



ER  
FE  
NE  
LU

# Gesundheit im Kanton Luzern

Ergebnisse aus der Schweizerischen  
Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren  
Erhebungen



Gesundheits- und Sozialdepartement

## Herausgeber:

Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern und  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

## Impressum

### Herausgeber

Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern und Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autorinnen/Autoren

- Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG)
- Jean-Luc Heeb (Fachhochschule Westschweiz, HEF-TS)
- Niklas Baer und Tanja Fasel (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Laila Burla, Hélène Jaccard Ruedin, Florence Moreau-Gruet, Daniela Schuler, Isabelle Sturny, Maik Roth, France Weaver, Marcel Widmer und Andrea Zumbrunn (Obsan)

### Reviewboard

- Jean-Luc Heeb (Fachhochschule Westschweiz, HEF-TS)
- Niklas Baer (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind, France Weaver, Laila Burla und Florence Moreau-Gruet (Obsan)

### Steuerungsgruppe

- Henri Briant und Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne
- Véronique Delley, Blaise Martin, Philippe Sudre, Nicola Marzo und Elisabeth D ebenay, Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), G en eve
- Reto Fausch, Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Herisau
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsr aztin, Kantonsr aztliche Dienste Luzern
- Beat Planzer, Amt für Gesundheit Uri, Altdorf
- Antoine Casabianca und Jacqueline Quaglia, Dipartimento della sanit a e della socialit a del Cantone Ticino, Bellinzona
- Annick Rywalski, Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg, Freiburg

### Projektleitung Obsan

Laila Burla, Andrea Zumbrunn, Florence Moreau-Gruet und Oliver Egger

### Reihe und Nummer

Obsan Bericht 42

### Zitierweise

Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern und Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiteren Erhebungen*. Neuch atel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

### Weitere Informationen und Bestellungen

Kantonsr aztliche Dienste des Kantons Luzern  
Meyerstrasse 20  
Postfach 3439  
6002 Luzern  
Tel. 041 228 60 90  
Fax 041 228 67 33  
E-Mail: [kad@lu.ch](mailto:kad@lu.ch)

### Download PDF

[www.kantonsarzt.lu.ch/gesundheitsstatistik.htm](http://www.kantonsarzt.lu.ch/gesundheitsstatistik.htm)

### Auskünfte/Informationen zu den Daten

Bundesamt für Statistik BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Kontaktperson: Marilina Galati-Petrecchia), [www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch)

### Korrektorat

Susanne Reuber, Berlin

### Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

### ISBN

978-3-907872-74-1

  Obsan 2010

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>3</b>	<b>2.4 Soziale Gesundheit</b>	<b>40</b>
<b>Vorwort</b>	<b>4</b>	2.4.1 Einsamkeitsgefühle	40
<b>Gesamtzusammenfassung</b>	<b>5</b>	2.4.2 Vertrauensperson	42
<b>1 Einleitung</b>	<b>8</b>	<b>2.5 Sterblichkeit und Todesursachen</b>	<b>42</b>
<b>1.1 Zielsetzung</b>	<b>8</b>	2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern	42
<b>1.2 Thematische Ausrichtung</b>	<b>9</b>	2.5.2 Regionaler Vergleich	43
<b>1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen</b>	<b>12</b>	2.5.3 Ausgewählte Todesursachen	44
<b>1.4 Der Kanton Luzern im regionalen Vergleich</b>	<b>14</b>	2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre	47
<b>2 Gesundheitszustand</b>	<b>18</b>	<b>2.6 Zusammenfassung</b>	<b>47</b>
<b>2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	<b>19</b>	<b>3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen</b>	<b>49</b>
<b>2.2 Körperliche Gesundheit</b>	<b>22</b>	<b>3.1 Gesundheitseinstellungen</b>	<b>50</b>
2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme	22	3.1.1 Gesundheitskompetenz	51
2.2.2 Körperliche Beschwerden	24	<b>3.2 Körpergewicht, Ernährung und Körperliche Aktivität</b>	<b>53</b>
2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	25	3.2.1 Übergewicht	53
2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung	27	3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungs- gewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme	56
2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten	28	3.2.3 Körperliche Aktivität	59
2.2.6 Unfälle	30	<b>3.3 Konsum psychoaktiver Substanzen</b>	<b>62</b>
2.2.7 Stürze	32	3.3.1 Tabakkonsum	62
<b>2.3 Psychische Gesundheit</b>	<b>33</b>	3.3.2 Passivrauchen	66
2.3.1 Psychische Belastung	34	3.3.3 Alkoholkonsum	68
2.3.2 Kontrollüberzeugung	35	3.3.4 Cannabiskonsum	70
2.3.3 Kohärenzgefühl	37	3.3.5 Medikamentenkonsum	72
2.3.4 Depressive Symptome	39	<b>3.4 Zusammenfassung</b>	<b>75</b>
		<b>4 Wohn- und Arbeitssituation</b>	<b>76</b>
		<b>4.1 Immissionen im Wohnbereich</b>	<b>77</b>

<b>4.2 Belastungen bei der Arbeit</b>	79	<b>6.5 Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)</b>	125
4.2.1 Immissionen	79	<b>6.6 Zusammenfassung</b>	127
4.2.2 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit	82	<b>7 Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)</b>	128
<b>4.3 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation</b>	84	<b>7.1 Die OKP-Kosten im Kanton Luzern</b>	129
<b>4.4 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden</b>	85	<b>7.2 Versicherungsmodelle und Prämien</b>	133
<b>4.5 Zusammenfassung</b>	88	<b>7.3 Zusammenfassung</b>	136
<b>5 Schwerpunktthemen: Depression / Übergewicht</b>	89	<b>Glossar</b>	137
<b>5.1 Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten</b>	90	<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	141
5.1.1 Ausgangslage	90	<b>Literatur</b>	147
5.1.2 Vorgehensweise	91	<b>Anhang</b>	155
5.1.3 Resultate	92		
5.1.4 Diskussion	96		
<b>5.2 Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit</b>	97		
5.2.1 Einleitung	97		
5.2.2 Vorgehensweise	97		
5.2.3 Resultate	99		
5.2.4 Diskussion	103		
<b>5.3 Zusammenfassung</b>	104		
<b>6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen</b>	106		
<b>6.1 Arztbesuche</b>	107		
<b>6.2 Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen</b>	114		
6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten	115		
6.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen	116		
6.2.3 Grippeprävention	120		
<b>6.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen</b>	120		
<b>6.4 Inanspruchnahme von Spitalleistungen</b>	122		

# Abkürzungsverzeichnis

<b>ADL</b>	Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living)	<b>UV</b>	Unfallversicherung
<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung	<b>VPL</b>	Verlorene potenzielle Lebensjahre
<b>BADL</b>	Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (basic activities of daily living)	<b>VVG</b>	Versicherungsvertragsgesetz
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit	<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>BEVNAT</b>	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung		
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik		
<b>BIP</b>	Bruttoinlandsprodukt		
<b>BMI</b>	Body Mass Index		
<b>CUDIT</b>	Cannabis Use Disorders Identification Test		
<b>ESPAD</b>	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs		
<b>ESPOP</b>	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes		
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in School-aged Children		
<b>HEPA</b>	Netzwerk Gesundheit und Bewegung		
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation)		
<b>IADL</b>	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living)		
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)		
<b>IV</b>	Invalidenversicherung		
<b>KAM</b>	Komplementär- oder Alternativmedizin		
<b>KVG</b>	Krankenversicherungsgesetz		
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenstände-Liste		
<b>MV</b>	Militärversicherung		
<b>n</b>	Anzahl der Befragten		
<b>n.s.</b>	Nicht signifikant		
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung		
<b>SECO</b>	Staatssekretariat für Wirtschaft		
<b>SFA</b>	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme		
<b>SGB</b>	Schweizerische Gesundheitsbefragung		
<b>SGE</b>	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung		
<b>SMASH</b>	Swiss Multicenter Adolescent Survey		
<b>SMR</b>	Standardisierte Mortalitätsrate		

# Vorwort

*Liebe Leserin, lieber Leser*

Vor 5 Jahren haben wir zum ersten Mal eine repräsentative Gesundheitsbefragung der Luzerner Bevölkerung veröffentlicht. Nun liegt die zweite vor. Die Ergebnisse sind zum Teil sehr positiv. Besonders freut mich, dass die Luzerner Bevölkerung dort Verbesserungen erzielt hat, wo wir gegenwärtig unsere Schwerpunkte bei der Gesundheitsförderung setzen, nämlich bei der Bewegung, der gesunden Ernährung und der psychischen Gesundheit.

Die Zahl der körperlich Aktiven ist im Kanton Luzern seit der letzten Gesundheitsbefragung gestiegen und der Anteil der Übergewichtigen gesunken. Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung achtet die Luzerner Bevölkerung mehr auf eine gesunde Ernährung. Und die Luzernerinnen und Luzerner fühlen sich körperlich und psychisch zum Teil deutlich besser als der schweizerische Durchschnitt.

Auch wenn solche «repräsentativen Umfragen» nie über alle Zweifel erhaben sind, zeigen die beiden Befragungen doch einen deutlichen Trend: Die Luzerner Bevölkerung ist gesundheitsbewusst und handelt auch entsprechend. Das freut mich als Gesundheitsdirektor natürlich!

Denn im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung sind auch die Arztbesuche und die Spitalaufenthalte im Kanton Luzern weniger häufig und der Medikamentenkonsum geringer als in der übrigen Schweiz. Und das wiederum spiegelt sich bei den Kosten und den Krankenkassenprämien. Beide liegen rund 500 Franken unter dem schweizerischen Durchschnitt. Gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten drückt sich also letztendlich nicht nur in mehr Lebensqualität und einem längeren Leben aus, sondern auch direkt im Portemonnaie!

Die Umfrage zeigt uns aber auch auf, wo wir noch Defizite haben und wo wir uns noch verbessern können. Wen wir speziell für mehr Bewegung und bessere Ernährung ansprechen müssen, wo Massnahmen gegen Depressionen oder Substanzkonsum ergriffen werden sollten. Packen wir's an!

Ich danke allen Luzernerinnen und Luzernern, die zu diesem guten Resultat beigetragen haben; sei es bei sich selbst oder in der Unterstützung von anderen.



*Guido Graf*

Regierungsrat Guido Graf  
Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements

# Gesamtzusammenfassung

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 Luzern für verschiedene Bevölkerungsgruppen Gesundheitsprobleme identifiziert, gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten aufgezeigt, gesundheitliche Belastungen im Wohn- und Arbeitsumfeld beschrieben und die Inanspruchnahme bzw. Kosten von medizinischen Leistungen abgebildet. Die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bildet in erster Linie die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Jahres 2007, für zeitliche Vergleiche wurden auch die Daten von 2002 herbeigezogen. Zudem wurden die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik bzw. der «Datenpool» von santésuisse verwendet. Bei einem Grossteil der Resultate handelt es sich somit um selbstberichtete Angaben, welche teilweise mit Ungenauigkeiten behaftet sein können. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons Luzern erstellt.

## *Gesundheitliche Beschwerden sind trotz gutem gesundheitlichem Wohlbefinden häufig*

Die Mehrheit der Luzerner Bevölkerung (88,8%) fühlt sich wie auch schon im Jahr 2002 gesundheitlich gut bis sehr gut, wobei sich Männer und Frauen kaum unterscheiden. Trotzdem sind 25,1% der Befragten von einem lang anhaltenden Gesundheitsproblem (Behinderung oder chronische Erkrankung) betroffen. Fast ebenso viele (22,7%) geben starke körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwächegefühl an. Hier zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Frauen leiden doppelt so häufig an solchen starken Beschwerden wie Männer. Männer weisen dagegen häufiger Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. erhöhte Cholesterinwerte und Übergewicht) auf als Frauen. Zudem zeigt sich bei jungen Männern ein zwei- bis dreifach grösseres Unfallrisiko als bei gleichaltrigen Frauen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Luzern genauso wie in der

Schweiz insgesamt. Im Bezug auf das Alter zeigt sich, dass das gesundheitliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter abnimmt<sup>1</sup> und entsprechend lang andauernde Gesundheitsprobleme, Stürze und Schwierigkeiten beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten, aber auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten häufiger werden.

## *Psychische Gesundheit besser im Kanton Luzern als in der Gesamtschweiz*

Hinsichtlich psychischer Gesundheit berichten 12,4% der Luzernerinnen und Luzerner von mittlerer bis starker psychischer Belastung (Nervosität, Niedergeschlagen- und Depressivität etc.) und 15,0% von (mehrheitlich schwachen) depressiven Symptomen. Letztere sind keine diagnostizierten Krankheiten, gehen aber mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einher und sind häufig Anzeichen für spätere ausgeprägte Depressivität. Diese Anteile liegen – wie schon im Jahr 2002 – unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Die vergleichsweise bessere psychische Gesundheit im Kanton Luzern scheint besonders auf die jüngeren Luzerner Frauen (unter 50 Jahren) zurückzuführen zu sein. Höhere Werte bei den Frauen als bei den Männern zeigen sich im Kanton Luzern im Gegensatz zur Gesamtschweiz bei psychischer Belastung nicht, bei depressiven Symptomen erst im höheren Alter (ab 65 Jahren).

Wie die vertieften Analysen zu Depression gezeigt haben, steht das Vorhandensein von depressiven Symptomen im engen Zusammenhang mit (chronischen) körperlichen Beschwerden sowie dem Erleben von Einsamkeit und Unsicherheit, Unzufriedenheit und psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Einsamkeitsgefühle werden häufiger von Frauen (v.a. jungen), Alleinlebenden und -erziehenden sowie von Personen mit starken körperlichen Beschwerden bzw. starker psychischer Belastung geäussert. Im Zusammenhang mit psychischer

<sup>1</sup> Im letzten Bericht fiel der im Vergleich mit der Gesamtschweiz tiefere Anteil an über 65-Jährigen mit (sehr) guter Gesundheit bzw. der höhere Anteil an über 65-Jährigen mit einem lang andauerndem Gesundheitsproblem auf. Für 2007 lässt sich dieser Unterschied nicht feststellen.

Gesundheit zeigt sich, dass Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung und niedrigem Kohärenzgefühl häufiger psychisch mittel bis stark belastet sind.

Neben Alter und Geschlecht erweist sich auch Bildung als wesentlich für die Gesundheit. Grundsätzlich kann für den Kanton Luzern 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.

#### *Herz- und Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen als häufigste Todesursachen*

Die Lebenserwartung – insbesondere der älteren Personen (ab 65 Jahren) – hat sich im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz in den letzten 20 Jahren stetig erhöht. Die Sterblichkeit im Kanton Luzern ist vergleichbar mit dem Mittel der Gesamtschweiz. Die häufigste Todesursache im Kanton Luzern sind Herz- und Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen. Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass die Anzahl Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen bei Luzernerinnen tiefer ist als bei Schweizerinnen.

War die Anzahl Todesfälle infolge Prostatakrebs und Brustkrebs im letzten Bericht noch leicht über dem Gesamtschweizer Wert, so sind die Werte heute vergleichbar. Im Vergleich mit der Französischen Schweiz ist aber die Sterblichkeit aufgrund Brustkrebs im Kanton Luzern höher.

Die häufigsten Todesursachen unterscheiden sich nach Altersgruppen: Bei den 15- bis 34-Jährigen sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide die häufigsten Todesursachen, später sind es Krebserkrankungen und ab einem Alter von 80 Jahren dann Herz- und Kreislauf-Krankheiten. Bei Frauen und bei Männern lassen sich 42% bzw. 26% der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) auf Krebserkrankungen zurückführen.

#### *Positive Entwicklungen beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Luzerner/innen*

Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der körperlich Aktiven im Kanton Luzern von 35,5% auf 43,9% gestiegen. 13,1% sind körperlich inaktiv, wobei dies häufiger auf Personen mit tieferer Bildung sowie auf Ausländer/innen zutrifft. Frauen sind zudem weniger aktiv als Männer und ältere Personen weniger als jüngere. Das körperliche Aktivitätsniveau ist im Kanton Luzern deutlich höher als in der Französischen Schweiz und im Tessin. Hinsichtlich der Ernährung zeigt sich, dass knapp 30%

der Befragten (Frauen: 37,8%; Männer 19,2%) die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» einhalten, was dem gesamtschweizerischen Durchschnitt entspricht. Im Kanton Luzern achten aber im Vergleich mehr Personen auf eine gesunde Ernährung.

35,9% der Luzerner Bevölkerung sind übergewichtig, 7% davon adipös. Dies entspricht etwa den Anteilen der Gesamtschweiz. Der Anteil übergewichtiger Personen ist seit 2002 um fast 5 Prozentpunkte gesunken. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas. Der Anteil Männer mit Übergewicht ist in allen Altersgruppen deutlich höher als derjenige der Frauen. Eher überraschend zeigen sich nur schwach ausgeprägte Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten und dem Körpergewicht.

#### *Unterschiedlicher Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Luzernerinnen und Luzernern*

26,4% der Luzernerinnen und Luzerner rauchen – das sind tendenziell weniger als 2002. Eine Abnahme ist sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen bei den stark Rauchenden zu verzeichnen. Der Anteil der Rauchenden nimmt mit zunehmendem Alter ab. Männer rauchen in allen Altersgruppen häufiger als Frauen. Auch ist der Anteil der stark Rauchenden bei den Männern höher. Wie schon im Jahr 2002 ist auch 2007 der Anteil Rauchender im Kanton Luzern geringfügig unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. 14,4% der Luzerner Bevölkerung gibt an, täglich Passivrauch ausgesetzt zu sein. Der Konsum von Cannabis über die gesamte Lebensdauer hinweg ist im Kanton Luzern (24,6%) deutlich tiefer als der Gesamtschweizer Durchschnitt.

Im Kanton Luzern konsumieren 10,2% der Bevölkerung täglich, 44,6% einmal bis mehrmals wöchentlich und 45,0% selten bis nie Alkohol. Es zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede: So trinken 32,2% der Frauen gegenüber 19,7% der Männer nie oder selten Alkohol. Der Anteil täglich Trinkender ist dagegen bei den Männern deutlich höher (17,4% vs. 4,2%). Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge gehen ca. 5% der Luzernerinnen und Luzerner ein mittleres bis hohes Risiko ein. Der Alkoholkonsum ist in etwa vergleichbar mit der Gesamtschweiz, Frauen im Kanton Luzern sind aber weniger häufig abstinent und trinken auch weniger häufig täglich als Schweizerinnen.

Zwischen 2002 und 2007 hat der Anteil Personen, welche in der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen haben, von 34,1% auf 40,3%



zugenommen. Luzernerinnen und Luzerner konsumieren aber immer noch weniger Medikamente als der Schweizer Durchschnitt. Im Gegensatz zur Gesamtschweiz zeigt sich im Kanton Luzern kein Geschlechterunterschied.

#### *Störungen und Immissionen beim Wohnen und Arbeiten häufiger bei tiefem sozialen Status*

Etwa 20% der Befragten geben zwei oder mehr Störungen (v.a. Autolärm und Lärm durch andere Personen) im Wohnumfeld an. Betroffen sind insbesondere Personen mit niedriger Bildung und tieferem Einkommen. Es zeigt sich, dass Personen, welche häufiger von Störungen im Wohnbereich betroffen sind, auch öfter ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden angeben. Auch im Arbeitsumfeld sind Personen mit tieferem sozialen Status vermehrt von Immissionen wie Lärm oder zu hohen bzw. zu tiefen Temperaturen betroffen.

Die Mehrheit (70,4%) der Erwerbstätigen im Kanton Luzern ist mit ihrer Arbeitssituation sehr zufrieden (CH: 65,8%). Aber dennoch geben 33,8% der Erwerbstätigen eine hohe körperliche und 36,4% eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz an. Körperliche Belastungen werden insbesondere in manuellen Berufen, psychische Belastungen dagegen v.a. von Führungskräften genannt. Im Kanton Luzern geben mehr Personen hohe körperliche Belastungen am Arbeitsplatz an als in der Gesamtschweiz. Angst um ihren Arbeitsplatz hatten 2007 rund 8% der Erwerbstätigen, gar keine Sorgen diesbezüglich machten sich 44,9%.

#### *Luzernerinnen nehmen seltener medizinische Dienstleistungen in Anspruch als Schweizerinnen*

92% der Luzerner Bevölkerung haben einen Hausarzt/ eine Hausärztin. Dieser Anteil liegt über dem Schweizer Durchschnitt (88%). Seit 2002 haben die ärztlichen Konsultationen gesamthaft sowohl in der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Luzern zugenommen. Von den unter 40-jährigen Frauen unterzogen sich im Jahr der Befragung 42,7% einer Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung, und bei 13,1% der Frauen ab 50 Jahren wurde eine Mammografie durchgeführt. Ein Viertel der Männer ab 40 Jahren (25,6%) liess die Prostata untersuchen.

Medizinische Dienstleistungen – ambulante, stationäre und präventive – werden im Kanton Luzern generell weniger häufig in Anspruch genommen als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dieser Unterschied lässt sich alleine auf die Frauen zurückführen: So geben Luzernerinnen weniger Arztbesuche, Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, Grippeimpfungen an als Schweizerinnen. Komplementärmedizin wird von Frauen deutlich häufiger beansprucht als von Männern und von Luzernerinnen häufiger als von Schweizerinnen.

#### *Unterdurchschnittliche Kosten, aber grosse Kostenzunahme*

Die Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind zwar im Kanton Luzern zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,4% stärker gestiegen als in der Gesamtschweiz, die OKP-Kosten sind aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt. Eine starke Zunahme ist insbesondere im Spitalsektor wie auch im Spitex-Bereich zu verzeichnen.

Das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise ist im Kanton Luzern sehr verbreitet, das Hausarztmodell gewinnt in den letzten Jahren aber deutlich an Bedeutung.

# 1 Einleitung

Andrea Zumbrunn, Laila Burla und Isabelle Sturny

## Für die Kantonsärztlichen Dienste Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:

Dieser Bericht zur Gesundheit im Kanton Luzern beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung unseres Kantons. Die aktuellen Daten ermöglichen erstmals einen Vergleich mit der 2002 durchgeführten Befragung.

Die dieser Publikation zugrunde liegenden Daten stammen aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Es wurden im Kanton Luzern 1071 Personen ab 15 Jahren telefonisch befragt. Zusätzlich gaben 830 Personen schriftlich Auskunft.

Gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sind nur möglich, wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren bekannt sind. Mit dem vorliegenden Bericht wollen wir Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Faktoren und individuellen Verhaltensweisen aufzeigen und erklären, wie sie mit der Gesundheit der Bevölkerung in Zusammenhang stehen. Die Determinanten von Gesundheit wie soziale Sicherheit, Bildung, Arbeitsbedingungen, die Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen beeinflussen unsere Gesundheit ebenso wie das Alter und Geschlecht.

Nebst den Zusammenhängen zwischen den Einflussfaktoren und dem Gesundheitszustand gehen wir am Beispiel Depression und Übergewicht in vertieften Analysen exemplarisch auf die Einflussfaktoren ein, welche für die jeweilige Gesundheitsproblematik besonders relevant sind.

Erfreulicherweise ist die Entwicklung beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Luzernerinnen und Luzerner positiv. So stieg der Anteil körperlich aktiver Menschen im Kanton Luzern zwischen 2002 und 2007 von 35,5% auf 43,9%. Obwohl der Anteil übergewichtiger Personen gegenüber 2002 um 5% gesunken ist, ist es noch immer über ein Drittel der Bevölkerung.

Gesundheitsrelevant ist auch die Art der Gesundheitsversorgung. So wurde festgestellt, dass der Hausarzt bei der Prävention und Früherkennung von Krebs und chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt.

Über diese und viele weitere Themen lesen Sie in den folgenden Kapiteln.

### Fazit:

Gesundheitsberichte und gesundheitsstatistische Auswertungen sind notwendig:

- als Diagnose betreffend Gesundheitszustand der Bevölkerung,
- für die Planung und Evaluation von Gesundheitsversorgung (inkl. Gesundheitsförderung und Prävention)
- sowie als Basis für gesundheitspolitische Entscheide.

Dr. med. Annalis Marty-Nussbaumer, MPH  
Kantonsärztin

## 1.1 Zielsetzung

Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein zentraler Aufgabenbereich der kantonalen Politik. Früher dachte man bei Gesundheitspolitik in erster Linie an die Bereitstellung und Finanzierung von medizinischer Versorgung. Dies wird heute zunehmend anders gesehen – soziale und wirtschaftliche Bedingungen, welche die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, gewinnen mehr an Bedeutung (Wilkinson & Marmot, 2004). Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz sind verglichen mit den Ausgaben für die kurative Medizin allerdings sehr gering (2,2% der Gesundheitsausgaben) und verglichen mit anderen Ländern eher niedrig (OECD-Durchschnitt: 2,7%) (OECD-Bericht, 2006). Mit

der Öffnung der Sichtweise auf Gesundheit rückt auch die Erkenntnis in den Mittelpunkt, dass die Erhaltung und Erreichung von Gesundheit von vielen Einflussfaktoren abhängt und dass Gesundheit somit in verschiedenen Gesellschafts- und Politikbereichen eine Rolle spielen muss. Gesundheitspolitische Massnahmen können so als Ziel strukturelle Veränderungen wie die Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit oder die Verbesserung von Arbeits- und Umweltbedingungen haben, aber auch das Stärken von sozialer Unterstützung auf Gemeindeebene oder Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmassnahmen auf Verhaltensebene (z.B. Ernährung, Bewegung, Substanzkonsum) (Dahlgren & Whitehead, 1991). Deshalb spricht man heute vom Grundsatz einer multisektoralen Gesundheitspolitik («Health in all Policies»).

### *Ziele des zweiten Luzerner Gesundheitsberichtes*

Um eine Gesundheitspolitik zu gestalten, die sich für die Schaffung gesunder und gesundheitsfördernder gesellschaftlicher Bedingungen einsetzt, bedarf es grundlegender Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und seiner Einflussfaktoren. Der vorliegende Bericht hat deshalb zum Ziel, politischen Entscheidungsträgern, Gesundheitsfachleuten und weiteren interessierten Personen einen Überblick über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Luzerner Bevölkerung zu verschaffen. Er baut auf den Ergebnissen des ersten Luzerner Gesundheitsberichtes auf.

Folgende konkrete Ziele stehen dabei im Vordergrund:

- Der Gesundheitsbericht dient als Nachschlagewerk für verschiedene gesundheitsrelevante Themen.
- Risiko- und Zielgruppen sollen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten identifiziert werden.
- Veränderungen zwischen 2002 und 2007<sup>2</sup> sollen erfasst und beschrieben werden (neu auftretende Gesundheitsprobleme, sich verschärfende Gesundheitsprobleme).
- Kantonale Besonderheiten des Kantons Luzern bei den soziodemografischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen und Gesundheitsindikatoren sollen aufgezeigt werden.
- Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand sollen anhand der Themen Übergewicht und Depression exemplarisch dargestellt werden.

### *Koordinierte kantonale Zusammenarbeit in der Gesundheitsberichterstattung*

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erhielt den Auftrag, die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenquellen zu analysieren und für den Kanton Luzern sowie die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Genf, Tessin, Uri und Waadt einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Diese Berichte schliessen an eine Reihe früherer kantonaler Berichte an, welche auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993, 1997 bzw. 2002 erstellt wurden (z.B. Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, 2005; Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne, 2004; Weiss, 2000). Für den Kanton Luzern ist es damit nach 2002 der zweite kantonale Gesundheitsbericht. Das

<sup>2</sup> Es werden für diesen Bericht hauptsächlich die Luzerner Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet, welche für die Jahre 2002 und 2007 vorliegen.

Verfassen dieses Berichtes erfolgte in koordinierter Zusammenarbeit zwischen dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium und den beteiligten Kantonen. Die Arbeiten wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Obsan sowie verschiedenen externen Expertinnen und Experten erarbeitet. Das Projekt wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und des Reviewboards (inhaltliche Begutachtung) sind im Einband des Berichtes aufgelistet.

## 1.2 Thematische Ausrichtung

Ausgangspunkt des Luzerner Gesundheitsberichtes ist die Frage, wie es der Bevölkerung im Kanton Luzern in verschiedener Hinsicht gesundheitlich geht. In der Literatur zur öffentlichen Gesundheit hat sich über die Jahre eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit etabliert, die in diesen Bericht mit einfließt. Gesundheit ist demnach nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen, sondern ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (WHO, 1946). Sie soll als veränderlicher Zustand verstanden werden, welcher massgeblich durch verfügbare Ressourcen und erlebte Belastungen geprägt ist.

- Inwiefern die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zusammenspielen und inwiefern die Luzernerinnen und Luzerner mehr oder weniger gesund bzw. krank sind, wird im *Kapitel 2* in diesem Bericht genauer beschrieben. Die Sterblichkeit und häufige Todesursachen der Luzerner Bevölkerung werden darin ebenfalls behandelt.

### *Einbezug von Einflussfaktoren von Gesundheit*

Unterschiedliche Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit oder Krankheit einer Person. Anhand von Erklärungsmodellen können verschiedene Ebenen von Einflussfaktoren unterschieden werden. Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten<sup>3</sup> beispielsweise, welches in der nationalen als auch internationalen Gesundheitsberichterstattung häufig Verwendung findet (Meyer, 2009), unterscheidet folgende Ebenen (Abb. 1.1): Es wird die Ebene der individuellen Lebensweisen unterschieden, die Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke, diejenige der Lebens- und Arbeitsbedingungen

<sup>3</sup> Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren werden in diesem Bericht synonym verwendet.

und schliesslich diejenige der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Die Einflussfaktoren wirken sich auf die Gesundheit wie auch auf die Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenzen des Einzelnen aus.

Im vorliegenden Bericht werden einige wichtige Einflussfaktoren ausführlich beschrieben, auf andere wird nur punktuell eingegangen. Die Themenauswahl hat sich in erster Linie an den Informationsbedürfnissen der kantonalen Instanzen orientiert, für Analysezwecke unzureichende Fallzahlen auf kantonaler Ebene haben die Auswahl zusätzlich gesteuert. Die verschiedenen Einflussfaktoren finden sich folgendermassen im Bericht wieder:

- Im *Unterkapitel 1.4* sind einige ausgewählte kantonale Kennzahlen zu soziodemografischen und strukturellen Merkmalen beschrieben. Dies gibt einen Überblick über die allgemeinen Rahmenbedingungen des Kantons, beispielsweise bei der Alters- oder Haushaltsstruktur.
- Auf das Vorhandensein und die Qualität der sozialen Netzwerke geht der Bericht im *Unterkapitel 2.4* kurz ein.
- In *Kapitel 3* sind ausgewählte Einflussfaktoren der individuellen Lebensweise ausführlich beschrieben (Gesundheitseinstellungen, Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Substanzkonsum).
- *Kapitel 4* behandelt Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Luzernerinnen und Luzerner (Immisionen und Belastungen im Wohnbereich und am Arbeitsplatz, die Zufriedenheit mit der Arbeit und die Angst vor Arbeitslosigkeit).
- Um über die Beschreibung einzelner Einflussfaktoren hinauszugehen, werden in *Kapitel 5* beispielhaft für die Themen Depression und Übergewicht Zusammenhänge (auf Gesamtschweizer Ebene) zwischen Einflussfaktoren bzw. ihre Bedeutung bei der Entwicklung des jeweiligen Gesundheitsproblems dargelegt.

#### *Ergänzende Informationen zum medizinischen Versorgungssystem*

Angaben zu Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhalten sowie dem Lebenskontext werden idealerweise mit Informationen zum medizinischen Versorgungssystem ergänzt. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert z.B. weitere Hinweise auf gesundheitliche Probleme, aber auch Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.

- In diesem Bericht geschieht dies in erster Linie anhand selbstberichteter Angaben zur Nutzung von

medizinischen Leistungen im Kanton Luzern (*Kapitel 6*), etwa zur Inanspruchnahme von Spitalleistungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Ergänzend finden sich im *Unterkapitel 1.4* Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton Luzern wie die Ärztedichte, Bettendichte oder auch Hospitalisationsrate.

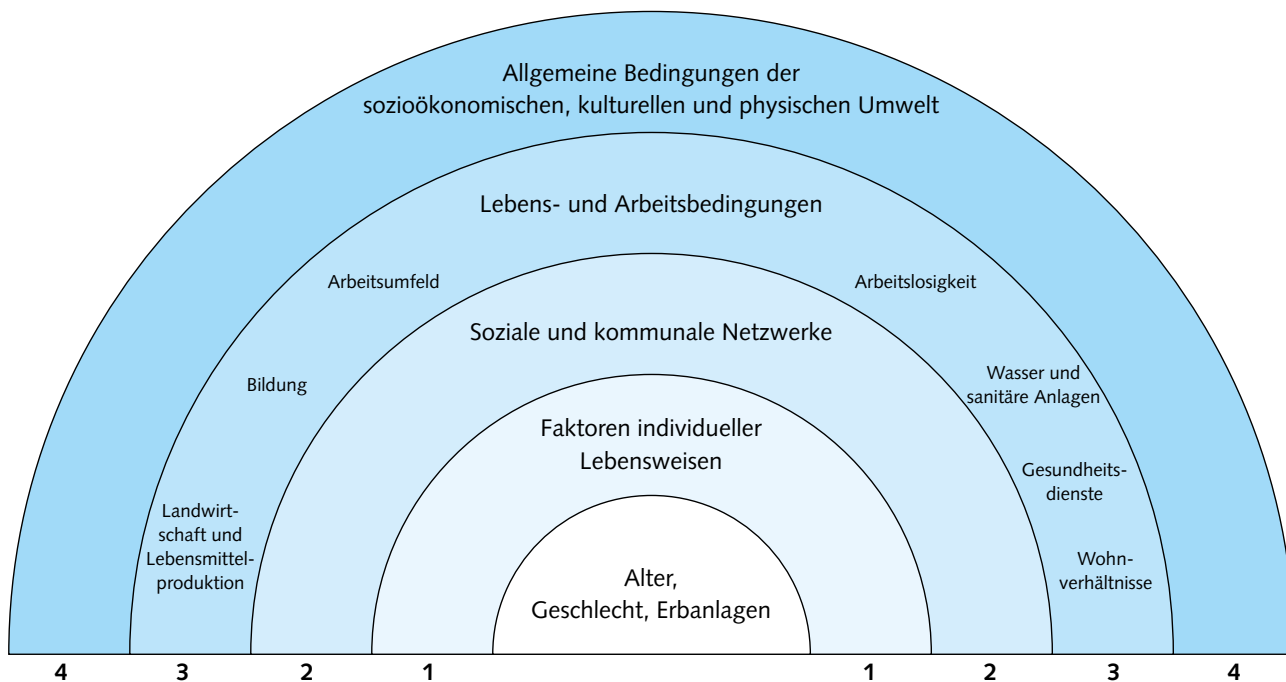
- Für die Einzelne oder den Einzelnen ist die Inanspruchnahme aber auch mit finanziellen Belastungen verbunden, welche sich u.a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegelt. Eine Übersicht darüber liefert *Kapitel 7*.

#### *Fokus auf Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen*

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich Lebensumstände und Verhaltensweisen zwischen Bevölkerungsgruppen teilweise stark unterscheiden. Diese Erkenntnis ist für Massnahmen der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zentral. Im Luzerner Gesundheitsbericht werden daher wo möglich verschiedene Bevölkerungsgruppen systematisch miteinander verglichen. Dies geschieht anhand einer vereinheitlichten Tabelle, in welcher die Häufigkeit einer Problematik nach *Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad* aufgeschlüsselt ist (Beispiel: Tab. 2.1). Für diese Bevölkerungsgruppen ist von unterschiedlichen Lebensumständen und Verhaltensweisen auszugehen. Im grau hinterlegten Kasten (siehe unten) finden sich zur Illustration Informationen zu gesundheitsrelevanten Unterschieden zwischen Frauen und Männern, jungen und älteren Menschen sowie weniger und besser Gebildeten/Verdienenden. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten variieren ebenfalls nach Herkunftsland und Migrationshintergrund (BAG, 2007c). In diesem Bericht kann aus methodischen Gründen jedoch nur eine Unterscheidung in der groben Zweiteilung nach Schweizern/Schweizerinnen und Ausländern/Ausländerinnen erfolgen<sup>4</sup>. Schliesslich wird die jeweilige Thematik sowohl nach Stadt/Land-Bevölkerung («Variable Urbanisierungsgrad») als auch nach Sprachregionen und (ausgewählten) Kantonen aufgeschlüsselt, was den Vergleich zwischen unterschiedlichen regionalen Bevölkerungsstrukturen erlaubt.

<sup>4</sup> Eine Darstellung nach Nationalität kann aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht erbracht werden. Die Sammelkategorie Ausländer/innen umfasst daher alle Nationalitäten bzw. sowohl frisch zugewanderte Migrantinnen und Migranten mit Wohnsitz in der Schweiz als auch Ausländer/innen, welche in der zweiten oder dritten Generation in der Schweiz leben. Die Interpretation der Ausprägung Ausländer/innen ist daher schwierig. Das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung des BAG liefert zu diesem Thema detaillierte Informationen auf nationaler Ebene ([www.migres.admin.ch](http://www.migres.admin.ch)).

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit



Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991

**Unterschiedliche Relevanz einzelner Einflussfaktoren für Frauen und Männer**

Geschlecht wird nicht als isoliertes, feststehendes Merkmal verstanden, sondern im Sinne von Gender als Ergebnis einer Vielzahl individueller und struktureller Prozesse. Frauen und Männer sind als soziale Gruppen aufzufassen, die je gemeinsame Erfahrungen, Ressourcen und Risikofaktoren aufweisen. In Bezug auf Gesundheit treten einige Faktoren bei Frauen häufiger auf als bei Männern und/oder haben eine grössere Bedeutung: z.B. im Erwerbsleben (Teilzeitarbeit, prekäre Arbeitsbedingungen, tiefes Einkommen), im Privatleben (Alleinerziehende, Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben) oder beim Gesundheitszustand (höhere Lebenserwartung, häufiger chronische Erkrankungen und psychische Beschwerden) (BAG, 2008a). Bis in das hohe Alter zeigen sich gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, z.B. beim Ausmass der sozialen Unterstützung und dem häufigeren Leben in Institutionen (Frauen werden älter als Männer und sind häufiger verwitwet).

**Starke Unterschiede bei Morbidität und Gesundheitsverhalten zwischen den Altersgruppen**

Wie später ausgeführt, beziehen sich die Ergebnisse dieses Berichtes hauptsächlich auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, welche Personen ab 15 Jahren befragt. Somit stellen Einflussfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen<sup>5</sup> kein Thema dieses Berichtes dar. Für die Gesundheit in der Lebensmitte zeichnen sich spezifische Lebenslagen als gesundheitlich belastend aus,

<sup>5</sup> Auf kantonalem Niveau können mit der SGB 2007 wegen der kleinen Fallzahlen keine vertieften Analysen der Jugendlichen gemacht werden.

z.B. die Situation von allein erziehenden Eltern oder auch spezifische Arbeitsbedingungen. Hinsichtlich der Arbeitssituation können für ältere Erwerbstätige der Anstieg der psychischen und psychosozialen Anforderungen der Arbeitswelt – wie die häufige Gleichzeitigkeit verschiedener Arbeitsschritte, viele Termine, häufige Neuerungen – ein Problem darstellen und z.B. eine altersangepasste Gestaltung der Erwerbsarbeit erforderlich machen (Höpflinger & Weiss, 2009). Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger und führen nicht selten zur Multimorbidität. Allerdings bestehen bei Seniorinnen und Senioren grosse interindividuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bei Selbständigkeit und Wohlbefinden. Intakte soziale Beziehungen, Unabhängigkeit, genügend finanzielle Mittel sowie Respekt und Anerkennung erweisen sich als besonders wichtig für die Erhaltung der Lebensqualität im Alter (ISPM Zürich, 2008; Perrig-Chiello, 2005). Bei den Hochbetagten sind kognitive und psychische Erkrankungen häufig. In der Schweiz sind zwischen 1% bis 2% der 65- bis 69-Jährigen von demenziellen Erkrankungen betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 30% (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009).

**Personen mit schlechter Schulbildung haben mehr Gesundheitsprobleme**

Bildung ist ein ungleich verteiltes Gut mit vielfältigen Effekten auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheit. Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein und haben eine höhere Lebenserwartung als bildungsferne Bevölkerungsteile (Mielck, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009). Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass ein ungelerner Arbeiter im Durchschnitt vier bis fünf Jahre

früher stirbt als ein Akademiker (Kickbusch & Engelhardt, 2009). Diesbezüglich auffallend sind die erheblichen Unterschiede in Mortalität und Morbidität zwischen Personen, die das Ausbildungssystem nach der obligatorischen Schulzeit verlassen haben, und Personen mit Abschluss einer Berufslehre. Dagegen sind Unterschiede zwischen der Gruppe mit Abschluss einer Berufslehre und jener mit tertiärer Bildung vergleichsweise gering. In den vergangenen 20 Jahren ist der Anteil der Schweizer/innen, die höchstens über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen, von 47% auf unter 30% gesunken (Stamm & Lamprecht, 2009).

Das Konzept der «Gesundheitlichen Ungleichheit» – damit ist der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Morbidität bzw. Mortalität gemeint – geht über den Faktor Bildung hinaus und meint auch Unterschiede nach beruflichem Status und Einkommen. Unterschiede zwischen Berufsgruppen (sozioprofessionelle Kategorien) werden in diesem Bericht hauptsächlich im Kapitel 4 «Wohn- und Arbeitssituation» thematisiert, das Einkommen als zentrale Variable wird – trotz methodischer Probleme – systematisch in der vergleichenden Tabelle ausgewiesen<sup>6</sup>. Da es sich beim vorliegenden Bericht um keinen Schwerpunktbericht zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit handelt, werden diese Merkmale allerdings nur punktuell diskutiert.

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Bildungskategorien umfassen folgende Personengruppen:

*Obligatorische Schule:*

Personen, die noch in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule (noch) keinen weiteren Abschluss gemacht haben<sup>7</sup>

*Sekundarstufe II:*

Personen, die eine Anlehre, Berufslehre, Vollzeitberufsschule, Berufsmaturität, 1- bis 2-jährige Handelsschule, Diplommittelschule, allgemeinbildende Schule, Maturitätsschule, Haushaltsschule abgeschlossen haben.

*Tertiärstufe:*

Personen, die ein Lehrerseminar, Meisterdiplom, eidg. Fachausweis, Techniker- oder Fachschule, höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität, Hochschule abgeschlossen haben.

### 1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen

#### *Hauptdatenquelle ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung*

Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2007. Es sind die aktuellsten Daten, die

für den Kanton Luzern vorliegen. Die Gesundheit der Bevölkerung verändert sich in der Regel nicht markant von einem Jahr zum anderen, wodurch von einer insgesamt guten Annäherung der 2007er Zahlen an die heutige Situation auszugehen ist.<sup>8</sup> Die Schweizerische Gesundheitsbefragung stellt für die Schweiz aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Im Unterschied zu Patientendaten wie z.B. Spitalstatistiken geben repräsentative Bevölkerungsbefragungen wie die SGB nicht nur über Patienten/innen bzw. kranke Menschen Auskunft, sondern auch über mehr oder weniger gesunde Personen bzw. deren vorübergehende oder chronische Beschwerden, Schmerzen und Behinderungen (Weiss, 2000). Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Eine weitere Stärke der Erhebung ist ihre fünfjährige Wiederholung, was die Erfassung von Veränderungen über die Zeit erlaubt (für weitere Informationen zur SGB vgl. Tab. 1.1, Anhang oder die weitergehende Literatur (BFS, 2008c, 2010).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung weist trotz ihren Stärken auch einige Grenzen auf. So schliesst die Befragung nur Personen in Privathaushalten ein. Damit sind Personen, welche in Heimen oder anderen Institutionen leben, nicht vertreten – dies betrifft u.a. auch gerade ältere Menschen, welche in Alters- und Pflegeheimen leben. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse der SGB ein zu positives Bild der Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz vermitteln, welches – würde man auch die Menschen in Heimen einschliessen – sicher ungünstiger ausfallen würde<sup>9</sup>. In der SGB wurden zudem nur Personen befragt, welche sich ausreichend in einer der drei Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch ausdrücken können. Dadurch sind beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, welche sprachlich nicht gut integriert sind, unzureichend vertreten. Weiter erreicht die Befragung nur Personen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. Bei der

<sup>6</sup> Für das Einkommen wird in diesem Bericht das Haushaltsäquivalenzeinkommen verwendet, welches das Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder meint. Für Ausführungen zu den methodischen Problemen siehe Absatz am Ende des Unterkapitels 1.3.

<sup>7</sup> Insgesamt haben rund 90% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss und etwa 10% haben die obligatorische Schule nicht besucht oder nicht abgeschlossen

<sup>8</sup> Spezifische Aspekte wie beispielsweise die Zufriedenheit am Arbeitsplatz können aber sehr wohl durch einschneidende Ereignisse wie die Finanzkrise verändert sein.

<sup>9</sup> Als Ergänzung zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde daher vom Bundesamt für Statistik im Jahr 2009 eine Befragung von älteren Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, welche differenzierte Aussagen zur (Gesundheits-)Situation dieser Personengruppe erlaubt.

**Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)**

**Datenproduzent:** Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.  
**Rechtsgrundlage:** Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.  
**Erhebungszweck:** Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert u.a. Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen und über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.  
**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 Stichproben von Privathaushalten. 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts.  
 Im Rahmen der SGB 2007 nahmen 18'760 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 14'432 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. Im Kanton Luzern wurden 1071 Personen telefonisch befragt und 830 gaben ebenfalls schriftlich Auskunft.  
 13 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck kantonaler Analysen ihre Stichproben mit Eigenmitteln aufgestockt: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.  
**Periodizität:** Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Nächste Befragung: 2012.  
**Aussagekraft:** Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

**Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Luzern nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007**  
 (15-jährige und ältere Personen)

Altersgruppen	Männer				Frauen				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 Jahre	137	29,3	48 421	32,5	167	27,7	47 744	30,7	304	28,4	96 165	31,6
35–49 Jahre	134	28,6	43 710	29,4	161	26,7	43 438	28,0	295	27,5	87 148	28,6
50–64 Jahre	99	21,2	32 778	22,0	128	21,2	31 664	20,4	227	21,2	64 442	21,2
65+ Jahre	98	20,9	23 964	16,1	147	24,4	32 542	20,9	245	22,9	56 506	18,6
Total	468	100,0	148 873	100,0	603	100,0	155 388	100,0	1071	100,0	304 261	100,0

Quelle: BFS, ESPOP 2007

Interpretation der Ergebnisse muss ausserdem berücksichtigt werden, dass es sich bei den Daten um Selbstan-gaben handelt. Selbstan-gaben können einerseits durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein. Andererseits kann auch der Erinnerungseffekt zu einer Verzerrung führen, denn für Befragte ist oft schwierig abzuschätzen, wie häufig eine bestimmte Tätigkeit bzw. ein bestimmtes Er-eignis in einem bestimmten Zeitraum vorgekommen ist.

Aus Tabelle 1.2 geht der Anteil befragter Personen bzw. die entsprechende Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter, Jahr 2007) im Kanton Luzern nach Geschlecht und Altersklassen hervor.

Von den insgesamt 304'261 Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 15 Jahren und älter wurden im Rahmen der SGB 1071 Personen befragt. Unter den Befragten waren 603 Frauen und 468 Männer.

Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde nach-träglich mittels eines Gewichtungsverfahrens an die Struktur der Kantonsbevölkerung angeglichen, damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Luzern Gültigkeit erhalten.

*Weitere verwendete Datenquellen*

Nebst der Schweizerischen Gesundheitsbefragung flie-ssen in einigen Kapiteln des vorliegenden Berichtes auch Daten folgender weiterer Statistiken ein (v. a. Kapitel 2.5 und 7):

– *Todesursachenstatistik:*

Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statis-tik liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.

– *Datenpool santésuisse:*

Der Datenpool des Branchenverbandes der schweizeri-schen Krankenversicherer (santésuisse) erfasst die ag-gregierten Daten von rund 97% aller Versicherten und ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leis-tungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich.

– *ESPOP*:

Die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) des Bundesamtes für Statistik liefert Informationen über den Stand und Struktur der ständigen Wohnbevölkerung sowie der registrierten Bewegungen der ständigen Wohnbevölkerung

Eine ausführlichere Beschreibung dieser Datenquellen erfolgt in den jeweiligen Kapiteln.

### *Methodische Hinweise zu den Auswertungen in diesem Bericht*

Die Auswertungen im Luzerner Gesundheitsbericht sind mehrheitlich deskriptiver Art. Abbildungen und Tabellen bestehen zum grossen Teil aus Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen. In jeder Abbildung und Tabelle sind die Anzahl Befragte ausgewiesen, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegen. Die Ergebnisse beruhen auf den gewichteten Daten (für das Gewichtungungsverfahren siehe Anhang). Dies erlaubt es, möglichst repräsentative Werte für die Kantone bzw. die Schweiz auszuweisen und Verzerrungen aufgrund des Verfahrens der Stichprobenziehung zu minimieren. Wie bei Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung üblich (Vorgaben des Bundesamtes für Statistik), werden keine Ergebnisse präsentiert, welche auf Angaben von weniger als 10 Personen beruhen. Diese sind mit einem Punkt gekennzeichnet. Werte, welche Antworten von 10 bis 29 Befragten entsprechen, stehen in den Tabellen und Abbildungen in Klammern und haben aufgrund der kleinen Fallzahlen eine eingeschränkte Aussagekraft. Für kleinere Bevölkerungsgruppen oder seltene Ereignisse können die Ergebnisse deshalb in einigen Fällen nicht auf kantonalem Niveau, sondern nur auf gesamtschweizerischer Ebene ausgewiesen werden.

Die Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen wurden systematisch auf Unterschiede zwischen den jeweiligen Kantonen und der Gesamtschweiz (Gesamtschweiz ohne untersuchten Kanton) hin überprüft. Es wurde die Unterschiedshypothese zwischen zwei unabhängigen Gruppen getestet und nicht die Überlappung der Vertrauensintervalle. Signifikanzaussagen beruhen – wenn nicht anders vermerkt – auf zweiseitigen t-Tests. «Statistisch signifikant» meint dabei Unterschiede mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 5\%$ , d.h. die Wahrscheinlichkeit ( $p$ ) ist gering, dass das Ergebnis durch Zufall zustande kam. Statistisch signifikante Unterschiede sind in den Tabellen beim regionalen Vergleich als solche gekennzeichnet. Um die Repräsentativität der Daten zu erhöhen, wurde im regionalen Vergleich für die korrekte

Berechnung der Standardfehler oder Vertrauensintervalle das Stichprobendesign miteinbezogen.

Schliesslich wurden die Werte beim regionalen (und zeitlichen) Vergleich – mit Ausnahme des Unterkapitels zur Mortalität – nicht alters- oder geschlechtskorrigiert. Dies insbesondere aus dem Grund, dass es neben Alter und Geschlecht weitere wesentliche Einflussfaktoren gibt, die ebenfalls korrigiert werden müssten. Zudem sind für den Kanton Luzern für die Planung seiner Aktivitäten die realen Häufigkeiten von Bedeutung. Da die Werte aber jeweils nach verschiedenen soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen aufgeschlüsselt sind, können einzelne Bevölkerungsgruppen direkt zwischen dem Kanton Luzern und der Gesamtschweiz verglichen werden.

Die statistische Genauigkeit der Ergebnisse in diesem Bericht soll kurz anhand eines Beispiels erläutert werden. Bei einem geschätzten Anteil von 26,4% Rauchern/Raucherinnen im Kanton Luzern (geschätzt für die Luzerner Bevölkerung anhand der Stichprobe von Total 1070 Befragten) liegt der wahre Anteil Raucher/innen mit 95% Sicherheit zwischen 23,4% und 29,6% (95 %- Vertrauensintervall). Je kleiner die Stichprobe ist (z.B. bei vielen fehlenden Werten), desto grösser das Vertrauensintervall. Im Weiteren lassen die Ergebnisse der in diesem Bericht durchgeführten bivariaten Analysen häufig keine Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs und den Einfluss weiterer Faktoren zu. Multivariate Auswertungen fanden lediglich im Kapitel 5 «Schwerpunkte: Depressionssymptome, Übergewicht» Anwendung, und sind an dieser Stelle beschrieben. Schliesslich ist die Problematik der fehlenden Werte zu erwähnen. So wurde insbesondere das Einkommen nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermassen häufig ausgefüllt. Bei älteren Frauen und jüngeren Personen gab es überproportional viele fehlende Werte, d.h. die Angaben sind nicht für die gesamte Bevölkerung repräsentativ. Da diese Verzerrungen aber sowohl für die Schweiz als auch für den Kanton Luzern zutreffen und der Variable Einkommen eine besondere Bedeutung zukommt, wurde sie beibehalten.

## 1.4 Der Kanton Luzern im regionalen Vergleich

Der interkantonale Vergleich ist ein wichtiges Ziel des vorliegenden Berichtes und liefert wertvolle Anhaltspunkte zur Einschätzung, ob ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder gesundheitsschädigendes Verhalten



überdurchschnittlich häufig im eigenen Kanton vorkommt und damit besonders Besorgnis erregend ist. Allgemeine kantonale Besonderheiten, insbesondere bei soziodemografischen oder strukturellen Merkmalen, können mit Unterschieden im Gesundheitszustand und -verhalten in Zusammenhang stehen. Tabelle 1.3 gibt deshalb verschiedene Kennzahlen für den Kanton Luzern und die Gesamtschweiz wieder. Diese sind aber nur vereinzelt in die Auswertungen der einzelnen Kapitel eingeflossen und dienen primär dem Zweck, Vermutungen für allfällige unterschiedliche Ergebnisse zwischen den Kantonen anzustellen.

Es wurden die jeweils aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten verwendet, diese sind jedoch aus den Jahren 2002–2007. Neuere Entwicklungen sind deshalb nicht abgebildet. Für den Kanton Luzern ergibt sich folgender Überblick:

#### *Fast die Hälfte der Bevölkerung im Kanton Luzern lebt in ländlichen Gebieten*

Ein Blick auf die Bevölkerungsentwicklung seit 2002 zeigt, dass der Kanton Luzern im Vergleich zur Schweiz mit 3,3% eine leicht unterdurchschnittliche Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung zu verzeichnen hat. Im interkantonalen Vergleich bewegt sich der Kanton Luzern aber im Mittelfeld – die Kantone mit der stärksten Bevölkerungszunahme bzw. -abnahme sind Freiburg (8,2%) und Appenzell Ausserrhoden/Basel-Stadt (-0,8%). Fast die Hälfte der Luzernerinnen und Luzerner leben in ländlichen Gebieten. Der Urbanisierungsgrad des Kantons Luzern liegt mit 51% deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

#### *Etwas mehr Junge im Kanton Luzern als in der Gesamtschweiz*

Die Betrachtung der Altersstruktur zeigt, dass die Anteile an 50- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen im Kanton Luzern verglichen mit der Gesamtschweiz leicht tiefer sind, der Anteil der bis 35-Jährigen dagegen höher. Die Geburtenrate für das Jahr 2007 beträgt im Kanton Luzern 10,1 Lebendgeborene je 1000 Einwohner/innen und ist somit in etwa im schweizerischen Durchschnitt (9,9).

Angaben über die Haushaltsstrukturen sind u.a. im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Mehrfachbelastungen von zentraler Bedeutung. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und Einelternfamilien. Die Daten zeigen, dass der Kanton Luzern im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen leicht geringeren

Anteil an Einpersonenhaushalten aufweist. Auch hinsichtlich des Anteils an Einelternfamilien liegt der Kanton Luzern unter dem schweizerischen Mittel.

#### *Geringer Anteil Ausländer/innen*

Der prozentuale Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung schwankt in der Schweiz sehr stark zwischen den Kantonen (UR: 8,7%; GE: 37,4%). Mit einem Ausländeranteil von 15,8% bewegt sich der Kanton Luzern bei den 26 Kantonen im Mittelfeld. In Bezug auf den Anteil fremdsprachiger Personen liegt der Kanton Luzern leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

#### *Hoher Anteil an Beschäftigten im Primärsektor*

Die Zahlen zur Beschäftigungsstruktur zeigen, dass der Kanton Luzern über einen im Schweizer Vergleich hohen Anteil an Beschäftigten im Primärsektor verfügt (LU: 8,9%, CH: 5,3%). Vor diesem Hintergrund weist der Kanton Luzern mit 2,1% eine relativ tiefe Arbeitslosenquote auf. Die Erwerbsquote ist etwas höher, das Äquivalenzeinkommen ist dagegen tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Das aggregierte Bildungsniveau liegt im Kanton Luzern leicht unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt: Der Bevölkerungsanteil, der keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton Luzern im Vergleich mit der Gesamtschweiz leicht höher. Zudem verfügen im Kanton Luzern auch weniger Personen über eine Tertiärausbildung als in der Gesamtschweiz.

#### *Relativ wenig Hospitalisationen*

Der Kanton Luzern weist, verglichen mit der Gesamtschweiz, eine geringere Spitalbettendichte auf (LU: 2,8 Betten pro 1000 Einwohner/innen, CH: 3,3 Betten pro 1000 Einwohner/innen). Diese Zahl sagt nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten, aus. Der Kanton Luzern verfügt über die zweittiefste Hospitalisationsrate der Schweiz, die Rate der Mehrfachhospitalisationen ist ebenfalls deutlich tiefer als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Die Dichte an Pflegeplätzen in Pflegeheimen ist im schweizerischen Vergleich dagegen relativ hoch.

Die Ärztedichte ist im Kanton Luzern im Vergleich mit der Gesamtschweiz insbesondere bei den Fachärzten/-ärztinnen etwas tiefer. Die Zahnärztedichte entspricht dagegen dem schweizerischen Durchschnitt.

Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern im Vergleich zur Gesamtschweiz

Kennzahl	LU	CH	Rang LU <sup>1</sup>	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
<b>Bevölkerungsgrösse 2007</b>				
Frauen	184 191	3 866 480	7	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2007)
Männer	179 284	3 727 014	7	
Total	363 475	7 593 494	7	
<b>Bevölkerungsentwicklung 2002–2007 (in %)</b>				
Frauen	3,0	3,4	12	Zunahme/Abnahme zwischen 2002 und 2007 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2002–2007)
Männer	3,5	4,3	13	
Total	3,3	3,8	12	
<b>Altersstruktur 2007 (in %)</b>				
0–14 Jahre	16,3	15,5	11	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS: ESPOP 2007)
15–34 Jahre	26,5	25,1	2	
35–49 Jahre	24,0	24,1	13	
50–64 Jahre	17,7	19,0	25	
65+ Jahre	15,5	16,4	17	
<b>Geburtenrate 2007 (pro 1000 Einwohner/innen)</b>	10,1	9,9	9	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen 2007 (BFS: ESPOP 2007, BEVNAT 2007)
<b>Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2007 (in %)</b>	51,0	73,4	19	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS: ESPOP, Einteilung gemäss Volkszählung 2000)
<b>Anteil Ausländer/innen 2007 (in %)</b>	15,8	21,1	18	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2007 (BFS: ESPOP 2007)
<b>Anteil Fremdsprachiger 2000 (in %)</b>	8,5	9,0	10	Anteil der Bevölkerung, der eine andere als die vier Landessprachen als Hauptsprache angibt (BFS: Volkszählung 2000)
<b>Bildungsniveau der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung 2000 (in %)</b>				
Ohne nachobligatorische Ausbildung	24,3	22,9	13	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000)
Sekundarstufe II	50,3	49,2	14	
Tertiärstufe	19,6	21,5	12	
<b>Haushaltsstruktur 2000</b>				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,2	9	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten; Anteil Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil an allen Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)
Einpersonenhaushalte (in %)	33,4	36,0	12	
Monoparentale Haushalte (in %)	10,5	13,1	21	
<b>Arbeitslosenquote 2007 (in %)</b>	2,1	2,8	14	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Volkszählung 2000 (seco, BFS)
<b>Erwerbsquote 2000 (in %)</b>	66,3	65,3	8	Anteil der Erwerbspersonen an der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, in % (BFS: Volkszählung 2000)

Kennzahl	LU	CH	Rang LU <sup>1</sup>	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
<b>Beschäftigungsstruktur 2005 (in %)</b>				
Beschäftigte im I. Sektor	8,9	5,3	9	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren als Anteile aller Beschäftigten (BFS: Betriebszählung 2005)
Beschäftigte im II. Sektor	26,4	25,5	19	
Beschäftigte im III. Sektor	64,7	69,2	10	
<b>Äquivalenzeinkommen 2006 (in CHF)</b>	51 358	55 047	10	Durchschnittliches reines Einkommen gewichtet nach Haushaltsgrösse und -zusammensetzung (Eidgenössische Steuerverwaltung ESTV)
<b>Sozialhilfequote 2007 (in %)</b>	2,4	3,1	10	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen am Total der Bevölkerung (BFS: Sozialhilfestatistik 2007)
<b>Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)</b>				
Allgemeinpraktiker/innen	0,5	0,6	21	Anzahl Allgemeinpraktiker/innen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztstatistik 2007)
Fachärzte/-ärztinnen	1,0	1,5	19	Anzahl Fachärzte/-ärztinnen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztstatistik 2007)
Zahnärzte/-ärztinnen	0,5	0,5	9	Anzahl Zahnärzte/-ärztinnen pro 1000 Einwohner/innen: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind, 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
<b>Apothekendichte (pro 1000 Einwohner/innen)</b>	0,1	0,2	21	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 1000 Einwohner/innen 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
<b>Bettendichte in Krankenhäusern (pro 1000 Einwohner/innen)</b>				
Allgemeine Krankenhäuser	2,8	3,3	14	Anzahl stationärer Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner/innen (BFS: Krankenhausstatistik 2007)
Spezialkliniken	1,5	2,1	18	
<b>Dichte an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre)</b>	84	72	5	Anzahl belegter und nicht belegter Beherbergungsplätze, die am 1. Januar des Erhebungsjahres in Betrieb stehen, pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre (BFS: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007)
<b>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern in Tagen (Median)</b>	7,4 (5)	7,3 (5)	10	Durchschnitt und Median der Aufenthaltsdauer in Akutspitälern (K1). Alter der Patienten/innen mind. 15 Jahre, stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton, Trimmung der 99. Perzentile (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
<b>Hospitalisationsrate 2007</b>	114,4	134,1	25	Hospitalisierungen in Akutspitälern (K1), stationäre A-Fälle, pro 1000 Einwohner/innen (Austritte im Jahr 2007) (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
<b>Rate der Mehrfachhospitalisationen 2007 (in %)</b>	17,6	19,8	23	Anteil der Personen, welche mehr als einmal hospitalisiert wurden am Total der hospitalisierten Personen. Nur Akutspitäler (K1), stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
<b>Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Einwohner/in (inklusive Ausgaben der Gemeinden)</b>	716	1 085	22	Nettofinanzbedarf 2005 pro Einwohner/in gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Eidgenössische Finanzverwaltung: BFS)

<sup>1</sup> Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl.

## 2 Gesundheitszustand

Jean-Luc Heeb (2.1 bis 2.4 und 2.6), Maik Roth (2.5 und 2.6)

### Für die Kantonsärztlichen Dienste Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:

1. Die Luzerner Bevölkerung stuft ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein (88,8%). Das gesundheitliche Wohlbefinden der Luzerner/innen ist vergleichbar mit jenem der gesamten Schweizer Bevölkerung. Der Anteil der Personen, die sich gesundheitlich gut oder sehr gut fühlen, ist in den letzten Jahren im Kanton Luzern von 86,5% auf 88,8% leicht angestiegen.
2. Im Kanton Luzern nahm in den letzten 20 Jahren die Lebenserwartung der 65-Jährigen um 2,8 Jahre (Frauen) bzw. 2,9 Jahre (Männer) zu.
3. Das gesundheitliche Wohlbefinden weist einen engen Zusammenhang mit dem Alter und der Bildung auf. Erfreuen sich fast alle 15- bis 34-jährigen Luzerner/innen guter oder sehr guter Gesundheit, so sind es noch drei Viertel der 65-jährigen und Älteren. Drei von vier Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung berichten über gute oder sehr gute Gesundheit, gegenüber neun von zehn Personen mit erweiterter Bildung. Personen mit geringer Bildung oder tieferem Haushaltseinkommen sind

häufiger übergewichtig und leiden häufiger an erhöhten Cholesterinwerten oder Bluthochdruck.

4. Persönliche und soziale Ressourcen spielen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine entscheidende Rolle. Während nur 54,6% der Luzerner/innen mit entsprechend tiefen Ressourcen ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden haben, sind es 80,8% mit hohen Ressourcen.
5. Bei den jungen Personen zwischen 15 und 34 Jahren sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide die häufigsten Todesursachen. Frauen zwischen 35 und 79 Jahren und Männer zwischen 50 und 79 Jahren sterben am meisten an Krebs. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache.

#### Fazit:

Gesundheitsförderung und Prävention müssen wie auch die Gesundheitsversorgung vermehrt darauf gerichtet werden, sozial benachteiligte Menschen (tiefere Haushaltseinkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau) zu erreichen.

Dr. phil. nat. Hans-Peter Roost, MPH, MAS  
Stellvertreter der Kantonsärztin

Während biomedizinische Ansätze Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit bezeichnen, rückt mit der Definition der WHO (1946) Gesundheit als solche in den Mittelpunkt: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». Diese Definition ist wegweisend für das Gesundheitsverständnis im Sinne von Public Health, da sie von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgeht und nebst objektiven Kriterien die Erfahrbarkeit von Gesundheit durch den Einzelnen betont. Nicht ganz unproblematisch sind hingegen die statische Sichtweise von Gesundheit sowie die schwer einlösbare, stark wertorientierte Voraussetzung eines vollständigen und umfassenden Wohlergehens. Daher scheint es sinnvoll, den Gesundheitszustand einer Person vor dem Hintergrund eines mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu sehen. Im Laufe der Zeit wird sich der Gesundheitszustand zwischen den Polen «ganz gesund» und «ganz krank» bewegen. Die Annahme eines fließenden Übergangs von Gesundheit zu Krankheit unterscheidet sich

wesentlich von der biomedizinischen Sichtweise (Antonovsky, 1997). An die Stelle der Zweiteilung in Kranke und Gesunde tritt eine verfeinerte Einteilung, wonach Menschen mehr oder weniger gesund bzw. krank sind. Gesundheit gilt nicht mehr als ein Zustand des Gleichgewichts, der vorübergehend durch Krankheit gestört würde. Vielmehr ist Gesundheit als ein veränderlicher Zustand zu verstehen, der massgeblich durch verfügbare Ressourcen und erlebte Belastungen geprägt wird. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das Bewältigungshandeln der Person selbst: Wohlbefinden hängt auch davon ab, in welchem Mass Ressourcen zur Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen eingesetzt werden können. Exemplarisch sei hier das Wohlbefindensparadox bei älteren Menschen erwähnt, die trotz körperlicher Gebrechen ihr Wohlbefinden oft als gut einschätzen (siehe Staudinger, 2000; Wahl & Heyl, 2004).

In diesem Kapitel werden verschiedene Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit vorgestellt, die Aufschluss über die Lage der Luzerner Bevölkerung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

geben.<sup>10</sup> Einleitend werden die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und deren Zusammenhang mit den drei Gesundheitsdimensionen dargestellt (2.1). Danach wird auf einzelne Aspekte der drei Dimensionen der körperlichen (2.2), der psychischen (2.3) und der sozialen Gesundheit (2.4) näher eingegangen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Zusammenhängen zwischen den einzelnen Gesundheitsdimensionen und soziodemografischen Determinanten der Gesundheit. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung der Sterblichkeit und der Häufigkeit einzelner Todesursachen im Kanton Luzern (2.5).

## 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden

Gesundheitliches Wohlbefinden betont gezielt die Beurteilung der Gesundheit aus Sicht der betroffenen Person. Diese Einschätzung richtet sich nicht nur nach dem objektiven Gesundheitszustand, sondern nimmt ebenfalls Bezug auf Ressourcen und Umwelt. Wohlbefinden kann daher als subjektive Balance zwischen Ressourcen und Belastungen angesehen werden. Selbsteinschätzungen

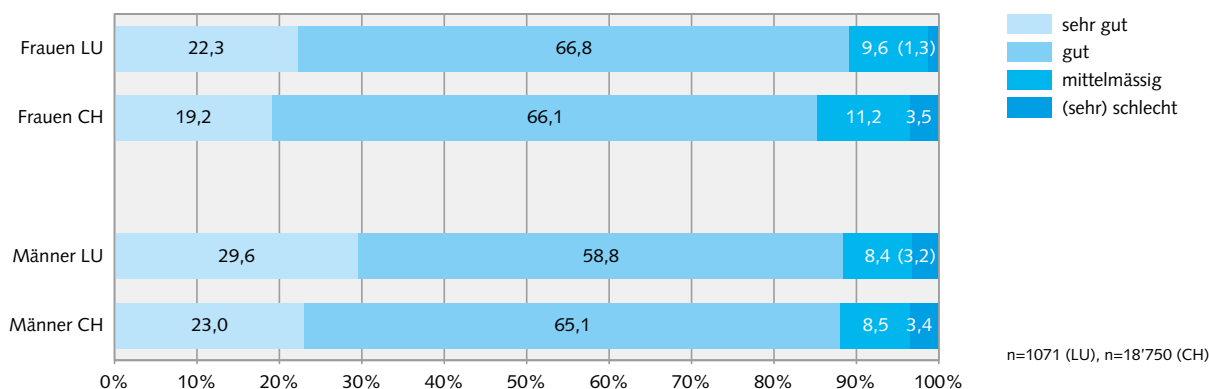
der Gesundheit kommen einer besonderen Bedeutung zu, da sie einerseits eng mit Mortalität und Morbidität zusammenhängen (Idler & Benyamini, 1997; Manor et al., 2001), andererseits in sehr einfacher Form erhoben werden können. Die entsprechende Frage in der SGB 2007 lautet «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?»

*Neun von zehn Luzernerinnen und Luzernern schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein*

Die Luzerner Bevölkerung stuft ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein (88,8%). Knapp jede zehnte Person bezeichnet ihre Gesundheit als mittelmässig, während schlechte oder sehr schlechte Gesundheit nur vereinzelt genannt wird (Abb. 2.1). Männer geben etwas häufiger an, ihre Gesundheit sei sehr gut, als Frauen. Das gesundheitliche Wohlbefinden der Luzerner/innen ist vergleichbar mit jenem der Schweizer/innen<sup>11</sup>. Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der Personen, die sich gesundheitlich gut oder sehr gut fühlen, sowohl im Kanton Luzern (von 86,5% auf 88,8%) wie auch in der Gesamtschweiz (von 85,8% auf 86,7%) leicht angestiegen.<sup>12</sup>

### Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 2.1



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>10</sup> Die Auswahl der Indikatoren lehnt sich weitgehend an die früheren Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums mit Daten der SGB 2002 an, um Vergleiche zu ermöglichen. Teilweise wurden in der SGB 2007 jedoch andere Indikatoren erhoben als 2002 – insbesondere zur psychischen Gesundheit. Auf Unterschiede wird im Text hingewiesen. Ferner sei daran erinnert, dass die Indikatoren auf selbstberichteten Daten beruhen. Die Beurteilung der Gesundheit erfolgt stets aus Sicht der befragten Personen. Die Ergebnisse sind daher nicht etwa als Aussagen im Sinne einer Diagnose auszulegen, sondern als Selbsteinschätzung des eigenen Wohlbefindens.

<sup>11</sup> Im Bericht ist mit dem Begriff «Schweizer/innen» die Gesamtschweizer Bevölkerung gemeint. Wird im Text auf die Nationalität (Schweizer/innen – Ausländer/innen) eingegangen, so wird der Begriff «Schweizer Staatsbürger/innen» verwendet.

<sup>12</sup> Zu diesem Befund sind jedoch gewisse Vorbehalte angebracht, da die Frage nach dem gesundheitlichem Wohlbefinden 2007 anders formuliert war als 2002 («Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»).

Das gesundheitliche Wohlbefinden weist einen engen Zusammenhang mit dem Alter und der Bildung auf (Tab. 2.1). Die übrigen soziodemografischen Merkmale wie auch die regionale Zugehörigkeit – mit Ausnahme des Kantons Tessin – spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Mit zunehmendem Alter ist häufiger mit Einbussen des Wohlbefindens zu rechnen: Erfreuen sich fast alle 15- bis 34-jährigen Luzerner/innen guter oder sehr guter Gesundheit, so sind es noch drei Viertel der 65-jährigen und älteren. Ein ähnliches Gefälle zeigt sich nach der Bildung. Drei von vier Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten über gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber neun von zehn Personen mit nachobligatorischer Bildung.

#### *Unterschiedliches Wohlbefinden nach Bildung vor allem bei älteren Menschen*

Alter und Bildung sind zentrale Gesundheitsdeterminanten (Meyer, 2009, vgl. 1.2). Ein höheres Alter zieht Gebrechen und Beeinträchtigungen nach sich, während niedrige Bildung oft mit knappen Ressourcen zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen wie auch z.B. mit körperlichen Belastungen bei der Arbeit verbunden ist. Aus dieser Sicht ist es interessant, danach zu fragen, wie sich das gesundheitliche Wohlbefinden bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter und Bildung gestaltet (Abb. 2.2). Bezeichnend für das Zusammenspiel der beiden Determinanten ist ein umso steileres Gefälle zwischen den

**Tab. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)**

		gut oder sehr gut		mittelmässig bis sehr schlecht	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		88,8	86,7	11,2	13,3
<b>Geschlecht</b>	Frauen	89,1	85,4	10,9	14,6
	Männer	88,4	88,2	11,6	11,8
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	97,8	94,7	.	5,3
	35–49 Jahre	93,8	90,9	(6,2)	9,1
	50–64 Jahre	77,6	82,7	22,4	17,3
	65+ Jahre	75,1	71,8	24,9	28,2
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	76,5	71,8	23,5	28,2
	Sekundarstufe II	90,6	87,8	9,4	12,2
	Tertiärstufe	92,1	92,6	(7,9)	7,4
<b>Nationalität</b>	Schweiz	88,4	87,3	11,6	12,7
	Ausland	91,2	84,7	.	15,3
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	87,0	84,8	13,0	15,2
	CHF 3000 bis 4499	91,8	86,4	8,2	13,6
	CHF 4500 bis 5999	87,1	89,2	(12,9)	10,8
	CHF 6000 und höher	93,3	92,1	(6,7)	7,9
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	90,6	86,5	9,4	13,5
	Land	86,9	87,3	13,1	12,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>86,7</b>		<b>13,3</b>
	<b>Luzern</b>		<b>88,8</b>		<b>11,2</b>
	Aargau		86,3		13,7
	Appenzell Ausserrhoden		88,8		11,2
	Bern		86,6		13,4
	Tessin		80,8*		19,2*
	Uri		88,1		11,9
	Zentralschweiz ohne Luzern		89,1		10,9
	Grossregion Ostschweiz		87,6		12,4
	Deutschschweiz		87,5		12,5
Französische Schweiz		85,6		14,4	

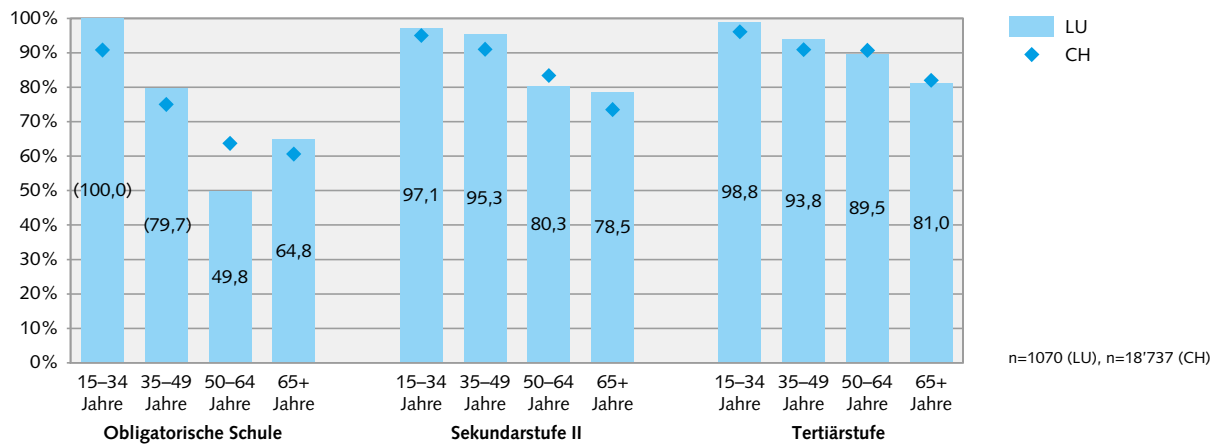
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1071 (LU), n=18'750 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

**Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Luzern und Schweiz, 2007** Abb. 2.2

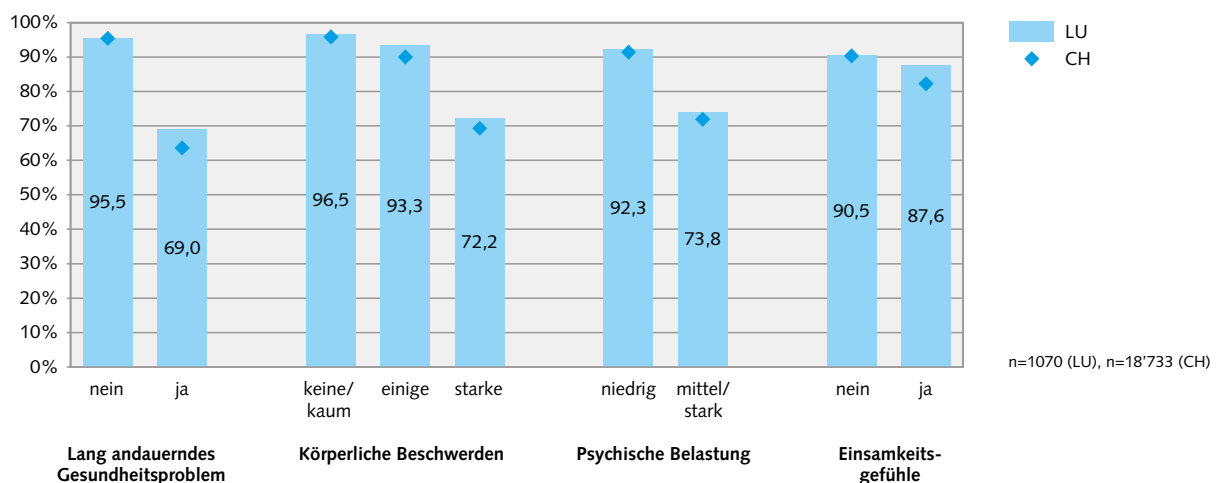


Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007** Abb. 2.3



Einsamkeitsgefühle: nein: nie Einsamkeitsgefühle, ja: manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Altersgruppen, je niedriger die Bildung ist. Besonders bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung verschlechtert sich das Wohlbefinden mit zunehmendem Alter. Während sich das Wohlbefinden der 15- bis 34-Jährigen nach der Bildung kaum unterscheidet, sind 50-Jährige und Ältere mit guter oder sehr guter Gesundheit deutlich seltener anzutreffen, wenn sie keine nachobligatorische Schulbildung besitzen, als wenn sie über einen Schulabschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe verfügen.

*Wohlbefinden spiegelt körperliche und psychische Gesundheit*

Wie hängt das gesundheitliche Wohlbefinden mit Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsdimensionen zusammen? Ausländische Studien haben Zusammenhänge zwischen einerseits dem gesundheitlichen Wohlbefinden und andererseits Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit aufgezeigt (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich in der Luzerner und

Schweizer Bevölkerung beobachten: Lang andauernde Gesundheitsprobleme (vgl. 2.2.1), körperliche Beschwerden (vgl. 2.2.2) und psychische Belastung (vgl. 2.3.1) schmälern das gesundheitliche Wohlbefinden (Abb. 2.3). Soziale Gesundheit, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (vgl. 2.4.1), spielt eine vergleichsweise geringe Rolle.

Besonders einschneidend wirken sich lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden auf das Wohlbefinden aus. Um die 70% der Luzerner/innen mit einem andauernden Gesundheitsproblem stufen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein – ohne solches Problem sind es über 95%. Ein ähnlicher Unterschied besteht zwischen Personen mit starken körperlichen Beschwerden und Personen, die keine oder kaum Beschwerden haben. Etwas geringer aber dennoch ausgeprägt ist der Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mittel oder stark Belastete berichten zu knapp drei Vierteln eine gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber etwas mehr als neun von zehn niedrig Belasteten.

Noch deutlicher wird das gesundheitliche Wohlbefinden durch die Kumulation von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen beeinflusst. Liegen gleichzeitig lang andauernde Gesundheitsprobleme und eine mittlere oder starke psychische Belastung vor, so bezeichnen 54,5%<sup>13</sup> der Luzerner/innen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut (CH: 45,9%). Starke körperliche Beschwerden gepaart mit mittlerer oder starker psychischer Belastung führen zu einem entsprechenden Anteil von 59,2% (CH: 62,4%).

## 2.2 Körperliche Gesundheit

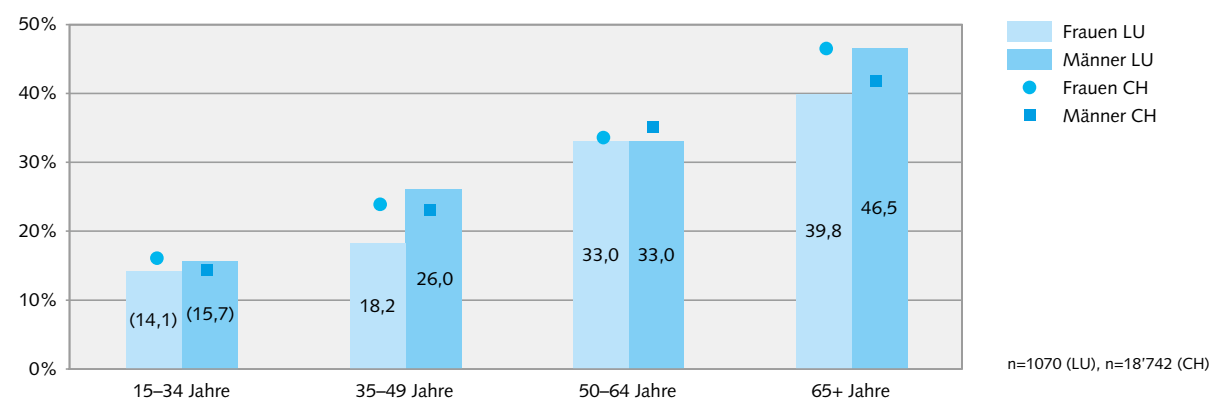
Das gesundheitliche Wohlbefinden hängt eng mit der körperlichen Gesundheit zusammen. Im Folgenden werden zunächst die soeben angesprochenen lang andauernden Gesundheitsprobleme (2.2.1) und körperlichen Beschwerden (2.2.2) näher untersucht. Danach wird auf zeitweilige Leistungseinschränkungen (2.2.3) sowie Einschränkungen in der täglichen Lebensführung (2.2.4) eingegangen, die vornehmlich durch Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit hervorgerufen werden. Weiter wird die potentielle Gefährdung der körperlichen Gesundheit am für die Prävention relevanten Beispiel der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten geschildert (2.2.5). Abschliessend werden Unfälle (2.2.6) und Stürze (2.2.7) als wichtige Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit dargestellt.

### 2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Im Kanton Luzern gibt ein Viertel der Befragten an, zum Zeitpunkt der Erhebung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem wie Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu leiden (Tab. 2.2).<sup>14</sup> Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind in der Gesamtschweiz (27,3%) etwas häufiger als im Kanton Luzern (25,1%).

**Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.4**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>13</sup> Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

<sup>14</sup> Die entsprechende Frage lautet: «Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?» Wegen unterschiedlicher Fragestellungen sind Vergleiche mit der SGB 2002 nicht möglich.



### Im Alter häufigere lang andauernde Gesundheitsprobleme

Mit zunehmendem Alter nehmen lang andauernde Gesundheitsprobleme kontinuierlich zu und sind bei 65-Jährigen und Älteren zweieinhalb- bis dreimal so oft anzutreffen wie bei 15- bis 34-Jährigen (Abb. 2.4). Anders als schweizweit scheinen ältere Männer im Kanton Luzern häufiger betroffen zu sein als ältere Frauen.

Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind ferner etwas verbreiteter bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung als bei Personen, die die Sekundarstufe II oder die Tertiärstufe besucht haben, sowie bei Schweizer

Staatsbürgerinnen und -bürgern häufiger als bei Ausländerinnen und Ausländern (Tab. 2.2). Im regionalen Vergleich sind lang andauernde Gesundheitsprobleme im Kanton Luzern ähnlich häufig wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen, jedoch seltener als in der gesamten Deutschschweiz.

### Trotz lang andauernden Gesundheitsproblemen hohes Wohlbefinden

Lang andauernde Gesundheitsprobleme können das gesundheitliche Wohlbefinden (vgl. 2.1) in erheblichem Mass verringern. Dennoch zeigt sich, dass persönliche

**Tab. 2.2 Lang andauernde Gesundheitsprobleme oder starke körperliche Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)**

		Lang andauerndes Gesundheitsproblem		Starke körperliche Beschwerden	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		25,1	27,3	22,7	24,2
<b>Geschlecht</b>	Frauen	23,5	28,2	29,3	30,8
	Männer	26,8	26,3	15,2	17,3
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	14,9	15,4	17,6	22,3
	35–49 Jahre	21,9	23,5	21,3	23,3
	50–64 Jahre	33,0	34,5	25,8	23,3
	65+ Jahre	42,7	44,5	31,5	29,4
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	28,7	33,4	35,5	32,3
	Sekundarstufe II	25,2	26,5	20,7	24,0
	Tertiärstufe	22,5	25,9	19,6	20,2
<b>Nationalität</b>	Schweiz	26,2	28,6	23,0	24,4
	Ausland	(18,5)	22,1	(20,3)	23,2
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	26,8	26,1	19,5	26,3
	CHF 3000 bis 4499	25,7	29,6	22,5	24,1
	CHF 4500 bis 5999	28,0	28,3	27,0	23,1
	CHF 6000 und höher	24,3	26,1	19,2	19,5
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	25,7	27,6	21,4	24,7
	Land	24,5	26,3	24,0	22,6
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>27,3</b>		<b>24,2</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>25,1</b>		<b>22,7</b>	
	Aargau	28,9		23,0	
	Appenzell Ausserrhoden	27,1		22,8	
	Bern	30,4*		23,1	
	Tessin	21,9*		26,0	
	Uri	26,4		20,6	
	Zentralschweiz ohne Luzern	25,4		22,0	
	Grossregion Ostschweiz	27,2		21,3	
	Deutschschweiz	28,2		23,4	
Französische Schweiz	25,6		26,1		

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

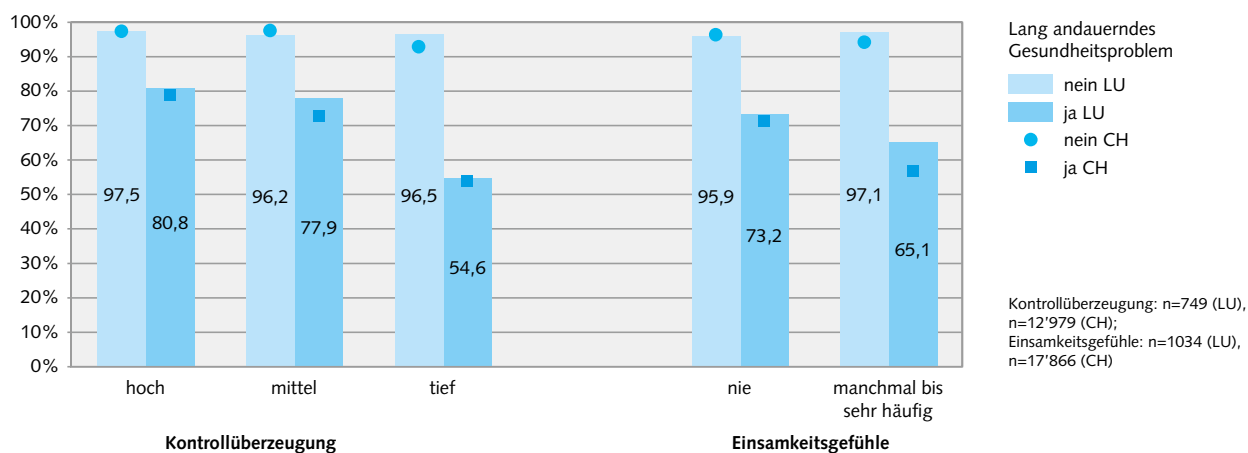
Lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=1070 (LU), n=18'742 (CH); körperliche Beschwerden: n=999 (LU), n=17'421 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

**Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Einsamkeitsgefühlen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

Abb. 2.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

und soziale Ressourcen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit lang andauernden Gesundheitsproblemen eine entscheidende Rolle spielen dürften. Exemplarisch seien hier die Kontrollüberzeugung, verstanden als Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können (vgl. 2.3.2), und die soziale Unterstützung, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (vgl. 2.4.1), angeführt. Das gesundheitliche Wohlbefinden von Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist umso besser, als sie eine hohe Kontrollüberzeugung haben und angeben, nie an Einsamkeitsgefühlen zu leiden (Abb. 2.5). Besonders deutlich ist dies bei der Kontrollüberzeugung zu erkennen: Während nur 54,6% der Luzerner/innen mit tiefer Kontrollüberzeugung ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden haben, sind es 80,8% mit hoher Kontrollüberzeugung. Bei Personen ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem spielen die genannten Ressourcen hinsichtlich des Wohlbefindens so gut wie keine Rolle. Ressourcen tragen dazu bei, Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden zwischen Personen mit und ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem zu verringern.

### 2.2.2 Körperliche Beschwerden

Gesundheitliches Wohlbefinden (vgl. 2.1) wird nicht nur durch lang andauernde Gesundheitsprobleme eingeschränkt, sondern ebenfalls durch körperliche Beschwerden, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung aufgetreten sind. Die acht erhobenen Beschwerden lassen sich nach ihrer Häufigkeit in zwei Gruppen einteilen (Abb. 2.6).

#### *Rückenschmerzen, Müdigkeit, Kopfweh und Schlafprobleme sind häufige Beschwerden*

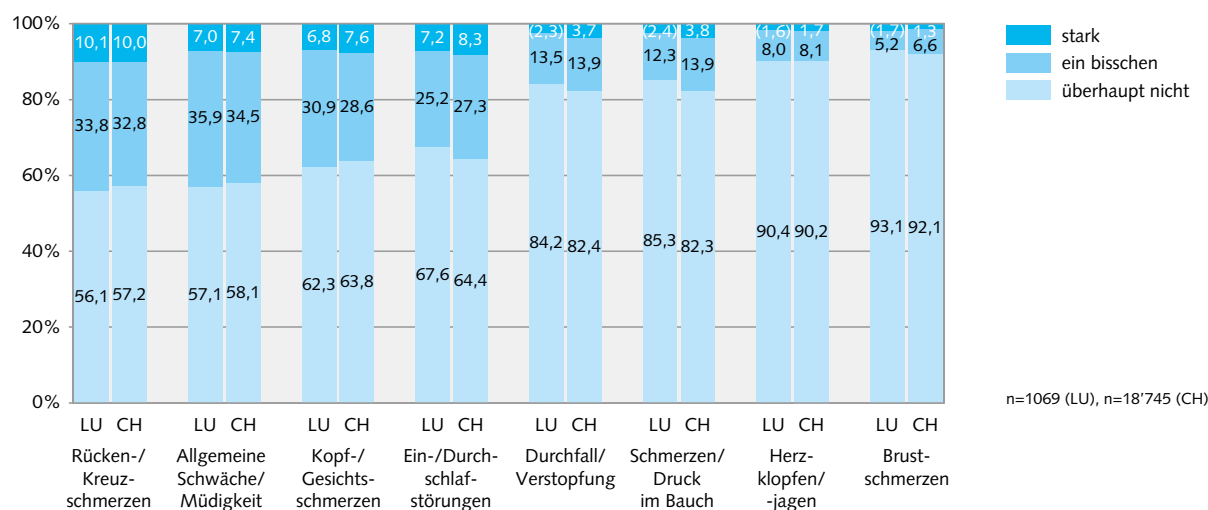
Am verbreitetsten sind bei Luzernerinnen und Luzernern Rücken- und Kreuzschmerzen (43,8%) sowie allgemeine Schwäche und Müdigkeit (42,9%) gefolgt von Kopf- und Gesichtsschmerzen (37,8%) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (32,4%). Seltener werden Durchfall und Verstopfung (15,9%), Schmerzen und Druck im Bauch (14,7%) und vor allem Herzklopfen und -jagen (9,6%) sowie Brustschmerzen (6,9%) genannt. Die meisten Befragten geben nur mässige Beschwerden an (Antwort «ein bisschen»). Starke Beschwerden sind vor allem bei Rücken- und Kreuzschmerzen häufig und werden von jeder zehnten Person im Kanton Luzern erwähnt. Etwa 7% der Luzerner/innen klagen ferner über starke Beschwerden in Verbindung mit allgemeiner Schwäche und Müdigkeit, Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Die einzelnen acht Indikatoren wurden zusammengefasst, um die Belastung durch körperliche Beschwerden gesamthaft zu untersuchen. Dabei wird zwischen starken Beschwerden, einigen Beschwerden und keinen oder kaum Beschwerden unterschieden.<sup>15</sup> Jede sechste befragte Person weist im Kanton Luzern starke (22,7%) oder einige Beschwerden (38,2%) auf. Verglichen mit der Gesamtschweiz fällt die Belastung durch starke Be-

<sup>15</sup> Die einzelnen Beschwerden wurden wie folgt bewertet: überhaupt nicht 0, ein bisschen 1 und stark 2. Bei einer Summe ab 8 liegen starke Beschwerden vor, zwischen 4 und 7 einige Beschwerden. Eine kleinere Summe gilt als keine oder kaum Beschwerden. Personen mit Fieber wurden nicht berücksichtigt, um Krankheiten wie z.B. Grippe auszuschliessen (siehe BFS, 2008d).

**Körperliche Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.6**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

schwerden im Kanton Luzern etwas geringer aus, jene durch einige Beschwerden etwas höher.<sup>16</sup> Die Belastung durch Beschwerden war 2002 im Kanton Luzern geringer als 2007 (56,7% vs. 60,9%). In der Gesamtschweiz ist die Zunahme weniger ausgeprägt (58,8% vs. 59,7%). Der Anstieg im Kanton Luzern ist hauptsächlich auf starke Beschwerden zurückzuführen (19,5% vs. 22,7%).

Körperliche Beschwerden gehen oft mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem einher. So berichten Luzerner/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem gut zweimal so häufig über starke Beschwerden als Befragte ohne solches Problem (37,4% vs. 18,0%). Umgekehrt sind Personen mit keinen oder kaum Beschwerden deutlich häufiger vertreten in der Gruppe ohne als in der Gruppe mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (44,0% vs. 23,8%).

*Häufige körperliche Beschwerden bei Frauen*

Anders als bei lang andauernden Gesundheitsproblemen unterscheidet sich die Belastung durch Beschwerden nach dem Geschlecht und nur beschränkt nach dem Alter (Abb. 2.7). In sämtlichen Altersgruppen sind Luzernerinnen häufiger Beschwerden ausgesetzt als Luzerner. Am deutlichsten ist dieser Unterschied bei den 15- bis 34-Jährigen zu erkennen. Zugleich stellt sich heraus, dass sich Frauen und Männer vor allem hinsichtlich starker Beschwerden unterscheiden: Frauen haben rund zweimal

so oft solche Beschwerden als Männer (29,3% vs. 15,2%). In jeder Altersgruppe sind mehr als ein Viertel der Luzernerinnen von starken Beschwerden betroffen. Die Belastung durch Beschwerden – einige und starke zusammengefasst – hängt nur gering vom Alter ab. Mit zunehmendem Alter zeichnet sich hingegen bei beiden Geschlechtern eine Zunahme starker Beschwerden ab.

Die Belastung durch starke Beschwerden variiert nach der Bildung (Tab. 2.2). Rund ein Drittel der Luzerner/innen ohne nachobligatorische Schulbildung weist solche Beschwerden auf. Bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe ist es jede fünfte.

**2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen**

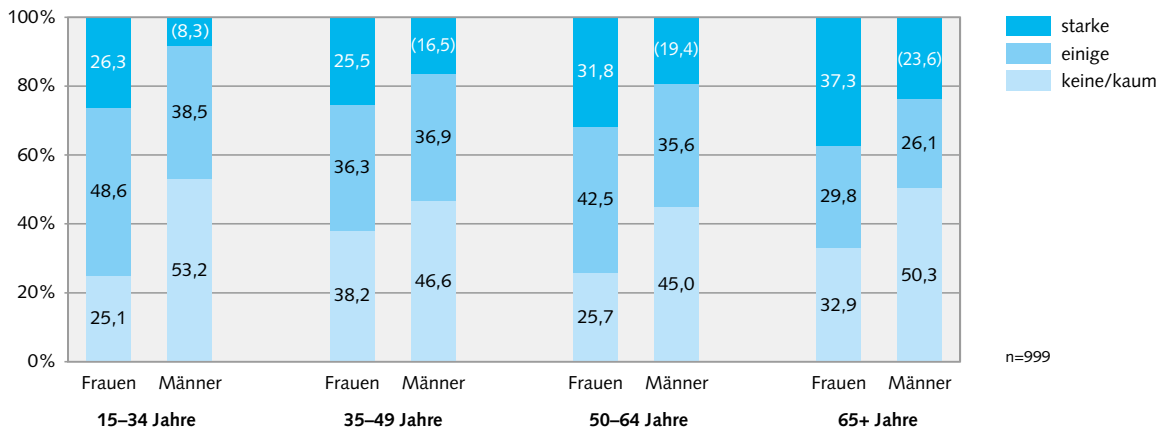
Einschränkungen in der Einsatz- und Leistungsfähigkeit können sich sowohl in persönlicher, familiärer wie auch volkswirtschaftlicher Hinsicht nachteilig auswirken. Aus gesundheitlichen Gründen konnten 2007 im Kanton Luzern 19,0% und in der Gesamtschweiz 17,1% der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung ihren Beschäftigungen nicht wie gewohnt nachgehen.<sup>17</sup> Im selben Zeitraum waren Luzerner/innen mit einer zeitweiligen Leistungseinschränkung durchschnittlich während 7,8 Tage nicht einsatzfähig, Schweizer/innen hingegen etwas länger während 8,1 Tagen. Im Jahr 2002 ist der

<sup>16</sup> Die entsprechenden Anteile belaufen sich auf 24,2% bzw. 35,5%.

<sup>17</sup> Anteil der Personen, die auf die Frage «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?» mit mindestens einem Tag geantwortet haben.

**Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen**  
Kanton Luzern, 2007

**Abb. 2.7**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

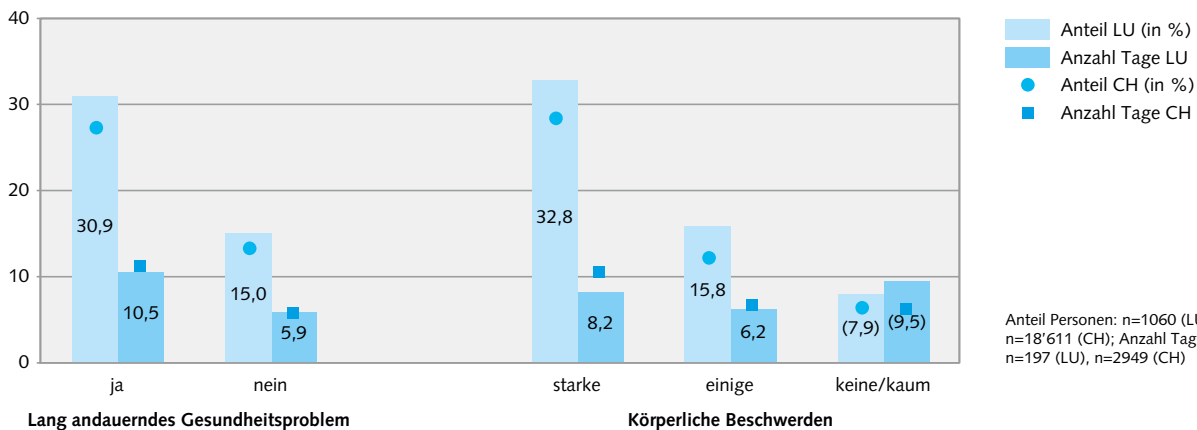
Anteil der eingeschränkt leistungsfähigen Personen sowohl im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz (15,4% bzw. 15,2%) niedriger als 2007. Die durchschnittliche Dauer der zeitweiligen Leistungseinschränkungen hat sich seit 2002 kaum verändert (LU: 8,0 Tage bzw. CH: 8,2 Tage). Leistungseinschränkungen sind zur Hauptsache krankheitsbedingt (71,1% bzw. 72,9%). Unfälle spielen in etwa jedem sechsten Fall eine Rolle (19,3% bzw. 14,4%).

*Leistungseinschränkungen gehen mit Gesundheitsproblemen und Beschwerden einher*

Zeitweilige Leistungseinschränkungen treten vor allem in Verbindung mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden auf (Abb. 2.8). Etwa drei von zehn Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder starken Beschwerden waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung nur eingeschränkt leistungsfähig. Befragte ohne Gesundheitsproblem oder mit einigen Beschwerden geben nur halb so

**Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren**

Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung) **Abb. 2.8**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)  
Anzahl Tage: bezogen auf Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

häufig Leistungseinschränkungen an – bei Personen mit keinen oder kaum Beschwerden ist sogar weniger als jede zehnte davon betroffen. Die Dauer der Leistungseinschränkung hängt vor allem mit lang andauernden Gesundheitsproblemen zusammen. Personen mit einem solchen Problem geben durchschnittlich eine zweimal längere Dauer an als die übrigen Personen.

#### 2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung

Insbesondere im Alter erschweren vermehrt auftretende gesundheitliche Beeinträchtigungen eine selbständige Lebensführung und ziehen funktionelle Einschränkungen nach sich. Als Folge ist mit einer Zunahme der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zu rechnen. In diesem Abschnitt wird die Selbständigkeit bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Dabei werden funktionelle Einschränkungen sowohl im Bereich grundlegender Aktivitäten wie Essen oder Anziehen als auch im Bereich instrumenteller Aktivitäten wie Kochen oder Einkaufen untersucht.<sup>18</sup>

Im Kanton Luzern gibt jede zehnte befragte Person an, beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten Schwierigkeiten zu haben (LU: 11,3% bzw. CH: 14,4%).<sup>19</sup> Instrumentelle Aktivitäten bereiten dabei etwa viermal häufiger Schwierigkeiten als grundlegende Aktivitäten (LU: 11,2% vs. 2,9%; CH: 14,0% vs. 3,4%). Schwierigkeiten bei der Bewältigung von grundlegenden Aktivitäten ziehen in der Regel Schwierigkeiten im instrumentellen Bereich nach sich. Die einzelnen grundlegenden Aktivitäten bereiten je ca. 2% der Befragten Schwierigkeiten, die instrumentellen je bis ca. 4%. Einzig das gelegentliche Erledigen schwerer Hausarbeit bereitet etwa jeder zehnten Person Schwierigkeiten.

<sup>18</sup> In der SGB 2007 wurden fünf grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (auch BADL, engl. basic activities of daily living; siehe Katz et al., 1963) erhoben, nämlich essen, ins oder aus dem Bett steigen bzw. aus einem Sessel aufstehen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen sowie baden oder duschen. Ferner liegen folgende acht instrumentelle Aktivitäten (auch IADL, engl. instrumental activities of daily living; siehe Lawton & Brody, 1969) vor: Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern sowie öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Da die SGB in Privathaushalten durchgeführt wurde, dürften stark pflege- und hilfsbedürftige Personen untervertreten sein.

<sup>19</sup> Die Frage zu den grundlegenden Aktivitäten lautete «Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Alltagsverrichtungen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können», jene zu den instrumentellen Aktivitäten «Ich lese Ihnen jetzt andere Aktivitäten rund um den Haushalt vor. Bitte sagen Sie mir...». Im Text sind Personen mit Schwierigkeiten solche, die für mindestens eine Aktivität eine der drei letzten Antwortmöglichkeiten gewählt haben.

#### *Alltagsaktivitäten bereiten jeder dritten Person ab 65 Jahren Schwierigkeiten*

Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender und instrumenteller Aktivitäten sind stark altersabhängig (Abb. 2.9). Bei den Frauen wie bei den Männern sind sie ab 65 Jahren bis etwa viermal häufiger als im früheren Alter. In dieser Altersgruppe berichten Frauen häufiger über Schwierigkeiten als Männer.

Gut drei von zehn 65-jährigen und älteren Befragten haben Schwierigkeiten, instrumentelle Aktivitäten zu verrichten (Abb. 2.10). In dieser Altersgruppe stellen sich für jede zehnte Person auch Probleme bei grundlegenden Aktivitäten. Selbständigkeit in der täglichen Lebensführung wird überdies massgeblich durch körperliche Beeinträchtigungen tangiert: Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben Personen mit starken Beschwerden und noch deutlicher mit lang andauernden Gesundheitsproblemen bis zweieinhalbmal häufiger Schwierigkeiten, grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten nachzugehen.

Ungefähr die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder mit starken Beschwerden geben Schwierigkeiten bei grundlegenden oder instrumentellen Aktivitäten an.<sup>20</sup> Ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem – stets in der Altersgruppe ab 65 Jahren – ist jede vierte bis fünfte Person und bei Personen mit keinen oder kaum Beschwerden weniger als jede fünfte betroffen.<sup>21</sup>

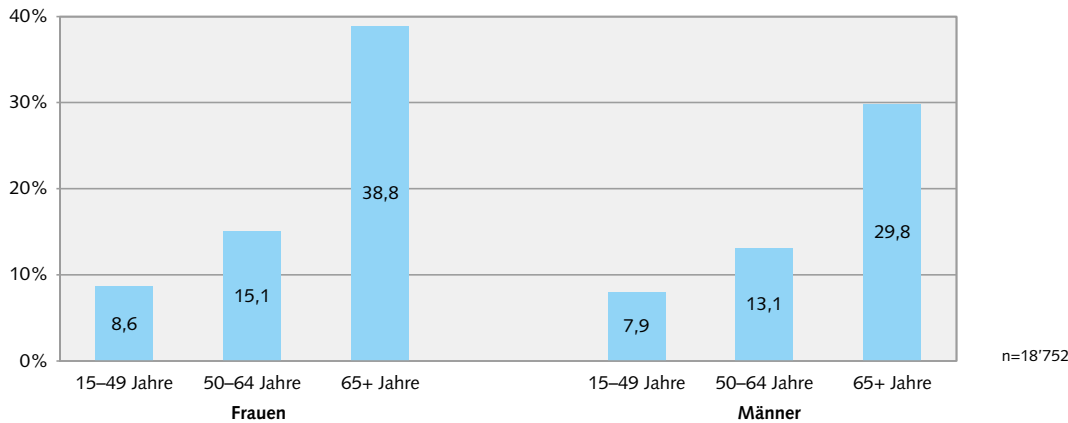
#### *Erhöhte Schwierigkeiten bei Alltagsverrichtung wegen eingeschränkten Hör-, Seh- und Gehvermögens*

Nebst den Aktivitäten des täglichen Lebens sei noch kurz auf das Hör-, Seh- und Gehvermögen eingegangen. Beeinträchtigungen in diesem Bereich werden in erster Linie von älteren Menschen berichtet. Im Kanton Luzern gibt rund jede zehnte 65-jährige und ältere befragte Person an, nur schwer oder überhaupt nicht einem Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen zu können (LU: 9,1% bzw. CH: 13,2%). Ähnlich häufig werden Schwierigkeiten genannt, wegen ungenügenden Sehvermögens ein Buch oder eine Zeitung lesen zu können (10,5% bzw. 10,4%). Etwas weniger häufig

<sup>20</sup> Lang andauerndes Gesundheitsproblem: LU: 44,5% bzw. CH: 49,7%; starke Beschwerden: 57,3% bzw. 53,8%

<sup>21</sup> Kein lang andauerndes Gesundheitsproblem: LU: 22,7% bzw. CH: 23,3%; keine oder kaum Beschwerden: 11,3% bzw. 18,4%. Die Prozentwerte 22,7% und 11,3% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

**Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007** **Abb. 2.9**

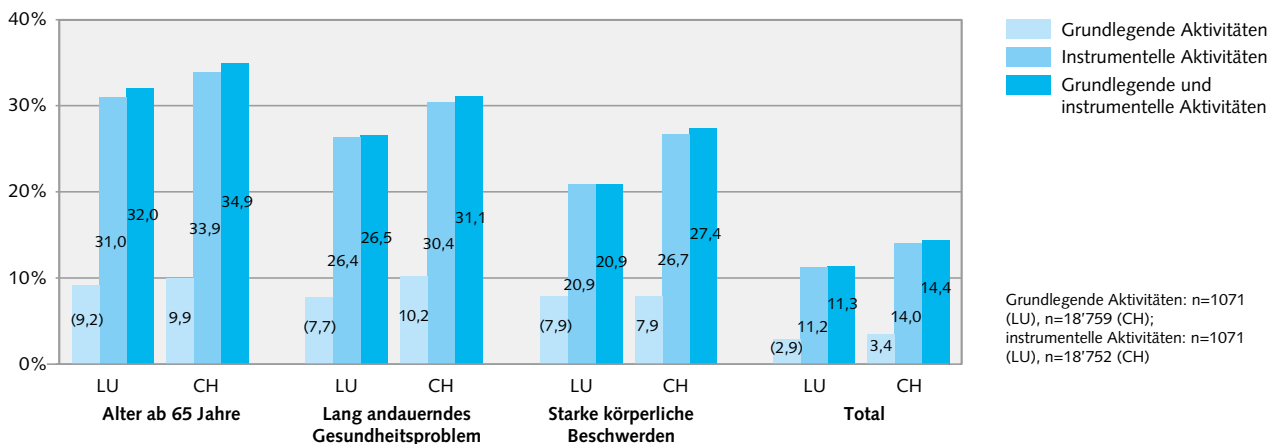


Aktivitäten des täglichen Lebens: grundlegende und instrumentelle Aktivitäten zusammengefasst

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007** **Abb. 2.10**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

sind ältere Luzerner/innen nicht in der Lage, ohne Anhalten oder Beschwerden eine 200 Meter lange Wegstrecke zu Fuss zurückzulegen (6,8% bzw. 9,6%)<sup>22</sup>. Etwa jede fünfte 65-jährige und ältere befragte Person weist eine der drei genannten Einschränkungen auf, jede zwanzigste mehrere zugleich.

Ein markanter Zusammenhang besteht zwischen Einschränkungen im Hör-, Seh- oder Gehvermögen und Schwierigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens zu verrichten. Etwa jede zehnte Person, die weder in

ihrem Hör- noch in ihrem Seh- noch in ihrem Gehvermögen eingeschränkt ist, nennt Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten (LU: 7,8% bzw. CH: 10,1%). Liegt eine Einschränkung vor, so sind es ungefähr vier von zehn Befragten (39,7% bzw. 47,0%), bei zwei oder drei Einschränkungen über jede achte (95,3%<sup>23</sup> bzw. 83,0%).

### 2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind nicht nur die Haupttodesursache in der Schweizer Bevölkerung, sondern auch einer der wichtigsten Hospitalisierungsgründe. Chronische Erkrankungen der Herzgefässe (ischämische Herz-

<sup>22</sup> Die genannten Prozentwerte zum Hör-, Seh- und Gehvermögen im Kanton Luzern beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft. Die entsprechenden Häufigkeiten bei Luzerner/innen ab 15 Jahren betragen 4,4%, 3,5% bzw. 2,2% (CH: 5,0%, 4,3% bzw. 2,8%). Der Prozentwert 2,2% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

<sup>23</sup> Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)

		Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel		Übergewicht/ Adipositas <sup>1</sup>		Rauchen	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		12,8	16,5	9,1	10,5	35,9	38,9	26,4	27,9
<b>Geschlecht</b>	Frauen	10,4	15,6	7,0	8,8	23,9	29,8	21,7	23,6
	Männer	15,8	17,4	11,5	12,4	49,6	48,5	31,6	32,3
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	.	2,5	.	1,1	21,7	23,3	31,1	35,1
	35–49 Jahre	(5,8)	7,6	(4,1)	6,3	34,3	38,0	28,6	30,4
	50–64 Jahre	14,2	22,1	17,8	15,7	44,1	48,7	28,9	27,0
	65+ Jahre	45,4	46,3	22,9	24,9	53,0	50,6	(9,5)	12,6
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	15,4	24,6	(9,8)	13,0	54,3	53,0	(19,9)	23,2
	Sekundarstufe II	11,2	16,0	7,9	9,6	32,6	37,5	29,1	30,0
	Tertiärstufe	15,9	13,8	(12,4)	11,5	35,6	35,5	23,4	25,3
<b>Nationalität</b>	Schweiz	13,8	17,6	9,8	11,0	35,2	38,2	24,9	26,9
	Ausland	.	11,6	.	8,3	40,7	41,9	34,7	31,6
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	11,1	14,3	(7,0)	8,2	36,2	39,3	24,9	28,1
	CHF 3000 bis 4499	14,0	18,5	10,8	11,9	40,0	40,6	25,6	27,4
	CHF 4500 bis 5999	14,6	18,2	(11,9)	12,0	31,5	38,2	37,3	29,6
	CHF 6000 und höher	(15,8)	16,2	(11,6)	12,1	31,6	35,7	27,8	29,7
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	14,7	16,8	9,9	10,8	33,8	37,7	28,5	28,4
	Land	10,9	15,7	8,2	9,7	38,0	42,5	24,3	26,5
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>16,5</b>		<b>10,5</b>		<b>38,9</b>		<b>27,9</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>12,8*</b>		<b>9,1</b>		<b>35,9</b>		<b>26,4</b>	
	Aargau	17,8		10,0		40,5		26,4	
	Appenzell Ausserrhoden	13,5		7,5*		36,8		27,7	
	Bern	18,6*		11,0		42,9*		26,4	
	Tessin	17,9		13,4*		39,9		27,4	
	Uri	14,6		6,6*		41,5		25,9	
	Zentralschweiz ohne Luzern	13,3		7,5		37,5		28,7	
	Grossregion Ostschweiz	15,6		8,3		39,7		29,3	
	Deutschschweiz	16,6		9,4		38,9		28,0	
	Französische Schweiz	16,0		13,1		38,8		27,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Bluthochdruck: n=993 (LU), n=16'966 (CH); hoher Cholesterinspiegel: n=852 (LU), n=14'730 (CH); Übergewicht/Adipositas: n=1014 (LU), n=17'879 (CH); Rauchen: n=1070 (LU), n=18'754 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

<sup>1</sup> Die Anteile zu Übergewicht und Adipositas beziehen sich auf 18-jährige und ältere Personen.

krankheiten) und zerebrovaskuläre Krankheiten (Hirnfarkt, Hirnblutungen) sind massgeblich für die Mortalität verantwortlich (Meyer et al., 2009; vgl. auch 2.5). Bei knapp jedem zehnten Hospitalisierungsfall liegt eine Hauptdiagnose vor, die auf Herz-Kreislauf-Krankheiten hinweist (BFS, 2008b).<sup>24</sup> Ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten machen in der Schweiz 6,2% bzw. 3,3% der gesamten Krankheitslast aus

(OECD, 2006).<sup>25</sup> Durch die Vorbeugung von Risiken, die mit Herz-Kreislauf-Krankheiten assoziiert sind, kann gezielt auf die einhergehende Mortalität und Morbidität eingewirkt werden. Aus präventiver Sicht besonders relevant sind beeinflussbare Risikofaktoren, die meist durch geeignetes Verhalten vermieden werden können.

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht oder Adipositas und Rauchen zählen zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krank-

<sup>24</sup> Im Jahr 2007 entfielen 142'283 von insgesamt 1'509'181 in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik erfassten stationären und teilstationären Hospitalisierungsfällen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD-Kapitel IX).

<sup>25</sup> Die gesamte Krankheitslast entspricht den wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahren (sog. DALYs, engl. disability-adjusted life years; dt. behinderungsbereinigete Lebensjahre).

heiten. Die Bedeutung für die Prävention wird dadurch unterstrichen, dass diese Faktoren schweizweit die vier häufigsten am Sterbegeschehen beteiligten Risikofaktoren darstellen. Weiter stellen sie mit Alkohol die fünf häufigsten Risikofaktoren in Verbindung mit der gesamten Krankheitslast dar. Über die Hälfte der Todesfälle und knapp ein Drittel der gesamten Krankheitslast sind Bluthochdruck (19,2% der Todesfälle bzw. 7,3% der Krankheitslast), hohem Cholesterinspiegel (12,0% bzw. 5,1%), Übergewicht oder Adipositas (8,6% bzw. 6,0%) und Rauchen (15,3% bzw. 11,2%) zuzuschreiben (OECD, 2006).

### *Übergewicht oder Adipositas sowie Rauchen sind häufige Risikofaktoren*

Übergewicht oder Adipositas ist der häufigste Risikofaktor, gefolgt von Rauchen (Tab. 2.3). Ein Drittel der Luzerner/innen sind übergewichtig oder adipös, ein Viertel raucht. Über Bluthochdruck und hohen Cholesterinspiegel berichten je etwa ein Zehntel der Befragten.<sup>26</sup> Die Häufigkeit der Risikofaktoren liegt im Schweizer Durchschnitt, wenn auch Bluthochdruck sowie Übergewicht oder Adipositas im Kanton Luzern etwas weniger häufig sind. Bluthochdruck wird ebenfalls in der übrigen Zentralschweiz seltener berichtet. Risikofaktoren treten oft zusammen auf. So weisen 39,2% der Luzerner/innen (CH: 35,3%) keinen der vier Risikofaktoren, 39,9% (39,7%) einen Risikofaktor und 20,9% (25,1%) mehrere Risikofaktoren auf. Hervorgehoben sei hier der Zusammenhang von Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel mit Übergewicht oder Adipositas. Bluthochdruck wird von übergewichtigen oder adipösen Luzernerinnen und Luzernern (LU: 25,3% bzw. CH: 28,3%) gut dreimal öfter berichtet als von normal- oder untergewichtigen (7,2% bzw. 10,1%). Hohes Cholesterin ist bei Übergewicht oder Adipositas (15,0% bzw. 16,6%) doppelt so häufig wie sonst (7,2% bzw. 7,3%).

Die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren hängt stark von Geschlecht und Alter ab (Tab. 2.3). Einerseits weisen Frauen seltener die genannten Risikofaktoren – insbesondere Übergewicht oder Adipositas – auf. Andererseits werden die Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel sowie Übergewicht oder Adipositas

mit zunehmendem Alter immer häufiger. Jüngere Personen geben nur selten Bluthochdruck und hohen Cholesterinspiegel an, während in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren fast die Hälfte der Befragten über Bluthochdruck und knapp ein Viertel über hohen Cholesterinspiegel berichtet. Übergewicht oder Adipositas ist bei jeder zweiten Person ab 65 Jahren festzustellen – mehr als doppelt so oft wie bei 15- bis 34-Jährigen. Rauchen kommt als einziger Risikofaktor bei älteren Befragten seltener vor als bei jüngeren.

Bildung spielt vor allem im Zusammenhang mit Übergewicht oder Adipositas eine Rolle, wobei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung ein besonders hohes Risiko aufweisen (vgl. auch 3.2). Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II rauchen am häufigsten (vgl. auch 3.3).

### **2.2.6 Unfälle**

Körperliche Gesundheit wird häufig durch Unfälle beeinträchtigt. Die Anzahl der Nichtberufsunfälle – im Abnehmen begriffen – wird gegenwärtig in der Schweiz auf rund eine Million pro Jahr geschätzt, wovon ca. 1800 einen tödlichen Ausgang haben (siehe Niemann et al., 2008). Der Anteil der tödlichen Unfälle ist bei Verkehrsunfällen fast zweimal so hoch wie bei den übrigen Nichtberufsunfällen. Trotzdem ereignen sich vier von fünf tödlichen und neun von zehn nicht tödlichen Nichtberufsunfällen zu Hause, in der Freizeit oder beim Sport.

#### *Jährlich jede fünfte Person mit einem Unfall*

Im Kanton Luzern erlitt in den zwölf Monaten vor der Befragung knapp jede fünfte befragte Person einen Unfall (Abb. 2.11).<sup>27</sup> Über die Hälfte der Verunglückten verletzten sich bei einem Sport- oder Spielunfall, gut ein Viertel bei einem Unfall in Haus und Garten. Etwas seltener wird ein Arbeitsunfall genannt; jede zehnte verunglückte Person führt einen Verkehrsunfall an. Im Kanton Luzern werden Unfälle etwas häufiger berichtet als in der Gesamtschweiz, dies sowohl 2007 (19,9% vs. 17,7%) als auch 2002 (19,1% vs. 17,2%). Im regionalen Vergleich ist die Unfalloffhäufigkeit im Kanton Luzern etwas höher als in der gesamten Deutschschweiz, dafür etwas niedriger als in den übrigen Zentralschweizer Kantonen (Tab. 2.4).

In der Zeit nach einem Unfall ist oft mit Einschränkungen im täglichen Leben zu rechnen, wobei zwischen den Unfalltypen Unterschiede zu erkennen sind. Am

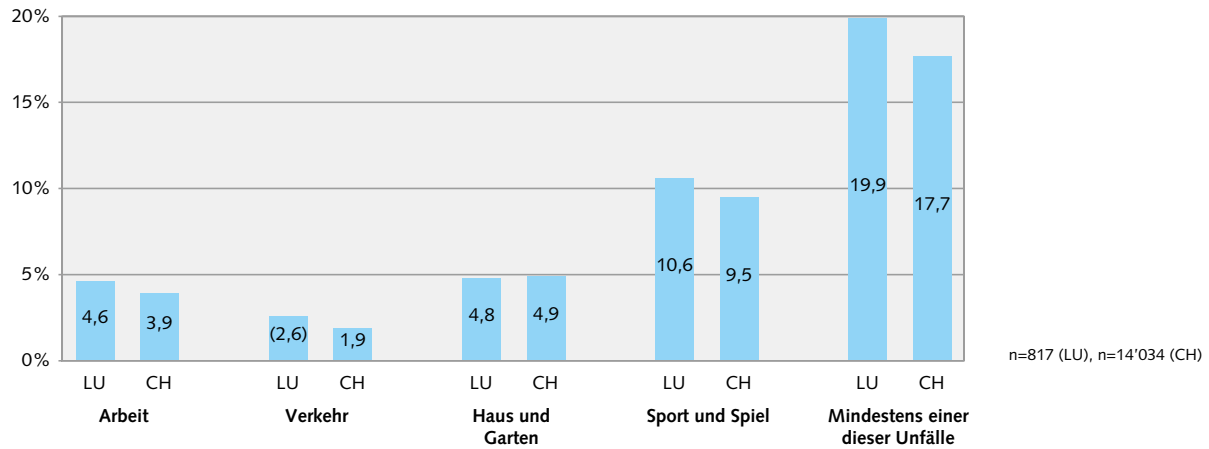
<sup>26</sup> Bluthochdruck bzw. hoher Cholesterinspiegel liegt vor, wenn die befragte Person angegeben hat, ihr Blutdruck bzw. ihr Cholesterinspiegel sei zum Zeitpunkt der Befragung zu hoch oder sie habe in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Blutdruck- bzw. Cholesterinsenker gebraucht. Diese Definition ist übereinstimmend mit der Kodierung in der SGB 2002, womit Vergleiche mit früheren Arbeiten möglich sind (BFS, 2008a). Es sei jedoch daran erinnert, dass es sich hier um Selbstangaben handelt und Bluthochdruck bzw. hohes Cholesterin nicht unmittelbar wahrnehmbar sind, sondern eine Messung voraussetzen. Veränderungen seit der Messung oder gar das Fehlen einer solchen sowie Erinnerungsschwierigkeiten verzerren möglicherweise die berichteten Häufigkeiten.

<sup>27</sup> Die entsprechende Frage lautet: «Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine Unfallverletzung?» Dabei wurde nach Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, Unfällen in Haus oder Garten und Unfällen bei Sport und Spiel gefragt.



### Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp

Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) **Abb. 2.11**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

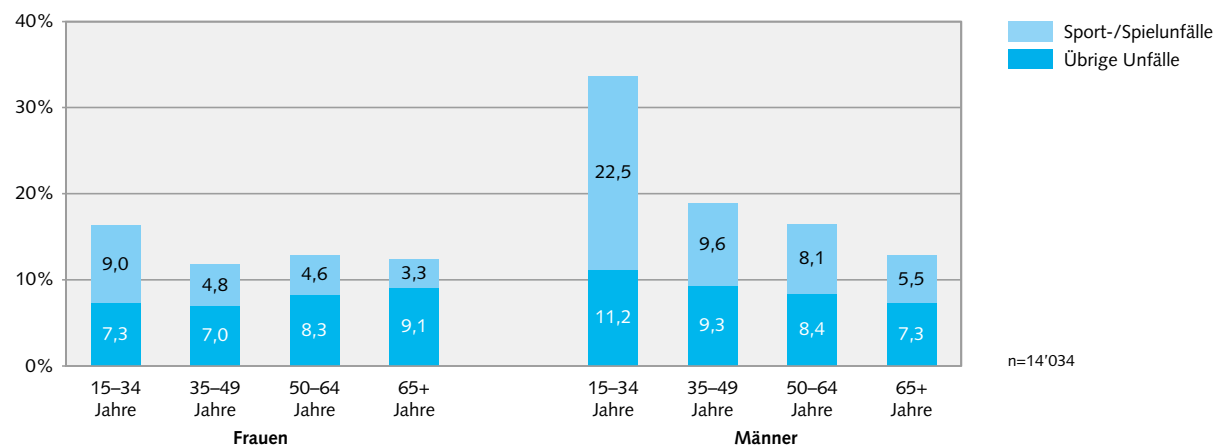
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen

Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

**Abb. 2.12**



Als übrige Unfälle gelten Arbeits-, Verkehrsunfälle sowie Unfälle in Haus und Garten (vgl. Abb. 2.11)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

einschneidensten sind Arbeitsunfälle, die bei 62,0% der befragten Schweizer/innen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Tag ausgelöst haben. Nach einem Verkehrsunfall konnten 46,1% der Verunglückten ihren Tätigkeiten nicht wie gewohnt nachgehen, nach einem Unfall in Haus und Garten 36,7% und nach einem Sport- oder Spielunfall 34,8%.<sup>28</sup>

#### Hohe Unfallgefahr bei jungen Männern

Das Unfallgeschehen wird stark vom Geschlecht geprägt (Abb. 2.12). Während die Unfallhäufigkeit bei den Frauen einzig in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen etwas höher ausfällt, nimmt sie bei den Männern mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Besonders gefährdet sind junge Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren, die doppelt so oft verunfallen wie gleichaltrige Frauen.

<sup>28</sup> Bei Nichterwerbstätigen liegt eine Einschränkung vor, wenn sie die üblichen Arbeiten im Haushalt nicht verrichten können bzw. vom Unterricht fernbleiben müssen. Die durchschnittliche Dauer der Einschränkung schwankt schweizweit zwischen 22,7 (Sport- oder Spielunfall) und 33,2 Tagen (Arbeitsunfall; Einschränkungen von einem Tag und mehr). Ungeachtet des Unfalltyps nennen etwa vier von zehn Befragten eine Dauer von einem bis fünf Tagen.

In den oberen Altersgruppen gleicht sich die Unfallhäufigkeit der Männer jener der Frauen an. Massgeblich für diese Unterschiede sind Sport- und Spielunfälle, die vor allem bei jüngeren Männern sehr häufig sind und mit einem höheren Risikoverhalten zusammenhängen mögen als bei Frauen (siehe BAG, 2006).

### 2.2.7 Stürze

Während Sport- und Spielunfälle bei jungen Menschen eine wichtige Rolle spielen, sind Stürze bei älteren Personen besonders häufig. In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren handelt es sich bei mehr als vier von fünf

Haus- und Freizeitunfällen um einen Sturz – zumeist sind es Stürze auf gleicher Ebene (siehe Niemann et al., 2008). Erhöhtes Sturzrisiko im Alter ist u.a. auf schwache Muskulatur, Gleichgewichtsstörungen, verlangsamte Reaktionen wie auch Stolperfallen im Wohnbereich zurückzuführen.

#### *Fast ein Viertel der 60-Jährigen und Älteren stürzt jährlich*

Im Kanton Luzern ist knapp jede vierte 60-jährige und ältere befragte Person in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt (24,3%, Tab. 2.4). Dieser Anteil ist in etwa vergleichbar mit den

**Tab. 2.4 Unfälle oder Sturzepisoden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)**

		Unfall <sup>1</sup>		Sturzepisode <sup>2</sup>	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		19,9	17,7	24,3	23,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	13,8	13,5	28,7	25,3
	Männer	27,1	22,1	(18,9)	21,1
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	27,1	25,1	-	-
	35–49 Jahre	15,2	15,3	-	-
	50–64 Jahre	21,2	14,7	(22,5)	19,9
	65+ Jahre	(9,1)	12,6	25,0	24,8
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(14,8)	17,4	(32,0)	23,9
	Sekundarstufe II	20,7	17,8	22,5	22,8
	Tertiärstufe	20,7	17,6	(20,2)	24,7
<b>Nationalität</b>	Schweiz	20,2	17,2	26,1	23,9
	Ausland	.	19,7	.	18,7
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	20,5	18,3	(23,2)	25,8
	CHF 3000 bis 4499	21,2	16,4	(25,1)	21,0
	CHF 4500 bis 5999	(15,5)	16,3	.	21,7
	CHF 6000 und höher	(20,3)	18,5	.	24,8
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	20,0	17,6	22,1	24,1
	Land	19,9	18,2	26,9	21,1
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>17,7</b>		<b>23,4</b>
	<b>Luzern</b>		<b>19,9</b>		<b>24,3</b>
	Aargau		20,3		26,8
	Appenzell Ausserrhoden		23,4		24,4
	Bern		16,6		24,9
	Tessin		15,6		19,0*
	Uri		14,9		21,9
	Zentralschweiz ohne Luzern		20,8		22,4
	Grossregion Ostschweiz		18,4		20,5
	Deutschschweiz		17,8		23,9
Französische Schweiz		17,9		22,9	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Unfall: n=817 (LU), n=14'034 (CH); Sturzepisode: n=317 (LU), n=6108 (CH)

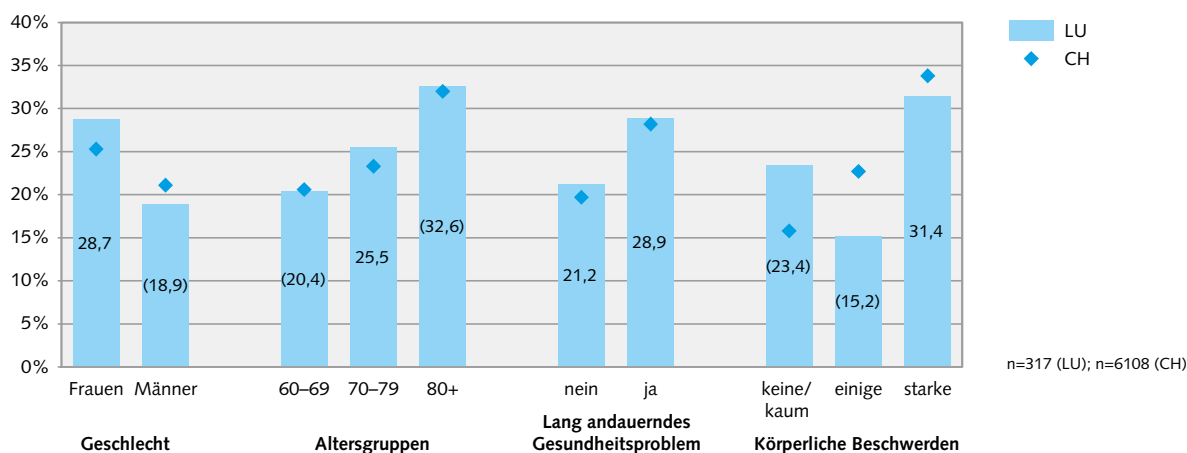
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

<sup>1</sup> Berücksichtigt sind Arbeits-, Verkehrsunfälle, Unfälle in Haus und Garten sowie bei Sport und Spiel (vgl. auch Abb. 2.11)

<sup>2</sup> Nur Personen ab 60 Jahre

**Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen) **Abb. 2.13**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Anteilen in den übrigen Zentralschweizer Kantonen (22,4%) und in der Gesamtschweiz (23,4%). Etwa zwei Drittel der gestürzten Personen erlitten einen einzigen Sturz, je ein Sechstel ist zweimal oder noch häufiger gestürzt. Zwischen 2002 und 2007 ist die Sturzhäufigkeit sowohl im Kanton Luzern (18,9% vs. 24,3%) wie auch in der Gesamtschweiz (20,1% vs. 23,4%) gestiegen.

Anders als bei Unfällen haben Frauen ein deutlich höheres Sturzrisiko als Männer (Abb. 2.13). Stürze sind mit zunehmendem Alter häufiger; knapp jede dritte 80-jährige und ältere befragte Person ist in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung gestürzt. Das Sturzrisiko weist ebenfalls einen engen Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit auf: Sowohl lang andauernde Gesundheitsprobleme wie auch starke Beschwerden gehen mit einer erhöhten Sturzgefahr einher. Besonders ausgeprägt – zumindest auf Landesebene – ist dieser Zusammenhang zwischen Sturzgeschehen und Beschwerden. Schweizweit stürzen in jeder Altersgruppe Befragte mit starken Beschwerden doppelt so oft wie jene mit keinen oder kaum Beschwerden. Besonders gefährdet sind 80-Jährige und Ältere mit einer Sturzhäufigkeit von 44,2%, wenn starke Beschwerden vorliegen.

### 2.3 Psychische Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung der Störungen der psychischen Gesundheit kontinuierlich zugenommen und diese Entwicklung dürfte sich auch in Zukunft fortsetzen (Murray & Lopez, 1996; WHO, 2001). In der Schweiz stellen psychische Krankheiten mittlerweile die wichtigste Ursache der gesamten Krankheitslast dar (OECD, 2006).<sup>29</sup> Die Hälfte der Schweizer/innen ist mindestens einmal im Laufe des Lebens von einer psychischen Krankheit betroffen, die eine Behandlung verlangt (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

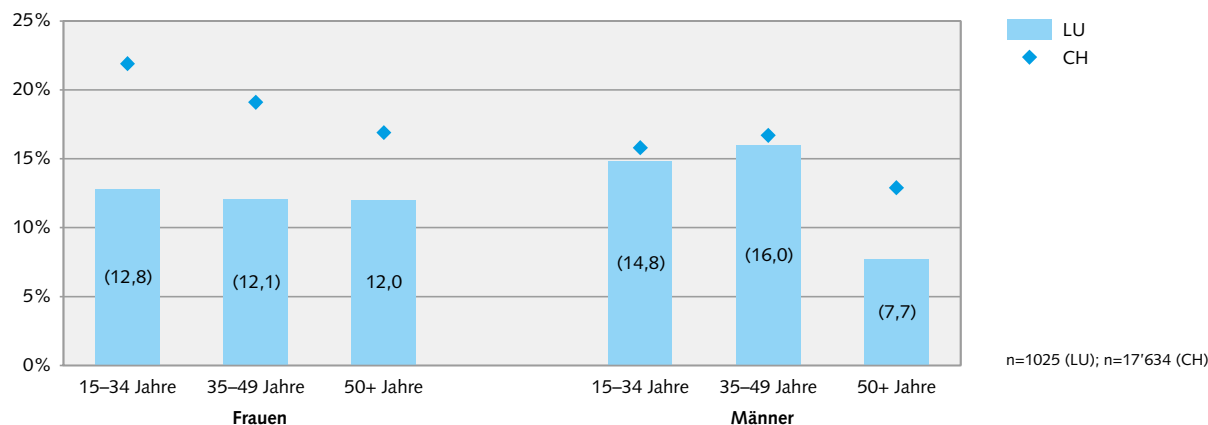
Psychische Krankheiten im engeren Sinne sind mit einem höheren Grad an Schwere, Dauer und Beeinträchtigungen verbunden und werden nach diagnostischen Kriterien bestimmt (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Weniger einschneidende Belastungen ohne eigentliche Diagnose gelten dabei als psychische Beschwerden. Solche Beschwerden sind gerade von Bedeutung, um den psychischen Gesundheitsstand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu bezeichnen.<sup>30</sup> Mehr oder weniger ausgeprägte Beschwerden weisen auf Unterschiede in der psychischen Gesundheit hin. Psychische Gesundheit wird in diesem Zusammenhang verschiedentlich gedeutet, z.B. als Selbstwirksamkeit, Autonomie oder

<sup>29</sup> Gemessen in verlorenen gesunden Lebensjahren (siehe Fussnote 25 in Abschnitt 2.2.5). Unipolare depressive Störungen machen 10,3%, Demenzen 4,7% der gesamten Krankheitslast aus.

<sup>30</sup> Ferner spricht für diesen Zugang zur psychischen Gesundheit die Tatsache, dass schwer psychisch Erkrankte oft in Institutionen oder Krankenhäusern weilen und daher in der in Privathaushalten durchgeführten SGB stark untervertreten sein dürften.

## Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 2.14



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Kompetenz (WHO, 2001). In diesem Abschnitt wird daher zunächst auf die psychische Belastung eingegangen (2.3.1), danach auf ihr Verhältnis zu den wichtigen persönlichen Ressourcen Kontrollüberzeugung (2.3.2) und Kohärenzgefühl (2.3.3). Abschliessend werden depressive Symptome als besondere psychische Belastung näher untersucht (2.3.4.).<sup>31</sup>

### 2.3.1 Psychische Belastung

#### Luzernerinnen seltener psychisch belastet als Schweizerinnen

Im Kanton Luzern – wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen – gibt jede achte befragte Person eine mittlere oder starke psychische Belastung an (Tab. 2.5).<sup>32</sup> Dieser Anteil ist deutlich niedriger als in der Gesamtschweiz, wo jede sechste Person psychisch mittel oder stark belastet ist. Besonders häufig ist eine mittlere oder starke psychische Belastung in der Französischen Schweiz und im Tessin (jede fünfte Person), während sie in der gesamten

Deutschschweiz etwas häufiger als im Kanton Luzern beobachtet wird (knapp jede siebte Person). Anders als in der Gesamtschweiz sind Frauen im Kanton Luzern nicht häufiger, sondern in gleichem Masse psychisch mittel oder stark belastet wie Männer.

Die vergleichsweise geringe psychische Belastung der Luzernerinnen scheint besonders auf die unter 50-jährigen Frauen zurückzuführen zu sein (Abb. 2.14).<sup>33</sup> Die Häufigkeit mittlerer oder starker psychischer Belastung der Luzernerinnen unterscheidet sich nicht nach dem Alter. In der Gesamtschweiz zeigt sich hingegen eine Verringerung der Häufigkeit mit zunehmendem Alter. Bei den Männern ist die psychische Belastung ab 50 Jahren niedriger als in jüngeren Jahren. Zumindest schweizweit ist eine mittlere oder starke psychische Belastung bei Ausländerinnen und Ausländern häufiger anzutreffen als bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern; mit steigender Bildung nimmt die Häufigkeit psychischer Belastung ab (Tab. 2.5).

#### Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit psychischer Belastung einher

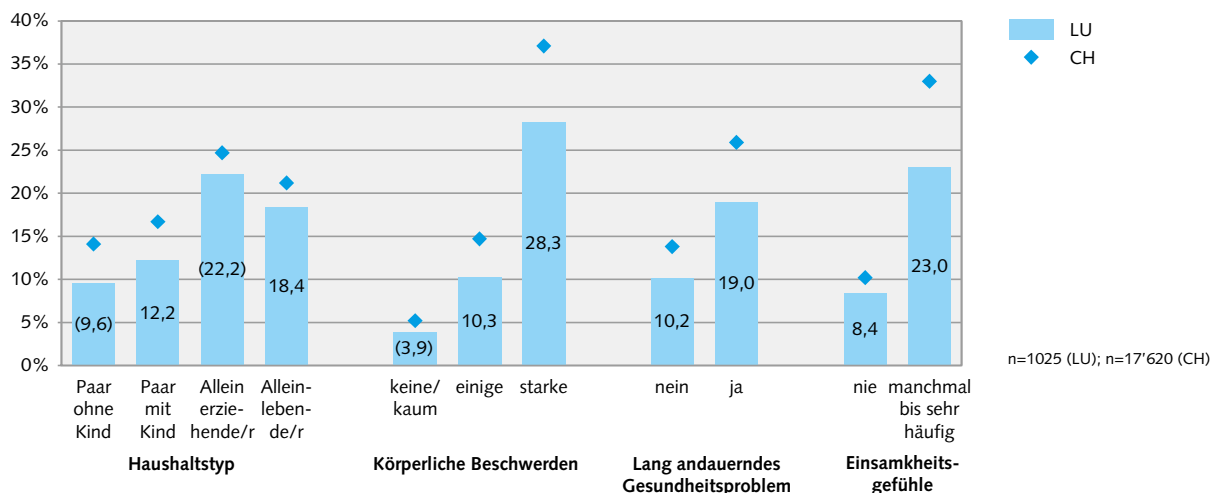
Die psychische Belastung hängt – klar deutlicher als mit Geschlecht, Alter oder regionalen Unterschieden – sowohl mit dem sozialen Umfeld als auch mit der körperlichen Gesundheit zusammen (Abb. 2.15). Alleinlebende und Alleinerziehende sind rund doppelt so oft psychisch mittel oder stark belastet als Personen mit einem Partner. Bei Alleinerziehenden ist dies jede vierte bis fünfte

<sup>31</sup> Zeitliche Vergleiche sind nur eingeschränkt möglich, da einzig die Kontrollüberzeugung und depressive Symptome sowohl in der SGB 2002 und in der SGB 2007 erhoben wurden. Psychische Belastung und Kohärenzgefühl lösen 2007 die zuvor verwendeten Indikatoren der psychischen Ausgeglichenheit und des psychischen Wohlbefindens ab (siehe BFS, 2003, 2008d).

<sup>32</sup> Die psychische Belastung wurde anhand der MHI-Subskala der Kurzform des MOS erfasst (SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992). Die Subskala entspricht der Summe der Häufigkeit folgender fünf Zustände in den letzten vier Wochen vor der Befragung: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Entmutigung oder Depressivität; Glücksgefühl. Der Skalbereich geht von 0 bis 100, eingeteilt in starke (0 bis 52), mittlere (53 bis 72) und geringe psychische Belastung (73 bis 100). Werte um 100 zeigen eine gute psychische Gesundheit und ein sehr tiefes Niveau psychischer Belastung an. Da im Kanton Luzern lediglich 3,0% (CH: 4,3%) der Befragten psychisch stark belastet sind, wurden die Kategorien mittlere und starke Belastung zusammengefasst.

<sup>33</sup> Diese und die folgenden Aussagen für den Kanton Luzern beruhen teilweise auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

**Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007** Abb. 2.15



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

befragte Person, was auf die besondere Herausforderung, Kinder ohne Unterstützung eines Partners zu erziehen, hinweisen mag. Dass der Kontakt zu Mitmenschen als wichtige Ressource die psychische Gesundheit steigern kann, zeigt sich noch deutlicher mit Blick auf das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen: Im Kanton Luzern ist jede zwölfte Person ohne solche Gefühle psychisch mittel oder stark belastet; bei Befragten, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, ist dies rund dreimal öfter – bei jeder vierten Person – der Fall.

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit einer erhöhten psychischen Belastung einher. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei körperlichen Beschwerden. Knapp drei von zehn Luzernerinnen und Luzernern mit starken Beschwerden sind psychisch mittel oder stark belastet, hingegen weniger als ein Zwanzigstel mit keinen oder kaum Beschwerden. Der Anteil mittel oder stark Belasteter ist etwa doppelt so hoch bei Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen – im Kanton Luzern jede fünfte – wie bei Befragten ohne solche Probleme. Es ist denkbar, dass beim geringeren Gefälle bei lang andauernden Gesundheitsproblemen eine vergleichsweise mässige Belastung durch chronische Erkrankungen wie Diabetes oder über längere Zeit eingespielte Bewältigungsstrategien eine Rolle spielen. Schmerzhaft, unerwartet auftretende körperliche Beschwerden könnten daher als besonders belastend empfunden werden.

### 2.3.2 Kontrollüberzeugung

Der Grad der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens bewegt sich zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung. Erstere wirkt als Schutz-, letztere als Risikofaktor. Eine betont interne Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person sich in der Lage fühlt, ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (im Folgenden kurz hohe Kontrollüberzeugung). Externale Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Ansicht verbunden, dass äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder die Gesellschaft die eigene Existenz prägen (tiefe Kontrollüberzeugung). Je höher die Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern zu können.

#### *Kontrollüberzeugung im Kanton Luzern höher als in der Schweiz*

Ähnlich wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen weisen die meisten Luzerner/innen eine hohe (44,9%) oder mittlere (40,2%) Kontrollüberzeugung<sup>34</sup> auf (CH: 39,5% bzw. 40,1%). Im Einklang mit der geringeren psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) ist die Kontrollüberzeugung im Kanton Luzern – wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen – höher als in der gesamten

<sup>34</sup> Die Kontrollüberzeugung leitet sich aus dem Grad der Zustimmung zu vier Behauptungen zur Steuerung des eigenen Lebens (mit Problemen nicht fertig werden, sich im Leben hin und hergeworfen fühlen, wenig Kontrolle über die Dinge haben, sich den eigenen Problemen ausgeliefert fühlen) auf einer Skala von 1 («stimme voll und ganz zu») bis 4 («stimme überhaupt nicht zu») ab. Aus der Summe der Skalenwerte ergibt sich tiefe (4 bis 11), mittlere (12 bis 14) oder hohe Kontrollüberzeugung (15 oder 16; BFS, 2008d).

**Tab. 2.5 Mittlere oder starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)

		Mittlere oder starke psychische Belastung		Hohe Kontrollüberzeugung		Hohes Kohärenzgefühl <sup>1</sup>	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		12,4	17,0	44,9	39,5	62,4	61,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	12,3	19,0	40,1	37,3	58,2	61,5
	Männer	12,6	14,9	50,3	41,8	67,2	61,3
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	13,7	18,9	39,5	35,5	48,7	47,4
	35–49 Jahre	13,9	17,9	46,4	37,6	70,0	61,0
	50–64 Jahre	(10,8)	16,3	49,1	40,3	68,6	69,1
	65+ Jahre	(9,2)	13,3	51,8	50,7	76,4	78,0
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(12,4)	23,8	34,1	37,3	46,5	52,4
	Sekundarstufe II	13,8	16,7	45,4	39,4	61,6	60,5
	Tertiärstufe	(8,4)	14,7	49,1	40,5	73,7	67,1
<b>Nationalität</b>	Schweiz	12,4	15,8	47,0	40,1	65,3	63,8
	Ausland	(12,6)	22,3	(33,8)	37,2	47,8	52,1
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	14,8	19,6	41,6	36,7	61,0	56,8
	CHF 3000 bis 4499	9,6	17,2	43,2	40,4	63,8	63,6
	CHF 4500 bis 5999	(13,9)	14,2	42,1	39,8	60,9	64,6
	CHF 6000 und höher	(9,6)	12,7	60,3	44,3	76,1	67,5
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	13,2	17,5	46,8	39,5	62,5	61,3
	Land	11,7	15,8	42,8	39,5	62,3	61,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>17,0</b>		<b>39,5</b>		<b>61,4</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>12,4*</b>		<b>44,9*</b>		<b>62,4</b>	
	Aargau	15,1		44,6*		60,4	
	Appenzell Ausserrhoden	14,7		45,6		60,9	
	Bern	14,3*		41,2		62,5	
	Tessin	21,8*		29,9*		61,4	
	Uri	10,5*		44,1		63,9	
	Zentralschweiz ohne Luzern	12,5		44,8		64,7	
	Grossregion Ostschweiz	15,8		43,6		61,4	
	Deutscheschweiz	15,1		42,1		61,8	
Französische Schweiz	21,8		33,7		60,4		

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Psychische Belastung: n=1025 (LU), n=17'634 (CH); Kontrollüberzeugung: n=749 (LU), n=12'992 (CH); Kohärenzgefühl: n=790 (LU), n=13'548 (CH)  
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

<sup>1</sup> Personen mit einem Wert zwischen 14 und 18 auf einer Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert)

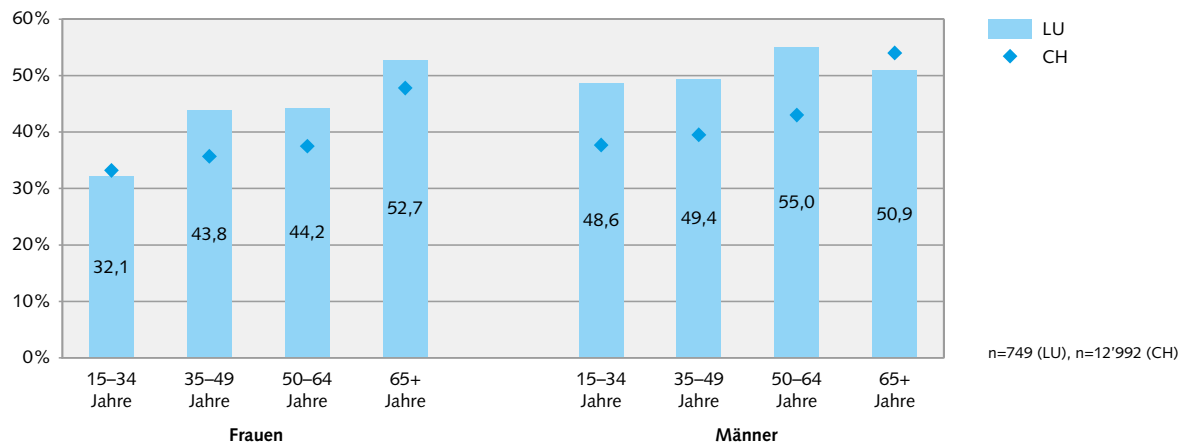
Deutscheschweiz und vor allem als in der Französischen Schweiz und im Tessin (Tab. 2.5). Männer haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Frauen, ältere Befragte häufiger als jüngere. Das Bildungsgefälle scheint zumindest schweizweit wenig ausgeprägt. Zwischen 2002 und 2007 hat sich der Anteil der Befragten mit einer hohen Kontrollüberzeugung sowohl im Kanton Luzern (45,6% vs. 44,9%) als auch in der Gesamtschweiz (39,0% vs. 39,5%) kaum verändert.

Mit zunehmendem Alter lässt sich hohe Kontrollüberzeugung bei Frauen häufiger beobachten (Abb. 2.16). Etwa jede dritte 15- bis 34-jährige Luzernerin oder

Schweizerin hat eine hohe Kontrollüberzeugung, ab 65 Jahren sogar jede zweite. Bei den Männern ist diese Zunahme im Kanton Luzern weniger eindeutig als in der Gesamtschweiz. Luzerner Männer unter 65 Jahren haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als gleichaltrige Männer in der Schweiz. Die Vermehrung körperlicher Gebrechen im Alter (vgl. 2.2.1 und 2.2.2) geht somit nicht zwangsläufig mit dem Gefühl einher, das eigene Leben nicht mehr steuern zu können. Hier mag die Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit möglichen Beeinträchtigungen eine Rolle spielen.

**Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.16**

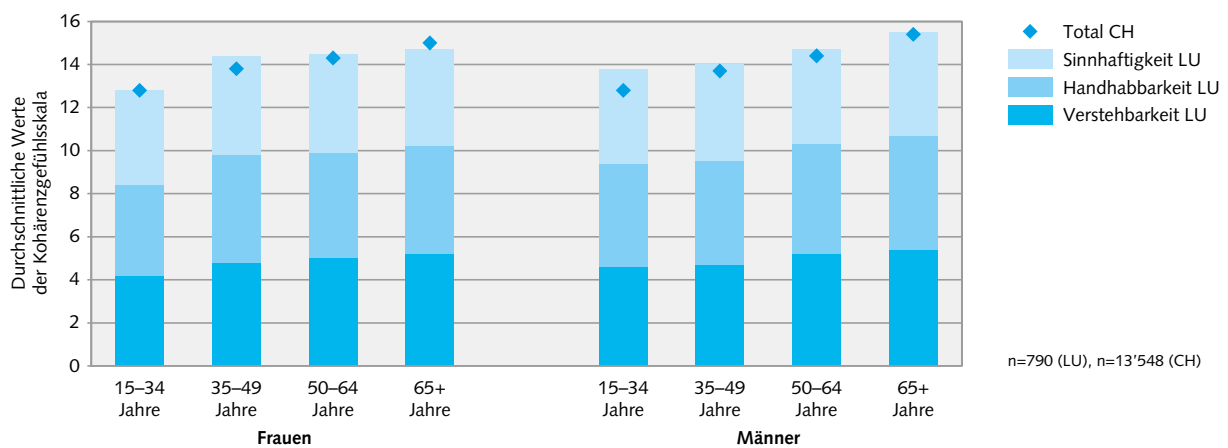


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.17**



Kohärenzgefühlsskala: Werte auf einer Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert) als Summe der Subskala Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von 0 (niedrigster Wert) bis 6 (höchster Wert)  
 Dimensionsspezifisch: Werte auf den Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### 2.3.3 Kohärenzgefühl

Mit Blick auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit stellt das Kohärenzgefühl eine zentrale Ressource im salutogenetischen Gesundheitsmodell dar (Antonovsky, 1997). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl erleichtert dem Individuum die Bewältigung sogenannter Stressoren, die das momentane gesundheitliche Gleichgewicht stören. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Dimensionen, die kennzeichnend für gesundheitschützende bzw. -fördernde Faktoren sind: Verstehbarkeit (Ereignisse scheinen nach-

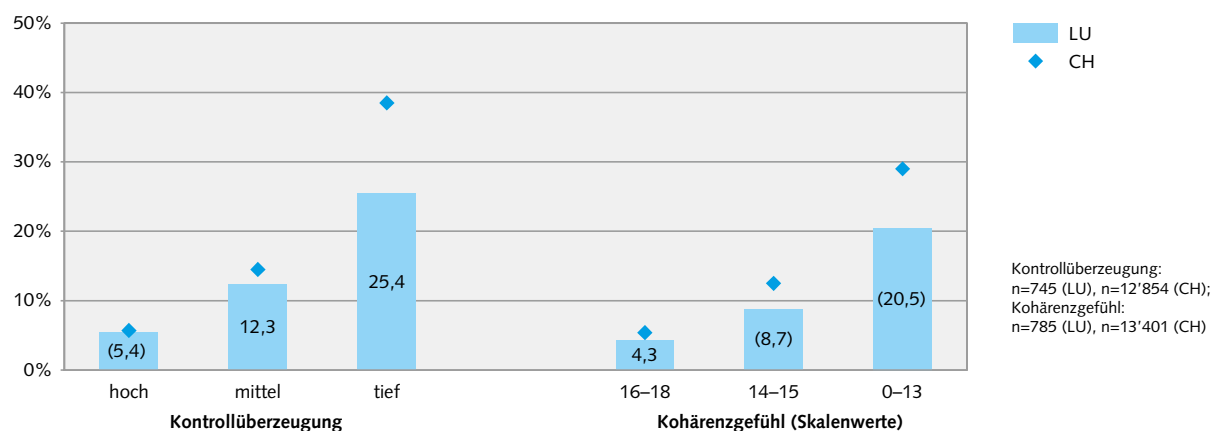
vollziehbar), Handhabbarkeit (Gefühl, Anforderungen meistern zu können) und Sinnhaftigkeit (Leben und Belastungen erscheinen sinnvoll).<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Antonovsky spricht bei diesen gesundheitschützenden bzw. -fördernden Faktoren von generalisierten Widerstandsressourcen. Dazu zählen z.B. Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung oder Selbstbewusstsein.

## Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl

Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 2.18



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Die Skalenwerte des Kohärenzgefühls beziehen sich auf eine Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert).

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Auf einer Skala von 0 (geringstes Kohärenzgefühl) bis 18 (höchstes Kohärenzgefühl) erreichen Luzerner/innen einen Durchschnittswert von 14,1 (CH: 13,9).<sup>36</sup> Gut sechs von zehn Befragten haben ein hohes Kohärenzgefühl (Werte zwischen 14 und 18; Tab. 2.5). Anders als in der Schweiz haben Luzerner Männer – übereinstimmend mit der Kontrollüberzeugung – häufiger ein hohes Kohärenzgefühl als Frauen. Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit Alter, Bildung und Nationalität: Knapp die Hälfte der 15- bis 34-Jährigen, der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung und der Ausländer/innen haben ein hohes Kohärenzgefühl. Bei 65-Jährigen und Älteren sind es über drei Viertel, bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe etwa sieben von zehn und bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern knapp zwei Drittel. Der Bildungsgradient ist bei Ausländerinnen und Ausländern ausgeprägter als bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern: Vier von

zehn ausländische Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung haben ein hohes Kohärenzgefühl gegenüber mehr als sechs von zehn mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (CH: 38,3% vs. 64,6%).

### Ältere Menschen mit ausgeprägterem Kohärenzgefühl als jüngere

Das Kohärenzgefühl steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich sowohl bei Frauen wie auch Männern – dies im Kanton Luzern ähnlich wie in der Gesamtschweiz (Abb. 2.17). Diese Zunahme findet hauptsächlich bezüglich der Dimensionen der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit statt, während die Sinnhaftigkeit vergleichsweise gering ansteigt.

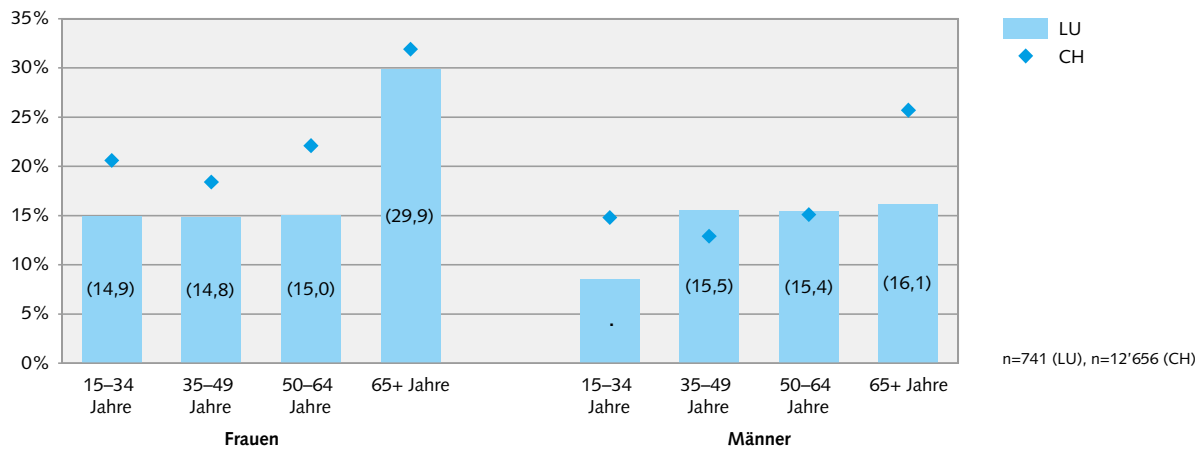
Vorhandene Ressourcen im Sinne der Steuerung des eigenen Lebens und des Umgangs mit Stressoren hängen eindeutig mit der psychischen Belastung zusammen (Abb. 2.18). Eine hohe Kontrollüberzeugung bzw. ein hohes Kohärenzgefühl (Skalenwerte 16 bis 18) scheinen weitgehend vor psychischer Belastung zu schützen: Nur etwa jede zwanzigste befragte Person ist psychisch mittel oder stark belastet. Bleiben diese Ressourcen aus, so ist dieser Anteil im Kanton Luzern vier- bis fünfmal so hoch: Mittlere oder starke psychische Belastung ist bei jeder vierten Person mit tiefer Kontrollüberzeugung und jeder fünften mit niedrigem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 0 bis 13) zu erkennen. In der Gesamtschweiz sind fehlende Ressourcen noch deutlicher mit psychischer

<sup>36</sup> Die Befragten mussten je eine Frage zu Verstehbarkeit («Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?»; Skala von 0 sehr oft bis 6 selten oder nie), Handhabbarkeit («Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?»; Skala dito) und Sinnhaftigkeit («Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?»; Skala von 0 Schmerz und Langeweile bis 6 tiefe Freude und Zufriedenheit) beantworten. Die Kohärenzgefühlsskala entspricht der Summe der drei Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Meist wird das Kohärenzgefühl jedoch mit deutlich mehr Items gemessen (ursprünglicher Fragebogen mit 29 Items oder 13-Item-Kurzfassung, siehe Antonovsky, 1987; für eine 3-Item-Fassung, siehe Lundberg & Nystrom Peck, 1995 und für einen Vergleich der drei Skalen, siehe Olsson et al., 2009). Die Schwellenwerte der 3-Item-Skala sind in der Literatur nicht hinreichend festgelegt. Aus diesem Grund werden auch durchschnittliche Skalenwerte berichtet.



### Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 2.19



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Belastung assoziiert. Die vergleichsweise geringe psychische Belastung im Kanton Luzern ist zur Hauptsache auf Luzernerinnen mit knappen Ressourcen bei der Kontrollüberzeugung bzw. beim Kohärenzgefühl zurückzuführen, die weniger häufig psychisch belastet sind als Schweizerinnen (vgl. 2.3.1).

#### 2.3.4 Depressive Symptome

Depression zählt zu den verbreitetsten psychischen Krankheiten, wobei Angst und Sucht häufige Begleiterkrankungen sind (WHO, 2001; vgl. 5.1). Sie kann eine lange Behandlungsdauer nach sich ziehen und geht den meisten Suiziden voraus (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Mit Projekten wie das Luzerner Bündnis gegen Depression wird gezielt die Prävention von Depression und Suizidalität in der Luzerner Bevölkerung angesprochen. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und 2007 wurde nach depressiven Symptomen gefragt.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Dabei handelt es sich um selbstberichtete Angaben zur Häufigkeit zehn einzelner Symptome in den zwei Wochen vor der Befragung: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Deprimiertheit; Interesselosigkeit; Müdigkeit oder Erschöpfung; Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust; Schlafstörungen; langsames Sprechen oder Bewegen; mangelndes sexuelles Verlangen; Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstvorwürfe; Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten; Gedanken über Tod oder Selbstmord. Zusammenfassend lassen sich die depressiven Symptome in keine, schwache, mittlere bis starke und gravierende Symptome einteilen (Wittchen et al., 2000). Die berichteten Symptome sind als Anzeichen für depressive Stimmung auszulagen, nicht aber als Diagnose.

#### Knapp jede sechste Person mit depressiven Symptomen im Kanton Luzern

Im Kanton Luzern berichten 15,0% der Befragten über depressive Symptome. Wie bei der psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) liegt dieser Anteil unter dem Schweizer Durchschnitt (18,9%). Dabei handelt es sich meist um schwache Symptome (LU: 13,5% bzw. CH: 15,8%), seltener um mittlere, starke oder gravierende Symptome (1,5%<sup>38</sup> bzw. 3,1%).<sup>39</sup> Depressive Symptome waren 2007 sowohl im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz etwas häufiger als 2002 (14,1% bzw. 17,8%).

Befragte ab 65 Jahren leiden am häufigsten an depressiven Symptomen – dies ist im Kanton Luzern bei gut zwei von zehn Personen und schweizweit bei drei von zehn Personen der Fall (Abb. 2.19). In den drei jüngeren Altersgruppen sind depressive Symptome in etwa gleich häufig und Unterschiede zwischen dem Kanton Luzern und der Schweiz fallen bescheidener aus als bei den Personen ab 65 Jahren. Sowohl im Kanton Luzern wie auch in der Schweiz berichten Frauen häufiger über depressive Symptome als Männer, wobei Luzernerinnen seltener betroffen sind als Schweizerinnen. Dies ist im Einklang mit der geringeren psychischen Belastung der Frauen im Kanton Luzern als in der Schweiz (vgl. 2.3.1).

<sup>38</sup> Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

<sup>39</sup> Stärkere Symptome dürften wegen der Befragung von Personen in Privathaushalten eher unterschätzt sein, da zumindest bei gravierenden Symptomen meist mit einer Hospitalisierung zu rechnen ist.

Depressive Symptome sind bei mittlerer oder starker psychischer Belastung häufiger als bei niedriger (LU: 35,8% vs. 12,4%; CH: 43,3% vs. 14,1%). Geringe persönliche Ressourcen sind ferner mit häufigeren depressiven Symptomen verbunden.<sup>40</sup>

## 2.4 Soziale Gesundheit

Mit sozialer Gesundheit wird die im Vergleich zur psychischen und vor allem zur körperlichen Dimension meist wenig beachtete dritte Komponente der Gesundheitsdefinition der WHO angesprochen. Soziale Gesundheit befasst sich mit der sozialen Vernetzung des Einzelnen, der erfahrenen Unterstützung aus dem sozialen Umfeld sowie der Lebensqualität. Sie reicht vom sozialen Umfeld bis zu den strukturellen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (siehe z.B. Kolip & Hurrelmann, 1994). Vernetzung und Unterstützung stärken oft die Gesundheit und tragen zur Bewältigung kritischer Ereignisse bei (Bachmann, 2000; Berkman & Glass, 2000). In diesem Abschnitt wird exemplarisch auf zwei wichtige Indikatoren der sozialen Gesundheit eingegangen, dem Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (2.4.1) und dem Vorhandensein bzw. Vermissen einer Vertrauensperson (2.4.2).

### 2.4.1 Einsamkeitsgefühle

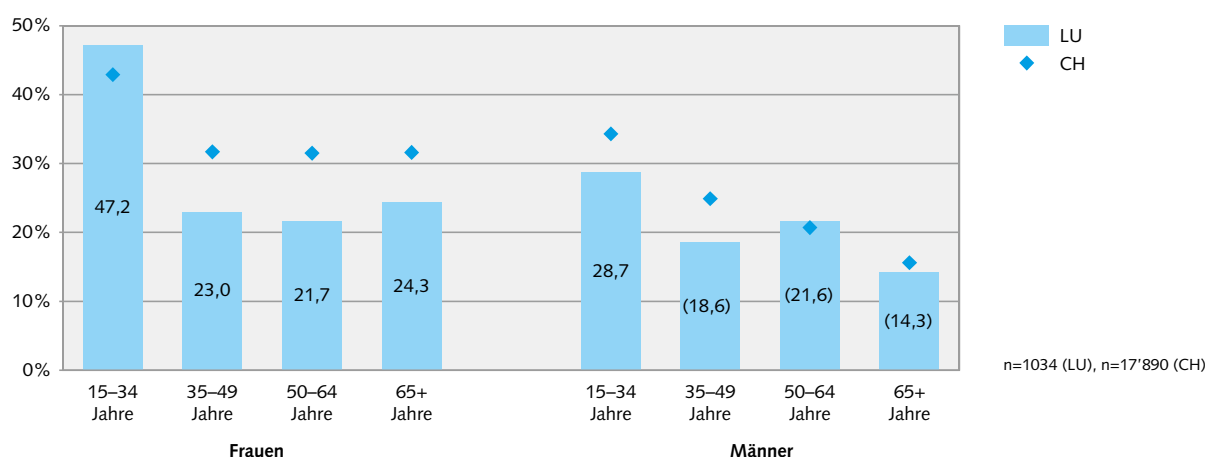
Etwa sieben von zehn Befragten im Kanton Luzern und in der Gesamtschweiz fühlen sich nie einsam (LU: 72,5% bzw. CH: 69,7%). Die übrigen Personen geben meistens an, manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden (25,6% bzw. 27,1%). Ziemliche oder sehr häufige Einsamkeitsgefühle nennen nur die Wenigsten. Im Jahr 2007 war der Anteil der Personen ohne Einsamkeitsgefühle etwa gleich wie 2002 (LU: 71,5% bzw. CH: 70,2%).

#### Einsamkeitsgefühle bei jungen Frauen häufig

Das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen hängt sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht ab (Abb. 2.20).<sup>41</sup> Frauen zwischen 15 und 34 Jahren sind davon am meisten betroffen, geben doch mehr als vier von zehn Befragten an, Einsamkeitsgefühle zu haben. Frauen ab 35, ganz besonders im Kanton Luzern, fühlen sich deutlich seltener einsam, wobei sich die Altersgruppen kaum unterscheiden. Bei den Männern hingegen kommen Einsamkeitsgefühle schweizweit, zum Teil auch im Kanton Luzern, mit zunehmendem Alter seltener vor. Dabei berichten Männer seltener über Einsamkeitsgefühle als Frauen. Besonders oft fühlen sich alleinlebende Befragte einsam (Abb. 2.21). Dies mag mit ein Grund für den geschlechtsspezifischen Unterschied im höheren Alter sein, da betagte Frauen häufiger ohne Partner leben als Männer.<sup>42</sup>

Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 2.20



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

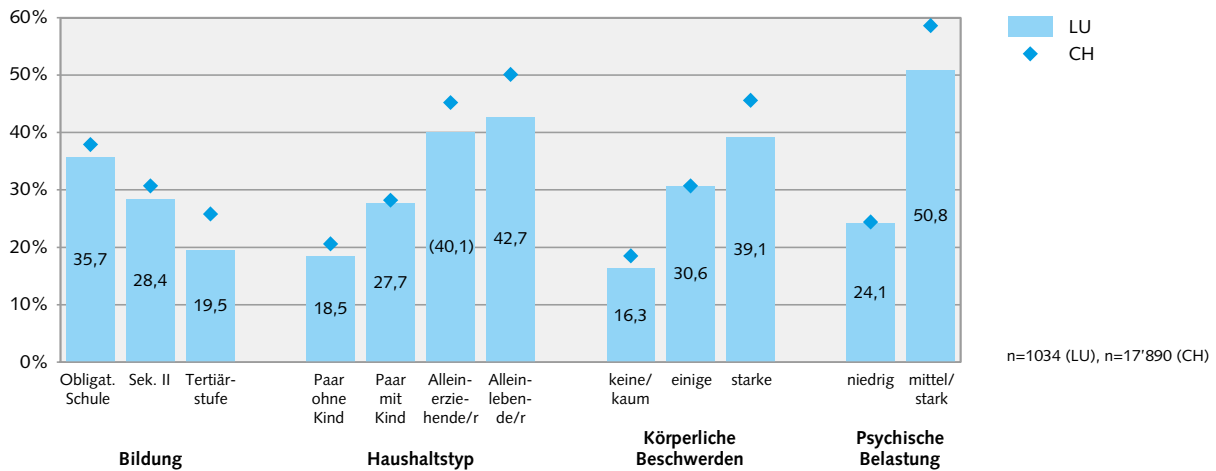
<sup>40</sup> Tiefe oder mittlere vs. hohe Kontrollüberzeugung: LU: 17,5% vs. 8,5%, CH: 24,7% vs. 9,0%; niedriges vs. hohes Kohärenzgefühl: LU: 21,6% vs. 10,7%, CH: 30,2% vs. 11,2%. Der Prozentwert 8,5% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

<sup>41</sup> Befragte, die manchmal, ziemlich häufig oder sehr häufig Einsamkeitsgefühle haben, werden zusammengefasst.

<sup>42</sup> Einsamkeitsgefühle sind bei alleinlebenden Frauen und Männern ähnlich häufig (LU: 40,7% vs. 45,9%; CH: beide 50,1%).

**Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.21**



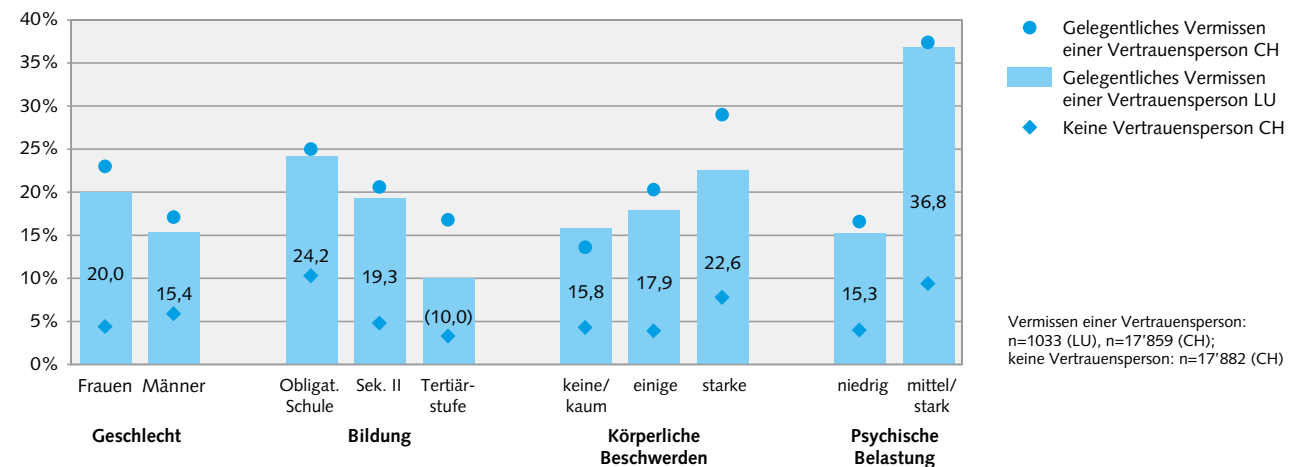
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren Kanton Luzern und Schweiz, 2007**

**Abb. 2.22**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

*Personen mit psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden oft einsam*

Einsamkeitsgefühle sind ebenfalls bei Alleinerziehenden häufiger als bei Personen mit einem Partner (Abb. 2.21). Dabei zeigt sich bei Paaren, dass Frauen deutlich häufiger solche Gefühle empfinden als Männer (LU: 29,5% vs. 18,4%; CH: 29,8% vs. 20,3%). Ferner sind Einsamkeitsgefühle je häufiger, desto niedriger die Ausbildung ist: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung fühlen sich bis über anderthalbmal so häufig einsam wie

Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Einsamkeitsgefühle gehen ebenfalls mit Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit einher. Personen mit starken körperlichen Beschwerden fühlen sich zweieinhalbmal so oft einsam wie Personen mit keinen oder kaum Beschwerden. Ein gleiches Gefälle besteht bei der psychischen Belastung, wobei über die Hälfte der psychisch mittel oder stark Belasteten über Einsamkeitsgefühle berichten.

## 2.4.2 Vertrauensperson

Die meisten Luzerner Befragten geben an, in ihrem näheren sozialen Umfeld mindestens eine Vertrauensperson zu zählen, mit der sie persönliche Probleme besprechen können (LU: 95,4% bzw. CH: 94,9%). Knapp drei Viertel sprechen sogar von mehreren Vertrauenspersonen (73,1% bzw. 71,3%).

*Trotz Vertrauensperson vermisst fast jede fünfte Person gelegentlich emotionale Unterstützung*

Dennoch hat jede fünfte Person das Gefühl, manchmal eine solche Vertrauensperson zu vermissen – im Kanton Luzern ein wenig seltener als in der Gesamtschweiz (17,9% vs. 20,2%). Gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson kommt bei Befragten ohne Vertrauensperson etwa doppelt so oft vor wie bei Befragten mit mindestens einer Vertrauensperson (LU: 30,6%<sup>43</sup> vs. 17,3%; CH: 41,6% vs. 19,0%). Im Jahr 2007 hatten die Befragten in etwa gleich häufig mindestens eine Vertrauensperson wie 2002 (LU: 96,0% bzw. CH: 95,3%).

Frauen haben zwar öfter mindestens eine Vertrauensperson, vermissen jedoch häufiger gelegentlich eine solche als Männer (Abb. 2.22). Höhere Bildungsressourcen schaffen gute Voraussetzungen: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten nicht nur seltener, mindestens eine Vertrauensperson zu haben, sondern auch seltener, gelegentlich eine solche zu vermissen, als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe.

Enge Zusammenhänge zeigen sich auch bei Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit. Das Fehlen wie auch das gelegentliche Vermissen einer Vertrauensperson ist bei starken Beschwerden häufiger, als wenn keine oder kaum Beschwerden vorhanden sind. Noch deutlicher ist das Gefälle bei der psychischen Belastung. Mehr als ein Drittel psychisch mittel oder stark Belasteter vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson gegenüber einem Sechstel der Personen mit einer niedrigen psychischen Belastung. Rund jeder zehnten psychisch mittel oder stark belasteten Person fehlt eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld.

## 2.5 Sterblichkeit und Todesursachen

Die Verteilung und die Entwicklung der Todesursachen liefern wichtige Angaben zur Häufigkeit von Krankheiten und folglich zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Für die Prävention ist es besonders interessant, diejenigen

Todesursachen zu analysieren, deren wichtigste Risikofaktoren bekannt sind (vgl. Kap. 3). Gewisse Krankheiten – insbesondere Krebs – haben jedoch eine lange Latenzzeit bis zur Diagnose. Die aktuellen Entwicklungen im Mortalitätsbereich spiegeln in Wirklichkeit also Ursachen wider, die zeitlich weiter zurückliegen (Meslé, 2004). Andere Umstände führen hingegen zu einem sofortigen Tod (z.B. Unfall, Suizid). Nebst den Todesursachen ist somit die allgemeine Mortalität ein wichtiger deskriptiver Indikator des Gesundheitszustandes.

Im vorliegenden Abschnitt wird zunächst auf Entwicklungen der Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern eingegangen und mit anderen Kantonen verglichen. Anschliessend werden ausgewählte Todesursachen beschrieben und anhand des Indikators «verlorene potentielle Lebensjahre» Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit aufgezeigt.

### 2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern

Im Kanton Luzern betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für die Periode 2006/2007 rund 79,4 Jahre für die Männer und 84,2 Jahre für die Frauen (BFS, 2008e). Diese Zahlen liegen nahe beim Schweizer Durchschnitt von 79,2 bzw. 84,1 Jahren. Die Lebenserwartung hat in Luzern wie in der gesamten Schweiz jedes Jahr zugenommen (Abb. 2.23). 1986/87 lag diejenige der Männer bei 74,0 Jahren (CH: 73,8) und jene der Frauen bei 80,5 Jahren (CH: 80,5). Die Lebenserwartung der älteren Personen ist deutlich gestiegen. Für die 65-Jährigen des Kantons Luzern belief sie sich 2006/2007 auf 21,9 Jahre für die Frauen und auf 18,1 Jahre für die Männer. In den letzten 20 Jahren nahm die Lebenserwartung der 65-Jährigen um 2,8 Jahre (Frauen) bzw. 2,9 Jahre (Männer) zu.

Zudem verkleinert sich der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Männer und Frauen: Betrug er 1986/87 noch 6,5 Jahre, waren es 2006/2007 nur noch 4,8 Jahre.

#### Todesursachenstatistik

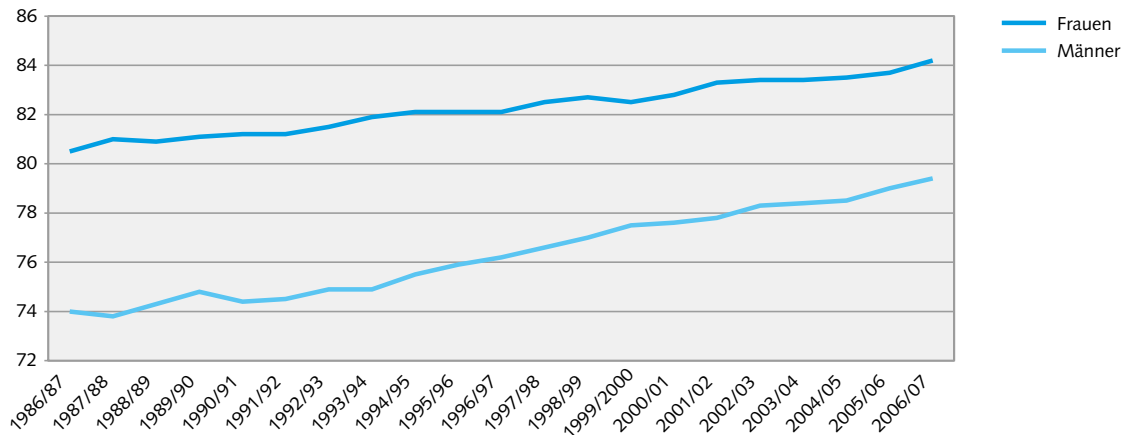
Die Todesursachenstatistik bietet einen Überblick über das Sterbgeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Sie liefert wichtige Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen. Ausserdem gibt sie Hinweise darauf, durch welche präventiven oder medizinisch-kurativen Massnahmen die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht werden könnte. Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter (Zivilstandsregister) und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen und Ärzte. Die Ergebnisse werden normalerweise als absolute Zahlen und bezogen auf 100'000 Einwohner dargestellt (ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte; aus der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP).

Quelle: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) (Zugriff am 15. 01. 2010)

<sup>43</sup> Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

**Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht**  
Kanton Luzern, 1986/87–2006/07

**Abb. 2.23**

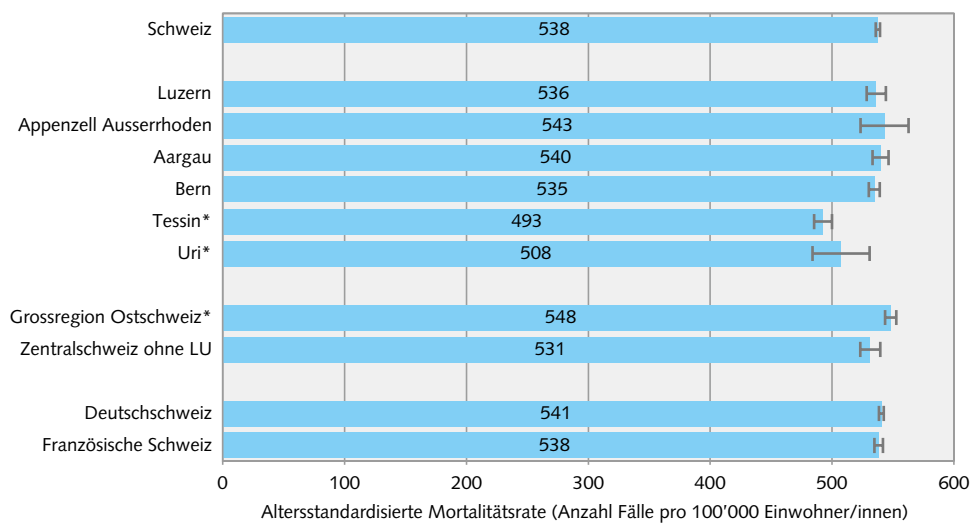


Quelle: BFS, ESPOP 1986-2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten**  
2000–2006, (mit 95%-Vertrauensintervall)

**Abb. 2.24**



\* Kantone/Regionen, deren altersstandardisierte Mortalitätsrate signifikant vom gesamtschweizerischen Wert abweicht

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Im Jahr 2006 starben im Kanton Luzern 1383 Frauen und 1326 Männer, insgesamt also 2709 Personen. Das sind nur zwölf Todesfälle mehr als 1986, obwohl der Anteil älterer Personen an der Bevölkerung zugenommen hat. 1986 betrug der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen 3,0%; zwanzig Jahre später, 2007, bereits 4,2%. Im Allgemeinen ist ein Rückgang der Todesfälle der unter 80-Jährigen sowie eine Zunahme der Todesfälle der über 80-jährigen Personen festzustellen.

### 2.5.2 Regionaler Vergleich

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Abb. 2.24) ermöglicht es, den Kanton Luzern mit anderen Kantonen, Regionen und mit der gesamten Schweiz zu vergleichen, indem der Einfluss der Altersstruktur der Bevölkerung beseitigt wird. Unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls für die altersstandardisierte Rate kann jede Region mit der gesamten Schweiz verglichen werden.

Das Intervall variiert je nach Bevölkerung des Kantons und seiner Mortalitätsrate. Die mit einem Sternchen markierten Kantone und Regionen weichen signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab (TI, UR, Grossregion Ostschweiz). Im Zeitraum 2000/2006 betrug die altersstandardisierte Mortalitätsrate des Kantons Luzern durchschnittlich 536 Todesfälle pro 100'000 Einwohner und pro Jahr. Damit liegt die Rate nahe beim Landesdurchschnitt (538 Todesfälle pro 100'000 Einwohner) und der anderen Vergleichsregionen und -kantone, der Kanton Tessin ausgenommen (493 Todesfälle pro 100'000 Einwohner). Die niedrige Mortalitätsrate des Tessins lässt sich unter anderem mit dem «healthy worker effect» (Effekt durch gesunde Arbeitskräfte) erklären. Dieser Effekt ist in den Kantonen zu beobachten, die viele ausländische Arbeitskräfte beschäftigen. Immigranten sind im Allgemeinen jung und gesund. Bei der Pensionierung oder aus gesundheitlichen Gründen kehren sie häufig in ihr Herkunftsland zurück (BFS, 2008e). Die Migrationsströme älterer Personen, die am Ende ihrer beruflichen Laufbahn in ihr Land zurückkehren oder für den Ruhestand vom Ausland ins Tessin kommen, sind kennzeichnend für die Bevölkerung des Tessins (Charton & Wanner, 1998).

### 2.5.3 Ausgewählte Todesursachen

Dieser Abschnitt befasst sich zunächst mit der Entwicklung der Mortalitätsrate nach Alter sowie mit den häufigsten dazugehörigen Todesursachen. Danach werden die verschiedenen Todesursachen im Kanton Luzern diskutiert und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

Der Vergleich der rohe Sterbeziffer pro 100'000 Einwohner von 1980/86 mit jener von 2000/06 (siehe vorangehender Bericht: Obsan, 2005) zeigt, dass sie in allen Altersgruppen unter 80 Jahren sowohl im Kanton Luzern als auch gesamtschweizerisch deutlich gesunken ist. Der Rückgang ist bei den 15- bis 34-jährigen Männern am stärksten: Ihre Bruttosterbeziffer ging zwischen 1980/86 und 2000/06 von 138 auf 63 zurück, was eine Verringerung um 54% bedeutet. Diese Tendenz zeigt sich für die gesamte Schweiz. Im gleichen Zeitraum ist bei den 80-jährigen und älteren Frauen ein Rückgang von 1,6% ersichtlich, während bei den Männern derselben Altersgruppe eine Zunahme von 10,5% festzustellen ist.

Tabelle 2.6 stellt die wichtigsten Todesursachen nach Alter und Geschlecht dar. Die Todesursachen sind je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den jungen Personen zwischen 15 und 34 Jahren sind externe Ursachen (Unfälle, Gewalttaten, Suizide) am häufigsten. Suizid ist die häufigste Todesursache bei Männern zwischen 15 und 49 Jahren und Frauen zwischen 15 und 34 Jahren. Frauen zwischen 35 und 79 Jahren und Männer zwischen 50 und 79 Jahren sterben am häufigsten an Krebs. Bei den Frauen in dieser Altersklasse handelt es sich hauptsächlich um Brust- und Lungenkrebs, bei den Männern um Lungenkrebs. Bei den 80-jährigen und Älteren sind Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache, insbesondere die ischämischen Herzkrankheiten. Sie machen bei den 80-jährigen und älteren Personen 24% (Männer) bzw. 23% (Frauen) der Fälle aus.

**Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Luzern und Schweiz, 2000–2006**

Altersgruppe	Geschlecht	Jährliche Sterbefälle		Jährliche Mortalitätsrate <sup>1</sup>		Häufigste Todesursache (in % aller Sterbefälle)
		LU	LU	CH	LU	
0–14 Jahre	Männer und Frauen	23	38,0	31,8	Perinatale Todesursache (27%) Missbildungen (23%)	
15–34 Jahre	Männer	32	63,4	68,5	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (58%)	
	Frauen	15	31,8	28,8	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (42%)	
35–49 Jahre	Männer	69	178,7	183,0	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (32%)	
	Frauen	37	99,7	105,3	Krebskrankheiten (45%)	
50–64 Jahre	Männer	184	728,9	773,6	Krebskrankheiten (37%)	
	Frauen	106	401,2	410,2	Krebskrankheiten (54%)	
65–79 Jahre	Männer	473	3 669,7	3 650,4	Krebskrankheiten (38%)	
	Frauen	311	1 719,9	1 782,4	Krebskrankheiten (34%)	
80+ Jahre	Männer	565	15 160,6	15 606,0	Herz-Kreislauf-Krankheiten (49%)	
	Frauen	943	15 162,5	14 774,4	Herz-Kreislauf-Krankheiten (55%)	

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

<sup>1</sup> Anzahl Sterbefälle pro 100'000 Einwohner/innen und Jahr

**Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Luzern, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006**

Todesursachen	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR <sup>1</sup> CH=100	Signifikanz	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR <sup>1</sup> CH=100	Signifikanz
	N	in %			N	in %		
<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>11</b>	<b>0,8</b>	-	-	<b>12</b>	<b>0,9</b>	-	-
<b>Krebskrankheiten</b>	<b>293</b>	<b>20,6</b>	<b>96</b>	<b>*</b>	<b>374</b>	<b>28,0</b>	<b>96</b>	<b>n.s.</b>
Bösartige Tumoren des Magens	14	1,0	-	-	18	1,4	124	*
Bösartige Tumoren des Dickdarms	20	1,4	83	*	27	2,0	97	n.s.
Bösartige Tumoren des Pankreas	17	1,2	82	*	15	1,1	75	***
Bösartige Tumoren der Trachea, Bronchien, Lunge	28	2,0	75	***	88	6,6	97	n.s.
Bösartige Tumoren der Brust	62	4,4	104	n.s.	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Cervix uteri	5	0,3	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren des Ovars	17	1,2	90	n.s.	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Prostata	-	-	-	-	59	4,4	102	n.s.
Übrige Krebskrankheiten	130	9,2	99	n.s.	166	12,5	95	n.s.
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>44</b>	<b>3,1</b>	<b>110</b>	<b>n.s.</b>	<b>28</b>	<b>2,1</b>	<b>95</b>	<b>n.s.</b>
<b>Demenz</b>	<b>84</b>	<b>5,9</b>	<b>85</b>	<b>***</b>	<b>37</b>	<b>2,7</b>	<b>84</b>	<b>***</b>
<b>Herz-Kreislauf-Krankheiten</b>	<b>641</b>	<b>45,1</b>	<b>112</b>	<b>***</b>	<b>507</b>	<b>38,0</b>	<b>108</b>	<b>***</b>
Koronare Herzkrankheiten	270	19,0	126	***	261	19,5	118	***
Lungenembolien	9	0,6	-	-	3	0,3	-	-
Hirngefässerkrankungen	133	9,3	116	***	84	6,3	111	*
Übrige Herz-Kreislauf-Krankheiten	230	16,2	99	n.s.	159	11,9	95	n.s.
<b>Krankheiten des Atmungssystem</b>	<b>68</b>	<b>4,8</b>	<b>81</b>	<b>***</b>	<b>82</b>	<b>6,1</b>	<b>85</b>	<b>***</b>
Grippe	5	0,4	-	-	2	0,1	-	-
Pneumonien	27	1,9	71	***	20	1,5	65	***
Bronchitis	22	1,6	85	*	47	3,5	98	n.s.
Asthma	3	0,2	-	-	4	0,3	-	-
Übrige Krankheiten des Atmungssystems	10	0,7	-	-	10	0,7	-	-
<b>Alkohol<sup>2</sup></b>	<b>8</b>	<b>0,6</b>	-	-	<b>25</b>	<b>1,8</b>	<b>106</b>	<b>n.s.</b>
<b>Erkrankungen der Harnorgane</b>	<b>13</b>	<b>0,9</b>	-	-	<b>6</b>	<b>0,5</b>	-	-
<b>Perinatale Todesfälle</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	-	-	<b>3</b>	<b>0,3</b>	-	-
<b>Missbildungen</b>	<b>6</b>	<b>0,4</b>	-	-	<b>6</b>	<b>0,5</b>	-	-
<b>Unfälle, Gewalttaten, Suizide</b>	<b>63</b>	<b>4,5</b>	<b>100</b>	<b>n.s.</b>	<b>101</b>	<b>7,6</b>	<b>98</b>	<b>n.s.</b>
Strassenverkehrsunfälle	5	0,3	-	-	15	1,1	92	n.s.
Suizide	16	1,1	82	*	40	3,0	93	n.s.
Übrige Unfälle, Gewalttaten	43	3,0	111	n.s.	46	3,5	104	n.s.
<b>Übrige Todesursachen</b>	<b>188</b>	<b>13,2</b>	<b>100</b>	<b>n.s.</b>	<b>154</b>	<b>11,5</b>	<b>98</b>	<b>n.s.</b>
<b>Total</b>	<b>1422</b>	<b>100,0</b>	<b>102</b>	<b>n.s.</b>	<b>1336</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>n.s.</b>

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

<sup>1</sup> Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100, Chi<sup>2</sup>: \*\*\* p<0,005, \*\* p<0,01, \* p<0,05, n.s.= nicht signifikant. Die SMR wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 2000 und 2006 unter 100 liegt.<sup>2</sup> Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

Tabelle 2.7 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Luzern mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate (SMR). Dieser Indikator misst den Unterschied der Mortalität zwischen zwei Regionen, unter Berücksichtigung der Altersstruktur. Eine SMR von 100 bedeutet, dass zwischen dem Kanton und der Schweiz bei der untersuchten Todesursache kein Unterschied besteht. Ein Wert von 110 in einem Kanton bedeutet, dass die Mortalitätsrate gegenüber dem Schweizer Durchschnitt 10% höher ist. Ein Ergebnis von 90 dagegen bezeichnet eine Mortalitätsrate, die 10% unter dem Schweizer Durchschnitt liegt (Bisig & Beer, 1996). Anhand eines statistischen Tests kann bestimmt werden, ob die beobachteten Unterschiede signifikant sind oder nicht.

Im Kanton Luzern wurden zwischen 2000 und 2006 durchschnittlich 2758 Todesfälle jährlich registriert; es starben 1422 Frauen (52%) und 1336 Männer (48%). Diese Anteile weichen nicht signifikant von jenen der gesamten Schweiz ab.

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind im Kanton Luzern die häufigste Todesursache mit 38% der Todesfälle bei den Männern und 45% bei den Frauen. Sie liegen signifikant über dem Schweizer Durchschnitt (12% mehr bei den Frauen und 8% mehr bei den Männern). Auch Hirn-schläge (217 Fälle pro Jahr) und koronare Herzkrankheiten (531 Fälle pro Jahr) treten signifikant vermehrt auf. Signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt liegen dagegen die Todesfälle aufgrund von Demenz. Diese Todesursachen sind sehr stark mit dem Alterungsprozess verbunden und treten daher häufig im höheren Alter auf.

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache. Die Anzahl Krebsfälle bei Frauen liegt im Kanton Luzern signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt. Magenkrebs tritt bei den Männern im Kanton Luzern mit 18 Fällen pro Jahr signifikant mehr auf als in der gesamten Schweiz. Dickdarmkrebs kommt bei den Frauen signifikant weniger häufig vor als im Schweizer Durchschnitt; bei den Männern ist diesbezüglich kein Unterschied festzustellen.

Mit einem Durchschnitt von 62 Fällen pro Jahr ist Brustkrebs bei den Frauen die häufigste Krebsart. Der beobachtete Unterschied zwischen der Schweiz als Ganzes und dem Kanton Luzern ist nicht signifikant. Die Anzahl Todesfälle aufgrund von Brustkrebs ist im Kanton Luzern verglichen mit den Kantonen der Romandie, die

Früherkennungsprogramme durch Mammografie eingeführt haben, jedoch signifikant höher.<sup>44</sup> Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der SGB 2007, dass im Kanton Luzern signifikant weniger Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden als in der Schweiz insgesamt und in der Romandie (vgl. Abschnitt 6.2.2). Einige Fachleute sind der Ansicht, dass das Fehlen von Programmen zur Brustkrebs-Früherkennung die Hauptursache für die kantonalen Unterschiede bei der Sterblichkeit durch Brustkrebs in der Schweiz ist (Bouchardy, 2005). Die Einführung eines Früherkennungsprogramms könnte zu einer Senkung der Sterblichkeit durch Brustkrebs führen, wie verschiedene Studien zeigen (Buillard et al., 2009; Buillard et al., 2006; Larsson et al., 1997; Nystrom et al., 1993; WHO, 2002). Dieses Thema wird in der Schweiz weiterhin stark diskutiert. Dennoch hat sich die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) kürzlich für die Förderung des Früherkennungs-Angebots unter gewissen Bedingungen ausgesprochen (GDK, 2007).

Der Prostatakrebs verursacht 59 Todesfälle pro Jahr im Kanton Luzern und weicht ebenfalls nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab.

Lungenkrebs liegen bei den Frauen signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt (28 Fälle pro Jahr). Gegenüber 1995/2001 (23 Fälle pro Jahr) ist diese Zahl jedoch gestiegen. Bei den Männern kann im Vergleich mit der Gesamtschweiz kein signifikanter Unterschied beobachtet werden. Mit 88 Todesfällen pro Jahr liegt die Anzahl bei den Männern höher als bei den Frauen. Die schweizweit beobachtete Zunahme der Anzahl Todesfälle infolge von Lungenkrebs (Junker, 2009) bestätigt sich auch für den Kanton Luzern. Krankheiten des Atmungssystems treten im Kanton Luzern im Allgemeinen weniger häufig auf als in der gesamten Schweiz.

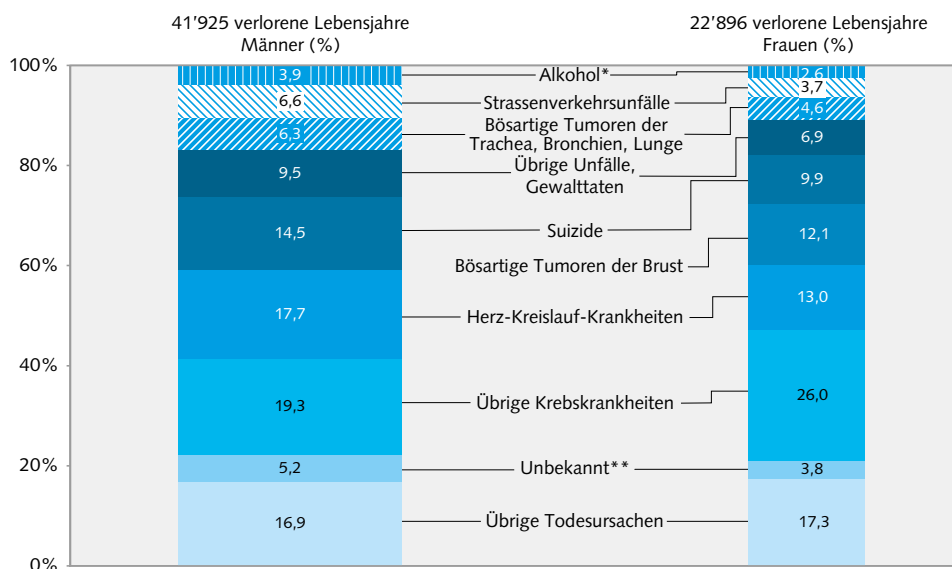
Die Anzahl Todesfälle aufgrund gewaltsamer Todesfälle (Suizid, Unfälle usw.) weicht nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab. Im Gegensatz zum Zeitraum 1995/2001 (siehe vorangehenden Bericht) ist die durchschnittliche Anzahl Suizide bei den Frauen mit 16 Fällen pro Jahr nun jedoch signifikant kleiner als in der gesamten Schweiz.

<sup>44</sup> Diese Programme richten sich an die 50- bis 70-jährigen Frauen, die in einem der Kantone, die ein Früherkennungsprogramm anbieten (GE, VS, VD, FR, JU und Berner JU, NE, im Aufbau: SG), wohnhaft und versichert sind und bei denen keine Probleme an der Brust bekannt sind. Sie werden automatisch alle zwei Jahre vom Früherkennungszentrum zu einer Kontrolle eingeladen. Bei der Untersuchung wird die Brust geröntgt. Zeigt die Röntgenaufnahme eine Auffälligkeit, wird sie in der Folge durch weitere Untersuchungen ergänzt, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden (<http://www.brust-screening.ch>).



**Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht**  
Kanton Luzern, 2000–2006

**Abb. 2.25**



Vor dem 70. Geburtstag verlorene Lebenszeit; Sterbefälle von unter Einjährigen sind nicht berücksichtigt

\* Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

\*\* Unbekannt: ICD-10-Code R99

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### 2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Die Präventivmedizin hat unter anderem zum Ziel, anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) die Ursachen für vorzeitige oder vermeidbare Sterblichkeit zu untersuchen. Mithilfe dieses Indikators können die wichtigsten Todesursachen erkannt werden, die die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung des Kantons beträchtlich verkürzen. Eine Analyse des Indikators liefert Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit, indem die vor dem 70. Altersjahr auftretenden Todesfälle stärker gewichtet werden.

Der VPL-Indikator addiert die Jahre, die den vor dem 70. Alterjahr verstorbenen Personen bis zum Erreichen des 70. Alterjahres noch fehlten. Dadurch erhalten die früh im Leben auftretenden Todesursachen (Strassenverkehrsunfälle, Suizide usw.) ein stärkeres Gewicht. Abbildung 2.25 stellt die prozentuale Verteilung des VPL nach Todesursache dar (2000–2006). Der Kanton Luzern zählt von 2000–2006 durchschnittlich 9620 VPL pro Jahr, davon entfallen 3271 (34%) auf die Frauen und 5989 (66%) auf die Männer.

Bei den Frauen sind rund 43% der verlorenen potenziellen Lebensjahre auf Krebs zurückzuführen; dies sind durchschnittlich 1397 verlorene potenzielle Lebensjahre pro Jahr, wobei Brustkrebs mit einem Anteil von 12% der VPL den grössten Teil ausmacht. Bei den Männern ist

Krebs in rund 26% der Fälle die Ursache, was aber trotzdem 1534 VPL pro Jahr bedeutet. Unfälle, gewaltsame Todesfälle und Suizide machen bei den Männern 31% der VPL aus (1833 VPL pro Jahr) und bei den Frauen 21% (671 VPL pro Jahr). Bei den anderen hier dargestellten Todesursachen sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen weniger gross.

## 2.6 Zusammenfassung

### Gesundheitszustand

Luzernerinnen und Luzerner erfreuen sich eines hohen gesundheitlichen Wohlbefindens. Neun von zehn Befragten schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Jüngere Personen geben häufiger ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden an als ältere, Personen mit höherer Bildung häufiger als solche mit niedrigerer. Das gesundheitliche Wohlbefinden wird massgeblich durch lang andauernde Gesundheitsprobleme, körperliche Beschwerden und psychische Belastung geprägt.

Etwa jede vierte befragte Person hat ein lang andauerndes Gesundheitsproblem wie eine Behinderung oder eine chronische Krankheit, ebenso viele klagen über starke körperliche Beschwerden – hauptsächlich

Rückenschmerzen, Müdigkeit, Kopfweg und Schlafprobleme. Frauen berichten doppelt so oft über starke Beschwerden wie Männer. Dennoch sind Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit nicht zwangsläufig mit einem schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden verbunden. So lässt sich ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und persönlichen Ressourcen wie der Kontrollüberzeugung gerade dann beobachten, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Jede fünfte befragte Person erleidet jährlich mindestens einen Unfall, jede vierte 60-jährige und ältere Person einen Sturz. Vor allem junge Männer haben ein hohes Unfallrisiko – vornehmlich bei Spiel und Sport –, 80-Jährige und Ältere stürzen am meisten. Etwa jede dritte 65-jährige und ältere Person hat ferner Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Sechs von zehn Luzernerinnen und Luzernern weisen mindestens einen der für Herz-Kreislauf-Krankheiten relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht bzw. Adipositas oder Rauchen auf, ein Viertel gar mehrere.

Ähnlich wie in der übrigen Zentralschweiz fühlen sich Luzernerinnen und Luzerner nicht nur seltener psychisch belastet und geben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung an als die Schweizer Bevölkerung, sondern nennen auch seltener depressive Symptome. Etwa jede achte befragte Person im Kanton Luzern ist psychisch mittel bis stark belastet, bei einem ähnlich hohen Anteil liegen möglicherweise depressive Symptome vor. Die psychische Belastung hängt deutlich mit den Gesundheitsressourcen Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl zusammen. Mehr als jede zweite Person mit einer tiefen Kontrollüberzeugung oder einem niedrigen Kohärenzgefühl fühlt sich psychisch mittel oder stark belastet.

Etwa drei von zehn Befragten empfinden manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle, ungefähr zwei von zehn vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld. Besonders häufig einsam fühlen sich junge Menschen, Alleinlebende und -erziehende, Personen mit starken körperlichen Beschwerden sowie psychisch Belastete.

### *Sterblichkeit und Todesursachen*

In den vergangenen 20 Jahren entwickelte sich die Lebenserwartung im Kanton Luzern erfreulich: Die Sterblichkeit ging deutlich zurück und die Lebenserwartung der älteren Personen (ab 65 Jahren) nahm zu. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate weicht im Kanton Luzern für beide Geschlechter nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab und liegt unter derjenigen der Grossregion Ostschweiz und über jener der Kantone Uri und Tessin.

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache im Kanton Luzern (42% der Todesfälle), gefolgt von Krebs (24%). Diese beiden Ursachen führen zu rund zwei Dritteln aller Todesfälle. Die Anzahl Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten liegt signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. Es sind grösstenteils ältere Personen davon betroffen. Bei den Männern ist bei der Anzahl Krebskrankheiten im Vergleich mit der Gesamtschweiz kein Unterschied festzustellen. Bei den Frauen liegt der Durchschnitt knapp signifikant unter dem Schweizerischen Mittelwert.

Die Präventivmedizin interessiert sich in erster Linie für Todesursachen, die einen grossen Bevölkerungsanteil betreffen, die für eine hohe Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) verantwortlich sind und deren Faktoren verändert werden können. Dazu gehören bösartige Tumore oder Krebskrankheiten. Diese machen im Kanton Luzern rund 32% der VPL bei den unter 70-Jährigen aus. Bei den Frauen ist Brustkrebs die häufigste Krebsart: 12% der VPL sind darauf zurückzuführen. Auch Unfälle, Gewalttaten und Suizide sind wichtige Ursachen für VPL. Sie machen 27% aus. Der Suizid bleibt die häufigste Todesursache bei den Männern zwischen 15 und 49 Jahren und bei den Frauen zwischen 15 und 34 Jahren. Bei den Männern sind 15% der VPL und bei den Frauen 10% darauf zurückzuführen. Suizid ist jedoch im Kanton Luzern weniger häufig bei Frauen als im schweizerischen Durchschnitt.

## 3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

*Florence Moreau-Gruet und Laila Burla (3.1, 3.3 und 3.4)*

*Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand (3.2)*

### Für die Kantonsärztlichen Dienste sind folgende Punkte wichtig:

1. Alter und Geschlecht, Lebensstil, Umweltbedingungen und soziale Beziehungen sind von entscheidender Bedeutung für die psychische und physische Gesundheit eines Menschen. Bildung und Ausbildung, gesellschaftlicher Status, soziale Unterstützung und soziale Netze, Arbeit und Arbeitsbedingungen sind wesentliche Determinanten, die das Gesundheitsverhalten der und des Einzelnen mitbestimmen.
2. Ungesunde Verhaltensweisen wie Fehlernährung, Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch, aber auch psychosozialer Stress kommen besonders häufig in sozial stark benachteiligten Gruppen vor.
3. Junge Menschen und Personen ohne nachobligatorische Bildung achten weniger auf ihre Gesundheit. Bildung hat einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Personen mit höherer Bildung achten insgesamt mehr auf ihre Gesundheit als bildungsferne Bevölkerungsgruppen.
4. Betreffend gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen hat sich gegenüber 2002 das Bewegungsverhalten der Luzernerinnen und Luzerner verbessert. Während im Jahr 2002

ein gutes Drittel Sport trieb, ist der Anteil 2007 auf fast 45% gestiegen. Jedoch befolgten weniger als ein Drittel die Ernährungsempfehlung, pro Tag fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ging gegenüber 2002 zurück und mit dem Alter nimmt die Häufigkeit des täglichen Alkoholkonsums zu.

### Fazit

Menschliches Verhalten kann nur im Kontext dieser Lebensverhältnisse verstanden werden. Will man die Gesundheit verbessern, müssen Menschen ihr Verhalten ändern. Um aber gesunde Lebensweisen stärken zu können, muss man bei den Lebensverhältnissen der Menschen ansetzen. Deshalb sind Massnahmen, die die Bildungschancen erhöhen, nicht nur auf das Bildungssystem zu beschränken. Mit dem Ziel der Chancengleichheit sollen sie sich auch auf ausser-schulische Aktivitäten richten – als Querschnittaufgabe verschiedener Politikbereiche, ausgerichtet auf spezifische Zielgruppen.

Claudia Burkard Weber, EUMAHP

Bereichsleiterin Gesundheitsförderung und Prävention,  
Kantonsärztliche Dienste Luzern

Die Gesundheit des Menschen hängt von zahlreichen Faktoren ab. Einige dieser Faktoren, wie beispielsweise die genetischen Voraussetzungen, lassen sich nicht beeinflussen. Andere Faktoren dagegen, wie das Risikoverhalten, der Lebensstil oder die Umweltbedingungen, können geändert werden. Unter Verhaltensweisen mit erhöhtem Risiko versteht man jene Verhaltensweisen, durch welche die Krankheitsrisiken zunehmen und die Lebenszufriedenheit eines Menschen abnimmt. Umgekehrt resultieren aus schützenden Verhaltensweisen tiefere Krankheitsrisiken und eine höhere Lebenszufriedenheit.

Risikoreiche und nicht schützende Verhaltensweisen können erhebliche Folgen für die Gesundheit haben. Wie eine OECD-Studie (2006) für das Jahr 2002 zeigt, lassen sich in der Schweiz 60% der Sterblichkeit auf fünf Risikofaktoren zurückführen: arterielle Hypertonie, Tabakkonsum, Cholesterin, Übergewicht und Bewegungsmangel. Diese Faktoren zählen zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. So sind arterielle Hypertonie, ein zu hoher

Cholesterinspiegel und Übergewicht zumindest teilweise auf zu reichhaltige Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität zurückzuführen – beides veränderbare Verhaltensweisen.

Dieses Kapitel fokussiert auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen. Angaben zu Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel als weitere Risikofaktoren sind Abschnitt 2.2.5 zu entnehmen, die Anzahl Sterbefälle für Herz-Kreislauf-Erkrankungen Abschnitt 2.5.3. Zu Beginn dieses Kapitels werden gesundheitsrelevante Einstellungen, welche einen Einfluss auf das Verhalten der/des Einzelnen haben können, beschrieben. Untersucht wird dabei einerseits, inwieweit sich die Schweizerinnen und Schweizer um ihre Gesundheit kümmern, andererseits ihre Kenntnisse im Bereich Gesundheit. Anschliessend folgt ein Abschnitt zu den Ernährungsgewohnheiten und dem Ausmass an körperlicher Aktivität der Luzerner Bevölkerung. Aus einem Mangel an *körperlicher Bewegung* und schlechten *Ernährungsgewohnheiten* resultiert ein höheres Risiko

von Herzkrankheiten, Hirnschlägen und Diabetes. Der *Body Mass Index* (ein Mass für die Körperfülle, Abkürzung BMI) zeigt bis zu einem gewissen Grad die «Ergebnisse» der Verhaltensweisen bezüglich Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität und wird deshalb in diesem Abschnitt präsentiert. Den abschliessenden Schwerpunkt dieses Kapitels stellt der Substanzkonsum der Luzerner Bevölkerung dar. *Tabakkonsum* als wichtiger Risikofaktor, welcher mit zahlreichen Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten in Verbindung gebracht wird, wird als erstes beschrieben. Obwohl es sich nicht um ein freiwilliges Verhalten handelt, wird unter dem Thema Tabakkonsum auch die Konfrontation mit dem Rauch von Zigaretten, Zigarren usw. (in diesem Bericht mit dem Ausdruck «*Passivrauchen*» bezeichnet) behandelt. Es wurde festgestellt, dass auch Passivrauch das Risiko von gewissen Krankheiten erhöhen kann. Im Weiteren wird die Häufigkeit und das Ausmass des Alkoholkonsums der Luzernerinnen und Luzerner präsentiert. Studienergebnisse zeigen, dass übermässiger *Alkoholkonsum* das Risiko von zahlreichen Krankheiten (verschiedene Krebserkrankungen, Herzkrankheiten; siehe Rehm et al., 2003) erhöht. Auf die Verbreitung von *Cannabiskonsum*, welcher bei regelmässigem Konsum ebenfalls gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann, wird kurz eingegangen. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung des Konsums bestimmter *psychotroper Medikamente*, um Hinweise auf Gesundheitsprobleme aufzuzeigen bzw. um das Ausmass des regelmässigen Konsums – welcher ein Abhängigkeitspotential birgt – zu beschreiben.

Die Einstellung der Schweizerinnen und Schweizer zur Gesundheit und ihre Kenntnisse in diesem Bereich stehen häufig in einem gewissen Zusammenhang mit ihren diesbezüglichen Verhaltensweisen. Diese beiden Themen werden daher am Anfang dieses Kapitels behandelt.

### 3.1 Gesundheitseinstellungen

Die Bedeutung, die jemand seiner Gesundheit beimisst, hat wahrscheinlich einen grossen Einfluss auf seine gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Eine Einstellung, bei der die Gesundheit einen hohen Stellenwert hat, gilt in der Regel als positiver Faktor für die Gesundheit und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Im Gegensatz dazu sind Personen, denen ihre Gesundheit kein grosses Anliegen ist, wahrscheinlich kaum motiviert, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu ändern. Auf die Frage zur Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, konnten alle befragten Personen (nicht nur die

kranken Menschen) zwischen drei Antworten wählen.<sup>45</sup> Im Kanton Luzern erklärten 10,7% der Befragten: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern». Die Mehrheit der Befragten (66,7%) entschied sich bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung für die folgende Aussage: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil». Und 22,6% meinten: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (Tab. 3.1). Die Einstellung gegenüber der Gesundheit hat sich im Kanton Luzern von 2002 bis 2007 nicht wesentlich verändert: Die entsprechenden Werte lagen im Jahr 2002 bei 8,3%, 68,3% und 23,4%.

#### *Junge Menschen und Personen ohne nachobligatorische Bildung achten weniger auf ihre Gesundheit*

Im Kanton Luzern gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Anteil an Personen, die sich nach eigenen Angaben nicht um ihre Gesundheit kümmern. Dies gilt für junge Menschen und für Personen ohne nachobligatorische Bildung.

Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis (sehr) schlecht beurteilen, geben deutlich häufiger an, dass sie sich nicht um mögliche Folgen für ihre Gesundheit kümmern (Abb. 3.1). Sie sagen dafür häufiger, dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmen, wie sie leben.

#### *Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen kümmern sich weniger um ihre Gesundheit*

Von den Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen gibt ein höherer Anteil an, sich nicht um ihre Gesundheit zu kümmern (Abb. 3.1): Auf gesamtschweizerischer Ebene gilt dies für 23,9% der starken Raucher (10 Zigaretten oder mehr pro Tag), während dieser Anteil bei den mässigen Rauchern (bis zu 9 Zigaretten pro Tag) 15% und bei den Nichtrauchern 9,3% beträgt. Ebenso kümmern sich 20,6% der Personen mit einem hohen Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit, gegenüber 11,8% bei den abstinenten und den Personen mit geringem Alkoholkonsum. 27,3% der Personen, die weniger als zwei Portionen Früchte und/oder Gemüse<sup>46</sup> pro Tag konsumieren, geben an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, gegenüber 8,7% der Personen, die gemäss ihren Angaben mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag konsumieren.

<sup>45</sup> Frage aus dem schriftlichen Fragebogen

<sup>46</sup> Eine Portion Früchte und/oder Gemüse entspricht der Grösse einer Faust (ungefähr 120g).

Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)

		unbekümmert		beachtend		orientiert	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		10,7	12,3	66,7	68,4	22,6	19,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	9,2	9,3	66,1	68,8	24,7	22,0
	Männer	12,5	15,4	67,4	68,0	20,1	16,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	13,8	17,9	70,3	69,4	15,9	12,8
	35–49 Jahre	(10,2)	11,3	68,1	71,8	21,7	16,9
	50–64 Jahre	(9,8)	9,2	67,0	69,8	23,2	21,0
	65+ Jahre	.	7,8	55,6	59,3	39,2	32,9
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(20,6)	15,6	41,6	54,3	37,8	30,1
	Sekundarstufe II	9,5	13,2	68,9	67,6	21,5	19,2
	Tertiärstufe	(8,2)	8,6	75,2	76,2	16,5	15,2
<b>Nationalität</b>	Schweiz	10,7	11,7	67,9	69,5	21,3	18,7
	Ausland	.	14,4	59,8	64,0	29,5	21,7
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	(8,4)	12,8	67,7	66,0	23,8	21,2
	CHF 3000 bis 4499	(12,4)	12,4	65,1	66,5	22,5	21,1
	CHF 4500 bis 5999	(15,8)	10,6	65,7	72,1	(18,5)	17,3
	CHF 6000 und höher	(10,0)	10,9	75,6	75,0	(14,4)	14,1
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	10,2	11,6	67,4	69,0	22,4	19,3
	Land	11,3	13,9	65,9	66,7	22,8	19,4
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>12,3</b>		<b>68,4</b>		<b>19,4</b>
	<b>Luzern</b>		<b>10,7</b>		<b>66,7</b>		<b>22,6</b>
	Aargau		7,4*		73,6		19,0
	Appenzell Ausserrhoden		10,8		66,1		23,1
	Bern		9,6*		71,3		19,0
	Tessin		13,1		71,8		15,1
	Uri		(9,2)		71,1		19,7
	Zentralschweiz ohne Luzern		9,1		68,4		22,5
	Grossregion Ostschweiz		12,1		66,8		21,1
	Deutschschweiz		9,9		70,5		19,6
Französische Schweiz		18,7		61,9		19,5	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=806 (LU), n=13'923 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Für kantonale Vergleiche: Es wurde nur die Kategorie «unbekümmert» getestet.

Zustimmung zu folgenden Aussagen: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» (unbekümmert), «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» (beachtend) und «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (orientiert)

### 3.1.1 Gesundheitskompetenz

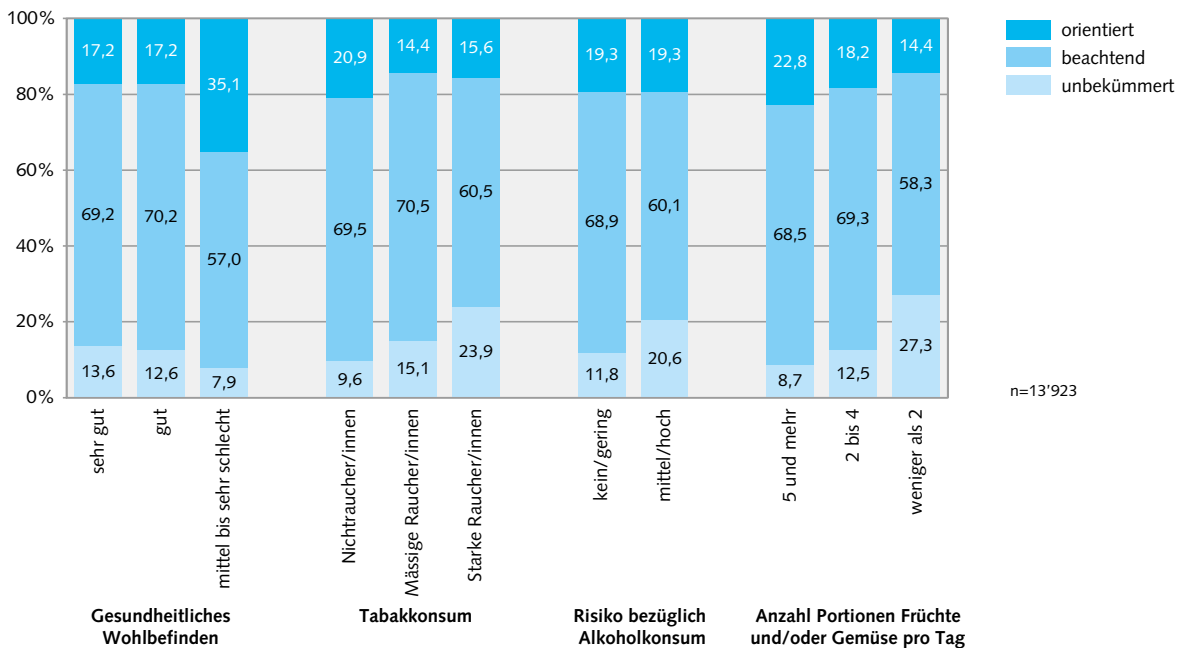
Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit einer Person, zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, in ihrem Umfeld und auf politischer Ebene Entscheide in ihrem Alltag zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz stärkt die Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheits-

fragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigenen Gesundheit zu übernehmen.» (Kickbusch, 2006, S. 69). Neuere Forschungsarbeiten zeigen eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen des Gesundheitssystems und den durchschnittlichen Gesundheitskompetenzen der Konsumentinnen und Konsumenten, die dieses System in Anspruch nehmen.

Für die Ermittlung der Gesundheitskompetenz bewerteten die Befragten ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Gesundheit in vier Bereichen (genauer Wortlaut siehe

**Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007**

**Abb. 3.1**



Für die Definition der Variable «gesundheitliches Wohlbefinden» vgl. 2.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abb. 3.2). Mit diesen Fragen, die im schriftlichen Fragebogen gestellt werden, wird die Selbsteinschätzung der Befragten, nicht jedoch die tatsächliche Gesundheitskompetenz abgeklärt (die vielfach mit dem englischen Begriff Health Literacy bezeichnet wird).

*Die Befragten fühlen sich in Bezug auf ihr persönliches Gesundheitsverhalten sicherer als hinsichtlich ihres Verhaltens im Gesundheitssystem und als bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen.*

Im Kanton Luzern fühlen sich die Befragten bezüglich ihrer Kenntnisse im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen am sichersten (78,6% fühlen sich sicher oder sehr sicher) (Abb. 3.2). Etwas weniger sicher sind sie hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Konsumverhaltens (71,2% fühlen sich sicher oder sehr sicher). Was die Wahlmöglichkeiten im Gesundheits- und Versicherungssystem anbelangt, beträgt der Anteil der Personen, die sich sicher oder sehr sicher fühlen, lediglich 54,7%. Gut die Hälfte der Personen (51,8%) fühlt sich bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen sicher.

*Personen mit höherer Bildung fühlen sich in Bezug auf ihr gesundheitsrelevantes Wissen sicherer*

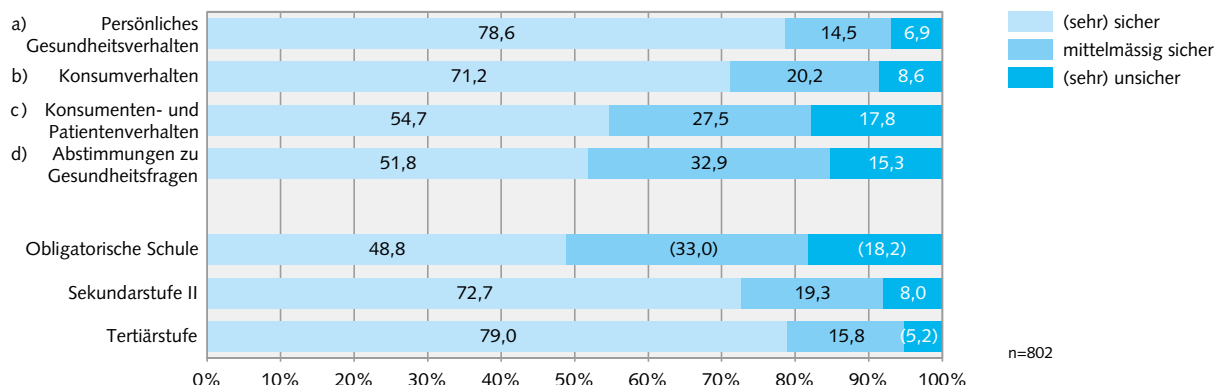
Was das persönliche Gesundheitsverhalten und das Konsumverhalten anbelangt, fühlen sich Personen mit einer tertiären Bildung sicherer als Personen mit einem tieferen Bildungsniveau (Abb. 3.2). Zwischen den Geschlechtern bestehen diesbezüglich nur geringe Unterschiede.

Hinsichtlich des persönlichen Gesundheitsverhaltens und des Konsumverhaltens sind auch zwischen den verschiedenen Altersgruppen nur geringe Unterschiede zu verzeichnen. Grosse Unterschiede bestehen hingegen in Bezug auf das Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem ((sehr) sicher, unter 35 Jahren: 39,2%, ab 35 Jahren: 63,7%) sowie als Bürger/in bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen ((sehr) sicher, unter 35 Jahren: 42,0%, ab 35 Jahren: 57%) (diese Ergebnisse sind nicht dargestellt).

Was die Selbsteinschätzung des gesundheitsrelevanten Wissens betrifft, bestehen zwischen den Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Luzern und der Nachbarkantone nur geringe Unterschiede. Hingegen

**Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz  
Kanton Luzern, 2007**

**Abb. 3.2**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Wortlaut der Frage: Man hört häufig, dass das Gesundheitssystem immer komplizierter wird. Haben Sie das Gefühl, dass Sie genug wissen, um sich darin sicher zu bewegen? Wie sicher würden Sie sich in den vier nachstehenden Bereichen einschätzen? Antwort: sehr sicher bis sehr unsicher

- a) Persönliches Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung)
- b) Konsumverhalten (z.B. Einkauf gesunder Nahrungsmittel, Nahrungszusatzpräparate, frei verkäufliche Medikamente)
- c) Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem (z.B. Wahl der Krankenversicherung, Kommunikation mit dem Arzt)
- d) Als Bürger/in bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

kann man grundsätzlich festhalten, dass sich die Deutschschweizer diesbezüglich sicherer fühlen als die Westschweizer und die Tessiner. Hinsichtlich des Konsumverhaltens fühlen sich 54,7% der Tessiner, 62,8% der Westschweizer und 70,5% der Deutschschweizer (sehr) sicher (diese Ergebnisse sind nicht dargestellt).

stimmung der Verbreitung von Gewichtsproblemen im Kanton Luzern, bevor in zwei weiteren Abschnitten auf das Ernährungs- und das Bewegungsverhalten eingegangen wird. Die verschiedenen Befunde werden überdies in Kapitel 5 noch einmal aufgenommen und vergleichend diskutiert.

**3.2 Körpergewicht, Ernährung und Körperliche Aktivität**

**3.2.1 Übergewicht**

Die drei Begriffe «Übergewicht», «Ernährung» und «Bewegung» werden häufig in einem Zuge genannt. Dies hat einen guten Grund, denn ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung sind wichtige Verhaltensweisen, mit denen Gewichtsproblemen entgegen getreten werden kann. Als Folge werden die drei Begriffe gegenwärtig auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen miteinander verknüpft – auf der nationalen Ebene etwa im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» (BAG, 2008b) oder im Kanton Luzern im «Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht 2008–2011» (vgl. Kantonsärztliche Dienste Luzern, 2007, 2009).

Seit Jahrzehnten steigt die Zahl der übergewichtigen Menschen weltweit. Angesichts dieser Entwicklung sprechen verschiedene Beobachter und Organisationen seit einigen Jahren von einer «Epidemie» (vgl. z.B. BAG, 2008b; OECD, 2009; WHO, 2000) oder gar «Pandemie des Übergewichts» (BFS, 2007). Da ein erhöhtes Körpergewicht als Risikofaktor für verschiedene Krankheiten gilt (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000), ist die Bekämpfung des Übergewichts eine wichtige Aufgabe von präventiven, gesundheitsfördernden und kurativen Interventionen.

Die enge Verbindung der drei Begriffe erklärt, weshalb die Frage nach der Verbreitung des Übergewichts in ein und demselben Abschnitt abgehandelt wird. Der folgende Abschnitt enthält zunächst eine Standortbe-

Zur Bestimmung, ob jemand übergewichtig ist oder nicht, existieren verschiedene Masszahlen. Ein allgemein anerkanntes und einfaches Mass ist der Body Mass Index (BMI), für dessen Berechnung man die Körpergrösse und das Körpergewicht der untersuchten Person kennen muss (vgl. Kasten). Es gilt allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich beim BMI um ein relativ grobes Mass handelt, das beispielsweise keine Aussagen über den effektiven Körperfettanteil erlaubt und bei Befragungen dazu

tendiert, das Ausmass der Gewichtsprobleme in der Bevölkerung zu unterschätzen, weil wohl viele Personen ihr Gewicht etwas tiefer veranschlagen, als es tatsächlich ist (Faeh et al., 2008).

Der **Body Mass Index (BMI)** ist folgendermassen definiert:

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$$

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000)<sup>47</sup> gilt für 18-jährige und ältere Personen:

falls BMI < 18,5 kg/m <sup>2</sup> :	Untergewicht
falls BMI 18,5 bis < 25 kg/m <sup>2</sup> :	Normalgewicht
falls BMI 25 bis < 30 kg/m <sup>2</sup> :	Übergewicht
falls BMI 30 kg/m <sup>2</sup> und mehr:	Adipositas (starkes Übergewicht)

Dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Luzern und der Gesamtschweiz selbst unter den oben gemachten Einschränkungen zum selbstberichteten BMI von Übergewicht betroffen ist, zeigen sowohl Tabelle 3.2 als auch die Abbildungen 3.3 und 3.4. Über ein Viertel (28,9%) der 18-Jährigen und Älteren sind im Kanton Luzern übergewichtig und weitere 7% gelten als adipös. Somit ist insgesamt über ein Drittel (35,9%) der Bevölkerung von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen – in der Gesamtschweiz sind es gar fast zwei Fünftel (38,9%).

*Männer doppelt so häufig übergewichtig wie Frauen*

Aus Abbildung 3.3 geht jedoch hervor, dass nicht von einem sprunghaften, «epidemischen» Anstieg des Übergewichts gesprochen werden kann. Zwischen 2002 und

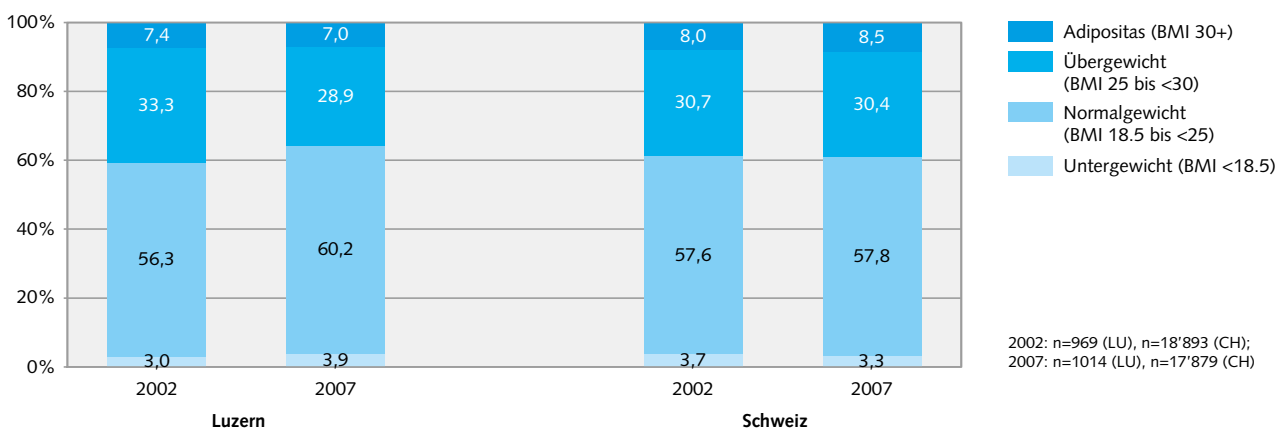
2007 ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen an der Gesamtbevölkerung relativ stabil geblieben, im Kanton Luzern zeichnet sich gar eine leichte Entspannung der Situation ab: Hier hat sich der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen seit 2002 von 40,7% auf 35,9% reduziert.

Mit Blick auf den BMI existieren deutliche Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung und sozioökonomischer Position. Wie Abbildung 3.4 zeigt, sind Männer je nach Altersgruppe bis zu viermal häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen. Die Extremwerte werden bei den 18- bis 34-jährigen Frauen mit einem Anteil von unter 10% Übergewichtigen und den 65-jährigen und älteren Männern mit einem Anteil der Übergewichtigen von 63% erreicht. Gegenüber diesen Geschlechts- und Altersunterschieden sind die in Tabelle 3.2 aufgezeigten Differenzen bezüglich Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad vergleichsweise gering. Auch die kantonalen und regionalen Unterschiede sind nicht stark ausgeprägt, wenngleich der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen im Kanton Luzern tendenziell unterdurchschnittlich ist.

*Verbreitete Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht*

Übergewichtige Personen sind erwartungsgemäss häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als normalgewichtige. Im Kanton Luzern ist rund jede sechste (15,8%) normal- und untergewichtige Person nicht mit ihrem Körpergewicht zufrieden, während es bei den

**Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen) **Abb. 3.3**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

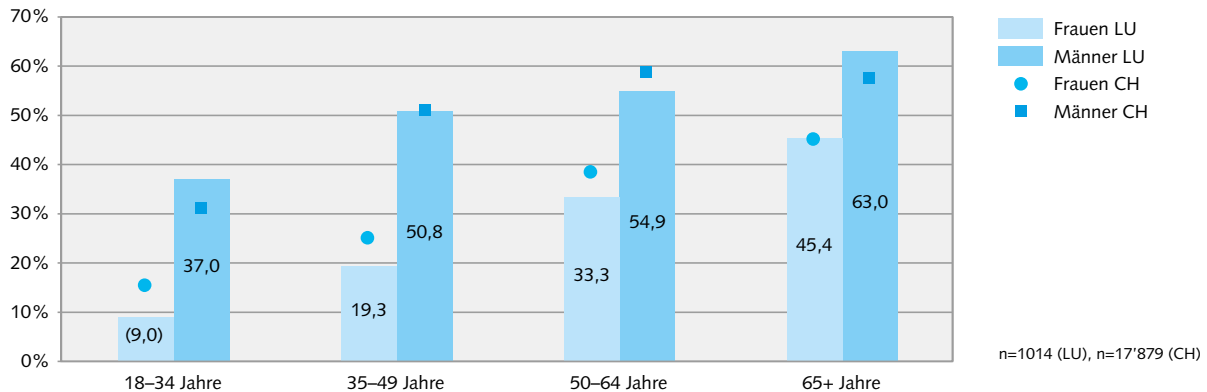
© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>47</sup> Für aktuelle Schwellenwerte vgl. auch: [www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) (Zugriff am 1.4.2009)



**Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007, (18-jährige und ältere Personen)

**Abb. 3.4**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

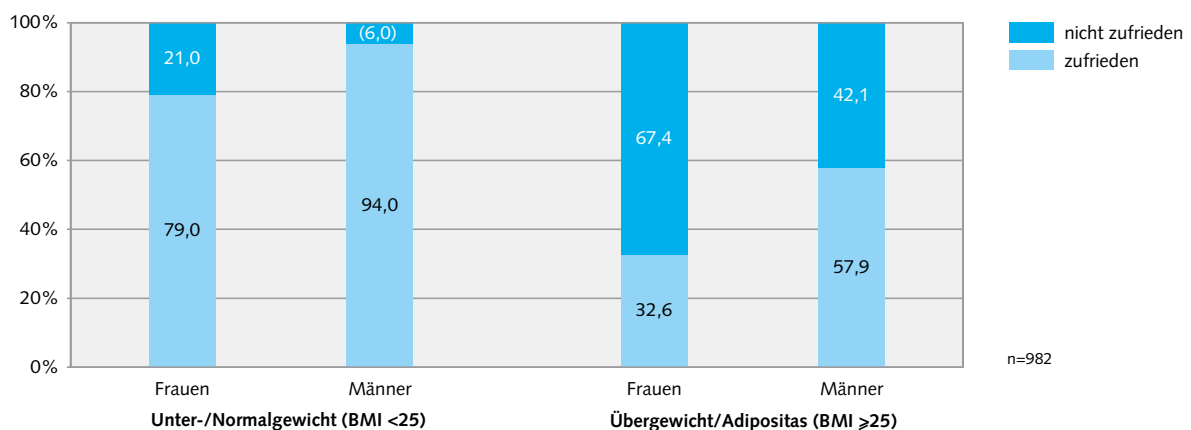
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Übergewichtigen und Adipösen über die Hälfte (51,2%) ist. Abbildung 3.5 zeigt aber einmal mehr einen erheblichen Geschlechterunterschied: Etwas über ein Fünftel (21,0%) der normal- und untergewichtigen und über zwei Drittel der übergewichtigen Frauen (67,4%) sind mit ihrem Körpergewicht nicht zufrieden, während die entsprechenden Anteile bei den Männern 6,0%<sup>48</sup> und 42,1% betragen. Männer können mit anderen Worten deutlich besser mit ihrem Übergewicht leben als Frauen.

Ein Geschlechterunterschied zeigt sich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen zwölf Monaten eine Diät gemacht habe: 11,4% der befragten Luzernerinnen, aber nur 5,9% der befragten Luzerner bejahen diese Frage. Interessanterweise findet sich jedoch kein Unterschied zwischen Über- und Normalgewichtigen bei der Frage, ob man eine Diät gemacht habe.

**Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht**  
Kanton Luzern, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

**Abb. 3.5**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>48</sup> Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 3.2 Körpergewicht, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		3,9	3,3	60,2	57,8	28,9	30,4	7,0	8,5
<b>Geschlecht</b>	Frauen	7,3	5,6	68,8	64,6	18,7	21,7	5,3	8,1
	Männer	.	0,8	50,3	50,7	40,7	39,5	9,0	9,0
<b>Altersgruppen</b>	18–34 Jahre	(6,5)	5,3	71,8	71,4	19,4	19,0	.	4,3
	35–49 Jahre	.	2,8	63,0	59,3	28,4	30,0	(6,0)	8,0
	50–64 Jahre	.	2,3	52,1	49,0	32,6	36,5	(11,5)	12,1
	65+ Jahre	.	2,3	45,5	47,2	42,0	39,6	(11,1)	11,0
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	.	2,2	44,7	44,9	41,4	37,6	(12,9)	15,4
	Sekundarstufe II	(4,6)	3,7	62,9	58,8	26,0	29,0	6,6	8,5
	Tertiärstufe	.	2,8	61,5	61,8	30,7	30,3	(4,9)	5,2
<b>Nationalität</b>	Schweiz	3,8	3,4	61,0	58,6	28,2	30,0	7,0	8,2
	Ausland	.	2,8	54,7	55,3	(33,9)	32,0	.	9,9
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	(3,6)	3,5	60,3	57,2	29,5	29,8	(6,7)	9,5
	CHF 3000 bis 4499	.	3,0	57,0	56,3	32,8	31,6	(7,3)	9,1
	CHF 4500 bis 5499	.	3,1	63,0	58,8	23,3	30,7	(8,2)	7,5
	CHF 6000 und höher	.	3,1	64,8	61,2	27,9	29,8	.	5,8
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	(4,2)	3,4	62,0	58,9	27,0	29,4	6,8	8,2
	Land	(3,6)	2,8	58,3	54,7	30,9	33,1	7,1	9,4
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>3,3</b>		<b>57,8</b>		<b>30,4</b>		<b>8,5</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>3,9</b>		<b>60,2</b>		<b>28,9</b>		<b>7,0</b>	
	Aargau	(2,4)		57,1		29,7		10,8*	
	Appenzell Ausserrhoden	(4,8)		58,4		31,0		5,8*	
	Bern	2,5		54,7*		33,1*		9,8	
	Tessin	4,7*		55,3		30,3		9,6	
	Uri	.		56,6		33,6		7,9	
	Zentralschweiz ohne Luzern	3,5		59,0		29,1		8,4	
	Grossregion Ostschweiz	2,6		57,8		30,9		8,8	
	Deutschschweiz	2,9		58,2		30,4		8,5	
Französische Schweiz	3,9		57,3		30,3		8,5		

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1014 (LU), n=17'879 (CH)

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

### 3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme

Eine ausgewogene Ernährung trägt über die Kontrolle der Energiezufuhr nicht nur zu einem gesunden Körpergewicht bei, sondern ist ganz allgemein ein wichtiger Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Umgekehrt lassen sich bei einer unausgewogenen Ernährung negative Gesundheitsfolgen nachweisen. So verweist beispielsweise das Bundesamt für Gesundheit (2008b) in Anlehnung an die WHO auf Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Zahnkrankheiten sowie Osteoporose

als die sechs wichtigsten ernährungsbedingten Krankheiten (vgl. auch BFS, 2007; WHO, 2000). Elemente einer gesunden und ausgewogenen Ernährung sind der häufige Konsum von Früchten, Gemüse und Vollkornprodukten, eine reichliche Flüssigkeitszufuhr und der moderate bis zurückhaltende Verzehr von Fleisch, Milchprodukten, Eiern, Süssigkeiten, salzreichen Nahrungsmitteln und gewissen Fetten (BAG, 2007a; SGE, 2006).

Um sich ausgewogen und gesund zu ernähren, ist zunächst ein entsprechendes Wissen und Bewusstsein notwendig. Nur wer um die gesundheitlichen Vorteile von Früchten und Gemüse weiss, kann sein Einkaufs- und

**Tab. 3.3 Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in %)

		Achtet auf Ernährung <sup>1</sup>		Hält Ernährungsempfehlung «5 am Tag» ein <sup>2</sup>	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		74,0	70,5	29,2	29,3
<b>Geschlecht</b>	Frauen	82,5	77,3	37,8	37,8
	Männer	64,4	63,4	19,2	20,2
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	66,0	60,9	29,1	29,1
	35–49 Jahre	77,2	72,8	31,5	29,5
	50–64 Jahre	77,8	77,0	28,5	31,4
	65+ Jahre	81,9	75,2	26,8	26,5
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	70,0	63,3	32,0	24,6
	Sekundarstufe II	73,1	69,1	28,1	28,7
	Tertiärstufe	79,0	78,0	30,6	32,9
<b>Nationalität</b>	Schweiz	76,9	72,8	29,0	29,8
	Ausland	57,0	61,8	(30,8)	27,0
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	73,1	66,6	27,4	29,0
	CHF 3000 bis 4499	73,0	71,6	32,1	28,8
	CHF 4500 bis 5999	72,9	74,7	26,9	30,5
	CHF 6000 und höher	79,3	76,6	24,5	29,3
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	76,4	71,0	31,9	29,8
	Land	71,5	69,3	26,5	27,8
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>70,5</b>		<b>29,3</b>
	<b>Luzern</b>		<b>74,0*</b>		<b>29,2</b>
	Aargau		75,8*		30,8
	Appenzell Ausserrhoden		75,3*		25,6
	Bern		74,2*		26,1*
	Tessin		71,5		25,4*
	Uri		70,9		24,3*
	Zentralschweiz ohne Luzern		74,7		29,5
	Grossregion Ostschweiz		72,1		25,3
	Deutschschweiz		75,5		27,7
Französische Schweiz		56,3		34,6	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Ernährungsbewusstsein: n=1069 (LU), n=18'742 (CH); Ernährungsgewohnheiten: n=1035 (LU), n=17'903 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

<sup>1</sup> Anteil der Personen, welche auf die Frage: «Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?» mit: «ja, ich achte auf etwas» antworten.<sup>2</sup> Für die Ernährungsgewohnheiten wurde ein Index aus den folgenden zwei Fragen gebildet: a) Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? b) Wie viele Portionen Gemüse und Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln oder Mais) nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» gilt als erfüllt, wenn die Summe aus den beiden Angaben 5 oder mehr Portionen beträgt.

Konsumverhalten in einem nächsten Schritt bewusst entsprechend gestalten. Die SGB enthält nur punktuelle Angaben zum Ernährungsbewusstsein und zum Ernährungsverhalten, die überdies gegenüber der letzten Erhebung teilweise verändert wurden (vgl. BFS, 2005). Die verfügbaren Resultate zeigen, dass sich viele Personen im Kanton Luzern und in der Gesamtschweiz nicht ausgewogen ernähren.

#### *Ein Viertel der Bevölkerung mit mangelndem Ernährungsbewusstsein*

Der linke Teil von Tabelle 3.3 zeigt zunächst den Anteil der Befragten, welcher angibt, bei ihrer Ernährung «auf etwas zu achten». Dieser Anteil ist mit knapp drei Viertel der Bevölkerung im Kanton Luzern etwas höher als in der übrigen Schweiz. Wiederum zeigt der untere Teil der Tabelle jedoch Unterschiede nach Sprachregion:

**Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)**

	an 6-7 Tagen pro Woche		an 4-5 Tagen pro Woche		an 1-3 Tagen pro Woche		selten/nie	
	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Fleisch</b>	31,6	25,6	29,7	28,5	34,7	41,4	4,0	4,5
<b>Fisch</b>	.	0,4	(1,0)	1,3	54,7	61,7	44,1	36,6
<b>Milch und Milchprodukte</b>	70,2	68,1	7,6	8,0	15,0	16,4	7,2	7,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

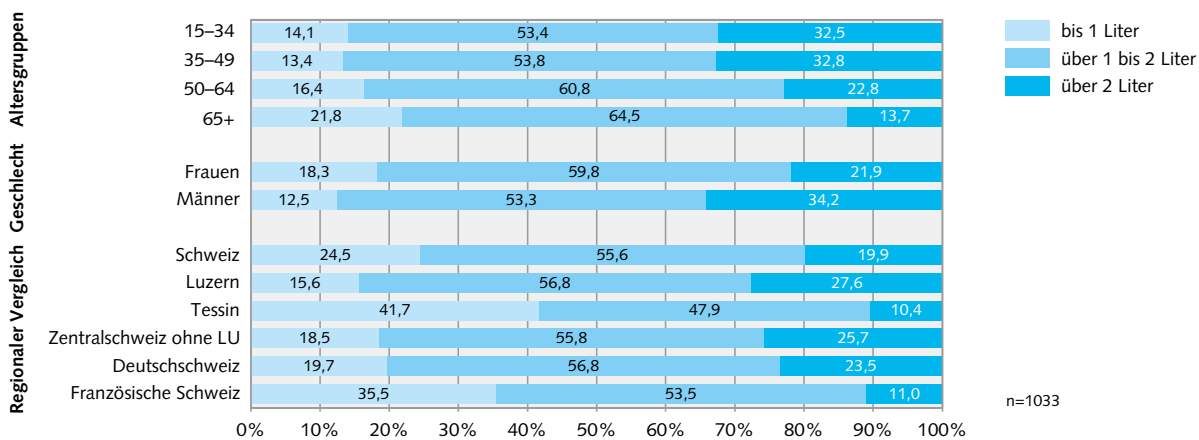
Fleisch/Wurstwaren: n=1067 (LU), n=18'702 (CH); Fisch: n=1068 (LU), n=18'722 (CH); Milch/Milchprodukte: n=1068 (LU), n=18'717 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

**Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Luzern, 2007**

**Abb. 3.6**



Wortlaut der Frage: Wie viel Flüssigkeit trinken Sie schätzungsweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Der Kanton Luzern liegt ungefähr im Durchschnitt der Deutschschweiz (75,5%), aber deutlich über der französischen Schweiz, wo nur etwas über die Hälfte der Bevölkerung (56,3%) angibt, auf ihre Ernährung zu achten.

Das Ernährungsbewusstsein variiert im Kanton Luzern überdies zwischen Frauen (82,5%) und Männern (77,3%), Schweizer/innen (76,9%) und Ausländer/innen (57,0%) sowie nach Altersgruppe und Bildungsstand. Verglichen mit dem Jahr 2002 (74,2%) hat sich im Kanton Luzern der Anteil der sich bewusst ernährenden Personen nicht signifikant verändert, für die Gesamtschweiz hingegen ist ein leichter, aber signifikanter Anstieg von 69,1% auf 70,5% feststellbar.

*Wenig Gemüse, häufig Fleisch*

Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigen sich auch, wenn das konkrete Ernährungsverhalten untersucht wird. Der rechte Teil von Tabelle 3.3 gibt Auskunft darüber, welcher Teil der Bevölkerung sich

an die bekannte Ernährungsempfehlung hält, mindestens fünf Einheiten Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen. Die Aufforderung «5 am Tag» wird sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz nur von knapp 30% der Bevölkerung befolgt. Frauen (37,8%) halten die Empfehlung dabei rund doppelt so oft ein wie Männer (19,2%), während sich bezüglich der anderen in der Tabelle dargestellten Merkmale kaum klare Unterschiede zeigen. Bemerkenswert sind diese fehlenden Unterschiede insbesondere bezüglich des Einkommens, weil ja häufig behauptet wird, gesunde Nahrungsmittel seien besonders teuer.<sup>49</sup> Erwähnenswert ist allerdings einmal mehr der Unterschied zwischen dem Kanton Luzern bzw. der Deutschschweiz (27,7%) einerseits und der

<sup>49</sup> Der Preis ist in der Wahrnehmung der Bevölkerung der wichtigste Hindernisfaktor für eine gesunde Ernährung. In der SGB 2007 erwähnen 52% der Befragten die «hohen Kosten» gesunder Nahrungsmittel, während 48% auf die «Vorliebe für gutes Essen», 45% auf «Alltagsgewohnheiten und -zwänge», 35% auf den hohen Zeitaufwand für den Einkauf, aber nur 10% auf ein fehlendes Angebot in den Geschäften verweisen (Mehrfachnennungen möglich, Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz, n=13'181).

französischen Schweiz (34,6%), wo die Empfehlung «5 am Tag» trotz geringeren Ernährungsbewusstseins häufiger eingehalten wird.

Während sich die Luzerner/innen bezüglich ihres Früchte- und Gemüsekonsums ziemlich genau im gesamtschweizerischen Durchschnitt befinden, konsumieren sie gemäss Tabelle 3.4 deutlich häufiger an mindestens vier Tagen pro Woche Fleisch als der Gesamtschweizer Durchschnitt (61,3% vs. 54,1%). Der Anteil Personen, welche im Kanton Luzern regelmässig Fisch essen, ist tiefer als in der Gesamtschweiz, bezüglich des Konsums von Milch und Milchprodukten lassen sich keine substantiellen Unterschiede nachweisen.

#### *Überdurchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme im Kanton Luzern*

Nicht nur eine ausgewogene Ernährung, auch ein ausreichender nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum gehört zur gesunden Ernährung. In diesem Zusammenhang empfehlen das BAG und die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) der Bevölkerung, täglich einen bis zwei Liter nicht-alkoholischer Flüssigkeiten zu sich zu nehmen (BAG, 2007a; SGE, 2006).

Wie aus Abbildung 3.6 hervorgeht, erfüllt die grosse Mehrheit der Luzerner Bevölkerung die Empfehlung. Über die Hälfte der Bevölkerung (56,8%) liegt mit einer täglichen Flüssigkeitszufuhr zwischen einem und zwei Litern exakt im Rahmen der Empfehlung und ein weiteres gutes Viertel (27,6%) trinkt täglich mehr als zwei Liter<sup>50</sup>, so dass also jede sechste Person (15,6%) unter den Empfehlungen des BAG liegt. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 24,5%.

Der Abbildung lässt sich entnehmen, dass Frauen und ältere Personen (65 Jahre und älter) im Kanton Luzern die Empfehlung deutlich seltener erfüllen. Dies gilt auch für die Gesamtschweiz. Als Folge des höheren Anteils an Personen, die mehr als zwei Liter täglich trinken, liegt die durchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme der Luzerner/innen mit knapp 2 Litern deutlich über den knapp 1,8 Litern in der übrigen Schweiz. Der Deutschschweizer Durchschnitt von knapp 1,9 Litern liegt wiederum deutlich (und signifikant) über den Werten für die französische (1,6 Liter) und die italienische Schweiz (1,5 Liter).

<sup>50</sup> Die Vor- und Nachteile des «Vieltrinkens» werden in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert (vgl. NZZ vom 16.8.2008). Dass der noch vor einigen Jahren populäre Ratschlag, «möglichst viel zu trinken, auch wenn man keinen Durst hat», nicht mehr gilt, zeigt nicht zuletzt die Empfehlung des BAG (2007a).

### 3.2.3 Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Bewegung gehört zu den wichtigen gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Die in der Literatur dokumentierten positiven Gesundheitseffekte von körperlicher Bewegung reichen von einer höheren psychischen Ausgeglichenheit über die Verminderung des Übergewichts bis hin zur Reduktion der Risiken, an Diabetes und gewissen Formen von Krebs zu erkranken (Marti & Hättich, 1999).

Damit Bewegung ihre Gesundheitswirkung entfalten kann, muss sie in einer gewissen Intensität und über eine minimale Zeitdauer betrieben werden. Die Bundesämter für Sport und Gesundheit, das Netzwerk Gesundheit und Bewegung (HEPA) und Gesundheitsförderung Schweiz empfehlen dabei «Frauen und Männern in jedem Lebensalter [...] mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens «mittlerer» Intensität. [...]» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007: S.1).<sup>51</sup> Gleichzeitig gilt hier aber ausnahmsweise einmal, dass «mehr» tatsächlich «mehr» bringt. Jenseits der erwähnten Minimalempfehlung führt zusätzliche und intensivere Bewegung zu einer weiteren Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit. Erst ab einem sehr hohen Niveau der körperlichen Aktivität werden diese positiven Effekte durch zusätzliche Risiken (z.B. Ermüdungsbrüche, Mangelerscheinungen) wieder in Frage gestellt.

Auf der Grundlage verschiedener Angaben in der Gesundheitsbefragung kann ein **Index der körperlichen Aktivität** konstruiert werden, der folgende Niveaus unterscheidet:

*trainiert/aktiv:* Personen, welche die oben erwähnten Empfehlungen erfüllen. Sie geraten an mindestens 3 Tagen pro Woche bei körperlichen Freizeitaktivitäten ins Schwitzen oder kommen an mindestens 5 Tagen pro Woche während mindestens 30 Minuten ausser Atem (mittlere Intensität).

*unregelmässig bzw. teilaktiv:* Diese Personen bewegen sich zwar ab und zu, aber nicht im empfohlenen Mass. In diese Kategorie fallen Personen, die sich zwar weniger als die Kategorie «trainiert/aktiv» bewegen, pro Woche bei körperlichen Freizeitaktivitäten aber während mindestens 30 Minuten ausser Atem oder mindestens einmal ins Schwitzen kommen.

*inaktiv:* Diese letzte Gruppe umfasst Personen, die in ihrer Freizeit keine nennenswerten körperlichen Aktivitäten ausführen.

<sup>51</sup> Gemäss den erwähnten Dokumenten bezieht sich «mittlere Intensität» auf «jede körperliche Aktivität [...], bei der man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt. Zügiges Gehen oder Velofahren sowie Schneeschaukeln oder viele Gartenarbeiten sind Beispiele für solche Bewegungsformen, aber auch viele andere Freizeit-, Alltags- oder Sportaktivitäten sind von entsprechender Intensität.» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007).

*Deutliche Zunahme des Bewegungsniveaus*

Abbildung 3.7 dokumentiert sowohl für den Kanton Luzern als auch die Schweiz als Ganzes einen deutlichen Anstieg des Anteils körperlich Aktiver an der Gesamtbevölkerung: Im Kanton Luzern ist dieser Anteil zwischen 2002 und 2007 von 35,5% auf 43,9% gestiegen, während der Anteil der Inaktiven um 3,5 Prozentpunkte auf 13,1% abgenommen hat. Damit zeigt sich im Kanton Luzern ein etwas positiveres Bild als auf der Ebene der Gesamtschweiz, wo sich aber ebenfalls eine deutliche Zunahme der Aktiven nachweisen lässt.

Dieser Befund ist insofern erstaunlich, als noch in den 1990er Jahren der Anteil der Inaktiven deutlich angestiegen ist (vgl. BFS, 2006). Er steht jedoch in Einklang mit einer aktuellen Studie zum Sportverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung (Lamprecht et al., 2008) und erhält weitere Unterstützung durch den Befund aus der SGB, dass auch die körperlichen Aktivitäten auf den täglichen Wegstrecken zugenommen haben: Legten im Jahr 2002 noch 50,5% der Schweizer Wohnbevölkerung keine nennenswerten Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurück, so ist dieser Anteil bis zum Jahr 2007 auf 42,5% gesunken. Schliesslich können die Resultate durchaus auch in dem Sinne gelesen werden, dass die vielfältigen Initiativen der letzten Jahre zur Steigerung des Aktivitätsniveaus in der Bevölkerung Wirkung zu zeigen beginnen.<sup>52</sup>

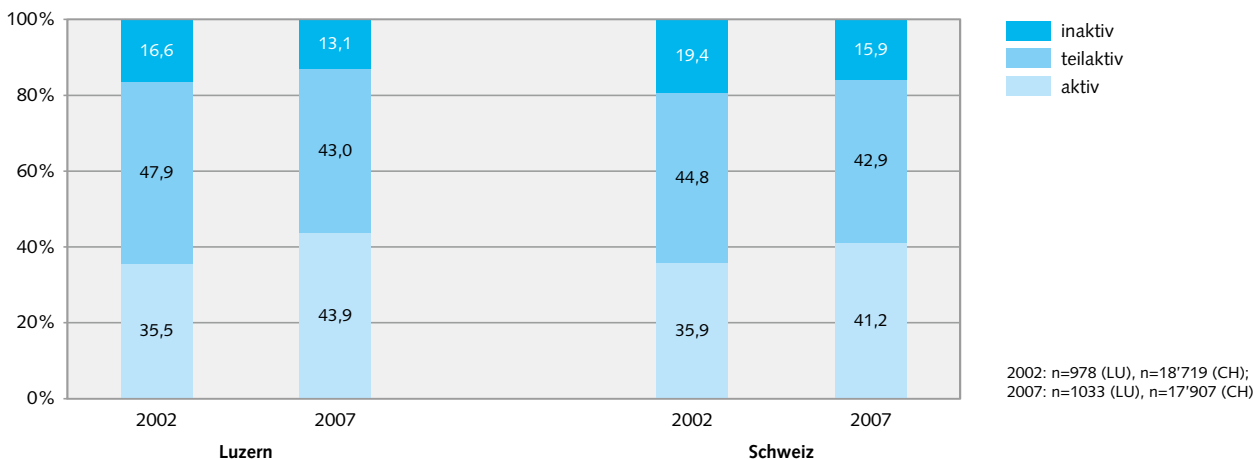
Trotz dieser positiven Entwicklung gilt es jedoch zu beachten, dass noch deutlich über die Hälfte der Luzerner und Schweizer Bevölkerung nicht in einem Mass körperlich aktiv ist, das als gesundheitswirksam bezeichnet werden kann. Dazu kommen die in Tabelle 3.5 dokumentierten Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen und Regionen. Im Kanton Luzern ist der Anteil der körperlich aktiven Frauen (40,1%) nach wie vor geringer als derjenige der Männer (48,3%). Zudem sind ältere Personen (65 Jahre und älter) häufiger inaktiv und etwas seltener aktiv als jüngere. Mit Bezug zu den Alters-, Generations- und Geschlechterunterschieden gilt es in einer längerfristigen Perspektive jedoch ebenfalls festzuhalten, dass diese heute deutlich geringer sind als noch in den 1980er und 1990er Jahren (vgl. BFS, 2006; Lamprecht & Stamm, 2002). Im Kanton Luzern haben die Frauen im mittleren Lebensalter (35 bis 64 Jahre) die gleichaltrigen Männer mittlerweile gar überholt, wenn es um die körperliche Bewegung geht.

*Beträchtliche Unterschiede nach Bildungsstand, Nationalität und Sprachregion*

Auch die Unterschiede bezüglich Schulbildung sind sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz teilweise ausgeprägt: Personen ohne nachobligatorische Schule sind im Kanton Luzern überdurchschnittlich

**Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich  
Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007**

**Abb. 3.7**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>52</sup> Dazu gehören z.B. etwa die Öffnung der Pausenplätze für sportliche Spiele ausserhalb der Schulzeiten, die teilweise Rückerstattung von Fitnesscenterbeiträgen durch die Krankenversicherungen, der ständige Ausbau des Veloweg- und Wanderwegnetzes oder das vielfältige Angebot von Sportvereinen und anderen Anbietern für alle Altersgruppen.

**Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)**

		trainiert/aktiv		unregelmässig/teilaktiv		inaktiv	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		43,9	41,1	43,0	43,0	13,1	15,9
<b>Geschlecht</b>	Frauen	40,1	39,1	45,9	43,0	14,0	17,9
	Männer	48,3	43,3	39,6	42,9	12,1	13,8
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	45,2	47,8	45,6	42,0	(9,2)	10,2
	35–49 Jahre	44,9	39,2	45,3	46,7	(9,9)	14,1
	50–64 Jahre	43,1	38,6	39,3	45,6	17,6	15,8
	65+ Jahre	40,3	36,1	37,9	35,1	21,8	28,8
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	43,5	36,5	29,4	34,1	27,1	29,4
	Sekundarstufe II	43,0	41,6	45,4	42,9	11,6	15,5
	Tertiärstufe	46,7	42,3	44,5	47,2	(8,7)	10,5
<b>Nationalität</b>	Schweiz	44,5	41,9	44,0	43,8	11,5	14,3
	Ausland	39,9	37,7	36,8	39,2	(23,3)	23,1
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	44,2	40,2	44,8	41,6	11,0	18,2
	CHF 3000 bis 4499	42,9	40,0	42,3	43,0	14,8	17,0
	CHF 4500 bis 5499	42,6	41,6	42,1	45,7	(15,3)	12,7
	CHF 6000 und höher	44,0	43,4	48,8	46,4	(7,2)	10,2
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	45,4	40,8	41,8	42,8	12,8	16,4
	Land	42,4	42,0	44,3	43,4	13,4	14,6
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>41,1</b>		<b>43,0</b>		<b>15,9</b>
	<b>Luzern</b>		<b>43,9</b>		<b>43,0</b>		<b>13,1*</b>
	Aargau		44,5*		41,1		14,5
	Appenzell Ausserrhoden		50,3*		38,8		10,9*
	Bern		44,4*		41,8		13,8*
	Tessin		30,8*		41,2		27,9*
	Uri		43,7		45,0		11,3*
	Zentralschweiz ohne Luzern		40,2		47,4		12,4
	Grossregion Ostschweiz		44,2		41,9		13,8
	Deutschschweiz		43,5		42,7		13,9
Französische Schweiz		36,2		44,1		19,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=1033 (LU), n=17'907 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ( $p < 0,05$ )

häufig körperlich inaktiv (27,1%), während der Anteil der Aktiven unter den Hochschulabgängerinnen und -abgängern am höchsten ist (46,7%).<sup>53</sup> Ebenfalls deut-

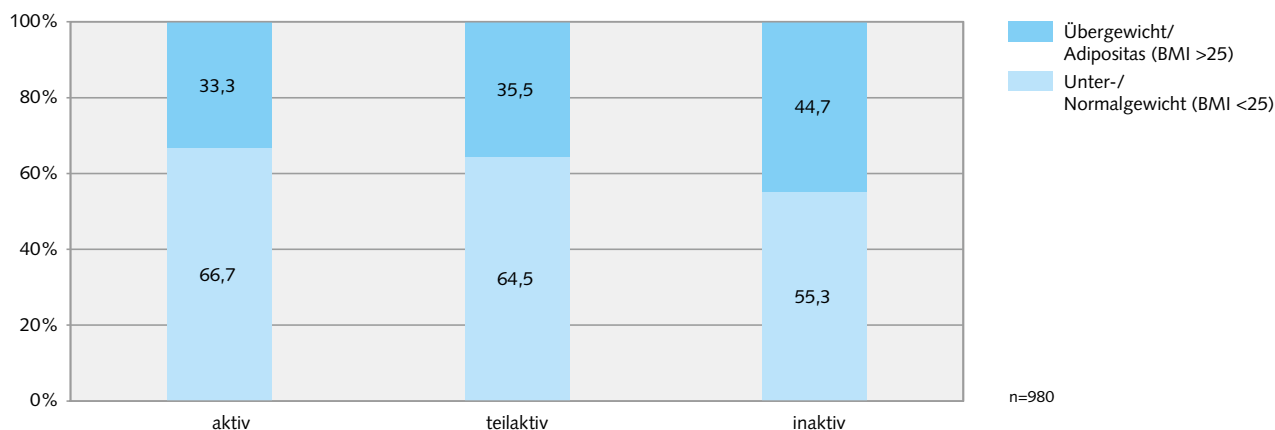
lich ist der Zusammenhang mit der Staatsangehörigkeit: Hier zeigt sich, dass Schweizer/innen häufiger körperlich aktiv sind als Ausländer/innen.

Augenfällig ist schliesslich der Unterschied zwischen den drei Sprachregionen. Das körperliche Aktivitätsniveau der Luzerner Bevölkerung ordnet sich gut in dasjenige der Deutschschweizer Vergleichskantone ein, es liegt aber deutlich über demjenigen in der französischen Schweiz und dem Tessin. Während 43,9% der Luzerner/innen als körperlich aktiv gelten, sind es in der französischen Schweiz nur 36,2% und im Tessin gar weniger als ein Drittel (30,8%). Dagegen liegt der Anteil der körperlich Inaktiven dort (27,9%) rund doppelt so hoch wie im Kanton Luzern (13,1%).

<sup>53</sup> Die manchmal geäusserte Vermutung, höher gebildete Personen würden eine bewegungsarme Arbeitsumgebung mit körperlichen Aktivitäten in der Freizeit oder auf dem Arbeitsweg kompensieren, lässt sich mit den Daten der SGB nicht bestätigen. Wird nämlich das Niveau der körperlichen Aktivität bei der Arbeit mitberücksichtigt, so sind höher gebildete Personen bei einem gegebenen Niveau der körperlichen Beanspruchung bei der Arbeit auch in ihrer Freizeit durchschnittlich aktiver als weniger gebildete Personen. So beträgt der Anteil der Aktiven unter denjenigen Personen, die angeben, bei ihrer Arbeit nie ins Schwitzen zu geraten, unter den Absolvent/innen der Sekundarstufe I 31%, bei den Absolvent/innen der Tertiärstufe dagegen 39%. Interessanterweise ist der Anteil der Aktiven bei denjenigen, die bei der Arbeit körperlich stark beansprucht sind, sogar höher: 45% (Sekundarstufe I) bzw. 58% (Tertiärstufe) derjenigen Personen, die bei ihrer Arbeit an mindestens drei Tagen pro Woche ins Schwitzen kommen, sind in ihrer Freizeit körperlich aktiv. Überdies zeigt sich der Bildungseffekt auch, wenn nicht erwerbstätige Personen untersucht werden (Daten für die Gesamtschweiz).

### Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht Kanton Luzern, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.8



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Wie Abbildung 3.8 zeigt, sind inaktive Personen deutlich häufiger übergewichtig (44,7%) als aktive (33,3%) oder teilaktive Personen (35,5%). Dieser Zusammenhang gilt dabei gemäss einer hier nicht dargestellten Zusatzanalyse unabhängig vom Alter und Geschlecht.<sup>54</sup> Aus der Abbildung lässt sich aber selbstverständlich kein Ursache-Wirkungszusammenhang ableiten. Das heisst: Es ist nicht möglich festzustellen, ob körperliche Aktivität tatsächlich zu einem gesunden Körpergewicht beiträgt, oder ob vielmehr Übergewicht ein Hinderungsfaktor für regelmässige Bewegung ist.

Die Befunde im vorliegenden Abschnitt zeigen damit ein gemischtes Bild. Der Anteil der Übergewichtigen stabilisiert sich gegenwärtig auf hohem Niveau, während der Anteil der körperlich Aktiven bei nach wie vor verbreiteter Inaktivität zunimmt und die Ernährungsempfehlungen verschiedener Organisationen von der Bevölkerung erst teilweise im Alltag befolgt werden. Gerade die Zunahme der körperlichen Bewegung kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass die in den vergangenen Jahren ergriffenen Massnahmen zur Bewegungs- und Sportförderung in der Bevölkerung Wirkung zeigen. Die einleitend erwähnten integrierten Programme zur Förderung eines gesunden Körpergewichts auf der Grundlage ausgewogener Ernährung und ausreichender

<sup>54</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde diese Zusatzanalyse nur auf der Ebene der Gesamtschweiz durchgeführt. Hier zeigt sich dann beispielsweise, dass 31% der inaktiven Männer und 21% der inaktiven Frauen bei den unter 35-Jährigen übergewichtig sind, während es bei den gleichaltrigen aktiven Männern 23% und bei den Frauen 11% sind. Bei den 65-Jährigen und Älteren ist dieser Zusammenhang weniger ausgeprägt. Hier sind 46% der inaktiven Frauen und 62% der inaktiven Männer übergewichtig, während es bei den Aktiven 41% (Frauen) bzw. 56% (Männer) sind. Auf diese Zusammenhänge wird in Kapitel 5 zurückzukommen sein.

Bewegung, wie sie auch im Kanton Luzern durchgeführt werden, stellen einen wichtigen weiteren Schritt auf dem Weg zur Überwindung der «Epidemie des Übergewichts» dar. Die Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Ernährung, Bewegung und weiteren Merkmalen stehen zudem auch im Zentrum der ergänzenden Analyse in Kapitel 5.

### 3.3 Konsum psychoaktiver Substanzen

Psychoaktive Substanzen, wie Tabak, Alkohol, Cannabis und psychotrope Medikamente, können den Bewusstseinszustand, die Stimmung und die Gedanken verändern. Der Konsum psychoaktiver Substanzen – sei es zum Genuss oder zur Schmerzlinderung – kann der Gesundheit schaden und zu Abhängigkeit führen (WHO, 2004a).

In diesem Abschnitt des Kapitels wird auf vier Substanzen eingegangen: Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente. Sie werden jeweils geschlechterspezifisch behandelt, da die Unterschiede bedeutend sind.

#### 3.3.1 Tabakkonsum

Tabak stammt ursprünglich aus Amerika und wurde von Christoph Kolumbus nach Europa gebracht. Zunächst wurde er als Medikament gegen Migräne eingesetzt. Insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg verbreitete er sich in ganz Europa. In der Schweiz erzielten die Zigarettenhersteller einen Umsatz von rund drei Milliarden Franken. Über die Hälfte der Tabaksteuer geht an die AHV und die IV. Rauchen ist seit jeher ein Symbol für Geselligkeit, Wohlbefinden, Vergnügen und Lebenskunst.



Gemäss den Statistiken über den Zigarettenverkauf erhöhte sich der Tabakkonsum pro Einwohner/in in der Schweiz zwischen den Fünfzigerjahren und Mitte der Siebzigerjahre stetig. Danach ging der Tabakkonsum pro Einwohner/in kontinuierlich zurück und beläuft sich heute auf rund 12 Millionen Zigaretten pro Jahr.<sup>55</sup> Im Jahr 2008 stiegen die Zahlen zum ersten Mal wieder leicht an (SFA, 2009).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigten sich die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums. Für das Jahr 2007 wurde in der Schweiz die Zahl der durch den Tabakkonsum verursachten Todesfälle auf rund 9000 geschätzt (BFS, 2009b). Dies entspricht einem Anteil von 15% an der Gesamtzahl der Todesfälle. Im Jahr 2007 starben 41% der Personen, deren Tod auf den Tabakkonsum zurückzuführen ist, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit, weitere 41% an einer Krebserkrankung und 18% an einer Lungenkrankheit. Von 1997 bis 2007 nahm die Gesamtzahl der Todesfälle, die sich auf den Tabakkonsum zurückführen lassen, um 5% ab. Dieser Rückgang der tabakbedingten Todesfälle erfolgte indessen nur bei den Männern (bis 64 Jahre: -11%, ab 65 Jahren: -9%). Bei den Frauen stieg die Zahl der Todesfälle um 7% (bis 64 Jahre: +17%, ab 65 Jahren: +5%).

Die direkten Kosten des Tabakkonsums (Behandlung von Krankheiten, die auf Rauchen zurückzuführen sind), werden auf 1,5 Milliarden Franken veranschlagt. Die indirekten Kosten (Produktivitätseinbussen durch tabakbedingte Krankheiten, Todesfälle und Invalidität) werden auf vier Milliarden Franken und die menschlichen Kosten (beispielsweise Verminderung der Lebensqualität im Anschluss an körperliche oder psychische Erkrankungen) auf 5,2 Milliarden Franken geschätzt (Vitale et al., 1998).

*Der Anteil der Raucherinnen und Raucher hat zwischen 2002 und 2007 abgenommen*

Auf gesamtschweizerischer Ebene ging der Anteil der Raucherinnen und Raucher von 30,5% im Jahr 2002 auf 27,9% im Jahr 2007 zurück. Im Kanton Luzern rauchte im Jahr 2007 gut ein Viertel der Bevölkerung (26,4%, Tab. 3.6). Dieser Anteil lag leicht unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (nicht signifikant).

Im Kanton Luzern nahm der Anteil der Raucherinnen und Raucher von 29,0% im Jahr 2002 auf 26,4% im Jahr 2007 ab. Dabei handelt es sich zwar nicht um einen signifikanten Rückgang, doch die Entwicklung ging in die gleiche Richtung wie auf gesamtschweizerischer Ebene.<sup>56</sup> Etwas mehr als die Hälfte der Raucher/innen sind mässige Raucher/innen (bis neun Zigaretten pro Tag), während die übrigen Tabakkonsumenten/innen zur Kategorie der starken Raucher/innen gehören (ab zehn Zigaretten pro Tag). Im Kanton Luzern nahm der Anteil der starken Raucher/innen von 14,4% im Jahr 2002 auf 12,3% im Jahr 2007 ab (nicht signifikant). Auch auf gesamtschweizerischer Ebene ging dieser Anteil von 16,5% auf 13,6% zurück.

*Höherer Tabakkonsum bei den Männern in allen Altersgruppen*

Beim Tabakkonsum wird nach Alter und Geschlecht unterschieden (Abb. 3.9). Die Männer rauchen in allen Altersgruppen deutlich häufiger als die Frauen (LU: 31,6% vs. 21,7%). Die Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen Frauen weist den höchsten Anteil an Raucherinnen auf. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher/innen ab. Im Kanton Luzern rauchen in der Altersgruppe der Personen ab 65 Jahren weniger als 4% der Frauen und 17% der Männer<sup>57</sup>.

**Tab. 3.6 Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Luzern, 2002 und 2007 (in %)**

	2002	2007	2002	2007
Nichtraucher/innen	71,0	73,6	Nie geraucht	53,6
			Ex-Raucher/innen	17,4
Raucher/innen	29,0	26,4	Mässig Rauchende <sup>1</sup>	14,6
			Stark Rauchende <sup>2</sup>	14,4
				12,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007  
2002: n=1021; 2007: n=1070

<sup>1</sup> bis 9 Zigaretten pro Tag; <sup>2</sup> ab 10 Zigaretten pro Tag

Wortlaut der Frage: Rauchen Sie, wenn auch nur selten? Ja oder nein. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

<sup>55</sup> www.swiss-cigarette.ch/de/tabak/statistiken.html (Zugriff am 20.01.2010)

<sup>56</sup> Der Rückgang im Kanton Luzern entspricht etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt, ist jedoch aufgrund der Stichprobengrösse des Kantons Luzern nicht signifikant.

<sup>57</sup> Diese Prozentwerte beruhen auf einer Fallzahl unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

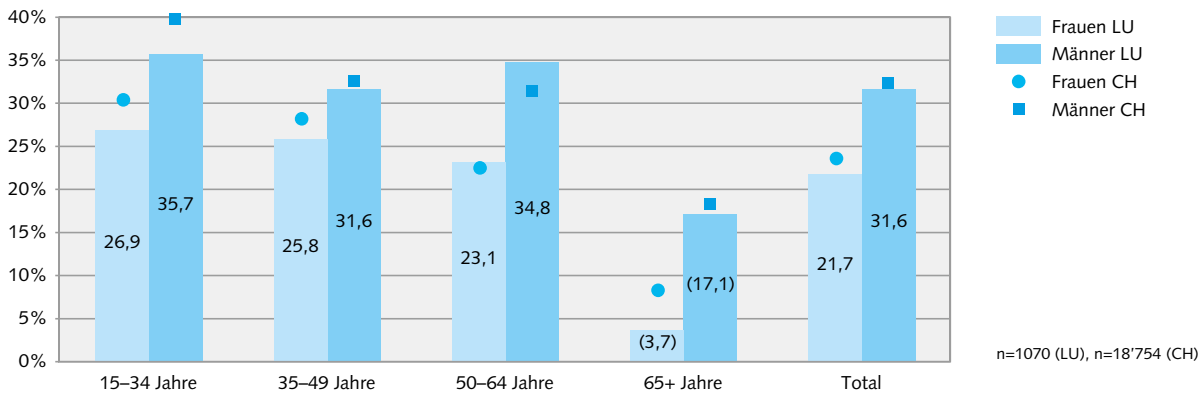
Auf gesamtschweizerischer Ebene sind knapp die Hälfte der Männer ab 65 Jahren ehemalige Raucher (47,4%), während dieser Anteil bei den Frauen der gleichen Altersgruppe nur ein Fünftel beträgt (20,4%). In der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind diese Anteile praktisch ausgeglichen (19,1% bei den Frauen und 21,8% bei den Männern), und bei den 50- bis 64-Jährigen liegen die entsprechenden Anteile nicht weit auseinander (26,6% bei den Frauen und 33,6% bei den Männern) (diese Daten sind nicht dargestellt). Seit den Fünfzigerjahren wurden die Raucherinnen immer zahlreicher und damit auch die negativen gesundheitlichen Fol-

gen: Während beispielsweise das Verhältnis bei den Todesfällen aufgrund von Lungenkrebs im Jahr 1970 noch bei 1 (Frauen): 11 (Männern) lag, ist es heute bei den jüngsten Generationen 1: 2 (BFS, 2009b).

Was die gesamte Schweizer Bevölkerung betrifft, gibt es bei den Personen, die eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben, den höchsten Anteil an Raucherinnen und Rauchern. In der Alterskategorie der 15- bis 34-Jährigen rauchen die Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weniger als diejenigen mit einer höheren Ausbildung (Abb. 3.10). Bei den 35- bis 49-Jährigen weisen Personen ohne nachobligatorische

**Anteil Rauchende nach Altersgruppen und Geschlecht**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007

**Abb. 3.9**



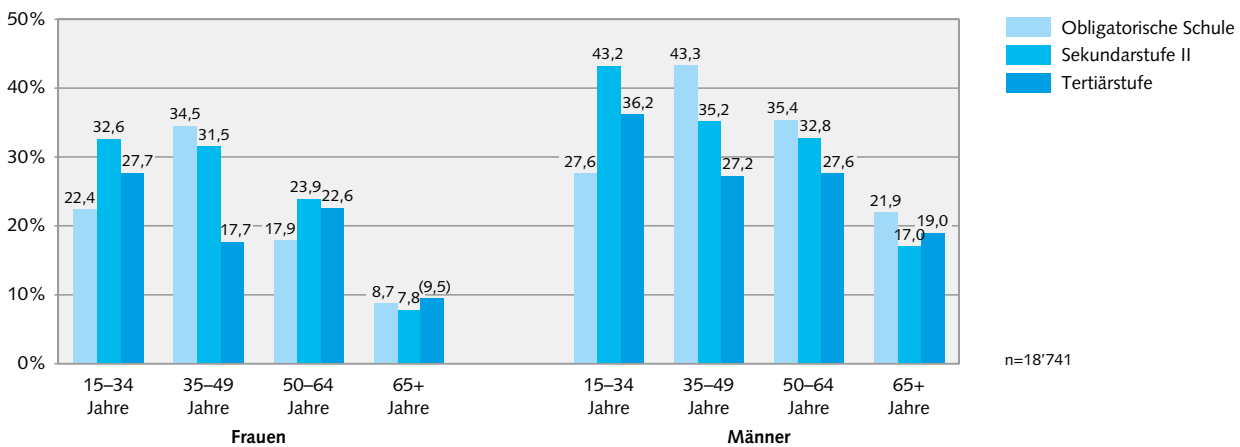
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)  
Wortlaut der Frage: Rauchen Sie, wenn auch nur selten? Ja oder nein.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Rauchende nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007**

**Abb. 3.10**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Ausbildung und diejenigen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II die höchsten Anteile an Raucherinnen und Rauchern auf (keine signifikanten Unterschiede bei den höheren Alterskategorien).

Auf gesamtschweizerischer Ebene bestehen hinsichtlich der konsumierten Tabakprodukte gewisse Unterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern: Praktisch alle Frauen rauchen Zigaretten (98%), während dies nur bei vier Fünfteln der Männer der Fall ist, von denen einige (auch) Zigarren (17,2%), Zigarillos (10,7%), Pfeife (7,2%) oder Wasserpfeife (7,8%) rauchen.

*Zunahme der mässigen Raucher/innen*

Die Männer weisen nicht nur einen höheren Anteil an Rauchern auf als die Frauen, sondern sie gehören auch in grösserer Zahl zu den sehr starken Rauchern (ab 20 Zigaretten pro Tag) – siehe Abbildung 3.11. Im Jahr 2007 rauchte in der Schweiz ein Drittel der Männer mindestens 20 Zigaretten pro Tag, während dies nur bei einem Fünftel der Frauen zutrifft (signifikanter Unterschied). Umgekehrt rauchte knapp die Hälfte (47,5%) der Frauen weniger als zehn Zigaretten pro Tag, während dies nur bei ungefähr einem Drittel der Männer der Fall war (35,7%).

**Tab. 3.7 Tabakkonsum, Kanton Luzern, 2007 (in %)**

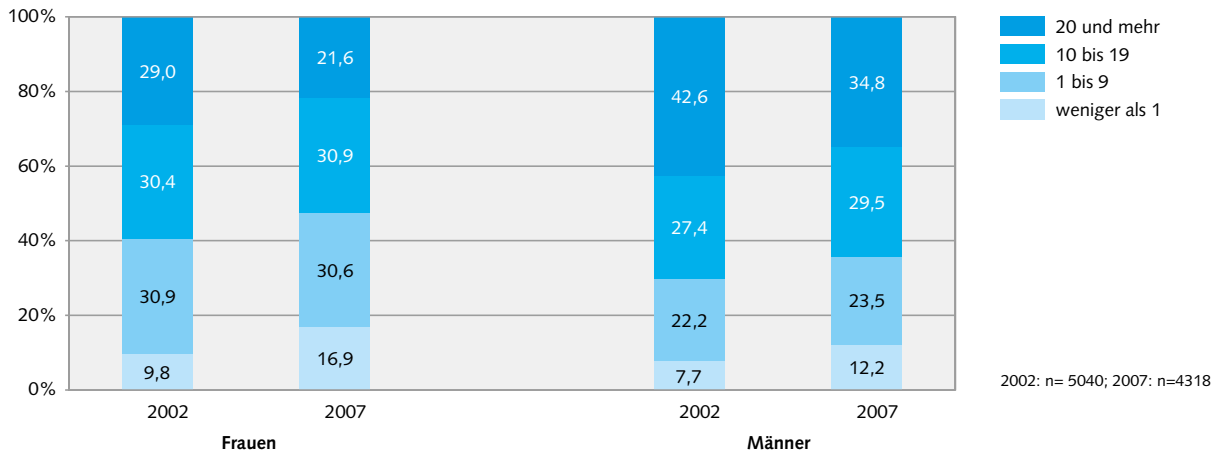
		Nichtraucher/innen		Raucher/innen	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>Total</b>		78,3	68,4	21,7	31,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	73,1	64,3	26,9	35,7
	35–49 Jahre	74,2	68,4	25,8	31,6
	50–64 Jahre	76,9	65,2	23,1	34,8
	65+ Jahre	96,3	82,9	.	(17,1)
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	85,8	72,8	(14,2)	27,2
	Sekundarstufe II	74,6	66,3	25,4	33,7
	Tertiärstufe	85,1	70,6	(14,9)	(29,4)
<b>Nationalität</b>	Schweiz	78,7	70,5	21,3	29,5
	Ausland	(74,8)	59,7	(25,2)	(40,3)
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	80,2	68,8	19,8	31,2
	CHF 3000 bis 4499	79,2	68,8	(20,8)	31,2
	CHF 4500 bis 5999	64,6	60,8	35,4	39,2
	CHF 6000 und höher	79,2	67,7	(20,8)	(32,3)
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	75,6	66,9	24,4	33,1
	Land	81,0	69,9	19,0	30,1
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	Arbeiter/innen	73,3	64,7	26,7	35,3
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	87,4	69,8	.	(30,2)
	Arbeiter/innen	78,7	(54,6)	21,3	(45,4)
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	79,3	72,2	20,7	27,8
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>76,4</b>	<b>67,7</b>	<b>23,6</b>	<b>32,3</b>
	<b>Luzern</b>	<b>78,3</b>	<b>68,4</b>	<b>21,7</b>	<b>31,6</b>
	Aargau	79,8	67,0	20,2	33,0
	Appenzell Ausserrhoden	76,7	67,2	23,3	32,8
	Bern	78,9	68,0	21,1	32,0
	Tessin	74,2	70,8	25,8	29,2
	Uri	79,0	68,7	21,0	31,3
	Zentralschweiz ohne Luzern	77,5	64,0	22,5	36,0
	Grossregion Ostschweiz	76,3	65,6	23,7	34,4
	Deutschschweiz	76,7	67,2	23,3	32,8
	Französische Schweiz	75,9	68,6	24,1	31,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=1070

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

### Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007

Abb. 3.11



Wortlaut der Frage: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen stieg im Zeitraum 2002–2007 der Anteil der sehr schwachen Raucher/innen (weniger als eine Zigarette pro Tag)<sup>58</sup> an, während der Anteil der sehr starken Raucher/innen (ab 20 Zigaretten pro Tag) zurückging.

#### 3.3.2 Passivrauchen

Beim Passivrauchen wird Tabakrauch von Drittpersonen eingeatmet. Dieser setzt sich aus dem von der glühenden Zigarette abgehenden und dem von den Raucherinnen und Rauchern ausgeatmeten Rauch zusammen. Der Tabakrauch enthält über 4000 bisher bekannte chemische Substanzen, von denen 40 als krebserregend gelten. Das Internationale Krebsforschungszentrum erklärte Passivrauchen im Jahr 2002 offiziell für krebserregend (International Agency for Research on Cancer, 2004). Passivrauchen kann auch bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Asthma und Infektionen der Atemwege verursachen. Die Befragten, die nicht rauchen, gaben an, wie lange sie täglich dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt waren (in Minuten und Stunden). Berücksichtigt wurden Nichtraucher/innen, die dem Passivrauchen eine Stunde und mehr pro Tag ausgesetzt waren.

Die hier präsentierten Daten stammen aus dem Jahre 2007. In der Zwischenzeit sind in verschiedenen Kantonen aber auch auf Bundesebene Gesetze zum Schutz vor Passivrauch in Kraft getreten. So hat der Bundesrat im Oktober 2009 das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen verabschiedet. Damit müssen seit dem 1. Mai 2010 alle geschlossenen Räume, die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, rauchfrei sein. Ebenfalls rauchfrei sind ab diesem Datum alle geschlossenen, öffentlich zugänglichen Räume (z.B. Einkaufszentren, Kinos, Restaurants). In diesen Räumen können Raucherräume, die mit einer ausreichenden Belüftung ausgestattet sind, eingerichtet werden. Das Gesetz sieht vor, dass die Kantone strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen können. Fünfzehn Kantone (AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, VD, VS, ZH) verfügen über eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinausgeht.<sup>59</sup>

#### *Junge Menschen sind dem Passivrauch häufiger ausgesetzt*

In der Schweiz geben 15,6% der Bevölkerung an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein (gegenüber 14,4% der Luzernerinnen und Luzerner).

<sup>58</sup> Personen, die sich als Raucher/innen bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen.

<sup>59</sup> Siehe dazu auch Medienmitteilung des BAG vom 28.10.2009 «Der Bundesrat setzt das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen in Kraft», [www.bag.admin.ch/dokumentation/mediainformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=29742](http://www.bag.admin.ch/dokumentation/mediainformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=29742) (Zugriff am 5.1.2010)

**Tab. 3.8 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, Schweiz, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag Passivrauch ausgesetzt, in %)**

		Frauen	Männer
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>12,9</b>	<b>18,9</b>
	<b>Luzern</b>	<b>11,3</b>	<b>18,3</b>
	Aargau	9,6	17,5
	Appenzell Ausserrhoden	(11,6)	(18,5)
	Bern	13,4	15,8
	Tessin	11,3	20,2
	Uri	(15,9)	(23,7)
	Zentralschweiz ohne Luzern	11,7	20,0
	Grossregion Ostschweiz	12,2	19,6
	Deutschschweiz	11,5	17,7
	Französische Schweiz	17,1	22,1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Frauen: n=5304; Männer: n=743

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Wortlaut der Frage: Wie viele Stunden sind Sie täglich dem Tabakrauch von anderen Leuten ausgesetzt? Stunden/Minuten pro Tag. Ausgewählte Gruppe: Personen, die 60 und mehr Minuten pro Tag dem Tabakrauch ausgesetzt sind.

**Tab. 3.9 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)**

		Bei der Arbeit einen Viertel bis fast die ganze Zeit Passivrauch ausgesetzt
<b>Total</b>		15,6
<b>Geschlecht</b>	Frauen	11,8
	Männer	18,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	21,9
	35–49 Jahre	12,8
	50–64 Jahre	11,3
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	19,6
	Sekundarstufe II	19,4
	Tertiärstufe	8,3
<b>Nationalität</b>	Schweiz	14,6
	Ausland	19,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=7610

Wortlaut der Frage: Sagen Sie mir bitte anhand dieser Skala, inwieweit Sie bei Ihrer Arbeit den folgenden Bedingungen ausgesetzt sind: Tabakrauch von anderen Personen? Ausgewählte Gruppe: Personen, die die ganze Zeit, fast die ganze Zeit, ungefähr drei Viertel der Zeit, ungefähr die Hälfte der Zeit, ungefähr ein Viertel der Zeit Passivrauch ausgesetzt sind. Nicht ausgewählt: Fast nie, nie.

Die Schweizer Männer (18,9%) sind dem Tabakrauch mehr ausgesetzt als die Frauen (12,9%, Tab. 3.8).

Auf gesamtschweizerischer Ebene sind junge Menschen im Alter von 15 bis 34 Jahren (27,8%) dem Passivrauch häufiger ausgesetzt als Personen ab 35 Jahren (ca. 11%). Dasselbe gilt im Kanton Luzern. Am häufigsten Tabakrauch ausgesetzt sind Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und Männer, welche die obligatorische Schule oder eine Ausbildung der Sekun-

darstufe II abgeschlossen haben (diese Daten sind nicht dargestellt).

Die Schweizer Männer sind gemäss ihren Angaben Passivrauch auch am Arbeitsplatz mehr ausgesetzt als die Frauen (Tab. 3.9). Auf einer Skala mit sieben Kategorien mussten die berufstätigen Personen angeben, in welchem Ausmass sie dem Tabakrauch anderer Raucher ausgesetzt sind. Dem Passivrauch ausgesetzt gelten Personen, die folgende Antworten auswählten: Die ganze

Zeit, fast die ganze Zeit, rund drei Viertel der Zeit, rund die Hälfte der Zeit, rund ein Viertel der Zeit. Es sind erneut die jüngsten Personen (15–34 Jahre alt) sowie jene mit dem tiefsten Bildungsniveau, die dem Passivrauch bei der Arbeit am meisten ausgesetzt sind.

### 3.3.3 Alkoholkonsum

Alkohol wird seit Tausenden von Jahren hergestellt. Mit dem Aufkommen der Landwirtschaft begann auch die Alkoholproduktion. Doch das Destillationsverfahren geht auf das Mittelalter zurück. Alkoholische Getränke wurden hauptsächlich in einem festlichen oder religiösen Rahmen konsumiert. Vor ungefähr 200 Jahren wurden alkoholische Getränke, insbesondere Spirituosen, im Zusammenhang mit dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt zu normalen Konsumgütern, die für jedermann jederzeit verfügbar sind. Der Konsum von alkoholischen Getränken strukturiert zahlreiche gesellschaftliche Anlässe und ist insbesondere in der Schweiz, einem Land mit Winzertradition, Teil der Kultur. Somit ist es häufig sehr schwierig, sich dem sozialen Druck zum Alkoholkonsum zu entziehen (Fouquet & de Borde, 1990).

In der Schweiz kann ein bedeutender Teil der Krankheitslast auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt werden. Der übermässige Konsum von alkoholischen Getränken verursacht zahlreiche Krankheiten und kann zu Abhängigkeit führen. Mit einem regelmässigen und starken Konsum von alkoholischen Getränken sind die folgenden Risiken verbunden:

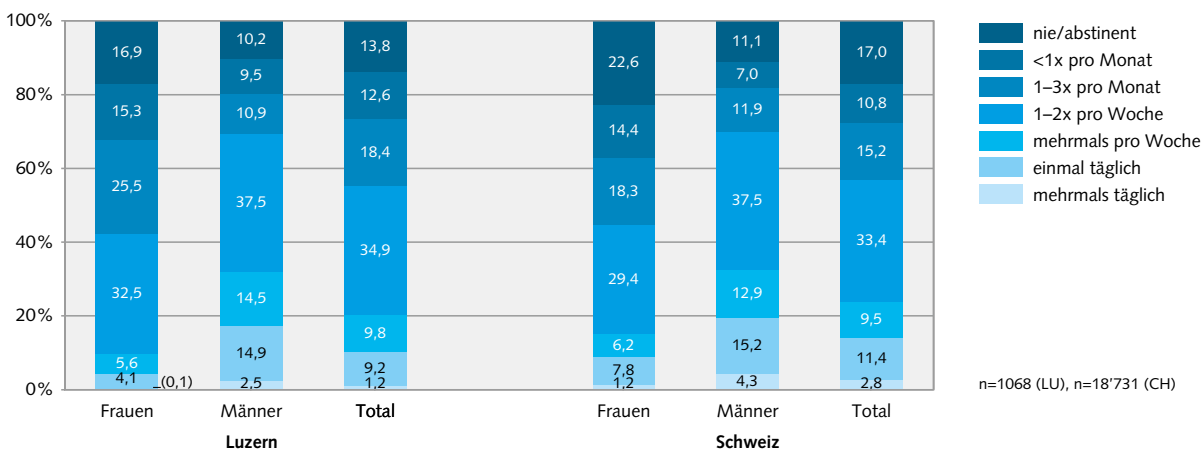
Schäden an praktisch allen Organen (Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen usw.), Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, Herzinfarkt, Hirnschädigungen, die von Konzentrationsstörungen bis zu einer schweren Demenz reichen können, psychische Probleme wie beispielsweise Depressionen, Psychosen, Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder im Freundeskreis.

Alkohol ist der dritt wichtigste Risikofaktor im Zusammenhang mit dem Verlust von potenziellen Lebensjahren aufgrund eines frühzeitigen Todes und dem Verlust von Erwerb Jahren infolge Invalidität. Im Jahr 2007 wurden ungefähr 15% der 384 tödlich verlaufenen Verkehrsunfälle auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt (bfu, 2008). In der Schweiz liegt der jährliche Alkoholkonsum der Personen ab 15 Jahren, der anhand des Jahresumsatzes ermittelt wird (10,1 Liter pro Einwohner/in), über dem Durchschnitt der OECD-Länder (9,5 Liter pro Einwohner/in, Daten von 2005). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Alkoholkonsum in der Schweiz von 1980 bis 2005 um 25% zurückging (OECD, 2007).

Schätzungen gehen von 300'000 alkoholabhängigen Personen in der Schweiz aus. Aus einer Studie zu den sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs geht hervor, dass im Jahr 1998 2100 Personen an den Folgen von exzessivem Alkoholkonsum starben. 40% der Todesfälle wurden durch Erkrankungen des Verdauungssystems verursacht, andere Hauptursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und Suizide. Die direkten Kosten der auf den Alkohol zurückführbaren Krankheiten – Arzt- und Spital-

**Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007

**Abb. 3.12**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.10 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)

		Kein Risiko <sup>1</sup>	Geringes Risiko	Mittleres bis hohes Risiko
<b>Total</b>		26,2	68,7	5,1
<b>Geschlecht</b>	Frauen	35,2	60,2	4,6
	Männer	16,6	77,7	5,7
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	28,6	66,6	4,8
	35–49 Jahre	23,7	72,4	3,9
	50–64 Jahre	23,4	70,3	6,3
	65+ Jahre	29,7	64,0	6,3
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	50,1	45,2	4,7
	Sekundarstufe II	25,9	68,8	5,3
	Tertiärstufe	15,5	79,5	5,0
<b>Nationalität</b>	Schweiz	23,6	71,1	5,4
	Ausland	37,6	58,2	4,2
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	31,5	63,7	4,8
	CHF 3000 bis 4499	24,8	70,5	4,8
	CHF 4500 bis 5999	18,5	74,9	6,6
	CHF 6000 und höher	14,7	79,3	6,0
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	26,3	68,5	5,2
	Land	26,0	69,1	4,9
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>26,2</b>	<b>68,7</b>	<b>5,1</b>
	<b>Luzern</b>	<b>25,8</b>	<b>68,9</b>	<b>5,3</b>
	Aargau	26,9	68,8	4,2
	Appenzell Ausserrhoden	24,0	73,4	(2,6)*
	Bern	24,3	71,4	4,3
	Tessin	40,4	52,2	7,3*
	Uri	27,7	68,1	(4,2)
	Zentralschweiz ohne Luzern	24,5	70,6	5,0
	Grossregion Ostschweiz	25,8	70,5	3,7
	Deutschscheiz	24,9	70,6	4,4
Französische Schweiz	27,4	65,8	6,8	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=17'888

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Geringes Risiko: <20g/Tag (Frauen), <40g/Tag (Männer); mittleres bis hohes Risiko: ≥20g/Tag (Frauen), ≥40g/Tag (Männer)

<sup>1</sup> Die Kategorie «kein Risiko» umfasst neben abstinenten Personen auch Personen, die angaben, dass sie weniger als einmal pro Monat alkoholische Getränke konsumieren, aber die Fragen zur konsumierten Menge nicht beantworteten (siehe BFS, 2008d).

sowie Rehabilitationskosten – werden auf 554 Millionen Franken geschätzt. 2800 Personen beziehen eine Invalidenrente mit einem Durchschnittssatz von über 90%. Die gesamten sozialen Kosten der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch belaufen sich auf 6,5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et Die Schweizerische Gesundheitsbefragung befasst sich mit drei Aspekten der Problematik des Alkoholkonsums. Die befragten Personen wurden zunächst zur Häufigkeit ihres Alkoholkonsums, zur Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Cidre, Spirituosen, Alkopops) und zu den dabei getrunkenen Mengen befragt. Ausgehend von den gesammelten Daten konnte der Konsum

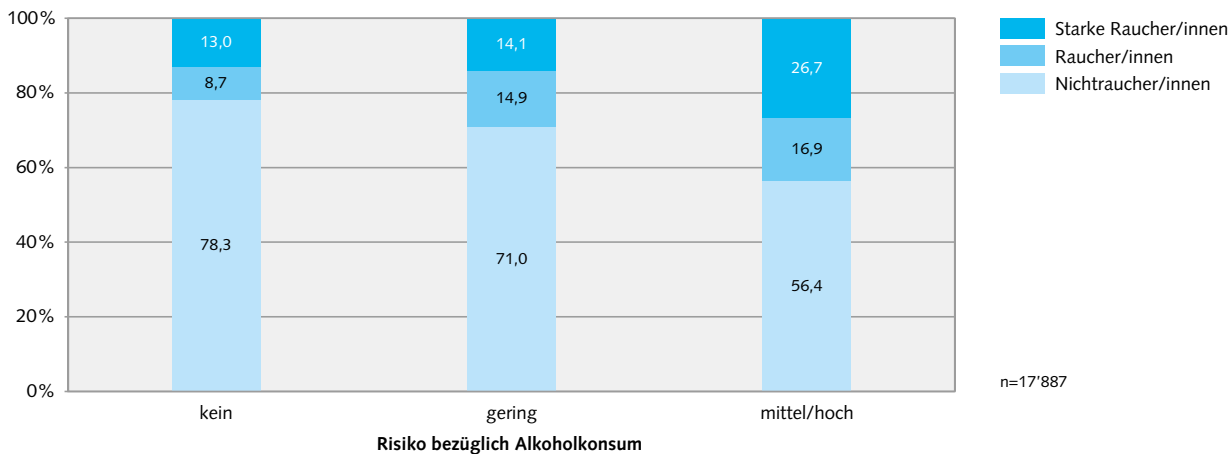
von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20g bei Frauen und von 40g bei Männern für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko besteht.<sup>60</sup> Ab einem täglichen Konsum von 40g bei Frauen und von 60g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003).

Im Kanton Luzern konsumieren 10,4% der Bevölkerung täglich, 44,6% jede Woche und 45,0% seltener bis nie alkoholische Getränke. Ein Drittel der Frauen trinkt

<sup>60</sup> Ein Glas eines alkoholischen Getränks (beispielsweise 3dl Bier, 1dl Wein, 25cl Schnaps) enthält 10 bis 12g reinen Alkohol.

Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007

Abb. 3.13



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

nie (abstinent) oder selten (weniger als einmal pro Monat). Bei den Männern beträgt dieser Anteil ein Fünftel (Abb. 3.12). Weniger als ein Fünftel der Männer (17,4%) und weniger als 5% der Frauen konsumieren täglich alkoholische Getränke. Die Häufigkeit des Alkoholkonsums der Luzernerinnen und Luzerner entspricht in etwa dem schweizerischen Durchschnitt. Hingegen trinken weniger Luzernerinnen täglich alkoholische Getränke (4,2% gegenüber 9% aller Schweizerinnen). Ebenso sind weniger Luzernerinnen abstinent (16,9% gegenüber 22,6% aller Schweizerinnen).

In der Schweiz gehen 4,6% der Frauen und 5,7% der Männer mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Risiko für ihre Gesundheit ein (Tab. 3.10). Für den Kanton Luzern bestehen ähnliche Daten, die aber aufgrund der geringen Anzahl Fälle nicht präsentiert werden können. Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko steigt mit dem Alter. Hervorzuheben ist auch, dass Personen in den höheren Einkommensgruppen ebenfalls häufiger ein mittleres bis hohes Risiko aufweisen. Dies gilt für die Gesamtschweiz wie auch für den Kanton Luzern.

Die Personen, die am meisten alkoholische Getränke konsumieren, gehören auch zu jenen, die den höchsten Anteil von Rauchern und insbesondere von starken Rauchern aufweisen (Abb. 3.13).

### 3.3.4 Cannabiskonsum

Was die illegalen Drogen anbelangt, weisen die Cannabisderivate in der Schweiz den höchsten Anteil am Konsum auf. In der Mehrheit der Fälle erfolgt der erste Kontakt bereits in der Jugendzeit. Mittlerweile ist erwiesen, dass regelmässiger Cannabiskonsum negative Folgen hat, sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit (Hall & Solowij, 1998): zum Beispiel erhöhtes Risiko für chronische Bronchitis, Psychosen und neuropsychologischen Störungen. Die beunruhigendsten Folgen bestehen im Bereich der familiären, sozialen und beruflichen Eingliederung von Jugendlichen (Lynskey & Hall, 2000).

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geht hervor, dass landesweit ungefähr ein Drittel (32,8%) der 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht hat (Tab. 3.11). Die Lebenszeitprävalenz (mindestens einmal im Leben konsumiert zu haben) des Cannabiskonsums in der Schweiz nahm von 29,2% im Jahr 2002 auf 32,8% im Jahr 2007 zu (signifikanter Anstieg). Hinsichtlich des aktuellen Konsums in der Schweiz erfolgte keine signifikante Änderung: Der Anteil der 15- bis 34-Jährigen, die zum Zeitpunkt der Befragung Cannabis konsumierten, nahm von 8,9% im Jahr 2002 auf 8,1% im Jahr 2007 ab (im Kanton Luzern von 10,2% 2002 auf 5,6% 2007)<sup>61</sup>.

Sowohl auf gesamtschweizerischer Ebene als auch im Kanton Luzern ist die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei den Frauen deutlich seltener. Dasselbe gilt für den aktuellen Konsum. Die Lebenszeitprävalenz im

<sup>61</sup> Diese Prozentwerte beruhen auf einer Fallzahl unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.



**Tab. 3.11 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007** (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)

		Lebenszeitprävalenz	Aktueller Konsum
<b>Geschlecht</b>	Frauen	24,5	4,1
	Männer	41,0	12,0
<b>Nationalität</b>	Schweiz	36,0	9,4
	Ausland	23,8	4,3
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>32,8</b>	<b>8,1</b>
	<b>Luzern</b>	<b>24,6*</b>	<b>(5,6)</b>
	Aargau	28,8	(5,3)
	Appenzell Ausserrhoden	(27,0)	.
	Bern	29,8	7,1
	Tessin	21,4*	(4,3)
	Uri	(23,8)	.
	Zentralschweiz ohne Luzern	32,3	(6,4)
	Grossregion Ostschweiz	34,0	(6,3)
	Deutscheschweiz	33,7	8,4
Französische Schweiz	34,0	8,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Lebenszeitprävalenz: n=4305; aktueller Konsum: n=4304

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Kanton Luzern (24,6%) ist signifikant tiefer als der entsprechende Wert auf gesamtschweizerischer Ebene (32,8%). Sie ging seit 2002 (29,2%) zurück, jedoch nicht in einem signifikanten Ausmass.

Aus verschiedenen Daten geht hervor, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Wechselwirkungen zwischen dem Cannabiskonsum und dem Tabakkonsum bestehen (Richter et al., 2004). Gemäss SGB 2007 sind auf gesamtschweizerischer Ebene 61,7% der 15- bis 34-Jährigen, die mindestens einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert haben, Raucher/innen. Von den Zigarettenrauchenden haben 57,4% mindestens einmal auch Marihuana oder Haschisch konsumiert, während dieser Anteil bei den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern lediglich 19,4% beträgt.

Die Schätzungen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für eine Vergleichsalterskategorie liegen in der Regel unter den Zahlen von Untersuchungen zum Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wie dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dem Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) und der Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH). Alle diese Daten von Befragungen zeigen jedoch, dass die Schweiz in Bezug auf den Cannabiskonsum im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz belegt (UNODC, 2009).

Aus diesen Untersuchungen gingen Konsumprävalenzen hervor, die im Verlauf der Neunzigerjahre und bis

zum Beginn des 21. Jahrhunderts deutlich angestiegen sind. Durch das Cannabismonitoring, die erste Längsschnittbefragung in der Schweiz, kann ein neues Qualitätsniveau in der Cannabisforschung erreicht werden, da die gleiche Methode bei den gleichen Personen mehrmals angewandt wird (BAG, 2005a).

Die Daten der ersten beiden Erhebungswellen (2004–2007) des Cannabismonitorings zeigen, dass die Anteile der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen, die bereits einmal Cannabis konsumiert haben oder gegenwärtig konsumieren, in diesem Zeitraum insgesamt praktisch gleich geblieben sind. Berichteten im Jahr 2004 46% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (13–29 Jahre alt), mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, waren es im Jahr 2007 44% (keine signifikante Abnahme). Im gleichen Zeitraum ging der Anteil der aktuellen Konsumenten, d.h. der Personen, die in den sechs Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten, von 13% auf 11% leicht zurück (nicht signifikant).

Im Rahmen des Cannabismonitorings wurde der problematische Konsum in der Schweiz zum ersten Mal erfasst. Der CUDIT (vgl. Adamson & Sellman, 2003) ist ein Test mit zehn Elementen, mit dem verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum erfasst werden: Konzentrationsprobleme, Schwierigkeiten bei der Bewältigung gewisser Herausforderungen im sozialen Zusammenleben, subjektiver Verlust der Kontrolle

über den Konsum. Auf gesamtschweizerischer Ebene bestand im Jahr 2007 bei 7,9% der 13- bis 29-Jährigen ein unproblematischer Konsum und bei 3,2% ein problematischer Konsum (die übrigen 88,9% dieser Alterskategorie konsumierten kein Cannabis). Im Zeitraum 2004-2007 ging der Anteil der Personen mit einem problematischen Konsum ebenfalls leicht zurück, wobei diese Abnahme aus statistischer Sicht nicht signifikant war. Das Alter, in dem der erste Cannabiskonsum erfolgt, verschob sich indes klar nach unten: Während im Jahr 2004 der erste Cannabiskonsum durchschnittlich im Alter von 16,5 Jahren erfolgte, lag das Durchschnittsalter beim Erstkonsum im Jahr 2007 bei 15,8 Jahren (BAG, 2008c).

### 3.3.5 Medikamentenkonsum

Medikamente sind für die Gesundheit der Bevölkerung von grosser Bedeutung: Dank Medikamenten haben heutzutage viele Patientinnen und Patienten Aussicht auf Linderung oder sogar Heilung ihrer Krankheit. Damit tragen Medikamente zur Erhöhung der Lebenserwartung und bis ins hohe Alter zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Ausserdem bieten neue Medikamente die Möglichkeit, kostspielige Spitalaufenthalte zu verkürzen, und sie tragen dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten möglichst rasch wieder ihre gewohnte Tätigkeit aufnehmen können (Marty, 2007).

Doch Medikamente haben nicht nur positive Auswirkungen bei Krankheiten, sondern sie bergen auch das Risiko von Missbrauch und haben teilweise erhebliche Nebenwirkungen. Ausserdem werden gewisse Medikamente unter Umständen nicht für den vorgesehenen Zweck eingesetzt, oder sie werden ohne medizinische Indikation konsumiert. Der Übergang von einer medizinisch indizierten Verwendung zu einem unangemessenen Konsum ist teilweise schwierig zu definieren. Bei bestimmten Medikamenten besteht auch ein Abhängigkeitspotenzial. Die Praxis zeigt, dass eine unangemessene Verwendung von Medikamenten hauptsächlich im Zusammenhang mit so genannt psychotropen Substanzen erfolgt, insbesondere mit Schlafmitteln (Hypnotika), Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln (Analgetika) und Stimulanzien (auf diese wird hier nicht eingegangen). Die regelmässige, über einen längeren Zeitraum anhaltende Verwendung dieser Art von Medikamenten kann selbst bei kleinen Dosen zu einer Arzneimittelabhängigkeit führen (Maffli, 2005).

Anhand der in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse kann nicht zwischen einem angemessenen oder unangemessenen Medikamentenkonsum unterschieden werden. Insbesondere Unterschiede je nach

soziodemografischen Merkmalen oder Region gründen möglicherweise auf Unterschieden im Gesundheitszustand und können deshalb nicht auf einen missbräuchlichen Konsum dieser Medikamente zurückgeführt werden.

Im Jahr 2007 hatten zwei Fünftel der Luzernerinnen und Luzerner in den letzten sieben Tagen vor der Befragung zumindest ein Medikament konsumiert. Dies ist signifikant weniger als bei der Schweizer Gesamtbevölkerung (46,3%). Auch ihr Konsum von Schmerzmitteln (Analgetika) lag unter dem schweizerischen Durchschnitt. Beruhigungsmittel wurden von 4,3% der Schweizerinnen und Schweizer, Schlafmittel von 5,2% und Antidepressiva von 3,6% konsumiert. Auch von diesen drei Medikamentenarten hatten die Luzerner/innen weniger verwendet (2,2%, 4,0% und 2,5%).

#### *Zunahme des Medikamentenkonsums in der Schweiz und im Kanton Luzern*

Sowohl im Kanton Luzern als auch auf gesamtschweizerischer Ebene stieg der Medikamentenkonsum an. Während im Kanton Luzern im Jahr 2002 34,1% der Befragten in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert hatten, lag dieser Anteil im Jahr 2007 bei 40,3%. Was die Schmerzmittel anbelangt, stieg der entsprechende Anteil von 11,3% auf 16,2% (Tab. 3.12). Auf gesamtschweizerischer Ebene wurden die folgenden Zahlen verzeichnet: 40,8% und 46,3% sowie 14,5% und 20,1%. Somit zeigte sich im Zeitraum 2002 bis 2007 sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz eine signifikante Zunahme des Medikamentenkonsums.

#### *Stärkere Zunahme des Medikamentenkonsums bei Männern*

Auf gesamtschweizerischer Ebene gaben Frauen häufiger als Männer an, in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert zu haben (Tab. 3.12). Im Kanton Luzern war dies jedoch nicht der Fall. Die Zunahme des Medikamentenkonsums wurde hauptsächlich durch die Männer verursacht (LU: 2002: 30,3%, 2007: 39,1%; CH: 2002: 34,9%, 2007: 41,0%), während der Konsum bei den Frauen, auf einem höheren Niveau liegend, seit 2002 weniger anstieg (LU: 2002: 38,0%, 2007: 41,4%; CH: 2002: 46,2%, 2007: 51,3%). Sowohl auf gesamtschweizerischer Ebene als auch im Kanton Luzern steigt der Medikamentenkonsum mit zunehmendem Alter an. Während weniger junge Luzernerinnen und Luzerner in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament

**Tab. 3.12 Medikamentenkonsument, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)**

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlafmittel	Anti- depressi- vum	
		LU	CH	LU	CH	CH	CH	CH	
<b>Total</b>		40,3	46,3	16,2	20,1	4,3	5,2	3,6	
<b>Geschlecht</b>	Frauen	41,4	51,3	18,1	24,4	5,3	6,8	4,5	
	Männer	39,1	41,0	14,1	15,6	3,3	3,6	2,6	
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	21,7	31,0	13,0	16,0	1,7	1,0	1,4	
	35–49 Jahre	34,8	37,3	17,2	20,1	3,2	2,9	3,5	
	50–64 Jahre	50,9	54,0	18,3	21,7	6,4	6,3	5,8	
	65+ Jahre	76,5	76,6	19,3	25,0	7,9	14,9	4,7	
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	42,8	53,9	16,8	25,6	7,8	10,6	6,0	
	Sekundarstufe II	39,0	44,9	17,1	19,5	4,0	4,9	3,2	
	Tertiärstufe	42,8	45,3	13,5	18,5	3,1	3,1	3,2	
<b>Nationalität</b>	Schweiz	41,9	47,8	16,0	19,8	4,2	5,3	3,4	
	Ausland	30,9	40,3	(17,5)	21,1	4,9	4,8	4,4	
<b>Haushaltsäquivalenz- einkommen</b>	bis CHF 2999	41,1	42,4	16,7	20,6	4,7	5,6	3,8	
	CHF 3000 bis 4499	42,4	49,1	18,5	20,7	4,1	4,9	4,0	
	CHF 4500 bis 5999	46,0	49,0	17,0	18,6	4,3	5,3	3,2	
	CHF 6000 und höher	37,2	48,3	(13,8)	19,3	3,4	4,2	2,9	
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	41,3	47,3	17,1	20,4	4,5	5,3	3,8	
	Land	39,3	43,5	15,3	19,3	3,8	4,9	3,0	
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>46,3</b>		<b>20,1</b>		<b>4,3</b>	<b>5,2</b>	<b>3,6</b>
	<b>Luzern</b>		<b>40,3*</b>		<b>16,2*</b>		<b>2,2*</b>	<b>4,0</b>	<b>2,5*</b>
	Aargau		45,0		20,5		4,1	5,5	2,5*
	Appenzell Ausserrhoden		43,0		19,5		(4,4)	5,4	(4,7)
	Bern		49,6*		19,1		3,9	4,4*	3,3
	Tessin		45,2		18,5		5,7*	6,6*	3,9
	Uri		35,4*		15,4*		(2,8)	(3,6)	(1,2)*
	Zentralschweiz ohne Luzern		40,8		16,6		3,2	3,1	3,5
	Grossregion Ostschweiz		41,7		17,5		3,9	4,8	3,0
	Deutscheschweiz		44,8		18,7		3,5	4,6	3,2
Französische Schweiz		50,7		24,4		6,3	6,7	4,5	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=1070 (LU), n=18'744 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Aufgrund zu kleiner Fallzahlen können für die Variablen Beruhigungs- und Schlafmittel sowie Antidepressivum keine Werte für den Kanton Luzern gezeigt werden.

Mit der allgemeinen Frage zum Medikamentenkonsument war der Konsum irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen vor der Befragung gemeint. Als Konsumenten/innen gelten diejenigen, die täglich, mehrmals pro Woche oder ca. einmal pro Woche ein Medikament eingenommen haben. 499 Frauen im Alter von 15 bis 34 Jahren und 152 im Alter von 34 bis 49 Jahren nahmen die Pille, doch es ist nicht bekannt, ob sie diese zu den Medikamenten zählten (Niveau Gesamtschweiz).

konsumiert hatten als die jungen Schweizerinnen und Schweizer (21,7% gegenüber 31,0%), konsumierten die Luzernerinnen und Luzerner ab 65 Jahren ebenso viele Medikamente wie die übrigen Schweizerinnen und Schweizer. Doch die Zunahme des Medikamentenkonsumentes ist nicht ausschliesslich auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen, da der Konsum in allen Altersklassen anstieg.

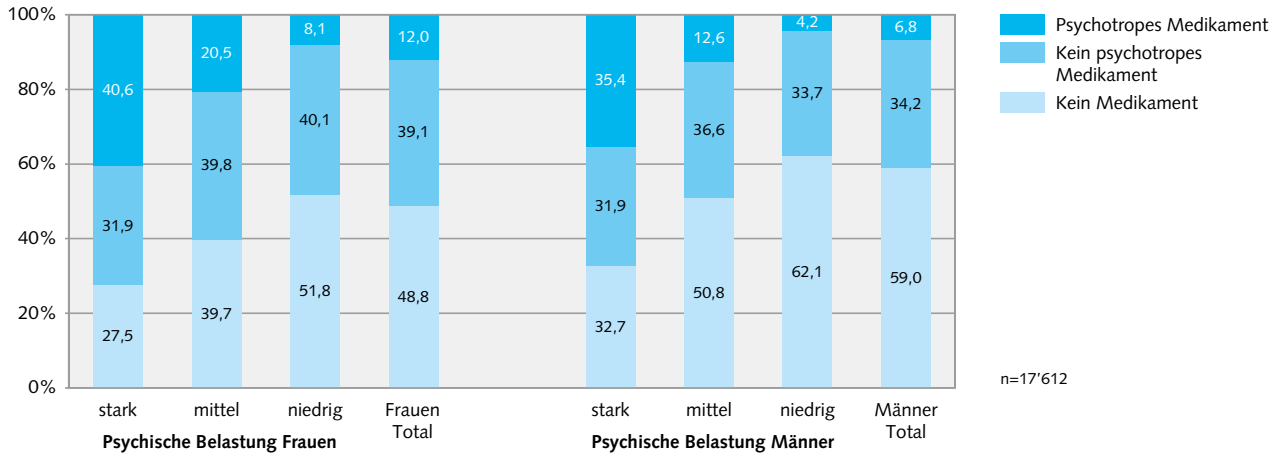
Wie Tabelle 3.12 weiter zu entnehmen ist, nimmt der Medikamentenkonsument auf Ebene der Gesamtschweiz

mit höherer Ausbildung deutlich ab, im Kanton Luzern zeigt sich dieser Zusammenhang nicht.

Am stärksten nahm auf gesamtschweizerischer Ebene zwischen 2002 und 2007 der Konsum von Schmerzmitteln zu, von 14,5% auf 20,1%. Beim täglichen Konsum stieg der Anteil von 4,3% der Bevölkerung im Jahr 2002 auf 5,8% im Jahr 2007. Der Anteil der Personen, die Schlafmittel konsumieren, stieg von 4,1% auf 5,2%, und jener der Personen, die Beruhigungsmittel konsumieren, von 3,8% auf 4,3%.

**Medikamentenkonsument nach psychischer Belastung und Geschlecht**  
Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)

**Abb. 3.14**



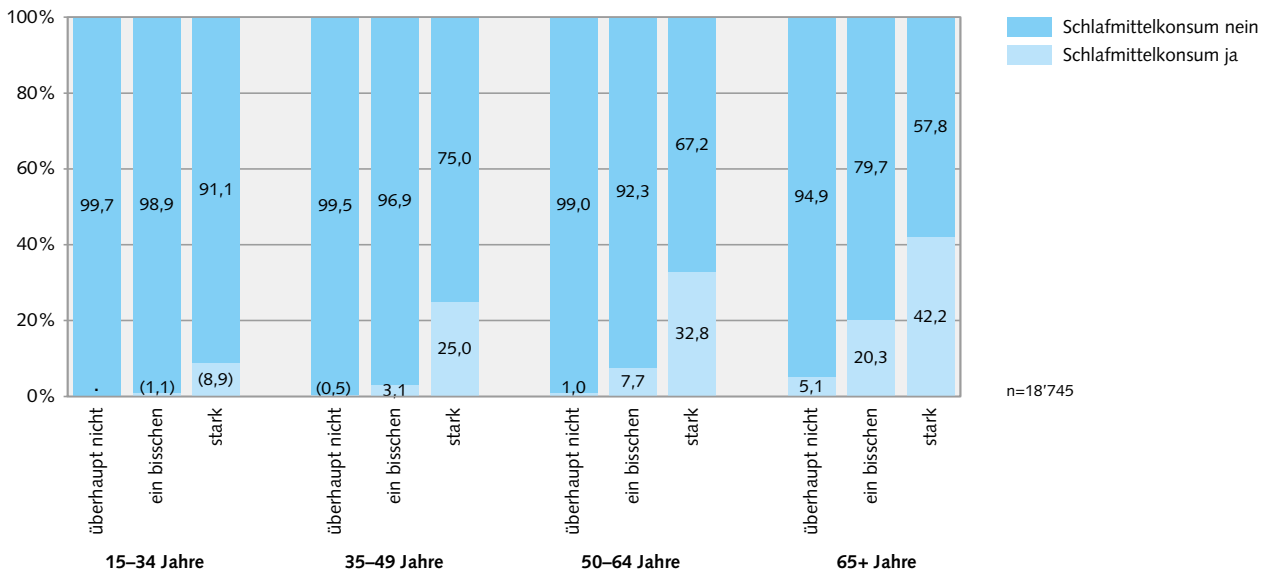
Die in dieser Abbildung berücksichtigten psychotropen Medikamente sind Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Antidepressiva. Für die Definition der Variable «psychische Belastung» vgl. 2.3.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen**  
Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)

**Abb. 3.15**



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)  
Schlafmittelkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung: täglich, mehrmals pro Woche, etwa ein Mal pro Woche.  
Wortlaut der Frage: Haben Sie in den letzten vier Wochen «Einschlaf- oder Durchschlafstörungen» gehabt? Überhaupt nicht, ein bisschen, stark

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### *Ein Grossteil der psychotropen Medikamente wird ärztlich verschrieben*

Ungefähr vier Fünftel der konsumierten Medikamente werden von einem Arzt bzw. einer Ärztin verschrieben (LU: 79,3%, CH: 78,1%). Während auf gesamtschweizerischer Ebene 97,8% der Personen, die Antidepressiva konsumierten, angaben, diese seien ärztlich verschrieben worden (82,3% bei den Beruhigungsmitteln und 86,3% bei den Schlafmitteln), war dies bei Personen, die Schmerzmittel konsumierten, nur bei 54,8% der Fall. Für den Kanton Luzern wurden sehr ähnliche Ergebnisse verzeichnet. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass bei der Verschreibung von Medikamenten durch einen Arzt keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht der konsumierenden Person festgestellt wurden.

Personen, die unter hoher psychischer Belastung leiden, konsumieren viel häufiger psychotrope Medikamente und andere Medikamente als Personen, die nicht mit solchen Problemen konfrontiert sind (Abb. 3.14). Bei psychischer Belastung konsumieren Frauen mehr psychotrope Medikamente als Männer.

Der Konsum von Schlafmitteln ist in den älteren Altersgruppen häufiger: 14,9% der Personen ab 65 nehmen mindestens einmal pro Woche Schlafmittel ein, bei den 15- bis 34-Jährigen sind es dagegen nur 1,0%. Wie Abbildung 3.15 zeigt, konsumieren in der jüngsten Altersgruppe weniger als 10% der Personen, die unter grossen Einschlafschwierigkeiten oder Schlaflosigkeit leiden, Schlafmittel. Bei den 35- bis 49-Jährigen beträgt dieser Anteil bereits ein Viertel und bei den Personen ab 65 Jahren beläuft er sich auf 42,2%. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass von den Personen ab 65 Jahren, die nur unter geringen Schlaflosigkeitsproblemen leiden, ein Fünftel (20,3%) mindestens einmal wöchentlich Schlafmittel konsumiert.

## 3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden verschiedene Verhaltensweisen erläutert, die der Gesundheit nützen (körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten), und andere, die der Gesundheit unter Umständen schaden (Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente), da sie Krankheiten verursachen oder zu einer Abhängigkeit führen können.

Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die sich seit 2002 verbessert haben, lässt sich die körperliche Bewegung anführen: Während im Jahr 2002 nur 35,5% der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Luzern

Sport trieben, betrug dieser Anteil im Jahr 2007 bereits 43,9%. Gleichzeitig sank der Anteil der Personen, die in ihrer Freizeit nicht körperlich aktiv sind.

Im Vergleich mit den Schweizerinnen und Schweizern insgesamt gab ein etwas höherer Anteil der Luzernerinnen und Luzerner an, sich der Bedeutung der Ernährung bewusst zu sein. Hingegen befolgte weniger als ein Drittel (29,2%) die Empfehlung, pro Tag fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen. Darin unterscheidet sich die Luzerner Bevölkerung nicht von der restlichen Schweiz. Zum Vergleich: Gut ein Drittel in der Französischen Schweiz (34,6%) gibt an, sich an diese Empfehlung zu halten. Knapp ein Drittel der Luzernerinnen und Luzerner konsumiert sechs bis sieben Mal Fleisch pro Woche, während dies nur bei einem Viertel der Schweizerinnen und Schweizer zutrifft.

Die Analysen zum Körpergewicht zeigen, dass 28,9% der Bevölkerung im Kanton Luzern übergewichtig und weitere 7,0% adipös sind. Diese Anteile sind im Vergleich zu 2002 etwas tiefer. Männer sind in allen Altersgruppen häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ging auf gesamtschweizerischer Ebene zurück, und die gleiche Entwicklung wurde im Kanton Luzern verzeichnet: Während sich im Jahr 2002 29,0% der Befragten als Raucher/innen bezeichneten, betrug dieser Anteil im Jahr 2007 26,4%. Der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher ging auf gesamtschweizerischer Ebene zurück, die gleiche Entwicklung wurde auch im Kanton Luzern verzeichnet.

Der Alkoholkonsum der Luzernerinnen und Luzerner entspricht insgesamt in etwa dem durchschnittlichen Konsum in der Schweiz. Hingegen unterschieden sich die Luzernerinnen von den Schweizerinnen durch einen niedrigeren Anteil an Frauen, die täglich alkoholische Getränke konsumierten, und durch einen niedrigeren Anteil an Frauen, die überhaupt keinen Alkohol konsumierten.

Bereits bei der letzten Befragung konsumierten die Luzerner/innen weniger Medikamente als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Seit 2002 hat der Medikamentenkonsum sowohl landesweit als auch im Kanton Luzern zugenommen. Doch die Luzernerinnen und Luzerner wiesen weiterhin einen verhältnismässig tieferen Konsum auf, sowohl bei den Medikamenten insgesamt als auch bei den Analgetika, den Beruhigungsmitteln und den Antidepressiva. Dieser geringere Medikamentenkonsum der Luzernerinnen und Luzerner wird durch die Daten zum Kauf von Medikamenten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestätigt.

# 4 Wohn- und Arbeitssituation

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand

## Für die Dienststelle Umwelt und Energie Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:

1. Im Lärmkataster schätzt die Dienststelle Umwelt und Energie (Daten des Jahres 2000) den Anteil der Bevölkerung, welche in Gebäuden mit Strassenlärmbelastung über dem Grenzwert wohnt, auf 15%, in der Stadt Luzern, Littau und Emmen auf 20–25%. Diese Werte stimmen gut mit der gefühlten Beeinträchtigung durch Strassenlärm gemäss der Umfrage (Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007) (16.2%) überein.
2. Laut Angaben der SBB sind schätzungsweise nur ca. 4000 Personen oder 1,4% der Bevölkerung im Kanton Luzern über dem Grenzwert mit Eisenbahnlärm belastet. Die Umfrage ergibt jedoch eine Quote von 5.5%. Dies dürfte daraufhin weisen, dass die Grenzwerte des Bundes diese Lärmart eher zu optimistisch beurteilt.
3. Mit Modellierungen der Luftbelastung im Kanton Luzern kann abgeschätzt werden, dass 8,7% (2005) der Wohnbevölkerung einer Stickoxidkonzentration über dem Jahresmittelwert vom 30 mg/m<sup>3</sup> ausgesetzt sind. Dies stimmt mit der Wahrnehmung der Bevölkerung ebenfalls recht gut überein. Die Belastung von Wohngebieten mit den Immissionen der Landwirtschaft ist ein deutlich wachsendes Problemfeld. Dies hat mit der zunehmenden Verzahnung von Landwirtschaft und Bauzonen zu tun. Personen, welche sich in neuen Baugebieten auf dem Land niederlassen, erwarten eine intakte, natürliche Umwelt und reagieren empfindlicher auf unerwartete Störungen.

Das Wohn- und das Arbeitsumfeld gehören zu den wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dies zeigt unter anderem das «Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik» des Bundesamtes für Gesundheit (2005b), in dem die Bereiche «Beschäftigung und Arbeitswelt» und «Wohnen und Mobilität» als zwei von insgesamt sieben wichtigen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern identifiziert werden.<sup>62</sup> Abgesehen davon, dass ein grosser Teil der im vorangehenden Kapitel diskutierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (auch) im Wohn- und Arbeitsbereich von Bedeutung sind, verbinden sich mit Arbeiten und Wohnen verschiedene spezifische Gesundheitseffekte.

<sup>62</sup> Bei den übrigen Handlungsfeldern handelt es sich um «Krankheitsbekämpfung und Prävention», «soziale Sicherheit und Chancengleichheit», «Bildung und Befähigung», «Lebensraum und natürliche Umwelt» sowie «Lebensmittelsicherheit und Ernährung».

4. Die Lärmbelastung innerhalb von Mehrfamiliengebäuden durch Bewohner ist einer der wichtigen Faktoren, welche die Lebensqualität und Gesundheit beeinträchtigen können. Sie wird aber nicht im Rahmen von umweltrechtlichen Lärmmittlungen erfasst sondern im Rahmen des Privatrechtes geregelt (SIA Normen). Bei Neubauten führt moderne Bauweise zu deutlichen Verbesserungen. Demgegenüber beheben allerdings thermische Sanierungen bestehender Bauten meistens innere schalltechnische Baumängel nicht.

### Fazit:

Nach wie vor sind Massnahmen zur Verbesserung der Luftqualität und zur Reduktion der Lärmbelastung erforderlich. Damit werden einerseits die Lebensräume von Menschen von gesundheitlichen Belastungen entlastet. Andere Stressfaktoren bleiben so natürlich erhalten.

Andererseits brauchen die natürlichen Lebensräume und Ökosysteme (Wälder, Moore, usw.), die auch wichtige Erholungsräume für Menschen darstellen, die Entlastung von belastenden Luftschadstoffen, damit die wertvolle Artenvielfalt und die charakteristischen Merkmale dieser Lebensräume erhalten bleiben.

Thomas Joller, Dr. sc. nat.

Leiter Dienststelle Umwelt und Energie, Bau-, Umwelt- und Wirtschaftsdepartement

Mit Bezug zum Wohnen listet die WHO (2004b) eine Vielfalt von gesundheitsrelevanten Faktoren auf, die vom Schutz vor Witterungseinflüssen und Immissionen über soziale Bindungen und die Qualität des Wohnumfeldes bis hin zum baulichen Zustand und der Wohnungsausstattung reichen. Mit Bezug zu den letztgenannten Faktoren wird etwa auf das Schimmelwachstum in feuchten Wohnungen oder die Schadstoffbelastung aufgrund von Baumaterialien (z.B. Asbest, Farben etc.) verwiesen, die zu Allergien, Asthma und anderen gesundheitlichen Problemen führen können.

Von besonderer Bedeutung ist im Wohnumfeld überdies der Lärm: Wer in seiner Wohnung dauernd unter Lärm leidet, kann krank werden, wobei Lärmimmissionen während der Erholungs- und Schlafphase besonders problematisch 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 (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

Ähnliches gilt für die Arbeit. Im bereits erwähnten Grundlegendokument des BAG (2005b) wird in diesem Zusammenhang festgehalten:

«Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der erwerbstätigen Bevölkerung und kann viel zu Sicherheit, Anerkennung und Wohlbefinden dieser Bevölkerungsgruppe beitragen. Die berufliche Tätigkeit kann eine Quelle für das Selbstwertgefühl und damit für die psychische Gesundheit darstellen. Erwerbstätige sind an ihrem Arbeitsplatz aber auch physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zu den physischen Risiken gehören Unfälle, Lärmbelastung, Schicht- oder Nachtarbeit, Belastung durch Chemikalien sowie durch langes Sitzen oder schwere Lasten. Psychische Belastungen entstehen beispielsweise durch mangelnde Anerkennung für geleistete Arbeit bzw. hohe Anforderungen bei gleichzeitig tiefer Entscheidungsautonomie, Mobbing, Kommunikationsmangel, Unter- oder Überforderung.» (BAG, 2005b: S. 22)

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit potentiell gesundheitsgefährdenden Einflüssen im Wohn- und Arbeitsumfeld. Im ersten Abschnitt untersuchen wir auf der Grundlage von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen zunächst die Immissionen im Wohnbereich, während sich die weiteren Abschnitte mit verschiedenen Aspekten des Arbeitslebens – Immissionen, psychischen und körperlichen Belastungen, Arbeitszufriedenheit und der Angst vor einem Stellenverlust – beschäftigen<sup>63</sup>. Weitere wichtige, oben erwähnte Faktoren der Arbeits- und Wohnsituation können nicht dargestellt werden, da sie in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht abgefragt wurden (persönliche Befragung dafür ungeeignet, thematische Beschränkung des Fragebogens).

<sup>63</sup> Letztere sind konjunkturabhängig und widerspiegeln somit die Konjunkturlage im Jahr 2007 (Jahr der Befragung). Die Belastungen am Arbeitsplatz und die Angst vor Arbeitsplatzverlust sind 2010, abhängig von den Folgen der Finanzkrise/Rezession, vermutlich anders verteilt.

## 4.1 Immissionen im Wohnbereich

Abbildung 4.1 zeigt insgesamt elf Störungsquellen im Wohnumfeld, bei denen die Befragten jeweils angeben mussten, ob sie von diesen betroffen sind. Dem Überblick lässt sich entnehmen, dass der Lärm von anderen Menschen die Störungsquelle Nummer 1 im Kanton Luzern ist. Jede fünfte Person (19,0%) erwähnt diese Lärmquelle, zusätzlich verweist rund jede sechste Person auf den Autolärm (16,2%), während die übrigen neun in der Abbildung dargestellten Störungsquellen von jeweils unter 10% der Befragten genannt werden. Dass der Lärm von Personen an erster Stelle der Rangliste steht, ist angesichts der dichten Siedlungsstruktur, dem hohen Anteil an Mehrfamilienhäusern und der vergleichsweise geringen Wohneigentumsquote<sup>64</sup> in der Schweiz plausibel.

*Mehr als die Hälfte der Luzerner/innen wohnt «ungestört»*

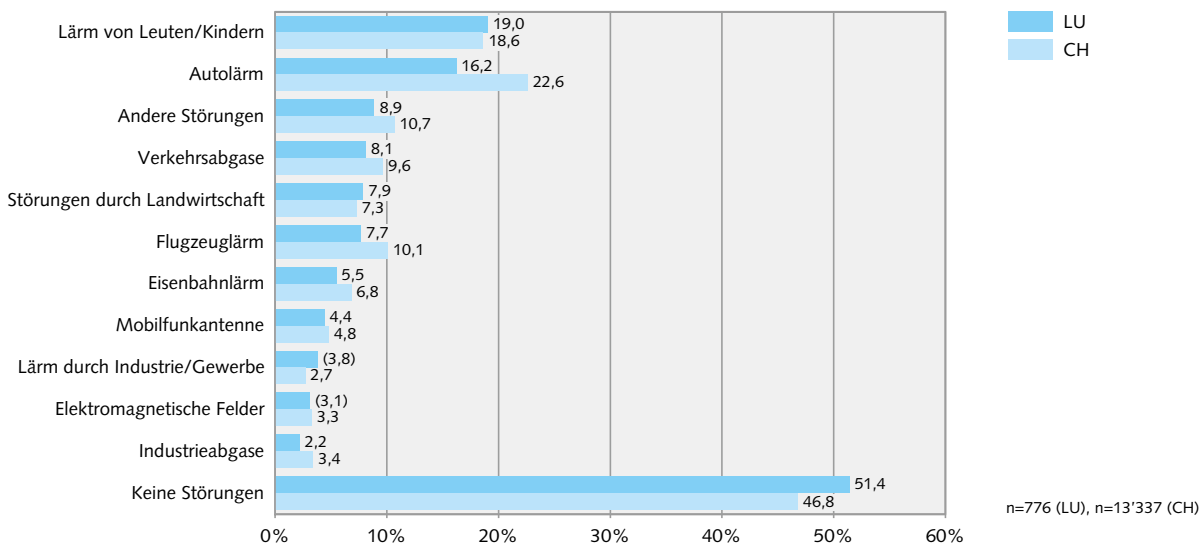
Auffallend ist allerdings, dass etwas mehr als die Hälfte (51,4%) der befragten Luzerner/innen keine der elf Störungsquellen erwähnt. Damit leben die Luzerner/innen im Durchschnitt etwas «unbelasteter» als die übrigen Schweizer/innen, von denen weniger als die Hälfte (46,8%) keine Störungen nennt. Auch im Vergleich mit einer Reihe anderer Kantone und Regionen (Tab. 4.1) erwähnen die Luzerner/innen eher weniger Störungen im Wohnumfeld. Die «Rangliste» der Störungsquellen sieht in Luzern und der Gesamtschweiz aber trotz der Unterschiede in der Anzahl Nennungen sehr ähnlich aus. Die einzige substantielle Abweichung zeigt sich beim Autolärm: im Kanton Luzern ist diesem knapp ein Sechstel (16,2%) der Bevölkerung ausgesetzt, in der Gesamtschweiz ist es über ein Fünftel (22,6%).

Nicht alle Bevölkerungsgruppen sind im selben Mass von Lärm und anderen Immissionen betroffen. Dies zeigt ein Blick auf Tabelle 4.1, in welcher die Anzahl der Störungen aus Abbildung 4.1 dargestellt ist. Höher gebildete und gut verdienende Personen verzeichnen seltener Störungen im Wohnumfeld als Personen mit einer tiefen oder mittleren Bildung und/oder einem geringen Einkommen. Hinter diesem Befund dürfte ein Schichteffekt in dem Sinne stehen, dass komfortable Wohnungen in

<sup>64</sup> Gemäss dem BFS (BFS, 2004) befanden sich im Jahr 2000 rund 70% aller Wohnungen in der Schweiz in Zwei- oder Mehrfamilienhäusern. Die Wohneigentumsquote ist in der Schweiz zwischen 1990 und 2000 von 31,3% auf 34,6% angestiegen (Kanton Luzern: von 28,3 auf 32,1%), sie ist im internationalen Vergleich aber nach wie vor gering. In Deutschland beträgt sie beispielsweise 43%, in Frankreich 55%, in Österreich 56% und in Grossbritannien 68% (vgl. [www.bwo.admin.ch/dokumentation/00101/00105/index.html?lang=de](http://www.bwo.admin.ch/dokumentation/00101/00105/index.html?lang=de); Zugriff am 30.04.2009).

## Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind Kanton Luzern und Schweiz, 2007

Abb. 4.1



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

«unbelasteten» Wohnlagen teurer sind als andere. Plausibel ist auch der erhebliche Unterschied zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung: Die letztere sieht sich deutlich häufiger Störungen ausgesetzt.

Dagegen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen – letztere leiden häufiger unter Störungen – schwieriger zu erklären. Mit ein Grund für den Unterschied könnte die Tatsache sein, dass es sich bei einem Teil der weiblichen Befragten um Hausfrauen handelt, die relativ viel Zeit zu Hause verbringen und damit eine grössere Wahrscheinlichkeit haben, von Störungen betroffen zu sein und diese wahrzunehmen. Auffallend ist schliesslich der Befund, dass der Anteil an Personen, die unter zwei oder mehr Störungen leiden, mit zunehmendem Alter ebenfalls wächst. Eine multivariate Zusatzanalyse auf der Ebene der Gesamtschweiz deutet darauf hin, dass eine mit dem Alter zunehmende Störungssensibilität hier eine Rolle spielt.<sup>65</sup>

### Zusammenhang zwischen Störungen und Gesundheitszustand

Abbildung 4.2 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit.

<sup>65</sup> In einer multiplen Klassifikationsanalyse bleiben sowohl die Effekte des Alters als auch des Einkommens und des Wohnortes (Stadt-Land) erhalten.

Die Abbildung zeigt, dass Personen mit mittelmässigem bis sehr schlechtem gesundheitlichem Wohlbefinden deutlich häufiger zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld erwähnen. Das gleiche gilt für Personen mit tiefer oder mittlerer Kontrollüberzeugung sowie für jene, welche unter mittlerer bis hoher allgemeiner psychischer Belastung leiden<sup>66</sup>, sie erwähnen deutlich häufiger zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld. Ob eine Kausalität zwischen Störungen und Gesundheit besteht und in welche Richtung diese geht, kann mit den Daten der SGB jedoch nicht beurteilt werden. Denkbar ist sowohl, dass Störungen im Wohnumfeld «krank» machen, als auch, dass allgemeine Gesundheitsprobleme und psychische Belastungen zu einer höheren Sensibilität für Störungen führen. Schliesslich ist nicht auszuschliessen, dass die Befunde auf weitere Effekte in dem Sinne zurückzuführen sein könnten, dass «unterprivilegierte Lebensbedingungen» sowohl die Wohnsituation als auch die gesundheitlichen und psychischen Bedingungen unabhängig voneinander beeinflussen.

<sup>66</sup> Für die Definition der verwendeten Variablen siehe Kapitel 2.3.



Tab. 4.1 Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)

		Keine Störungen		1 Störung		2 und mehr Störungen	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		51,4	46,8	26,4	26,2	22,2	27,0
<b>Geschlecht</b>	Frauen	46,7	45,4	29,2	27,2	24,1	27,4
	Männer	56,9	48,2	23,0	25,2	20,1	26,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	54,5	47,6	27,4	26,6	18,1	25,8
	35–49 Jahre	50,1	47,7	28,1	25,3	21,8	27,0
	50–64 Jahre	46,1	45,7	29,0	27,0	24,9	27,3
	65+ Jahre	52,1	45,3	17,9	26,0	30,0	28,6
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	50,7	43,0	(30,6)	26,0	(18,7)	31,0
	Sekundarstufe II	48,3	47,5	28,1	26,3	23,6	26,2
	Tertiärstufe	60,8	46,7	18,9	26,1	20,3	27,2
<b>Nationalität</b>	Schweiz	54,5	48,1	24,2	26,0	21,2	25,9
	Ausland	(35,7)	41,5	(36,5)	27,1	(27,7)	31,4
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	45,0	46,4	30,2	25,2	24,8	28,4
	CHF 3000 bis 4499	51,4	45,2	23,8	26,9	24,9	27,9
	CHF 4500 bis 5999	56,9	48,1	(18,0)	24,6	25,0	27,3
	CHF 6000 und höher	63,0	49,5	(18,9)	27,3	(18,0)	23,2
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	46,3	44,1	27,3	26,8	26,4	29,1
	Land	57,0	54,0	25,3	24,8	17,6	21,2
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>46,8</b>		<b>26,2</b>		<b>27,0</b>
	<b>Luzern</b>		<b>51,4*</b>		<b>26,4</b>		<b>22,2*</b>
	Aargau		53,5*		21,2		25,3
	Appenzell Ausserrhoden		52,3		22,7		25,0
	Bern		51,6*		24,8		23,6*
	Tessin		45,7		24,7		29,6
	Uri		51,2		23,1		25,6
	Zentralschweiz ohne Luzern		48,3		27,1		24,7
	Grossregion Ostschweiz		50,7		25,3		24,0
	Deutscheschweiz		48,1		25,2		26,7
Französische Schweiz		43,0		29,8		27,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=776 (LU), n=13'337 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

## 4.2 Belastungen bei der Arbeit<sup>67</sup>

### 4.2.1 Immissionen

Analog zum Wohnen, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch die Immissionen am Arbeitsplatz erhoben.<sup>68</sup> Bei insgesamt zehn Störungsquellen

wird gefragt, ob die Erwerbstätigen damit konfrontiert seien, wobei sich ein ähnliches Bild wie im Wohnumfeld zeigt. Sowohl im Kanton Luzern als auch auf der Ebene der Gesamtschweiz erwähnt rund die Hälfte der Befragten keinerlei Störungsquellen; etwas über ein Viertel nennt eine, das restliche Fünftel mehr als eine Immissionsquelle (Tab. 4.2).

<sup>67</sup> Beim Themenbereich «Arbeitsituation» gilt zu beachten, dass ein Teil der Befragten ausserhalb des Wohnkantons (Luzern) arbeitet.

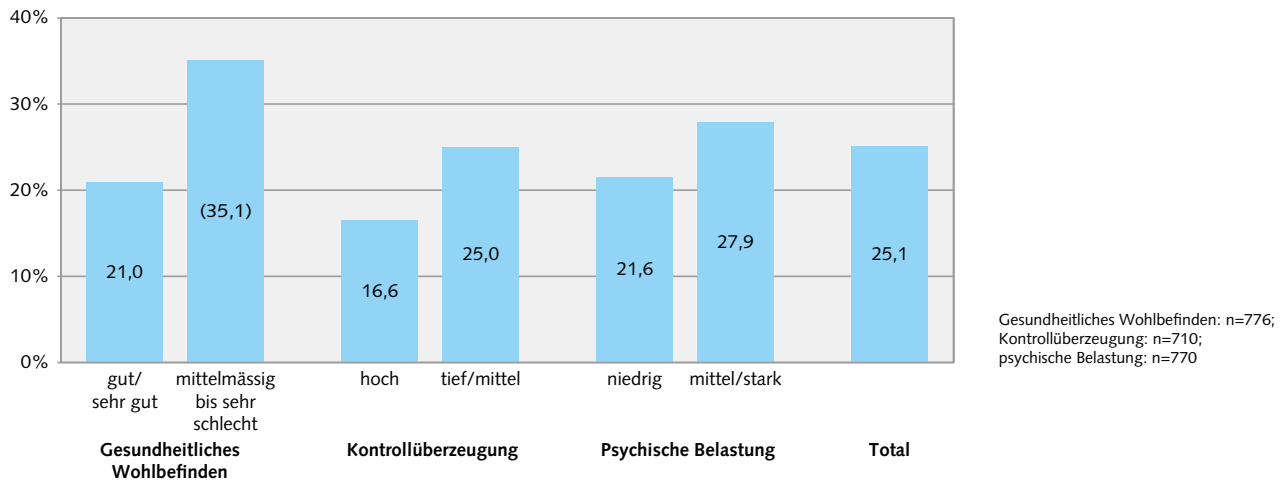
<sup>68</sup> Die meisten Fragen zur konkreten Arbeitstätigkeit werden im schriftlichen Fragebogen gestellt. Da die Stichprobe der schriftlichen Befragung kleiner ist als diejenige der telefonischen und ohnehin nur rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig ist, sind die entsprechenden Fallzahlen vergleichsweise gering. Für den Kanton Luzern bedeutet dies, dass diese Fragen in der Regel von rund 500 Personen beantwortet wurden und Analysen nach unterschiedlichen Merkmalen der befragten Personen daher sehr schnell an ihre Grenzen stossen.

#### *Lärm als häufigste Störungsquelle bei der Arbeit*

Wie aus Abbildung 4.3 hervorgeht, sind die Erwerbstätigen im Kanton Luzern am häufigsten von Lärm, zu hohen oder zu niedrigen Temperaturen und Vibrationen betroffen. Diese Aspekte werden von einem Sechstel bis

**Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern, 2007**

**Abb. 4.2**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)  
Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Bundesamt für Statistik (BFS)

zu einem knappen Fünftel der Befragten erwähnt. Dagegen sind Strahlung und der Kontakt mit ansteckenden Stoffen kaum ein Problem, was in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass nur eine Minderheit der Erwerbstätigen in einem entsprechenden Arbeitsumfeld tätig ist.

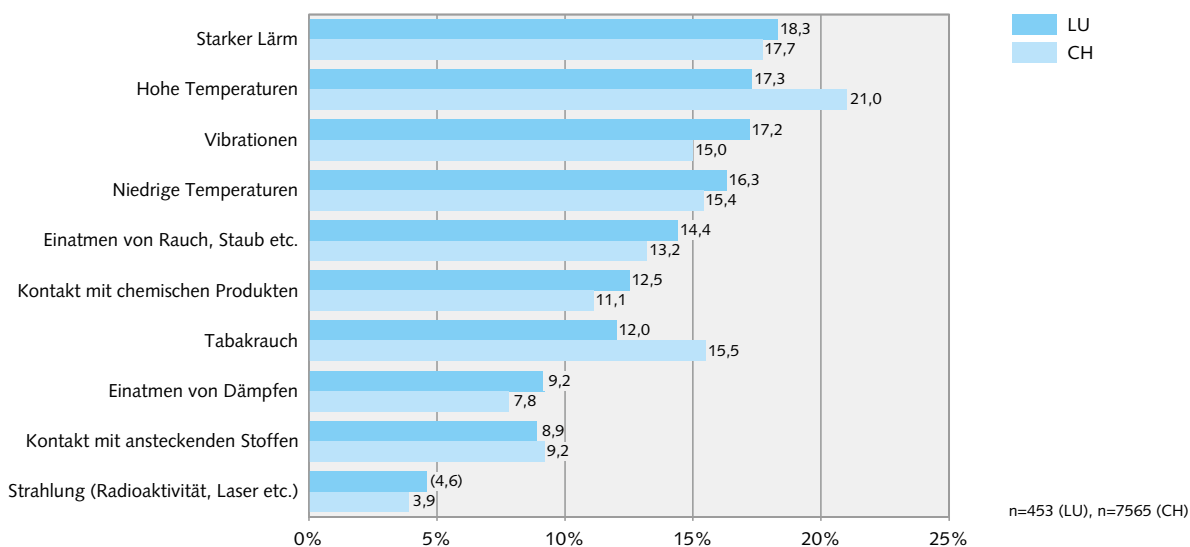
Bei den meisten untersuchten Immissionen finden sich nur geringfügige Abweichungen zwischen dem Kanton Luzern und der übrigen Schweiz. Auffallend ist, dass auf der Ebene der Gesamtschweiz häufiger auf hohe Tempe-

raturen und Tabakrauch verwiesen wird. Letzteres könnte mit dem eher unterdurchschnittlichen Anteil an Rauchenden und Personen, die Passivrauch ausgesetzt sind (vgl. Abschnitt 3.3) und dem vergleichsweise hohen Anteil an industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen im Kanton Luzern zusammenhängen (vgl. 1.4).

Bei der Anzahl erwähnter Immissionen lassen sich gemäss Tabelle 4.2 deutliche Bildungs-, Einkommens- und Berufseffekte nachweisen: Auf der Ebene der

**Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)**

**Abb. 4.3**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Bundesamt für Statistik (BFS)

**Tab. 4.2 Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)**

		Keine Immissionen		1 oder 2 Immissionen		3 und mehr Immissionen	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		52,3	49,6	26,3	31,4	21,3	19,0
<b>Geschlecht</b>	Frauen	60,3	55,1	26,8	34,2	(12,9)	10,8
	Männer	44,7	45,4	25,9	29,2	29,4	25,4
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	46,7	41,8	29,3	33,3	24,0	24,9
	35–49 Jahre	55,7	51,7	21,5	31,2	22,8	17,1
	50+ Jahre	58,4	57,1	28,4	29,0	(13,2)	13,9
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(62,5)	39,1	.	32,1	.	28,8
	Sekundarstufe II	43,7	42,1	28,7	33,6	27,6	24,3
	Tertiärstufe	71,5	64,6	22,8	27,4	.	8,0
<b>Nationalität</b>	Schweiz	52,9	50,8	28,6	31,1	18,4	18,1
	Ausland	(49,2)	45,1	.	32,4	(36,0)	22,5
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	43,5	40,3	31,1	34,4	25,4	25,4
	CHF 3000 bis 4499	58,4	47,6	(19,7)	32,2	(22,0)	20,2
	CHF 4500 bis 5999	(34,7)	53,2	36,2	30,1	(29,1)	16,7
	CHF 6000 und höher	72,8	62,6	(20,1)	27,7	.	9,7
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	56,8	51,6	24,8	31,4	18,4	17,0
	Land	48,0	44,2	27,8	31,4	24,2	24,4
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	Arbeiter/innen	26,0	25,3	27,5	33,5	46,5	41,2
	Kleinunternehmer/innen, selbstständige Handwerker/innen	(48,1)	44,9	(39,7)	31,2	.	24,0
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	61,3	57,7	(23,6)	33,1	(15,1)	9,2
	höhere/mittlere Führungskräfte	64,8	60,4	24,1	29,6	(11,2)	10,0
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>49,6</b>		<b>31,4</b>		<b>19,0</b>
	<b>Luzern</b>		<b>52,3</b>		<b>26,3</b>		<b>21,3</b>
	Aargau		48,0		31,7		20,3
	Appenzell Ausserrhoden		49,2		33,0		17,8
	Bern		45,6*		35,5*		18,9*
	Tessin		52,9		34,1		13,0*
	Uri		49,6		27,5		22,9
	Zentralschweiz ohne Luzern		47,0		33,1		19,9
	Grossregion Ostschweiz		47,1		28,0		24,9
	Deutschschweiz		49,7		31,3		19,1
Französische Schweiz		48,8		31,4		19,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=459 (LU), n=7828 (CH)

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

Gesamtschweiz erwähnen zwei Fünftel aller Arbeiter/innen (41,2%) mehr als zwei Immissionen bei der Arbeit, während es bei den Büroangestellten (9,2%) und den Führungskräften (10,0%) nur rund ein Zehntel ist. Ähnlich sieht es bei einem Vergleich der tiefsten mit den höchsten Bildungs- (28,8% vs. 8,0%) und Einkommensgruppen (25,4% vs. 9,7%) aus. Diese Befunde sind deshalb nicht erstaunlich, weil die erfragten Immissionen

vor allem im gewerblichen und industriellen Sektor auftreten, wo das durchschnittliche Bildungs- und Einkommensniveau geringer ist als im Dienstleistungssektor.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Gemäss der SGB 2007 verfügen von den Erwerbstätigen des Industrie- und Gewerbesektors 12% über einen Bildungsabschluss der Sekundarstufe I und 24% über einen Abschluss der Tertiärstufe. Im Dienstleistungssektor betragen die entsprechenden Anteile 7% bzw. 27%. Das durchschnittliche Haushaltsäquivalenzeinkommen der Erwerbstätigen beträgt im Industriesektor rund CHF 4200.-, im Tertiärsektor rund CHF 4600.-.

Wie der folgende Abschnitt zeigt, kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um, wenn nach psychischer Belastung im Arbeitsumfeld gefragt wird.

#### 4.2.2 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit

Lärm, Geruch oder Rauch sind nicht die einzigen Belastungen, mit denen man sich an seinem Arbeitsplatz konfrontiert sehen kann. Viele Menschen klagen über erhebliche körperliche Belastungen durch das Tragen schwerer Gegenstände oder die Bedienung schwerer Maschinen. Ein besonderes Thema stellen psychische Belastungen dar, die von Zeitdruck und Überforderung bis zu Konflikten mit den Kollegen/innen und Mobbing reichen können.<sup>70</sup>

Wie aus Tabelle 4.3 hervorgeht, geben jeweils rund ein Drittel der Luzerner Erwerbstätigen ein hohes Mass an körperlicher (33,8%) oder psychischer Belastung (36,4%) an. Hohe körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz treten zwar selten gemeinsam auf, doch immerhin 13% der Luzerner Erwerbstätigen berichten gemäss Tabelle 4.4 beide Formen von Belastungen. Dem stehen rund zwei Fünftel der Erwerbstätigen gegenüber, die sowohl in psychischer als auch körperlicher Hinsicht höchstens «mittel» belastet sind.

##### *Körperliche Belastung im Kanton Luzern überdurchschnittlich*

Wie Tabelle 4.3 zeigt, berichten im Kanton Luzern mehr Personen von hoher körperlicher Belastung am Arbeitsplatz als in der Gesamtschweiz, bei psychischer Belastung sind es tendenziell weniger. Dies dürfte u.a. im Zusammenhang mit der bereits erwähnten Wirtschaftsstruktur des Kantons stehen, die durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Beschäftigten im Agrar- und Industriesektor und ein unterdurchschnittliches Gewicht des Dienstleistungssektors charakterisiert ist (vgl. 1.4). Die Tabelle zeigt deutlich, dass die Art der ausgeübten Tätigkeit die wahrgenommenen Belastungen entscheidend beeinflusst: Auf der Ebene der Gesamtschweiz konstatieren 44,5% der Arbeiter/innen hohe körperliche Belastung, während dieser Anteil bei den nicht-manuellen Berufen (16,1%) und den Führungskräften (12,1%)

deutlich geringer ist.<sup>71</sup> Im Gegenzug erwähnt über die Hälfte (51,7%) der Führungskräfte hohe psychische Belastung, während es bei den Arbeiterinnen und Arbeitern weniger als ein Drittel ist (30,7%). Vergleichbare Zusammenhänge finden sich auch bezüglich des Bildungsstandes und des Einkommens, die eng mit dem Beruf zusammenhängen.

Demgegenüber finden sich für einmal kaum Unterschiede nach Alter, Nationalität und Geschlecht. Mit Bezug zu geschlechtsspezifischen Unterschieden fällt einzig auf, dass sich Frauen etwas seltener über hohe psychische Belastung beklagen als Männer, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass erwerbstätige Frauen häufiger Teilzeit arbeiten und eine tiefere berufliche Stellung haben als Männer.<sup>72</sup>

Abbildung 4.4 zeigt schliesslich den Zusammenhang zwischen den in Abschnitt 4.2.1 dargestellten Immissionen und den wahrgenommenen körperlichen und psychischen Belastungen. Da die Frage nach den Immissionen primär auf den industriellen und gewerblichen Bereich abzielt, ist der in der Abbildung dokumentierte Befund nicht erstaunlich: Personen, die körperlich stark belastet sind, leiden auch häufiger unter Immissionen. Über zwei Fünftel (42,9%) der körperlich stark belasteten Erwerbstätigen des Kantons Luzern sind von drei oder mehr Immissionen betroffen, während es bei körperlich gering oder mittel Belasteten nur ein Zehntel ist (10,2%). Demgegenüber geht eine hohe psychische Belastung tendenziell mit weniger Immissionen einher. Dieses Resultat ist plausibel, wenn man sich vorstellt, dass viele typische «Stressberufe» in klimatisierten und angenehm eingerichteten Büros ausgeübt werden.

Eine weitere Analyse, die nur auf der Ebene der Gesamtschweiz durchgeführt wurde und hier nicht dargestellt ist, zeigt überdies einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass psychischer und körperlicher Belastungen bei der Arbeit einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie der allgemeinen psychischen Belastungen andererseits. Dabei gilt: Je höher die körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, desto häufiger wird das gesundheitliche Wohlbefinden als mittelmässig

<sup>70</sup> Die SGB enthält eine Reihe von Fragen zu Gewalt-, Diskriminierungs- und Mobbingerelebnissen. Auf der Ebene der Gesamtschweiz geben 3,7% der Erwerbstätigen an, in den vergangenen 12 Monaten bei der Arbeit Gewalt oder Gewaltandrohungen von Kollegen/innen oder anderen Personen erfahren zu haben. Die Werte für Mobbing und Diskriminierung/Ungleichbehandlung betragen 7,7% bzw. 11,2%.

<sup>71</sup> Aufgrund der stellenweise zu geringen Fallzahlen beziehen wir uns hier und in den folgenden Ausführungen auf die Zahlen der Gesamtschweiz. Die Luzerner Zahlen sind in Tabelle 4.3 zwar dargestellt, sie müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden.

<sup>72</sup> Eine zusätzliche Analyse bestätigt, dass die in der SGB 2007 befragten Frauen häufiger Teilzeit (62% gegenüber 14% der Männer) arbeiten und seltener in Führungspositionen anzutreffen (7%, Männer: 15%) sind. Teilzeit Erwerbstätige klagen deutlich seltener über hohe psychische Belastung (36%) als Vollzeit Erwerbstätige (45%), wobei die Teilzeit erwerbstätigen Frauen (34%) jedoch noch deutlich seltener als die Teilzeit arbeitenden Männer (45%) diese Belastung erwähnen.

**Tab. 4.3 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
 (Erwerbstätige, in %)

		Körperliche Belastung <sup>1</sup>				Psychische Belastung <sup>2</sup>			
		gering/mittel <sup>3</sup>		hoch <sup>4</sup>		gering/mittel <sup>3</sup>		hoch <sup>4</sup>	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		66,2	76,7	33,8	23,3	63,6	58,7	36,4	41,3
<b>Geschlecht</b>	Frauen	67,9	78,1	32,1	21,9	65,3	64,6	34,7	35,4
	Männer	64,6	75,5	35,4	24,5	61,9	54,1	38,1	45,9
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	57,6	72,3	42,4	27,7	62,9	60,2	37,1	39,8
	35–49 Jahre	74,3	78,1	25,7	21,9	62,3	58,4	37,7	41,6
	50+ Jahre	70,9	80,1	(29,1)	19,9	67,0	57,2	33,0	42,8
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(44,0)	53,9	(56,0)	46,1	(55,1)	67,9	.	32,1
	Sekundarstufe II	59,6	70,6	40,4	29,4	69,4	63,8	30,6	36,2
	Tertiärstufe	86,4	91,0	(13,6)	9,0	51,8	48,1	48,2	51,9
<b>Nationalität</b>	Schweiz	73,1	77,5	26,9	22,5	63,1	58,5	36,9	41,5
	Ausland	(31,4)	73,6	(68,6)	26,4	(66,3)	59,1	(33,7)	40,9
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	57,1	68,5	42,9	31,5	72,1	64,5	27,9	35,5
	CHF 3000 bis 4499	59,5	74,3	40,5	25,7	55,4	58,0	44,6	42,0
	CHF 4500 bis 5999	71,2	80,7	(28,8)	19,3	62,0	57,1	(38,0)	42,9
	CHF 6000 und höher	85,5	89,3	(14,5)	10,7	59,7	51,7	40,3	48,3
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	65,2	78,8	34,8	21,2	62,1	57,7	37,9	42,3
	Land	67,1	71,1	32,9	28,9	65,1	61,4	34,9	38,6
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	Arbeiter/innen	49,1	55,5	50,9	44,5	75,7	69,3	(24,3)	30,7
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	62,7	62,9	(37,3)	37,1	76,1	67,5	(23,9)	32,5
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	68,9	83,9	(31,1)	16,1	65,8	64,3	(34,2)	35,7
	höhere/mittlere Führungskräfte	75,4	87,9	24,6	12,1	52,9	48,3	47,1	51,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>76,7</b>		<b>23,3</b>		<b>58,7</b>		<b>41,3</b>
	<b>Luzern</b>		<b>66,2*</b>		<b>33,8*</b>		<b>63,6</b>		<b>36,4</b>
	Aargau		76,6		23,4		61,0		39,0
	Appenzell Ausserrhoden		68,1*		31,9*		62,6		37,4
	Bern		71,7*		28,3*		61,8		38,2
	Tessin		67,2*		32,8*		49,6*		50,4*
	Uri		67,8*		32,2*		65,0		35,0
	Zentralschweiz ohne Luzern		77,6		22,4		62,2		37,8
	Grossregion Ostschweiz		72,7		27,3		57,5		42,5
	Deutschschweiz		75,9		24,1		59,3		40,7
	Französische Schweiz		80,2		19,8		58,2		41,8

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Körperliche Belastung: n=421 (LU), n=7557 (CH); psychische Belastung: n=467 (LU), n=8016 (CH)

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

<sup>1</sup> Antworten auf die Frage: Wie steht es mit der körperlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal zwei Arbeitsplätze vor: Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser körperlicher Belastung. Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt praktisch keine körperliche Belastung. Welchem dieser beiden Arbeitsplätze ist Ihr eigener am ähnlichsten?

<sup>2</sup> Antworten auf die Frage: Wie steht es mit der psychischen und nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal zwei Arbeitsplätze vor: Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser psychischer und nervlicher Belastung. Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt praktisch keine psychische und nervliche Belastung. Welchem dieser beiden Arbeitsplätze ist Ihr eigener am ähnlichsten?

<sup>3</sup> Geringe und mittlere Belastung: Zusammenfassung der Antworten «ähnlich wie der von B», «genau wie der von B» und «zwischen A und B».

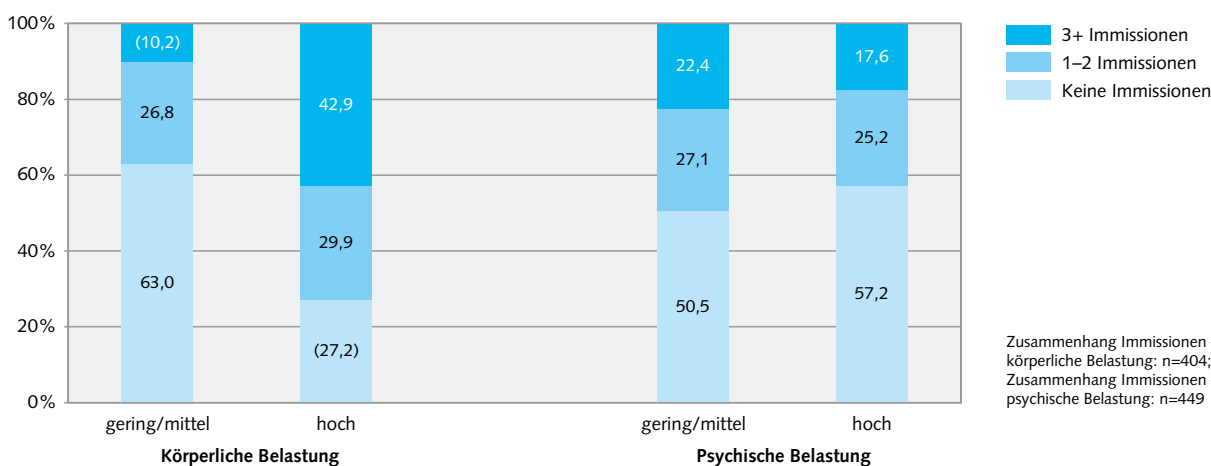
<sup>4</sup> Hohe Belastung: Zusammenfassung der Antworten: «ähnlich wie der von A» und «genau wie der von A».

**Tab. 4.4 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Luzern, 2007 (Erwerbstätige, in %)**

Psychische Belastung	Körperliche Belastung		Total
	gering/mittel	hoch	
gering/mittel	41,1	20,6	61,6
hoch	25,3	13,0	38,4
Total	66,4	33,6	100,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=415  
Für die Wortlaute der Fragen siehe Fussnote zu Tab. 4.3.

**Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Luzern, 2007 (Erwerbstätige)** **Abb. 4.4**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

oder schlecht bezeichnet und desto häufiger wird auch die allgemeine psychische Belastung im Alltag als hoch eingeschätzt.

### 4.3 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

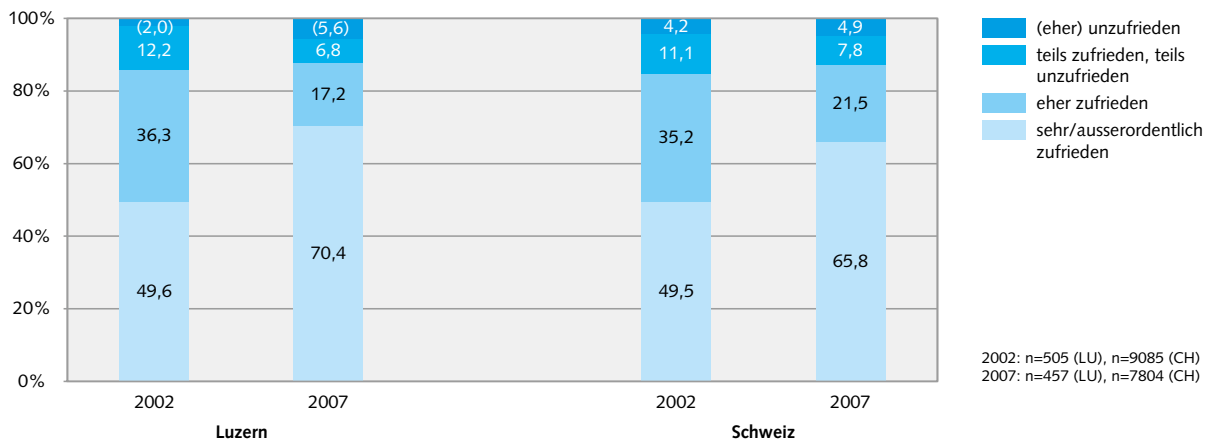
Eine wichtige Fragestellung in Zusammenhang mit dem Erwerbsleben betrifft die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. Gerade weil die Erwerbsarbeit einen wichtigen Stellenwert im Leben vieler Menschen einnimmt, strahlen Gefühle der Befriedigung und des Wohlbefindens auf andere Lebensbereiche aus und haben damit auch einen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. BAG, 2005b). Gemäss Abbildung 4.5 lässt sich sowohl für den Kanton Luzern als auch für die Gesamtschweiz ein hohes Mass an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation nachweisen. Dabei fällt auf, dass der Anteil der mit ihrer Arbeit sehr Zufrie-

denen zwischen 2002 und 2007 deutlich angestiegen ist: Bezeichnete sich 2002 erst knapp die Hälfte der Luzerner Erwerbstätigen als «sehr» oder «ausserordentlich zufrieden» mit ihrer Arbeitssituation, beträgt dieser Anteil im Jahr 2007 über 70%. Auch auf der Ebene der Gesamtschweiz lässt sich dieser Anstieg nachweisen, wenn auch auf leicht tieferem Niveau.

Interessanterweise geht der Anstieg jedoch weniger auf Kosten der Unzufriedenen, deren Anteil sich zwischen 2002 und 2007 kaum verändert hat, wenn man auch die «teilweise Unzufriedenen» mitberücksichtigt. Die grösste Verschiebung ergibt sich bei den «eher Zufriedenen», deren Anteil an allen Erwerbstätigen deutlich zurückgegangen ist. Damit zeichnet sich bei den Erwerbstätigen eine leichte Polarisierung zwischen «ausserordentlich Zufriedenen» einerseits und «(teilweise) Unzufriedenen» andererseits ab.

**Zufriedenheit mit der Arbeitssituation**

Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)

**Abb. 4.5**

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

#### 4.4 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden

Unabhängig von der aktuellen Arbeitszufriedenheit kann die Angst, die aktuelle Stelle zu verlieren und arbeitslos zu werden, eine erhebliche Belastung darstellen. Im Kanton Luzern sorgten sich im Jahr 2007 8,2% der Erwerbstätigen um ihre Stelle, während sich fast die Hälfte (44,9%) überhaupt keine Sorgen machte. Die übrigen Befragten geben an, sich «eher keine Sorgen» um ihre Stelle zu machen. Diese Werte haben sich seit 2002 kaum verändert und liegen in einer ähnlichen Grössenordnung wie die gesamtschweizerischen Werte. Einzig der Anteil derjenigen, die sich Sorgen um ihre Stelle machen, liegt im Kanton Luzern signifikant tiefer als auf der Ebene der Gesamtschweiz (12,5%).

Im aktuellen Kontext erhöhter wirtschaftlicher Unsicherheit müssen die Zahlen aus dem Jahr 2007 jedoch vorsichtig interpretiert werden, denn es kann angenommen werden, dass entsprechende Wahrnehmungen nicht zuletzt auch von konjunkturellen Entwicklungen abhängen.

##### *Hohes Vertrauen in die aktuelle Stelle ...*

Die geringen Veränderungen zwischen 2002 und 2007 sind insofern etwas erstaunlich, als die Arbeitszufriedenheit – wie weiter oben gezeigt – im selben Zeitraum deutlich zugenommen hat. Das heisst: 2007 waren zwar

mehr Personen sehr zufrieden mit ihrer Arbeit als noch fünf Jahre zuvor, die Stellen wurden aber nicht als sicherer wahrgenommen.<sup>73</sup>

Abbildung 4.6 zeigt, dass die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust in der Schweiz zwar nicht sehr verbreitet ist, dass aber erhebliche Zusammenhänge mit verschiedenen Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit bestehen: Von denjenigen, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als (sehr) gut bezeichnen, fürchten 11,8% um ihre Stelle, während es bei denjenigen mit einem mittelmässigen bis sehr schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden fast ein Viertel ist (22,5%). Ähnliches gilt für die weiteren in der Abbildung dargestellten Dimensionen: Personen mit geringer Kontrollüberzeugung (15,0%) sowie einer mittleren oder hohen allgemeinen psychischen Belastung (24,3%) fürchten mehr als doppelt so häufig um ihre Stelle als Personen mit hoher Kontrollüberzeugung (7,3%) bzw. niedriger allgemeiner psychischer Belastung (10,1%).

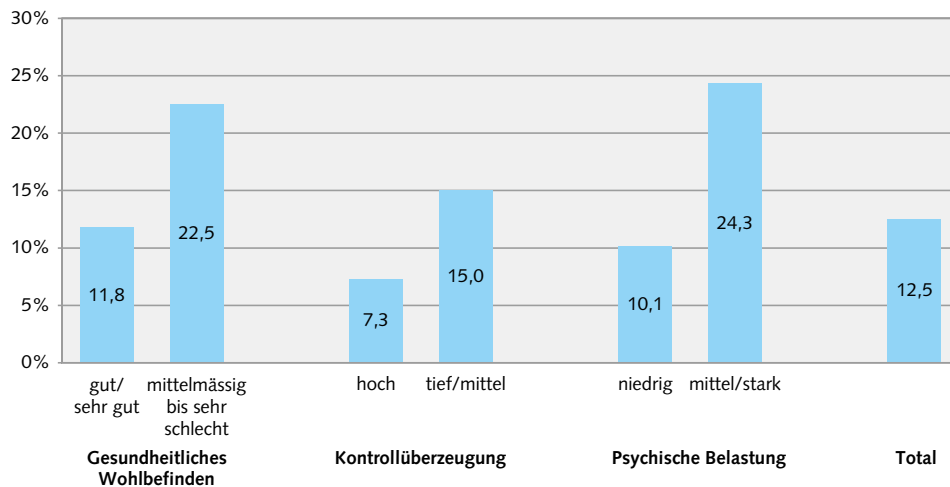
##### *... geringe Zuversicht bei einem Stellenverlust*

Sollte der Fall eines Stellenverlusts trotz des allgemein hohen Vertrauens in die aktuelle Arbeit doch einmal eintreten, so ist die Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden, gering: In Luzern formuliert rund die Hälfte der Befragten entsprechende Bedenken (52,9%). Die Luzerner Erwerbstätigen erweisen sich gemäss Tabelle 4.5 als

<sup>73</sup> Allerdings fürchten Personen, welche mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind, deutlich häufiger um ihre Stelle (29,1%) als Personen, die mit ihrer Arbeit sehr zufrieden sind (8,8%) (Resultate für die Gesamtschweiz).

**Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren**  
Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

**Abb. 4.6**



Gesundheitliches Wohlbefinden: n=8036;  
Kontrollüberzeugung: n=7652;  
psychische Belastung: n=7988

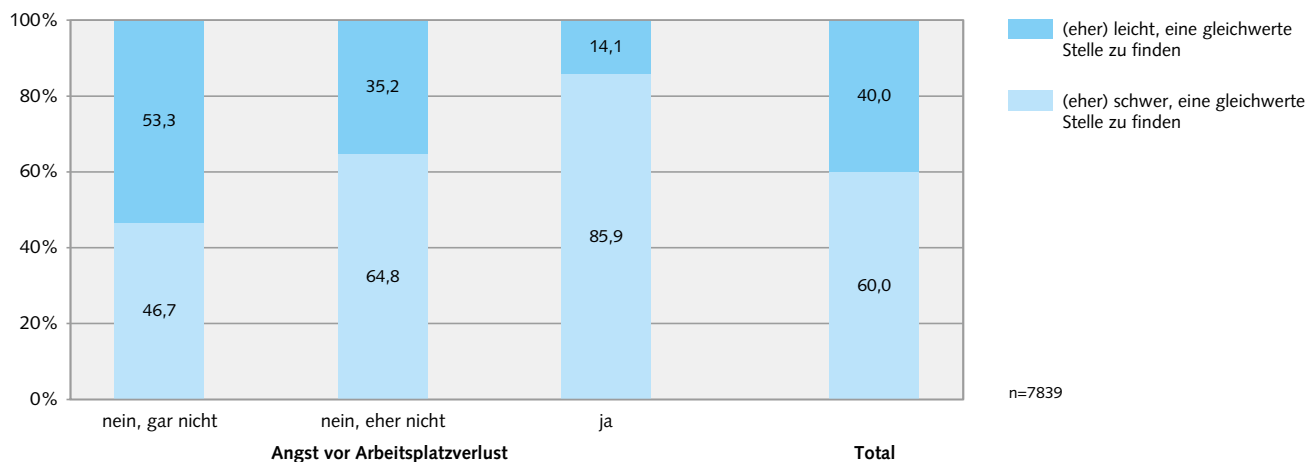
Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden**  
Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

**Abb. 4.7**



n=7839

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

deutlich zuversichtlicher als der Gesamtschweizer Durchschnitt. Dass diese Zuversicht in den höheren Bildungsgruppen, bei jüngeren Personen sowie Männern besonders ausgeprägt ist, passt gut zu den Befunden von Studien zur Arbeitslosigkeit, aus denen hervorgeht, dass Personen mit einer geringen Bildung, ältere Arbeitnehmer/innen und Frauen zu den wichtigen «Risikogruppen» für Arbeitslosigkeit gehören (Djurdjovic, 2007). Dagegen sind die Unterschiede bezüglich der sozioprofessionellen Kategorien im Kanton Luzern weder eindeu-

tig noch signifikant. Werden die Angaben zur Angst vor einem Verlust der Stelle und der Zuversicht, eine gleichwertige Arbeit zu finden, miteinander kombiniert, so ergibt sich das in Abbildung 4.7 dargestellte Bild: Die Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden, ist umso höher, je sicherer man seine aktuelle Stelle beurteilt. Unter denjenigen, welche bereits heute um ihre Stelle fürchten, beträgt der Anteil von zuversichtlichen Personen nur noch 14,1%.



**Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

		eher/sehr leicht		eher/sehr schwer	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		47,1	40,0	52,9	60,0
<b>Geschlecht</b>	Frauen	42,0	37,1	58,0	62,9
	Männer	52,1	42,3	47,9	57,7
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	55,1	56,4	44,9	43,6
	35–49 Jahre	47,7	39,7	52,3	60,3
	50+ Jahre	(30,5)	18,5	69,5	81,5
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	.	32,7	(48,2)	67,3
	Sekundarstufe II	43,0	38,3	57,0	61,7
	Tertiärstufe	56,2	44,4	43,8	55,6
<b>Nationalität</b>	Schweiz	48,6	38,8	51,4	61,2
	Ausland	(40,5)	44,3	(59,5)	55,7
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	40,7	41,5	59,3	58,5
	CHF 3000 bis 4499	36,1	36,8	63,9	63,2
	CHF 4500 bis 5999	56,9	39,0	43,1	61,0
	CHF 6000 und höher	63,3	42,8	36,7	57,2
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	46,0	40,0	54,0	60,0
	Land	48,2	40,1	51,8	59,9
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	Arbeiter/innen	50,7	41,2	49,3	58,8
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	(63,9)	42,0	(36,1)	58,0
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	37,1	35,0	62,9	65,0
	höhere/mittlere Führungskräfte	46,3	41,3	53,7	58,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>40,0</b>		<b>60,0</b>
	<b>Luzern</b>		<b>47,1*</b>		<b>52,9*</b>
	Aargau		41,8		58,2
	Appenzell Ausserrhoden		46,8		53,2
	Bern		38,6		61,4
	Tessin		37,2		62,8
	Uri		40,5		59,5
	Zentralschweiz ohne Luzern		42,7		57,3
	Grossregion Ostschweiz		37,0		63,0
	Deutschschweiz		39,2		60,8
Französische Schweiz		42,9		57,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=462 (LU), n=7923 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Wortlaut der Frage: Wenn Sie Ihren heutigen Arbeitsplatz (Jugendliche: Ihre heutige Lehrstelle) verlieren würden: Wie leicht bzw. wie schwer wäre es für Sie, wieder eine gleichwertige Stelle zu finden?

## 4.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden potentiell gesundheitsgefährdende Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld aufgezeigt. Mit Bezug zum Wohnen fällt zunächst auf, dass nur eine Minderheit von etwas über 20% der Luzerner Bevölkerung von zwei und mehr Störungen in der Wohnumgebung betroffen ist. Die wichtigsten Störfaktoren sind der Lärm von Menschen und Autos. Gleichzeitig zeigt die vorliegende Analyse, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl erwähnter Störungen einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie allgemeiner psychischer Belastung andererseits besteht. Aufgrund der in der Literatur dokumentierten Gesundheitseffekte (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004b) sind Lärmbelastigungen und andere Störungen, selbst wenn sie nur eine Minderheit der Bevölkerung betreffen, daher so weit wie möglich zu vermeiden oder zu reduzieren.

Überdies fällt mit Blick auf die vorliegenden Befunde auf, dass Störungen in der Wohnumgebung sozial ungleich verteilt sind. Das heisst: Bezüglich Einkommen und Bildungsstand weniger privilegierte Personen sind häufiger Immissionen ausgesetzt als Personen mit einem hohen Einkommen und einer höheren Bildung. Da, wie der vorliegende Bericht zeigt, die einkommensschwachen und bildungsfernen Gruppen auch in anderer Hinsicht von verschiedenen gesundheitlichen Nachteilen und Benachteiligungen betroffen sind, können die diskutierten Probleme im Wohnbereich als zusätzliches Element der gesundheitlichen Ungleichheit identifiziert werden.

Erhebliche soziale Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf die Arbeitssituation. Seien es die Immissionen bei der Arbeit, körperliche und psychische Belastungen oder die Aussichten, bei einem Stellenverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden: In der Regel sind es Angehörige von bildungsfernen, weniger privilegierten Gruppen, die mit grösseren Problemen und Ängsten zu kämpfen haben. Die Ausnahme von der Regel stellen psychische Belastungen dar, von denen Führungskräfte, hoch gebildete und gut verdienende Personen häufiger betroffen sind. Selbst wenn sich aus den Angaben zu den psychischen Belastungen kein Indikator für «Stress» bilden lässt, dürfte dieser in denjenigen Gruppen, welche über eine hohe psychische Belastung klagen, verbreiteter sein als in den anderen Gruppen.<sup>74</sup>

Bezüglich der Arbeitssituation gilt es jedoch auch eine Reihe positiver Befunde hervorzuheben – zumindest für die Situation im Jahr 2007. So ist «nur» eine Minderheit von rund einem Fünftel der Befragten bei der Arbeit von mehr als zwei Immissionen betroffen, und die Kumulation von hohen körperlichen und psychischen Belastungen findet sich nur bei etwas über einem Zehntel der Erwerbstätigen. Besonders hervorzuheben ist aber die Tatsache, dass die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden ist. Der Anteil der Unzufriedenen liegt wie schon im Jahr 2002 bei rund 5%, während der Anteil derjenigen, die mit ihrer Arbeit sehr oder ausserordentlich zufrieden sind, zwischen 2002 und 2007 von knapp 50% auf rund 70% angestiegen ist. Trotz verbreiteter körperlicher und psychischer Belastungen ist die Arbeit für die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen damit weiterhin eine wichtige Quelle von Zufriedenheit.

<sup>74</sup> Darauf deutet ein weiteres Resultat hin: Wird «Stress» mit der alltags-sprachlichen Definition im Sinne von «Zeitdruck» gleichgesetzt, zu dem in der SGB 2007 eine einfache Frage existiert, so zeigt sich, dass 88% der Befragten mit einer hohen psychischen Belastung diesen erwähnen, während es bei den Befragten mit einer mittleren oder geringen Belastung 73% sind (Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz).

# 5 Schwerpunktthemen: Depression/Übergewicht

*Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler und Tanja Fasel (5.1 und 5.3)*

*Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht (5.2 und 5.3)*

**Für die Kantonsärztlichen Dienste Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:**

## **Unterkapitel 5.1. Depression**

1. Depression zählt zu den verbreitetsten psychischen Krankheiten. Im Kanton Luzern berichten 15,0% der Befragten über depressive Symptome. Dieser Anteil liegt unter dem Schweizer Durchschnitt (18,9%). Dabei handelt es sich meist um schwache Symptome (13,5%), seltener um mittlere, starke oder gravierende Symptome (1,5%).
2. Betrachtet man die gesamte Lebensspanne, beträgt das Risiko für Depressionserkrankungen 23%. Depressionen sind eine besonders häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, verminderte Produktivität bei der Arbeit sowie Frühberentung.
3. Depressive Störungen werden wegen der oft im Vordergrund stehenden somatischen Symptome häufig nicht oder erst sehr spät erkannt und zudem nur selten fachspezifisch behandelt. Etwa drei Viertel der depressiven Hausarztpatienten/innen präsentieren ihr Problem ausschliesslich mit körperlichen Problemen, was die adäquate Problemwahrnehmung sehr erschwert.
4. Depressionen treten vermehrt auf beim Vorhandensein körperlicher Beschwerden, bei höherem Alter, bei Einsamkeit, bei Angst vor Arbeitsplatzverlust, bei lang andauernden Gesundheitsproblemen sowie bei psychischer Belastung durch die Arbeit.

### **Fazit:**

Mit gezielten Massnahmen könnten vor allem mittel belastete Bevölkerungsgruppen (Prävention und Frühintervention) und die Risikogruppen (Sekundärprävention) vermehrt unterstützt werden. Mit Projekten wie das Luzerner Bündnis gegen Depression werden gezielt breite Kreise für die Prävention von Depression und Suizidalität in der Luzerner Bevölkerung angesprochen. Aufgrund der gesundheitspolitischen Bedeutung wäre die Weiterentwicklung des Bündnisses zum kantonalen Aktionsprogramm Psychische Gesundheit sinnvoll.

Dr. phil. nat. Hans-Peter Roost, MPH, MAS  
Stellvertreter der Kantonsärztin

## **Unterkapitel 5.2. Übergewicht**

1. Unbestritten ist, dass sich ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung positiv auf die Gesundheit auswirken. Eine ausgewogene Ernährung, regelmässige Bewegung und ein gesundes Körpergewicht unterstützen die Gesundheit.
2. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der allgemeinen Gesundheits- und Konsumkompetenz und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung und sozioökonomischer Position bestehen mit Blick auf das Körpergewicht wesentliche Unterschiede.
3. Im Kanton Luzern sind knapp ein Viertel der Frauen und die Hälfte der Männer übergewichtig oder adipös. Im Vergleich zu 2002 ist der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen in der Bevölkerung um 5% gesunken.
4. Obwohl es bei uns nicht an Lebensmitteln mangelt, ernähren sich diverse Bevölkerungsgruppen nicht besonders gut. Das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, die Qualität und Quantität der konsumierten Lebensmittel hängen jedoch von individuellen Entscheidungen im Kontext der Lebensverhältnisse, den soziodemografischen und sozioökonomischen, ab. Entsprechendes Wissen und Bewusstsein ist notwendig.

### **Fazit:**

Die aktuellen Resultate deuten darauf hin, dass in diesen Bereichen bei der Luzerner Bevölkerung weiterhin Handlungsbedarf besteht und Anstrengungen sowohl auf Verhaltens- wie auf Verhältnisebene nötig sind. Risikogruppen sind insbesondere Männer, Junge und Menschen mit tiefem Bildungsniveau. Es gilt, Vorgehensweisen zu entwickeln, die den speziellen Bedürfnissen der Risikogruppen gerecht werden. Denn hier zeigen sich die Wirkungen von Massnahmen erst langfristig, da sie eine Veränderung des Lebensstils erfordern.

Claudia Burkard Weber, EUMAHP  
Bereichsleiterin Gesundheitsförderung und Prävention

In den voran stehenden Kapiteln wurden aufgezeigt, wie es den Luzernerinnen und Luzernern gesundheitlich geht, inwiefern sie sich gesundheitsförderlich bzw. -schädlich verhalten bzw. welchen gesundheitsrelevanten Bedingungen sie bei der Arbeit und beim Wohnen ausgesetzt sind. Auf einige ausgewählte Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und dem Gesundheitszustand wurde dabei eingegangen. Es wurden aber keine

Analysen durchgeführt, welche mehr als einen Faktor miteinbezogen haben. Im vorliegenden soll nun ein Schritt weitergegangen werden, indem anhand zweier Themen – depressive Symptome und Übergewicht – exemplarisch aufgezeigt wird, welche der Einflussfaktoren bzw. welche Kombination von Einflussfaktoren für die jeweilige Gesundheitsproblematik besonders relevant sind. Am Beispiel Depression kann etwa aufgezeigt

werden, dass unterschiedliche Kombinationen von Belastungsfaktoren mit hohen Anteilen an depressiven Personen einhergehen. Für die Problematik des Übergewichtes können die unterschiedlich starken Einflüsse von soziodemografischen und Lebensstil-Faktoren aufgezeigt werden. Das konkrete methodische Vorgehen ist dem jeweiligen Abschnitt zu entnehmen. In beiden Beiträgen werden die Ergebnisse der Analysen in Bezug gesetzt zu zielgruppenspezifischen Interventionen auf Ebene von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von Massnahmen zur Identifikation von Risikogruppen.

Die Analysen konnten wiederum mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung durchgeführt werden, da sie Angaben zu vielen der interessierenden Faktoren enthält. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen wiederum die Grenzen dieser Datenquelle beachtet werden, d.h. es können sowohl Messprobleme als auch Verzerrungen durch Selbstangaben vorliegen. Auf diese wird später im Text hingewiesen. Die Analysen konnten nur auf Gesamtschweizer Ebene berechnet werden, weil die Fallzahlen der Kantone nicht ausreichend sind. Es ist aber davon auszugehen, dass die aufgezeigten Zusammenhänge auf Ebene Gesamtschweiz aber auch für den Kanton Luzern gelten.

## 5.1 Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten

### 5.1.1 Ausgangslage

Verschiedene Gesundheitssurveys, die wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung Symptomskalen verwenden, zeigen bei Erwachsenen einen Anteil von rund 20% der Bevölkerung mit irgendwelchen depressiven Symptomen in den letzten Wochen bis Monaten vor der Befragung (Kessler & Wang, 2009). Dieselbe Grössenordnung (18,9%) findet sich auch für die Schweiz.

#### *Klinisch relevante Depressionen sind häufig*

Depressive Erkrankungen gehören zusammen mit den Angststörungen, Substanzabhängigkeiten und somatoformen Störungen zu den häufigsten psychischen Leiden überhaupt. In klinisch-epidemiologischen Untersuchungen in mit der Schweiz vergleichbaren Ländern erfüllen 7-10% der Erwachsenenbevölkerung innerhalb eines Jahres die Diagnose-Kriterien einer behandlungs-

würdigen Depression (Baumeister & Harter, 2007; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2005b). Betrachtet man die gesamte Lebensspanne bis zur Befragung, erfüllen rund 17% der Bevölkerung die Kriterien für eine klinisch relevante Depression (major depressiv disorder), die projizierte Lebenszeitprävalenz mit Berücksichtigung des Risikos der bei Befragung noch nicht Erkrankten beträgt gar 23% (Kessler et al., 2005a). Studien, die neben der Diagnose auch den Schweregrad berücksichtigt haben, zeigen, dass es sich bei den depressiven Störungen nur zu 15% um leichtere Fälle handelt, bei den restlichen 85% handelt es sich um mittel bis sehr schwere Krankheitsgrade (Kessler et al., 2005b).

#### *Depressionen haben eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung*

Die unipolare Depression ist laut WHO in der Erwachsenenbevölkerung diejenige Krankheit, die mit der grössten Krankheitslast verbunden ist. Depressionen sind zudem neben den Erkrankungen des Bewegungsapparates eine besonders häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, verminderte Produktivität bei der Arbeit sowie Frühberentung. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass depressive Störungen sehr häufig einen wiederkehrenden («rezidivierenden») Verlauf aufweisen. Weiter zeigen sie eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen (Angststörungen, Substanzabhängigkeit) sowie somatischen Erkrankungen (Diabetes, Herzkrankheiten, Übergewicht etc.) und Schmerzsyndromen, was zu einem ungünstigeren Verlauf sowohl der Depressionen wie auch der anderen Erkrankungen beiträgt (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Freedland & Carney, 2009). Depressive Störungen werden wegen der oft im Vordergrund stehenden somatischen Symptome häufig nicht oder erst sehr spät erkannt und zudem nur selten fachspezifisch behandelt. Dies gilt im Besonderen auch für Depressionen bei älteren Menschen, die eher über somatische denn über psychische Befindlichkeiten sprechen und in der Folge nur selten psychotherapeutisch-medikamentös adäquat behandelt werden (Hell & Böker, 2005). Ob depressive Erkrankungen über die letzten Jahrzehnte zugenommen haben, ist nicht geklärt und wegen historisch unterschiedlicher Erhebungsmethoden auch kaum zu beantworten. Wahrscheinlicher ist, dass ihre Häufigkeit in früheren Studien unterschätzt wurde, jedenfalls zeigen die wenigen Studien mit vergleichbarer Methodik keine Unterschiede über die Zeit (Kessler et al., 2005b).

### *Einzelne depressive Symptome können Erkrankungen vorhersagen*

Die grosse Verbreitung depressiver Symptome in der Bevölkerung, die noch keine Depressions-Diagnose rechtfertigen, zeigt, dass es sich bei den einzelnen Symptomen um allgemeinmenschliche Erfahrungen handelt, die erst durch ihre Kombination und Dauer Störungswert erhalten. Fast jede und jeder hat an sich selbst schon Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Appetitlosigkeit oder fehlendes sexuelles Verlangen erlebt. Dennoch hat sich verschiedentlich gezeigt, dass solche Symptome im Sinne einer subklinischen Depression oder einer «Demoralisierung» (Fichter, 1990) ein bedeutsamer Prädiktor späterer ausgeprägter Depressivität sein können und zudem mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einhergehen (Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992; Fichter, 1990; Linden et al., 1998).

### *Kenntnis von Risikogruppen ist wichtig*

Es ist deshalb aus gesundheitspolitischen und versorgungspraktischen Gründen wichtig, solchen frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung nachzugehen. Depressive Symptome und Erkrankungen stehen – sei es als Ursache, als Konsequenz oder als gleichzeitiges Phänomen – in einem relativ engen Zusammenhang mit sozialen Problemen und kritischen Lebensereignissen wie fehlender sozialer Unterstützung, Ehescheidung, Arbeitsplatzproblemen, Verlust von nahestehenden Menschen oder dem Verlust des Arbeitsplatzes. Die Kenntnis solcher sozialer Zusammenhänge kann Hinweise geben für gesundheitsplanerisches Handeln, insbesondere für Frühintervention und Sekundärprävention. Da depressive Symptome in der Bevölkerung aber derart verbreitet sind, ist es zentral, spezifische Risikogruppen mit erhöhter depressiver Belastung zu identifizieren.

Die folgenden Analysen versuchen, spezifische Risikogruppen mit erhöhter depressiver Belastung zu identifizieren und diese in Bezug auf ihre Zusammenhänge mit weiteren Merkmalen sowie hinsichtlich ihrer Problematik und ihres möglichen Interventionsbedarfs zu charakterisieren.

#### **5.1.2 Vorgehensweise**

Im schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung haben 12'656 Personen die Fragen zum Vorhandensein von 10 möglichen depressiven Symptomen in den letzten zwei

Wochen beantwortet (die so genannte Wittchen-Skala; Wittchen, 2000). Insgesamt berichten 20% der schriftlich Befragten über mindestens ein depressives Symptom.<sup>75</sup> Um aus diesen Befragten mit mindestens einem depressiven Symptom potentielle Risiko-Typen identifizieren zu können, wurde eine Klassifikationsanalyse durchgeführt mit einer abhängigen Variable im Sinne eines Eingangskriteriums mit den Ausprägungen «mindestens 1 depressives Symptom, kein depressives Symptom». Für die Typenbildung wurden aufgrund der Literatur zu Einflussfaktoren depressiver Erkrankungen rund 35 potentiell klassifizierende Variablen aus soziökonomischen, arbeitsbezogenen, gesundheitsbezogenen und sozialen Bereichen hinzugezogen.<sup>76</sup>

### *Einschränkungen*

Der Klassifikationsanalyse<sup>77</sup> liegt ein sehr vereinfachtes theoretisches Modell von Depression zugrunde, welches davon ausgeht, dass diese Merkmale auf die Unterscheidung von Gruppen mit depressiven Symptomen Einfluss nehmen und nicht umgekehrt depressive Symptome diese Merkmale klassifizieren. Damit wird den vielfältigen dynamischen Zusammenhängen zwischen Depressivität und soziodemografischen, ökonomischen, sozialen

<sup>75</sup> Bei den 20% mit mindestens einem depressiven Symptom handelt es sich um den ungewichteten Wert, da Klassifikationsanalysen mit ungewichteten Werten arbeiten. Der gewichtete, auf die Schweizer Bevölkerung adjustierte Wert beträgt 18,9%, siehe auch Kapitel 2.

<sup>76</sup> Soziodemografie: Geschlecht, Alter, Nationalität, Zivilstand, Ausbildung, Wohnort, Anzahl Kinder unter 15 Jahren, Haushaltstyp; Sozioökonomie: Haushaltsäquivalenzeinkommen, sozioprofessionelle Kategorien, Arbeit gegen Entlohnung, Erwerbstätigkeit/Beschäftigungsgrad; Soziale Unterstützung: Soziale Unterstützung, Einsamkeitsgefühle, Vorhandensein einer Vertrauensperson, Vermissen einer Vertrauensperson; Körperliche Gesundheit: Körperliche Beschwerden, lang andauerndes Gesundheitsproblem, Grund dieses Gesundheitsproblems, zeitweilige Leistungseinschränkungen wegen eines Gesundheitsproblems, weniger als 5 Arztbesuche im letzten Halbjahr, ärztliche Behandlung wegen Migräne, ärztliche Behandlung wegen Asthma, ärztliche Behandlung wegen Diabetes; Gesundheitsverhalten: Durchschnittlicher Konsum von mindestens 20g reinen Alkohols pro Tag, Tabakkonsum, körperliche Aktivität, Körpermassenindex; Arbeitssituation: Angst vor Arbeitsplatzverlust, Zuversicht bei Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden, Arbeitsuche in den letzten vier Wochen vor Befragung, Erwerbslosigkeit aus gesundheitlichen Gründen, Zufriedenheit mit der Arbeit, Arbeitsresignation, körperliche Belastung bei der Arbeit, psychische Belastung bei Arbeit.

<sup>77</sup> Die Klassifikationsanalyse wurde statistisch mit dem so genannten «Entscheidungsbaum»-Verfahren durchgeführt («CATFIRM»: formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Dieses Verfahren berechnet diejenige Variable, die am besten (Chi-Quadrat-Test) trennt zwischen Personen mit und ohne Depressivität, und zwar fortlaufend für alle neu entstehenden Gruppen bis Endgruppen gebildet sind, die statistisch nicht mehr bedeutsam getrennt werden können - dies sind dann die unterschiedlichen Bevölkerungstypen mit geringem bis sehr hohem Anteil von Personen mit ‚Depressivität‘. Von den 12'656 Personen mit Angaben zu den Depressionsfragen weisen 822 fehlende Werte bei der Frage nach körperlichen Beschwerden auf, weshalb die folgende Analyse die Werte von 11'843 Personen berücksichtigt.

und gesundheitlichen Merkmalen nicht Rechnung getragen. Zudem können Daten einer Querschnittserhebung grundsätzlich nur auf ihre Zusammenhänge, aber nicht auf ihre effektive Wirkungsrichtung geprüft werden. Die Ergebnisse der Klassifikationsanalyse dürfen deshalb nicht kausal gedeutet werden, sondern eher als potentielle Ansätze für Screeningverfahren zur Identifizierung besonders gefährdeter Personen.

### 5.1.3 Resultate

#### *Wenige aber trennscharfe Belastungsmerkmale*

Als Resultat ergibt sich eine Typologie mit 13 unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Abb. 5.1). Das Resultat ist in verschiedener Hinsicht aufschlussreich: Zum einen werden Bevölkerungsgruppen mit einem sehr hohen Anteil von Personen mit mindestens einem depressiven Symptom von Bevölkerungsgruppen mit einem geringen Personenanteil mit ‚Depressivität‘ klar unterschieden. Zum anderen lassen sich diese Gruppen auch inhaltlich prägnant profilieren. Interessanterweise unterscheidet zunächst einmal das Vorhandensein körperlicher Beschwerden am besten zwischen Personen mit und ohne depressive Symptome. In der nächst unteren Ebene erweisen sich je nach Ast das Alter und die empfundene Einsamkeit als trennschärfste Variablen, in der dritten Ebene sind es wiederum Einsamkeit, sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlust und das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems. Auf der untersten Ebene zeigen sich wiederum das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation sowie die psychische Belastung durch die Arbeit als die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale.

Das bedeutet, dass es insgesamt nur sehr wenige Belastungsmerkmale sind, die für die Unterscheidung der einzelnen Personengruppen mit und ohne depressive Symptome immer wieder zum Tragen kommen: Körperliche Beschwerden oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem, Einsamkeit sowie Belastungsmerkmale der Arbeitssituation (Angst vor Arbeitsplatzverlust, psychische Belastung und Unzufriedenheit). Im Folgenden werden 6 dieser 13 Gruppen näher erläutert – eine grosse Gruppe mit sehr geringem Anteil depressiver Symptome (Referenzgruppe) sowie 5 Hochrisikogruppen mit einem besonders hohen Anteil von Personen mit depressiven Symptomen.

#### *Referenzgruppe mit geringen körperlichen und depressiven Symptomen*

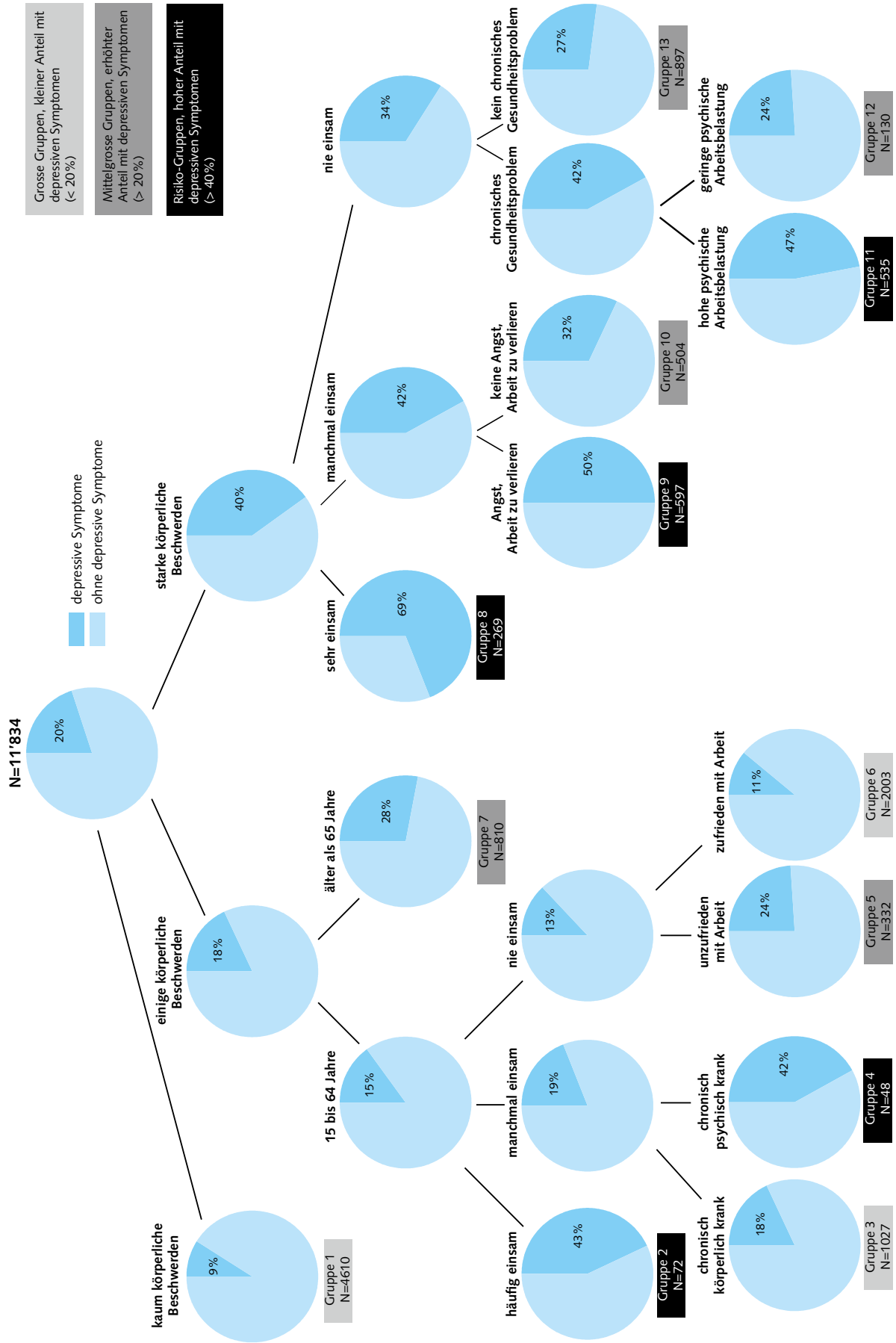
Personen mit keinen oder kaum körperlichen Beschwerden zeigen am seltensten depressive Symptome, ohne dass weitere Zusammenhänge hier eine Rolle spielen würden (keine weitere Verzweigung mehr). Das heisst, dass sich bei körperlicher Beschwerdefreiheit mittels der anderen potentiellen Belastungsmerkmale keine Gruppen mit hohen Anteilen depressiver Symptome identifizieren lassen können. Diese wegen des geringen Anteils depressiver Symptome als *Referenzgruppe* konzipierte Gruppe 1 umfasst fast 40% der Befragten.

#### *Risikogruppen mit hohen Anteilen von Personen mit depressiven Symptomen*

Personen mit einigen körperlichen Beschwerden haben schon deutlich häufiger depressive Symptome, dies gilt erst recht bei höherem Alter (Gruppe 7), und noch mehr bei den unter 65-Jährigen mit häufigen Einsamkeitsgefühlen (*Hochrisikogruppe 2, 43% mit Symptomen*). Wer einige körperliche Beschwerden hat, jünger als 65 Jahre und manchmal einsam ist sowie an einem chronischen Gesundheitsproblem leidet, fällt in die *Hochrisikogruppe 4 (42% mit Symptomen)*. Wer unter starken körperlichen Beschwerden leidet und zudem sehr einsam ist, gehört zur *Hochrisikogruppe 8* und berichtet in 69% der Fälle über depressive Symptome. Sind die Einsamkeitsgefühle bei ebenfalls starken körperlichen Beschwerden nur temporär, ist es bezüglich ‚Depressivität‘ entscheidend, ob jemand befürchtet, den Arbeitsplatz zu verlieren. Personen, bei denen dies zutrifft, gehören zur *Hochrisikogruppe 9* mit einem 50%-Anteil depressiver Symptome. Ein als sicher empfundener Arbeitsplatz hängt hingegen mit einem stark reduzierten Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik zusammen (Gruppe 10, 32% mit Symptomen). Personen mit starken körperlichen Beschwerden, die sich nie einsam fühlen, aber ein chronisches Gesundheitsproblem haben, sind ebenfalls stark belastet. Bei ihnen ist nun entscheidend, ob sie am Arbeitsplatz unter hoher psychischer Belastung leiden oder nicht: Personen, die einem hohen psychischen Stress ausgesetzt sind, fallen in die *Hochrisikogruppe 11* mit einem 47%-Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik. Eine geringe psychische Arbeitsbelastung ist hingegen trotz eines lang andauernden Gesundheitsproblems mit einem stark reduzierten Anteil von depressiven Symptomen verbunden (Gruppe 12 mit 24%).

Abb. 5.1

Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Die hohe Bedeutung von körperlichen Schmerzen für die Klassifizierung depressiver Symptome weist darauf hin, dass gerade bei unspezifischen Schmerzen sowie bei starken und/oder anhaltenden körperlichen Beschwerden ein Depressions-Screening wichtig wäre. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die psychosoziale Situation am Arbeitsplatz: Dass gerade mehrere Merkmale der (erlebten) Arbeitsplatzsituation mit dem Ausmass depressiver Symptome zusammenhängen, zeigt, dass die Gesundheitsversorgung und insbesondere auch die Psychiatrie sich noch entschiedener für die Arbeitswelt interessieren sollte. Aufschlussreich ist diesbezüglich auch die anzahlmässig zweitgrösste Gruppe 6: Sie zeigt, dass – bei gleich stark vorhandenen körperlichen Beschwerden – eine als zufriedenstellend erlebte Arbeitssituation gemeinsam mit geringen Einsamkeitsgefühlen mit einem nur halb so hohen Personenanteil mit depressiven Symptomen verbunden ist, als wenn Arbeitssituation und Sozialkontakte negativ erlebt werden. Erlebte Einsamkeit schliesslich spielt vor allem in Verbindung mit einigen körperlichen Beschwerden und lang andauernden Gesundheitsproblemen eine zentrale Rolle. Das bedeutet, dass die Behandlung nicht ausschliesslich somatisch fokussiert sein sollte, sondern die sozialen und emotionalen Bedürfnisse einschliessen muss.

#### *Das Geschlecht taucht in der Klassifikation nicht direkt auf*

Interessant ist schliesslich, dass das Geschlecht *nicht* als unterscheidendes Merkmal auftaucht, obwohl Frauen ein stark erhöhtes Risiko für Depressivität aufweisen. Das heisst nicht, dass das Geschlecht ohne Bedeutung wäre. Vielmehr ist das Geschlecht anscheinend verbunden mit anderen Merkmalen, die einen noch stärkeren Zusammenhang mit depressiven Symptomen zeigen und sich deshalb in der Klassifikation durchsetzen, beispielsweise mit dem Vorhandensein körperlicher Beschwerden: Frauen berichten solche deutlich häufiger als Männer (vgl. 2.2).

#### *Unspezifische und spezifische Typen mit Depressivität*

Die gefundene Typologie gibt einen weiteren Hinweis, der in Bezug auf die Art und Spezifität möglicher Präventionsmassnahmen hilfreich sein kann: Die anzahlmässig sehr umfangreichen Bevölkerungsgruppen 1, 3 und 6 (hellgrau hinterlegt) zeigen mit maximal 20% unterdurchschnittliche Anteile von Personen mit depressiven Symptomen (zudem handelt es sich hier meist nicht um

schwere depressive Belastungen, wie aus der unten stehenden Tabelle 5.1 ersichtlich ist). Massnahmen für diese Gruppen wären demnach ziemlich unspezifisch, würden aber gleichzeitig sehr viele, allerdings eher gering belastete Personen erfassen. Bei den Gruppen 5, 7, 10, 12 und 13 (dunkelgrau hinterlegt) mit einem maximal 40%-Anteil von Personen mit depressiven Symptomen handelt es sich um mittelgradig belastete Personen, die entweder nur einige körperliche Beschwerden haben, aber älter (Gruppe 7) respektive unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind (Gruppe 5), oder die zwar starke körperliche Beschwerden haben, sonst aber nicht weiter belastet sind (Gruppen 10, 12 und 13 – dunkelgrau hinterlegt). Hier liessen sich spezifischere Interventionen diskutieren. Besonders spezifisch sollte man hingegen bei den beschriebenen Hochrisikogruppen mit einem 40-70%-Anteil von Personen mit depressiven Symptomen vorgehen, die zudem psychisch auch besonders stark belastet sind, wie die folgende Tabelle zeigt (Gruppen 2, 4, 8, 9 und 11 – schwarz hinterlegt).

#### *Weitere Merkmale der Depressions-Risikogruppen*

Da der Entscheidungsbaum jeweils nur die trennschärfsten Variablen zeigt, fallen weitere relevante, aber weniger trennscharfe Zusammenhänge aus der Analyse heraus. Um die fünf Hochrisikogruppen etwas mehr zu veranschaulichen, werden deshalb einige weitere Merkmale gezeigt (Tab. 5.1).

Die Tabelle zeigt, dass die drei Risikogruppen mit starken körperlichen Beschwerden älter sind als diejenigen mit nur einigen Beschwerden. Interessanterweise handelt es sich bei den Personen, die eine starke psychische Arbeitsbelastung berichten, um die Gruppe mit dem höchsten Altersdurchschnitt (Gruppe 11).

Die Personen mit depressiven Symptomen aus der Referenzgruppe 1 sind im Durchschnitt ebenfalls schon etwas älter, heben sich aber in allen anderen Merkmalen von den Personen aus den Risikogruppen sehr stark ab: Sie berichten im Durchschnitt zwar immerhin etwa vier depressive Symptome, erfüllen aber nur selten die Kriterien einer Major Depression. Sie fühlen sich praktisch nie psychisch stark belastet oder eingeschränkt leistungsfähig und nur selten vom Leben hin- und hergeworfen (Kontrollüberzeugung), und berichten auch seltener Suizidgedanken. Zudem nehmen sie sehr viel seltener (medikamentöse) Behandlung oder Spitalaufenthalte in Anspruch und betreiben häufiger Sport als die Symptomträger aus den Risikogruppen.



**Tab 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe** (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom)

	Gruppe 1 Kaum körperliche Beschwerden (Referenzgruppe)	Gruppe 2 Einige körperliche Beschwerden, <65 Jahre, häufig einsam	Gruppe 4 Einige körperliche Beschwerden, <65 Jahre, manchmal einsam, chronisch krank	Gruppe 8 Starke körperliche Beschwerden, sehr einsam	Gruppe 9 Starke körperliche Beschwerden, manchmal einsam, Angst vor Arbeitsplatzverlust	Gruppe 11 Starke körperliche Beschwerden, nicht einsam, chronisch krank, hohe psychische Arbeitsbelastung
Durchschnittsalter	50	40	45	48	50	61
Weibliches Geschlecht	43 %	62 %	43 %	69 %	71 %	56 %
Nationalität Schweizer/in	87 %	69 %	84 %	75 %	84 %	92 %
Major Depression	6 %	54 %	26 %	47 %	18 %	11 %
Mittlere Anzahl depressive Symptome	4,2	6,6	6,5	7,9	6,5	5,3
Starke psychische Belastung	5 %	60 %	40 %	80 %	50 %	27 %
Mittlere bis hohe Kontrollüberzeugung	71 %	28 %	29 %	21 %	38 %	61 %
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	7 %	22 %	49 %	45 %	32 %	42 %
Suizidgedanken	20 %	58 %	39 %	60 %	36 %	32 %
Ärztliche Behandlung wegen Depression <sup>1</sup>	7 %	29 %	57 %	53 %	20 %	15 %
Mittlere Anzahl Arztbesuche <sup>1</sup>	5	10	9	17	11	10
Spitallaufenthalt <sup>1</sup>	14 %	28 %	11 %	26 %	20 %	24 %
Schlafmittel-Einnahme <sup>2</sup>	7 %	28 %	50 %	35 %	29 %	26 %
Schmerzmittel-Einnahme <sup>2</sup>	29 %	47 %	25 %	57 %	49 %	54 %
Tranquilizer-Einnahme <sup>2</sup>	4 %	8 %	28 %	36 %	27 %	19 %
Antidepressiva-Einnahme <sup>2</sup>	9 %	26 %	56 %	46 %	25 %	17 %
Betreibt Fitness, Gymnastik, Sport	61 %	33 %	22 %	32 %	50 %	44 %

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

<sup>1</sup> In den zwölf Monaten vor der Befragung

<sup>2</sup> In der Woche vor der Befragung

Obwohl weibliches Geschlecht in der Analyse nicht als klassifizierendes Merkmal aufgetaucht ist, zeigt sich hier doch dessen Bedeutung: In vier von fünf Risikogruppen sind die Frauen mit Anteilen von 60% bis 70% deutlich übervertreten. Bei der Gruppe 4 hingegen handelt es sich typischerweise um Männer. Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl depressiver Symptome, so zeigt sich bei den Risikogruppen mit durchschnittlich sechs bis acht depressiven Symptomen (von 10 möglichen) doch eine starke depressive Belastung. So ist es auch nicht erstaunlich, dass die Anteile der Personen mit relevanten klinischen Depressionen (Major Depression) klar erhöht (11%) bis sehr hoch (45%) sind. Auffällig sind zudem die sehr hohen Anteile von Personen mit Suizidgedanken: Je nach Risikogruppe haben in den zwei Wochen vor der Befragung zwischen rund einem bis fast zwei Drittel der Personen an Suizid gedacht.

Die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung wegen Depression in den zwölf Monaten vor der Befra-

gung bewegt sich je nach Gruppe zwischen 15% und 57%, die Einnahme von Antidepressiva zwischen 17% und 56% der Personen. Angesichts der hohen durchschnittlichen Symptomzahl und der sehr hohen Anteile von Personen mit starker psychischer Belastung sind diese Werte womöglich Zeichen einer Unterversorgung. Bemerkenswert sind diesbezüglich auch die bei einzelnen Gruppen sehr hohen Anteile von Personen, die Tranquilizer einnehmen. In zwei Gruppen werden gar etwas häufiger Beruhigungsmittel eingenommen als Antidepressiva. In Anbetracht der körperlichen Beschwerden nachvollziehbar sind die häufigen Arztbesuche: Je nach Ausmass der Beschwerden wurde im letzten Jahr 9- bis 17mal ein Arzt gesehen, zudem berichten mit Ausnahme einer Gruppe etwa ein Fünftel bis knapp ein Drittel der Personen zumindest einen Spitalaufenthalt.

Das Ausmass an Behinderung ist hoch: Je nach Gruppe berichten 22% bis 49% der Personen über eine gesundheitsbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit in den

letzten vier Wochen vor der Befragung – dies gilt in ähnlichem Masse auch für die Arbeitsfähigkeit bei den Erwerbstätigen. Auffallend ist, dass im Vergleich zur Referenzgruppe ein insgesamt geringer Teil der Personen Fitness oder Sport betreibt – verständlich zum einen angesichts der Bedeutung körperlicher Beschwerden, potentiell relevant andererseits angesichts der antidepressiven Wirkung physischer Aktivität.

Als speziell belastet ist die Gruppe 8 hervorzuheben, die durch nur zwei Merkmale klassifiziert wird: Starke Schmerzen und Einsamkeit. 80% der Personen dieser Gruppe sind psychisch stark belastet, 60% hegen in den letzten zwei Wochen Suizidgedanken und fast die Hälfte von ihnen erfüllt die Kriterien einer Major Depression. Besonders häufig handelt es sich um Frauen und um Personen die selten erfahren, dass sie das Leben im Griff haben, selten voll leistungsfähig waren und zudem im letzten Jahr besonders häufig beim Arzt waren.

#### 5.1.4 Diskussion

Die mithilfe des Entscheidungsbaum-Verfahrens gefundenen wesentlichen Merkmale unterschiedlicher Depressivitäts-Gruppen sind kein zufälliges Ergebnis. Die Zusammenhänge von Depression mit (chronischen) somatischen Beschwerden und Schmerzen, mit Einsamkeit, mit Arbeitsbelastungen und mit Belastungen durch höheres Alter sind – im Sinne von Risikofaktoren, als Begleiterscheinung oder als Folgen depressiver Störungen – teils gut dokumentiert. Zu den engen Zusammenhängen von körperlichen Beschwerden und Depression siehe auch Kapitel 2 dieses Berichts.

#### *Depression und körperliche Beschwerden*

Depressive Symptome wie auch Schmerzen hängen eng zusammen: Etwa zwei Drittel der Depressiven berichten körperliche Beschwerden und umgekehrt (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Romano & Turner, 1985). Mit jedem zusätzlichen somatischen Symptom verdoppelt sich in etwa die Wahrscheinlichkeit, dass jemand an einer depressiven Störung leidet (Kroenke et al., 1994). Etwa drei Viertel der depressiven Hausarztpatienten/innen präsentieren ihr Problem ausschliesslich mit körperlichen Problemen, was die adäquate Problemwahrnehmung sehr erschwert (Bair et al., 2003). Dies gilt verstärkt für ältere Patienten/innen, die statt über Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit eher über Schlaflosigkeit oder Sterbedenken berichten (Gallo et al., 1994). Hinzu kommt, dass das gleichzeitige Vorhanden-

sein von Schmerzen und Depression zwar zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Behandlung führt, gleichzeitig aber auch zu einer deutlich schlechteren Prognose. Depression erschwert signifikant den Heilungsverlauf von häufigen somatischen Erkrankungen wie Herzkrankheiten und anderen. Die Komorbidität von Schmerz und Depression führt zudem zu besonders starken Behinderungen bezüglich Mobilität, Aktivität und Arbeitsfähigkeit (Garcia-Campayo et al., 2008). Interessanterweise gibt es auch einen biologischen Zusammenhang zwischen körperlichem Schmerz und Depression: Sowohl die Schmerzempfindlichkeit wie auch die Depression werden beeinflusst durch dieselben chemischen Stoffe (beispielsweise Serotonin). So ist es auch zu verstehen, dass Antidepressiva sowohl Depression wie auch Schmerzsymptome reduzieren können (Bair et al., 2003; Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004). Letztlich zeigt sich, dass psychosozialer Schmerz (beispielsweise durch das Erleben von Ausgeschlossenheit oder Einsamkeit) und körperlicher Schmerz neurobiologisch eng miteinander verwandt sind – beide Schmerzarten werden im selben eng umgrenzten Hirnareal empfunden (Eisenberger et al., 2003).

#### *Depression und Einsamkeit*

Einsamkeit und Depression sind so häufig miteinander verbunden, dass man fragen muss, ob es sich überhaupt um zwei verschiedene Phänomene handelt. Die obige Analyse gibt einen Hinweis darauf, dass dem so ist – Einsamkeit ist nicht generell verbunden mit depressiven Symptomen. Die neuere Forschungsliteratur zeigt ebenfalls, dass es sich wahrscheinlich um zwei voneinander unabhängige Phänomene handelt, die einander aber stark beeinflussen. Einsamkeit zeigte sich in Längsschnittstudien als ein unabhängiger Risikofaktor für Depression, unabhängig von soziodemografischen Merkmalen wie ‚verheiratet‘, ‚soziale Unterstützung‘ oder ‚Stress‘ (Cacioppo et al., 2006). Entscheidend für das Erleben von Einsamkeit sind die qualitativen Elemente von sozialen Interaktionen, nicht wie viele Beziehungen jemand hat. Dies ist auch wesentlich für ältere Menschen, die eher weniger Beziehungen pflegen. Ältere Menschen, die sowohl unter Depression als auch unter Einsamkeitsgefühlen leiden, haben ein doppelt so hohes Sterberisiko, als wenn nur eine Bedingung zutrifft (Stek et al., 2005), und wären deshalb von besonderer Versorgungsrelevanz.

*Depression und psychische Belastung am Arbeitsplatz*

Psychische Belastung am Arbeitsplatz und psychische Störungen, insbesondere Depression, zeigen bekanntermassen Zusammenhänge, wobei Merkmale wie das Verhältnis von Anforderungen und Entscheidungsspielraum, die Arbeitsplatzbeziehungen und das Ausmass sozialer Unterstützung, die Kontrollierbarkeit der Arbeit, die Rollenklarheit, das Verhältnis von Einsatz und Anerkennung aber auch der work load im Vordergrund stehen – je nach Berufsgruppe und beruflicher Stellung in teils unterschiedlicher Gewichtung (Godin et al., 2005; LaMontagne et al., 2008; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Paterniti et al., 2002; Tennant, 2001). Solche psychischen Belastungen am Arbeitsplatz haben einen direkten Einfluss auf depressive Störungen, auch wenn weitere Merkmale wie beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften in Betracht gezogen werden.

*Depression und Angst vor Arbeitsplatzverlust*

Ebenso ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust respektive Arbeitsplatzunsicherheit bekanntermassen mit erhöhten psychischen und körperlichen Beschwerden sowie Krankheitsabsenzen verbunden (Burchell, 1994; Ferrie, 2001; Ferrie et al., 1998; Ferrie et al., 2002; Heaney et al., 1994). Der Wechsel von einem als sicher erlebten Arbeitsplatz zu einem unsicheren ist mit erhöhten Depressionswerten verbunden, die auch bei wieder hergestellter Arbeitsplatzsicherheit nicht mehr auf ihr vorheriges Niveau zurückgehen. Besonders gesundheitsschädigend ist schliesslich eine lang andauernde Arbeitsplatzunsicherheit.

## 5.2 Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit

### 5.2.1 Einleitung

Gemäss Unterkapitel 3.2 des vorliegenden Berichtes hat sich der Anteil übergewichtiger Menschen in der Schweiz seit einigen Jahren bei rund vierzig Prozent der Gesamtbevölkerung stabilisiert. Selbst wenn dieser Wert deutlich unter den in anderen Ländern beobachteten Anteilen liegt – in den USA und Grossbritannien dürfte mittlerweile deutlich über die Hälfte der Bevölkerung von Übergewicht betroffen sein (vgl. OECD, 2009) – ist er angesichts der mit einem erhöhten Körpergewicht assoziierten Gesundheitsrisiken besorgniserregend (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000). Als Konsequenz wurden in den vergange-

nen Jahren verschiedene Initiativen für ein «gesundes Körpergewicht» entwickelt – im Kanton Luzern ist etwa das «Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht 2008–2011» zu erwähnen (vgl. Kantonsärztliche Dienste Luzern, 2007)<sup>78</sup> –, die jüngst im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» des Bundesamtes für Gesundheit und anderer Organisationen gebündelt wurden (BAG, 2008b). Im Rahmen solcher Programme gelten eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung als wichtige Verhaltensweisen, mit denen sich der Energiehaushalt steuern und ein gesundes Körpergewicht erreichen oder halten lässt.

Der vorliegende Abschnitt enthält eine Analyse von Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Dabei gehen wir von den im Unterkapitel 3.2 diskutierten Befunden zu Ernährung, Bewegung und Körpergewicht aus, um die Perspektive explorativ auf weitere Aspekte des Gesundheitsbewusstseins, des Lebensstils und der sozialen Lage zu erweitern, die in der Fachliteratur diskutiert werden (vgl. BFS, 2007; Eichholzer, 2003; OECD, 2009; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; WHO, 2000, 2003). Nicht berücksichtigt werden dagegen übergeordnete strukturelle Faktoren wie etwa der Einfluss des Nahrungsmittelangebots oder von wichtigen Peer Groups, weil diese Dimensionen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst wurden. Aufgrund der begrenzten Fallzahlen bei einigen Fragen beschränken auch wir uns überdies auf die gesamtschweizerischen Daten und verzichten auf die Darstellung kantonaler Resultate.

### 5.2.2 Vorgehensweise

Die Analyse und Darstellung im vorliegenden Abschnitt erfolgt schrittweise. Zunächst kommen wir noch einmal auf die Befunde aus dem Unterkapitel 3.2 zurück und zeigen exemplarisch auf, welche Unterschiede sich bezüglich der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage verschiedener Verhaltens- und Bewusstseinsmerkmale zeigen lassen, um die Perspektive anschliessend auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Ungleichheit zu erweitern.

Im ersten Schritt gehen wir von den in Unterkapitel 3.2 eingeführten Merkmalen «körperliche Aktivität», «Ernährungsbewusstsein», «Einhaltung der Ernährungs-

<sup>78</sup> Informationen zu diesem Programm finden sich unter: [www.kantonsarzt.lu.ch/index/gesundheitsfoerderung/fit-in-luzern.htm](http://www.kantonsarzt.lu.ch/index/gesundheitsfoerderung/fit-in-luzern.htm) (Zugriff am 30.03.2010)

empfehlungen», «Fleischkonsum» und «nicht-alkoholische Flüssigkeitszufuhr» aus (Abb. 5.2). Während die erwarteten Zusammenhänge bei den ersten drei Merkmalen klar sind – höhere Aktivität, hohes Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Ernährungsempfehlungen sollten eher mit einem geringeren Körpergewicht assoziiert sein – bedürfen die zu erwartenden Zusammenhänge beim Fleischkonsum und bei der Flüssigkeitszufuhr einiger weiterer Erläuterungen. Mit Bezug zum Fleischkonsum verweisen Ernährungsspezialisten insbesondere auf den Zusammenhang zwischen (tierischen) Fetten und Übergewicht (vgl. Eichholzer et al., 2005). Überdies dürfte aber auch eine Lebensstil-Komponente in dem Sinne eine Rolle spielen, dass sich in der Gesundheitsbefragung ein Zusammenhang des Fleischkonsums mit einer Präferenz für «gutes und reichliches Essen» zeigen lässt, weshalb anzunehmen ist, dass der Anteil Übergewichtiger bei den regelmässigen Fleischkonsumenten/innen höher ist.<sup>79</sup> Demgegenüber weist die WHO (2003: S. 57) darauf hin, dass der Konsum zuckerhaltiger Getränke zu einer Verschärfung von Gewichtsproblemen führen könne, weil sie den Appetit nicht im selben Masse zügeln, wie feste Nahrungsmittel mit vergleichbarem Energiegehalt. Das heisst: Nehmen gezuckerte Getränke einen wichtigen Stellenwert in der nicht-alkoholischen Flüssigkeitszufuhr ein, so kann dies zu einer Akzentuierung von Gewichtsproblemen führen.

In ähnlicher Weise werden in einem weiteren Schritt mit der Gesundheits- und der Konsumkompetenz, dem Alkoholkonsum, der körperlichen Belastung bei der Arbeit einige weitere Verhaltens- und Bewusstseinsvariablen aus den Unterkapiteln 3.1, 3.3 und 4.2 untersucht (Abb. 5.3). Von allen diesen Variablen werden Zusammenhänge in dem Sinne erwartet, dass ein höheres Bewusstsein, ein geringerer Alkoholkonsum (wegen der geringeren Energiezufuhr) und ein höheres Bewegungsniveau mit einem geringeren Körpergewicht zusammenhängen (vgl. auch WHO, 2003). Zusätzlich werden auch die Anzahl erwähneter «Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung» und die täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad geprüft. Während der erstere Faktor eher mit einem höheren Gewicht zusammenhängen dürfte, gilt für die Wegstrecken das Umgekehrte.

<sup>79</sup> Nach insgesamt zehn Hinderungsgründen für eine gesunde Ernährung befragt, erwähnen 57% der häufigen Fleischkonsumenten (fünfmal oder mehr pro Woche) eine «Vorliebe für gutes Essen» und 21% eine «Vorliebe für reichliches Essen». Die entsprechenden Anteile betragen für die seltenen Fleischesser/innen 25% («gutes Essen») bzw. 15% («reichliches Essen», n=12'788).

Da anzunehmen ist, dass die verschiedenen Merkmale nicht unabhängig voneinander sind, wird in einem weiteren Untersuchungsschritt mittels eines multivariaten statistischen Modells geprüft, welche Zusammenhänge besonders ausgeprägt sind und auch dann erhalten bleiben, wenn der Einfluss der anderen Merkmale simultan kontrolliert wird. Es könnte ja beispielsweise sein, dass die Gesundheitskompetenz etwas sehr Ähnliches misst wie die Ernährungskompetenz und die beiden Zusammenhänge daher auf eine der beiden Variablen zurückgeführt werden können. Um diese Fragen zu testen, werden logistische Regressionsmodelle berechnet, mit denen der Zusammenhang der verschiedenen Merkmale mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas geschätzt wird.<sup>80</sup>

### *Individuelles Verhalten und Ungleichheit*

Verhalten und Bewusstsein sind nicht die einzigen Faktoren, welche in Zusammenhang mit dem Körpergewicht stehen. In der Literatur wird immer wieder darauf verwiesen, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen – seien dies nun Männer und Frauen oder bildungsferne und -nahe Personen. Ebenfalls prominent thematisiert werden das verfügbare Angebot an Nahrungsmitteln und Bewegungsmöglichkeiten, der Einfluss von Werbebotschaften und Marketingkampagnen, kulturell geprägte Lebensstilpräferenzen, genetische Voraussetzungen und die Wirkungen des unmittelbaren Umfeldes (Familie, Freunde, Arbeit, vgl.

<sup>80</sup> Die logistische Regression erlaubt die Erklärung einer dichotomen Variablen – im vorliegenden Fall: Normalgewicht vs. Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Normal- und leichtes Übergewicht vs. Adipositas – durch eine Reihe sogenannter unabhängiger Variablen. Die Effekte der unabhängigen Variablen werden simultan kontrolliert, so dass Variablen, die keinen Erklärungsbeitrag leisten oder deren Beitrag durch andere Variablen besser abgebildet wird, eliminiert werden können. Als Eliminationskriterien gelten einerseits die Signifikanz der Koeffizienten und andererseits die Veränderung des Erklärungsbeitrags des Modells bei Elimination von Variablen (log-likelihood). Ob Variablen eliminiert werden oder nicht, wird dabei zunächst mit den ungewichteten Daten der SGB 2007 berechnet, da die Signifikanz von Zusammenhängen mit steigender Fallzahl ebenfalls zunimmt. Das heisst: Würde von Anfang an mit den gewichteten Daten gerechnet, bestünde die Gefahr, irrelevante Zusammenhänge zu erhalten. Die Parameterschätzungen der definitiven Modelle werden jedoch auf der Grundlage der gewichteten Daten berechnet. In den folgenden Tabellen werden als Parameterschätzungen die sogenannten «odds ratios» (inklusive 99%-Konfidenzintervalle) angegeben. Die Interpretation dieser Werte ist relativ einfach. Die «odds ratio» gibt an, um wie viel wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher ein Ereignis (z.B. Übergewicht oder Adipositas) bei einer gegebenen Ausprägung eines Merkmals im Vergleich zu einer Referenzkategorie ist. So deutet die odds ratio von 1,82 für Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz in Tabelle 5.2 weiter unten beispielsweise darauf hin, dass diese Personen fast doppelt so häufig (1,8mal) von Übergewicht betroffen sind wie Personen mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Die odds ratio von 0,31 für seltenen Fleischkonsum zeigt dagegen eine deutlich geringere Übergewichtswahrscheinlichkeit – nämlich rund ein Drittel – der seltenen Fleischkonsument/innen gegenüber Personen an, welche fünfmal oder häufiger pro Woche Fleisch essen.

hierzu auch die Überlegungen im Kap. 1.2). Während sich diese allgemeinen Zusammenhänge auf der Meso- und Makroebene mit den Daten der SGB nicht prüfen lassen, sind Aussagen über den Zusammenhang zwischen Übergewicht und den bereits in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen möglich.

Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass der soziale Hintergrund einer Person sowohl direkt als auch vermittelnd über die weiter oben diskutierten Variablen der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens einen Einfluss auf das Körpergewicht hat. Bei den direkten Effekten ist genau genommen zwischen «echten» und «unechten» Effekten zu unterscheiden. Ein echter Effekt liegt dann vor, wenn physiologische Unterschiede im Energiehaushalt zu Unterschieden im Körpergewicht führen. Ein unechter Effekt wäre dagegen gegeben, wenn das Körpergewicht durch geschlechts- oder schichtspezifische Verhaltensmuster beeinflusst wird, die mit den in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung enthaltenen Angaben nicht angemessen nachvollzogen werden können. In diesem Falle handelt es sich eigentlich um einen vermittelten Effekt – einen Effekt, bei dem die soziale Lage auf eine Verhaltensweise wirkt, die dann einen Einfluss auf das Körpergewicht hat – der aber nicht nachgewiesen werden kann, weil die vermittelnde Variable nicht vorliegt. Überdies folgt die Verknüpfung zwischen sozialem Hintergrund, Gesundheitsverhalten und Gewicht in aller Regel nicht einem simplen Modell, in dessen Rahmen ein höherer Status automatisch zu höherer Gesundheitskompetenz und daher zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten und schliesslich zu einem geringeren Körpergewicht führt. Dieser allgemeine Zusammenhang mag zwar grundsätzlich gelten, doch können unterschiedliche Merkmale gegenläufige Wirkungen entfalten (vgl. Stamm & Lamprecht, i.V.): Stellen wir uns etwa eine hoch gebildete Person in einem Gesundheitsberuf vor. Bei dieser Person kann ein fundiertes Wissen zum Zusammenhang von Bewegung, Ernährung und Gewicht unterstellt werden. Wenn aber die Arbeitsstunden so lange sind, dass kaum mehr Zeit für den Einkauf, die Nahrungszubereitung und sportliche Betätigungen bleibt, mag der positive Bildungseffekt durch einen negativen Berufseffekt überlagert werden. Obwohl diese komplexen Zusammenhänge im vorliegenden Abschnitt nicht umfassend geprüft werden können, soll mittels eines logistischen Regressionsmodell wiederum untersucht werden, welches die stärksten Zusammenhänge sind, wenn unterschiedliche Ungleichheits- und Verhaltensmerkmale simultan betrachtet werden.

### 5.2.3 Resultate

Abbildung 5.2 zeigt zunächst die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens bzw. -bewusstseins und der Verbreitung von Gewichtsproblemen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist unter denjenigen, die sich regelmässig bewegen, auf ihre Ernährung achten und häufig Früchte und Gemüse essen, geringer als unter den anderen Personen. Der umgekehrte Zusammenhang gilt beim Fleischkonsum und der Flüssigkeitszufuhr: Je häufiger man Fleisch isst und je mehr man trinkt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man übergewichtig ist.

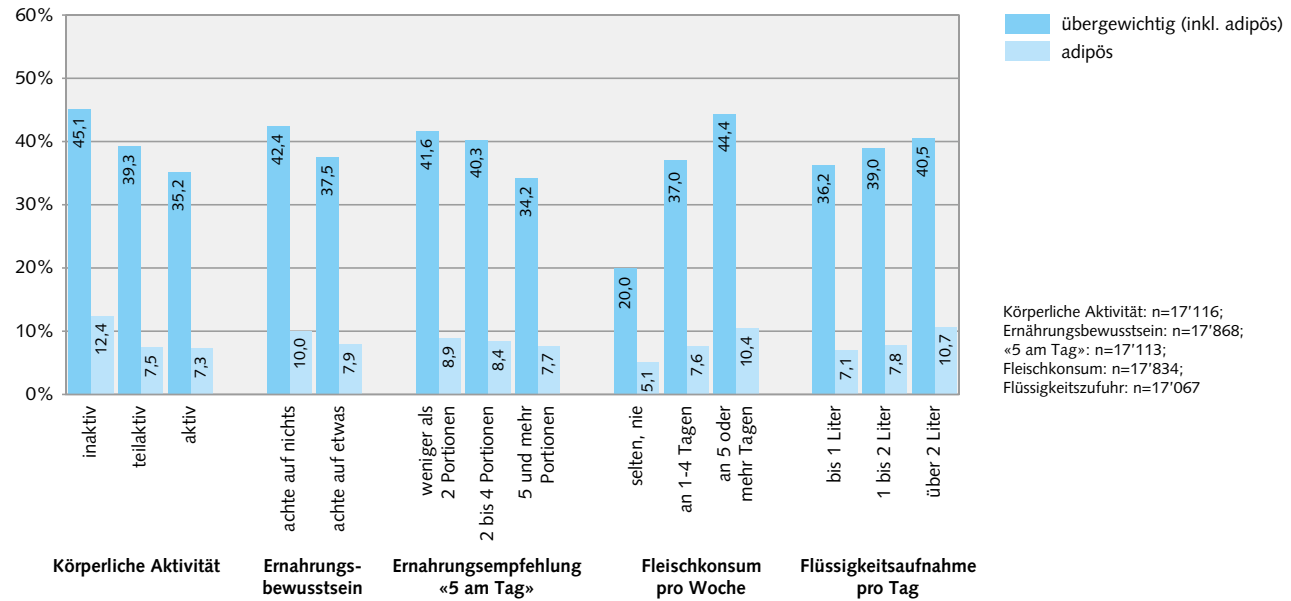
Die dargestellten Unterschiede sind jedoch gradueller Natur. Das heisst: Regelmässige Bewegung oder ausgewogene Ernährung sind keine Garantien dafür, dass man nicht übergewichtig oder adipös wird. Ein erster Grund für diesen Befund liegt in Unschärfen bei der Messung von Übergewicht und Adipositas. Der Body Mass Index (BMI, vgl. 3.2) als einfache Grundlage für die Einteilung in Normal- ( $\text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$ ) und Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) sowie Adipositas ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) bildet wichtige Teilaspekte der Übergewichtsproblematik (z.B. Körperfettanteil) nicht ab und basiert in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf Selbstangaben, die verzerrt sein können.

Auch beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten existieren Messprobleme, denn die verwendeten Indikatoren stellen einfache Annäherungen an die Konzepte einer «ausgewogenen Ernährung» und eines «gewichtsrelevanten Bewegungsverhaltens» dar. Besonders augenfällig ist dies bei den Indikatoren zum Ernährungsverhalten. Die Häufigkeit des Früchte- und Gemüsekonsums sagt wenig über das übrige Ernährungsverhalten und die Energiebilanz aus. Letztere kann «kippen», wenn zu jedem Apfel ein Stück Schokolade und zu jeder Gemüseeinheit ein Stück Käse oder Brot gegessen wird. Dagegen machen Fleisch und Wurstwaren nicht per se dick, sie dürften aber – wie weiter oben erwähnt – vielerorts mit einem durch «reichliches Essen» charakterisierten Lebensstil verknüpft sein. Das Resultat zur Flüssigkeitsaufnahme deutet schliesslich darauf hin, dass die von der WHO (2003) diskutierten Wirkungen von gesüßten Getränken tatsächlich eine Rolle spielen könnten.

#### *Gesundheitskompetenz, Lebensstil und Körpergewicht*

Jenseits der Messprobleme existiert, wie weiter oben erwähnt, eine Reihe weiterer Kompetenz- und Lebensstilfaktoren, die einen Einfluss auf das Körpergewicht haben

**Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen) Abb. 5.2**



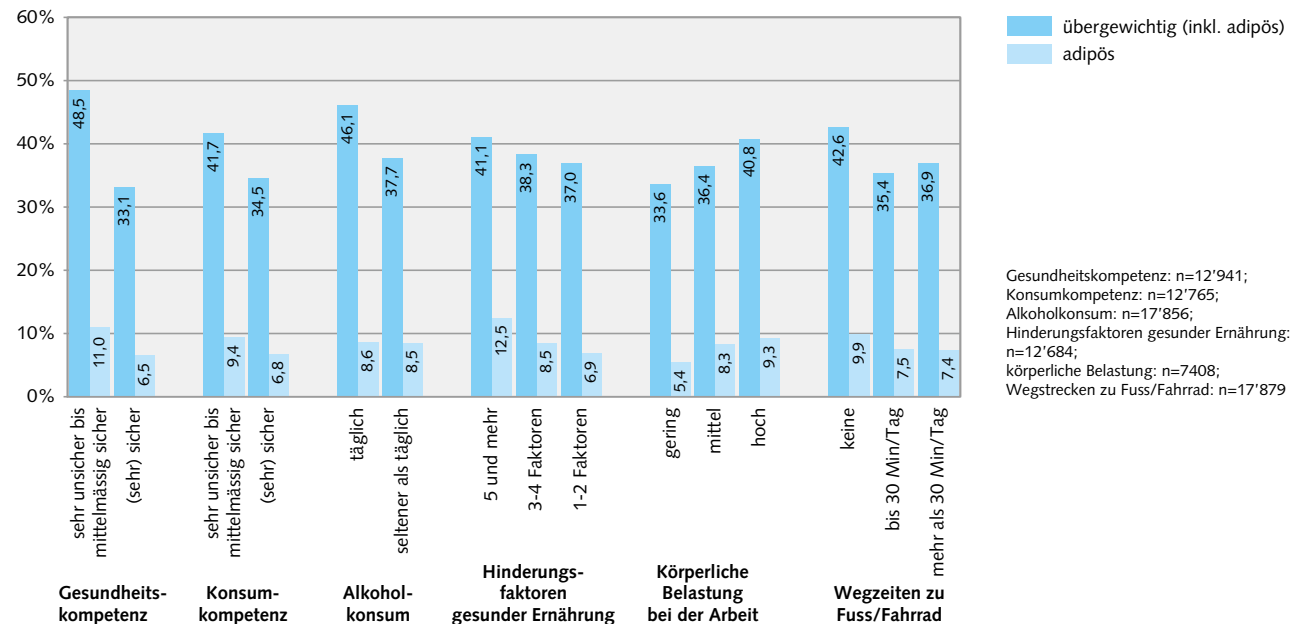
Körperliche Aktivität: n=17'116;  
Ernährungsbewusstsein: n=17'868;  
«5 am Tag»: n=17'113;  
Fleischkonsum: n=17'834;  
Flüssigkeitszufuhr: n=17'067

Alle dargestellten Zusammenhänge sind hochsignifikant mit  $p < 0,01$ .  
Für die Definition der Variablen vgl. 3.2

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen) Abb. 5.3**



Gesundheitskompetenz: n=12'941;  
Konsumkompetenz: n=12'765;  
Alkoholkonsum: n=17'856;  
Hinderungsfaktoren gesunder Ernährung: n=12'684;  
körperliche Belastung: n=7408;  
Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad: n=17'879

- Alle dargestellten Zusammenhänge sind hochsignifikant mit  $p < 0,01$ .  
- Für die Definition der Variablen vgl. 3.1 (Gesundheits- und Konsumkompetenz), 3.3 (Alkoholkonsum) und 4.2 (körperliche Belastung bei der Arbeit).  
- Die in den Befragungsunterlagen aufgeführten Beispiele zur Frage nach der Konsumkompetenz beziehen sich insbesondere auf das Einkaufsverhalten von Nahrungsmitteln; die Frage kann daher als Annäherung an die «Ernährungskompetenz» verstanden werden.  
- Hinderungsfaktoren gesunder Ernährung: Kumulierte Antworten auf die Frage: «Viele Leute – Sie vielleicht auch – legen Wert auf eine gesunde Ernährung. Sehen Sie Hindernisse für jemanden, der sich gesund ernähren möchte?».  
- Den Befragten wurden insgesamt 10 Antworten zur Beurteilung vorgelegt, wobei jeweils angegeben werden konnte, ob es sich um einen Hinderungsfaktor handelt oder nicht.  
- Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad: Index aus zwei Fragen dazu, ob man tägliche Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad zurücklege und wie lange diese Wegstrecken dauern.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Tab. 5.2 Multivariate Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und -bewusstseins und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)**

	Variable	Kategorie*	Übergewicht (inkl. Adipositas) (odds ratios und Konfidenzintervall)**	Adipositas (odds ratios und Konfidenzintervall)**
<b>Verhalten</b>	Körperliche Aktivität	inaktiv	1,21 (1,20–1,22)	1,76 (1,73–1,78)
		teilaktiv	1,20 (1,19–1,21)	1,08 (1,07–1,1)
	Ernährungsverhalten «5 am Tag»	weniger als 5	n.s.	n.s.
	Fleischkonsum	selten, nie	0,31 (0,31–0,32)	0,38 (0,36–0,39)
		1–4x/Woche	0,73 (0,72–0,73)	0,66 (0,65–0,67)
	Flüssigkeitskonsum	weniger als 1 Liter	0,74 (0,74–0,75)	n.s.
	Alkoholkonsum	weniger als täglich	0,77 (0,77–0,78)	n.s.
	Hinderungsfaktoren für gesunde Ernährung	1–2 Faktoren	0,85 (0,84–0,86)	0,53 (0,52–0,54)
		3–4 Faktoren	0,90 (0,89–0,91)	0,68 (0,67–0,68)
	Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad	keine	1,13 (1,13–1,14)	n.s.
1–30 Min./Tag		0,85 (0,85–0,86)		
<b>Bewusstsein</b>	Ernährungsbewusstsein	achtet auf nichts	n.s.	n.s.
	Konsumkompetenz	unsicher/mittelmässig unsicher	n.s.	n.s.
	Gesundheitskompetenz	(eher) unsicher	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Konstante		0,87	0,14
	Nagelkerke R <sup>2</sup>		0,06	0,08

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=11'610

\* Referenzkategorien, zu denen die Koeffizienten berechnet wurden: Körperliche Aktivität: aktiv; Fleisch: 5x und häufiger; Flüssigkeit: 1 Liter und mehr; Gesundheitskompetenz: (sehr) sicher; Alkoholkonsum: (mehrmals) täglich; Hinderungsfaktoren: 5 und mehr Faktoren; Wegstrecken: über 30 Min./Tag.

\*\* Konfidenzintervall mit  $p < 0,01$ ; für die Interpretation der odds ratios siehe Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

können. Einige dieser Faktoren und ihr Zusammenhang mit der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sind in Abbildung 5.3 dargestellt. So zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den im Unterkapitel 3.1 diskutierten Dimensionen der allgemeinen Gesundheits- und Konsumkompetenz und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Personen, die mehr Alkohol trinken und mehr Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung erwähnen, sind überdies häufiger übergewichtig (aber – zumindest beim Alkoholkonsum – nicht notwendigerweise häufiger adipös).

Interessanterweise finden sich bei der «körperlichen Belastung bei der Arbeit» als Annäherung an die Vorstellung einer «sitzenden Lebensweise» genau die umgekehrten Zusammenhänge, als erwartet werden könnten: Personen, die bei der Arbeit starken körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, sind häufiger übergewichtig als Personen mit einem mittleren oder geringen Belastungsniveau, was insbesondere auf einen Bildungs- und Lebensstileffekt zurückzuführen sein dürfte (vgl. 3.2). Schliesslich zeigt die Abbildung, dass ein Zusammenhang

zwischen den täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad und dem Körpergewicht existiert, wobei es hier offenbar vor allem einen Unterschied macht, ob man überhaupt zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs ist.

In Zusammenhang mit den in den Abbildungen 5.2 und 5.3 dargestellten Indikatoren stellt sich die Frage, wo besonders starke, unabhängige Zusammenhänge mit dem Körpergewicht existieren. Es könnte ja sein, dass die in Abbildung 5.3 dargestellten Kompetenz- und Lebensstilfaktoren sehr ähnliche Dinge messen wie die weiter oben diskutierten Dimensionen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Um diese Frage zu klären, kann ein multivariates logistisches Regressionsmodell geschätzt werden, in dem der Zusammenhang dieser verschiedenen Merkmale mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas simultan getestet wird.

Tabelle 5.2 zeigt die Resultate dieser Analyse, die sich folgendermassen zusammenfassen lässt:

- Die körperliche Aktivität, der Fleisch-, Alkohol- und Flüssigkeitskonsum, die Gesundheitskompetenz, die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken zeigen signifikante Zusammenhänge mit dem Übergewicht und teilweise auch mit der Adipositas.
- Eine fehlende oder nur sporadische körperliche Aktivität und Unsicherheit bezüglich der eigenen Gesundheitskompetenz sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Adipositas assoziiert, während bei den übrigen Variablen gilt: Je höher der Flüssigkeits-, Alkohol- und Fleischkonsum und je höher die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass man von Übergewicht oder gar Adipositas betroffen ist<sup>81</sup>
- Der Alkohol- und nicht-alkoholische Flüssigkeitskonsum sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken hängen zwar mit dem Übergewicht, nicht aber mit der Adipositas zusammen. Interessant ist einmal mehr der schon weiter oben konstatierte Befund, dass ein höherer Flüssigkeitskonsum eher mit einem höheren Gewicht assoziiert ist, was, wie erwähnt, damit zusammenhängen dürfte, dass nicht zwischen gesüssten und ungesüssten Getränken unterschieden wird.
- Beim Ernährungsbewusstsein, der Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» sowie der Konsumkompetenz lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Übergewicht und der Adipositas nachweisen. Obwohl diese Dimensionen in den einfacheren Analysen vom Unterkapitel 3.2 und den Abbildungen 5.2 und 5.3 noch Zusammenhängen zeigten, scheint ihre Wirkung durch andere Merkmale im multivariaten Modell besser abgebildet zu werden (vgl. auch 5.2.4).

### *Soziale Ungleichheit und Körpergewicht*

Wie der untersten Zeile von Tabelle 5.2 zu entnehmen ist, leisten die multivariaten Modelle nur einen moderaten Beitrag zur Erklärung der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Schweiz. Dies liegt einerseits an den weiter oben erwähnten Unschärfen der Messung, andererseits verweist das Resultat auf den Einfluss weiterer Faktoren. Obwohl wir an dieser Stelle aufgrund

<sup>81</sup> Auf die Darstellung der Modelle, in denen auch die körperliche Belastung bei der Arbeit mitberücksichtigt wurde, wurde an dieser Stelle aus Platzgründen verzichtet. Wird auch diese Variable mitverwendet, so sinken die Fallzahlen deutlich, da nur noch Erwerbstätige untersucht werden können. Gleichzeitig bestätigt sich jedoch der Befund aus Abbildung 5.3, dass eine höhere körperliche Belastung mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist.

fehlender Angaben zur übergeordneten strukturellen Ebene kein vollständiges Modell prüfen können, lässt sich immerhin untersuchen, wie die in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale mit dem Übergewicht zusammenhängen, wenn der Einfluss der Bewusstseins- und Verhaltensvariablen simultan mitberücksichtigt wird.

Ein Blick auf die Befunde im Unterkapitel 3.2 zeigt, dass vor allem das Alter und das Geschlecht eng mit dem Gesundheitsverhalten und dem Gewicht zusammenhängen. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind der Bildungsstand und der Beruf (sozioprofessionelle Kategorien), während das Haushaltsäquivalenzeinkommen und die Nationalität geringere Zusammenhänge zeigen.

Auch hier stellt sich die Frage, ob die verschiedenen Dimensionen tatsächlich unabhängig voneinander wirken oder sich gegenseitig überlagern, verstärken oder kompensieren. So könnte es beispielsweise sein, dass sich der Bildungs- und der Alterseffekt als Folge der langfristigen Bildungsexpansion in der Schweiz aufheben, wenn beide Merkmale gleichzeitig berücksichtigt werden. Das heisst: Weil jüngere Personen in der Schweiz über ein eher höheres Bildungsniveau verfügen als ältere Personen, können die beiden Dimensionen etwas Ähnliches messen und sich gegenseitig neutralisieren. Diese Frage kann mittels eines multivariaten statistischen Modells geprüft werden, in dem die Effekte der Merkmale unter simultaner Kontrolle der anderen Merkmale getestet werden.

Tabelle 5.3 zeigt die Resultate dieser Analyse, welche die Zusammenhänge mit dem Übergewicht (inkl. Adipositas) und der Adipositas untersucht. Betrachtet man die Grössenordnung der odds ratios, so fällt auf, dass der Fleischkonsum, die Gesundheitskompetenz, das Alter, das Geschlecht (nur beim Übergewicht) und die Schulbildung von besonderer Bedeutung sind. Einmal mehr ist darauf hinzuweisen, dass hinter den verschiedenen Zusammenhängen Lebensstilmerkmale stehen dürften, die hier nicht abgebildet werden konnten: Zu erwähnen sind hier ein hoher Fleischkonsum als Ausdruck eines durch reichhaltiges Essen charakterisierten Lebensstils sowie geschlechts- und generationenspezifische Präferenzen für gewisse Formen der Ernährung und Bewegung.

Die übrigen in der Tabelle enthaltenen Variablen zeigen dagegen nur moderate oder gar keine Zusammenhänge, wenn die anderen Merkmale simultan mitberücksichtigt werden. Erwähnenswert sind jedoch einmal mehr die Zusammenhänge mit dem Flüssigkeits- und Alkoholkonsum: Wer wenig nicht-alkoholische Flüssigkeiten – wohl insbesondere Süssgetränke – zu sich nimmt,



**Tab. 5.3 Multivariate Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein, sozialem Hintergrund und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)**

	Variable	Kategorie*	Übergewicht (inkl. Adipositas) (odds ratios und Konfidenzintervall)**	Adipositas (odds ratios und Konfidenzintervall)**
<b>Verhaltensweisen und Gesundheits- kompetenz</b>	Körperliche Aktivität	inaktiv	1,12 (1,11–1,13)	1,51 (1,49–1,53)
		teilaktiv	1,22 (1,22–1,23)	1,07 (1,05–1,08)
	Fleischkonsum	selten, nie	0,41 (0,40–0,41)	0,41 (0,40–0,43)
		1–4x/Woche	0,78 (0,78–0,79)	0,66 (0,65–0,66)
	Flüssigkeitskonsum	weniger als 1 Liter	0,71 (0,70–0,71)	0,66 (0,66–0,67)
	Gesundheitskompetenz	(eher) unsicher	1,67 (1,66–1,68)	1,50 (1,48–1,51)
	Alkoholkonsum	weniger als täglich	1,32 (1,31–1,33)	1,30 (1,28–1,32)
		Hinderungsfaktoren für gesunde Ernährung	1–2 Faktoren	0,66 (0,66–0,67)
			3–4 Faktoren	0,85 (0,84–0,86)
Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad	keine	1,12 (1,10–1,12)	1,31 (1,30–1,33)	
	1–30 Min./Tag	0,90 (0,90–0,91)	0,94 (0,92–0,95)	
<b>Soziodemo- grafische und -ökonomische Merkmale</b>	Geschlecht	männlich	2,42 (2,40–2,43)	n.s.
	Altersgruppen	18–34 Jahre	0,23 (0,23–0,24)	0,34 (0,34–0,35)
		35–49 Jahre	0,48 (0,48–0,49)	0,66 (0,65–0,67)
		50–64 Jahre	0,87 (0,84–0,86)	1,10 (1,08–1,12)
	Urbanisierungsgrad	Stadt	0,88 (0,87–0,89)	n.s.
	Bildung	Obligatorische Schule	1,88 (1,86–1,91)	1,86 (1,82–1,90)
		Sekundarstufe II	1,16 (1,15–1,17)	1,56 (1,54–1,58)
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	1,29 (1,28–1,30)	1,33 (1,31–1,35)	
	CHF 3000 bis 4499	1,27 (1,26–1,28)	1,26 (1,25–1,29)	
	CHF 4500 bis 5999	1,11 (1,10–1,12)	0,99 (0,97–1,01)	
Konstante			0,59	0,10
Nagelkerke R <sup>2</sup>			0,17	0,08

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=11'309

Nicht signifikante, aus dem Modell eliminierte Variablen: Ernährungsbewusstsein, 5 am Tag, Konsumkompetenz, Nationalität, Geschlecht (nur Adipositas), Stadt-Land (nur Adipositas).

\* Referenzkategorien, zu denen die Koeffizienten berechnet wurden: Körperliche Aktivität: aktiv; Fleisch: 5x und häufiger; Flüssigkeit: 1 Liter und mehr; Gesundheitskompetenz: (sehr) sicher; Alkoholkonsum: (mehrmals) täglich; Hinderungsfaktoren: 5 und mehr Faktoren; Wegstrecken: über 30 Min./Tag; Geschlecht: weiblich; Alter: 65 Jahre und mehr; Stadt-Land: ländlich; Schulbildung: Tertiärstufe; Haushaltsäquivalenzeinkommen: CHF 6000 und mehr.

\*\* Konfidenzintervall mit  $p < 0,01$ ; für die Interpretation der odds ratios siehe Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

ist seltener übergewichtig oder adipös. Dagegen geht ein seltener Alkoholkonsum – im Gegensatz zu den weiter oben dargestellten bivariaten Resultaten – bei simultaner Kontrolle der anderen Merkmale eher mit einem höheren Körpergewicht einher. Eine zusätzliche Analyse dieses Befundes zeigt, dass der Alkoholkonsum bei Männern und Frauen unterschiedliche Zusammenhänge aufweist: Während ein höherer Alkoholkonsum bei den Männern in der Regel mit einem höheren Anteil Übergewichtiger assoziiert ist, gilt das Umgekehrte für die Frauen. Interessant ist überdies die Tatsache, dass sowohl die Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» als auch das Ernährungsbewusstsein und die Konsumkompetenz keine signifikanten Zusammenhänge mehr zeigen.

## 5.2.4 Diskussion

Die statistischen Modelle erklären knapp zwanzig Prozent der Unterschiede bei der Verteilung von normal- und übergewichtigen Personen und rund die Hälfte bei der Adipositas. Dies sind angesichts der einfachen Messung der verschiedenen Variablen – angefangen vom selbstberichteten Körpergewicht bis hin zur wohl etwas zu einfachen Erfassung der Flüssigkeitszufuhr – und ihrer komplexen Zusammenhänge, die mit den Modellen nur ungenügend abgebildet werden können, ansehnliche Werte.

Die im vorliegenden Abschnitt dargestellten Resultate stehen überdies in Einklang mit verschiedenen in der Literatur diskutierten Befunden: Dass soziodemografische

und sozioökonomische Faktoren sowohl direkt als auch vermittelt über Lebensstil- und Bewusstseinsmerkmale einen erheblichen Zusammenhang mit dem Körpergewicht aufweisen, haben zahlreiche Studien nachgewiesen (vgl. z.B. Eichholzer, 2003; Stamm & Lamprecht, 2009). Auch die Befunde bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheitskompetenz, Bewegungsverhalten, Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung und Übergewicht liegen im Rahmen der Erwartungen (vgl. BFS, 2006; OECD, 2009; WHO, 2003).

Etwas schwerer fällt die Einschätzung der Befunde zum Ernährungsbewusstsein und Ernährungsverhalten. Dass der Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» bzw. dem Ernährungsbewusstsein und der Konsumkompetenz in einem multivariaten Modell verschwindet, ist angesichts der evidenzbasierten Empfehlungen zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts erstaunlich (vgl. BAG, 2007a, 2008b). Wie erwähnt, dürfte ein wesentlicher Grund für diese Resultate in den einfachen Messungen begründet sein. Zweifellos müsste das Ernährungsverhalten detaillierter abgebildet werden, wie dies etwa im Rahmen des Projekts «National Nutrition Survey Switzerland» (NANUSS) des Bundesamtes für Gesundheit für das Jahr 2012 geplant ist. In diesem Zusammenhang gilt es einmal mehr auf den Befund hinzuweisen, dass ein höherer nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist. Erst wenn genauere Angaben über die Zusammensetzung der Flüssigkeitszufuhr vorliegen, lässt sich dieser Befund abschliessend beurteilen (vgl. auch WHO, 2003). Ähnliches gilt für den Fleischkonsum, denn es dürfte weniger das Fleisch an sich, sondern die mit einem häufigen Fleischkonsum assoziierten weiteren Lebensstilelemente sein, die zu diesem Befund führen. Vor diesem Hintergrund werden die Analysen aus dem NANUSS-Projekt wie auch Resultate aus verschiedenen Evaluationen in Zusammenhang mit den aktuell laufenden Programmen für ein gesundes Körpergewicht weitere Klärung bringen.

Abschliessend gilt es an dieser Stelle jedoch festzuhalten, dass die hier nachgewiesenen Zusammenhänge in vielen Fällen zwar moderat scheinen, gleichwohl aber nicht unterschätzt werden dürfen, da sie sich zu durchaus substantiellen Wirkungen summieren können. Dies zeigt das Beispiel der Gegenüberstellung zweier sehr unterschiedlicher Gruppen: Betrachten wir nämlich die Gruppe der jungen Frauen (bis 34 Jahre), die selten Fleisch essen, eine hohe Gesundheitskompetenz aufweisen und körperlich aktiv sind (n=99), so fällt auf, dass hier nur gerade sechs Prozent übergewichtig

sind, während der Anteil der Adipösen vernachlässigbar klein wird.<sup>82</sup> Die Gegengruppe der körperlich inaktiven 50-jährigen und älteren Männer mit einer geringen Gesundheitskompetenz und einem hohen Fleischkonsum (n=54) weist dagegen einen Anteil von 67 Prozent an Übergewichtigen (inkl. Adipösen) auf, wobei über die Hälfte (36%) als adipös gilt. Dieses kleine Beispiel zeigt, dass selbst vergleichsweise geringe einzelne Zusammenhänge in ihrer Kombination erheblich werden können. Gleichzeitig deutet dieser Befund auch darauf hin, dass die aktuellen «multidimensionalen» Strategien für eine gesundes Körpergewicht auf dem richtigen Weg sind: Es scheint nicht ein «Allheilmittel» gegen das Übergewicht zu geben, vielmehr sind Ansätze vielversprechend, die auf der Ebene des Bewusstseins und bei verschiedenen Verhaltensweisen, aber auch auf der Verhältnis- und Strukturebene ansetzen.

### 5.3 Zusammenfassung

#### *Depressiver Symptomatik*

Subklinische depressive Symptome, im Sinne von frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung, sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Einzelne solcher Symptome sind bei guter körperlicher Gesundheit und bei guter sozialer und beruflicher Integration zu bewältigen, sollten in ihrer Bedeutung hinsichtlich späterer depressiver Erkrankungen aber nicht unterschätzt werden. Um spezifische Bevölkerungsgruppen mit relevanter depressiver Belastung zu identifizieren, wurde mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eine Klassifikationsanalyse durchgeführt, die verschiedene Hochrisikogruppen ergeben hat. Diese Resultate könnten durch weiter gehende Projekte untersucht oder im Rahmen bestehender Projekte (Bündnisse gegen Depression oder ähnliche Projekte) praktisch vertieft werden, um zusätzliche Handlungsrelevanz zu erhalten.

Die gefundenen Risikogruppen zeichnen sich durch eine starke psychische Belastung, durch häufige Suizidgedanken und markante Behinderungsfolgen sowie durch eine relativ hohe Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung aus. Es sind letztlich nur sehr wenige Merkmale, welche die Masse der Menschen mit depressiven Symptomen in klare Gruppen differenzieren: So

<sup>82</sup> Anzumerken ist jedoch, dass der Anteil der Untergewichtigen in dieser Gruppe 21% beträgt (gegenüber 4% in der Gesamtpopulation).

identifizieren beispielsweise starke körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit häufigen Einsamkeitsgefühlen eine Bevölkerungsgruppe, in der 70% der Personen depressive Symptome berichten, 45% die Kriterien einer klinischen Depression erfüllen, 80% psychisch stark belastet sind, 60% in den letzten zwei Wochen an Suizid dachten und 49% nur eingeschränkt leistungsfähig sind. Insgesamt sind folgende Merkmale von zentraler Bedeutung: Vorhandensein von (chronischen) somatischen Beschwerden und Schmerz, das Erleben von Einsamkeit und das Erleben von Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitsunzufriedenheit sowie psychischer Arbeitsbelastung. Auch wenn die Zusammenhänge zwischen Depression und diesen Merkmalen vielfältig und dynamisch sind, so zeigt dies gleichzeitig auch, in welchen Bereichen sekundärpräventive respektive Screening-Massnahmen ansetzen können (und dies zum Teil auch schon tun): Bei der hausärztlichen Behandlung und möglicherweise auch bei weiteren Dienstleistungen für Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen (z.B. durch die Spitex), am Arbeitsplatz und vielleicht auch im Wohnquartier. Die Ergebnisse weisen schliesslich darauf hin, dass man abwägen muss, mit welchem Spezifizierungsgrad man präventive Massnahmen anbieten will. Es gibt grosse Bevölkerungsgruppen mit geringen Anteilen von depressiv belasteten Personen, mittlere Bevölkerungsgruppen mit durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher depressiver Belastung und kleinere Gruppen mit sehr hoher depressiver Belastung. Mit gezielten Massnahmen könnten vor allem die mittleren Bevölkerungsgruppen (Frühintervention u.a.) und die Risikogruppen (Sekundärprävention u.a.) noch vermehrt unterstützt werden.

### *Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit*

In diesem Abschnitt wurde eine Analyse von Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 durchgeführt. Ausgehend von den im Unterkapitel 3.2 diskutierten Befunden zu Ernährung, Bewegung und Körpergewicht wurden die Zusammenhänge mit weiteren Aspekten des Gesundheitsbewusstseins, des Lebensstils und der sozialen Lage untersucht sowie mittels eines multivariaten statistischen Modells auf ihre Stärke hin geprüft.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Körpergewicht von verschiedenen Dimensionen der selbstberichteten Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens, vor allem aber auch von sozialen Unterschieden – insbeson-

dere vom Alter und vom Geschlecht – beeinflusst wird. Dies steht im Einklang mit zahlreichen Studienergebnissen. Die statistischen Modelle erklären knapp zwanzig Prozent der Unterschiede bei der Verteilung von normal- und übergewichtigen Personen und rund die Hälfte beim starken Übergewicht. Eher überraschend zeigen sich nur schwach ausgeprägte Effekte des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens auf das Körpergewicht. Diese Ergebnisse dürfen nicht so verstanden werden, dass aktuelle Interventionen mit Blick auf diese Verhaltensweisen nur bedingt erfolgversprechend sind. Gegen eine solche Einschätzung spricht erstens die Unschärfe der Messung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Präzisere Daten, mit denen sich auch die Gesamtenergiezufuhr bestimmen lässt, werden in einigen Jahren im Rahmen des Projekts «National Nutrition Survey Switzerland» (NANUSS) des Bundesamtes für Gesundheit verfügbar werden. Zweitens zeigen sich substantielle Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, weiteren Elementen des Lebensstils und dem Körpergewicht einerseits und der sozialen Lage und den Lebensbedingungen andererseits. Diese Befunde gilt es auch bei Interventionen für eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung zu berücksichtigen, indem auf der Basis von Überlegungen zu den Lebensbedingungen und Kontextfaktoren der Zielgruppen spezifische Massnahmen entwickelt werden.

# 6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

*Hélène Jaccard Ruedin, Marcel Widmer und France Weaver*

## Für die Kantonsärztlichen Dienste Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:

1. Die Luzernerinnen suchen im Vergleich zu den Schweizerinnen die niedergelassenen Ärzte weniger häufig auf. Die Luzerner Männer hingegen liegen diesbezüglich im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Zahl der Hausarztkonsultationen liegt in etwa im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Dichte der Fachärzte im Kanton Luzern ist weniger gross als im Durchschnitt der Schweiz. Die Zahl der Facharztbesuche ist niedriger als die Zahl der Hausarztbesuche, was darauf schliessen lässt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ihre «Gatekeeper»-Funktion wahrnehmen.
2. Bei den Vorsorgeuntersuchungen liegen die Männer im gesamtschweizerischen Durchschnitt, während bei den Luzernerinnen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Durchschnitt der übrigen Schweiz weniger häufig beansprucht werden.
3. Ein wichtiges Thema ist die Bereitschaft der Bevölkerung zur Impfung. Bei den über 65-Jährigen lassen sich 11% weniger gegen die saisonale Grippe impfen als im schweizerischen Durchschnitt.
4. Luzernerinnen und Luzerner, v.a. die Frauen, lassen sich häufiger komplementärmedizinisch behandeln als Schweizer oder v.a. Schweizerinnen insgesamt.

In diesem Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Luzerner Bevölkerung je nach soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitszustand medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. In der Literatur gelten das Alter, das Geschlecht sowie der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand als Haupteinflussfaktoren der Inanspruchnahme: Frauen, ältere Menschen und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, nehmen am häufigsten Gesundheitsleistungen in Anspruch (Jaccard Ruedin et al., 2007). Die Staatsangehörigkeit, das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status wiederum haben eher einen Einfluss darauf, wie häufig Facharztpraxen aufgesucht oder gewisse chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. So sind zum Beispiel Mandelentfernungen bei Personen mit höherem Bildungsniveau häufiger (Bisig et al., 2004; Domenighetti & Bisig, 1995; Domenighetti & Casabianca, 1997; Domenighetti et al., 1989).

5. Bei den Hospitalisationen zeigen sich im Unterschied zur übrigen Schweiz unterschiedliche Zahlen. Werden in der Schweiz Frauen häufiger hospitalisiert als Männer, so ist es im Kanton Luzern gerade umgekehrt. Hier beanspruchen Männer häufiger stationäre Spitalleistungen.

### Fazit:

Die stationäre und ambulante medizinische Versorgung im Kanton Luzern funktioniert gut und ist den Bedürfnissen der Bevölkerung mehrheitlich gut angepasst. Die Luzerner Hausärztinnen und Hausärzte nehmen ihre «Gatekeeper»-Funktion wahr.

Die Gesundheit der Bevölkerung könnte aber noch verbessert werden, wenn die Impfbereitschaft der Luzernerinnen und Luzerner grösser wäre. Die schwache Impfbereitschaft sowie die überdurchschnittlich häufigen Besuche bei nicht-ärztlichen Komplementärmedizinerinnen, lassen auf eine kritische Haltung gegenüber der Schulmedizin schliessen. Es ist zu überlegen, ob in diesem Bereich zusätzliche Aufklärungsarbeit nötig ist. Im Weiteren ist der unterdurchschnittlichen Nutzung von schulmedizinischen Versorgungsangeboten durch Luzernerinnen nachzugehen.

Fabian Studer, med. pract.  
Bereichsleiter Gesundheitsversorgung  
Kantonsärztliche Dienste Luzern

In diesem Kapitel werden deshalb diese Variablen geprüft, jedoch ohne multivariate Analyse, d.h. ohne zu untersuchen, welchen spezifischen Einfluss diese Faktoren im Einzelnen haben. Grundsätzlich werden im Text nur die wichtigen Unterschiede erwähnt.

Gemäss Gesundheitsbericht für den Kanton Luzern von 2002 nahm die Luzerner Bevölkerung weniger Gesundheitsleistungen – vor allem von Spitälern und Fachpraxen – in Anspruch als die Schweizer Gesamtbevölkerung. Dabei beanspruchten die Luzernerinnen mehr Leistungen als die Luzerner. Im Bereich der Alternativmedizin wurde das gesamtschweizerische Leistungsvolumen um 3% übertroffen. Bei den Vorsorgeuntersuchungen schliesslich – hier konzentriert sich der vorliegende Bericht auf die Lebenszeitprävalenz – zeigten sich kaum Unterschiede zwischen der Situation im Kanton Luzern und in der Schweiz insgesamt. Eine Ausnahme bildet die Mammografie, bei der die Häufigkeit in Luzern um fast 5% tiefer lag als im schweizerischen Durchschnitt.

Im vorliegenden Kapitel werden dieselben medizinischen Leistungen berücksichtigt wie im letzten Bericht, teilweise unter anderen Gesichtspunkten, was neue Erklärungselemente erschliesst. Ob jemand gleichzeitig verschiedene medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, ist hingegen nicht Gegenstand dieses Kapitels. Es wird separat untersucht, in welchem Umfang folgende Leistungen in den zwölf Monaten vor der Befragung genutzt wurden:

- Arztbesuche
- Präventivmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten oder Krebs und Grippeimpfungen
- Komplementärmedizin
- Spitalleistungen (ambulant und stationär)
- Hilfe zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)

## 6.1 Arztbesuche

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist die einzige Datenquelle mit Angaben zur Bevölkerung, die keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, entweder weil keine Notwendigkeit besteht oder möglicherweise auch, weil sie keinen Zugang hat. Der folgende Abschnitt macht sich diesen Umstand zunutze und analysiert spezifisch diejenigen Bevölkerungsgruppen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis (auch Fach- oder Gynäkologiepraxis) aufgesucht hatten (Tab. 6.1). Zur Erinnerung: Alle Ergebnisse basieren auf Angaben, die von den Befragten selbst gemacht wurden.

92,0% der Luzerner Bevölkerung haben gemäss eigenen Angaben einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Dieser Anteil liegt knapp über dem schweizerischen Durchschnitt von 87,9%.

*Fast jede vierte Person im Kanton Luzern gab an, in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht zu haben.*

Fast jede vierte Person, die im Kanton Luzern wohnt, hat in den zwölf Monaten vor der Befragung gemäss eigenen Angaben keine Arztpraxis aufgesucht, was etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt entspricht (22,9% vs. 21,6%). Die Differenz ist dabei auf die Frauen zurückzuführen: Die Luzernerinnen waren signifikant häufiger nie in einer Arztpraxis als die Schweizerinnen insgesamt (19,2% vs. 14,8%), während bei den Luzernern ein ähnlicher Anteil keine Konsultationen angab wie bei den Schweizern insgesamt (27,3% vs. 28,7%).

*Die Luzerner/innen unter 50 Jahren erwähnen häufiger als im schweizerischen Durchschnitt, keinen Arzt besucht zu haben*

Sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz ist der Anteil der Personen, die keine Arztpraxis aufsuchten, signifikant höher bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (mit Vorsicht zu interpretieren, da die Stichprobe der Nicht-Schweizer weniger als 30 Beobachtungen zählt) und Personen, die keinen Hausarzt bzw. keine Hausärztin haben: Zwei von fünf Personen ohne Hausarzt oder Hausärztin erwähnten keine Konsultationen, gegenüber lediglich einer von fünf Personen bei denjenigen mit Hausarzt oder Hausärztin.

Ein Vergleich mit den übrigen Kantonen oder Regionen der Schweiz ergibt, dass der Anteil der Personen ohne Konsultationen in den urbanen oder in den italienisch- und französischsprachigen Kantonen geringer ist, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Abbildung 6.1 zeigt, dass jede fünfte Person (22,1%) mit einigen körperlichen Beschwerden und jede sechste Person (15,6%) mit starken Beschwerden (gemäss dem in Kapitel 2 definierten Index zu den körperlichen Beschwerden) keine Arztpraxis aufsuchte, was etwa dem Schweizer Durchschnitt entspricht. Hingegen scheint es nur wenige Personen mit einem mittel bis sehr schlechten Gesundheitszustand zu geben, die keine Konsultationen erwähnten.

Die Stichprobe ist zu klein, um die Luzerner Frauen und Männer nach körperlichen Beschwerden getrennt analysieren zu können. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist das Verhalten geschlechtsabhängig: Es gibt weniger Frauen als Männer, die keinen Arztbesuch erwähnten, wenn sie an leichten (14,0% vs. 26,0%) oder starken (9,3% vs. 15%) Beschwerden leiden (keine Abbildung oder Tabelle).

*Seit 2002 haben die Arztbesuche zugenommen, aber nicht in allen Bevölkerungsgruppen*

Seit 2002 ist der Anteil der Personen ohne ärztliche Konsultationen zurückgegangen, sowohl im Kanton Luzern (-3,6%) als auch in der Gesamtschweiz (-4,2%). Diese Abnahme ist bei Frauen und Männern gleich ausgeprägt (-2,0%). Der Abwärtstrend ist markanter bei den Personen mit wenigen (-6,7%) oder einigen (-3,5%) körperlichen Beschwerden und deutlich geringer in der Personengruppe mit starken Beschwerden (-0,8%) (Abb. 6.1).

Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		LU	CH
<b>Total</b>		22,9	21,6
<b>Geschlecht</b>	Frauen	19,2	14,8
	Männer	27,3	28,7
<b>Altersgruppen</b>	15–34 Jahre	26,4	23,9
	35–49 Jahre	28,6	26,0
	50–64 Jahre	20,4	20,7
	65+ Jahre	(9,2)	11,3
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(25,0)	19,7
	Sekundarstufe II	22,5	21,6
	Tertiärstufe	22,9	22,4
<b>Nationalität</b>	Schweiz	20,7	20,7
	Ausland	(36,6)	25,2
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	24,6	22,5
	CHF 3000 bis 4499	21,8	20,9
	CHF 4500 bis 5999	20,1	20,2
	CHF 6000 und höher	21,2	20,8
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	21,0	20,9
	Land	24,9	23,5
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	25,0	23,8
	mittel bis sehr schlecht	.	5,2
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	29,8	30,2
	einige	22,1	19,7
	starke	15,6	11,3
	Fieber in der letzten Woche	12,9	17,4
<b>Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin</b>	ja	21,3	18,9
	nein	42,8	41,3
<b>War notfallmässig im Spital</b>	ja	.	5,3
	nein	24,0	23,4
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>21,6</b>
	<b>Luzern</b>		<b>22,9</b>
	Aargau		20,7
	Appenzell Ausserrhoden		24,4
	Bern		20,0
	Tessin		21,1
	Uri		24,7
	Zentralschweiz ohne Luzern		23,3
	Grossregion Ostschweiz		24,7
	Deutschschweiz		21,7
	Französische Schweiz		21,3

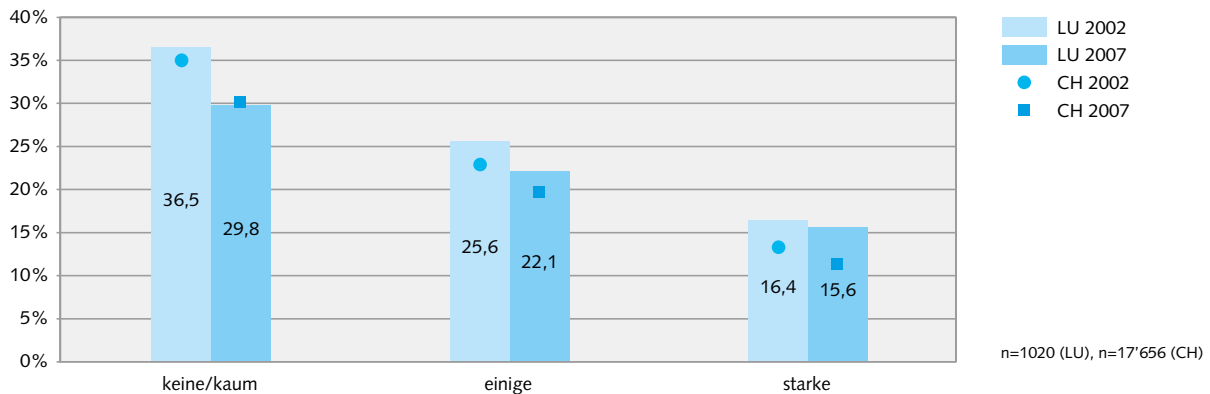
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1020 (LU), n=17'656 (CH)

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

**Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)** **Abb. 6.1**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

*Die Hälfte der Bevölkerungsgruppe, die eine ärztliche Konsultation in den zwölf Monaten vor der Befragung angibt, besuchte ein bis drei Mal eine Arztpraxis.*

Dieser Abschnitt widmet sich ausschliesslich derjenigen Bevölkerungsgruppe, die nach eigenen Angaben mindestens einmal in einer Arztpraxis war (Hausarzt-, Allgemein-, Gynäkologie- oder Facharztpraxis<sup>83</sup>). Betrachtet man die Zahl der Konsultationen pro Person, ist festzustellen, dass in allen Kantonen, auch im Kanton Luzern, die Hälfte der Bevölkerung, die Arztbesuche angab, höchstens drei Mal in einer Praxis war. Diese Häufigkeit entspricht dem Medianwert zu den Arztbesuchen. Bei dieser Personengruppe lag die durchschnittliche Anzahl Konsultationen im Kanton Luzern unter dem schweizerischen Durchschnitt (4,8 vs. 5,2 Arztbesuche pro Jahr), der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant. Dass der Durchschnittswert höher ist als der Medianwert, rührt daher, dass einige Personen sehr viele Arztbesuche erwähnten. Dieser Unterschied ist in der Schweiz insgesamt grösser als im Kanton Luzern.

Für die weiteren Analysen wurden die Befragten, welche mindestens einmal beim Arzt waren, in drei Gruppen kategorisiert:

Wenig Arztbesuche:	ein bis zwei Arztbesuche
Einige Arztbesuche:	drei bis fünf Arztbesuche
Häufige Arztbesuche:	sechs oder mehr Arztbesuche

<sup>83</sup> Im Fragebogen werden Begriffe wie Hausarzt oder Allgemeinpraktiker ohne nähere Definition verwendet.

Für die gesamte Personengruppe, die mindestens einen Arztbesuch angab, sind die Unterschiede zwischen Luzern und der Schweiz sehr gering, abgesehen davon, dass in Luzern ein kleinerer Anteil sehr häufig Arztpraxen konsultierte. Dieser Unterschied ist auch bei den Luzernerinnen und Luzernern unter 65 Jahren festzustellen, die seltener eine Arztpraxis aufsuchen als die entsprechende Altersgruppe in der Schweizer Gesamtbewölkerung (nicht signifikant). Bei den Personen im Alter von mindestens 65 Jahren nehmen diese Unterschiede ab: Fast ein Drittel dieser Bevölkerungsgruppe erwähnte sechs oder mehr Arztbesuche, ein weiteres Drittel drei bis fünf. Bei den unter 65-Jährigen besteht die grösste Gruppe aus denjenigen Personen, die ein bis zwei Mal pro Jahr einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, sowohl in Luzern als auch in der Schweiz.

Die grössten Unterschiede betreffen die Bevölkerungsgruppe mit häufigen Arztbesuchen (sechs Mal oder mehr): Diese Gruppe ist bei den Luzernerinnen signifikant kleiner als bei den Schweizerinnen (19,0% vs. 24,8%), während bei den Luzernern im Vergleich zu den Schweizern kaum Unterschiede feststellbar sind (16,9% vs. 15,7%) (Tab. 6.2).

Der Anteil der Personen mit häufigen Arztbesuchen ist am niedrigsten in der Bevölkerungsgruppe mit einem hohen Bildungsniveau, was wohl damit zu erklären ist, dass der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einstufen, in dieser Kategorie ebenfalls grösser ist (Kapitel 2). Von den Luzernerinnen und Luzernern, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht bewerten, gab die Hälfte an, mindestens

**Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		LU				CH			
		1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total	1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total
<b>Total</b>		34,9	24,1	18,0	77,0	34,2	23,8	20,4	78,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	34,8	27,0	19,0	80,8	33,0	27,4	24,8	85,2
	Männer	35,1	20,8	16,9	72,7	35,5	20,1	15,7	71,3
<b>Altersgruppen</b>	15-34 Jahre	37,2	21,1	15,2	73,5	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 Jahre	36,6	21,2	13,6	71,4	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 Jahre	34,4	26,8	18,4	79,6	33,0	24,6	21,8	79,3
	65+ Jahre	27,8	32,2	30,8	90,8	28,4	30,2	30,1	88,7
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	29,2	24,2	21,6	75,0	30,5	23,5	26,3	80,3
	Sekundarstufe II	36,8	22,6	18,1	77,5	34,3	24,1	20,0	78,4
	Tertiärstufe	33,2	28,6	15,3	77,1	35,9	23,3	18,3	77,6
<b>Nationalität</b>	Schweiz	35,2	25,5	18,6	79,3	34,4	24,4	20,5	79,3
	Ausland	33,6	(16,0)	(13,8)	63,4	33,5	21,4	19,9	74,8
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	33,6	23,0	18,8	75,4	33,6	23,1	20,8	77,5
	CHF 3000 bis 4499	34,7	25,1	18,4	78,2	34,0	25,1	20,1	79,2
	CHF 4500 bis 5999	32,7	28,8	18,4	79,9	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 und höher	38,9	21,8	(18,0)	78,7	35,8	24,2	19,1	79,1
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	35,5	26,2	17,3	79,0	34,2	24,2	20,7	79,1
	Land	34,4	22,0	18,6	75,1	34,3	22,8	19,4	76,5
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	36,5	24,5	13,9	75,0	36,9	23,9	15,4	76,2
	mittel bis sehr schlecht	(20,9)	(20,5)	54,2	95,6	14,2	23,7	56,9	94,8
<b>Hat einen Hausarzt/ eine Hausärztin</b>	ja	34,9	24,7	19,1	78,7	34,2	25,2	21,7	81,1
	nein	(35,1)	(17,5)	.	.	34,1	14,0	10,6	58,7
<b>War notfallmässig im Spital</b>	ja	(16,0)	(18,7)	57,9	92,6	25,0	28,9	40,8	94,7
	nein	36,3	24,5	15,3	76,0	35,3	23,3	18,1	76,6

Mittlere Anzahl Arztkonsultationen pro Person		Ganze Bevölkerung			Nur Bevölkerung, die einen Arzt/ eine Ärztin besucht hat		
		Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/ Frauenarztbesuche	Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/ Frauenarztbesuche
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>4,1</b>	<b>2,3</b>	<b>1,8</b>	<b>5,2</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>
	<b>Luzern</b>	<b>3,7*</b>	<b>2,3</b>	<b>1,4*</b>	<b>4,8</b>	<b>3,0</b>	<b>1,8*</b>
	Aargau	4,0	2,4	1,6	5,1	3,0	2,1
	Appenzell Ausserrhoden	3,5*	2,1	1,4*	4,6	2,7	1,9
	Bern	4,3	2,4	1,9	5,4	3,1	2,3
	Tessin	4,0	2,0*	2,0	5,1	2,6*	2,5
	Uri	3,4*	2,2	1,2*	4,5	2,8	1,7
	Zentralschweiz ohne Luzern	4,2	2,4	1,8	5,4	3,0	2,4
	Grossregion Ostschweiz	3,8	2,4	1,4	5,1	3,2	1,9
	Deutschschweiz	4,1	2,4	1,7	5,2	3,1	2,1
	Französische Schweiz	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1020 (LU), n=17'656 (CH)

· Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)



sechs Mal eine Arztpraxis aufgesucht zu haben. Es erstaunt, dass knapp ein Siebtel (13,9%) der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut erachten, häufige Arztbesuche angeben.

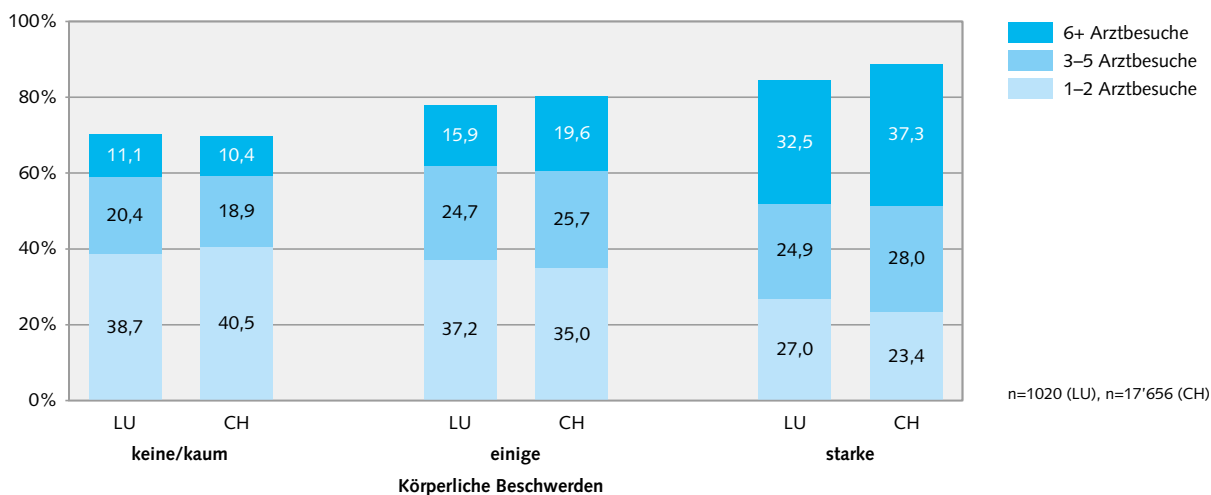
Der Unterschied zwischen Luzern und der Schweiz betrifft hauptsächlich die durchschnittliche Zahl von Konsultationen in Facharztpraxen, die in Luzern wesentlich seltener sind als in der Schweiz insgesamt. Dies wurde bereits im letzten Luzerner Gesundheitsbericht beobachtet und ist namentlich durch eine geringere Fachärztedichte im Kanton Luzern zu erklären. Die Werte zur durchschnittlichen Zahl der Hausarztbesuche sind hingegen mehr oder weniger vergleichbar.

*Luzernerinnen mit starken Beschwerden beanspruchen weniger ärztliche Leistungen als die Schweizerinnen insgesamt*

Am grössten sind dabei die Unterschiede zwischen dem Kanton Luzern und der Schweiz bei den Frauen mit starken körperlichen Beschwerden: Es gibt nicht nur signifikant weniger Luzernerinnen in der Gruppe mit mindestens sechs Arztbesuchen (30,5% vs. 38,2%), sondern ein ähnlicher signifikanter Unterschied zwischen Luzernerinnen und Schweizerinnen zeigt sich auch bei der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche (einschliesslich Personen ohne Arztbesuche) (Abb. 6.3).

**Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)**

**Abb. 6.2**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

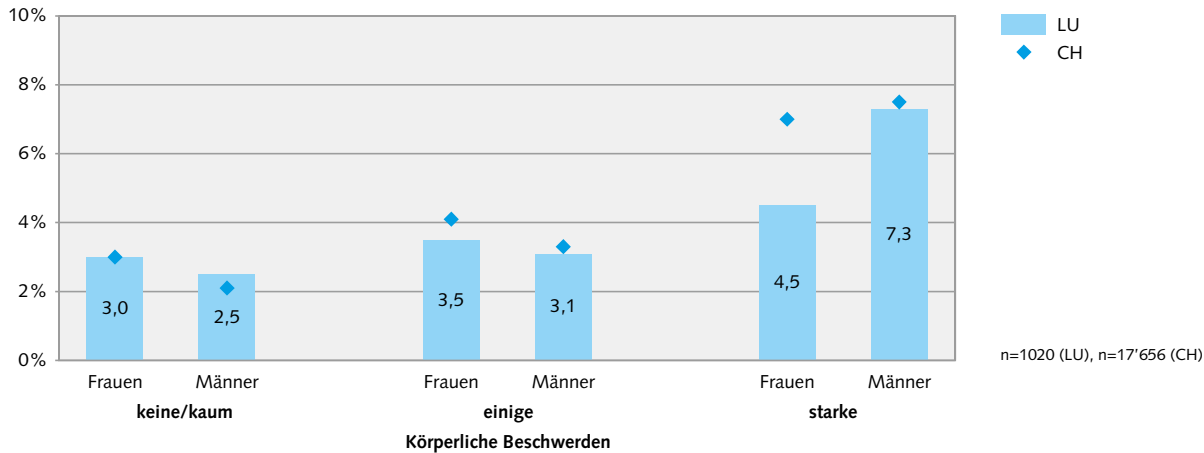
© Bundesamt für Statistik (BFS)

In der Bevölkerungsgruppe, die angibt, keine körperlichen Beschwerden zu haben, suchten 11,1% mehr als sechs Mal pro Jahr eine Arztpraxis auf, was etwas mehr ist als im schweizerischen Durchschnitt. Umgekehrt gaben von der Bevölkerungsgruppe mit starken Beschwerden mehr Luzernerinnen und Luzerner an, dass sie selten eine Arztpraxis konsultierten, und weniger Personen, dass sie häufig eine Arztpraxis aufsuchten, als in der Schweiz insgesamt (Abb. 6.2).

Die Unterschiede zwischen den Luzernerinnen und den Schweizerinnen bestätigen sich, wenn die durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen nach Bildungsniveau betrachtet wird. Dieser Unterschied betrifft jedoch vor allem die Frauen mit einem Abschluss der obligatorischen Schule oder der Sekundarstufe II (1,4 bzw. 1,1 Arztbesuche weniger pro Jahr und Luzernerin als pro Schweizerin). Die Luzernerinnen mit Tertiärdiplom hingegen gaben durchschnittlich eine ähnliche Zahl von Arztbesuchen an wie die Schweizerinnen mit demselben Bildungsniveau. Bei den Männern bestehen bei allen drei Bildungsniveaus nur geringe Unterschiede zwischen Luzernern und Schweizern.

**Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

**Abb. 6.3**

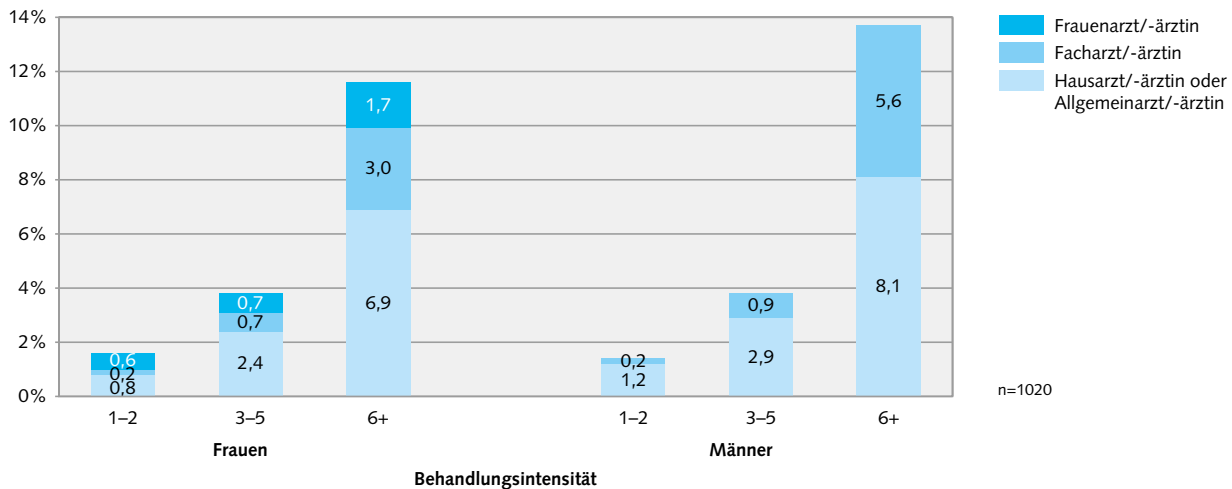


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht und Behandlungsintensität, Kanton Luzern, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

**Abb. 6.4**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Seit 2002 hat die Zahl der Facharztbesuche zugenommen

Im Vergleich zu 2002 erhöhte sich die durchschnittliche Gesamtzahl der selbstberichteten Konsultationen pro Person sowohl im Kanton Luzern (von 3,0 im Jahr 2002 auf 3,7 2007) als auch in der Schweiz als Ganzes (von 3,4 auf 4,1). Die einzige statistisch bedeutende Entwicklung betrifft die Zunahme der durchschnittlichen Zahl der

Facharztbesuche bei den Luzerner Männern (von 0,6 auf 1,2), die übrigen Abweichungen sind hingegen nicht signifikant.

In der Bevölkerungsgruppe mit wenigen Arztbesuchen ist die Zahl der Facharztbesuche niedriger als die Zahl der Hausarztbesuche (Abb. 6.4). Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen selten direkt in eine Facharztpraxis gehen und der Hausarzt oder die Hausärztin bereits die Rolle eines «Gatekeepers» wahrnimmt.

Die Häufigkeit der Konsultationen in Gynäkologiepraxen scheint weniger stark mit der Gesamtzahl der Konsultationen zusammenzuhängen. Ein Grossteil der Facharztbesuche dürfte auf das Fünftel der Bevölkerung (18,0%) mit häufigen Arztbesuchen entfallen.

*Männer gaben tendenziell mehr Arztbesuche an als Frauen*

Unabhängig von der Behandlungsintensität und ohne Berücksichtigung der besonderen Kategorie der Gynäkologie suchten die Luzerner scheinbar häufiger als die Luzernerinnen Arztpraxen auf, und zwar sowohl Haus- als auch Facharztpraxen (Luzerner: 2,4 bzw. 1,2; Luzernerinnen; 2,2 bzw. 0,7). Die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Schweizweit ist die Zahl der Hausarztbesuche und Facharztbesuche bei beiden Geschlechtern ähnlich (Schweizer: 2,2 bzw. 1,4; Schweizerinnen: 2,5 bzw. 1,3).

*Der Hausarzt wird in allen Altersgruppen am häufigsten in Anspruch genommen*

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern scheint sich bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen zu bestätigen, ist aber nicht signifikant (Abb. 6.5). Zwar nimmt die Zahl der Hausarztbesuche mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern zu. Ab 35 Jahren ist sie bei den Männern höher als bei den Frauen. Die Häufigkeit von Facharztbesuchen ist bei den Männern in jedem Alter ebenfalls höher als bei den Frauen. Die Inanspruch-

nahme von Gynäkologiepraxen ist signifikant tiefer bei Frauen über 65 als bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.

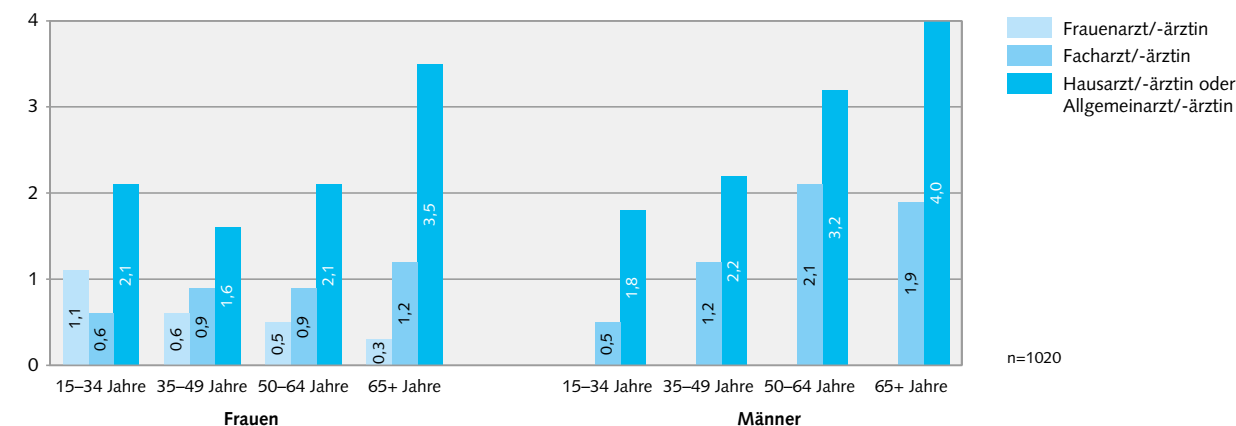
Es gilt hier nochmals anzumerken, dass die Zahlen zu den Arztbesuchen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf Aussagen der Betroffenen beruhen und deshalb Verzerrungen möglich sind. Eventuell erinnern sich die Befragten nicht mehr an alle Konsultationen, oder sie antworten so, wie es ihnen gesellschaftlich besser akzeptiert scheint. Diese Verzerrungen haben zur Folge, dass die Anzahl Arztbesuche unterschätzt wird.

Ein Vergleich der Werte zu den Arztbesuchen im Kanton Luzern von 2007 mit 2004 im Datenpool von Santé-suisse ergibt beträchtliche Abweichungen, vor allem bei der Zahl der Allgemeinarztbesuche, die gemäss Datenpool durchwegs zahlreicher sind, wobei sich diese Differenz bei den über 65-Jährigen stark ausweitete (7 bis 11 Konsultationen pro Person und Jahr; vgl. Bétrisey et al., 2007). Bei den Facharztkonsultationen sind die Unterschiede geringer.

Ein Teil der Differenzen ist möglicherweise mit den unterschiedlichen Zeitpunkten (2004 bzw. 2007) oder mit einer abweichenden Definition der Begriffe «Allgemeinarzt» und «Facharzt» zu erklären. Theoretisch müsste die Zahl der Konsultationen in der SGB höher sein, da hier auch die Konsultationen im Zusammenhang mit anderen Versicherungen als der obligatorischen Krankenversicherung berücksichtigt sind, tatsächlich erscheinen sie jedoch deutlich zu niedrig. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass schwere Fälle mit der SGB nicht erreicht werden und deshalb untervertreten sind.

**Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Luzern, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

**Abb. 6.5**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

## 6.2 Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen

Im letzten Bericht wurden die Ergebnisse auf die Personen fokussiert, die sich schon mindestens einmal einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, was der

«Lebenszeitprävalenz» entspricht. Im vorliegenden Bericht erfolgt die Analyse aus einem anderen Blickwinkel: Diesmal werden diejenigen Personen betrachtet, die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Präventivmassnahme erwähnten, d.h. es wird die jährliche Häufigkeit dieser Art von

**Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Blutdruck		Glykämie		Cholesterinämie	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		73,5	75,8	45,2	50,9	48,9	54,5
<b>Geschlecht</b>	Frauen	76,9	81,0	43,5	54,3	49,2	57,1
	Männer	69,8	70,2	47,1	47,4	49,2	51,9
<b>Altersgruppen</b>	15–39 Jahre	65,1	66,3	35,4	37,8	38,3	43,2
	40–64 Jahre	75,0	78,1	42,7	52,0	47,6	53,6
	65+ Jahre	92,8	91,3	76,0	76,5	74,2	74,2
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	78,3	80,8	56,7	62,9	59,6	66,8
	Sekundarstufe II	72,3	75,7	45,4	51,1	49,0	54,3
	Tertiärstufe	74,2	73,7	37,7	45,0	42,9	48,9
<b>Nationalität</b>	Schweiz	74,4	76,3	44,3	51,1	48,7	54,4
	Ausland	68,2	73,8	51,6	50,2	52,3	54,9
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	67,7	73,3	45,2	48,0	48,4	52,1
	CHF 3000 bis 4499	79,4	77,9	46,7	55,1	52,3	57,2
	CHF 4500 bis 5999	76,4	77,0	45,7	51,4	46,7	55,5
	CHF 6000 und höher	76,8	77,3	41,3	49,6	44,5	51,8
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	74,1	76,4	46,2	51,8	51,3	55,3
	Land	73,0	74,3	44,2	48,6	46,9	52,4
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	71,4	73,5	41,8	47,4	46,6	51,1
	mittel bis sehr schlecht	92,4	91,9	74,5	76,2	68,3	75,7
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	71,2	70,1	42,9	45,8	50,7	50,1
	einige	69,6	76,2	42,5	50,6	47,5	53,7
	starke	81,3	83,7	53,6	59,8	52,7	62,1
<b>Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin</b>	ja	74,5	77,8	47,0	53,6	50,2	56,9
	nein	61,9	61,3	22,8	31,3	31,6	34,2
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>75,8</b>		<b>50,9</b>		<b>54,5</b>
	<b>Luzern</b>		<b>73,5</b>		<b>45,2*</b>		<b>48,9*</b>
	Aargau		76,7		51,4		53,3
	Appenzell Ausserrhoden		74,2		47,6		48,7
	Bern		75,8		52,1		55,2
	Tessin		83,6*		62,8*		66,6*
	Uri		68,8*		45,3*		44,0*
	Zentralschweiz ohne Luzern		77,7		51,6		52,4
	Grossregion Ostschweiz		74,1		47,0		49,9
	Deutschschweiz		75,9		50,4		52,8
	Französische Schweiz		74,2		50,5		56,9

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

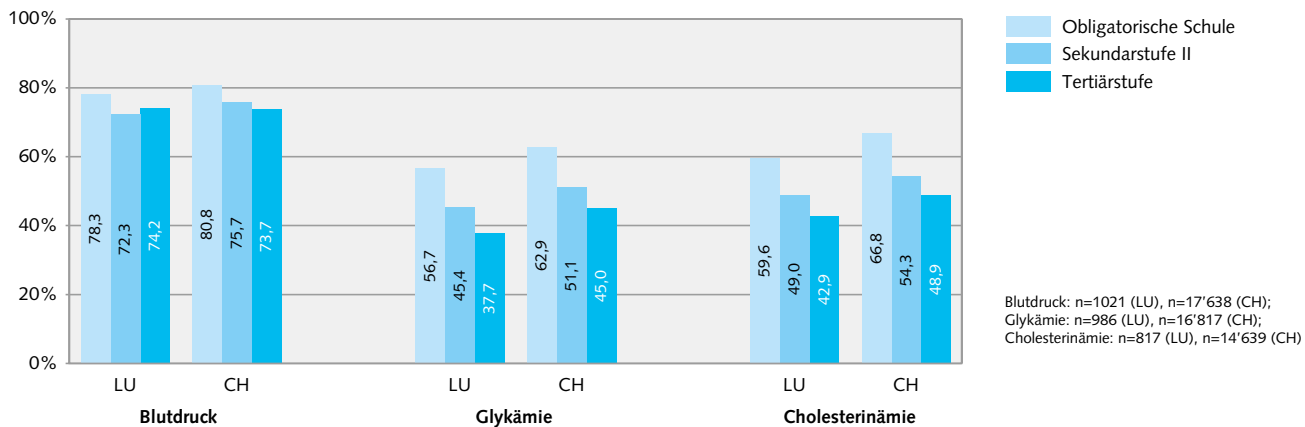
Blutdruck: n=1021 (LU), n=17'638 (CH); Glykämie: n=986 (LU), n=16'817 (CH); Cholesterinämie: n=817 (LU), n=14'639 (CH)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Hier werden nicht die gleichen Altersgruppen verwendet wie in den Tabellen 6.1 und 6.2, da für gewisse Fragen in der Erhebung eine Altersgrenze festgelegt worden war.

### Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.6



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Untersuchungen analysiert. Wenn Empfehlungen bestehen, kann diese Häufigkeit dann mit der angestrebten Abdeckung verglichen werden, die dem Kehrwert der empfohlenen Häufigkeit entspricht: Wenn alle drei Jahre eine Vorsorgeuntersuchung empfohlen wird, beträgt die angestrebte jährliche Abdeckung innerhalb einer Zielgruppe 33% der kontrollierten Personen.

Bei der Analyse der jährlichen Häufigkeit treten stärkere regionale Unterschiede zutage als bei derjenigen der Lebenszeitprävalenz. Die Durchführung der verschiedenen Untersuchungen wird nach Art der Zielerkrankung dargestellt: chronische Erkrankungen, Krebs und Grippe.

#### 6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten

In Tabelle 6.3 sind die Personen aufgeführt, die sich in den zwölf Monaten vor der Befragung verschiedenen Untersuchungen unterzogen haben. Es handelt sich um die Kontrolle des Blutdruckes, des Blutzuckerspiegels (Glykämie) und des Cholesterinspiegels (Cholesterinämie). Solche Untersuchungen erfolgen in zwei verschiedenen Situationen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht unterschieden werden. In beiden Fällen handelt es sich um Präventionsmassnahmen, die Begriffe werden im nachfolgenden Text entsprechend gleichwertig verwendet.

– Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes; dabei handelt es sich um primäre Prävention.

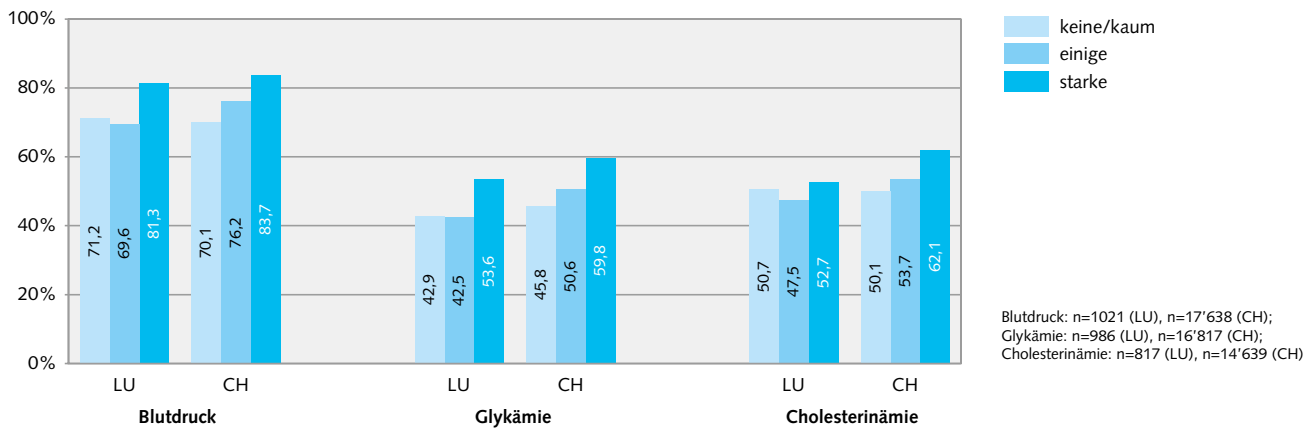
– Medizinische Behandlung von Herz-Kreislauf- oder Diabetes sowie von anderen Erkrankungen; hier werden die erwähnten Parameter bei Erkrankten kontrolliert, weshalb es sich um sekundäre Präventionsmassnahmen handelt.

#### *Luzerner/innen führen weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten durch als Schweizer/innen*

Insgesamt wurde der Blutdruck bei fast drei Vierteln der Luzerner Bevölkerung kontrolliert, der Blutzuckerspiegel bei mehr als zwei Fünfteln und der Cholesterinspiegel bei der Hälfte. Die drei berücksichtigten Untersuchungen wurden bei der Luzerner Bevölkerung weniger häufig durchgeführt als im schweizerischen Durchschnitt. Dabei ist die Differenz auf die Frauen zurückzuführen, bei den Männern hingegen besteht kein Unterschied. So ist der Anteil der Luzernerinnen, die angaben, dass ihr Blutzuckerspiegel oder ihr Blutdruck kontrolliert wurde, um 10% bzw. 5% tiefer als derjenige der Schweizerinnen, diese Differenz ist jedoch nicht signifikant. Die Unterschiede zwischen der Luzerner Bevölkerung und der Schweizer Bevölkerung nehmen bei den über 65-Jährigen ab. Die ausländischen Staatsangehörigen liessen etwas weniger häufig als die schweizerischen den Blutdruck (nicht signifikant), aber etwas häufiger den Blutzuckerspiegel oder den Cholesterinspiegel kontrollieren (nicht signifikant). Diese Unterschiede sind in Luzern ausgeprägter als in der Schweiz insgesamt (nicht signifikant). Auffallend ist auch, dass der Anteil der Personen,

## Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

die sich einer Kontrolle unterzogen, in der Personengruppe mit Hausarztpraxis grösser ist (Unterschied bis 24,2%) (nicht signifikant, ausser bez. Kontrolle des Blutzuckerspiegels, wo der Unterschied signifikant ist).

### Der Abdeckungsgrad von Vorsorgeuntersuchungen sinkt mit höherer Bildung

Personen ohne nachobligatorische Schulbildung gaben häufiger an, dass bei ihnen solche Untersuchungen durchgeführt wurden, als Personen mit einem Diplom der Sekundar- oder der Tertiärstufe (Abb. 6.6). Dies gilt sowohl für den Kanton Luzern (nicht signifikant) als auch für die Gesamtschweiz.

Da diese Massnahmen gesunde Personen betreffen, die eine Vorsorgeuntersuchung machen, aber auch Kranke, die sich im Rahmen einer Behandlung einer Kontrolle unterziehen, könnte diese Differenz damit zu erklären sein, dass die Bevölkerungsgruppe mit höherem Bildungsniveau einen besseren Gesundheitszustand aufweist. Tatsächlich werden diese Untersuchungen häufiger bei Personen durchgeführt, die angeben, unter starken Beschwerden zu leiden, als bei denjenigen, die keine oder wenige Beschwerden angeben (Abb. 6.7).

### 6.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

In Tabelle 6.4 ist ersichtlich, welche Personen sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen haben, aufgeschlüsselt nach soziodemografischen Merkmalen. Mit Fokus auf die jährliche Inzidenz der Vorsorgeuntersuchungen sind die Stichproben kleiner und die Analysen nach

Untergruppen nur beschränkt möglich. Mit diesem Ansatz kann auch nicht geprüft werden, wie häufig (jährlich, alle zwei Jahre usw.) sich die Personen einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen, und es kann somit nicht genau festgestellt werden, ob gewisse Bevölkerungsgruppen zu oft untersucht werden. Die Analyse beschränkt sich auf die *gesamtschweizerische Ebene*.

Fast die Hälfte der unter 40-jährigen Frauen liess im Jahr vor der Befragung eine *Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung* durchführen. Dieser Wert sinkt signifikant mit steigendem Alter auf eine von fünf Frauen bei den über 65-Jährigen. Gemäss Empfehlungen des Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz 2005–2010 sollten Frauen zwischen 26 und 60 Jahren alle drei Jahre eine solche Untersuchung durchführen lassen, was einer jährlichen Abdeckung von 33% entspricht. Die beobachtete Abdeckung scheint somit befriedigend zu sein. Sie erlaubt jedoch keine Aussage bezüglich Abdeckungsgrad spezifischer Risikogruppen, die genauere Analysen benötigen würde.

Jede fünfte Frau im Alter von mindestens 50 Jahren liess im Jahr vor der Befragung als Vorsorgeuntersuchung für Brustkrebs eine *Mammografie* machen. Bei den über 64-Jährigen war es noch etwa jede sechste Frau. Mammografie-Programme empfehlen im Allgemeinen eine Untersuchung im Abstand von zwei Jahren. Die angestrebte jährliche Abdeckung liegt damit bei 50%.

Bei den Männern zwischen 40 und 64 Jahren liess ein Fünftel die *Prostata untersuchen*, bei den über 65-Jährigen betrug dieser Anteil zwei Fünftel. Männer aus städtischen Gebieten lassen sich signifikant häufiger kontrollieren als Männer aus ländlichen Gebieten. Für diese

**Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007** (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Frauen (ab 20 Jahren)		Männer (ab 40 Jahren)
		Gebärmutterhalskrebs	Brustkrebs	Prostatakrebs
<b>Total</b>		42,7	13,1	25,6
<b>Altersgruppen<sup>1</sup></b>	15–39 Jahre	49,2	3,3	.
	40–64 Jahre	47,5	19,3	19,5
	65+ Jahre	21,9	15,3	41,8
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	27,3	15,5	21,1
	Sekundarstufe II	44,0	12,9	25,2
	Tertiärstufe	49,0	12,1	26,8
<b>Nationalität</b>	Schweiz	42,1	13,3	26,6
	Ausland	45,7	12,5	20,8
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	42,3	10,7	19,1
	CHF 3000 bis 4499	40,8	13,5	27,6
	CHF 4500 bis 5999	46,8	15,5	29,7
	CHF 6000 und höher	48,2	14,5	28,8
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	44,2	13,9	27,1
	Land	38,3	11,0	21,6
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	43,9	12,2	23,9
	mittel bis sehr schlecht	35,1	18,7	35,9
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	40,3	12,0	23,7
	einige	43,9	13,7	25,9
	starke	43,2	13,5	30,3
<b>Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin</b>	ja	42,5	13,8	27,6
	nein	43,7	8,5	7,4

		Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 50 Jahren	Männer ab 40 Jahren
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>42,7</b>	<b>13,1</b>	<b>21,3</b>	<b>25,6</b>
	<b>Luzern</b>	<b>38,9</b>	<b>8,3*</b>	<b>13,7*</b>	<b>26,1</b>
	Aargau	46,5	10,4*	15,2*	22,7
	Appenzell Ausserrhoden	37,4	10,6	13,1*	(18,4)
	Bern	40,4	11,6	17,3*	24,8
	Tessin	47,2	19,6*	28,3*	30,9*
	Uri	35,1*	(9,8)	14,0	16,6*
	Zentralschweiz ohne Luzern	42,7	11,4	18,5	17,7
	Grossregion Ostschweiz	42,2	9,1	15,8	27,0
	Deutschschweiz	43,7	10,4	16,5	25,4
	Französische Schweiz	39,0	19,7	34,5	25,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=9364; Mammografie (ab 20 Jahren): n=9467; Prostatakrebs: n=5152

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

<sup>1</sup> Die Frage zur Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen wurde nur Männern ab 40 Jahren gestellt.

**Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007** (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat)

	LU	CH
<b>Frauen ab 20 Jahren</b>		
Gebärmutterhalskrebs	38,9	42,7
Brustkrebs (Mammografie)	8,3*	13,1
<b>Männer ab 40 Jahren</b>		
Prostatakrebs	26,1	25,6
<b>Alle ab 40 Jahren</b>		
Hautkrebs	(8,1)	11,2
Darmkrebs	8,7	8,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=450 (LU), n=9364 (CH); Mammografie: n=554 (LU), n=9467 (CH); Prostatakrebs: n=274 (LU), n=5152 (CH); Hautkrebs: n=1033 (LU), n=11'957 (CH); Darmkrebs: n=642 (LU), n=11'825 (CH)

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Untersuchungen gibt es noch keine klaren Empfehlungen zur Häufigkeit, weshalb sich kein Wert für die angestrebte jährliche Abdeckung errechnen lässt.

#### *Sozioökonomischer Gradient bei der Gebärmutterhalsvorsorgeuntersuchung*

Personen mit einem Sekundar- oder Tertiärabschluss unterziehen sich signifikant häufiger Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs. Derselbe Trend, obschon weniger ausgeprägt, ist auch bei der Vorsorgeuntersuchung für Prostatakrebs festzustellen (nicht signifikant). Hingegen lassen Frauen, die über keinen nachobligatorischen Schulabschluss verfügen, häufiger eine Mammografie erstellen als der Durchschnitt (nicht signifikant). Analoge Tendenzen bezüglich Bildungsniveau waren bei den im letzten Bericht beschriebenen Lebenszeitprävalenzen festzustellen.

#### *Personen mit einem Hausarzt führen häufiger Brust- und Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen durch*

Der Anteil der Personen, die Vorsorgeuntersuchungen für Prostata- oder Brustkrebs durchführen liessen, ist signifikant höher in der Personengruppe mit Hausarzt oder Hausärztin. Dies gilt allerdings nicht für die Gebärmutterhalskrebsuntersuchung, da diese im Allgemeinen in einer gynäkologischen Praxis erfolgt.

Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen werden im Kanton Luzern seltener durchgeführt als in der Schweiz insgesamt. Bei den über 50-jährigen Frauen ist dies in allen Deutschschweizer Kantonen der Fall, während die Abdeckung in den französisch- und italienischsprachigen Kantonen über dem schweizerischen Durchschnitt liegt, was darauf zurückzuführen ist, dass dort Vorsorgeprogramme eingeführt wurden.

#### *Luzernerinnen unterziehen sich seltener Krebsvorsorgeuntersuchungen als Schweizerinnen insgesamt*

In Tabelle 6.5 wird der Anteil der Personen im Kanton Luzern und in der Schweiz verglichen, die angaben, Krebsvorsorgeuntersuchungen gemacht zu haben. Bei den Luzernerinnen war dies seltener der Fall als bei den Schweizerinnen insgesamt. Statistisch signifikant sind jedoch nur die Unterschiede bei den Brust- und Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen.

Der Anteil der Personen, bei denen im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung für Haut- und Dickdarmkrebs durchgeführt wurde, ist gering. Ab 40 Jahren unterzieht sich rund ein Zehntel der Bevölkerung einer solchen Vorsorgeuntersuchung. Diese Anteile sind in Luzern signifikant niedriger als in der Schweiz als Ganzes, was Hautkrebs betrifft (8,1% bzw. 11,2%), und vergleichbar bei Dickdarmkrebs (8,7% bzw. 8,4%; Tab. 6.5).



**Tab. 6.6 Grippeimpfung, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)**

		LU	CH
<b>Total</b>		13,0	16,7
<b>Geschlecht</b>	Frauen	9,9	16,7
	Männer	16,8	16,7
<b>Altersgruppen</b>	<65 Jahre	6,1	9,6
	65–74 Jahre	45,1	42,5
	75+ Jahre	47,3	57,8
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(24,4)	24,9
	Sekundarstufe II	10,4	15,3
	Tertiärstufe	(13,8)	16,6
<b>Nationalität</b>	Schweiz	12,7	17,2
	Ausland	(15,1)	13,9
<b>Haushaltsäquivalenz- einkommen</b>	bis CHF 2999	12,0	14,3
	CHF 3000 bis 4499	12,3	18,6
	CHF 4500 bis 5999	(16,7)	16,4
	CHF 6000 und höher	(10,1)	18,1
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	16,5	17,8
	Land	9,3	13,8
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	11,2	14,2
	mittel bis sehr schlecht	30,4	35,6
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	10,6	13,7
	einige	13,8	17,1
	starke	15,2	21,1
<b>Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin</b>	ja	13,8	17,7
	nein	.	9,1
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>16,7</b>
	<b>Luzern</b>		<b>13,0*</b>
	Aargau		16,4
	Appenzell Ausserrhoden		13,6
	Bern		16,6
	Tessin		19,5*
	Uri		11,3*
	Zentralschweiz ohne Luzern		10,9
	Grossregion Ostschweiz		14,6
	Deutschschweiz		15,9
	Französische Schweiz		18,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=815 (LU), n=14'143 (CH)

. Antworten von &lt;10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

### 6.2.3 Grippeprävention

*Über 65-Jährige lassen sich in Luzern weniger häufig impfen als im schweizerischen Durchschnitt*

Insgesamt gaben 13,0% der Luzerner Bevölkerung an, gegen die Grippe geimpft zu sein. Damit liegt die Impfquote im Kanton Luzern und auch im Kanton Uri deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt (Tab. 6.6). Zielgruppe dieser Impfung sind vor allem Personen im Alter von über 65 Jahren, die sich jährlich impfen lassen sollten.<sup>84</sup> Genau in dieser Bevölkerungsgruppe ist jedoch der Unterschied zwischen Luzern und der Gesamtschweiz am grössten: Im Kanton Luzern gaben fast 11% weniger, gegen Grippe geimpft zu sein. Derselbe Trend ist bei den Frauen festzustellen, während sich die Luzerner etwa gleich häufig impfen lassen wie die übrigen Schweizer (nicht signifikant). Fast die Hälfte der Luzerner und der Schweizer Bevölkerung zwischen 40 und 64 Jahren gaben eine Grippe-Impfung in den letzten zwölf Monaten an.

Im schweizerischen Durchschnitt ist der Anteil der Geimpften bei Personen mit einem Diplom auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe um fast 10% niedriger als bei denjenigen ohne nachobligatorische Schulbildung. Überdurchschnittlich häufig lassen sich Personen impfen, die einen Hausarzt haben oder die ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht einstufen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass die Impfung für chronisch Kranke empfohlen wird.

Bei sämtlichen Massnahmen (Vorsorgeuntersuchungen für Haut-, Prostata-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie Grippeimpfung) sind die zwischen 2002 und 2007 beobachteten Veränderungen nicht statistisch signifikant, weder für Luzern noch für die Schweiz.

## 6.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen

In diesem Abschnitt werden die soziodemografischen Merkmale der Personen beschrieben, die angaben, in den zwölf Monaten vor der Befragung Leistungen der Komplementär- oder Alternativmedizin (KAM) bezogen zu haben. Zur Vereinfachung des Texts wird lediglich der Begriff der Komplementärmedizin verwendet. In Tabelle 6.7 wird nach Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen

einerseits und nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten andererseits unterschieden. Anschliessend werden die relative Bedeutung und die durchschnittliche Anwendungshäufigkeit der verschiedenen Formen der Komplementärmedizin untersucht. Bei der Interpretation der Daten in diesem Teil ist zu berücksichtigen, dass die Stichproben sehr klein sind. Zudem ist aufgrund der Formulierung in der Befragung nicht ersichtlich, ob jemand gleichzeitig ärztliche und nicht-ärztliche KAM-Leistungen nutzte.

*Die Luzernerinnen lassen sich häufiger komplementärmedizinisch behandeln als die Schweizerinnen insgesamt.*

Die Inanspruchnahme dieser medizinischen Behandlungsmethoden ist stark vom Geschlecht abhängig. Frauen lassen sich etwa doppelt so häufig komplementärmedizinisch behandeln wie Männer, sowohl im Kanton Luzern als auch in der Schweiz. Luzernerinnen beanspruchen signifikant häufiger Komplementärmedizin von nicht-ärztlichen Therapeuten/innen als Schweizerinnen. Dieser Unterschied lässt sich auf die erhöhte Inanspruchnahme von Frauen zurückführen. Es besteht ein altersabhängiger Gradient mit einem grösseren Anteil unter 65 Jahren (nicht signifikant), was die Folge eines Kohorteneffekts sein könnte.

Am häufigsten werden in der Schweiz Homöopathie, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie verwendet (Abb. 6.8). Bemerkenswert ist auch der Anteil an Personen, die angegeben haben, Shiatsu und Fussreflexzonenmassagen bei nicht-ärztlichen Therapeuten oder Therapeutinnen in Anspruch genommen zu haben.

Der regionale Vergleich zeigt, dass komplementärmedizinische Leistungen im Kanton Luzern am häufigsten in Anspruch genommen werden, wobei zwei Drittel dieser Behandlungen durch nicht-ärztliche Therapeuten oder Therapeutinnen erfolgen (Abb. 6.9). Diese Differenz ist jedoch statistisch nicht signifikant. Einzig die nicht-ärztlichen Behandlungen im Kanton Bern unterscheiden sich signifikant zur Schweizer Population. Die kantonalen Unterschiede sind bei den nicht-ärztlichen Behandlungen grösser als bei den ärztlichen. Da im Kanton Luzern rund jede zehnte Person diese Formen der Medizin nutzt und pro Person und Jahr durchschnittlich 1,3 Konsultationen zu verzeichnen sind, lässt sich daraus ableiten, dass Personen, die sich komplementärmedizinisch behandeln lassen, durchschnittlich dreizehn Konsultationen pro Jahr haben, rund acht davon bei nicht-ärztlichen Therapeuten oder Therapeutinnen.

<sup>84</sup> Gemäss Empfehlungen zur Grippeimpfung des Bundesamtes für Gesundheit (2007b) in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen.

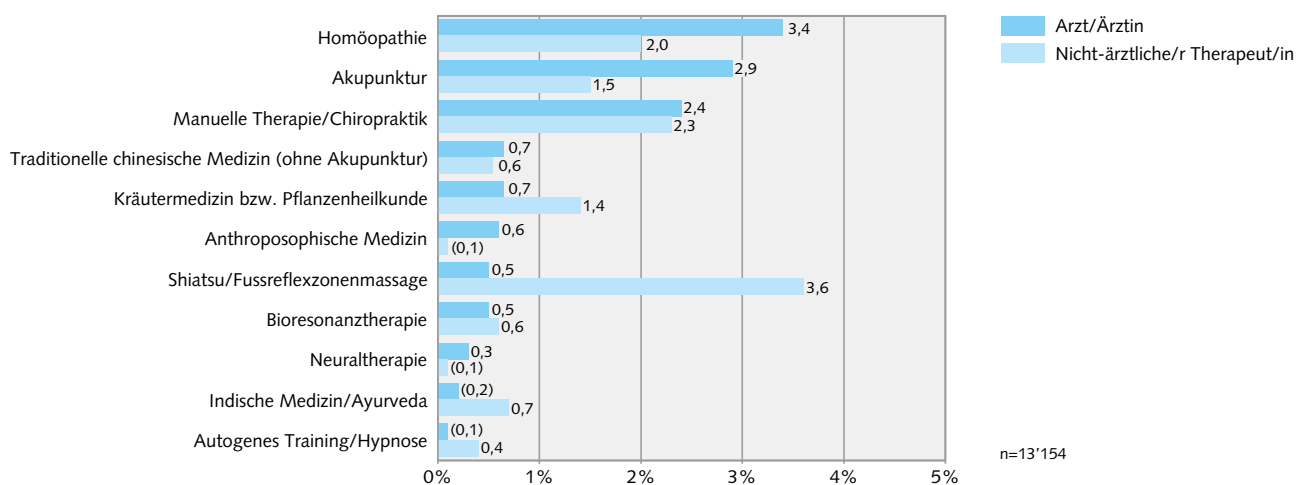
**Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		KAM bei Arzt/Ärztin		KAM bei nicht-ärztlichem/r Therapeuten/in	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		9,5	10,3	16,3	12,8
<b>Geschlecht</b>	Frauen	12,5	13,6	23,2	17,4
	Männer	(5,7)	6,7	(7,6)	7,8
<b>Altersgruppen</b>	15–39 Jahre	11,4	11,6	15,2	11,7
	40–64 Jahre	(8,4)	10,5	20,2	15,4
	65+ Jahre	(6,8)	6,5	(9,7)	8,4
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	.	7,4	(13,6)	7,7
	Sekundarstufe II	8,7	9,9	15,7	11,9
	Tertiärstufe	(11,3)	12,0	19,0	16,5
<b>Nationalität</b>	Schweiz	9,7	10,5	16,7	13,3
	Ausland	.	9,1	.	10,1
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	(9,7)	10,4	16,6	12,1
	CHF 3000 bis 4499	(9,7)	10,3	17,8	12,9
	CHF 4500 bis 5999	.	10,1	(15,1)	14,0
	CHF 6000 und höher	(10,0)	9,9	(15,9)	14,6
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	11,9	10,5	14,1	13,1
	Land	(6,9)	9,7	18,8	12,2
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	9,3	9,7	15,5	12,6
	mittel bis sehr schlecht	.	15,1	(25,1)	15,2
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	(5,7)	6,6	10,8	9,3
	einige	11,7	10,4	18,1	12,9
	starke	(12,2)	15,5	17,9	16,9
<b>Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin</b>	ja	9,7	10,6	16,6	12,8
	nein	(7,3)	7,9	(13,6)	13,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007  
n=759 (LU), n=13'154 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

**Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin**  
Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung) **Abb. 6.8**



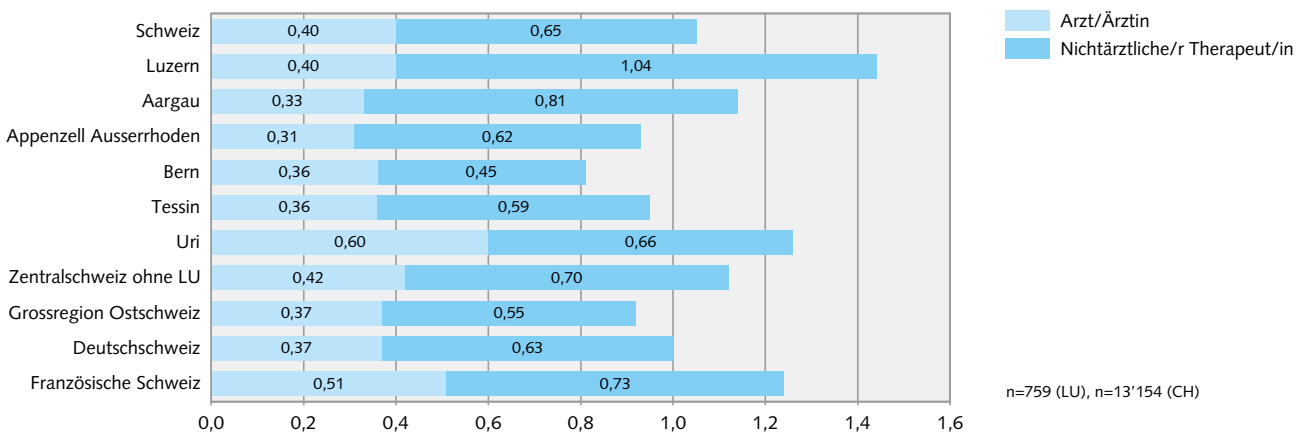
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

### Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen pro Einwohner/in nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.9



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die zwischen 2002 und 2007 in den berücksichtigten Disziplinen festgestellten Veränderungen sind im Kanton Luzern statistisch nicht signifikant (Akupunktur, Homöopathie, Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde, Manuelle Therapie/Chiropraktik, Shiatsu/Fussreflexzonenmassage, Autogenes Training/Hypnose, Neuraltherapie, TCM ohne Akupunktur, Anthroposophische Medizin). Auf gesamtschweizerischer Ebene hat die Inanspruchnahme der Komplementärmedizin zugenommen, signifikant ist dieser Aufwärtstrend jedoch nur für die nicht-ärztlichen Konsultationen.

## 6.4 Inanspruchnahme von Spitalleistungen

Bei den Spitalleistungen wird zwischen stationären Leistungen im Rahmen von Hospitalisationen und ambulanten Leistungen mit Konsultationen in Polikliniken und Notfallstationen unterschieden.

Fast jede achte Person (11,7%) im Kanton Luzern wurde im Jahr vor der Befragung mindestens einmal hospitalisiert, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 10 Tage betrug (Tab. 6.8). Diese Werte decken sich weitgehend mit den Zahlen der Medizinischen Statistik 2007 des BFS (Eigenanalyse Obsan). 2007 wurden gemäss dieser Medizinischen Statistik 9,6% der Luzerner Bevölkerung hospitalisiert, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 7,6 Tagen, während in der Schweiz insgesamt 11,0% der Bevölkerung in ein Spital eintraten und der Aufenthalt durchschnittlich 7,6 Tage dauerte.

2007 waren zwischen Männern und Frauen dieselben Unterschiede wie bei den ambulanten medizinischen Leistungen zu beobachten, d.h. Männer im Kanton Luzern wurden häufiger hospitalisiert als Frauen. Im Schweizer Durchschnitt wurden jedoch Frauen häufiger hospitalisiert als Männer, insofern sind im Kanton Luzern andere Muster in der Inanspruchnahme von Spitalleistungen ersichtlich als auf nationaler Ebene.

Erwartungsgemäss steigt die Wahrscheinlichkeit eines Spitalaufenthalts mit zunehmendem Alter. Bei den Personen ab 65 Jahren wurde beinahe jede fünfte hospitalisiert, was im Bereich des gesamtschweizerischen Werts liegt. Die durchschnittliche Zahl der Hospitalisationstage im Kanton Luzern ist ähnlich wie im Rest der Schweiz, unabhängig vom Alter der Patienten/innen. Die Wahrscheinlichkeit für einen Spitalaufenthalt ist zwar nicht abhängig vom Lebensraum (Stadt/Land) aber signifikant kleiner für Personen, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin bzw. ein höheres Bildungsniveau haben. In beiden Fällen kann es sich allerdings um Verzerrungen handeln, falls der Unterschied durch Personen bei besserer Gesundheit bedingt ist. Entsprechend wurden im Kanton Luzern wie in der Gesamtschweiz in den zwölf Monaten vor der Befragung etwas weniger als 10% der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufte, hospitalisiert, gegenüber einem Viertel bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht erachteten.

**Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

		Anteil der Bevölkerung mit ambulanter Spitalbehandlung (inkl. Notfallstation) (in %)		Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung (in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		12,7	16,2	11,7	11,4	10,0	9,8
<b>Geschlecht</b>	Frauen	11,2	15,6	10,0	12,2	7,3	9,5
	Männer	14,0	16,9	13,5	10,5	12,3	10,2
<b>Altersgruppen</b>	<65 Jahre	12,0	15,9	10,3	9,9	9,3	7,9
	65+ Jahre	16,2	17,5	18,6	18,0	12,0	14,7
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	(14,8)	17,3	(17,8)	13,3	(19,0)	12,6
	Sekundarstufe II	11,8	16,1	10,4	11,5	6,7	9,0
	Tertiärstufe	14,1	15,8	(10,9)	10,0	(8,6)	10,0
<b>Nationalität</b>	Schweiz	13,3	16,0	13,2	11,5	10,3	9,9
	Ausland	.	17,1	.	10,7	.	9,5
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen</b>	bis CHF 2999	10,9	16,5	11,1	11,9	6,3	8,7
	CHF 3000 bis 4499	14,2	15,3	13,6	11,7	4,8	9,7
	CHF 4500 bis 5999	(16,4)	17,0	(9,3)	11,3	(40,2)	14,1
	CHF 6000 und höher	(12,2)	16,3	(10,1)	10,3	(6,4)	8,9
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	13,1	17,0	11,4	11,3	7,1	10,0
	Land	12,4	14,1	11,9	11,6	12,8	9,5
<b>Gesundheitliches Wohlbefinden</b>	gut/sehr gut	10,7	14,2	9,7	9,1	6,5	7,0
	mittel bis sehr schlecht	28,5	29,0	27,0	25,8	20,1	16,4
<b>Körperliche Beschwerden</b>	keine/kaum	9,0	10,7	8,1	8,0	9,5	7,4
	einige	10,7	16,0	11,5	10,4	6,5	8,4
	starke	17,8	23,7	13,8	16,9	7,1	12,5
<b>Hat einen Hausarzt/ eine Hausärztin</b>	ja	13,3	16,6	12,3	11,8	10,2	10,1
	nein	.	13,5	.	8,4	.	7,6
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>16,2</b>		<b>11,4</b>		<b>9,8</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>12,7*</b>		<b>11,7</b>		<b>10,0</b>	
	Aargau	16,4		11,2		9,5	
	Appenzell Ausserrhoden	12,8		13,3		6,6*	
	Bern	16,2		13,3*		8,5	
	Tessin	18,1*		12,2		9,9	
	Uri	10,6*		9,6		8,3	
	Zentralschweiz ohne Luzern	15,0		11,3		10,3	
	Grossregion Ostschweiz	12,1		11,6		8,7	
	Deutschschweiz	14,9		11,8		9,3	
	Französische Schweiz	19,6		10,0		11,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n= 815 (LU), n= 18'731 (CH)

. Antworten von &lt; 10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p&lt;0,05)

Tab. 6.9 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)

		Kniegelenk		Entfernung der Gebärmutter (Frauen ab 20 Jahren)	
		LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		12,6	12,0	-	-
<b>Geschlecht</b>	Frauen	9,1	9,7	16,1	14,0
	Männer	16,7	14,3	-	-
<b>Altersgruppen</b>	<65 Jahre	11,8	11,0	10,3	9,7
	65+ Jahre	16,5	16,6	39,2	35,1
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	10,6	11,4	(20,8)	22,8
	Sekundarstufe II	12,6	11,5	15,8	15,7
	Tertiärstufe	13,9	13,4	13,9	8,7
<b>Nationalität</b>	Schweiz	13,0	12,8	16,3	16,7
	Ausland	10,2	8,1	.	7,4
<b>Urbanisierungsgrad</b>	Stadt	10,4	11,8	19,5	15,0
	Land	14,8	12,3	12,6	16,0
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>12,0</b>		<b>15,2</b>
	<b>Luzern</b>		<b>12,6</b>		<b>16,1</b>
	Aargau		12,4		17,0
	Appenzell Ausserrhoden		15,0		14,4
	Bern		13,5		18,8*
	Tessin		10,7		13,3
	Uri		12,6		18,3
	Zentralschweiz ohne Luzern		11,8		16,5
	Grossregion Ostschweiz		12,6		14,6
	Deutschschweiz		12,5		16,6
	Französische Schweiz		10,7		11,8

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Kniegelenk: n=1035 (LU), n=17'923 (CH); Entfernung der Gebärmutter: n=552 (LU), n=9380 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

### Die Luzerner Bevölkerung nimmt weniger ambulante Spitalleistungen in Anspruch als die Schweizer Bevölkerung

Die Luzerner Bevölkerung beansprucht signifikant weniger ambulante Spitalleistungen als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Wie bei den Arztbesuchen nutzen die Luzerner diese Leistungen stärker als die Luzernerinnen. Dieser Geschlechterunterschied zeigte sich schon 2002.

Die Wahrscheinlichkeit, ambulante Spitalleistungen zu beanspruchen, scheint bei der ländlichen Bevölkerung geringer als in der Stadt (nicht signifikant). Wie bei den Spitalaufenthalten ist die Wahrscheinlichkeit kleiner bei Personen mit Tertiärabschluss (nicht signifikant) oder solchen ohne Hausarzt bzw. -ärztin (nicht signifikant). Auch hier kann es sich um einen Selektionseffekt handeln, da dieser Teil der Bevölkerung möglicherweise bei besserer Gesundheit ist.

Zwischen 2002 und 2007 änderte sich der Anteil der Bevölkerung, der ambulante oder stationäre Spitalleistungen in Anspruch nahm, im Kanton Luzern nicht signifikant. In der Schweiz hingegen hat die Zahl der ambulanten Konsultationen im Spital in diesem Zeitraum deutlich zugenommen (12,8% auf 16,2%).

### Keine signifikanten Unterschiede zwischen Kanton Luzern und Schweiz bei Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen

In der Erhebung wurden die Personen gefragt ob bei ihnen irgendwann im Leben eine der folgenden Operationen durchgeführt wurde: Hüft-, Knie-, Katarakt-, Knöchel-, oder Herzoperation und bei den Frauen eine Gebärmutterentfernung. Die Häufigkeit dieser Operationen ist zu gering, um für den Kanton Luzern eine Analyse durchführen zu können. Einzige Ausnahmen sind

**Tab. 6.10 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Schweiz		Schweiz		Luzern
		Spitex-Dienste		Informelle Hilfe		Informelle Hilfe
		Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*	Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*	Ganze Bevölkerung
<b>Total</b>		2,5	29,1	8,8	73,3	7,3
<b>Geschlecht</b>	Frauen	3,6	36,1	10,8	81,5	8,0
	Männer	1,4	20,3	5,8	68,5	(6,5)
<b>Altersgruppen</b>	<65 Jahre	1,2	20,7	7,5	79,1	6,5
	65+ Jahre	8,3	39,8	12,3	68,1	(11,3)
<b>Bildung</b>	Obligatorische Schule	4,7	27,3	11,3	(67,0)	.
	Sekundarstufe II	2,4	32,0	8,0	80,8	8,1
	Tertiärstufe	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)	(5,6)
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>		<b>2,5</b>		<b>8,8</b>	
	<b>Luzern</b>		<b>(2,0)</b>		<b>7,3</b>	
	Aargau		2,0		9,8	
	Appenzell Ausserrhoden		(2,2)		8,2	
	Bern		2,3		8,0	
	Tessin		3,4		8,3	
	Uri		(2,1)		5,2*	
	Zentralschweiz ohne Luzern		(1,1)		5,9	
	Grossregion Ostschweiz		1,5		6,9	
	Deutschschweiz		2,0		7,8	
Französische Schweiz		3,9		9,0		

Quelle: Spitex-Dienste und BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Spitex-Dienste: n=14'386 (CH); informelle Hilfe: n=818 (LU), n=14'068 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

\* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

ADL (Activities of daily Living): Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich anziehen, sich in der Wohnung bewegen, Aufstehen, auf die Toilette gehen, sich ernähren.

Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen, die in Tabelle 6.9 dargestellt sind.

Der Anteil der Bevölkerung, der sich einer Knieoperation unterzogen hat, ist im Kanton Luzern etwa gleich gross wie in der Schweiz als Ganzes. Bei den Männern wird dieser Eingriff signifikant häufiger durchgeführt als bei den Frauen, was vermutlich mit Sportverletzungen zu erklären ist. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung dürfte die Häufigkeit dieser Operation in der älteren Bevölkerung aus verschiedenen Gründen unterschätzt werden: Personen, die in Heimen leben, wurden nicht befragt, ältere Menschen sind zudem möglicherweise für ein Telefongespräch weniger verfügbar und vergessen eher, etwas zu erwähnen.

Gebärmutterentfernungen schliesslich sind bei den Luzernerinnen signifikant häufiger als bei den Schweizerinnen insgesamt, besonders bei den Frauen im Alter von über 65 Jahren.

## 6.5 Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)

Der Einfachheit halber wird der Begriff «Spitex» für alle formellen Hilfs- und Pflegedienste zu Hause verwendet. Hilfe von Angehörigen, Freunden und Nachbarn werden im Begriff «informelle Hilfe» zusammengefasst. Eine kantonale Analyse zur Inanspruchnahme der Spitex oder informeller Hilfe für einzelne Bevölkerungsgruppen ist für den Kanton Luzern aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht möglich. Die Stichprobe wird noch kleiner, wenn man sich auf die Zielgruppe für solche Leistungen beschränkt, d.h. pflegebedürftige Personen, die bei mindestens zwei Alltagsverrichtungen (ADL, activities of daily living) eingeschränkt sind und Anrecht auf Hilflosenentschädigung haben (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Wenn die Gewichtungen in der Befragung berücksichtigt werden, hätten in der Schweiz rund

100'000 Personen mindestens zwei eingeschränkte ADL. Tabelle 6.10 veranschaulicht somit die soziodemografischen Merkmale der Empfänger dieser Art von Leistungen in der Schweiz. Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wird im telefonischen Fragebogen erhoben, diejenige informeller Leistungen im schriftlichen Fragebogen.

*Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung mit mindestens zwei ADL-Einschränkungen nimmt Spitex-Leistungen in Anspruch*

Im Jahr 2007 haben auf Gesamtschweizer Ebene 2,5% der Bevölkerung Spitex-Dienste bezogen.

Frauen nehmen doppelt so häufig wie Männer solche Hilfeleistungen in Anspruch, bei der informellen Hilfe ist das Ergebnis allerdings verzerrt: Es scheint, dass die Männer, die von ihrer Ehefrau Unterstützung erhalten, dies häufig nicht erwähnen (Höpfinger & Hugentobler, 2005). Erwartungsgemäss nimmt die Inanspruchnahme der Spitex bei einer Pflegebedürftigkeit und mit zunehmendem Alter stark zu.

Pflegebedürftige Personen beanspruchen sehr häufig informelle Hilfe: Solche Hilfe erhalten zwei Drittel der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren und mehr als drei Viertel der unter 65-Jährigen. Die informelle Hilfe für pflegebedürftige Personen scheint im Alter zurück zu gehen, sie bleibt aber bedeutend (nicht signifikant). Der Rückgang ist vermutlich der Komplexität der Fälle zuzuschreiben, die mit dem Alter zunimmt, sowie dem steigenden Alter der Personen, die diese informelle Hilfe leisten.

Von allen Personen, die Spitex beziehen, tun dies zwei Fünftel vorübergehend. Sie erhalten zur Hälfte Pflegeleistungen und zur Hälfte Haushalthilfe (in der Befragung ist nicht definiert, was unter einer vorübergehenden bzw. einer regelmässigen Betreuung zu verstehen ist). Bei den pflegebedürftigen Bezügerinnen und Bezüger von Spitex hingegen handelt es sich in neun von zehn Fällen um regelmässige Hilfe, wobei drei von vier Personen Pflegeleistungen und die Hälfte Haushalthilfe beanspruchen.

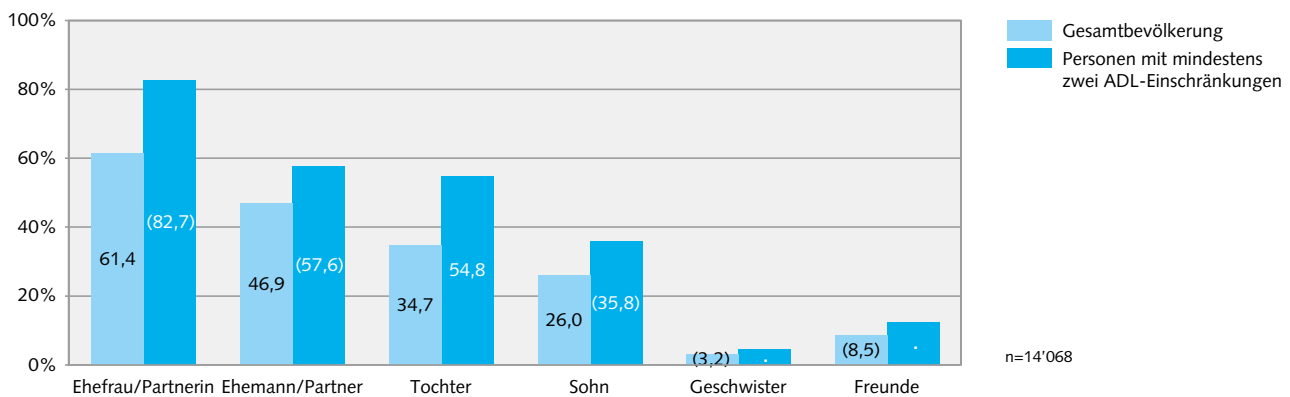
Unter den Personen, die informelle Hilfe leisten, werden Ehefrauen/Partnerinnen am häufigsten erwähnt (Abb. 6.10). In der ganzen Schweiz leisten somit rund 40'000 Frauen informelle Hilfe für ihren Ehemann oder Partner.

Betrachtet man ausschliesslich die Bevölkerung, die eine Pflegebedürftigkeit angibt, ist festzustellen, dass ein Viertel dieser Personen keine Hilfe erhält, während die Hälfte ausschliesslich auf informelle Hilfe zählen kann. Allerdings ist hier anzumerken, dass sich an der Befragung vor allem Personen beteiligten, die selbständig telefonieren können und dass deshalb die Unabhängigkeit der älteren Bevölkerung überschätzt wird.

Schliesslich erhalten von den Personen, die Spitex-Leistungen empfangen, 94% auch informelle Hilfe, während lediglich 30% der Personen mit informeller Hilfe auch die Spitex beanspruchen.

**Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007**

**Abb. 6.10**



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)  
 Die verschiedenen Hilfsquellen sind kumulierbar, da gewisse Personen in den zwölf Monaten vor der Befragung Unterstützung von mehreren Personen erhielten. Diese Ergebnisse müssen vorsichtig interpretiert werden, weil die Stichprobe der Personen mit zwei und mehr ADL weniger als 30 Beobachtungen umfassen, ausser für die Kategorie der Töchter.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)



## 6.6 Zusammenfassung

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, in welchem Ausmass die Luzerner Bevölkerung Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. Dabei zeigt sich, dass im Kanton Luzern geschlechterspezifische Verhaltensunterschiede bestehen.

Die Luzernerinnen waren häufiger *nicht* in einer Arztpraxis als die Schweizerinnen insgesamt, während dies bei den Luzernern nicht der Fall ist. Die Luzerner Frauen gehen nicht nur weniger häufig zum Arzt, sie nehmen auch weniger ambulante oder stationäre Spitalleistungen in Anspruch.

Die Bevölkerung mit ärztlichen Konsultationen sucht als Berufskategorie am häufigsten den Hausarzt bzw. die Hausärztin auf, das gilt für alle Alterskategorien. Im Kanton Luzern sind es vor allem Männer, die in eine Facharztpraxis gehen. Dies tun sie ebenso häufig wie die Schweizer insgesamt, während die Luzernerinnen weniger oft eine Facharztpraxis aufsuchen als die Schweizerinnen.

Dieses Verhältnis lässt vermuten, dass der Hausarzt/ die Hausärztin bei der Prävention und der Früherkennung von Krebs und chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt, denn die Vorsorgeuntersuchungen werden häufiger bei der Bevölkerung durchgeführt, die angibt, einen Hausarzt/eine Hausärztin zu haben. Im

Kanton Luzern wird die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten, Krebs und Grippeimpfung von den Luzernerinnen dennoch weniger häufig erwähnt als von den Schweizerinnen insgesamt. Bei den Männern sind hingegen die Unterschiede zwischen Luzern und der Schweiz weniger ausgeprägt. Es wären weitere Untersuchungen notwendig, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu prüfen, die sich diesen Untersuchungen nicht unterzogen hat: Es ist möglich, dass diese Personen am meisten davon profitieren würden.

Im Bereich der Komplementärmedizin beziehen mehr Luzernerinnen als Luzerner Leistungen. Zudem beziehen Luzerner/innen diese Leistungen häufiger von nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten als von Ärzten und Ärztinnen.

Gemäss der Analyse im vorliegenden Kapitel unterscheidet sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zwischen dem Kanton Luzern und der Gesamtschweiz bei den Männern wenig, bei den Frauen jedoch deutlich. Dies weist darauf hin, dass eher gewisse Gewohnheiten der Luzernerinnen bzw. ihre Haltung gegenüber dem «offiziellen» Leistungsangebot dafür verantwortlich sind als strukturelle Unterschiede beim Leistungsangebot selbst.

# 7 Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Isabelle Sturny und Maik Roth

## Für das Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern sind die folgenden Punkte wichtig:

1. Gesundheitsversorgung und Gesundheitskosten hängen unmittelbar miteinander zusammen.
2. Erfreulich ist sicher, dass die Kosten und Krankenkassenprämien im Kanton Luzern seit vielen Jahren deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen. Das lässt sich zu einem grossen Teil darauf zurückführen, dass sich die Luzerner Bevölkerung gesundheitsbewusst verhält und medizinische Leistungen weniger in Anspruch nimmt als der schweizerische Durchschnitt.
3. Anlass zu Besorgnis gibt hingegen der Kostenanstieg. Und zwar auch im Kanton Luzern. Wenn wir diesen langfristig senken oder stabilisieren wollen, und das muss unser Ziel sein, kommen wir nicht darum herum, auch den Konsumanstieg zu bremsen. Denn der massive Kostenanstieg in den letzten Jahren ist eine unmittelbare Folge des zunehmenden Konsums.
4. In Zukunft müssen wir uns deshalb noch vermehrt die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis stellen. Wenn

wir im Restaurant sind, bestellen wir ja auch nicht einfach das Beste, ohne auf die rechte Spalte mit den Preisen zu schielen. Und genau so sollte es auch im Gesundheitswesen sein. Wenn wir eine bestimmte Gesundheitsversorgung wollen, müssen wir uns bewusst sein, dass diese Versorgung einen bestimmten Preis hat. Denn am Schluss wird uns wie im Restaurant die Rechnung für das präsentiert, was wir konsumiert haben!

### Fazit:

Regelmässig und gerne werden entweder die Politik, die Leistungserbringer, die Industrie oder die Krankenversicherer für die hohen Kosten verantwortlich gemacht. Das trifft zweifellos zum Teil auch zu. Der Bericht zeigt aber deutlich, dass auch jeder Einzelne mit seinem Verhalten und seiner Lebensweise etwas zu tieferen Kosten beitragen kann. Mehr als jedem von uns wahrscheinlich bewusst ist!

Regierungsrat Guido Graf  
Vorsteher Gesundheits- und Sozialdepartement

Die Kosten im Gesundheitswesen sind ein Dauerthema in den Medien und beschäftigen die Öffentlichkeit seit Jahren wegen ihres stetigen Anstiegs. In der Schweiz wurden im Jahr 2007 insgesamt 55,3 Milliarden Franken für Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil von 10,8% des Bruttoinlandproduktes (BIP) entspricht (BFS, 2009a). Rund 39% dieser Kosten werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, die restlichen 61% werden von den privaten Haushalten als «Out-of-Pocket», dem Staat (v.a. Spitalsubventionen), den Privatversicherungen sowie den weiteren Sozialversicherungen (IV-AHV, UV, MV) bezahlt.

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Luzerner Bevölkerung für den Bereich der OKP betrachtet. Dafür wird der Datenpool von santésuisse – dem Dachverband der Krankenversicherer – für die Jahre 2003 bis 2007 ausgewertet.<sup>85</sup> Der Datenpool erlaubt eine detaillierte Analyse der Kostenentwicklung nach verschiedenen Leistungserbringern und Leistungsarten. Direkte Vergleiche mit den vorangegangenen Kapiteln

des Berichtes sind schwierig, da diese das generelle Gesundheitsverhalten bzw. die Inanspruchnahme aller medizinischer Leistungen behandeln, unabhängig davon, ob von der OKP eine Kostengutsprache erfolgt ist oder nicht.

Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit den OKP-Kosten für die verschiedenen Kategorien der Leistungserbringer. Es wird sowohl auf die Entwicklung der Kosten als auch auf deren Aufteilung eingegangen. Ebenso wird ein regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versicherungsmodelle und die Prämien in der OKP analysiert. Zusätzlich wird kurz die Prämienverbilligung behandelt.

<sup>85</sup> Da der Datenpool jeweils fünf Jahre rückwirkend aktualisiert wird, werden im Folgenden die Jahre 2003 bis 2007 analysiert.

### Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool von santésuisse dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich zu machen. Er basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit hat er eine Marktabdeckung von 97,7% der in der Schweiz versicherten Personen. Für den Kanton Luzern beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2007 auf 98,9%.<sup>86</sup> Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich<sup>87</sup> der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich multipliziert. Diese Hochrechnung erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Es handelt sich jedoch nur um eine Schätzung, da angenommen wird, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten. Durch den Beitritt von fünf neuen Krankenversicherern im Jahr 2004 konnte der Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich gesteigert werden. Weil diese neuen Krankenversicherer vorwiegend junge und damit wenig kostenintensive Versicherte verwalten, werden mit der Hochrechnung die Kosten 2003 überschätzt, bzw. das Kostenwachstum zwischen 2003 und 2004 wird zu tief ausgewiesen. Da neue Datenlieferanten ihre Daten nicht rückwirkend liefern können, muss diesem Sachverhalt bei der Interpretation der gesamten Zahlenreihe Rechnung getragen werden. Von dieser Problematik sind vorwiegend die Leistungserbringergruppen betroffen, welche vor allem von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (stationäre Spitalpflege, Spitex, Pflegeheime). Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Im Folgenden werden diese Bruttoleistungen ausgewertet. Weiter ist zu beachten, dass nur diejenigen Leistungen enthalten sind, welche die Versicherten an die Krankenversicherung einsenden oder die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung stellen. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rah-

men der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Es ist dabei anzunehmen, dass in Kantonen, in welchen die versicherten Personen hohe Franchisen wählen, die Kosten eher unterschätzt werden als in Kantonen, in welchen tiefe Franchisen vorherrschen. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben über staatliche Beiträge (z.B. Finanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

## 7.1 Die OKP-Kosten im Kanton Luzern

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Luzern über die Jahre 2003 bis 2007 nach Leistungserbringern und Leistungsarten im Vergleich zur Gesamtschweiz untersucht. Ebenfalls wird kurz die Kostenbeteiligung der versicherten Personen behandelt, bevor in einem weiteren Teil auf die regionalen Unterschiede der Pro-Kopf-Kosten eingegangen wird.

### *Starke Kostenzunahme vor allem im Spitalbereich*

Aus Tabelle 7.1 gehen die OKP-Kosten nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten hervor. Insgesamt beliefen sich die Kosten der Luzerner Bevölkerung im Jahr 2003 auf 701,7 Millionen Franken. Im Jahr 2007 betrug diese Leistungen 867,3 Millionen Franken, was einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 5,4% entspricht. In der Schweiz sind die Kosten in der gleichen Zeitspanne um durchschnittlich 4,5% pro Jahr von 18,2 Milliarden Franken auf 21,6 Milliarden Franken gestiegen. Die Kosten der Luzerner Bevölkerung sind in den beobachteten fünf Jahren somit stärker gestiegen als im Schweizer Durchschnitt. Zwischen 2003 und 2005 sind die Kosten der Luzerner/innen mit 8,1% bzw. 9,0% am stärksten gestiegen, während für das Jahr 2006 sogar ein Kostenrückgang zu verzeichnen ist.<sup>88</sup>

Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich im Kanton Luzern bei den ambulanten und teilstationären Spitalleistungen (8,0%). Dabei fällt vor allem der enorme Kostenanstieg im Jahr 2005 ins Gewicht: Während 2004 der Kostenrückgang um 2,7% mit Abrechnungsverzögerungen infolge der Tarmed-Einführung erklärt werden kann, führten die Nachfakturierungen dieser Rechnungen im Jahr 2005 zu einem erhöhten Kostenanstieg von 37,2%. Ein Teil dieses Wachstums kann zusätzlich mit der Verlagerung von Leistungen der Belegärzte/-ärztinnen

<sup>86</sup> Der Abdeckungsgrad des Datenpools beträgt für den Kanton Luzern 95,8% im Jahr 2003, 98,4% im Jahr 2004, 97,5% im Jahr 2005 und 99,0% im Jahr 2006.

<sup>87</sup> Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP und bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Der Risikoausgleich ist in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit Einheitsprämien je Versicherer und Prämienregion ein notwendiges Systemelement und soll verhindern, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektion unterlaufen wird.

<sup>88</sup> Dies ist teilweise auch auf einen Basiseffekt zurückzuführen: Die Höhe der Wachstumsrate hängt nicht nur von der aktuellen Kostenentwicklung ab, sondern auch vom Kostenniveau des Vorjahres. Nach Jahren mit erhöhten Kosten ist eine geringe Kostenzunahme bzw. eine Kostenreduktion somit sehr wahrscheinlich.

erklärt werden: Immer mehr Belegärzte/-ärztinnen rechnen ihre Belegarztstätigkeit nicht mehr über ihre eigene Praxis, sondern über das Spital ab. Für das Jahr 2006 ist im ambulanten und teilstationären Spitalbereich ein Kostenrückgang um 7,4% zu verzeichnen, 2007 haben diese Kosten mit 10,2% wieder überdurchschnittlich zugenommen.

Zwischen 2003 und 2007 hat auch der stationäre Spitalsektor mit einer Wachstumsrate von durchschnittlich 6,5% stark zugenommen. In der Spitex ist ebenfalls eine hohe Kostensteigerung (7,2%) zu beobachten, welche aufgrund der geringen absoluten Werte jedoch weniger zu Buche schlägt. Eher durchschnittliche Wachstumsraten sind bei den Kosten für Pflegeheime und Apotheken bzw. Abgabestellen MiGeL zu verzeichnen, unterdurchschnittliche bei den Physiotherapien und Arztbehandlungen, bei den vom Arzt bzw. von der Ärztin abgegebenen Medikamenten sowie im Laborbereich. Der bei den Laboratorien beobachtete Kostenrückgang von 9,4% im

Jahr 2006 ist auf die Senkung des Taxpunktwertes bei Laboranalysen von einem Franken auf 90 Rappen zurückzuführen.

Ein ähnlicher Verlauf der Kostenentwicklung wie bei den Luzerner Versicherten ist ebenfalls für die Gesamtschweiz zu beobachten: starke Zunahmen in der Spitex (8,1%) und im Spitalbereich (6,4% für ambulante und teilstationäre Leistungen, 5,5% für stationäre Behandlungen), geringe Zunahmen bei den Laboratorien (2,0%) und mit 1,3% deutlich niedrige Zunahmen bei den Arztbehandlungen.

Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Spitalbereich ist aufgrund der hohen Wachstumsraten in beiden Bereichen nicht sehr wahrscheinlich. Insgesamt sind in den beobachteten fünf Jahren die stationären Leistungen für Luzerner Versicherte mit jahresdurchschnittlich 6,3% sogar stärker angestiegen als die Kosten im ambulanten Bereich (5,0%).<sup>89</sup>

**Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten,**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF)

Leistungserbringer	Leistungsarten	2003 in Mio. CHF	2004 in Mio. CHF	2005 in Mio. CHF	2006 in Mio. CHF	2007 in Mio. CHF	Anteil am Total in %	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % LU	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % CH
Spitäler	Stationäre Leistungen	162,2	180,4	194,5	199,3	208,8	24,1	6,5	5,5
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	99,3	96,5	132,5	122,7	135,2	15,6	8,0	6,4
	Total Leistungen Spitäler	261,4	276,9	327,0	322,0	344,0	39,7	7,1	5,9
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen	146,0	152,2	148,0	150,6	159,2	18,4	2,2	1,3
	Medikamente	121,9	130,0	135,1	130,7	136,3	15,7	2,8	3,0
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	5,4	19,4	27,5	24,6	27,1	3,1	49,6 <sup>1</sup>	48,2 <sup>1</sup>
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	273,3	301,6	310,6	305,9	322,6	37,2	4,2	3,5
Pflegeheime	69,2	76,4	82,7	79,8	86,4	10,0	5,7	3,8	
Apotheken und Abgabestellen MiGeL <sup>2</sup>	26,5	28,5	30,8	32,3	33,3	3,8	5,9	3,2	
Physiotherapeuten/-therapeutinnen	19,8	20,4	20,4	20,5	21,6	2,5	2,2	3,5	
Laboratorien	14,2	15,1	15,9	14,4	15,9	1,8	2,9	2,0	
Spitex-Organisationen	10,6	11,3	12,2	13,1	14,0	1,6	7,2	8,1	
Übrige Leistungserbringer	26,7	28,0	26,8	27,5	29,4	3,4	2,4	4,1	
<b>Total</b>		<b>701,7</b>	<b>758,2</b>	<b>826,4</b>	<b>815,4</b>	<b>867,3</b>	<b>100,0</b>	<b>5,4</b>	<b>4,5</b>

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

<sup>1</sup> Die erhöhte Wachstumsrate in der Kategorie «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» ist auf eine Änderung in der Kodierung zurückzuführen: Während bis 2002 Arztanalysen unter «Behandlungen» subsumiert waren, stellen diese ab 2003/2004 eine neue Kategorie dar, welche im vorliegenden Bericht unter «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» zusammengefasst wird.

<sup>2</sup> Mittel und Gegenstände

<sup>89</sup> Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» schliesst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten ein.

**Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region**  
Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in CHF)

		Ambulant		Stationär		Total	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH
<b>Total</b>		1568	1950	809	910	2378	2860
<b>Geschlecht</b>	Frauen	1771	2212	950	1064	2721	3276
	Männer	1359	1678	664	750	2024	2429
<b>Altersgruppen</b>	0–15 Jahre	531	738	106	139	636	877
	16–35 Jahre	854	1049	304	361	1158	1410
	36–50 Jahre	1254	1584	370	438	1624	2022
	51–65 Jahre	2209	2632	742	873	2951	3506
	66+ Jahre	3785	4428	3287	3373	7073	7801
<b>Regionaler Vergleich</b>	<b>Schweiz</b>	<b>1950</b>		<b>910</b>		<b>2860</b>	
	<b>Luzern</b>	<b>1568</b>		<b>809</b>		<b>2378</b>	
	Aargau	1746		825		2571	
	Appenzell Ausserrhoden	1467		754		2222	
	Bern	1911		1176		3087	
	Tessin	2201		1165		3366	
	Uri	1537		831		2368	
	Zentralschweiz ohne Luzern	1597		773		2370	
	Grossregion Ostschweiz	1615		805		2421	
	Deutschschweiz	1828		907		2735	
Französische Schweiz	2251		880		3131		

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan  
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

### Höchste Kostenbeteiligung bei den Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die im Jahr 2007 angefallenen Kosten von 867,3 Millionen Franken wurden zu 85,2% von den Krankenversicherern übernommen und zu 14,8% in Form von Kostenbeteiligung<sup>90</sup> direkt durch die Luzerner Bevölkerung bezahlt. Zwischen 2003 und 2007 ist die Kostenbeteiligung der Luzerner/innen stärker angestiegen als die Bruttokosten und sie verteilt sich unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungserbringer. So wird bei den Laboranalysen rund ein Drittel und bei den Arztbehandlungen 28,9% der Kosten in Form von Franchise und Selbsthalt von den Versicherten bezahlt, während die Kostenbeteiligung im stationären Spitalbereich mit einem Anteil von 6,7% und vor allem im Pflegeheimbereich mit 4,4% deutlich niedriger ausfällt.<sup>91</sup>

<sup>90</sup> Die Kostenbeteiligung entspricht der Franchise, dem Selbstbehalt sowie dem Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts. Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (sog. Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der Kosten in der OKP und können hier deshalb nicht analysiert werden. Die unterschiedlichen Anteile der Kostenbeteiligung können bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da die Kostenbeteiligung bei den ersten Rechnungen abgezogen wird, die beim Krankenversicherer eintreffen.

<sup>91</sup> Vgl. vorhergehende Fussnote: Versicherte bezahlen in Pflegeheimen üblicherweise einen hohen Anteil aus eigener Tasche. Diese Kosten werden jedoch nicht als Kostenbeteiligung in der OKP angesehen, sondern gelten als Out-of-Pocket-Leistungen.

### Unterdurchschnittliche Luzerner OKP-Kosten

Tabelle 7.2 zeigt die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person im ambulanten und stationären Bereich (gemäss Definition in Fussnote 89) nach Geschlecht, Alter und Regionen auf. Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Luzern bei 2378 Franken und waren ungefähr gleich hoch wie die durchschnittlichen Kosten in den anderen Zentralschweizer Kantonen und in der Grossregion Ostschweiz. In der Gesamtschweiz wurde im gleichen Jahr 482 Franken mehr pro versicherte Person ausgegeben. Die höchsten Kosten für die ausgewiesenen Kantone fallen mit 3366 Franken im Kanton Tessin an, die tiefsten Kosten (2222 Franken) weist die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden aus.

Rund ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird im Kanton Luzern für stationäre Leistungen ausgegeben (809 Franken), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1568 Franken pro versicherte Person). Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten ist im Kanton Luzern etwas tiefer als in der Gesamtschweiz (68,2%) und deutlich niedriger als in der französischen Schweiz (71,9%). Auffallend ist demgegenüber der Kanton Bern, welcher mit 61,9% einen deutlich tieferen Anteil an ambulanten Kosten resp. einen hohen Anteil

an stationären Leistungen aufweist. Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des ambulanten und stationären Sektors sind ziemlich schwierig zu interpretieren, weil im Datenpool die kantonalen Subventionen nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Kosten in der OKP nur bis zu einem Anteil von maximal 50% erfasst (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG).

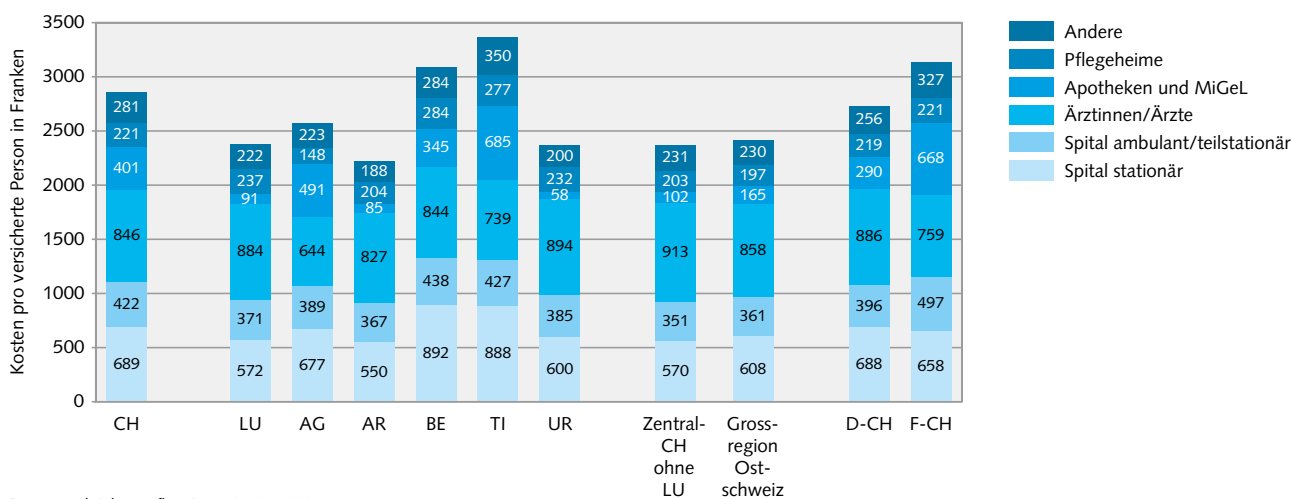
Frauen haben im Jahr 2007 zwischen 30,3% (ambulant) und 43,1% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Männer.<sup>92</sup> Je älter die versicherten Personen sind, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Luzern im Jahr 2007 636 Franken, während eine über 66-jährige Person Durchschnittskosten von 7073 Franken aufweist. Die Kostenunterschiede zwischen jung und alt sind im stationären Bereich markant. Vor allem in der höchsten Altersgruppe werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen: Dort macht der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten rund 46,5% aus, während Kinder lediglich 6,7% ihrer Kosten in Spitälern und Pflegeheimen verursachen.<sup>93</sup>

Vergleicht man die OKP-Kosten der Luzerner Bevölkerung mit der Gesamtschweiz, so fällt auf, dass die relativen Unterschiede im ambulanten Bereich grösser sind als im stationären Bereich. Die Luzerner/innen weisen zwar in beiden Bereichen geringere Kosten auf als der Schweizer Durchschnitt, im ambulanten Sektor aber noch deutlicher als im stationären. Auch in den jüngeren Altersklassen sind grössere relative Kostenunterschiede zu verzeichnen als in den höheren Altersgruppen.

Abbildung 7.1 zeigt die Aufteilung der Kosten pro versicherte Person nach Leistungserbringergruppen. Grosse regionale Unterschiede gibt es bei den Arztkosten sowie der Kategorie Apotheken und Abgabestellen MiGeL, was auf unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen bezüglich Medikamentenabgabe zurückzuführen ist. So ist der Medikamentenverkauf durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) in den Innerschweizer Kantonen weit verbreitet, weshalb die Kosten in der Kategorie «Ärztinnen/Ärzte» relativ hoch sind. Allgemein ist die Selbstdispensation vorwiegend in den Deutschschweizer Kantonen zu beobachten, während in der französischsprachigen Schweiz sowie im Tessin die

**Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)**

**Abb. 7.1**



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

<sup>92</sup> Camenzind und Meier (2004) weisen darauf hin, dass Frauen im OKP-Bereich zwar mehr Leistungen beziehen als Männer, dass die Differenz zu Lasten der Frauen aber zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung sowie die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist.

<sup>93</sup> Zweifel et al. (1999) sowie Werblow et al. (2007) zeigen auf, dass die Gesundheitskosten weit weniger mit dem Alter als vielmehr mit der Nähe zum Tod zusammenhängen.

Ärztinnen und Ärzte eher rezeptierend sind. Deshalb fallen die Kostenanteile in der Kategorie Apotheken und MiGeL in diesen Regionen dementsprechend höher aus. Fasst man die in Apotheken und bei Ärztinnen und Ärzten abgegebenen Medikamente zusammen, so ergeben sich für die Luzerner Bevölkerung Medikamentenkosten von 455 Franken pro Person. Dieser Betrag liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (581 Franken). Die höchsten Medikamentenkosten sind mit 688 Franken in der französischen Schweiz und mit 721 Franken im Tessin zu verzeichnen.

Im Kanton Luzern fallen im Pflegeheimbereich im Vergleich zur Schweiz überdurchschnittliche Kosten pro versicherte Person an. Diese belaufen sich im Jahr 2007 auf 237 Franken und sind etwa gleich hoch wie im Kanton Uri. Zusammen mit den anderen Zentralschweizer Kantonen sowie der Grossregion Ostschweiz verzeichnet der Kanton Luzern unterdurchschnittliche Kosten im Spitalbereich (943 Franken). Die Kantone Bern und Tessin weisen hier mit 1330 bzw. 1315 Franken pro Person deutlich höhere Kosten aus. Auch in der Restkategorie der anderen Leistungserbringer fallen die Kosten pro versicherte Person im Kanton Luzern unterdurchschnittlich aus. Rund zwei Drittel der Leistungen dieser Kategorie werden durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Laboratorien und Spitex-Organisationen erbracht.

## 7.2 Versicherungsmodelle und Prämien

In diesem Teil wird die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt. Schwerpunkt der Analysen bilden die Prämienausgaben der versicherten Personen im Zusammenhang mit den gewählten Versicherungsmodellen. Auf die Prämienverbilligung wird ebenfalls kurz eingegangen. Ein umfassender Vergleich mit den Daten aus dem früheren Kantonsbericht ist nicht möglich, da die Franchisenstufen geändert wurden. Vorliegende Werte beziehen sich auf die erwachsenen, im Kanton Luzern wohnhaften Versicherten.

### *Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung gewinnt an Bedeutung*

Im Kanton Luzern wählten im Jahr 2007 46,6% der Erwachsenen ein Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise und 33,9% eine wählbare Franchise (vgl. Definition der Versicherungsmodelle im Kasten). Diese «Standardmodelle» bleiben am meisten verbreitet, sind aber rückläufig: Hatten 2003 noch 95,2% der Luzerner/

innen eine ordentliche oder wählbare Franchise gewählt, so ist dieser Anteil im Jahr 2007 auf 80,5% zurückgegangen. Das Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung hat demgegenüber in den letzten fünf Jahren an Bedeutung gewonnen: Der Anteil am Total der Versicherten ist dort von 2,0% im Jahr 2003 auf 16,1% im Jahr 2007 gestiegen. Zwischen 2003 und 2007 konnten im Kanton Luzern somit ungefähr 36'000 neue Versicherte für diese Versicherungsform gewonnen werden. Der Anteil der anderen Modelle (Capitation-Modell und die Bonusversicherung) ist mit 3,3% bzw. 0,1% gering.

### *Ordentliche Franchise immer noch populär*

Im Jahr 2007 haben sich 12,0% der Luzerner Versicherten für eine Franchise von 500 Franken entschieden, 14,8% für eine Franchise von 1000/1500 Franken und 6,7% für eine Franchise von 2000/2500 Franken. In der Schweiz haben sich 19,6% für eine Franchise von 500 Franken entschieden, 14,7% für eine Franchise von 1000/1500 Franken und 9,0% für eine Franchise von 2000/2500 Franken. Die wählbaren Franchisen sind mit 43,6% der Versicherten in der Schweiz stärker verbreitet als im Kanton Luzern (33,9%). Demgegenüber ist das Modell mit ordentlicher Franchise im Kanton Luzern populärer als in der Gesamtschweiz (46,6% vs. 40,0%). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz aufgrund der im Vergleich zum Kanton Luzern höheren Prämien vermehrt Versicherungsmodelle mit wählbaren Franchisen gewählt werden, um so Prämieinsparungen zu erzielen.

Die aktuellen Franchisengruppen sind seit 2005 in Kraft, so dass ein Zeitvergleich nur ab diesem Jahr möglich ist. Zwischen 2005 und 2007 konnten im Kanton Luzern nur die Franchisenstufen 2000/2500 neue Versicherte gewinnen (+60,1%). Die Abnahme der Anzahl Versicherter in den anderen Franchisenstufen (-14,8%) und bei der ordentlichen Franchise (-12,1%) ging einerseits zugunsten der höheren Franchisen und andererseits zugunsten der anderen Modelle (vor allem das Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung).

#### **Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene:**

- Grundversicherung mit ordentlicher Franchise: Einheitsprämie mit einer jährlichen Mindestkostenbeteiligung (Franchise) von 300 Franken.
- Grundversicherung mit wählbarer Franchise: Ermöglicht verschiedene Prämienreduktionen, wenn die versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken) wählt.

- Bonusversicherung: Eine Prämienreduktion wird gewährt, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat.
- Managed-Care-Modelle mit Einzelleistungsfakturierung: HMO oder Hausarztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die versicherte Person bzw. den Versicherer gemäss gültigen Tarifen erfolgt.
- Managed-Care-Modelle mit Capitation: HMO, Hausarztmodelle oder Ärztenetze, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpauschalen pro eingeschriebene versicherte Person entschädigt werden.

### *Krankenkassenprämie tiefer als im Schweizer Durchschnitt*

Die Prämien in der OKP sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinuierlich gestiegen. Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der – seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton Luzern gibt es drei unterschiedliche Prämienregionen.<sup>94</sup> Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus der Betriebsrechnung der Krankenversicherer ausgewertet. Es handelt sich dabei um die Prämie gemäss Angebotstarif, d.h. vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung und nach Abzug für Ausbildungsrabatt, Wahlfranchisen, Bonus, HMO und Unfallausschluss. Vorliegende Werte können nicht direkt mit der vom Bundesamt für Gesundheit im Anschluss an das Prämien genehmigungsverfahren publizierten Prämienstatistik verglichen werden.

Die Durchschnittsprämie 2007 variiert zwischen 3156 und 1483 Franken je nach Prämienregion und Versicherungsmodell (Tab. 7.3). Während zwischen den Regionen 2 und 3 geringe Prämienunterschiede festzustellen sind (durchschnittlich 2,9%), fallen die Prämien der Region 1 mit durchschnittlich 2796 Franken 12,3% höher als in der Region 2 und 15,6% höher als in der Region 3 aus. Die Unterschiede der Durchschnittsprämien zwischen den Versicherungsmodellen sind bei den ordentlichen und tiefen Franchisen am grössten, bei den mittleren und hohen Franchisen gibt es bei den Alternativmodellen jedoch weit weniger Sparpotential.

Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Krankenkassenprämien im Kanton Luzern bei 2603 Franken (Abb. 7.2) und waren höher als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Prämien in den anderen Zentralschweizer Kantonen (2463 Franken

pro versicherte Person). Jedoch liegen die Pro-Kopf-Prämien im Kanton Luzern um 549 Franken tiefer als in der Gesamtschweiz (3152 Franken pro versicherte Person) und um 355 Franken tiefer als in der Deutschschweiz (2958 Franken pro versicherte Person). Im Vergleich mit ausgewählten Kantonen liegen die Pro-Kopf-Prämien im Kanton Luzern höher als in den Kantonen Uri und Appenzell Ausserrhodens, sie sind aber tiefer als im Kanton Bern, Tessin und im Aargau.

Vergleicht man die regional unterschiedlichen Prämien mit den regionalen Gesundheitskosten (Tab. 7.2), so ergeben sich übereinstimmende Muster: Die höchsten Kosten sowie Prämien fallen im Kanton Tessin, in der französischsprachigen Schweiz sowie im Kanton Bern an, während die tiefsten Kosten und Prämien in Luzern, in den anderen Zentralschweizer Kantonen sowie im Kanton Appenzell Ausserrhodens zu verzeichnen sind.

### *Viele Prämienverbilligungsempfänger/innen mit unterdurchschnittlichen Beiträgen*

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurde ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingerichtet, welches die Prämienbelastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt entlasten soll. Bund und Kantone finanzieren diese Verbilligungen gemeinsam, wobei die Kantone bei der Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen über einen recht grossen Spielraum verfügen. Deshalb unterscheiden sich die Systeme zwischen den Kantonen recht stark. Vergleiche zwischen den Kantonen müssen somit zurückhaltend angegangen werden.

Im Kanton Luzern wurden zwischen 2003 und 2007 nicht die gesamten Beiträge des Bundes für die Prämienverbilligung ausgeschöpft. So betrug der Reduktionsfaktor für den Kanton Luzern im Jahr 2007 20,7%, während dieser im Schweizer Durchschnitt bei 13,9% lag.<sup>95</sup> In der Schweiz gab es im Jahr 2007 2,27 Millionen Empfänger/innen einer Prämienverbilligung (30,1% der Gesamtbevölkerung), darunter 148'981 Empfänger/innen aus dem Kanton Luzern (40,8% der kantonalen Bevölkerung). Zwischen 2003 und 2006 ist die Anzahl Empfänger/innen im Kanton Luzern sowie in der Gesamtschweiz zurückgegangen, während für das Jahr 2007 wieder ein

<sup>94</sup> Region 1: Ebikon, Emmen, Horw, Kriens, Littau und Luzern  
Region 2: Adligenswil, Buchrain, Dierikon, Eich, Malters, Meggen, Meierskappel, Neuenkirch, Nottwil, Oberkirch, Root, Rothenburg, Ruswil, Schenkon, Sempach, Sursee, Udligenswil, Werthenstein, Wolhusen  
Region 3: alle restlichen Gemeinden. Die genaue Einteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene ist auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verfügbar: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).

<sup>95</sup> Vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG: «Der Kanton darf den (...) von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50% kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt». Von dieser Möglichkeit machten 2007 15 Kantone Gebrauch.



**Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell und Prämienregion, Kanton Luzern und Schweiz, 2007**  
(26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

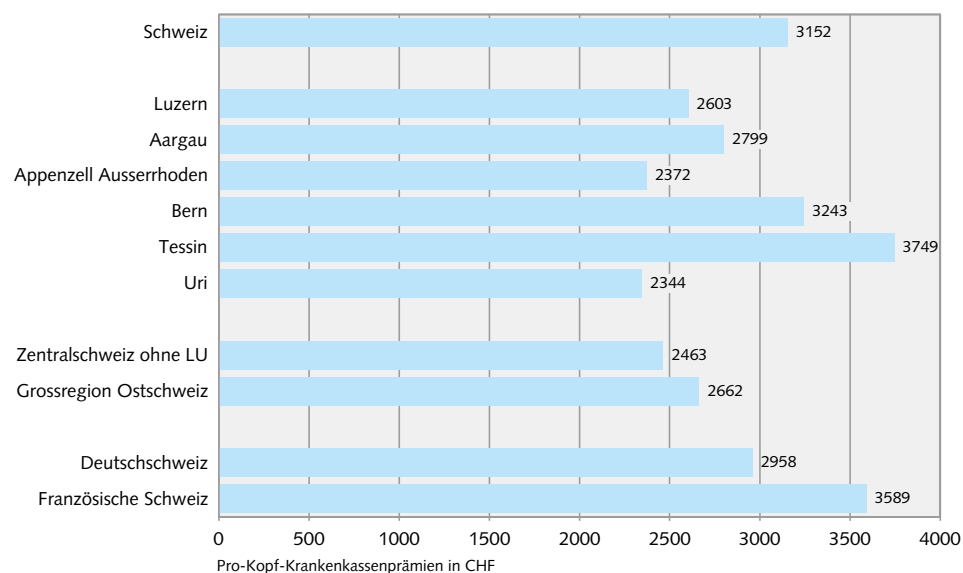
OKP Modell	Franchise	Region 1 LU	Region 2 LU	Region 3 LU	Durchschnittsprämie LU	Durchschnittsprämie CH	Anteil der Versicherten LU	Anteil der Versicherten CH
Standardmodell mit Franchisen	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3156	2894	2803	2993	3551	46,6	40,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3025	2808	2730	2883	3604	12,0	19,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2141	1973	1914	2017	2661	14,8	14,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1697	1584	1531	1615	2054	6,7	9,0
Managed-Care-Modelle mit Capitation	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2714	2619	2398	2697	3286	1,6	0,7
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2533	2448	2235	2516	3111	0,3	0,3
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1909	1822	1741	1889	2391	1,0	0,6
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1719	1690	1596	1710	2118	0,3	0,4
Managed-Care-Modelle mit Einzelleistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2877	2630	2526	2673	3064	8,0	5,5
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2701	2506	2390	2533	3030	1,4	2,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2057	1865	1788	1874	2324	4,6	3,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1692	1541	1483	1544	1942	2,0	2,0
Bonusversicherung <sup>1</sup>	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2383	2234	2018	2186	2498	0,1	0,1
<b>Total</b>		<b>2796</b>	<b>2489</b>	<b>2419</b>	<b>2603</b>	<b>3152</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan  
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

<sup>1</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Versicherungsmodell wird darauf verzichtet, die Durchschnittsprämien mit den anderen Modellen zu vergleichen.

**Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region**  
2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

**Abb. 7.2**



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Anstieg der Anzahl Empfänger/innen zu verzeichnen ist. Der Bevölkerungsanteil der Bezüger/innen lag in der beobachteten Periode im Kanton Luzern jeweils über dem Schweizer Durchschnitt.

2007 wurden im Kanton Luzern 158,2 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen<sup>96</sup> ausgerichtet, rund 16 Millionen Franken mehr als 2003. Mit einem Betrag von 1062 Franken pro Bezüger/in liegt der Kanton Luzern im Jahr 2007 unter dem Schweizer Durchschnitt (1506 Franken pro Bezüger/in). Auch zwischen 2003 und 2006 verzeichnen die Luzerner/innen tiefere Beträge pro Bezüger/in als im Schweizer Durchschnitt. Während die ausbezahlten Beträge pro Bezüger/in in den Jahren 2003 bis 2006 angestiegen sind, ist im 2007 ein Rückgang dieses Durchschnittsbetrages zu beobachten.

Im Kanton Luzern erhält die Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz somit häufiger eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person liegen jedoch deutlich unter dem Schweizer Mittel. Der höhere Bevölkerungsanteil mit Prämienverbilligung kann im Kanton Luzern unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass in Haushalten mit Kindern keine Grenzbeträge für die Bezugsberechtigung von Prämienverbilligungen existieren. Aufgrund der zahlreichen Bezüger/innen fallen die durchschnittlichen Beträge pro Person dementsprechend kleiner aus.

### 7.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die Gesundheitskosten der Luzerner Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betrachtet. Es zeigte sich, dass die Kosten der Luzerner Bevölkerung zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,4% stärker gestiegen sind als im Schweizer Durchschnitt (4,5%). Dabei haben der stationäre Spitalsektor mit 6,5%, der ambulante bzw. teilstationäre Spitalsektor mit 8,0% sowie die Spitex-Leistungen mit 7,2% stark zugenommen. Trotz dieses erhöhten Wachstums liegen die OKP-Kosten im Kanton Luzern unter dem Schweizer Durchschnitt. So wurden im Jahr 2007 im Kanton Luzern 2378 Franken pro versicherte Person ausgegeben, während gesamtschweizerisch 2860 Franken in der OKP bezahlt wurden. Die Luzerner Pro-Kopf-Kosten sind ungefähr gleich hoch wie die durchschnittlichen Kosten in den anderen Zentralschweizer Kantonen. Die

Medikamenten- und die Spitalkosten liegen im Kanton Luzern deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, die Pro-Kopf-Kosten im Pflegeheimbereich sind demgegenüber höher als in der Schweiz.

Mit einem Anteil von 46,6% bleibt das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise bei den Luzerner Versicherten sehr verbreitet (40,0% in der Schweiz). Die Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nehmen im Kanton Luzern aber immer mehr an Bedeutung zu. Die Krankenkassenprämien sind mit durchschnittlich 2603 Franken im Kanton Luzern tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (3152 Franken) und leicht höher als in den anderen Zentralschweizer Kantonen (2463 Franken). 40,8% der Luzerner Bevölkerung sind Empfänger/innen einer Prämienverbilligung. Dieser Anteil ist deutlich höher als in der Gesamtschweiz (30,1%), die ausbezahlten Beträge pro Bezüger/in sind im Kanton Luzern jedoch tiefer.

<sup>96</sup> Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte bzw. Bezüger/innen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG, Bund und Kantone.

# Glossar

## **Adipositas**

Starkes Übergewicht (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)

## **Body Mass Index (BMI)**

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist:

BMI = (Körpergewicht in kg) / (Körpergrösse in m)<sup>2</sup>

## **Capitation**

Capitation bzw. Kopfpauschale in Managed Care bezeichnet eine im Voraus bestimmte Jahrespauschale für die medizinische Versorgung pro Versicherten, die anhand verschiedener Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorjahreshospitalisation, Teuerung usw. errechnet wird und von den Versicherern an eine Managed Care Organisation ausbezahlt wird, unabhängig davon, ob ein Versicherter/eine Versicherte Leistungen beansprucht hat oder nicht.

## **Geburtenrate**

Zahl der Geburten in einem Jahr dividiert durch die durchschnittliche Bevölkerung im gleichen Gebiet und Jahr mal 1000.

## **Gesundheitsförderung**

Alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft

## **Gesundheitskompetenz**

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

## **Gesundheitsverhalten**

Meint gesundheitsrelevantes Verhalten

## **Grundgesamtheit**

Die Menge der Personen oder Objekte, für die die Aussagen einer Untersuchung gelten sollen, z.B.: «alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Alter ab 15 Jahren».

Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit sondern an einer daraus gezogenen Stichprobe.

## **Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens**

(BADL, engl. basic activities of daily living) zum Beispiel essen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen.

## **Haushaltsäquivalenzeinkommen**

Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder.

## **Instrumentelle Aktivitäten**

(IADL, engl. instrumental activities of daily living) zum Beispiel kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

## **Kausaler Zusammenhang**

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung

## **Kohärenzgefühl**

Auch: Kohärenzsinn

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Anforderungen aus der inneren oder äusseren Erfahrungswelt verstehbar bzw. nachvollziehbar sind, dass 2. die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden und 3., dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.

**Kontrollüberzeugung**

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Verhalten in bestimmten Situationen selbst kontrollieren kann (inter-nale Kontrollüberzeugung) oder ob es durch äussere Ein-wirkungen (externale Kontrollüberzeugung) bestimmt wird.

**Lebenszeitprävalenz**

Anteil Personen, bei denen ein bestimmtes Ereignis (z.B. Rauchen von Haschisch, Auftreten von Rückenschmerzen) schon einmal in ihrem Leben aufgetreten ist.

**Morbidität**

Als statistische Grösse ist es die Häufigkeit einer Krank-heit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

**Mortalität**

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb ei-ner bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

**Prävention**

Alle Massnahmen, welche auf die Verhütung und Frü-herfassung von Krankheiten, Invalidität und vorzeitigem Tod gerichtet sind.

In der Prävention wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Die *Primärprävention* umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Un-fällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfakto-ren.

Die *Sekundärprävention* umfasst alle Massnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien.

Die *Tertiärprävention* meint die Prävention von Folge-störungen bestehender Krankheiten und die Rückfallpro-phylaxe.

**Public Health**

= «Öffentliche Gesundheit»

Die Aufgabe von Public Health besteht darin, sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Umweltbedingungen, und Bedingungen der gesundheit-lichen Versorgung einzusetzen, unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health befasst sich entspre-chend mit der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich.

**Repräsentativität**

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merk-malen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

**Ressource**

Potenziale eines Individuums wie Bildung, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Stärken, aber auch sozialer Status und Ressourcen der Lebensumwelt, wie z.B. sozi-ale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsför-dernd.

**Risikofaktor**

Umstand der Person oder Umwelt, dessen Vorhanden-sein mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, nicht jedoch kausale Ursache für die Störung zu sein braucht.

**Salutogenese**

Konzept, welches sich mit der Frage beschäftigt, wie und unter welchen Bedingungen Menschen trotz Belastun-gen gesund bleiben.

**santésuisse**

Dachverband der Krankenversicherer

**Screening**

Filteruntersuchung mit dem Ziel, Hinweise für ein Früh-stadium einer bestimmten Krankheit aufzudecken (Ver-fahren sekundäre Prävention).

**Signifikanz**

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit ei-nes Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe. Ist ein Ergebnis auf dem Signifikanzniveau 5% signifikant, so ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist.

**Soziale Ungleichheit**

Vorteilhafte oder nachteilige Lebensbedingungen (z.B. im Bezug auf Zugang zu bestmöglicher Bildung, Gesund-heitsversorgung), die Menschen aufgrund ihrer Position und Lage in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zu-kommen

**Soziale Unterstützung**

Unterstützung (z.B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belas-tungen und Anforderungen dienen.

**Spitex**

Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege

**Sterblichkeit**

Siehe Mortalität

**Stichprobe**

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und anschliessend analysiert werden.

**Verlorene potenzielle Lebensjahre (VPL)**

Der Indikator der verlorenen potenziellen Lebensjahre erfasst die frühzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung. Es wird die Differenz zwischen dem Sterbealter und dem Alter von 70 Jahren berechnet und aufsummiert (bei vor dem 70. Lebensjahr Verstorbenen). Der Wert versteht sich pro 100'000 Einwohner/innen und basiert auf der europäischen Standardaltersstruktur der Weltgesundheitsorganisation

**Vorsorgeuntersuchung**

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit



# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit	11	Abb. 2.9 Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007	28
Abb. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	19	Abb. 2.10 Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	28
Abb. 2.2 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichen Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Luzern, 2007	21	Abb. 2.11 Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	31
Abb. 2.3 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichen Wohl- befinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern, 2007	21	Abb. 2.12 Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	31
Abb. 2.4 Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	22	Abb. 2.13 Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Alters- gruppen und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)	33
Abb. 2.5 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Einsamkeitsgefühlen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	24	Abb. 2.14 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belas- tung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	34
Abb. 2.6 Körperliche Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	25	Abb. 2.15 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheits- indikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	35
Abb. 2.7 Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern, 2007	26	Abb. 2.16 Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	37
Abb. 2.8 Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung)	26	Abb. 2.17 Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	37

Abb. 2.18 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	38	Abb. 3.5 Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht, Kanton Luzern, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	55
Abb. 2.19 Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	39	Abb. 3.6 Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Luzern, 2007	58
Abb. 2.20 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	40	Abb. 3.7 Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007	60
Abb. 2.21 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.8 Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht, Kanton Luzern, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	62
Abb. 2.22 Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.9 Anteil Rauchende nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	64
Abb. 2.23 Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, Kanton Luzern, 1986/87–2006/07	43	Abb. 3.10 Rauchende nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007	64
Abb. 2.24 Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten, 2000–2006 (mit 95%-Vertrauensintervall)	43	Abb. 3.11 Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007	66
Abb. 2.25 Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht, Kanton Luzern, 2000–2006	47	Abb. 3.12 Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	68
Abb. 3.1 Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007	52	Abb. 3.13 Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007	70
Abb. 3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Luzern, 2007	53	Abb. 3.14 Medikamentenkonsum nach psychischer Belastung und Geschlecht, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	74
Abb. 3.3 Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich, Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)	54	Abb. 3.15 Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	74
Abb. 3.4 Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	55	Abb. 4.1 Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind, Kanton Luzern und Schweiz, 2007	78
		Abb. 4.2 Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Luzern, 2007	80



Abb. 4.3 Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	80	Abb. 6.3 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.4 Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Luzern, 2007 (Erwerbstätige)	84	Abb. 6.4 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fach- richtung, Geschlecht und Behandlungsintensität, Kanton Luzern, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.5 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)	85	Abb. 6.5 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrich- tung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Luzern, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	113
Abb. 4.6 Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheits- indikatoren, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	86	Abb. 6.6 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankun- gen und Diabetes nach Bildung, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	115
Abb. 4.7 Zusammenhang zwischen der Angst vor Arbeitsplatz- verlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	86	Abb. 6.7 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankun- gen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	116
Abb. 5.1 Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007	93	Abb. 6.8 Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung)	121
Abb. 5.2 Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungs- verhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	100	Abb. 6.9 Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen pro Einwohner/in nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	122
Abb. 5.3 Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	100	Abb. 6.10 Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007	126
Abb. 6.1 Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2002 und 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	109	Abb. 7.1 Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungs- erbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)	132
Abb. 6.2 Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	111	Abb. 7.2 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	135

**Tabellen**

Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)	13	Tab. 3.3 Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	57
Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Luzern nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007 (15-jährige und ältere Personen)	13	Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	58
Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern im Vergleich zur Gesamtschweiz	16	Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	61
Tab. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	20	Tab. 3.6 Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Luzern, 2002 und 2007 (in %)	63
Tab. 2.2 Lang andauernde Gesundheitsprobleme oder starke körperliche Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	23	Tab. 3.7 Tabakkonsum, Kanton Luzern, 2007 (in %)	65
Tab. 2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	29	Tab. 3.8 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, Schweiz, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag Passivrauch ausgesetzt, in %)	67
Tab. 2.4 Unfälle oder Sturzepisoden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	32	Tab. 3.9 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	67
Tab. 2.5 Mittlere oder starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	36	Tab. 3.10 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)	69
Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Luzern und Schweiz, 2000–2006	44	Tab. 3.11 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)	71
Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Luzern, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006	45	Tab. 3.12 Medikamentenkonsum, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)	73
Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	51	Tab. 4.1 Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	79
Tab. 3.2 Körpergewicht, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)	56	Tab. 4.2 Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	81
		Tab. 4.3 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	83

Tab. 4.4 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Luzern, 2007 (Erwerbstätige, in %)	84	Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat)	118
Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	87	Tab. 6.6 Grippeimpfung, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	119
Tab. 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom)	95	Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	121
Tab. 5.2 Multivariate Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und -bewusstseins und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)	101	Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	123
Tab. 5.3 Multivariate Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein, sozialem Hintergrund und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)	103	Tab. 6.9 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in %)	124
Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	108	Tab. 6.10 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	125
Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	110	Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Luzern und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF)	130
Tab. 6.3 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	114	Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (in CHF)	131
Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	117	Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell und Prämienregion, Kanton Luzern und Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	135



# Literatur

- Adamson, S.J. & J.D. Sellman (2003).* A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003).* Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger & W. Wicki (1990).* Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987).* Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: BFS (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BAG (2005a).* Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2005b).* Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2006).* Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007a).* Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007b).* Empfehlungen zur Grippeimpfung, September 2007. Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007c).* Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008a).* Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008b).* Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008c).* Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon & K. Kroenke (2003).* Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- BASPO (2006).* Grundlagendokument Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- BASPO, BAG & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2007).* Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Baumeister, H. & M. Harter (2007).* Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. & T. Glass (2000).* Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bétrisey, C., M. Roth & H. Jaccard Ruedin (2007).* «Ärztliche Demographie» – Bericht für den Kanton Uri. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BFS (2003).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indizes. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- BFS (2004)*. Eidgenössische Volkszählung 2000. Gebäude, Wohnungen und Wohnverhältnisse. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2005)*. Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz. Stand und Entwicklungen auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002. StatSanté, 2.
- BFS (2006)*. Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. StatSanté, 1.
- BFS (2007)*. Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008a)*. Erläuterungen zu den Gewichtungen – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008b)*. Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007 – Standardtabellen. Provisorische Resultate. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008c)*. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Erhebungsmethode in Kürze. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008d)*. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008e)*. Todesursachenstatistik: Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009a)*. Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten. Medienmitteilung vom 30.03.2009. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009b)*. Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. BFS aktuell.
- BFS (2010)*. Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- bfu (2008)*. Zahl der Strassenverkehrstopfer 2007 leicht gestiegen. Medienmitteilung vom 19.02.2008. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Bisig, B. & V. Beer (1996)*. Sterblichkeit. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Hrsg.), Die Gesundheit im Kanton Freiburg. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin & A. Domenighetti (2004)*. Operationen. In: B. Bisig & F. Gutzwiller (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Uebersversorgung? Band 2: Detailresultate (S. 163–190). Zürich: Rüegger.
- Bouchardy, C. Femmes et cancer: dépistage précoce et comportement à risque*. Berne: Ligue suisse contre le cancer.
- Buillard, J., C. Ducros, C. Jemelin, B. Arzel, G. Fioretta & F. Levi (2009)*. Comparable effectiveness from organized and opportunistic mammography screening in Switzerland. Schweizer Krebsbulletin, 3: 223–226.
- Buillard, J., C. La Vecchia & F. Levi (2006)*. Diverging trends in breast cancer mortality within Switzerland. Annals of oncology, 17(1): 57–59.
- Bullinger, M., I. Kirchberger & J.E. Ware (1995)*. Der deutsche SF-36 health survey. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994)*. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Hrsg.), Social Change and the experience of unemployment (S. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley & R.A. Thisted (2006)*. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychology and aging, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. & C. Meier (2004)*. Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry & T.W. Strine (2005)*. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease, 2(1): A14.
- Charton, L. & P. Wanner (1998)*. Migration internes et changements familiaux en Suisse. Analyse du module «mobilité» de l'enquête suisse sur la population active de 1998. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Dahlgren, G. & M. Whitehead (1991)*. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies.

- Dawson, D.A. & R. Room (2000).* Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1–2): 1–21.
- Djurdjevic, D. (2007).* «Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft». In: Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2008: Bedrängte Solidarität* (S. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. & B. Bisig (1995).* Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. *Lancet*, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. & A. Casabianca (1997).* Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ*, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca & P. Luraschi (1989).* Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler & H. Lloyd (2005).* Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- du Toit, M. & S. du Toit (2001).* Interactive LISREL: User's guide. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003).* Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur. Bern: Suisse Balance.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman & K.D. Williams (2003).* Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid & J. Angst (1992).* The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolerio & M. Bopp (2008).* Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001).* Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld & G.D. Smith (1998).* An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld & M.G. Marmot (2002).* Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990).* Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. & M. de Borde (1990).* Histoire de l'alcool. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. & R.M. Carney (2009).* Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony & B.O. Muthen (1994).* Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008).* Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- GDK (2007).* Stellungnahme zum Brustkrebs-Screening, Medienmitteilung vom 6.09.2007. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters & J. Siegrist (2005).* A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. & N. Solowij (1998).* Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel & J.S. House (1994).* Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.

- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. & J.A. Weiss (2009). Älter Erwerbstätige (50+). In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 106–121). Bern: Hans Huber.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. & S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 83.
- ISPM Zürich (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo & A. Busato (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer & S. Pellegrini (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Kantonsärztliche Dienste Luzern (2007). *info Gesundheit* (Vol. 2). Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Kantonsärztliche Dienste Luzern (2009). *info Gesundheit* (Vol. 1). Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas & E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. & P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 5-22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. & K. Engelhardt (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19–33). Bern: Hans Huber.
- Kickbusch, I. & R. Ospelt-Niepelt (2009). Alter. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123–145). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. & K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. & G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.
- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry & R. Wolfe (2008). Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer & H. Stamm (2008). *Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Magglingen: Bundesamt für Sport.



- Lamprecht, M. & H. Stamm (2002). Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz. Zürich: Seismo.
- Larsson, L.G., I. Andersson, N. Bjurstam, G. Fagerberg, J. Frisell, L. Tabar et al. (1997). Updated overview of the Swedish Randomized Trials on Breast Cancer Screening with Mammography: age group 40–49 at randomization. *Journal of the national cancer institute monographs* (22): 57–61.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselmann, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. & M.A. Nystrom Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.
- Lynskey, M. & W. Hall (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005). Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews & C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. & A. Hättich (1999). Bewegung - Sport - Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium. Bern: Haupt.
- Marty, F. (2007). Medikamente. In: G. Kocher & W. Ogier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009*. Eine aktuelle Übersicht (S. 181–192). Bern: Hans Huber.
- Mausner-Dorsch, H. & W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société, Bulletin d'information* 402.
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz*. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Meyer, K., A. Simmet, K. Mattle, K. Nedeltchev & M. Arnold (2009). Somatische Krankheiten und deren Folgen. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz*. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (S. 153–193). Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Murray, C.J. & A.D. Lopez (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Niemann, N. & C. Maschke (2004). *WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity*. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger & M. Cavegn (2008). *Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2008*. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Nystrom, L., L.E. Rutqvist, S. Wall, A. Lindgren, M. Lindqvist, S. Ryden et al. (1993). Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet*, 341(8851): 973–978.
- Obsan (2005). *Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement.
- OECD (2006). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris: OECD-WHO.
- OECD (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OECD.
- OECD (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries*. Paris: OECD.
- Olsson, M., J. Gassne & K. Hansson (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- Paccaud, F. & D. Faeh (2005). Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (S. 493–511). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang & S.M. Consoli (2002).* Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.
- Perrig-Chiello, P. (2005).* Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Hrsg.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (S. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel & C.T. Sempos (2003).* The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.
- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier & J.S. Ahluwalia (2004).* Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abus*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. & J.A. Turner (1985).* Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. & P. Manzoni (2003).* Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring / La santé psychique en Suisse – Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Scharfetter, C. (2002).* Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007).* Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Vol. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Segovia, J., R.F. Bartlett & A.C. Edwards (1989).* An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- SFA (2009).* Tabakkonsum generell. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SGE (2006).* Was essen? Über die Lebensmittelpyramide und deren Nahrungsmittelgruppen und die ideale Zusammensetzung der Nahrung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009).* Bildung als Gesundheitsressource. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 253–267). Bern: Hans Huber.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (i.V.).* Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000).* Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast & R.G. Westendorp (2005).* Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. & Y. Schutz (2005).* Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Cinquième rapport sur la nutrition en Suisse* (S. 471–491). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Tennant, C. (2001).* Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004).* The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009).* World drug report 2009. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale, S., F. Priez & C. Jeanrenaud (1998).* Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzungen für das Jahr 1995. Neuchâtel: Universität Neuenburg.
- Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (2005).* Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
- Wahl, H.W. & V. Heyl (2004).* Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne (2004).* Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2004. 3. Bericht. Sion: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie.

- Wanner, H.-U. (1993). Lärm. In: W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz* (S. 413–423). Zürich: Seismo.
- Ware, J.E. & C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Werblow, A., S. Felder & P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of «red herrings»? *Health economics*, 16(10): 1109–1126.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Official Records of the World Health Organization no 2. (Deutsche Übersetzung siehe Systematische Sammlung des Bundesrechts, SR 0.810.1 Verfassung der Welgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946). New York: WHO.
- WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *International Agency for Research on Cancer: mammography screening can reduce deaths from breast cancer*. Press release n°139, 19.03.2002. Lyon: World Health Organisation.
- WHO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. WHO technical Report Series 916. Geneva: WHO.
- WHO (2004a). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Summary. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004b). *Wohnen und Gesundheit – ein Überblick*. Hintergrunddokument. Budapest: WHO Europe.
- Wilkinson, R. & M. Marmot (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Wittchen, H.-U. (2000). *Die Studie «Depression 2000»*. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.
- Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidtkunz, S. Winter & H. Pfister (2000). *Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen*. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.
- Zweifel, P., S. Felder & M. Meiers (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health economics*, 8(6): 485–496.



# Anhang

## Methodische Ausführungen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

### *Beschreibung der Stichprobe*

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2007 zum vierten Mal nach 1992/1993, 1997 und 2002 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) von 15 und mehr Jahren, welche in Privathaushalten mit Telefonanschluss wohnt, repräsentativ ist. Wichtig bei derartigen Erhebungen ist die Auswahl der Befragten, da deren Angaben ein möglichst realitätsgereutes Abbild der Gesamtbevölkerung ergeben sollen. Um saisonale Differenzen zu vermeiden, wurden die Interviews über das ganze Kalenderjahr 2007 gleichmässig verteilt.

Die Stichprobenziehung erfolgte nach der Methode der geschichteten Zufallsstichprobe. In einem ersten Schritt wurden die Ausgangsadressen so auf die sieben Grossregionen<sup>97</sup> verteilt, dass garantiert werden kann, dass jede dieser Regionen mit mindestens 1000 Befragungen abgedeckt wird. Die einer Grossregion zugeteilten Adressen wurden proportional zur Einwohnerzahl auf die der Region angehörenden Schichten verteilt (1. Schichtung). Aus diesen ausgewählten Haushalten wurde dann wiederum nach dem Zufallsprinzip je eine Zielperson gezogen (2. Schichtung). Nur diese Zielperson wurde befragt bzw. nur über diese Person wurden ggf. in einem Stellvertreterinterview (so genanntes PROXY-Interview) Informationen erhoben.

Die Kantone hatten die Möglichkeit, durch finanzielle Beteiligung den jeweiligen kantonalen Stichprobenumfang zu erhöhen, um zuverlässige kantonale Auswertungen durchführen zu können. Neben dem Kanton Luzern liegen für weitere 12 Kantone sowie für die Stadt Zürich repräsentative Stichproben vor (BFS, 2008c).

Für die Gesamtschweiz haben 18'760 Personen (Frauen: 10'336, Männer: 8424) an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 1860 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 30'179 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 66%.

Von den Befragten waren 16'322 Personen mit schweizerischer Staatsbürgerschaft und 2428 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer. 11'611 Interviews wurden auf Deutsch durchgeführt, 5638 auf Französisch und 1511 auf Italienisch. Die Interviews wurden ausschliesslich in diesen drei Sprachen geführt.

5825 Personen (21% der gültigen Adressen) haben die Teilnahme an einem Interview verweigert, 3730 Personen (13% der gültigen Adressen) konnten nicht erreicht werden. Die Verweigerung einer Befragung konnte (a) gleich zu Beginn der Kontaktaufnahme auf der Ebene des Haushaltes geschehen, (b) nach der Frage nach der Haushaltszusammensetzung erfolgen oder (c) vom ausgewählten Individuum ausgelöst werden. Bei 445 Personen (1,6 %) konnte das Interview aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden. Inwiefern dies die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflusst, ist ohne vertiefte Analyse der soziodemografischen Merkmale der Verweigerer schwer abzuschätzen. Es könnte aber darauf hinweisen, dass sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt. Mit nachträglichen Gewichtungungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (s. Abschnitt Gewichtungungsverfahren).

<sup>97</sup> Folgende sind die 7 Grossregionen der Schweiz: Genferseeregion (GE, VD, VS); Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO); Nordwestschweiz (AG, BL, BS); Zürich (ZH); Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG); Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG); Tessin (TI).

### *Datenerhebung*

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden (BFS, 2008c):

#### Telefonische Interviews:

Mit Zielpersonen im Alter ab 15 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d.h. computer assisted telephone interviewing). Insgesamt wurden 17'856 telefonische Interviews mit der Zielperson durchgeführt.

#### PROXY-Interviews:

Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview geführt werden konnte (längerer Auslandsaufenthalt, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), konnte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft zu einem Teil der Fragen geben (so genannte PROXY-Interviews). Dies war bei 829 Personen der Fall (4,4 % aller durchgeführten Interviews).

#### Face-to-Face-Interview:

Personen ab 74 Jahren konnten auf Wunsch ein persönliches statt ein telefonisches Interview geben. Von den insgesamt 2008 interviewten Personen im Alter von 75 Jahren und mehr wünschten 75 Personen (0,4 % aller durchgeführten Interviews) ein solches persönliches Face-to-Face-Interview.

#### Schriftliche Befragung:

Von den 17'931 Zielpersonen, die telefonisch oder persönlich befragt wurden, beantworteten anschliessend 14'432 Personen per Post einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen. Die Teilnahmequote der schriftlichen Befragung betrug 80,5 %.

Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Interviews betrug 35 Minuten für die ungefähr 400 Fragen. Für die Durchführung der Befragung beauftragte das Bundesamt für Statistik das professionelle Befragungsinstitut M.I.S. Trend in Lausanne.

### *Gewichtungsverfahren*

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz bzw. den Kanton Gültigkeit erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, können so teilweise korrigiert werden, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung bzw.

der Kantonsbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2006) verglichen, welche Personen in Privathaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemografischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede ihrer 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 Alter (acht Altersgruppen: 15 bis 19 Jahre, 20 bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 54 Jahre, 55 bis 64 Jahre, 65 bis 74 Jahre, ab 75 Jahre), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen), Zivilstand (verheiratet, nicht-verheiratet) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und die Existenz von Sehbehinderungen in die Berechnung miteinbezogen (BFS, 2010). Dies bedeutet, dass z.B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, die – verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung – in der Schweizer Telefon-Stichprobe untervertreten waren, nun im Rahmen des Gewichtungsverfahrens einen im Vergleich zum Rest der Stichprobe grösseren Multiplikator erhalten. Die derart gewichteten Daten beziehen sich nun auf die Schweizer Wohnbevölkerung von 6'186'711 Personen im Alter von 15 Jahren und mehr per Ende 2006 (BFS, 2010).





Weitere Informationen  
finden Sie auf unserer Website  
**[www.kantonsarzt.lu.ch](http://www.kantonsarzt.lu.ch)**

**Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme**

**Kantonsärztliche Dienste Luzern  
Meyerstrasse 20  
Postfach 3439  
6002 Luzern**

**Telefon 041 228 60 90  
Fax 041 228 67 33  
E-Mail [kad@lu.ch](mailto:kad@lu.ch)**