschiedenen Diagnosekapitel an den Pflgetagen nach Alter: Frauen

Abb. 7.10



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik, Daten 2002, eigene Berechnungen.

In den Abbildungen 7.9 und 7.10 wird wiederum nach der gleichen Methode wie oben für jedes Altersjahr der prozentuale Anteil der Pflgetage nach Diagnosekapitel für Manner und Frauen dargestellt.

Es zeigt sich effektiv eine erstaunlich grosse Diskrepanz zwischen den beiden Betrachtungsweisen, und diese ist mit den psychischen Erkrankungen verbunden: Sowohl bei den Manner wie auch bei den Frauen binden psychische Erkrankungen einen Grossteil der Pflgetage, welche für die Behandlung der Berner Bevölkerung zwischen etwa 15 und 60 Jahren eingesetzt werden. Bei

den Manner ist das Bild etwas einfacher zu interpretieren: Der Höhepunkt wird im jungen Erwachsenenalter erreicht, in welchem gut die Hälfte aller Pflgetage für dieses Gesundheitsproblem eingesetzt werden. Bei den Frauen wird diese Kurve durch Pflgetage im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt gewissermassen zurückgedrängt.

Wenn man bedenkt, dass mit diesen Pflgetagen auch die Zeit gemessen wird, in welcher es den Betroffenen psychisch so schlecht geht, dass sie als letzte Möglichkeit hospitalisiert werden müssen, wird das Ausmass

dieses Gesundheitsproblems deutlich. Nicht zu vernachlässigen in diesem Zusammenhang ist neben der individuellen Perspektive auch die Tatsache, dass die Betroffenen in dieser Phase für die Volkswirtschaft keine Wertschöpfung erbringen können.

Psychiatrische Versorgung

Die Auswertung der Spitaleintritte im Kanton Bern belegt einen oft unterschätzten Sachverhalt: Psychische Erkrankungen sind eines der grossen Gesundheitsprobleme in unserer Gesellschaft. Vor allem im frühen bis mittleren Erwachsenenalter ist eine psychische Krankheit häufig der Anlass für einen Spitalaufenthalt.

Die psychiatrischen Hospitalisierungen sind aber nur die Spitze des Eisbergs von seelischen Leiden. Ein bedeutender Teil aller Patienten wird ambulant von Psychiatern, Psychotherapeuten, Hausärzten oder Psychiatriediensten behandelt – oder bleibt unbehandelt. Die grosse volkswirtschaftliche Bedeutung der psychischen Erkrankungen zeigt sich unter anderem darin, dass «Psychosen und Psychoneurosen» mit schweizweit 86'429 Rentenbezügern der wichtigste Grund für die Ausrichtung einer Invalidenrente ist.

Fachinstanzen haben die Bedeutung der psychischen Gesundheit erkannt: Sowohl die Weltgesundheitsorganisation WHO wie die «Nationale Gesundheitspolitik» von Bund und Kantonen haben Strategien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit erarbeitet. Dabei werden zwei Richtungen aufgezeigt: Einerseits die Förderung der psychischen Gesundheit durch Schaffung von günstigen sozialen Rahmenbedingungen und Stärkung der persönlichen Ressourcen, andererseits die Planung zeitgemässer psychiatrischer Behandlungsangebote.

Die Planung der psychiatrischen Versorgung ist zur Zeit als Teil der Versorgungsplanung im Gange. Diese wird bis Ende 2007 vom Regierungsrat verabschiedet. Zu den prioritären Zielsetzungen der Planung gehören Bevölkerungsnähe und Behandlungskontinuität.

Die Schaffung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen ist eine langfristige Aufgabe, die Massnahmen in verschiedenen Politikbereichen erfordert: Schule, Familienpolitik, öffentliche Sicherheit, soziale Integration, Raumplanung und andere mehr. Dies erfordert eine interdirektionale Zusammenarbeit und Sensibilisierung innerhalb der Kantonsverwaltung.

Die Art der psychischen Probleme verändert sich im Laufe des Alters. Bei den Männern werden im Alter von 5 bis 15 Jahren am meisten Pflgetage für die Behandlung von Verhaltens- und emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters benötigt. Dazu gehören Störungen im Zusammenhang mit dem Sozialverhalten, hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsstörungen), Entwicklungsstörungen und emotionale Störungen. Im Altersbereich zwischen 15 und 40 werden die meisten Pflgetage zur Behandlung von schizophrenen Störungen eingesetzt. Zwischen 40 und 50 dominieren bei den Männern die affektiven Störungen, also Probleme mit der Stimmung (z. B. Depressionen) und Antriebsschwächen. Eine wichtige Rolle spielen bei Männern im Alter zwischen 30 und 60 Jahren die psychischen Probleme im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, welche in diesem Altersbereich die zweitwichtigste Diagnosegruppe bezüglich der Generierung von Pflgetagen bildet.

Bei den Männern ab dem Alter von 50 treten die psychischen Störungen, gemessen am Anteil der notwendigen Pflgetage, in den Hintergrund zugunsten von Rehabilitationsaufenthalten (Diagnosekapitel: Gesundheitsstatus), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen. Ab dem 85. Lebensjahr nehmen dann aber insbesondere Demenzerkrankungen und organisch bedingte Verhaltensstörungen wieder zu. Dazu gehören Alzheimererkrankungen, Demenzen mit vaskulären Ursachen oder altersbedingte Schädigungen des Gehirns und des Nervensystems. Die Ursache für die Zunahme des Anteils der Atemwegserkrankungen bei den ältesten Männern sind Pneumonien (Lungenentzündungen).

Bei den Frauen zeigen sich im Alter zwischen 1 und 12 Jahren die Erkrankungen des Atemsystems als wichtigste Verursacher von Pflgetagen. Dazu gehören Tonsillitis, Bronchitis und Asthma. Im Alter zwischen 13 und 21 Jahren dann dominieren ebenfalls psychiatrische Diagnosen bei den Pflgetagen. Es handelt sich um neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen, phobische Störungen (also Angststörungen), Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Für die Frauen im Alter zwischen 20 bis 40 werden, wie gesagt, für Schwangerschaft und Geburt am meisten Pflgetage eingesetzt. Anschliessend, im Alter zwischen 40 und 60, dominieren die affektiven Störungen, ähnlich wie bei den Männern. An zweiter Stelle in der Rangliste nach Pflgetagen stehen im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren die schizophrenen Störungen. Ab 60 bis zum Alter von 90 sind es die Rehabilitationsaufenthalte, welche die meisten Pflgetage verursachen.

7.6 Zusammenfassung

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser erlaubt einen umfassenden Einblick in das Geschehen um die Hospitalisierungen der Bevölkerung des Kantons Bern. Die in kodierter Form vorhandenen medizinischen Diagnosen können dabei in verschiedenen Detaillierungsstufen betrachtet werden. Ausgehend von den Diagnosekapiteln, die grobe Krankheitsphänomene unterteilen, kann die Betrachtungsweise auf detaillierte Analyseebenen (Diagnosegruppen) vertieft werden, wobei die Differenziertheit, aber auch die Komplexität der Aussage erhöht werden. In der vorliegenden Analyse wurden die Hauptdiagnosen der im Jahr 2002 hospitalisierten Einwohner/innen des Kantons Bern analysiert. Die Analysen erfolgten nach den Dimensionen Alter, Geschlecht, Diagnosekapitel sowie Diagnosegruppen, basierend auf dem Clinical Classification System (CCS).

Die medizinische Statistik des BFS ist eine relativ neue Erhebung, wird sie doch erst seit dem Jahr 1998 durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine routinemässig durchgeführte, administrative Erhebung, deren Qualität zu einem grossen Teil von der Mitarbeit und der Motivation der Verantwortlichen in den einzelnen Spitälern abhängt. Ein grosser Pluspunkt der Medizinischen Statistik ist die Tatsache, dass es sich dabei um eine obligatorische, gesamtschweizerisch einheitlich durchgeführte Vollerhebung handelt, die im Prinzip die Gesamtheit der stationären Leistungen der Spitäler vollständig abbildet.

Betrachtet man die Angaben nach der Dimension Alter, so lässt sich eine Art typische Krankheitsbiographie nachzeichnen, und es lässt sich auf detaillierte Art und Weise aufzeigen, welche gesundheitlichen Probleme je nach Altersabschnitt dominant sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass hier ausschliesslich Querschnittdaten analysiert wurden, was bedeutet, dass neben dem Alterseffekt auch verschiedene Kohorteneffekte (also Unterschiede zwischen den Generationen) einen Einfluss auf die dargestellten Unterschiede nach Altersgruppen haben können.

Gerade bei den Geschlechtsunterschieden ist dieser Vorbehalt bezüglich des Alters- versus Kohorteneffekts von Bedeutung. Verändern sich die geschlechtstypischen Risikoverhaltensweisen, wie dies heute beispielsweise bei den jungen Raucherinnen beobachtet wird, dann wird sich in Zukunft ein anderes Muster bei den Geschlechtsunterschieden in der Hospitalisierungsrate zeigen.

Wie sich gezeigt hat, sind es in den jungen Jahren am ehesten die Folgen von Unfällen und Verletzungen, die eine wichtige Rolle bei den Hospitalisierungen spielen. In

einer späteren Lebensphase bilden die Rücken- und Gelenkbeschwerden ein wichtiges gesundheitliches Problem, das in seinen Ausmassen schon fast als Volkskrankheit angesehen muss. Mit zunehmendem Alter treten dann Beschwerden im Bereich von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Neubildungen/Krebserkrankungen in den Vordergrund. Beachtenswert scheint uns auch der je nach Geschlecht und Alter recht hohe Anteil an Hospitalisierungen aufgrund von elektiven Behandlungen (Wahlbehandlungen) wie beispielsweise den Beschneidungen oder den oft aus ästhetischen Gründen vorgenommenen Eingriffen wegen Krampfadern.

Bei der Analyse nach Geschlecht beobachtet man zunächst die mit dem biologischen Geschlecht verbundenen Unterschiede bei Spitaleintritten infolge Schwangerschaft und Geburt bei den Frauen. Weitere Unterschiede können neben biologischen Differenzen auch mit den geschlechtstypischen Verhaltensweisen und Lebensstilen in Verbindung gebracht werden. Bei den Männern zeigt sich schon von den ersten Altersgruppen an das grössere Risikoverhalten, das sich zunächst mit einer höheren Hospitalisierungsrate infolge von Unfällen und Verletzungen manifestiert. Bei Frauen dominiert dagegen im hohen Alter das Sturzrisiko, wenn sie noch selbstständig den Haushalt führen.

Die Hospitalisierungsraten in Folge von Herz-Kreislauf-Krankheiten, welche stark durch das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflusst werden, sind bei den Männern deutlich höher – ein Faktor, der auch wesentlich zu der im Vergleich geringeren Lebenserwartung der Männer beiträgt.

Erstaunlich ist schliesslich der hohe Anteil der Psychiatrie an den stationären Pflagetagen – ein Befund den man in diesem Ausmass zunächst nicht vermuten würde. Er ergibt sich aber – im Vergleich mit der Behandlung von somatischen Erkrankungen – aufgrund der durchschnittlich langen Dauer der Erkrankung und Therapie, bis eine Entlassung möglich ist.

Auch in Zukunft ist mit Hilfe der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ein fundierter Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung des Kantons Bern möglich, und es wird insbesondere interessant sein, nach einer gewissen Zeit Längsschnittvergleiche durchzuführen und Entwicklungstendenzen auszumachen. Im Zuge der Einführung von diagnosebezogenen Finanzierungsmodellen in den Spitälern, erhalten die Angaben der Medizinischen Statistik für die Spitäler einen zentralen Stellenwert.

8 Literatur

- Andrews, F., J. Morgan und J. Sonquist (1971).* Multiple Classification Analysis: A Report on a Computer Program for Multiple Regression using Categorical Predictors. Ann Arbor, Mi.: Survey Research Center, Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: BFS, Bundesamt für Statistik (Hg.). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981).* Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Baggott, R. (2000).* Public Health. Policy and Politics. New York: Palgrave.
- Balarajan, R. und V. Soni Raleigh (1995).* Ethnicity and Health in England. London: HMSO.
- BASPO (Bundesamt für Sport), Bundesamt für Gesundheit (BAG), et al. (2001).* Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. BAG-Bulletin 2001, 33: 604–607.
- Benninghaus, H. (2002).* Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BFS, Bundesamt für Statistik (1997).* Die Raumgliederung der Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2000).* Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2002).* Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- BFS, Bundesamt für Statistik (2003a).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Erhebungsmethode in Kürze. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2003b).* Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Dokument 3.5. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2003c).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2003d).* Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1997 und 1998. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- BFS, Bundesamt für Statistik (2004a).* Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1999 und 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2004b).* Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2004c) Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2003.* Definitive Ergebnisse, nach Anpassung an die Volkszählung 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2005).* Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFU, Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003).* Unfallgeschehen in der Schweiz: Statistik 2003. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004a).* Wohnregion (Sprachregion und MS-Region) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger. S. 119–146.

- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004b).* Schlussfolgerungen/ Massnahmen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger. S. 225–234.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004c).* Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht und Band 2 Detailresultate. Chur: Rüegger.
- Bisig, B. und G. Gmel (2004).* Schulbildung/Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger. S. 55–82.
- Bisig, B., V. Beer (1996).* Sterblichkeit. In: Die Gesundheit im Kanton Freiburg. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Bortz, J. (2004).* Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bourdieu, P. (1987).* Die feinen Unterschiede: Kritik an der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Cardia-Vonèche, L. und B. Bastard (1999).* Das soziale Umfeld. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern et al.: Hans Huber. S. 471–479.
- Carstairs, V. und R. Morris (1989).* Deprivation: Explaining Differences in Mortality Between Scotland and England and Wales. *British Medical Journal* 299: 886–889.
- Cole, T.J., M.C. Bellizzi, K.M. Flegal und W.H. Dietz (2000).* Establishing a standard definition für child overweight and obesity worldwide: international survey. *Brit Med J*, 320,1–6.
- Crivelli, L., M. Filippini und I. Mosca. (2003).* Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per I Cantoni svizzeri. Lugano: Università della Svizzera italiana, Mecop.
- Dawson, D. A., und R. Room (2000).* Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö Conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12 (1–2): 1–21.
- Domenighetti, G. und C. Limoni (1994).* Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse. *Ars Medici* 14: 966–969.
- Domenighetti, G. und L. Crivelli (2001).* Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lausanne: IEMS, Université de Lausanne; Lugano: Università della Svizzera italiana.
- Doppmann, R. (1985).* Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz. Basel: Schlattmann.
- Drever, F. und M. Whitehead (1995).* Mortality in Regions and Local Authority Districts in the 1990s: Exploring the Relationship with Deprivation. *Population Trends* 82: 19–27.
- Egger T. (2003).* Integration und Arbeit: Handlungsfelder, Akteure und Ansatzpunkte zur Besserstellung von Ausländerinnen und Ausländern auf dem Schweizer Arbeitsmarkt, Bern: Eidgenössische Ausländerkommission EKA.
- Eichholzer, M. (2003).* Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur. <http://www.suissebalance.ch/dt/fakten/koerpergewicht.html>, 2.8.2004.
- Eisner, M und P. Manzoni (Hg.) (1998).* Gewalt in der Schweiz: Studien zur Entwicklung, Wahrnehmung und staatlichen Reaktion. Chur/Zürich: Rüegger.
- Eisner, M. und M. Killias (2004).* Country Survey: Switzerland,. in: *European Journal of Criminology*, Vol. 1 (2): 257–293.
- Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H. Jr., & Simons, R.L. (1994).* Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467–483.
- Gmel, G. (2000).* Verbreitung und Einflussfaktoren des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. In: E. Maffli (Hg.). *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis.* Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Grob A., R. Lüthi und A. Flammer (1990).* Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene). Bern: Universität, Institut für Psychologie.

- Gubéran, E. und M. Usel (2000). Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT).
- Haari, R., C. Rüefli und A. Vatter (2002). Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen, in *Soziale Sicherheit* 1/02; 14–16.
- Harding, S. und R. Maxwell (1997). Differences in the Mortality of Migrants. In: F. Drever und M. Whitehead (Hg.). *Health Inequalities: Decennial Supplement*. London: Stationery Office. S. 108–121.
- Hartung, J. und B. Elpelt (1986). *Multivariate Statistik: Lehrbuch und Handbuch der angewandten Statistik*. München: Oldenbourg.
- HEA; Health Education Authority (1997). *Guidelines: promoting Physical Activity with Black and Minority Ethnic Groups*. London: HEA.
- Hense, H.-W. (1997). Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hrsg.). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber, 264–274.
- Hirsig, R. (1996). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band I*. Zürich: Seismo.
- Hirsig, R. (1997). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band II*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F. und V. Hugentobler (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Huber.
- Idler, E.L. und Y. Benyamini (1997). Self-rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav* 38: 21–37.
- IHA-GfK Hergiswil (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Schlussbericht zur Datenerhebung, internes Dokument*.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich (Hrsg.) (1994). *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Jaggi A., Junker C., Minder C. (2001). Beeinflusst die medizinische Versorgungsstruktur den Anteil Todesfälle im Spital? Eine ökologische Analyse in den MS-Regionen der Schweiz. *Soz Präventivmed.*, 46(6), 379–88.
- Jeanrenaud C. et al. (2003). *Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. Neuchâtel, Oktober 2003.
- Kapellen, T.M., A. Galler, A. Böttner und W. Kiess (2004). *Epidemiologie, Behandlungsstrategie und Prävention von Typ 2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen*. *Dtsch Med Wochenschr*, 129, 1519–1523.
- Kommunikationsstelle Interpharma (2003). *Pharmamarkt Schweiz*. Basel: Pharma Information.
- Künzli, N., R. Kaiser, R. Rapp, H. Sommer, H.-U. Wanner, R. Seethaler und U. Ackermann-Liebrich (1997). *Luftverschmutzung in der Schweiz – Quantifizierung gesundheitlicher Effekte unter Verwendung epidemiologischer Daten*. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 127: 1361–1370.
- Ladewig, D. (2000). *Arzneimittel und Missbrauchspotential*. In: E. Maffli (Hg.). *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Lamprecht, M. und HP. Stamm (1999). *Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage*. In: C. Maeder, C. Burton-Jangros und M. Haour-Knipe (Hg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*. Zürich: Seismo: 62–85.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., & Andrews, J.A. (1993). *Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133–144.
- MacIntyre, S. McIver und A. Soomans (1993). *Area, Class and Health: Should We Be Focusing on Places or People?* *Journal of Social Policy* 22: 213–234.
- Mackenbach J.P., J.G. Simon, C.W.N. Looman und I.M.A. Joung (2002). *Self-assessed Health and Mortality: Could Psychosocial Factors Explain the Association?* *International Journal of Epidemiology* 31 (6): 1162–1168.
- Maffli, E. und U. Bahner (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz (Forschungsbericht Nr. 33)*. Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Marti, Bernard und Achim Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

- Mechanic, D. (1963).* Religion, religiosity and illness behavior: The special case of the Jews. *Human Organization* 22: 202–208.
- Meslé, F. (2004).* Espérance de vie: un avantage féminin menacé? *Population et Sociétés. Bulletin d'information* 402. Paris: Institut national d'études démographiques.
- Meyer, P.C. und O. Jeanneret (1999).* Soziale Umwelt – Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern et al.: Hans Huber.* S. 480–489.
- Mielck, A. (2000).* Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mielck, A. (Hg.) (1994).* Krankheit und soziale Ungleichheit, Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich.
- Müller, S und G. Gmel (2002).* Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Sozial- und Präventivmedizin* 47: 14–23.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.-C., Disserens, C., Alsaker, F., & Michaud, P.-A. (2004).* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Lausanne (Raisons de santé, 95b).
- Nazroo, J.Y. (1997).* The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey. London: Policy Studies Institute.
- Nizard A. (1997).* Les trois révolutions de la mortalité depuis 1950. *Population et Sociétés. N°327.* Paris: Institut national d'études démographiques.
- Organisation panaméricaine de la santé (2002).* La Standardisation: Une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. *Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO).* Vol. 23(3). Washington.
- Organisation panaméricaine de la santé (2003).* Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité: Les Années Potentielles de Vie Perdues. *Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO).* Vol. 24(2). Washington.
- Prader, A., R.H. Largo, L. Molinari & C. Issler (1989).* Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. *Paediatrica Acta,* 1989, Suppl. 52.
- Rehm, J. (1998).* Measuring quantity, frequency and volume of drinking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research,* 22 (2 Suppl): 45–145.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., et al. (1997).* Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association,* 278, 823–832.
- Rüefli, C. und A. Vatter (2001).* Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. *Forschungsbericht* 14/01. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Rüesch, P. und P. Manzoni (2003).* Psychische Gesundheit in der Schweiz. *Monitoring.* Neuchâtel: edition obsan.
- Schmid, H., M. Delgrande Jordan, E.N. Kuntsche und H. Kuendig (2003).* Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schwarzer, R. (1992).* Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1996).* Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Schweizerische Herzstiftung o.J.: Bluthochdruck. Bern: Schweizerische Herzstiftung.
- SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft (2002).* Konjunkturtendenzen Winter 2002/03. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004a).* Drogeninfo Tabak. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004b):* Drogen richtig einschätzen – Fehlinformationen durchschauen. www.sfa-isp.ch, Abfrage 2.11.2004.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004c).* Drogeninfo Kokain. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

- Shaw, M., D. Dorling und N. Brimblecombe (1998). Changing the Map: Health in Britain 1951–91. *Sociology of Health and Illness* 20(5): 694–709.
- Smala, A.M., I. Beeler und T. Szucs (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Steinhausen, H.C., & Winkler Metzke, C. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 427–440.
- Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (2004). Unfallstatistik UVG 1998–2002. Fünfjahresbericht. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- The Lancet – Editorial* (2001). Childhood obesity: an emerging public-health problem. *The Lancet*, 357, 1989.
- Urban, D. (1993). Regressionstheorie und Regressionstechnik. Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. in Guillaume Wunsch Graziella Caselli, Jacques Vallin (Dir.). *Démographie: analyse et synthèse*. INED. Paris.
- Vatter, A., M. Freitag, M. Bühlmann und C. Müller (2004). Politische, soziale und ökonomische Daten zu den Schweizer Kantonen 1983–2002. Bern: Institut für Politikwissenschaft.
- Wabitsch, M. (2004). Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 251–255.
- Wanner, H-U. (1993). Lärm. In W. Weiss (Hg.). *Gesundheit in der Schweiz.*, Zürich: Seismo: 413–423.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672–1677.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- Weiss, R. et al. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*, 350, 2362–2374.
- Weiss, W. (Hg.) (2000a). Zweiter Berner Gesundheitsbericht. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Weiss, W. (Hg.) (2000b). Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, Kanton Wallis. Sion: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Kanton Wallis.
- Weiss, W. et al. (Hg.) (1996). Die Gesundheit im Kanton Basel-Stadt. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Weiss, W., T. Spuhler, F. Gruet, D. Guidani und H. Noack (1990). Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Lausanne: Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI.
- WHO, World Health Organization (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series, No. 894).
- WHO, World Health Organization (2001). The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization (2002). The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization, Regionalbüro für Europa (1999). *Gesundheit 21*. Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle», Nr. 6. Kopenhagen: World Health Organization.
- Wild, S. und P. McKeigue (1997). Cross-sectional Analysis of Mortality by Country of Birth in England and Wales 1970–92. *British Medical Journal* 314: 305–310.
- Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 627–637.
- Zahnd, D. (2003). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Clinical Classification System (CCS) – ein Hilfsmittel für die Auswertung der Medizinischen Statistik, BFS, CodeInfo 2/03, 7–11.
- Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints. *American Sociological Review* 31: 615–630.

9 Anhang

9.1 Anhang Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung

9.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2002 zum dritten Mal nach 1992/1993 und 1997 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizerinnen und Schweizer, niedergelassene Ausländerinnen und Ausländer) von 15 und mehr Jahren repräsentativ ist, welche in Privathaushalten mit Telefonsanschluss wohnt. Wichtig bei derartigen Erhebungen ist die Auswahl der Befragten, da deren Angaben ein möglichst realitätsgetreues Abbild der Gesamtbevölkerung ergeben sollen. Um saisonale Differenzen zu vermeiden, wurde die Ziehung der Stichprobe entsprechend der Jahreszeiten in vier Wellen aufgeteilt.

Die Stichprobe wurde nach einem zweistufigen, geschichteten Zufallsverfahren gezogen. Die Schweizer Kantone stellen die 25 Schichten dar, wobei die Halbkantone Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden zusammengefasst wurden. Innerhalb jeder Schicht (Kanton) wurde die Zielperson in zwei Schritten bestimmt. Zunächst wurden per Zufall Haushalte auf Basis des elektronischen Telefonverzeichnisses ausgewählt. Aus diesen ausgewählten Haushalten wurde dann wiederum nach dem Zufallsprinzip je eine Zielperson gezogen. Die Kantone hatten die Möglichkeit, durch finanzielle Beteiligung den jeweiligen kantonalen Stichprobenumfang zu erhöhen, um zuverlässige kantonale Auswertungen durchführen zu können. Für folgende 16 Kantone liegen repräsentative Stichproben vor: AG, BL, BS, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SO, SG, TI, VS, VD, ZG, ZH (BFS, 2003a).

Für die Gesamtschweiz haben 19'706 Personen an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 2044 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 32'868 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 64%. 13'249 Interviews wurden auf Deutsch

geführt (Teilnahmequote 65,5%), 4950 auf Französisch (61,1%) und 1507 auf Italienisch (60,4%). Die Interviews fanden ausschliesslich in diesen drei Sprachen statt.

Von den 36% der Personen, die nicht an der Befragung teilnahmen:

- kam in 7668 Fällen das Interview auf Ebene des Haushaltes (23,3% der Brutto-Stichprobe) nicht zustande: Verweigerung der Interview-Teilnahme in 56% dieser Fälle; 21% nicht erreichbar nach bis 50 Anrufversuchen; Gesundheitsprobleme, 10%; Sprachprobleme, 7%; andere Gründe, 5%.
- und in 3450 Fällen auf Ebene der Zielpersonen (10,5% der Brutto-Stichprobe): Interviewverweigerung, 64%; Person nicht erreichbar, 24%; Gesundheitsprobleme, 4%; Sprachprobleme, 3%; andere Gründe, 5% (BFS, 2003a).

Bezüglich der Interviewteilnahme ist hervorzuheben, dass insgesamt gegen 900 Haushalte oder Personen aus gesundheitlichen Problemen bzw. weitere 650 Haushalte/Personen aus Sprachproblemen nicht geantwortet haben. Inwiefern dies die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflusst, ist ohne vertiefte Analyse der soziodemographischen Merkmale der Verweigerer schwer abzuschätzen. Es könnte aber darauf hinweisen, dass Menschen mit starken gesundheitlichen Problemen und in der Folge längeren Aufenthalten in Spitälern oder Heimen bzw. sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt.

9.1.2 Datenerhebung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden. Für Zielpersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d. h. comput-

ergestützte Telefoninterviews/insgesamt 18'554 Interviews, welche 94,2% der Stichprobe ausmachen). Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview geführt werden konnte (längerer Auslandsaufenthalt, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), erteilte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft (so genannte PROXY-Interviews) zu einem Teil der Fragen. Dies war bei 947 Personen der Stichprobe der Fall (4,8%). Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Interviews betrug knapp 40 Minuten für ungefähr 400 Fragen. Persönliche Face-to-face Interviews fanden schliesslich mit 205 (1,0% der Stichprobe) der 1823 Personen im Alter von 75 Jahren und mehr statt, die dies wünschten. Alle 18'759 Zielpersonen, die telefonisch oder persönlich befragt wurden, erhielten anschliessend per Post einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen. Die Teilnahmequote der schriftlichen Befragung betrug 86,0% (16'141 Personen) (BFS, 2003a).

Für die Durchführung der Befragung beauftragte das Bundesamt für Statistik das Befragungsinstitut IHA-GfK in Hergiswil. Zum Zweck der Qualitätssicherung führte das BFS dabei zumeist wöchentliche Besuche in den Labors des Befragungsinstituts durch. Für detaillierte Informationen zur Datenerhebung siehe auch den Schlussbericht des IHA-GfK Hergiswil (2003).

9.1.3 Gewichtungungsverfahren

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz Gültigkeit erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen, können so teilweise korrigiert werden. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2001) verglichen, welche sowohl Personen in Privathaushalten wie auch Personen in Kollektivhaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemographischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede seiner Antworten multipliziert wird. Dahinter steht die (nicht zu überprüfende) Annahme, dass die Stichprobe so auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird.

Bei der telefonischen und Face-to-face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Haushaltsgrösse (Anzahl Personen von 15 Jahren und älter im Haushalt der interviewten Person), Alter (sechs Altersgruppen: 15–24 Jahre, 25–34 Jahre, 35–44 Jahre, 45–59 Jahre, 60–69 Jahre, 70 Jahre und älter), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und Sehbehinderungen in die Berechnung miteinbezogen (BFS, 2003b). Dies bedeutet: Sind beispielsweise ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter – verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung – in der Schweizer Telefon-Stichprobe untervertreten, machen sie nun dank dem Gewichtungsverfahren den gleichen Anteil in der Stichprobe wie in der Wohnbevölkerung aus.

9.1.4 Auswertungungsverfahren

Der vorliegende Abschnitt enthält einen kurzen Überblick über die statistischen Verfahren, die in den nachfolgenden Analysen angewendet werden. Weitergehende Informationen zu den Grundlagen und den Berechnungen lassen sich der Fachliteratur entnehmen (vgl. Bortz, 2004, Benninghaus 2002, Urban 1993, Hartung und Elpelt 1986, Hirsig 1996, 1997).

Auf der Ebene einfacher Häufigkeitsverteilungen werden die jeweiligen Prozentwerte aufgeführt. Die Prozentangaben beruhen auf den gewichteten Daten. Bei jeder Tabelle oder Abbildung wird zudem die genaue Anzahl Befragter aufgeführt, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegen. Diese Angaben zu den Fallzahlen beruhen immer auf den ungewichteten Daten. Falls die Anzahl Befragter in einer einzelnen Zelle weniger als 30 Fälle beträgt, ist die jeweilige Prozentangabe in Klammern aufgeführt. Bei weniger als 10 Befragten wird kein Wert ausgewiesen.

Bei der Analyse bivariater Zusammenhänge werden Signifikanztests und Korrelationskoeffizienten auf der Basis der ungewichteten Daten berechnet. Bei der Festlegung der Signifikanz wird auf die beiden in den Sozialwissenschaften üblichen Signifikanzniveaus – 95%-Niveau (signifikant) und 99%-Niveau (hoch signifikant) – abgestellt. Um neben der Angabe zur Signifikanz einer Assoziation auch Aussagen über die Stärke eines Zusammenhangs machen zu können, werden je nach Skalenniveau unterschiedliche Zusammenhangsmasse berechnet. Dabei wird bei nominalskalierten Variablen auf Cramer's

V (V), bei ordinalskalierten Daten auf das Gamma von Goodman und Kruskal (γ) und bei mindestens intervallskalierten Variablen auf die Produkt-Moment-Korrelation von Pearson (r) zurückgegriffen. Die genannten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen) und 1 bzw. -1 (perfekte Beziehung zwischen den beiden Variablen) annehmen.

Für die multivariaten Auswertungen wurden zusätzlich die konventionellen Verfahren der (logistischen) Regressions- und Varianzanalyse verwendet. In der Regressionsanalyse wird versucht, diejenige Funktion zu finden, mit der die Verteilung einer abhängigen Variable aufgrund der Verteilung einer unabhängigen Variablen am besten vorausgesagt werden kann. Am besten heisst bei der in dieser Arbeit verwendeten Kleinst-Quadrate-Methode (OLS-Schätzung), dass die Summe der quadrierten Differenzen zwischen den vorausgesagten und den tatsächlich gemessenen Werten minimal sein soll. Als Mass, wie gut diese Voraussage gelungen ist, wie stark also die lineare Beziehung zwischen den beiden Variablen ist, können zwei Kennzahlen verwendet werden: der standardisierte Regressionskoeffizient (entspricht im bivariaten Modell der Produkt-Moment-Korrelation von Pearson), welcher Stärke und Richtung des Zusammenhanges angibt, und der Determinationskoeffizient (R^2), der angibt, wie viel der Varianz der abhängigen Variablen durch die unabhängige Variable erklärt werden kann. Im multivariaten Modell zeigt der standardisierte Regressionskoeffizient (Beta-Koeffizient) den Effekt der unabhängigen Variablen, wenn der Einfluss aller anderen spezifizierten unabhängigen Variablen konstant gesetzt wird.

Wird die abhängige Variable in den Ausprägungen 0 oder 1 gemessen, so kann das OLS-Verfahren nicht angewendet werden, da die Annahmen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt sind. Hier wird deshalb auf die logistische Regression zurückgegriffen: Die binäre abhängige Variable wird durch Logarithmierung derart transformiert, dass sie theoretisch von minus bis plus unendlich reicht. Basierend auf den Ausprägungen der unabhängigen Variablen, schätzt die logistische Regression dann die Wahrscheinlichkeit, dass die zu erklärende Variable den Wert 1 annimmt. Sind die Schätzer positiv (und signifikant), so bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt. Negative (signifikante) Schätzer geben hingegen eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit an (vgl. Urban 1993).

Bei der Varianzanalyse handelt es sich um ein Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen. Das in den Kapitel 5 verwendete varianzanalytische Verfahren der multiplen Klassifikationsanalyse kann aber auch als Spezialfall der Regressionsanalyse behandelt werden (vgl. Bortz, 2004, Andrews et al. 19715.). Wie bei der Regressionsanalyse lässt sich auch mit der Varianzanalyse die Frage beantworten, inwieweit die Varianz einer abhängigen Variable sich auf eine oder mehrere unabhängige Variablen bzw. deren Interaktion zurückführen lässt. Während in der Regressionsanalyse die Varianzerklärung über die Abweichung von der Regressionsgerade gemessen wird, wird die Varianzerklärung bei der Varianzanalyse über die Abweichungen zum Gruppenmittelwert ermittelt. Da die Schätzung aufgrund von Gruppenmittelwerten vorgenommen wird, hat die Varianzanalyse gegenüber der Regressionsanalyse den Vorteil, dass die zentralen Annahmen – Linearität der Zusammenhänge und intervallskalierte Variablen – weniger strikte formuliert sind.

9.2 Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen

Die verwendeten Daten entstammen der Todesursachenstatistik (s. z. B. BFS, 2003d, 2004e) und der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (s. z. B. BFS, 2004f). Berechnungsgrundlage der Sterbeziffern ist die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte.⁵¹ Die geografischen Analysen beziehen sich auf den Kanton, in dem die verstorbenen Personen ihren legalen Wohnsitz hatten. Die Sterberaten sind nach der direkten Methode altersstandardisiert (Organisation panaméricaine de la santé, 2002). Referenzbevölkerung ist die europäische Standardbevölkerung im Jahr 1976. Die Todesursachen sind nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD, 10. Revision) klassifiziert (BFS, 2004a). Die Todesfälle im ersten Lebensjahr werden in Abschnitt 2.4.2 ausgeklammert, um eine allzu starke Gewichtung der Säuglingssterblichkeit zu vermeiden.

Die Analyse der Verlorenen Potenziellen Lebensjahre (VPL) soll Aufschluss geben über die häufigsten Ursachen der «vorzeitigen» Todesfälle und damit Rückschlüsse auf allfällige Präventionsmassnahmen ermöglichen (BFS, 2004a). In dieser Sicht wird anstelle des blossen Ereignisses «Tod» das Alter mitberücksichtigt, in welchem der Tod auftritt (Organisation panaméricaine de la santé, 2003).

⁵¹ Arithmetisches Mittel zwischen der ständigen Wohnbevölkerung per 1. Januar und per 31. Dezember eines Kalenderjahres.

Formel 1: Berechnung der VPL

Zur Berechnung der ursachenspezifischen VPL wird die Summe nach Altersjahren aller auf diese Ursache zurückzuführenden Todesfälle mit der Differenz zwischen dem Altersjahr und dem gewählten (potenziell erreichbaren) Mindestalter von 70 Jahren multipliziert. Als Formel ausgedrückt heisst das

$$VPL = \sum_{i=L}^L (L - i) \cdot d_i$$

wobei *L* das beobachtete Alter und *L* die gewählte obere Altersgrenze, *i* das Todesalter und *d_i* die Anzahl Todesfälle im Alter *i* ist.

Quelle: Organisation panaméricaine de la santé (2003)

Die standardisierte Mortalitätsrate (Standardized Mortality Ratio oder SMR) misst den Unterschied bei der Sterblichkeit zwischen zwei Regionen unter Berücksichtigung der Alterstruktur dieser Regionen. Ein Wert des SMR von 100 bedeutet, dass kein Unterschied zwischen den beiden beobachteten Regionen besteht. Ein Wert von 110 in einem Kanton weist auf eine 10% höhere Sterblichkeit in diesem Kanton im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt hin. Demgegenüber bedeutet ein Wert von 90, dass im betreffenden Kanton die Sterblichkeit an einer bestimmten Todesursache 10% unter dem Schweizer Mittel liegt (Bisig, Beer, 1996).

Formel 2: Standardisierte Mortalitätsrate (SMR)

$$SMR = \frac{K}{\sum_{x=1}^g \left[E_x \cdot \frac{C_x}{R_x} \right]} \cdot 100$$

wobei *g* Anzahl Altersgruppe, *R_x*, Bevölkerung in der *x*-ten-Altersgruppe in der Schweiz, *C_x* Anzahl Fälle in der *x*-ten Altersgruppe in der Schweiz, *E_x*, Bevölkerung in der *x*-ten-Altersgruppe im Kanton und *K*, Anzahl beobachtete Fälle im Kanton.

Quelle: Organisation panaméricaine de la santé (2002)

9.3 Anhang zu Kapitel 6: Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher von 11 bis 20 Jahren

9.3.1 Stichprobenziehung und Repräsentativität

Es wurden Klumpenstichproben mit der Klasse als Einheit gezogen: bei der HBSC-Studie aus dem Klassenverzeichnis des Bundesamts für Statistik, bei der SMASH-Studie aus kantonalen Listen aller Klassen im öffentlichen, nachobligatorischen Bereich. Tabelle 9.1 vergleicht die Berner und die Schweizer Stichproben mit den Volkszählungsdaten von 2000.

Tab. 9.1 Zusammensetzung der beiden Berner Stichproben HBSC und SMASH im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Stichproben und den Volkszählungsdaten vom Jahr 2000 (ausschliesslich für die jüngeren Altersgruppen⁵²)

	11–16-Jährige				16–20-Jährige						
	Volkszählung BE		HBSC BE N=1 426		HBSC CH N=10 115		SM-SH BE N=957		SM-SH CH N=7 428		
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Einwohner/innen	33 924	31 923									
	51%	49%									
Befragte (n, %)			698	728	4 986	5 129	487	470	4 044	3 384	
			49%	51%	51%	49%	51%	49%	54%	46%	
11–12 J.	11 568	10 956	165	164	1 610	1 702					
	34%	34%	24%	22%	32%	33%					
13–14 J.	11 176	10 495	284	310	2 029	2 164					
	33%	33%	41%	43%	41%	42%					
15–16 J.	11 180	10 472	249	254	1 351	1 257					
	33%	33%	36%	35%	27%	25%					
16–17 J.							176	151	1 520	1 371	
							36%	32%	38%	40%	
18–20 J.							311	319	2 524	2 013	
							64%	68%	62%	60%	
Lehrlinge							448	389	3 183	2 131	
							92%	83%	79%	63%	
Schüler/innen							39	81	861	1 252	
							8%	17%	21%	37%	

⁵² Bei den älteren Altersgruppen ist ein Vergleich mit den Volkszählungsdaten nicht möglich, da nicht die genau gleichen Ausbildungskategorien vorliegen.

Sowohl im Vergleich zu den Volkszählungsdaten als auch zur gesamtschweizerischen Stichprobe finden sich in der Berner HBSC-Stichprobe etwas mehr ältere Jugendliche. Die SMASH-Studie ist nur auf der Ebene der Sprachregion repräsentativ. Gegenüber der gesamtschweizerischen Stichprobe sind in der Berner Stichprobe mehr Lehrlinge, mehr Schweizerinnen und Schweizer (was dem tieferen Ausländeranteil des Kantons Bern durchaus entspricht) und bei den weiblichen Befragten mehr ältere Jugendliche vertreten. Diesen unterschiedlichen Zusammensetzungen der Stichproben muss beim Vergleich mit den gesamtschweizerischen Daten Rechnung getragen werden.

9.4 Anhang zu Kapitel 7: Spitalbehandlungen der Bevölkerung des Kantons Bern

9.4.1 Stichworte zur Methodik

Für die Analyse wurden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2002 verwendet. Berücksichtigt wurden als Grundgesamtheit alle Austritte nach stationären und teilstationären Spitalaufenthalten von Personen mit Wohnsitz im Kanton Bern, welche im Jahr 2002 in Schweizer Spitälern behandelt wurden, also auch in Spitälern ausserhalb des Kantons. Als Altersgruppen wurden in einem Bereich zwischen 1 bis 95 Jahren einzelne Altersjahre genommen, wobei zur letzten Altersgruppe auch alle Fälle mit höherem Alter gehören.

Tab.9.2 Die 18 Diagnosekapitel des Clinical Classification Systems und deren wichtigste örankheitsgruppen⁵³

Kapitel	Kapitelbezeichnung	Wichtigste Krankheitsgruppen
1	Infektiöse und parasitäre Krankheiten, Infektionen	Bakterielle und virale Infektionen, Sepsis, sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Hepatitis, HIV, Mykosen, Impfungen und Screening
2	Neubildungen (Krebskrankheiten)	Gutartige Neubildungen, bösartige N. Brustdrüse, Strahlen-, Chemotherapie, bösartige N. Bronchien und Lunge, bösartige N. Prostata, gutartige N. Uterus, bösartige N. Harnblase
3	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Diabetes mit Komplikationen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Krankheiten der Schilddrüse, Diabetes ohne Komplikationen
4	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	Eisenmangel und sonstige Anämien, Koagulopathien und sonstige hämorrhagische Diathesen, Krankheiten der weissen Blutzellen
5	Psychische Erkrankungen	Affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, alkoholbedingte Verhaltensstörungen, schizophrene Störungen, Demenz und organisch bedingte Verhaltensstörungen
6	Krankheiten des Nervensystems, inkl. Erkrankungen von Augen und Ohren	Katarakt (Grauer Star), Störungen des Nervensystems, Epilepsie, Konvulsionen (inkl. Fieberkrämpfe), Erkrankungen des Auges, Otitis (Mittelohrentzündungen)
7	Krankheiten des Kreislaufsystems	Arteriosklerose und sonstige Herzkrankheiten (inkl. ischämische Herzkrankheiten), Varizen der unteren Extremitäten, akute zerebrovaskuläre Krankheiten, akuter Myokardinfarkt
8	Krankheiten des Atmungssystems	Pneumonie (nicht tuberkulös), akute und chronische Tonsillitis, sonstige Erkrankungen der oberen Atmungsorgane, chronisch obstruktive Lungenkrankheit und Bronchiektasen
9	Krankheiten des Verdauungssystems	Abdominalhernien, Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege (exkl. Pankreas), Appendizitis, infektiöse Darmkrankheiten, Divertikulose, sonstige gastrointestinale Störungen
10	Krankheiten des Urogenitalsystems	Urolithiasis, sonstige Krankheiten der weiblichen Genitalorgane, Menstruationsstörungen, sonstige Störungen der männlichen Genitalorgane, Prostatahyperplasie
11	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Normale Schwangerschaft und/oder Geburt, Komplikationen bei Geburt und Wochenbett, fetale Hypoxie und abnorme Wehentätigkeit, ärztlich eingeleiteter Abort
12	Krankheiten von Haut und Unterhaut	Infektionen von Haut- und Unterhaut, sonstige Hautkrankheiten, chronische Geschwüre der Haut, sonstige entzündliche Krankheiten der Haut
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebe	Spondylose, Bandscheibenschäden und sonstige Rückenprobleme, Osteoarthritis, sonstige Krankheiten des Bindegewebes, erworbene Deformitäten der Füsse, nicht-traumatische Gelenkrankheiten
14	Angeborene Fehlbildungen	Sonstige kongenitale Anomalien, kongenitale Anomalien des Harn- und Genitaltrakts, kongenitale Anomalien des Herz- Kreislauf-Systems, kongenitale Anomalien des Verdauungssystems
15	Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	Gesundes Neugeborenes, sonstige Zustände der Perinatalperiode, Frühgeborene, niedriges Geburtsgewicht und unterentwickelte Neugeborene, hämolytische Krankheiten beim Neugeborenen
16	Verletzungen und Vergiftungen	Schäden an Gelenken / Luxationen, Frakturen von Gliedmassen, Schädel-Hirntraumata inkl. Kommotio, Schenkelhalsfraktur, schweres stumpfes Trauma oder innere Verletzungen
17	Symptome und unklar definierte Zustände (Gesundheitsstatus)	Rehabilitation und Anpassung von Hilfsgeräten, medizinische Untersuchungen, sonstige Nachuntersuchungen, Rekonvaleszenz, Bauch- und Beckenschmerzen, Synkope und Kollaps
18	Andere Codes und äussere Ursachen	Sonstige und nicht zugeordnete Codes

⁵³ In der Reihenfolge ihrer Häufigkeit nach Fallzahlen.

Als Bezug zur Wohnbevölkerung wurden die Daten der Volkszählung des Jahres 2000 verwendet, da nur diese genügend differenziert vorliegen (Altersgruppen). Die ESPOP-Daten des BFS, die jährlich die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte ausweisen, sind nicht nach Altersjahren aufgegliedert. Die Differenz zwischen der wirtschaftlichen Wohnbevölkerung 2000 (Quelle: Volkszählung) und der mittleren Wohnbevölkerung gemäss wirtschaftlichem Wohnsitz 2002 (Quelle ESPOP) ist gering ($N_{2000} = 957'197$; $N_{2002} = 955'428$).

Die Ermittlung der Pflage tage erfolgte durch Berechnung der Differenz in Tagen von Austrittsdatum und Eintrittsdatum plus einem Tag. Im Falle von Aufenthalten, die vor dem Jahr 2002 begonnen hatten, wurden die Aufenthaltstage vor dem 1.1.2002 nicht in die Analyse einbezogen, weil die Analyseperiode strikte auf das Jahr 2002 beschränkt sein sollte. Damit wird auch verhindert, dass Fälle von extremer Aufenthaltsdauer die Betrachtung eines einzelnen Jahres verzerren. Die Analyse wird somit auf diejenigen Pflage tage beschränkt, die innerhalb des betrachteten Kalenderjahres erbracht bzw. in Anspruch genommen werden.

9.4.2 Kurzbeschreibung des CCS-Systems

Eine Schwierigkeit bei der Auswertung von Diagnosestatistiken besteht in der grossen Vielfalt von medizinischen Fakten, die erhoben werden. Als Hauptdiagnose können rund 15'000 unterschiedliche Diagnoseangaben gemacht werden. Für die statistische Analyse muss diese Komplexität reduziert werden. Dazu wurde das in den USA entwickelte Clinical Classification System (CCS) verwendet, was den Vorteil hat, dass eine klinisch-epidemiologisch aussagekräftige Zusammenfassung gebildet wird, die aus nur 260 Gruppen besteht. Diese Zahl ist für die Analyse leicht handhabbar und bietet trotzdem Differenzierungsmöglichkeiten der wichtigsten Krankheiten. Im Weiteren ist es möglich, daraus 18 Krankheitskapitel zu bilden, die in der vorliegenden Analyse hauptsächlich verwendet wurden.

9.4.3 Berechnung der Prävalenzraten

Die Berechnungen der Erkrankungshäufigkeit wurden bevölkerungsbezogen durchgeführt. Durch die Inbezugsetzung der Anzahl der hospitalisierten Personen mit der Wohnbevölkerung innerhalb der beobachteten Periode (Jahr 2002) kann die gesamte Prävalenz, aber auch die diagnosespezifische Prävalenz⁵⁴ berechnet werden. Zur Berechnung der Gesamtprävalenz der hospitalisierten Personen, unabhängig von der Ursache des Spitaleintritts, wurden die erfassten Fälle bereinigt bezüglich der Mehrfachhospitalisationen innerhalb des Jahres 2002; das bedeutet: Es wurde untersucht, wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, der mindestens einmal hospitalisiert werden musste. Zur Berechnung der diagnosespezifischen Prävalenz wurden die erfassten Fälle bereinigt bezüglich der Mehrfachhospitalisationen innerhalb des Jahres 2002 aufgrund derselben Hauptdiagnose (regroupiert nach CCS); das heisst: Es wurde untersucht, wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, der wegen einer bestimmten Ursache mindestens einmal hospitalisiert werden musste. Für die Bereinigung nach Wiedereintritten wurde der anonyme Verbindungscode der Medizinischen Statistik verwendet, wobei 31 Fälle mit fehlerhaften Verbindungs codes aus der Analyse ausgeschlossen wurden.

⁵⁴ Für die Zusammenfassung der Diagnosen wurde das amerikanische Clinical Classification System (CCS) verwendet.



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Ufficio federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

OFS BFS LST