

Gesundheit im Kanton Uri

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheits-
befragung 2007 und weiterer Datenbanken

Herausgeber:

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Zusammenarbeit mit der
Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri



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.

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

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Zusammenarbeit mit der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri

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, Stéphane Luyet, 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, Florence Moreau-Gruet und Laila Burla (Obsan)

Steuerungsgruppe

- Henri Briant und Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne
- Véronique Delley, Blaise Martin, Philippe Sudre, Nicolas Marzo und Elisabeth Debenay, Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Genève
- Reto Fausch, Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Auser rhoden, Herisau
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztliche Dienste, Luzern
- Beat Planzer, Amt für Gesundheit Uri, Altdorf
- Antoine Casabianca und Jacqueline Quaglia, Dipartimento della sanità e della socialità 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 41

Zitierweise

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). *Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenbanken* (Obsan Bericht 41). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Korrektorat

Susanne Reuber, Berlin

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Bestellungen

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion
Amt für Gesundheit
Klausenstrasse 4
6460 Altdorf
Tel. 041 875 21 51
Fax 041 875 21 54
E-Mail: ds.gsud@ur.ch

Preis

Fr. 10.– (exkl. MWST)

Download PDF

www.ur.ch/gsud

ISBN

978-3-907872-73-4

© Obsan 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	2.4 Soziale Gesundheit	41
		2.4.1 Einsamkeitsgefühle	41
Abkürzungsverzeichnis	4	2.4.2 Vertrauensperson	42
		2.5 Sterblichkeit und Todesursachen	44
Gesamtzusammenfassung	5	2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Uri	45
		2.5.2 Regionaler Vergleich	46
1 Einleitung	8	2.5.3 Ausgewählte Todesursachen	46
		2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre	49
1.1 Zielsetzung	8	2.6 Zusammenfassung	50
1.2 Thematische Ausrichtung	9		
1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen	12	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	51
1.4 Der Kanton Uri im regionalen Vergleich	14	3.1 Gesundheitseinstellungen	52
		3.1.1 Gesundheitskompetenz	54
2 Gesundheitszustand	18	3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	55
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden	18	3.2.1 Übergewicht	55
2.2 Körperliche Gesundheit	22	3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungs- gewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme	58
2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme	22	3.2.3 Körperliche Aktivität	61
2.2.2 Körperliche Beschwerden	24	3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen	64
2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	26	3.3.1 Tabakkonsum	64
2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung	27	3.3.2 Passivrauchen	67
2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten	29	3.3.3 Alkoholkonsum	68
2.2.6 Unfälle	31	3.3.4 Cannabiskonsum	72
2.2.7 Stürze	32	3.3.5 Medikamentenkonsum	73
2.3 Psychische Gesundheit	35	3.4 Zusammenfassung	77
2.3.1 Psychische Belastung	35		
2.3.2 Kontrollüberzeugung	36		
2.3.3 Kohärenzgefühl	39		
2.3.4 Depressive Symptome	40		

4	Wohn- und Arbeitssituation	78	6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	107
4.1	Immissionen im Wohnbereich	79	6.1	Arztbesuche	107
4.2	Belastungen bei der Arbeit	81	6.2	Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen	115
4.2.1	Immissionen	81	6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten	115
4.2.2	Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit	83	6.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	116
4.3	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	86	6.2.3	Grippeprävention	120
4.4	Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden	86	6.3	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen	120
4.5	Zusammenfassung	88	6.4	Inanspruchnahme von Spitalleistungen	123
5	Schwerpunktt Themen: Depression/Übergewicht	90	6.5	Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)	126
5.1	Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten	90	6.6	Zusammenfassung	128
5.1.1	Ausgangslage	90	7	Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	129
5.1.2	Vorgehensweise	91	7.1	Die OKP-Kosten im Kanton Uri	130
5.1.3	Resultate	92	7.2	Versicherungsmodelle und Prämien	134
5.1.4	Diskussion	96	7.3	Zusammenfassung	136
5.2	Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit	97	Glossar		138
5.2.1	Ausgangslage	97	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis		141
5.2.2	Vorgehensweise	98	Literatur		146
5.2.3	Resultate	100	Anhang		153
5.2.4	Diskussion	103			
5.3	Zusammenfassung	105			

Vorwort



Liebe Urnerinnen und Urner

Das höchste Gut ist die Gesundheit. Diese Ansicht ist weit verbreitet und oft zu hören. Und wer hat sich bei einem Ereignis, das nicht so ausgefallen ist, wie man sich das gewünscht hat, nicht schon gesagt: Hauptsache ich bin gesund.

Doch was bedeutet eigentlich Gesundheit? Wann fühlen wir uns rundweg gesund? Welchen Stellenwert messen wir der Gesundheit bei? Welche Rolle spielen dabei unsere Herkunft, die Umgebung und die Arbeitsstelle? Und wie gehen wir ganz allgemein mit unserer Gesundheit um? Unternehmen wir etwas für unsere Gesundheit? Oder schenken wir dem angeblich höchsten Gut im Alltag geringe oder überhaupt keine Beachtung? Dies sind nur einige der vielen Fragen, womit sich die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik (BFS) beschäftigt hat. Seit 1992 wird diese Befragung alle fünf Jahre bei einer repräsentativen Anzahl Schweizerinnen und Schweizer durchgeführt. Für die Befragung 2007 hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion erstmals eine Erhöhung der Zahl der befragten Personen in Uri in Auftrag gegeben. So konnte auch eigens für unseren Kanton der nun vorliegende ausführliche Gesundheitsbericht erstellt werden.

Die grosse Mehrheit der Urnerinnen und Urner fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut. Diese erfreuliche Tatsache ist übrigens in der ganzen Schweiz festzustellen. Schaut man jedoch genauer hin, fällt auf, dass das gesundheitliche Wohlbefinden nicht bei allen Urnerinnen

und Urnern gleich empfunden wird. Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind abhängig von Alter, Geschlecht, Ausbildung, Einkommen und Nationalität. Interessant ist auch der Vergleich mit der übrigen Schweiz. Die Urnerinnen und Urner fühlen sich psychisch gesünder, sind körperlich aktiver und nehmen weniger Medikamente ein als der Durchschnitt der Schweizerinnen und Schweizer. Auf der anderen Seite nehmen sie weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Krebs vor und impfen sich weniger gegen Grippe. Dafür beanspruchen sie mehr Komplementärmedizin.

So interessant die Ergebnisse der Befragung sind, so wichtig ist es, daraus die notwendigen Schlüsse zu ziehen und, wo Handlungsbedarf besteht, konkrete Massnahmen umzusetzen. Die Politik und die Gesellschaft sind gefordert. Meinte man früher, die Aufgabe der öffentlichen Hand sei in erster Linie für eine optimale Gesundheitsversorgung zu sorgen, wird heute Gesundheitspolitik umfassender gesehen. Gesundheit hat viel auch mit Bildung, Umwelt, Wirtschaft und Gesellschaft zu tun. Ganzheitliche Sicht- und Handlungsweisen sind daher gefragt. Um aber die richtigen Massnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit planen und durchführen zu können, ist fundiertes Datenmaterial – wie der vorliegende kantonale Gesundheitsbericht – notwendig.

Doch schieben wir auch hier nicht alles auf den Staat ab. Letztlich ist ein jeder von uns zu einem grossen Teil für die eigene Gesundheit verantwortlich. Viel mehr als die zahlreichen gesetzliche Bestimmungen, Vorschriften und Empfehlungen kann jeder einzelne seine Gesundheit beeinflussen.

Lesen Sie den vorliegenden Bericht und ich bin überzeugt, auch Sie werden bei der einen oder anderen Aussage inne halten und sich fragen, wie steht es eigentlich um meine eigene Gesundheit.

Stefan Fryberg

Vorsteher der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion

Abkürzungsverzeichnis

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

Gesamtzusammenfassung

Gezielte Massnahmen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (z.B. 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 Uri 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. Zudem wurden die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik, der «Datenpool» von *santé-suisse*, die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes sowie die Medizinische Statistik der Krankenhäuser 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 Uri erstellt.

Die Mehrheit der Urnerinnen und Urner fühlt sich gesund bis sehr gesund

Wie die Schweizer Bevölkerung (86,7%) fühlt sich auch die Mehrheit der Urnerinnen und Urner (88,1%) gesundheitlich gut bis sehr gut. Männer fühlen sich häufiger sehr gut als Frauen. Trotzdem sind 26,4% der Befragten von einem lang anhaltenden Gesundheitsproblem (Behinderung oder chronische Erkrankung) betroffen. Fast ebenso viele (20,6%) geben starke körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Schwächegefühl, Kopf- und Gesichtsschmerzen oder Schlafstörungen an. Hier zeigt sich ebenfalls ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Frauen leiden fast zweimal so häufig an solchen starken Beschwerden als Männer (26,7% vs. 14,1%). Männer weisen dagegen häufiger bestimmte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Übergewicht) auf als Frauen. Junge Männer haben zudem ein doppelt so hohes Unfallrisiko als gleichaltrige Frauen.

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

Psychische Gesundheit im Kanton Uri besser als in der Gesamtschweiz

Hinsichtlich psychischer Gesundheit berichten 10,5% der Urnerinnen und Urner von mittlerer bis starker psychischer Belastung (Nervosität, Niedergeschlagen- und Depressivität etc.) und 12,0% 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 deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt (17,0% bzw. 18,9%). In der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Uri weisen Frauen höhere Werte auf als Männer.

Wie die vertieften Analysen zu Depression zeigen, 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 (v.a. jungen) Frauen, Alleinlebenden und -erziehenden sowie von Personen mit starken körperlichen Beschwerden bzw. starker psychischer Belastung geäussert. Im Zusammenhang mit psychischer 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 Uri 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 Uri wie auch in der Gesamtschweiz in den letzten 20 Jahren stetig erhöht. Die Sterblichkeit im Kanton Uri ist in etwa vergleichbar mit dem Mittel der Gesamtschweiz. Ein Blick nach Altersgruppen zeigt jedoch für den Kanton Uri eine höhere Mortalitätsrate in den jüngeren Altersgruppen (bis 49 Jahre). Die häufigste Todesursache im Kanton Uri sind Herz- und Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz liegt der Anteil Todesfälle bei Frauen aufgrund von Herz- und Kreislauf-Krankheiten im Kanton Uri über dem Schweizer Durchschnitt. Die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen sind im Schweizer Durchschnitt, Prostatakrebs ist aber bei Urnern häufiger als bei Schweizern. Detaillierte Angaben zu anderen Krebsarten sind aufgrund der kleinen Fallzahl für den Kanton Uri nicht möglich.

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 45% bzw. 24% der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) auf Krebserkrankungen zurückführen.

Zwei Fünftel der Urner Bevölkerung sind körperlich aktiv

Der Anteil körperlich aktiver Personen liegt im Kanton Uri mit 43,7% etwa im Schweizer Durchschnitt (41,1%), derjenige der inaktiven Personen liegt jedoch darunter (11,3% vs. 15,9%). Körperliche Inaktivität ist bei Personen mit tieferer Bildung häufiger. Frauen sind zudem weniger aktiv als Männer und ältere Personen weniger als jüngere.

Im Kanton Uri wie auch in der Gesamtschweiz achten knapp 71% auf eine gesunde Ernährung. Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» wird von der Urner Bevölkerung (24,3%) aber weniger häufig eingehalten (CH: 29,3%). Frauen (30,9%) halten die Empfehlung rund doppelt so oft ein wie Männer (16,9%). Während der Früchte- und Gemüsekonsum im Kanton unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, ist der Fleischkonsum deutlich darüber.

41,5% der Urnerinnen und Urner sind übergewichtig bzw. adipös. Dies entspricht in etwa dem Wert der Gesamtschweiz. Der Anteil Männer mit Übergewicht ist in

allen Altersgruppen deutlich höher als derjenige der Frauen. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der Anteil übergewichtiger Personen seit 2002 relativ stabil geblieben.

Unterschiedlicher Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum zwischen den Geschlechtern

25,9% der Bevölkerung im Kanton Uri raucht – das entspricht etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt, der Anteil der stark Rauchenden ist im Kanton Uri jedoch signifikant tiefer. Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: Männer rauchen häufiger als Frauen. Der Anteil der Rauchenden nimmt mit zunehmendem Alter ab. Der Konsum von Cannabis über die gesamte Lebensdauer hinweg ist im Kanton Uri (23,8%) deutlich, wenn auch nicht signifikant tiefer als der Gesamtschweizer Durchschnitt (32,8%).

Im Kanton Uri konsumieren 8,8% der Bevölkerung täglich und 37,8% einmal bis mehrmals wöchentlich Alkohol. 28,3% trinken selten (weniger als einmal monatlich) oder nie alkoholische Getränke. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist der Anteil der täglich und ein- bis mehrmals wöchentlich Konsumierenden im Kanton Uri deutlich tiefer. Es zeigen sich auch Geschlechterunterschiede: So trinken im Kanton Uri 41,9% der Frauen gegenüber 13,5% der Männer nie oder selten Alkohol. Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge, gehen im Kanton Uri 4,2% der Personen ein mittleres bis hohes gesundheitliches Risiko ein (CH: 5,1%).

35,4% haben in der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen haben. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 46,3%. Frauen konsumieren in der Gesamtschweiz wie tendenziell auch im Kanton Uri häufiger Medikamente als Männer. Auf Ebene der Gesamtschweiz ist zwischen 2002 und 2007 ein Anstieg des Medikamentenkonsums zu verzeichnen.

Störungen im Wohn- und Arbeitsumfeld sind häufiger bei Personen mit tiefem sozialen Status

25,6% der Befragten geben zwei oder mehr Störungen (v.a. Autolärm, Verkehrsabgase und Eisenbahnlärm) im Wohnumfeld an. Betroffen sind sowohl in der Gesamtschweiz wie auch tendenziell im Kanton Uri 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 sozialem Status vermehrt von Immissionen wie hohen Temperaturen, Lärm oder Vibrationen betroffen.

32,2% der Erwerbstätigen geben eine hohe körperliche und 35,0% eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz an. Die körperliche Belastung ist im Kanton Uri höher, die psychische Belastung tendenziell tiefer als in der Gesamtschweiz. Analysen auf gesamtschweizerischer Ebene zeigen, dass körperliche Belastungen v.a. von Personen in manuellen Berufen, psychische Belastungen dagegen v.a. von Führungskräften genannt werden. Im Jahr 2007 hatten 6,4% der Erwerbstätigen Angst um ihren Arbeitsplatz (CH: 12,5%), gar keine Sorgen diesbezüglich machten sich 42,8%.

Uerner Bevölkerung nimmt tendenziell weniger ärztliche Dienstleistungen in Anspruch als der Schweizer Durchschnitt

92% der Uerner Bevölkerung haben einen Hausarzt/ eine Hausärztin. Der Anteil Personen, der in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht hat, ist im Kanton Uri tendenziell höher als in der Gesamtschweiz. Während die Inanspruchnahme von Hausärzten/-ärztinnen etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt entspricht, ist diejenige von Fachärzten/-ärztinnen im Kanton Uri tiefer. Die Bevölkerung des Kantons Uri nimmt im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung (tendenziell) weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Krebs vor. Grippeimpfungen

werden im Kanton Uri tendenziell auch weniger häufig gemacht. Im stationären Bereich zeigt sich zwischen Kanton und Gesamtschweiz kein Unterschied, ambulante Spitalbehandlungen werden jedoch im Kanton Uri weniger häufig in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin ist dagegen im Kanton Uri überdurchschnittlich.

Unterdurchschnittliche Kosten, aber grosse Kostenzunahme

Die Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind zwar im Kanton Uri zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,3% stärker gestiegen als in der Gesamtschweiz, die OKP-Kosten sind mit 2368 Franken pro versicherte Person aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt (2860 CHF). Eine starke Zunahme ist insbesondere bei den Pflegeheimleistungen, im Spitex-Bereich sowie im Spitalbereich zu verzeichnen.

Das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise ist im Kanton Uri am verbreitetsten – im Gegensatz zur Gesamtschweiz, wo das Modell mit wählbarer Franchise am häufigsten gewählt wird. Das Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung gewann in den letzten Jahren im Kanton Uri an Bedeutung und liegt mit einem Anteil von 17,3% etwa im gesamtschweizerischen Durchschnitt (16,1%).

1 Einleitung

Andrea Zumbrunn, Laila Burla und Isabelle Sturny

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, 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 ersten Urner 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 und -trägerinnen, Gesundheitsfachleuten und weiteren interessierten Personen einen Überblick über

die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Urner Bevölkerung zu verschaffen.

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;
- Kantonale Besonderheiten des Kantons Uri 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 Uri sowie die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Genf, Luzern, Tessin und Waadt einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Diese Berichte schliessen an eine Reihe früherer kantonalen 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 Uri ist es der erste kantonale Gesundheitsbericht. Das 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 Urner Gesundheitsberichtes ist die Frage, wie es der Bevölkerung im Kanton Uri 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 Urnerinnen und Urner mehr oder weniger gesund bzw. krank sind, wird im *Kapitel 2* in diesem Bericht genauer beschrieben. Die Sterblichkeit und häufige Todesursachen der Urner 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 Gesundheitsdeterminanten¹ 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 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 Urnerinnen und Urner (Immissionen 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.

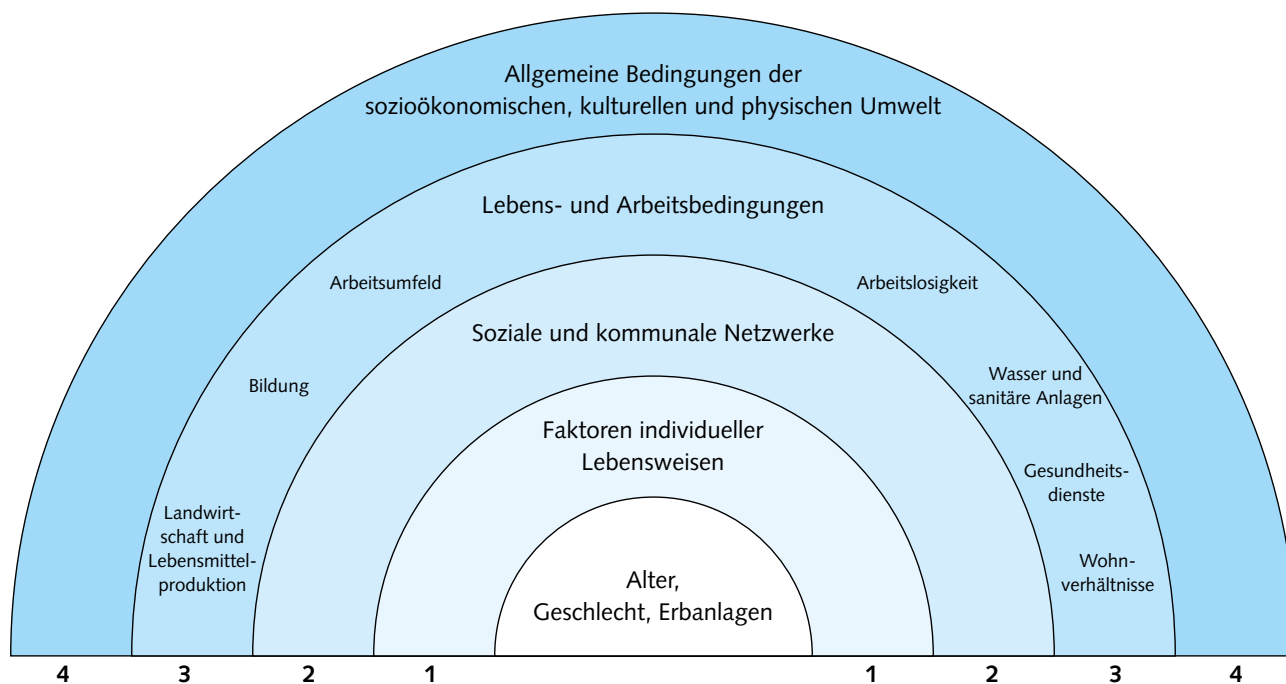
Ergänzende Informationen zum medizinischen Versorgungssystem

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

¹ Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren werden in diesem Bericht synonym verwendet.

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit



Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991

- 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 Urner 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 Schweizer/innen und Ausländer/innen erfolgen.² Schliesslich wird die jeweilige Thematik sowohl nach Stadt/Land-Bevölkerung («Variable Urbanisierungsgrad»)³ als auch nach Sprachregionen und (ausgewählten) Kantonen aufgeschlüsselt, welches den Vergleich zwischen unterschiedlichen regionalen Bevölkerungsstrukturen erlaubt.

² 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).

³ Eine Auswertung nach Stadt/Land-Bevölkerung ist für den Kanton Uri nicht möglich, da es sich um einen ausschliesslich ländlichen Kanton handelt. Für den Vergleich werden aber die Werte für die Gesamtschweiz nach Stadt/Land ausgewiesen.

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 ins 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 Jugendlichen⁴ kein Thema dieses Berichtes dar. Für die Gesundheit in der Lebensmitte zeichnen sich spezifische Lebenslagen als gesundheitlich belastend aus, 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 Selbstständigkeit 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).

⁴ Auf kantonalem Niveau können mit der SGB 2007 wegen der kleinen Fallzahlen keine vertieften Analysen der Jugendlichen gemacht werden.

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 ungelernter 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.⁵ 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.⁶

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.

⁵ 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.

⁶ Insgesamt haben rund 90% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss und etwa 10% haben die obligatorische Schule nicht besucht oder nicht abgeschlossen.

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. Um Analysen auf kantonaler Ebene zu ermöglichen, hat der Kanton Uri die Stichprobe mit Eigenmitteln aufgestockt. Es sind die aktuellsten Daten, die für den Kanton Uri 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.⁷ 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, welches 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.⁸ 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 Interpretation der Ergebnisse muss ausserdem berücksichtigt werden, dass es sich bei den Daten um Selbstangaben handelt. Selbstangaben können einerseits durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein, wenn Befragte also nicht die Antwort wählen, welche für sie persönlich zutrifft,

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 Uri wurden 463 Personen telefonisch befragt und 355 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.

⁷ Spezifische Aspekte wie beispielsweise die Zufriedenheit am Arbeitsplatz können aber sehr wohl durch einschneidende Ereignisse wie die Finanzkrise verändert sein.

⁸ Als Ergänzung zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird 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. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Uri 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	50	23,8	4 402	29,9	56	22,1	4 237	29,1	106	22,9	8 639	29,5
35–49 Jahre	59	28,1	4 153	28,2	72	28,5	3 863	26,5	131	28,3	8 016	27,3
50–64 Jahre	43	20,5	3 488	23,7	60	23,7	3 255	22,3	103	22,2	6 743	23,0
65+ Jahre	58	27,6	2 704	18,3	65	25,7	3 220	22,1	123	26,6	5 924	20,2
Total	210	100,0	14 747	100,0	253	100,0	14 575	100,0	463	100,0	29 322	100,0

Quelle: BFS, ESPOP 2007

sondern diejenige, die ihnen gesellschaftlich besser akzeptiert scheint. Andererseits kann auch der Erinnerungseffekt zu einer Verzerrung führen, denn für Befragte ist oft schwierig abzuschätzen, wie häufig eine bestimmte Tätigkeit bzw. ein bestimmtes Ereignis 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 Uri nach Geschlecht und Altersgruppen hervor.

Von den insgesamt 29'322 Einwohner/innen im Alter von 15 Jahren und älter wurden im Rahmen der SGB 463 Personen befragt. Unter den Befragten waren 253 Frauen und 210 Männer.

Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde nachträglich mittels eines Gewichtungsverfahrens an die Struktur der Kantonsbevölkerung angeglichen, damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Uri Gültigkeit erhalten.

Weitere verwendete Datenquellen

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

– Todesursachenstatistik:

Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik liefert einen Überblick über das Sterbgeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.

– Datenpool santésuisse:

Der Datenpool des Branchenverbandes der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) erfasst die

aggregierten Daten von rund 97% aller Versicherten und ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (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.

– Medizinische Statistik der Krankenhäuser:

Die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Es werden soziodemografische Informationen der Patienten/innen als auch administrative Daten und medizinische Informationen erhoben.

Eine ausführlichere Beschreibung dieser Datenquellen erfolgt in den jeweiligen Kapiteln.

Methodische Hinweise zu den Auswertungen in diesem Bericht

Die Auswertungen im Urner 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 vgl. 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.⁹

Die Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen wurden systematisch auf Unterschiede zwischen den jeweiligen Kantonen und der Gesamtschweiz (Gesamtschweiz ohne untersuchten Kanton) hin überprüft. Für die regionalen und zeitlichen Vergleiche wurde der z-Test, für die anderen Vergleiche der Chi-Quadrat-Test verwendet. «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 Uri für die Versorgungsplanung 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 Uri 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 25,9% Raucher/innen im Kanton Uri (geschätzt für die Urner Bevölkerung anhand der Stichprobe von Total 463 Befragten) liegt der wahre Anteil Raucher/innen mit 95% Sicherheit zwischen 21,6% und 30,7% (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 Uri zutreffen und der Variable Einkommen eine besondere Bedeutung zukommt, wurde sie beibehalten.

1.4 Der Kanton Uri 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 Uri 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.

⁹ Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe des Kantons Uri (n=463) konnten bestimmte vorgesehene Berechnungen nicht durchgeführt werden. Es wurde versucht, die Ergebnisse z.B. durch Reduktion der Variablenkategorien (z.B. Zusammenlegen der vier in drei Alterskategorien) dennoch auf kantonaler Ebene darzustellen. Bei einigen Analysen, wo dies nicht möglich oder sinnvoll war, werden die Ergebnisse auf Zentralschweizer bzw. Gesamtschweizer Ebene ausgewiesen.

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 Uri ergibt sich folgender Überblick:

Leichter Bevölkerungsrückgang im Kanton Uri seit 2002

Ein Blick auf die Bevölkerungsentwicklung seit 2002 zeigt, dass der Kanton Uri im Gegensatz zur Gesamtschweiz mit -0,6% einen leichten Rückgang der ständigen Wohnbevölkerung zu verzeichnen hat. Damit ist Uri neben Glarus (-0,2%), Basel-Stadt und Appenzell Ausserrhoden (beide -0,8%) einer der vier Kantone, bei denen die Bevölkerung abgenommen hat. Der Kanton Freiburg weist mit +8,2% die stärkste Bevölkerungszunahme auf.

Der Kanton Uri ist ein ländlicher Kanton. Wie auch in den Kantonen Obwalden, Glarus und Appenzell Innerrhoden gibt es auch im Kanton Uri keine städtischen Gebiete.

Geringerer Anteil Einelternfamilien

Die Altersstruktur des Kantons Uri ist mit derjenigen der Gesamtschweiz vergleichbar. Die Geburtenrate für das Jahr 2007 beträgt im Kanton Uri 9,3 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 Uri im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen geringeren Anteil an Einpersonenhaushalten aufweist (28,8% vs. 36,0%). Hinsichtlich des Anteils an Einelternfamilien liegt der Kanton Uri (7,7%) deutlich unter dem schweizerischen Mittel (13,1%).

Geringer Anteil Ausländer/innen

Der interkantonale Vergleich zeigt, dass der Kanton Uri (8,7%) den niedrigsten und Genf (37,4%) den höchsten Anteil ausländischer Wohnbevölkerung aufweist. Der Anteil fremdsprachiger Personen liegt im Kanton Uri mit 4,8% auch deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Hoher Anteil an Beschäftigten im Primärsektor

Die Zahlen zur Beschäftigungsstruktur zeigen, dass der Kanton Uri über einen im Schweizer Vergleich hohen Anteil an Beschäftigten im Primärsektor (Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Fischerei/Fischzucht) verfügt (UR: 11,6%, CH: 5,3%). Vor diesem Hintergrund ist die Arbeitslosenquote mit 1,1% im Kanton Uri relativ tief. Die Erwerbsquote liegt unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen im Kanton Uri mit 43'573 CHF gehört zu den tiefsten in der Schweiz. Der Kanton Zug führt mit 69'011 CHF die Rangliste an.

Die Betrachtung des aggregierten Bildungsniveaus zeigt, dass im Kanton Uri 34,0% der Bevölkerung über keine nachobligatorische Ausbildung verfügt – dies ist verglichen mit den anderen Kantonen der höchste Wert. Entsprechend tief ist auch der Bevölkerungsanteil mit Tertiärausbildung (13,3%).

Relativ geringer Anteil an Fachärzten/-ärztinnen

Der Kanton Uri weist, verglichen mit der Gesamtschweiz, eine geringere Spitalbettendichte auf (UR: 2,6 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. Die Hospitalisationsrate und die Rate der Mehrfachhospitalisationen liegen im Kanton Uri etwa im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Die Dichte an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen ist dagegen im schweizerischen Vergleich relativ hoch.

Im Zusammenhang mit der Ärztedichte fällt auf, dass die Dichte an Fachärzten/-ärztinnen deutlich tiefer ist als in der Gesamtschweiz.

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

Kennzahl	Zentralschweiz	UR	CH	Rang UR ¹	Beschreibung der Kennzahl und Quellen
Bevölkerungsgrösse 2007					
Frauen	361 901	17 278	3 866 480	24	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2007)
Männer	361 012	17 711	3 727 014	24	
Total	722 913	34 989	7 593 494	24	
Bevölkerungsentwicklung 2002–2007 (in %)					
Frauen	3,7	-1,4	3,4	26	Zunahme/Abnahme zwischen 2002 und 2007 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2002–2007)
Männer	4,5	0,1	4,3	24	
Total	4,1	-0,6	3,8	24	
Altersstruktur 2007 (in %)					
0–14 Jahre	16,4	16,2	15,5	14	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS: ESPOP 2007)
15–34 Jahre	25,6	24,7	25,1	15	
35–49 Jahre	24,7	22,9	24,1	22	
50–64 Jahre	18,2	19,3	19,0	10	
55+ Jahre	15,1	16,9	16,4	12	
Geburtenrate 2007 (pro 1000 Einwohner/innen)					
	10,1	9,3	9,9	15	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen 2007 (BFS: ESPOP, BEVNAT)
Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2007 (in %)					
	60,6	0,0	73,4	23	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS: ESPOP, Einteilung gemäss Volkszählung 2000)
Anteil Ausländer/innen 2007 (in %)					
	16,1	8,7	21,1	26	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2007 (BFS: ESPOP 2007)
Anteil Fremdsprachiger 2000 (in %)					
	8,2	4,8	9,0	25	Anteil der Bevölkerung, der eine andere als die vier Landessprachen als Hauptsprache angibt (BFS: Volkszählung 2000)
Bildungsniveau der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung 2000 (in %)					
Ohne nachobligatorische Ausbildung	24,3	34,0	22,9	1	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000)
Sekundarstufe II	50,2	49,1	49,2	17	
Tertiärstufe	19,9	13,3	21,5	26	
Haushaltsstruktur 2000					
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,5	2,2	2	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 %)	32,7	28,8	36,0	25	
Monoparentale Haushalte (in %)	10,2	7,7	13,1	25	
Arbeitslosenquote 2007 (in %)					
	1,8	1,1	2,8	25	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Volkszählung 2000 (seco, BFS)
Erwerbsquote 2000 (in %)					
	67,3	62,2	65,3	21	Anteil der Erwerbspersonen an der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)

Kennzahl	UR	CH	Zentralschweiz	Rang UR ¹	Beschreibung der Kennzahl und Quellen
Beschäftigungsstruktur 2005 (in %)					
Beschäftigte im I. Sektor	11,6	5,3	10,3	3	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren als Anteile aller Beschäftigten (BFS: Betriebszählung 2005)
Beschäftigte im II. Sektor	32,7	25,5	39,4	11	
Beschäftigte im III. Sektor	55,7	69,2	50,2	21	
Äquivalenzeinkommen 2006 (in CHF)	44 954	55 047	60 108	25	Durchschnittliches reines Einkommen gewichtet nach Haushaltsgrösse und -zusammensetzung (Eidgenössische Steuerverwaltung ESTV)
Sozialhilfequote 2007 (in %)	1,2	3,1	1,9	24	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen am Total der Bevölkerung (BFS: Sozialhilfestatistik 2007)
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)					
Allgemeinpraktiker/innen	0,6	0,6	0,5	15	Anzahl Allgemeinpraktiker/innen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztstatistik 2007)
Fachärzte/-ärztinnen	0,7	1,5	0,9	24	Anzahl Fachärzte/-ärztinnen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztstatistik 2007)
Zahnärzte/-ärztinnen	0,3	0,5	0,5	25	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)
Apothekendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,1	0,2	0,1	24	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 1000 Einwohner/innen 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
Bettendichte in Krankenhäusern (pro 1000 Einwohner/innen)					
Allgemeine Krankenhäuser	2,6	3,3	2,5	15	Anzahl stationärer Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner/innen (BFS: Krankenhausstatistik 2007)
Spezialkliniken	0,0	2,1	1,1	22	
Dichte an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre)	108	72	80	3	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)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälem in Tagen (Median)	7,7 (6)	7,3 (5)	7,1 (5)	6	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)
Hospitalisationsrate 2007	135,7	134,1	122,8	9	Hospitalisierungen in Akutspitälern (K1), stationäre A-Fälle, pro 1000 Einwohner/innen (Austritte im Jahr 2007) (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Rate der Mehrfachhospitalisationen 2007 (in %)	19,4	19,8	17,7	15	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)
Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Einwohner/in (inklusive Ausgaben der Gemeinden)	774	1 085	809	21	Nettofinanzbedarf 2005 pro Einwohner/in gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Eidgenössische Finanzverwaltung: BFS)

¹ 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)

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 Urner

Bevölkerung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum geben.¹⁰ 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 Uri (2.5).

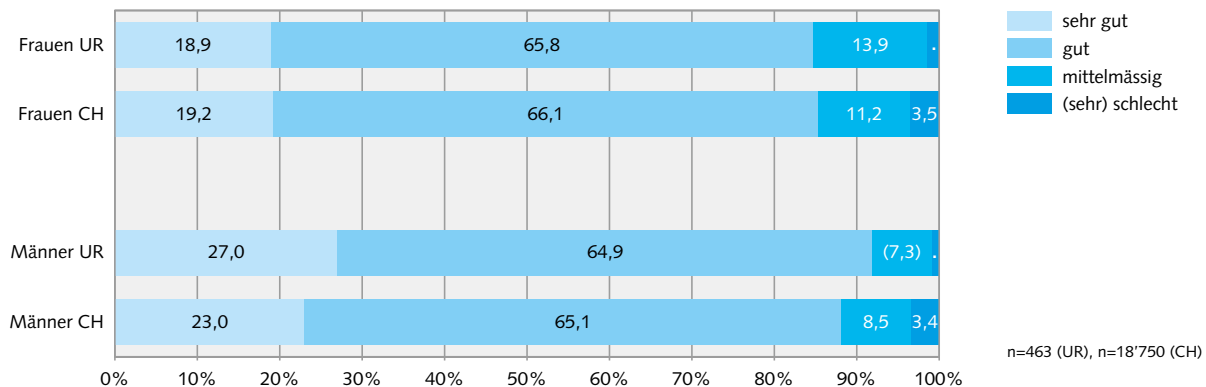
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden

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 eine besondere 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?».

¹⁰ 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.

Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht Kanton Uri und Schweiz, 2007

Abb. 2.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Neun von zehn Urner/innen schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein

Die Urner Bevölkerung stuft ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein (88,1%). Rund jede zehnte Person bezeichnet ihre Gesundheit als mittelmässig, während schlechte oder sehr schlechte Gesundheit nur vereinzelt genannt wird (Abb. 2.1). Männer geben häufiger an, ihre Gesundheit sei sehr gut, als Frauen. Das gesundheitliche Wohlbefinden der Urner/innen ist vergleichbar mit jenem der Schweizer/innen.¹¹

Das gesundheitliche Wohlbefinden weist einen engen Zusammenhang mit dem Alter und teilweise auch mit 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 Einbüssen des Wohlbefindens zu rechnen: Erfreuen sich fast alle 15- bis 34-jährigen Urner/innen guter oder sehr guter Gesundheit, so sind es knapp drei Viertel der 65-jährigen und älteren. Schweizweit zeigt sich ein ähnliches Gefälle nach der Bildung. Sieben von zehn Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung berichten über gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber neun von zehn Personen mit nachobligatorischer Bildung. Dieses Gefälle ist im Kanton Uri weniger ausgeprägt.

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

¹¹ 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.

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

		Gut oder sehr gut		Mittelmässig bis sehr schlecht	
		UR	CH	UR	CH
Total		88,1	86,7	11,9	13,3
Geschlecht	Frauen	84,6	85,4	15,4	14,6
	Männer	91,9	88,2	(8,1)	11,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	93,4	94,7	.	5,3
	35–49 Jahre	94,4	90,9	.	9,1
	50–64 Jahre	87,8	82,7	(12,2)	17,3
	65+ Jahre	72,0	71,8	28,0	28,2
Bildung	Obligatorische Schule	85,2	71,8	(14,8)	28,2
	Sekundarstufe II	86,9	87,8	13,1	12,2
	Tertiärstufe	96,8	92,6	.	7,4
Nationalität	Schweiz	88,4	87,3	11,6	12,7
	Ausland	(93,6)	84,7	.	15,3
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	90,1	84,8	(9,9)	15,2
	CHF 3000 bis 4499	81,6	86,4	(18,4)	13,6
	CHF 4500 bis 5999	95,7	89,2	.	10,8
	CHF 6000 und höher	91,3	92,1	.	7,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	86,5	-	13,5
	Land	88,1	87,3	11,9	12,7
Regionaler Vergleich	Schweiz	86,7		13,3	
	Uri	88,1		11,9	
	Appenzell Ausserrhoden	88,8		11,2	
	Luzern	88,8		11,2	
	Schwyz	87,9		12,1	
	Tessin	80,8*		19,2*	
	Wallis	86,2		13,8	
	Zentralschweiz	88,9		11,1	
	Deutschschweiz	87,5		12,5	
	Französische Schweiz	85,6		14,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1071 (UR), 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)

Wohlbefinden spiegelt körperliche und psychische Gesundheit

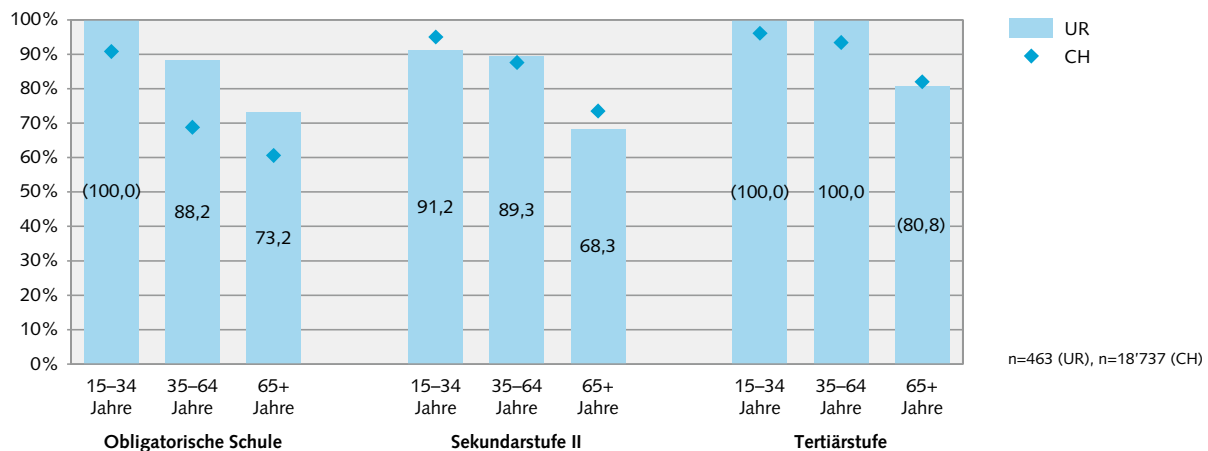
Wie hängt das gesundheitliche Wohlbefinden mit Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsdimensionen zusammen? Ausländische Studien haben Zusammenhänge zwischen einerseits dem gesundheitlichen Wohlbefinden und andererseits Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit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

Gesundheitsprobleme (2.2.1), körperliche Beschwerden (2.2.2) und psychische Belastung (2.3.1) schmälern das gesundheitliche Wohlbefinden (Abb. 2.3). Soziale Gesundheit, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (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 Urner/innen mit einem andauernden Gesundheitsproblem stufen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein – ohne solches Problem sind es rund 95%. Ein ähnlicher Unterschied besteht zwischen Personen mit starken körperlichen Beschwerden und Personen, die keine oder kaum

**Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden
nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2007**

Abb. 2.2



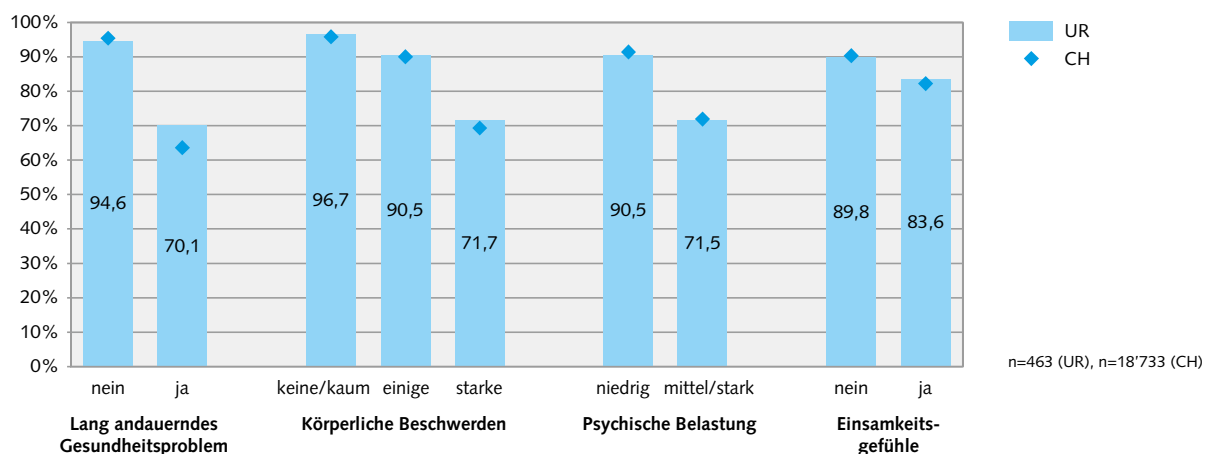
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

**Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden
nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri 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)

Beschwerden haben. Etwas geringer aber dennoch ausgeprägt ist der Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Sieben von zehn mittel oder stark Belasteten berichten eine gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber 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

61,1%¹² der Urner/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 55,3%¹³ (CH: 62,4%).

¹² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

¹³ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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 Ursachen für Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit dargestellt.

2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Im Kanton Uri gibt gut ein Viertel der Befragten an, zum Zeitpunkt der Erhebung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem wie Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu leiden (Tab. 2.2).¹⁴ Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind im Kanton Uri etwa gleich häufig wie in der Gesamtschweiz.

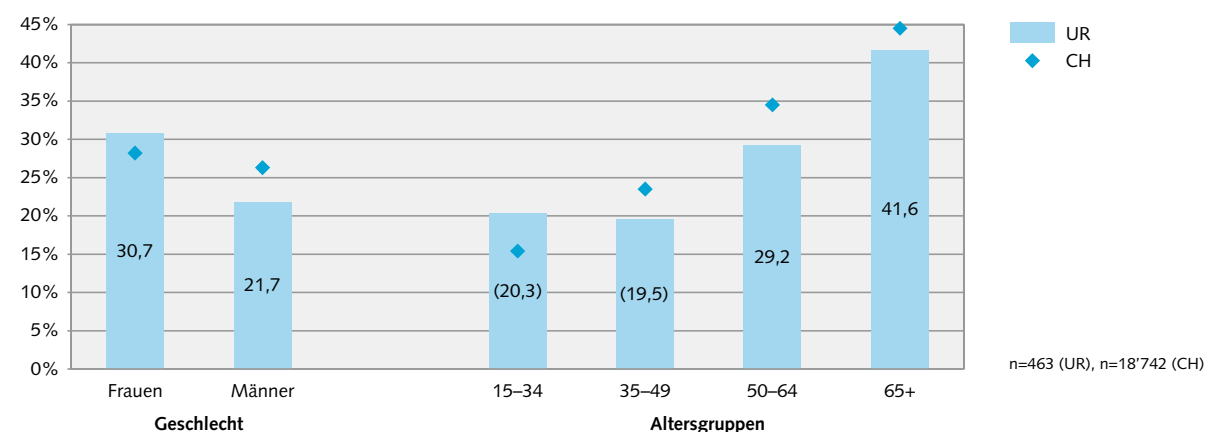
Im Alter häufigere lang andauernde Gesundheitsprobleme

Mit zunehmendem Alter nehmen lang andauernde Gesundheitsprobleme zu und sind bei 65-jährigen und älteren Urner/innen doppelt so oft anzutreffen wie bei 15- bis 49-jährigen (Abb. 2.4). Frauen berichten im Kanton Uri knapp anderthalbmal so oft über lang andauernde Gesundheitsprobleme wie Männer. Dieser Unterschied ist ausgeprägter als auf Landesebene, vor allem weil Urner seltener lang andauernde Gesundheitsprobleme nennen als Männer in der Gesamtschweiz.

Schweizweit sind lang andauernde Gesundheitsprobleme 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 Uri etwas häufiger als in den übrigen Zentralschweizer Kantonen und in der französischen Schweiz, jedoch seltener als in der Deutschschweiz.

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

Abb. 2.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

¹⁴ Die entsprechende Frage lautet: «Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?»

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

		Lang andauerndes Gesundheitsproblem		Starke körperliche Beschwerden	
		UR	CH	UR	CH
Total		26,4	27,3	20,6	24,2
Geschlecht	Frauen	30,7	28,2	26,7	30,8
	Männer	21,7	26,3	14,1	17,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	(20,3)	15,4	(16,6)	22,3
	35–49 Jahre	(19,5)	23,5	(19,4)	23,3
	50–64 Jahre	29,2	34,5	(26,1)	23,3
	65+ Jahre	41,6	44,5	(21,6)	29,4
Bildung	Obligatorische Schule	(22,0)	33,4	(21,3)	32,3
	Sekundarstufe II	28,5	26,5	19,8	24,0
	Tertiärstufe	(24,4)	25,9	(22,2)	20,2
Nationalität	Schweiz	26,3	28,6	19,8	24,4
	Ausland	.	22,1	.	23,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	21,8	26,1	21,3	26,3
	CHF 3000 bis 4499	32,9	29,6	24,5	24,1
	CHF 4500 bis 5999	(35,4)	28,3	(18,6)	23,1
	CHF 6000 und höher	(28,5)	26,1	.	19,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	27,6	-	24,7
	Land	26,4	26,3	20,6	22,6
Regionaler Vergleich	Schweiz		27,3		24,2
	Uri		26,4		20,6
	Appenzell Ausserrhoden		27,1		22,8
	Luzern		25,1		22,7
	Schwyz		25,8		23,9
	Tessin		21,9*		26,0
	Wallis		24,3*		26,4
	Zentralschweiz		25,3		22,4
	Deutschschweiz		28,2		23,4
	Französische Schweiz		25,6		26,1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=463 (UR), n=18'742 (CH); körperliche Beschwerden: n=434 (UR), n=17'421 (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)

Trotz lang andauernden Gesundheitsproblemen hohes Wohlbefinden

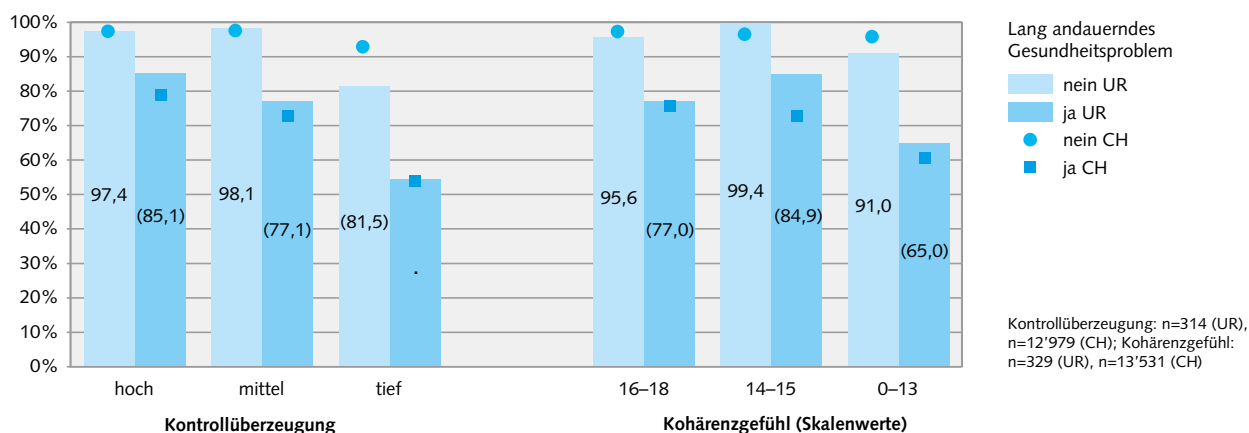
Lang andauernde Gesundheitsprobleme können das gesundheitliche Wohlbefinden in erheblichem Mass verringern (vgl. 2.1). Dennoch zeigt sich, dass persönliche Ressourcen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit lang andauernden Gesundheitsproblemen eine entscheidende Rolle spielen dürften. Exemplarisch seien hier die Kontrollüberzeugung, verstanden als Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können (vgl. 2.3.2), und

das Kohärenzgefühl, das für ein nachvollziehbares, gestaltbares und sinnstiftendes Leben steht (vgl. 2.3.3), angeführt. Das gesundheitliche Wohlbefinden von Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist umso besser, als sie eine hohe Kontrollüberzeugung oder ein hohes Kohärenzgefühl haben (Abb. 2.5).

Besonders deutlich ist dies bei der Kontrollüberzeugung zu erkennen: Während nur gut die Hälfte der Befragten mit tiefer Kontrollüberzeugung ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden haben, sind es etwa vier Fünftel mit hoher Kontrollüberzeugung. Bei Personen ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem

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

Abb. 2.5



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

spielen die genannten Ressourcen hinsichtlich des Wohlbefindens so gut wie keine Rolle. Ähnlich ist gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden bei weniger als zwei Dritteln der Befragten mit niedrigem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 0 bis 13) gegenüber etwa drei Vierteln der Personen mit hohem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 16 bis 18) auszumachen. Bei Personen ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem unterscheidet sich das Wohlbefinden nach den genannten Ressourcen so gut wie nicht. Persönliche Ressourcen scheinen somit dazu beizutragen, 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 Urner/innen Rücken- und Kreuzschmerzen (41,3%) sowie allgemeine Schwäche und Müdigkeit (40,9%), gefolgt von Kopf- und

Gesichtsschmerzen (39,1%) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (34,9%). Seltener werden Durchfall und Verstopfung (15,4%), Schmerzen und Druck im Bauch (12,7%) und vor allem Herzklopfen und -jagen (9,6%) sowie Brustschmerzen (5,9%) genannt.

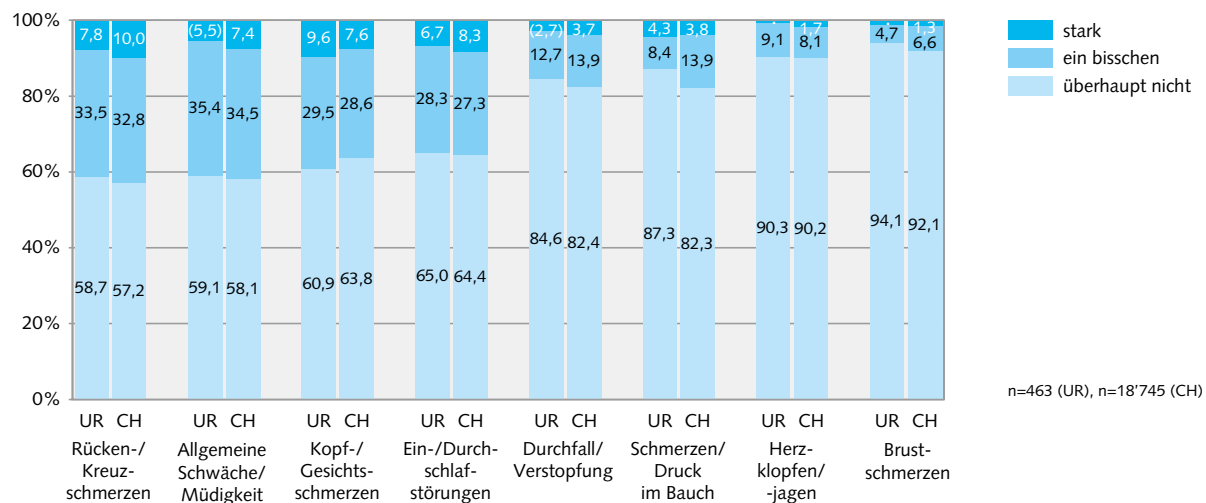
Die meisten Befragten geben nur mässige Beschwerden an (Antwort «ein bisschen»). Rund ein Drittel der Befragten klagen über solche mässige Beschwerden in Verbindung mit Rücken- und Kreuzschmerzen oder allgemeiner Schwäche und Müdigkeit, knapp drei von zehn nennen Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Starke Beschwerden sind vor allem bei Rücken- und Kreuzschmerzen sowie bei Kopf- und Gesichtsschmerzen häufig und werden von knapp jeder zehnten Person im Kanton Uri erwähnt.

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.¹⁵ Sechs von zehn befragten Personen weisen im Kanton Uri starke (20,6%) oder einige Beschwerden (39,7%) auf. Verglichen mit der Gesamtschweiz scheint die Belastung durch starke

¹⁵ 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 Uri und Schweiz, 2007

Abb. 2.6



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Beschwerden im Kanton Uri etwas geringer auszufallen, jene durch einige Beschwerden etwas höher (nicht signifikant).¹⁶

Körperliche Beschwerden gehen oft mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem einher. So berichten Urner/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem mehr als zweimal so häufig über starke Beschwerden als Befragte ohne ein solches Problem (38,4% vs. 14,5%). Umgekehrt sind Personen mit keinen oder kaum Beschwerden doppelt so oft vertreten in der Gruppe ohne als in der Gruppe mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (45,7% vs. 22,4%).¹⁷

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, Tab. 2.2). Männer sind häufiger von körperlichen Beschwerden verschont als Frauen. Während knapp die Hälfte der Urner so gut wie beschwerdefrei lebt, sind es lediglich ein Drittel der Urnerinnen. Besonders auffällig ist die häufigere Belastung der Urnerinnen hinsichtlich starker Beschwerden: Frauen haben fast zweimal so oft solche Beschwerden als Männer (26,7%

vs. 14,1%). In jeder Altersgruppe geben mindestens ein Drittel der befragten Urner/innen an, keine oder kaum Beschwerden zu haben. Die Belastung durch Beschwerden – einige und starke zusammengefasst – hängt nur gering vom Alter ab. Ältere Befragte scheinen etwas häufiger starken Beschwerden ausgesetzt zu sein als jüngere.¹⁸

Schweizweit variiert die Belastung durch starke Beschwerden nach der Bildung (Tab. 2.2). Rund ein Drittel der Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung weisen solche Beschwerden auf. Bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe ist es jede fünfte.

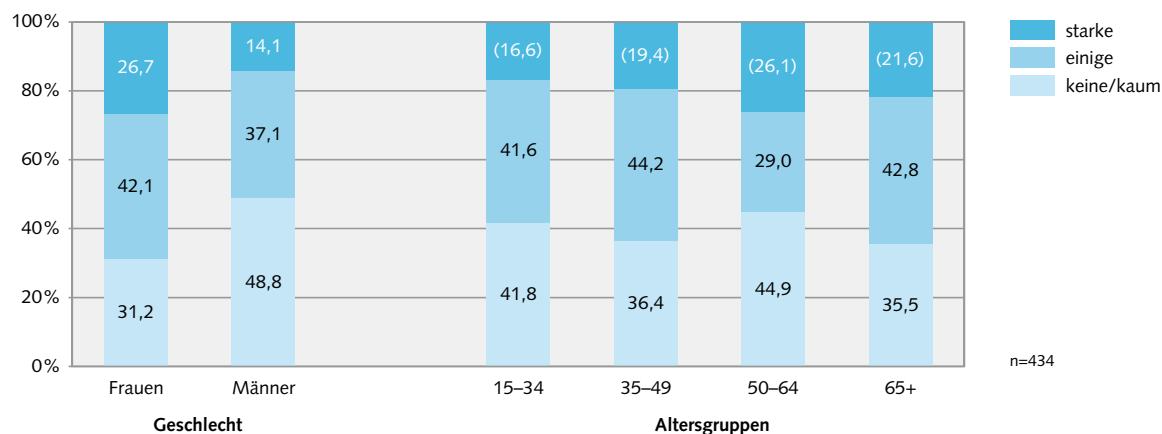
¹⁶ Die entsprechenden Anteile belaufen sich auf 24,2% bzw. 35,5%.

¹⁷ In der Gesamtschweiz gelten folgende Anteile: 41,4% vs. 17,8% (starke Beschwerden) bzw. 46,0% vs. 24,9% (keine oder kaum Beschwerden).

¹⁸ In der Gesamtschweiz geben 29,4% der 65-jährigen und älteren Befragten starke Beschwerden an – bei den 15- bis 34-jährigen sind es 22,3%.

Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen Kanton Uri, 2007

Abb. 2.7



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Einschränkungen in der Einsatz- und Leistungsfähigkeit können sich sowohl in persönlicher, familiärer wie auch volkswirtschaftlicher Hinsicht nachteilig auswirken. Verglichen mit der Gesamtschweiz fallen zeitweilige Leistungseinschränkungen im Kanton Uri bescheidener aus. So konnten 2007 im Kanton Uri 13,6% und in der Gesamtschweiz 17,1% der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung ihren Beschäftigungen aus gesundheitlichen Gründen nicht wie gewohnt nachgehen.¹⁹ Im selben Zeitraum waren Urner/innen mit einer zeitweiligen Leistungseinschränkung durchschnittlich während 6,8 Tage nicht einsatzfähig, Schweizer/innen hingegen länger während 8,1 Tagen. Leistungseinschränkungen sind zur Hauptsache krankheitsbedingt (UR: 69,9% bzw. CH: 72,9%). Schweizweit spielen Unfälle in knapp jedem sechsten Fall eine Rolle (14,4%).

Leistungseinschränkungen gehen mit Gesundheitsproblemen und Beschwerden einher

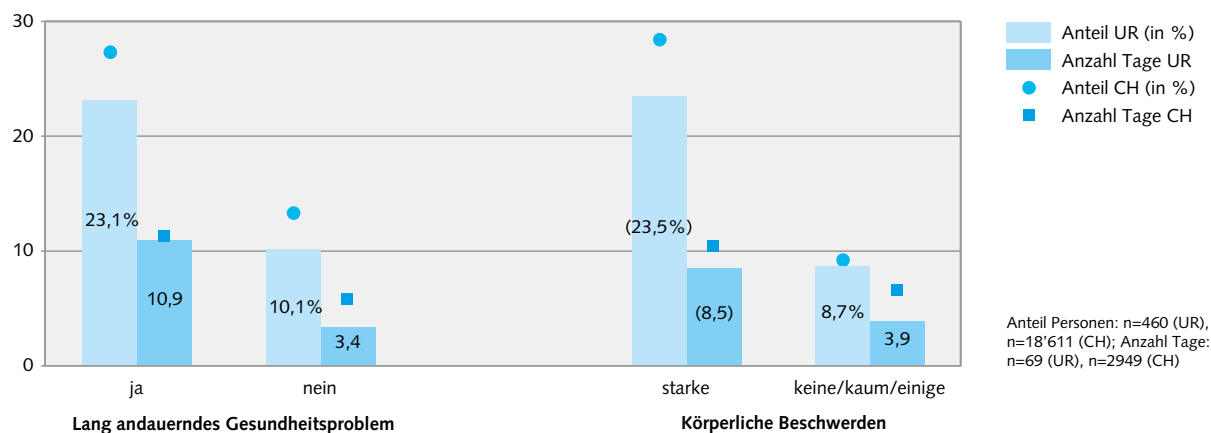
Zeitweilige Leistungseinschränkungen treten vor allem in Verbindung mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden auf (Abb. 2.8). Knapp ein Viertel der Urner/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder starken Beschwerden waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung nur eingeschränkt leistungsfähig. Befragte ohne Gesundheitsproblem oder mit höchstens einigen Beschwerden geben weniger als halb so häufig Leistungseinschränkungen an, wobei etwa jede zehnte Person betroffen ist. Die Dauer der Leistungseinschränkung hängt vor allem mit lang andauernden Gesundheitsproblemen zusammen. Personen mit einem solchen Problem geben durchschnittlich eine zwei- bis dreimal längere Dauer an als die übrigen Personen. Der vergleichsweise geringe Anteil der Personen mit eingeschränkter Einsatz- und Leistungsfähigkeit im Kanton Uri scheint im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass Einschränkungen bei Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder starken Beschwerden seltener vorkommen als in der Gesamtschweiz.

¹⁹ 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.

Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren

Kanton Uri 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)

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.²⁰

Im Kanton Uri wie in der Gesamtschweiz gibt jede siebte befragte Person an, beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten Schwierigkeiten zu haben (UR: 14,0% bzw.

CH: 14,4%).²¹ Instrumentelle Aktivitäten bereiten dabei etwa viermal so oft Schwierigkeiten wie grundlegende Aktivitäten (UR: 13,7% vs. 2,9%²²; CH: 14,0% vs. 3,4%). Schwierigkeiten bei der Bewältigung von grundlegenden Aktivitäten ziehen in der Regel Schwierigkeiten im instrumentellen Bereich nach sich. Landesweit bereiten die einzelnen grundlegenden Aktivitäten je ca. 2% der Befragten Schwierigkeiten, die instrumentellen je bis ca. 4%. Einzig das gelegentliche Erledigen schwerer Hausarbeit bereitet etwa jeder zehnten Person Schwierigkeiten.

Alltagsaktivitäten bereiten jeder dritten Person ab 65 Jahren Schwierigkeiten

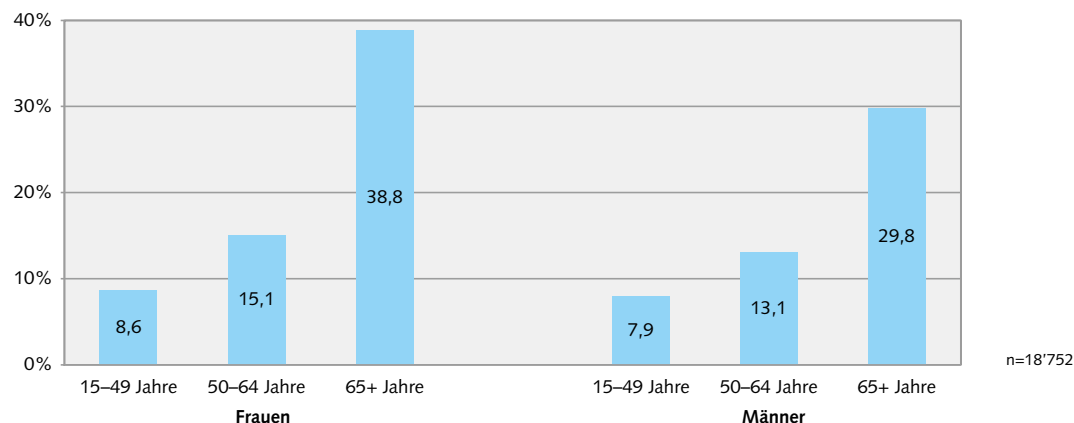
Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender und instrumenteller Aktivitäten sind stark altersabhängig (Abb. 2.9). Bei den Frauen wie bei den Männern sind sie ab 65 Jahren bis etwa viermal häufiger als im früheren Alter. In dieser Altersgruppe berichten Frauen häufiger über Schwierigkeiten als Männer.

²⁰ 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.

²¹ 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.

²² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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

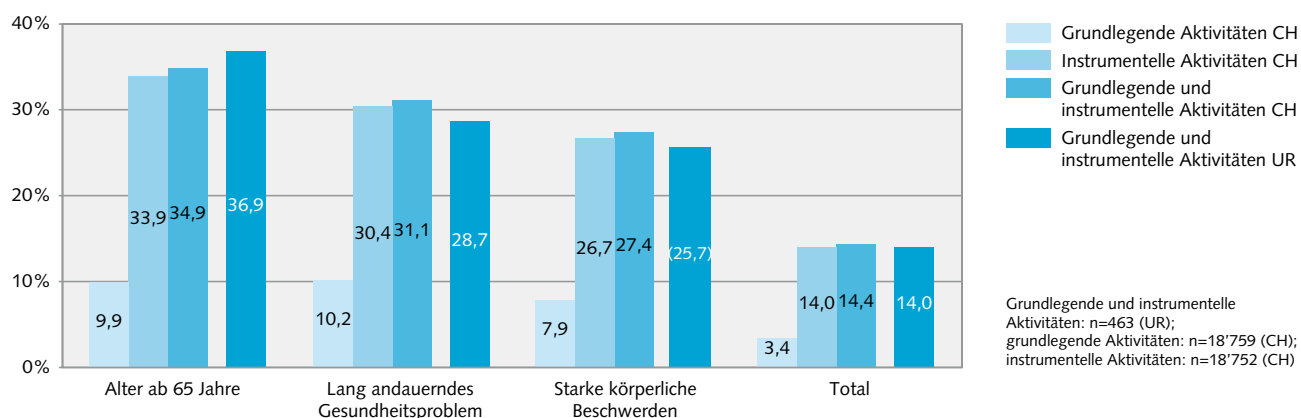


Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Aktivitäten des täglichen Lebens: grundlegende und instrumentelle Aktivitäten zusammengefasst

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 Uri und Schweiz, 2007 **Abb. 2.10**



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

Wegen kleiner Fallzahlen sind grundlegende und instrumentelle Aktivitäten für den Kanton Uri nicht gesondert dargestellt

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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 über zweimal 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.²³ Ohne

²³ Lang andauerndes Gesundheitsproblem: UR: 44,5% bzw. CH: 49,7%; starke Beschwerden: 55,7% bzw. 53,7%. Der Prozentwert 44,5% und 57,7% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

lang andauerndes Gesundheitsproblem bzw. wenn keine oder kaum Beschwerden vorliegen, handelt es sich – stets in der Altersgruppe ab 65 Jahren – mehr oder weniger um jede vierte Person.²⁴

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 Uri gibt rund jede sechste 65-jährige und ältere befragte Person an, nur schwer oder überhaupt nicht einem Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen zu können (UR: 16,4%²⁵ bzw. CH: 13,2%). Halb so oft werden Schwierigkeiten genannt, wegen ungenügenden Sehvermögens ein Buch oder eine Zeitung lesen zu können (8,1%²⁶ bzw. 10,4%). Ferner sind schweizweit ältere Befragte ähnlich häufig nicht in der Lage, ohne Anhalten oder Beschwerden eine 200 Meter lange Wegstrecke zu Fuss zurückzulegen (9,6%).²⁷ 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. Landesweit nennt etwa jede zehnte Person, die weder in ihrem Hör- noch in ihrem Seh- noch in ihrem Gehvermögen eingeschränkt ist, Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten (10,1%). Liegt eine Einschränkung vor, so sind es knapp die Hälfte der Befragten (47,0%), bei zwei oder drei Einschränkungen mehr als vier von fünf (83,0%).²⁸

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 Hospitalierungsgründe. Chronische Erkrankungen der Herzgefässe (ischämische Herzkrankheiten) 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).²⁹ Ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten machen in der Schweiz 6,2% bzw. 3,3% der gesamten Krankheitslast aus (OECD, 2006).³⁰ 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-Krankheiten. 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).

²⁴ Kein lang andauerndes Gesundheitsproblem: UR: 31,5% bzw. CH: 23,3%; keine oder kaum Beschwerden: 31,7% bzw. 18,4%. Die Prozentwert 31,5% und 31,7% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁵ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

²⁶ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

²⁷ Die entsprechenden Häufigkeiten bei Urner/innen ab 15 Jahren betragen 6,0%, 4,6% bzw. 2,7% (CH: 5,0%, 4,3% bzw. 2,8%). Die Prozentwerte 4,6% und 2,7% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁸ Im Kanton Uri sind es 9,9% der Befragten ohne Einschränkung und 48,6% mit mindestens einer Einschränkung. Der Prozentwert 48,6% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

²⁹ 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).

³⁰ Die gesamte Krankheitslast entspricht den wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahren (sog. DALYs, engl. disability-adjusted life years; dt. behinderungsbereinigte Lebensjahre).

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

		Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel		Übergewicht/Adipositas ¹		Rauchen	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		14,6	16,5	6,6	10,5	41,5	38,9	25,9	27,9
Geschlecht	Frauen	15,9	15,6	(4,8)	8,8	35,5	29,8	21,0	23,6
	Männer	13,1	17,4	(8,6)	12,4	48,3	48,5	31,3	32,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	.	2,5	.	1,1	(31,8)	23,3	34,3	35,1
	35–49 Jahre	.	7,6	.	6,3	41,4	38,0	25,7	30,4
	50–64 Jahre	(12,0)	22,1	.	15,7	41,4	48,7	(22,6)	27,0
	65+ Jahre	49,5	46,3	(19,3)	24,9	53,0	50,6	(17,2)	12,6
Bildung	Obligatorische Schule	(20,5)	24,6	.	13,0	42,2	53,0	(23,2)	23,2
	Sekundarstufe II	13,3	16,0	(5,1)	9,6	41,1	37,5	26,8	30,0
	Tertiärstufe	(12,1)	13,8	(13,3)	11,5	42,3	35,5	(26,1)	25,3
Nationalität	Schweiz	14,5	17,6	6,7	11,0	41,6	38,2	25,2	26,9
	Ausland	.	11,6	.	8,3	.	41,9	.	31,6
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(11,6)	14,3	.	8,2	44,1	39,3	31,4	28,1
	CHF 3000 bis 4499	(22,7)	18,5	(10,0)	11,9	36,8	40,6	(18,5)	27,4
	CHF 4500 bis 5999	(15,9)	18,2	.	12,0	(36,7)	38,2	(29,6)	29,6
	CHF 6000 und höher	.	16,2	.	12,1	(59,4)	35,7	.	29,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	16,8	-	10,8	-	37,7	-	28,4
	Land	14,6	15,7	6,6	9,7	41,5	42,5	25,9	26,5
Regionaler Vergleich	Schweiz	16,5		10,5		38,9		27,9	
	Uri	14,6		6,6*		41,5		25,9	
	Appenzell Ausserrhoden	13,5		7,5*		36,8		27,7	
	Luzern	12,8*		9,1		35,9		26,4	
	Schwyz	12,1*		7,0*		38,2		30,6	
	Tessin	17,9		13,4*		39,9		27,4	
	Wallis	12,9*		11,9		40,2		28,7	
	Zentralschweiz	13,1		8,3		36,7		27,5	
	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=425 (UR), n=16'966 (CH); hoher Cholesterinspiegel: n=365 (UR), n=14'730 (CH); Übergewicht/Adipositas: n=435 (UR), n=17'879 (CH); Rauchen: n=463 (UR), 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)

¹ Die Anteile zu Übergewicht und Adipositas beziehen sich auf die Altersgruppe ab 18 Jahre.

Übergewicht oder Adipositas sowie Rauchen sind häufige Risikofaktoren

Übergewicht oder Adipositas ist der häufigste Risikofaktor, gefolgt von Rauchen (Tab. 2.3). Mehr als ein Drittel der Urner/innen sind übergewichtig oder adipös, ein Viertel raucht. Über Bluthochdruck berichten ein Sechstel der Befragten und über hohen Cholesterinspiegel jede fünfzehnte Person.³¹ Die Häufigkeit der Risikofaktoren liegt im Schweizer Durchschnitt, wenn auch hoher Cholesterinspiegel etwas seltener genannt wird. Hoher Cholesterinspiegel wird ebenfalls in der übrigen Zentralschweiz seltener berichtet. Risikofaktoren treten oft zusammen auf. So weisen 38,5% der Urner/innen (CH: 35,3%) keinen der vier Risikofaktoren, 38,9% (39,7%) einen Risikofaktor und 22,6% (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 Urner/innen (UR: 25,8% bzw. CH: 28,3%) fast dreimal so oft berichtet wie von normal- oder untergewichtigen (9,5%³² bzw. 10,1%). Hohes Cholesterin ist bei Übergewicht oder Adipositas (11,7%³³ bzw. 16,6%) mehr als doppelt so häufig wie sonst (4,4%³⁴ 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 etwa 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 – schweizweit mehr als doppelt so oft wie bei 15- bis 34-Jährigen. Rauchen kommt als einziger Risikofaktor bei älteren Befragten seltener vor als bei jüngeren.

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

Im Kanton Uri erlitt in den zwölf Monaten vor der Befragung knapp jede sechste befragte Person einen Unfall (Abb. 2.11).³⁵ Ungefähr die Hälfte der Verunglückten verletzten sich bei einem Sport- oder Spielunfall, gut ein Viertel bei einem Unfall in Haus und Garten. Etwa gleich häufig werden auf Landesebene Arbeitsunfälle genannt. Jede zehnte verunglückte befragte Person in der Schweiz führt einen Verkehrsunfall an. Im Kanton Uri scheinen Unfälle etwas seltener berichtet zu werden als in der Gesamtschweiz (nicht signifikant; Tab. 2.4). Im regionalen Vergleich scheint die Unfallhäufigkeit im Kanton Uri ebenfalls niedriger zu sein als in der Zentralschweiz; Unfälle sind in etwa gleich häufig wie in den Kantonen Tessin und Wallis.

³¹ 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, 2008e). 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.

³² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

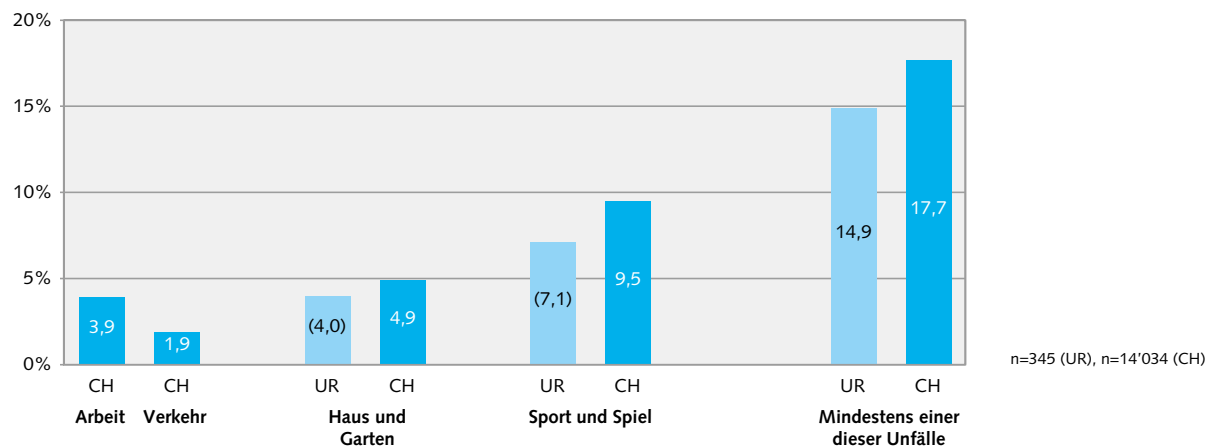
³³ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³⁴ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³⁵ 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 Uri und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.11



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Wegen kleiner Fallzahlen sind Arbeits- und Verkehrsunfälle für den Kanton Uri nicht dargestellt.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

In der Zeit nach einem Unfall ist oft mit Einschränkungen im täglichen Leben zu rechnen, wobei zwischen den Unfalltypen Unterschiede zu erkennen sind. Am einschneidendsten 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%.³⁶

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. 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.

Jährlich stürzt fast jede vierte 60-jährige und ältere Person

Im Kanton Uri ist gut jede vierte 60-jährige und ältere befragte Person in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt (Tab. 2.4). Dieser Anteil ist in etwa mit den Anteilen in der Zentral- und der Gesamtschweiz vergleichbar. Etwa zwei Drittel der gestürzten Personen erlitten einen einzigen Sturz, je ein Sechstel ist zweimal oder noch häufiger gestürzt.

Anders als bei Unfällen haben Frauen zumindest auf Zentralschweizer Ebene ein höheres Sturzrisiko als Männer (Abb. 2.13). Stürze sind mit zunehmendem Alter häufiger; etwa jede dritte 80-jährige und ältere befragte

³⁶ 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.

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

		Unfall ¹		Sturzepisode ²	
		UR	CH	UR	CH
Total		14,9	17,7	21,9	23,4
Geschlecht	Frauen	(11,0)	13,5	(15,2)	25,3
	Männer	(18,6)	22,1	(28,0)	21,1
Altersgruppen	15–34 Jahre	(23,1)	25,1	-	-
	35–49 Jahre	(12,7)	15,3	-	-
	50–64 Jahre	.	14,7	.	19,9
	65+ Jahre	(12,1)	12,6	(21,6)	24,8
Bildung	Obligatorische Schule	.	17,4	.	23,9
	Sekundarstufe II	(14,4)	17,8	(24,9)	22,8
	Tertiärstufe	(15,8)	17,6	.	24,7
Nationalität	Schweiz	15,7	17,2	21,7	23,9
	Ausland	.	19,7	.	18,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(14,8)	18,3	(15,3)	25,8
	CHF 3000 bis 4499	(11,9)	16,4	(29,6)	21,0
	CHF 4500 bis 5999	(17,2)	16,3	.	21,7
	CHF 6000 und höher	.	18,5	.	24,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	17,6	-	24,1
	Land	14,9	18,2	21,9	21,1
Regionaler Vergleich	Schweiz		17,7		23,4
	Uri		14,9		21,9
	Appenzell Ausserrhoden		19,9		24,3
	Luzern		23,4		24,4
	Schwyz		19,6		23,9
	Tessin		15,6		19,0*
	Wallis		15,9		20,0
	Zentralschweiz		20,4		23,4
	Deutschschweiz		17,8		23,9
	Französische Schweiz		17,9		22,9

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Unfall: n=345 (UR), n=14'034 (CH); Sturzepisode: n=161 (UR), 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)

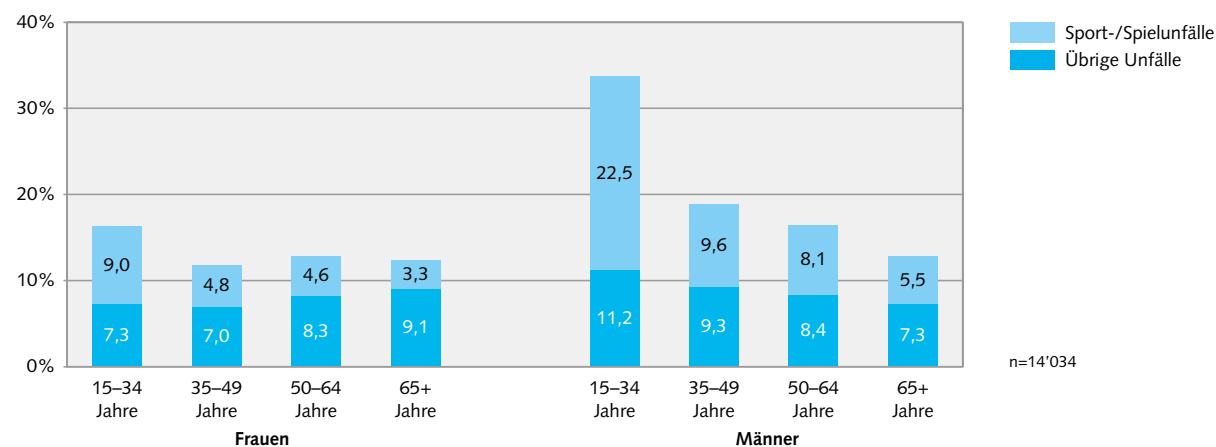
¹ Berücksichtigt sind Arbeits-, Verkehrsunfälle, Unfälle in Haus und Garten sowie bei Sport und Spiel (vgl. auch Abb. 2.11)² Nur Personen ab 60 Jahre

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. 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.

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

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

Abb. 2.12



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Als übrige Unfälle gelten Arbeits-, Verkehrsunfälle sowie Unfälle in Haus und Garten (vgl. Abb. 2.11)

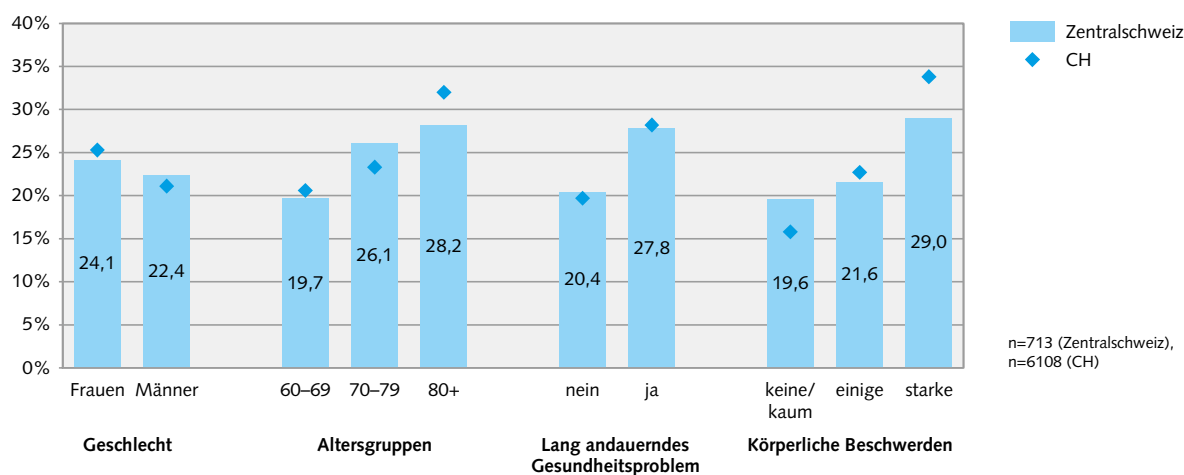
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Zentralschweiz und Schweiz, 2007

(in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)

Abb. 2.13



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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).³⁷ 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 Gesundheitszustand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu bezeichnen.³⁸ 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 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).

2.3.1 Psychische Belastung

Urner/innen seltener psychisch belastet als Schweizer/innen

Im Kanton Uri – ähnlich wie in den Zentralschweizer Kantonen – gibt rund jede zehnte befragte Person eine mittlere oder starke psychische Belastung an (Tab. 2.5).³⁹ 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 sowie in den Kantonen Tessin und Wallis (jede fünfte Person), während sie in der gesamten Deutschschweiz etwas seltener als im Landesdurchschnitt beobachtet wird (gut jede siebte Person).

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz sind Frauen häufiger psychisch mittel oder stark belastet als Männer. Auf Landesebene geht mit zunehmendem Alter der Anteil psychisch mittel oder stark Belasteter zurück. Ebenfalls zeichnet sich mit steigender Bildung eine Abnahme der Häufigkeit der psychischen Belastung ab. Dabei ist bei einem Viertel der Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung eine mittlere oder starke psychische Belastung auszumachen – gut anderthalbmal so oft wie bei Befragten mit einem Tertiärabschluss. Stets schweizweit sind Ausländer/innen häufiger einer mittleren oder starken psychischen Belastung ausgesetzt als Schweizer Staatsbürger/innen.

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt sich, dass in der Zentralschweiz vor allem Frauen seltener psychisch mittel oder stark belastet sind (Abb. 2.14). Die vergleichsweise geringe psychische Belastung der Zentralschweizerinnen scheint besonders auf die unter 50-jährigen Frauen zurückzuführen zu sein. Kennzeichnend für die Zentralschweiz ist ebenfalls eine ähnliche Belastung von jungen Frauen und Männern. Schweizweit ist hingegen eine deutlich höhere Belastung junger Frauen zu erkennen, die anders als in der Zentralschweiz

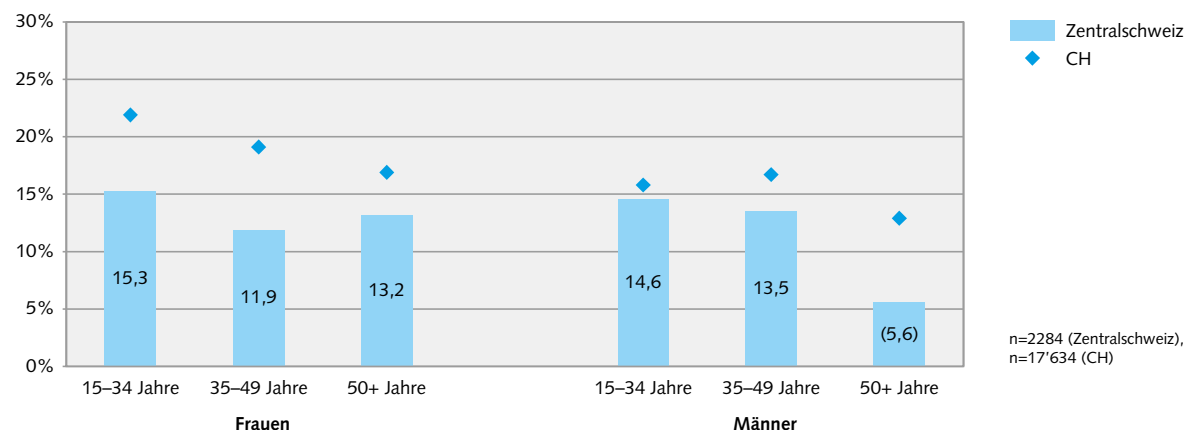
³⁷ Gemessen in verlorenen gesunden Lebensjahren (siehe Fussnote 30 in Abschnitt 2.2.5). Unipolare depressive Störungen machen 10,3%, Demenzen 4,7% der gesamten Krankheitslast aus.

³⁸ 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.

³⁹ 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 Skalenbereich geht von 0 bis 100, eingeteilt in starke (0 bis 52), mittlere (53 bis 72) und geringe psychische Belastung (73 bis 100). Da in der Zentralschweiz lediglich 3,2% (Schweiz: 4,3%) der Befragten psychisch stark belastet sind, wurden die Kategorien mittlere und starke Belastung zusammengefasst.

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Zentralschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.14



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

mit einer Abnahme des Anteils psychisch Belasteter mit zunehmendem Alter verbunden ist. Bei den Männern kommt eine mittlere oder starke psychische Belastung sowohl in der Zentralschweiz als auch in der Gesamtschweiz ab 50 Jahren seltener vor.

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 wie Personen mit einem Partner. Bei Alleinerziehenden ist dies in der Zentralschweiz jede fünfte und schweizweit jede vierte 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: In der Zentralschweiz ist knapp jede fünfzehnte Person ohne solche Gefühle psychisch mittel oder stark belastet; bei Personen, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, ist dies fast viermal öfter – bei einem Viertel der Befragten – 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

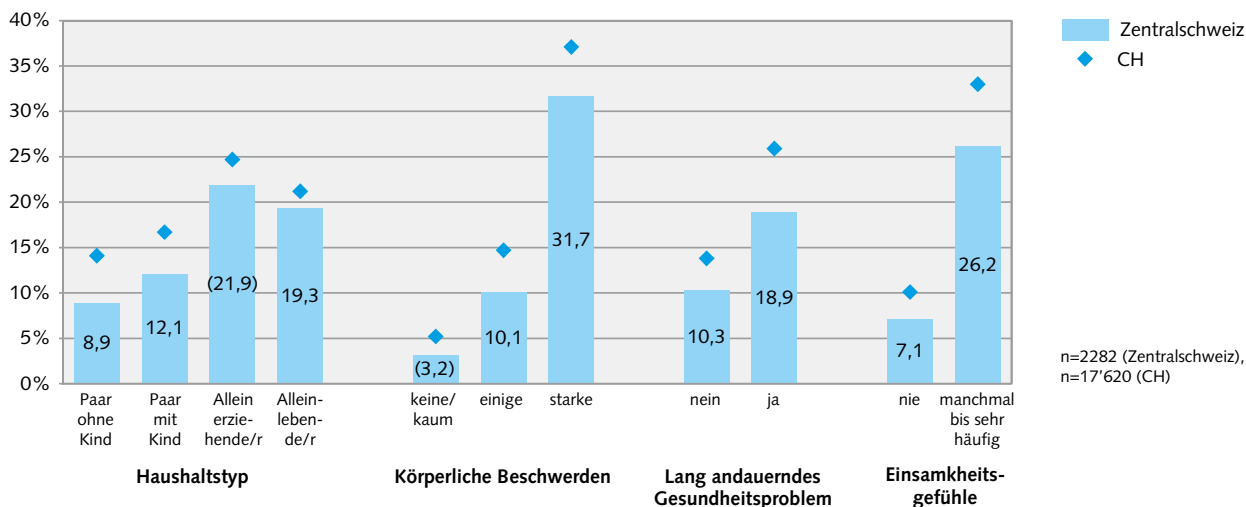
Zentralschweizern bzw. Zentralschweizerinnen mit starken Beschwerden sind psychisch mittel oder stark belastet, hingegen weniger als ein Zwanzigstel mit keinen oder kaum Beschwerden. Der Anteil mittel oder stark Belasteter ist beinahe doppelt so hoch bei Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen – in der Zentralschweiz knapp 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.

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Zentralschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.15



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
 Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Kontrollüberzeugung im Kanton Uri höher als in der Schweiz

Ähnlich wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen weisen die meisten Urner/innen eine hohe (44,1%) oder mittlere (42,3%) Kontrollüberzeugung⁴⁰ auf (CH: 39,5% bzw. 40,1%). Im Einklang mit der geringeren psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) ist die Kontrollüberzeugung im Kanton Uri – wie in den übrigen Zentralschweizer Kantonen – höher als in der Deutschschweiz und vor allem als in der französischen Schweiz sowie in den Kantonen Tessin und Wallis (Tab. 2.5). Ältere Befragte haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als jüngere, Männer häufiger als Frauen, wobei dieser letzte Unterschied im Kanton Uri nur schwach zum Ausdruck kommt. Das Bildungsgefälle weist auf eine seltenere hohe Kontrollüberzeugung bei Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung hin als bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe.

Verglichen mit der Gesamtschweiz ist bei den Frauen im Kanton Uri eine hohe Kontrollüberzeugung häufiger anzutreffen (Abb. 2.16). Dieser Befund steht im Einklang mit der vergleichsweise geringen psychischen Belastung der Urnerinnen und allgemeiner der Zentralschweizerinnen (vgl. 2.3.1). Ferner weisen 65-jährige und ältere und vor allem 15- bis 34-jährige Urner/innen häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung auf als gleichaltrige Schweizer/innen.

Schliesslich sei auf die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren hingewiesen, in der hohe Kontrollüberzeugung – bei über der Hälfte der Befragten – wie gesagt häufiger vorkommt als bei jüngeren Personen. Die Zunahme 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.

⁴⁰ 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 Uri und Schweiz, 2007 (in %)

		Mittlere oder starke psychische Belastung		Hohe Kontrollüberzeugung		Hohes Kohärenzgefühl ¹	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		10,5	17,0	44,1	39,5	63,9	61,4
Geschlecht	Frauen	14,4	19,0	43,4	37,3	64,3	61,5
	Männer	(6,1)	14,9	44,8	41,8	63,6	61,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	(11,4)	18,9	45,7	35,5	48,2	47,4
	35–49 Jahre	(8,3)	17,9	38,4	37,6	62,3	61,0
	50–64 Jahre	(9,9)	16,3	(42,7)	40,3	73,4	69,1
	65+ Jahre	(12,9)	13,3	55,9	50,7	83,6	78,0
Bildung	Obligatorische Schule	(11,4)	23,8	(38,2)	37,3	51,7	52,4
	Sekundarstufe II	(10,2)	16,7	45,2	39,4	64,6	60,5
	Tertiärstufe	.	14,7	(45,3)	40,5	74,4	67,1
Nationalität	Schweiz	10,0	15,8	44,0	40,1	62,5	63,8
	Ausland	.	22,3	.	37,2	.	52,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(11,0)	19,6	47,3	36,7	65,9	56,8
	CHF 3000 bis 4499	(7,3)	17,2	37,7	40,4	57,4	63,6
	CHF 4500 bis 5999	.	14,2	(50,7)	39,8	77,3	64,6
	CHF 6000 und höher	.	12,7	.	44,3	(96,9)	67,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	17,5	-	39,5	-	61,3
	Land	10,5	15,8	44,1	39,5	63,9	61,7
Regionaler Vergleich	Schweiz	17,0		39,5		61,4	
	Uri	10,5*		44,1		63,9	
	Appenzell Ausserrhoden	14,7		45,6		60,9	
	Luzern	12,4*		44,9*		62,4	
	Schwyz	13,0*		44,6		62,1	
	Tessin	21,8*		29,9*		61,4	
	Wallis	20,7*		35,0*		59,5	
	Zentralschweiz	12,5		44,8		63,5	
	Deutschschweiz	15,1		42,1		61,8	
	Französische Schweiz	21,8		33,7		60,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Psychische Belastung: n=439 (UR), n=17'634 (CH); Kontrollüberzeugung: n=314 (UR), n=12'992 (CH); Kohärenzgefühl: n=329 (UR), n=13'548 (CH)

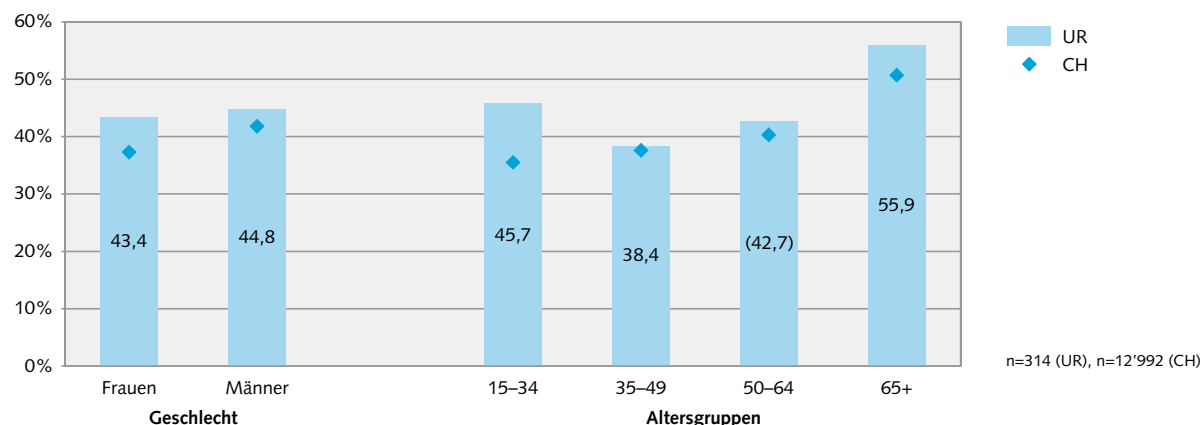
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

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

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

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

Abb. 2.16



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

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 gesundheitsschützende bzw. -fördernde Faktoren⁴¹ sind: Verstehbarkeit (Ereignisse scheinen nachvollziehbar), Handhabbarkeit (Gefühl, Anforderungen meistern zu können) und Sinnhaftigkeit (Leben und Belastungen erscheinen sinnvoll).

Auf einer Skala von 0 (geringstes Kohärenzgefühl)⁴² bis 18 (höchstes Kohärenzgefühl) erreichen Urner/innen einen Durchschnittswert von 14,2 (CH: 13,9). Gut sechs

von zehn Befragten haben ein hohes Kohärenzgefühl (Werte zwischen 14 und 18; Tab. 2.5). Sowohl Frauen wie Männer scheinen im Kanton Uri – übereinstimmend mit der psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) und der Kontrollüberzeugung (vgl. 2.3.2) – häufiger ein hohes Kohärenzgefühl zu erreichen als Befragte auf Landesebene (nicht signifikant).

Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit Alter und Bildung: Knapp die Hälfte der 15- bis 34-jährigen Urner/innen haben ein hohes Kohärenzgefühl, bei 65-jährigen und älteren sind es mehr als vier von fünf. Ähnlich weist gut die Hälfte der befragten Urner/innen ohne nachobligatorische Schulbildung ein hohes Kohärenzgefühl auf gegenüber drei Vierteln mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Ferner ist landesweit ein hohes Kohärenzgefühl bei Ausländerinnen und Ausländern seltener zu beobachten als bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern. Der Bildungsgradient ist bei Ersteren ausgeprägter als bei Letzteren: Vier von zehn ausländischen 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

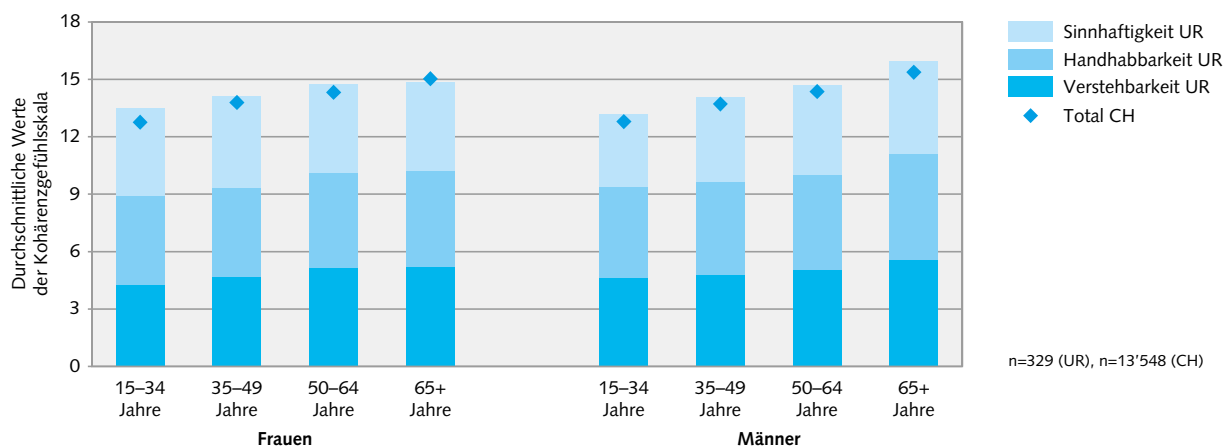
Das Kohärenzgefühl steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich sowohl bei Frauen als auch bei Männern – dies im Kanton Uri ähnlich wie in der Gesamtschweiz (Abb. 2.17). Im Kanton Uri ist der Anstieg bei den

⁴¹ Antonovsky (1997) spricht bei diesen gesundheitsschützenden bzw. -fördernden Faktoren von generalisierten Widerstandsressourcen. Dazu zählen z.B. Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung oder Selbstbewusstsein.

⁴² 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.

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

Abb. 2.17



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Frauen weniger ausgeprägt als bei den Männern. Diese Zunahme ist bei den Urnerinnen am deutlichsten an der Dimension der Versteherbarkeit abzulesen. Bei den Urnern zeichnet sich ein Anstieg nach allen drei Dimensionen ab.

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 beträgt dieser Anteil in der Zentralschweiz ein Vielfaches. Mittlere oder starke psychische Belastung ist bei rund jeder dritten 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 Belastung assoziiert. Die vergleichsweise geringe psychische Belastung in der Zentralschweiz ist zur Hauptsache auf Zentralschweizerinnen mit knappen Ressourcen bei der Kontrollüberzeugung bzw. beim Kohärenzgefühl zurückzuführen, die seltener 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). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurde nach depressiven Symptomen gefragt.⁴³

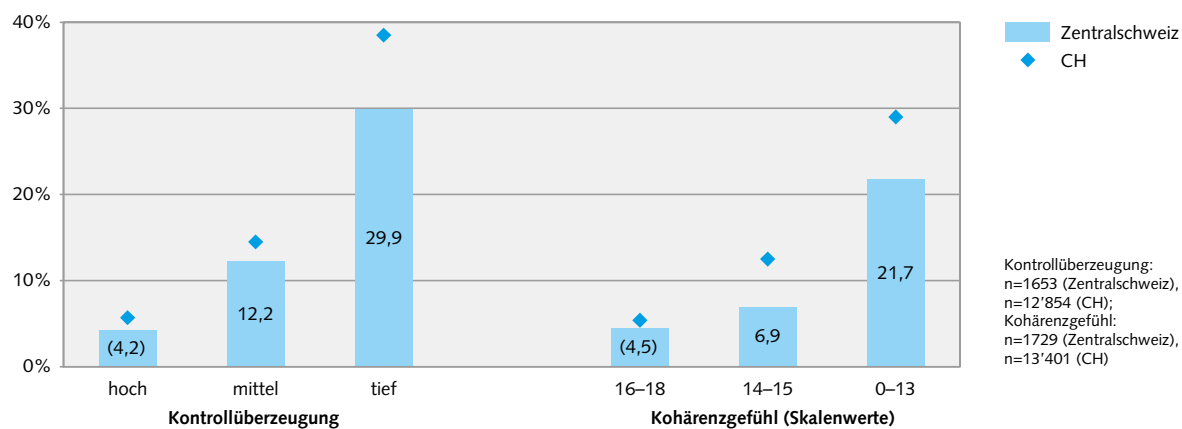
Rund jede achte Person mit depressiven Symptomen im Kanton Uri

Im Kanton Uri berichten 12,0% der Befragten über depressive Symptome. Im Einklang mit der psychischen Belastung (vgl. 2.3.1), der Kontrollüberzeugung (vgl. 2.3.2) und dem Kohärenzgefühl (vgl. 2.3.3) liegt dieser Anteil unter dem Schweizer Durchschnitt (18,9%). Dabei

⁴³ 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 auszulegen, nicht aber als Diagnose.

**Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung
nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl**
Zentralschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.18



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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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)

handelt es sich meist um schwache Symptome (UR: 11,2 % bzw. CH: 15,8 %), seltener um mittlere, starke oder gravierende Symptome.⁴⁴

In der Zentralschweiz wie auf Landesebene leiden Frauen ab 65 Jahren am häufigsten an depressiven Symptomen – dies ist bei etwa drei von zehn Frauen der Fall (Abb. 2.19). Depressive Symptome sind bei Frauen in allen Altersgruppen häufiger als bei Männern. Ältere Männer weisen ebenfalls häufiger depressive Symptome auf als jüngere, wobei in der Zentralschweiz solche Symptome weniger verbreitet scheinen als in der Gesamtschweiz. Die Häufigkeit depressiver Symptome unterscheidet sich wenig in den drei Altersgruppen unter 65 Jahren.

Ferner sind depressive Symptome bei mittlerer oder starker psychischer Belastung häufiger als bei niedriger (Zentralschweiz: 35,7 % vs. 12,2 %; CH: 43,3 % vs. 14,1 %). Geringe persönliche Ressourcen sind ebenfalls mit häufigeren depressiven Symptomen verbunden.⁴⁵

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

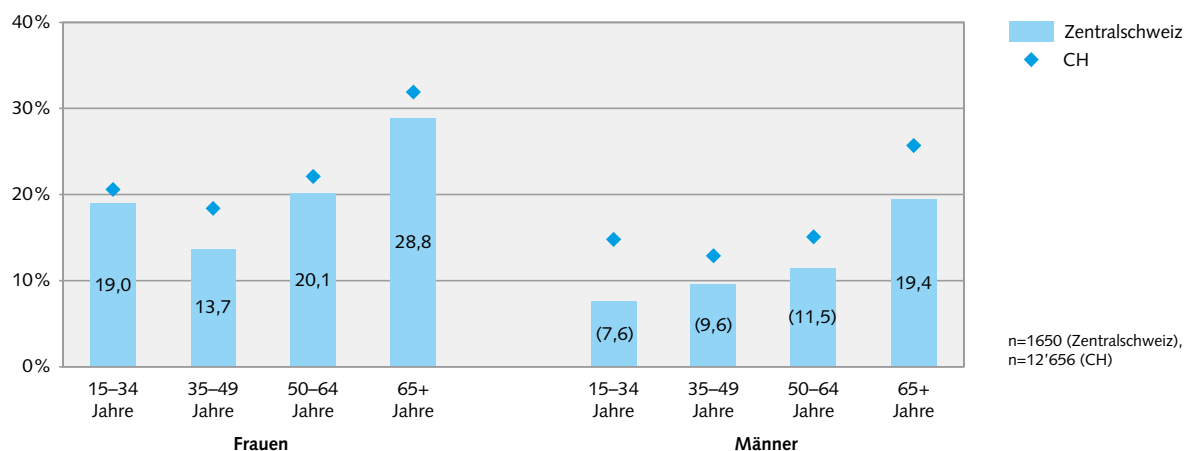
Etwa sieben von zehn Befragten im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz fühlen sich nie einsam (UR: 71,2 % bzw. CH: 69,7 %). Die übrigen Personen geben meistens an, manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden (24,2 % bzw. 27,1 %). Ziemlich oder sehr häufige Einsamkeitsgefühle nennen nur die Wenigsten.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Tiefe oder mittlere vs. hohe Kontrollüberzeugung: Zentralschweiz: 17,5 % vs. 9,6 %, CH: 24,7 % vs. 9,0 %; niedriges vs. hohes Kohärenzgefühl: Zentralschweiz: 21,8 % vs. 10,3 %, CH: 30,2 % vs. 11,2 %.

Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Zentralschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.19



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Urnerinnen fühlen sich seltener einsam als Schweizerinnen

Das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen hängt sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht ab (Abb. 2.20).⁴⁶ Befragte zwischen 15 und 34 Jahren sind davon am meisten betroffen, geben doch fast vier von zehn Befragten an, Einsamkeitsgefühle zu haben. Deutlich seltener – vor allem im Kanton Uri – sind Personen ab 35 Jahre betroffen, wobei sich die Altersgruppen wenig unterscheiden. Einzig schweizweit scheint sich mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme abzuzeichnen. Männer berichten seltener über Einsamkeitsgefühle als Frauen. Dieser Unterschied ist im Kanton Uri weniger ausgeprägt als in der Gesamtschweiz: Urnerinnen geben seltener an, Einsamkeitsgefühle zu haben, als Schweizerinnen.

Personen mit psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden oft einsam

Einsamkeitsgefühle sind bei Alleinerziehenden und Alleinlebenden häufiger als bei Personen mit einem Partner (Abb. 2.21). Dabei zeigt sich bei Paaren, dass Frauen deutlich häufiger solche Gefühle empfinden als Männer (UR: 21,7% vs. 17,9%⁴⁷; CH: 29,8% vs. 20,3%). Ferner

sind Einsamkeitsgefühle je häufiger, desto niedriger die Ausbildung ist: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung fühlen sich bis rund 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 mehr als doppelt so oft einsam wie Personen mit keinen oder kaum Beschwerden. Ein noch stärkeres Gefälle besteht bei der psychischen Belastung: Psychisch mittel oder stark Belastete fühlen sich fast dreimal häufiger einsam – betroffen sind zwei von drei Personen – als niedrig belastete Befragte.

2.4.2 Vertrauensperson

Trotz Vertrauensperson vermisst fast jede fünfte Person gelegentlich emotionale Unterstützung

Die meisten Urner Befragten geben an, in ihrem näheren sozialen Umfeld mindestens eine Vertrauensperson zu zählen, mit der sie persönliche Probleme besprechen können (UR: 95,4% bzw. CH: 94,9%). Sieben von zehn sprechen sogar von mehreren Vertrauenspersonen (71,0% bzw. 71,3%).

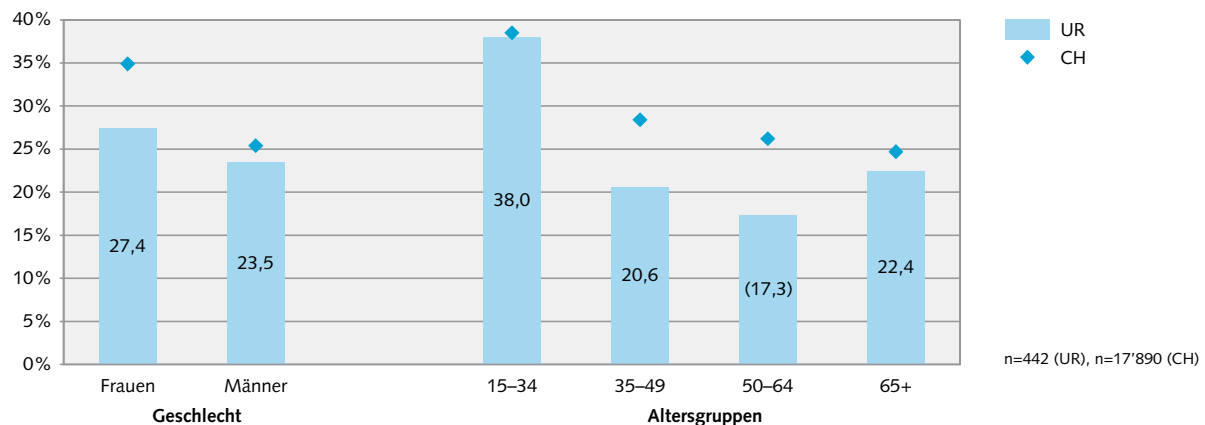
Dennoch hat jede fünfte Person das Gefühl, manchmal eine solche Vertrauensperson zu vermissen – im Kanton Uri ein wenig seltener als in der Gesamtschweiz (18,9% vs. 20,2%). Gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson kommt bei Befragten ohne

⁴⁶ Befragte, die manchmal, ziemlich häufig oder sehr häufig Einsamkeitsgefühle haben, werden zusammengefasst.

⁴⁷ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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

Abb. 2.20



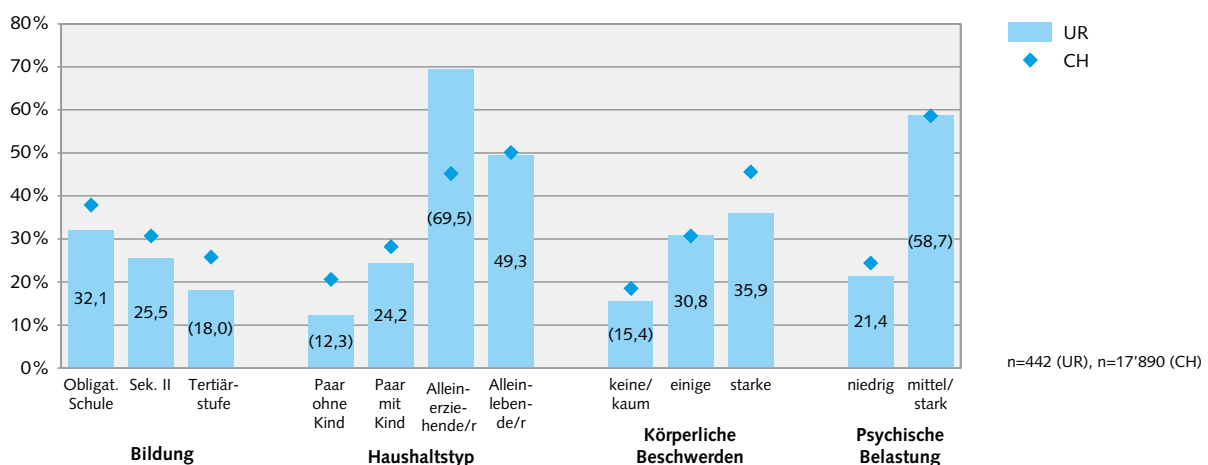
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 2.21



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Vertrauensperson deutlich häufiger vor als bei Befragten mit mindestens einer Vertrauensperson (UR: 64,2%⁴⁸ vs. 17,0%; CH: 41,6% vs. 19,0%).

Frauen haben zwar öfter mindestens eine Vertrauensperson, vermissen jedoch häufiger gelegentlich eine solche als Männer (Abb. 2.22). Höhere Bildungsressourcen

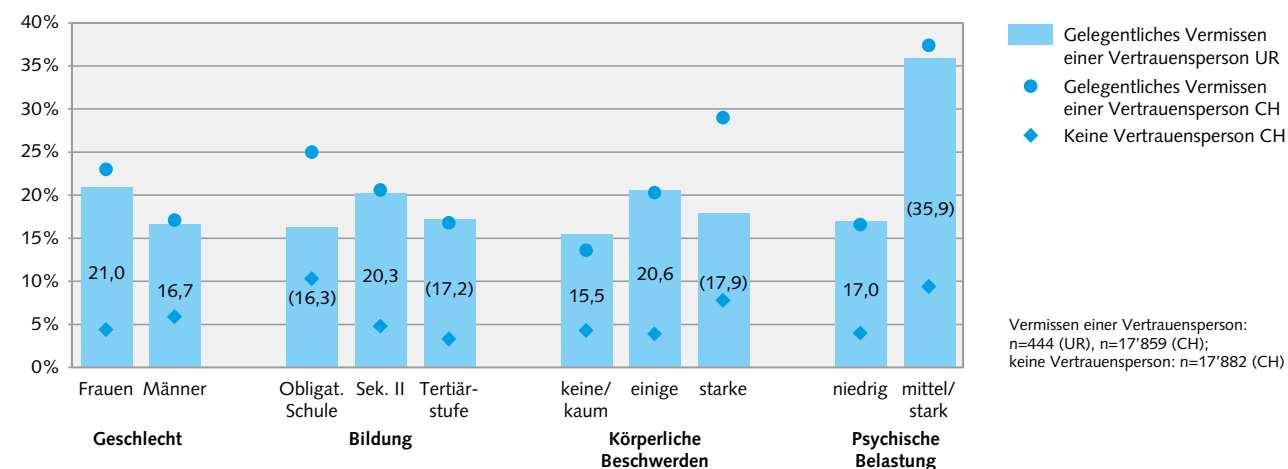
schaffen zumindest auf Landesebene gute Voraussetzungen: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten nicht nur seltener, mindestens eine Vertrauensperson zu haben, sondern auch häufiger, gelegentlich eine solche zu vermissen, als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe.

Enge Zusammenhänge zeigen sich auch bei Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit. Das gelegentliche Vermissen einer Vertrauensperson ist bei einigen und – zumindest schweizweit – starken

⁴⁸ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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

Abb. 2.22



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Beschwerden häufiger, als wenn keine oder kaum Beschwerden vorhanden sind. Befragte mit starken Beschwerden haben ebenfalls häufiger keine Vertrauensperson. 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.

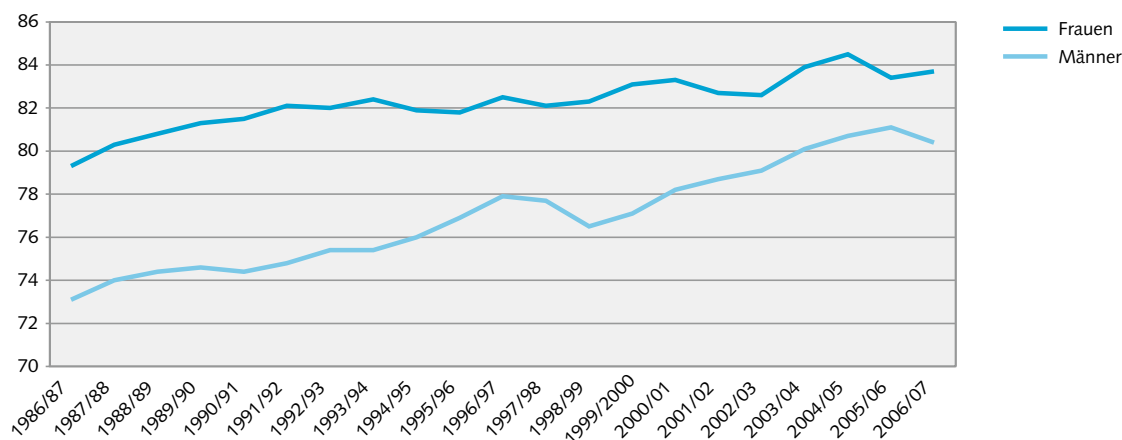
2.5 Sterblichkeit und Todesursachen

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. auch Kap. 3). Gewisse Krankheiten – insbesondere Krebs – haben jedoch eine lange Latenzzeit bis zur Diagnose. Die aktuellen Entwicklungen im Mortalitätsbereich widerspiegeln in Wirklichkeit also Ursachen, 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 Uri eingegangen und mit anderen Kantonen verglichen. Anschließend werden ausgewählte Todesursachen beschrieben und anhand des Indikators «verlorene potentielle Lebensjahre» Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit aufgezeigt.

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

Abb. 2.23



Quelle: BFS, ESPOP 1986–2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Uri

Im Kanton Uri betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für die Periode 2006/2007 rund 80,4 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen (BFS, 2008f). Diese Zahlen liegen nahe beim Schweizer Durchschnitt mit 79,2 bzw. 84,1 Jahren. Die Lebenserwartung hat in Uri wie in der gesamten Schweiz jedes Jahr zugenommen (Abb. 2.23). 1986/87 lag diejenige der Männer bei 73,1 Jahren (CH: 73,8) und jene der Frauen bei 79,3 Jahren (CH: 80,5). Die Lebenserwartung der älteren Personen ist deutlich gestiegen. Für die 65-Jährigen des Kantons Uri belief sie sich 2006/2007 auf 21,3 Jahre für die Frauen und auf 18,7 Jahre für die Männer. In den letzten 20 Jahren nahm die Lebenserwartung der 65-Jährigen um 2,9 Jahre (Frauen) bzw. 3,6 Jahre (Männer) zu.

Zudem verkleinert sich der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Männer und Frauen: Betrug er 1986/87 noch 6,3 Jahre, waren es 2006/2007 nur noch 3,3 Jahre.

Todesursachenstatistik

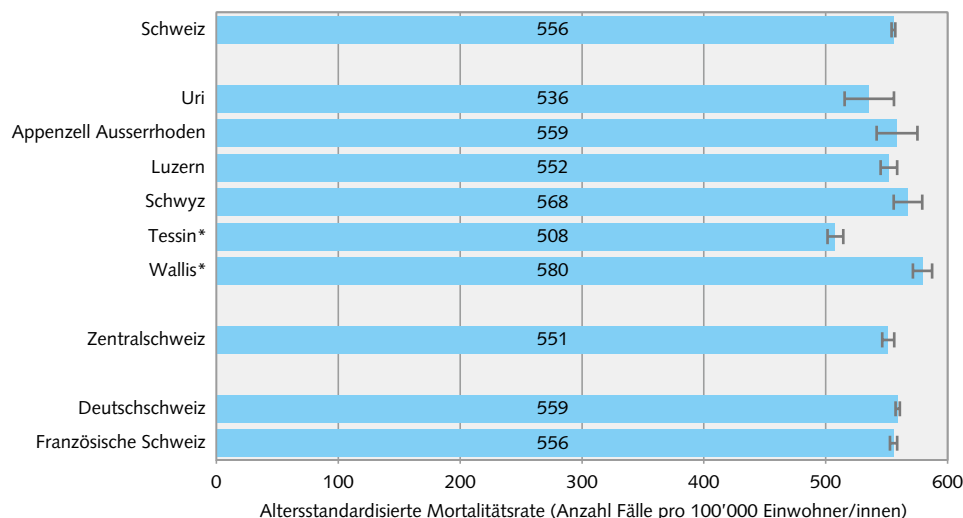
Die Todesursachenstatistik bietet einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Sie liefert wichtige Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen. Ausserdem gibt sie Hinweise darauf, 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 (Zugriff am 15.01.2010)

Im Jahr 2006 starben im Kanton Uri 156 Frauen und 142 Männer, insgesamt also 298 Personen. Das sind 15 Todesfälle weniger als 1986, obwohl der Anteil älterer Personen an der Bevölkerung zugenommen hat. 1986 betrug der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen 2,6%; zwanzig Jahre später, 2007, bereits 5,1%. Im Allgemeinen ist ein Rückgang der Todesfälle der unter 80-Jährigen sowie eine Zunahme der Todesfälle der über 80-jährigen Personen festzustellen.

Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten
1997/2006, (mit 95 %-Vertrauensintervall)

Abb. 2.24



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

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.5.2 Regionaler Vergleich

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Abb. 2.24) ermöglicht es, den Kanton Uri mit anderen Kantonen, Regionen und mit der gesamten Schweiz zu vergleichen, indem der Einfluss der Altersstruktur der Bevölkerung beseitigt wird. Anhand 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. Zum Beispiel sind beim Kanton Uri Schwankungen der Mortalitätsrate von $\pm 4\%$ als normal zu interpretieren. Die mit einem Sternchen markierten Kantone und Regionen weichen signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab (TI, VS). Im Zeitraum 1997/2006 betrug die standardisierte Mortalitätsrate nach Alter des Kantons Uri durchschnittlich 536 Todesfälle pro 100'000 Einwohner und pro Jahr. Damit liegt sie unter dem Landesdurchschnitt (556 Todesfälle pro 100'000 Einwohner), aber der Unterschied ist nicht signifikant. Obwohl die Rate im Kanton Uri tiefer liegt als in den anderen Vergleichsregionen und -kantonen (Kanton Tessin ausgenommen), sind die Unterschiede nicht signifikant. 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, 2008f). 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 Uri diskutiert und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

Aus dem Vergleich der jährlichen Mortalitätsrate pro 100'000 Einwohner des Kantons Uri (Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohner je Altersgruppen) und der Schweiz geht hervor, dass der Kanton Uri eine höhere Mortalitätsrate bei den unteren Altersklassen (0–49 Jahre) aufweist als die Gesamtschweiz (Tab. 2.6). Im Kanton Uri liegt die Mortalitätsrate bei der Altersklasse der 50- bis 79-Jährigen unter dem Schweizer Durchschnitt. Bei der obersten Altersklasse (80 und mehr Jahre) ist die Mortalitätsrate hingegen höher als der Durchschnitt. Im Vergleich zum vorangehenden Zeitraum (1987–1997) gingen die Bruttomortalitätsraten in allen Altersklassen

Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1997–2006

Altersgruppen	Geschlecht	Jährliche Sterbefälle	Jährliche Mortalitätsrate ¹		Häufigste Todesursache (in % aller Sterbefälle)
		UR	UR	CH	UR
0–14 Jahre	Männer und Frauen	2	126,3	33,3	Perinatale Todesursache (42%) Missbildungen (17%)
15–34 Jahre	Männer	3	119,2	75,0	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (67%)
	Frauen	1	85,4	30,6	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (40%)
35–49 Jahre	Männer	6	193,1	190,1	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (39%)
	Frauen	3	125,4	109,1	Krebskrankheiten (45%)
50–64 Jahre	Männer	16	616,1	808,8	Krebskrankheiten (41%)
	Frauen	10	409,1	418,7	Krebskrankheiten (55%)
65–79 Jahre	Männer	52	3 409,0	3 854,3	Herz-Kreislauf-Krankheiten (38%)
	Frauen	36	1 906,6	1 861,1	Herz-Kreislauf-Krankheiten (37%)
80+ Jahre	Männer	75	16 961,9	15 563,2	Herz-Kreislauf-Krankheiten (51%)
	Frauen	97	15 575,2	14 811,0	Herz-Kreislauf-Krankheiten (54%)

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

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

unter 80 Jahren zurück, was zu einer höheren Lebenserwartung im Kanton Uri führt. Der Rückgang der Mortalitätsrate ist insbesondere für die Männer der Altersklassen von 50 bis 79 Jahren hoch.

Die letzte Spalte der Tabelle stellt die häufigsten Todesursachen nach Alter und Geschlecht dar. Die Todesursachen sind je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den jungen Männern von 15 bis 34 Jahren sind externe Ursachen (Unfälle, Gewalttaten, Suizide) am häufigsten. Suizid ist die häufigste Todesursache bei den Männern zwischen 15 bis 49 Jahren. Zwischen 50 und 79 Jahren sterben die Männer am häufigsten an Krebs. Bei den Frauen zwischen 15 und 79 Jahren treten Krebskrankheiten am meisten auf. Wegen des Präzisionsmangels bei der Kodierung der krebsbedingten Todesursachen im Kanton Uri kann die häufigste Krebsart für diese Altersklasse nicht bestimmt werden. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind Herz-Kreislauf-Krankheiten, insbesondere koronare Herzkrankheiten, die häufigste Todesursache. Sie machen bei den 80-jährigen und älteren Personen 28% (Männer) bzw. 24% (Frauen) der Fälle aus.

Tabelle 2.7 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Uri 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 be-

deutet, 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 Uri wurden zwischen 1997 und 2006 jährlich durchschnittlich 300 Todesfälle registriert; es starben 148 Frauen (49%) und 152 Männer (51%). Bei den Frauen weicht die Anzahl Todesfälle nicht signifikant von jener der Gesamtschweiz ab. Bei den Männern hingegen liegt die Anzahl Fälle signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt.

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind im Kanton Uri die häufigste Todesursache mit 42% der Todesfälle bei den Männern und 45% bei den Frauen. Sie liegen bei den Frauen signifikant über dem Schweizer Durchschnitt (12% mehr bei den Frauen) aber nicht für die Männer. Koronare Herzkrankheiten (65 Fälle pro Jahr) treten signifikant bei Männer und Frauen vermehrt auf. Diese Todesursachen sind sehr stark mit dem Alterungsprozess verbunden und treten daher häufig im höheren Alter auf.

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache mit 28% der Fälle bei den Männern bzw. 23% bei den Frauen. Die Anzahl Krebsfälle weichen nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab. Mit einem Durchschnitt von 7 Fällen pro Jahr ist Brustkrebs bei den Frauen die häufigste Krebsart. Prostatakrebs tritt bei den Männern

Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Uri, aggregierte Fallzahlen von 1997 bis 2006

Todesursachen	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz
	N	in %			N	in %		
Infektionskrankheiten	2	1,2	-	-	2	1,0	-	-
Krebskrankheiten	34	22,7	108	n.s.	42	27,8	93	n.s.
Bösartige Tumoren des Magens	1	0,9	-	-	2	1,5	-	-
Bösartige Tumoren des Dickdarms	3	2,2	-	-	3	2,2	-	-
Bösartige Tumoren des Pankreas	2	1,3	-	-	2	1,4	-	-
Bösartige Tumoren der Trachea, Bronchien, Lunge	2	1,1	-	-	7	4,6	-	-
Bösartige Tumoren der Brust	7	5,0	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Cervix uteri	0	0,3	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren des Ovars	2	1,5	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Prostata	-	-	-	-	10	6,7	139	***
Übrige Krebskrankheiten	16	10,5	115	n.s.	17	11,3	85	*
Diabetes mellitus	5	3,5	-	-	3	2,0	-	-
Demenz	6	4,0	-	-	2	1,6	-	-
Herz-Kreislauf-Krankheiten	67	45,4	112	***	63	41,6	105	n.s.
Koronare Herzkrankheiten	30	19,9	130	***	35	22,9	122	***
Lungenembolien	1	0,7	-	-	1	0,3	-	-
Hirngefässerkrankungen	12	8,3	100	n.s.	12	7,6	115	n.s.
Übrige Herz-Kreislauf-Krankheiten	25	16,5	102	n.s.	16	10,8	78	***
Krankheiten des Atmungssystem	10	6,6	-	-	13	8,7	104	n.s.
Alkohol²	0	0,1	-	-	2	1,1	-	-
Erkrankungen der Harnorgane	2	1,1	-	-	1	0,9	-	-
Perinatale Todesfälle	1	0,4	-	-	0	0,3	-	-
Missbildungen	1	0,4	-	-	1	0,4	-	-
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	5	3,2	-	-	11	7,1	94	n.s.
Strassenverkehrsunfälle	0	0,3	-	-	2	1,4	-	-
Suizide	1	0,7	-	-	4	2,6	-	-
Übrige Unfälle, Gewalttaten	3	2,2	-	-	5	3,2	-	-
Übrige Todesursachen	17	11,3	89	n.s.	12	7,6	62	***
Total	148	100,0	103	n.s.	152	100,0	93	***

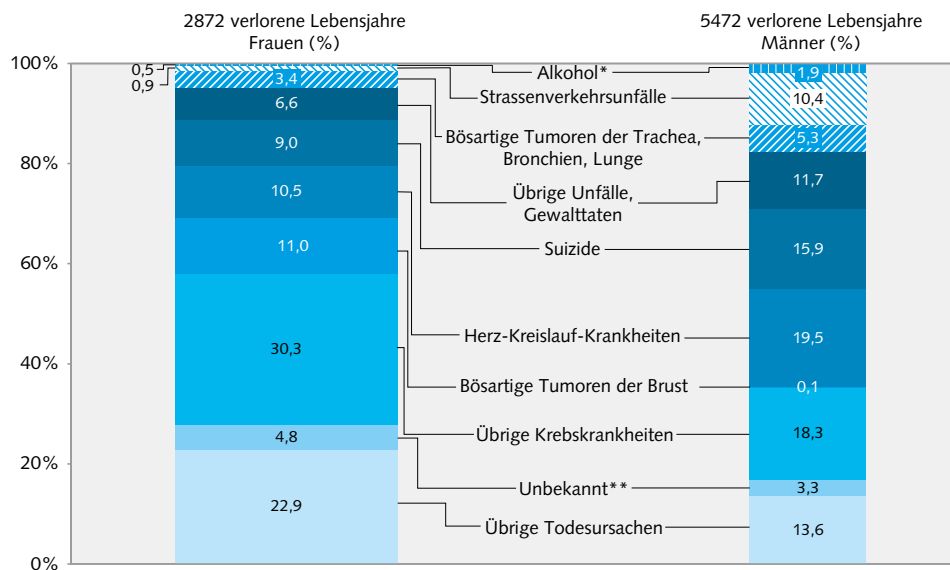
Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

¹ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100, Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05, n.s.= nicht signifikant. Die SMR wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 1997 und 2006 unter 100 liegt.

² Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht Kanton Uri, 1997–2006

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 1997–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

im Kanton Uri mit 10 Fällen pro Jahr signifikant mehr auf als in der gesamten Schweiz. Bei den anderen krebsbedingten Todesfällen reicht die Anzahl beobachteter Fälle im Zeitraum 1997–2006 nicht aus für einen gesamtschweizerischen Vergleich.

Die Anzahl Todesfälle aufgrund von Gewalt (Suizid, Unfälle usw.) weicht bei den Männern nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab. Bei den Frauen ist die Anzahl beobachteter Fälle während der oben genannten Zeitspanne nicht ausreichend, um einen gesamtschweizerischen Vergleich anzustellen.

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. Altersjahr verstorbenen Personen bis zum Erreichen

des 70. Alterjahres noch fehlten. Dadurch erhalten die früh im Leben auftretenden Todesursachen (Strassenverkehrsunfälle, Suizide usw.) ein stärkeres Gewicht. Die Abbildung 2.25 stellt die prozentuale Verteilung der VPL nach Todesursache dar (1997–2006). Der Kanton Uri zählt von 1997–2006 durchschnittlich 834 VPL pro Jahr, davon entfallen 287 (34%) auf die Frauen und 547 (66%) auf die Männer.

Bei den Frauen sind rund 45% der verlorenen potenziellen Lebensjahre auf Krebs zurückzuführen; dies sind durchschnittlich 129 verlorene potenzielle Lebensjahre pro Jahr, wobei Brustkrebs mit einem Anteil von 11% der VPL den grössten Teil ausmacht. Bei den Männern ist Krebs in rund 24% der Fälle die Ursache, was auch 129 VPL pro Jahr bedeutet. Unfälle, gewaltsame Todesfälle und Suizide machen bei den Männern 38% der VPL aus (208 VPL pro Jahr) und bei den Frauen 20% (47 VPL pro Jahr).

2.6 Zusammenfassung

Gesundheitszustand

Uernerinnen und Urner 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.

Rund jede vierte befragte Person im Kanton Uri hat ein lang andauerndes Gesundheitsproblem wie eine Behinderung oder eine chronische Krankheit. Ein Fünftel der Urner/innen und ein Viertel der Schweizer/innen klagen über starke körperliche Beschwerden – hauptsächlich Rückenschmerzen, Müdigkeit, Kopfweh und Schlafprobleme. Frauen berichten fast 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 und dem Kohärenzgefühl gerade dann beobachten, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Knapp jede sechste befragte Person im Kanton Uri 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 Uernerinnen und Urnern 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 Uernerinnen und Urner nicht nur seltener psychisch belastet und nennen seltener depressive Symptome als die Schweizer Bevölkerung, sondern scheinen auch häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung und ein hohes Kohärenzgefühl anzugeben. Etwa jede zehnte befragte Person im Kanton Uri ist psychisch mittel oder stark belastet, bei jeder achten liegen möglicherweise depressive Symptome vor. Die psychische Belastung hängt deutlich mit den

Gesundheitsressourcen Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl zusammen. In der Zentralschweiz fühlen sich drei von zehn Befragten mit einer tiefen Kontrollüberzeugung und fünf von zehn mit einem niedrigen Kohärenzgefühl 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 Alleinlebende und -erziehende, Personen mit starken körperlichen Beschwerden sowie psychisch Belastete. Verglichen mit Schweizerinnen geben Uernerinnen seltener Einsamkeitsgefühle an.

Sterblichkeit und Todesursachen

Im Laufe der letzten 20 Jahre konnte der Kanton Uri eine positive Entwicklung der Lebenserwartung verzeichnen: Die Sterbeziffer ging deutlich zurück und die Lebenserwartung der älteren Personen (>65 Jahre) ist gestiegen. Der Unterschied zwischen den Mortalitätsraten von Männern und Frauen hat abgenommen. Die standardisierte Mortalitätsrate nach Alter der Frauen des Kantons Uri weicht im nationalen Vergleich nicht signifikant vom Durchschnitt ab. Bei den Männern ist die Mortalitätsrate hingegen signifikant tiefer. Sie ist auch vergleichbar mit der Grossregion Zentralschweiz und der Deutschschweiz.

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache im Kanton Uri (43%), gefolgt von Krebs (25%). Rund zwei Drittel der Todesfälle sind auf diese zwei Ursachen zurückzuführen.

Die Anzahl Todesfälle infolge koronarer Herzkrankheiten ist signifikant höher als in der Gesamtschweiz. Die älteren Personen sind am meisten davon betroffen. Die Anzahl Krebsfälle hingegen ist etwa gleich wie in der gesamten Schweiz.

Die Präventivmedizin interessiert sich insbesondere für die Todesursachen, die einen grossen Teil der Bevölkerung betreffen und für die hohe Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) verantwortlich sind, und deren Faktoren veränderbar sind. Dabei handelt es sich um bösartige Tumoren bzw. Krebsfälle, die im Kanton Uri zu 31% der VPL vor 70 Jahren führen. Bei den Frauen ist Brustkrebs die häufigste Krebsart und beträgt 11% der VPL. Unfälle, gewaltsame Todesfälle und Suizide sind auch wichtige Ursachen der VPL und belaufen sich auf 31% der VPL. Der Suizid bleibt die häufigste Todesursache bei den Männern von 15 bis 49 Jahren und beträgt 16% der VPL.

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)

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.

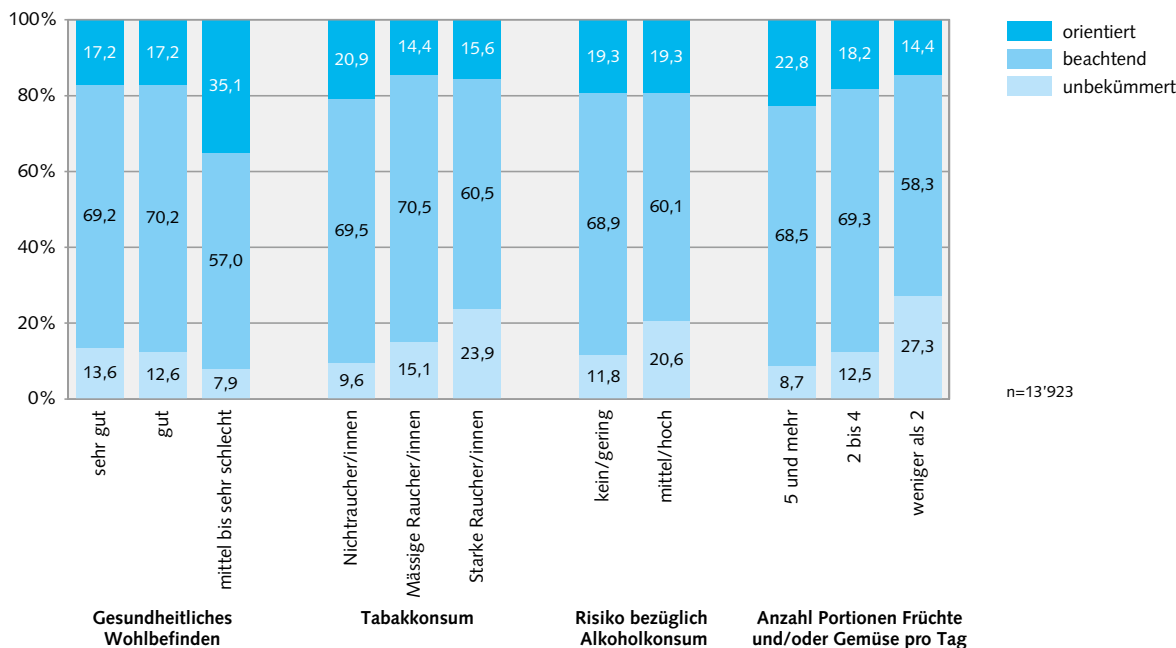
Dieses Kapitel fokussiert auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen. Angaben zu hohem Bluthochdruck und Cholesterinspiegel als weitere Risikofaktoren sind dem Abschnitt 2.2.5 zu entnehmen, die Anzahl Sterbefälle für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dem Abschnitt 2.5.3. Zu Beginn dieses Kapitels werden gesundheitsrelevante Einstellungen beschrieben, welche einen Einfluss auf das Verhalten der Einzelnen/des Einzelnen haben können. Einerseits geht es dabei zu untersuchen, inwieweit sich die Schweizerinnen und Schweizer um ihre Gesundheit kümmern, andererseits um ihre Kenntnisse im Bereich Gesundheit. Anschliessend folgt ein Abschnitt zu den Ernährungsgewohnheiten und dem Ausmass an körperlicher Aktivität der Urner und Urnerinnen. 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 Kapitel präsentiert. Den abschliessenden Schwerpunkt dieses Kapitels stellt der Substanzkonsum der Urner 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 das Ausgesetztsein von 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 Urner/innen 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 gewisser 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.

Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007

Abb. 3.1



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Für die Definition der Variable «gesundheitliches Wohlbefinden» vgl. 2.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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, gesundheits-schädigende 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.⁴⁹ Im Kanton Uri erklärten 9,2% der befragten Personen: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern». Die Mehrheit (71,1%) entschied sich bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung für die folgende Aussage: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» und 19,7% meinten: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (Tab. 3.1). Diese Anteile entsprechen in etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

⁴⁹ Frage aus dem schriftlichen Fragebogen.

Junge Menschen achten weniger auf ihre Gesundheit

Jüngere Menschen weisen einen höheren Anteil von Personen auf, die sich nach ihren Angaben nicht um ihre Gesundheit kümmern als ältere. In der Zentralschweiz sind dies bei den unter 35-Jährigen 14,2%, bei den 50- bis 64-Jährigen 8,0% und bei den über 65-Jährigen und Älteren 4,3%⁵⁰.

Die Gesundheitseinstellungen unterscheiden sich ebenfalls nach Bildung: Personen ohne nachobligatorische Bildung kümmern sich häufiger nicht um ihre Gesundheit als diejenigen mit höherer Bildung. Dies gilt für die Gesamtschweiz und tendenziell auch für die Zentralschweiz. Auffällig ist aber, dass bei Personen ohne nachobligatorische Bildung gleichzeitig auch der Anteil grösser ist, der angibt, ihre Lebensweise werde stark durch gesundheitliche Überlegungen bestimmt (in Tabelle: Spalte «orientiert»).

Wie Abbildung 3.1 für die Ebene der Gesamtschweiz zeigt, geben Personen mit mittelmässigem bis (sehr) schlechtem gesundheitlichem Wohlbefinden deutlich seltener an, sich nicht um mögliche Folgen für ihre

⁵⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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

		unbekümmert		beachtend		orientiert	
		Zentralschweiz	CH	Zentralschweiz	CH	Zentralschweiz	CH
Total		9,9	12,3	67,5	68,4	22,5	19,4
Geschlecht	Frauen	6,9	9,3	67,4	68,8	25,6	22,0
	Männer	13,3	15,4	67,7	68,0	19,0	16,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	14,2	17,9	69,7	69,4	16,1	12,8
	35–49 Jahre	9,1	11,3	71,5	71,8	19,5	16,9
	50–64 Jahre	8,0	9,2	68,9	69,8	23,1	21,0
	65+ Jahre	(4,3)	7,8	53,5	59,3	42,2	32,9
Bildung	Obligatorische Schule	(12,7)	15,6	46,7	54,3	40,6	30,1
	Sekundarstufe II	9,7	13,2	69,5	67,6	20,8	19,2
	Tertiärstufe	9,1	8,6	73,3	76,2	17,6	15,2
Nationalität	Schweiz	9,4	11,7	69,6	69,5	21,0	18,7
	Ausland	(12,6)	14,4	56,7	64,0	30,6	21,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	8,4	12,8	65,9	66,0	25,7	21,2
	CHF 3000 bis 4499	10,9	12,4	66,7	66,5	22,4	21,1
	CHF 4500 bis 5999	12,9	10,6	67,9	72,1	19,2	17,3
	CHF 6000 und höher	(10,4)	10,9	75,3	75,0	14,3	14,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	10,3	11,6	67,4	69,0	22,2	19,3
	Land	9,2	13,9	67,8	66,7	23,0	19,4
Regionaler Vergleich	Schweiz	12,3		68,4		19,4	
	Uri	(9,2)		71,1		19,7	
	Appenzell Ausserrhoden	10,8		66,1		23,1	
	Luzern	10,7		66,7		22,6	
	Schwyz	13,9		69,1		17,0	
	Tessin	13,1		71,8*		15,1*	
	Wallis	18,6*		60,1*		21,4	
	Zentralschweiz	9,9		67,5		22,5	
	Deutschschweiz	9,9		70,5		19,6	
	Französische Schweiz	18,7		61,9		19,5	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1795 (Zentralschweiz), n=13'923 (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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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)

Gesundheit kümmern als solche mit sehr gutem Wohlbefinden. Zudem gibt über ein Drittel (35,1%) an, dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmen, wie sie leben.

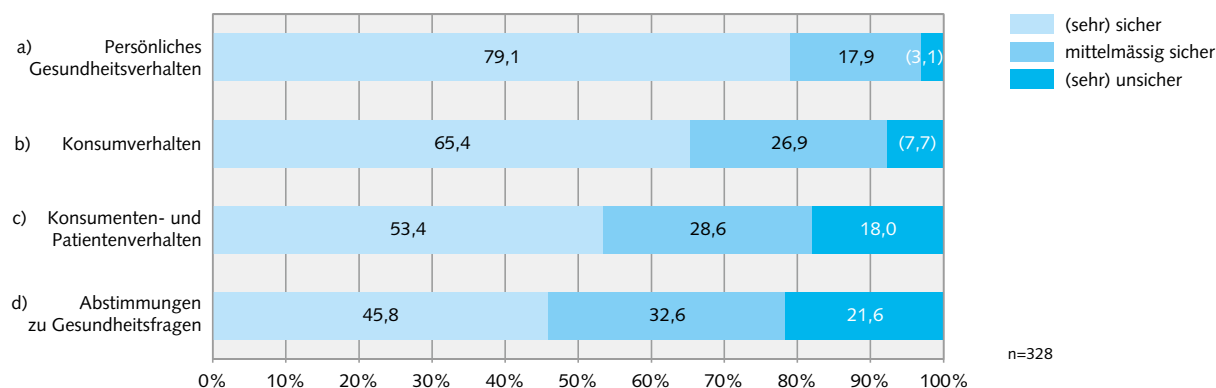
Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen kümmern sich weniger um ihre Gesundheit

Abbildung 3.1 ist weiter zu entnehmen, dass der Anteil Personen, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern bei gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen höher ist: Auf gesamtschweizerischer Ebene geben 23,9% der

starken Raucher/innen (10 Zigaretten oder mehr pro Tag) an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, während der entsprechende Anteil bei den mässig Rauchenden (bis zu 9 Zigaretten pro Tag) 15,1% und bei den Nichtraucher/innen 9,6% beträgt. Ebenso kümmern sich 20,6% der Personen mit einem mittleren bis hohen Risiko bezüglich Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit gegenüber 11,8% der Personen mit keinem bzw. geringem Risiko. Ein ähnlicher Unterschied zeigt sich im Bereich des Ernährungsverhalten: 27,3% der Personen, die weniger als zwei Portionen Früchte und/oder

Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Uri, 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)

Gemüse⁵¹ pro Tag konsumieren, geben an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, gegenüber 8,7% der Personen, die davon mindestens fünf Portionen konsumieren.

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 Gesundheitsfragen 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 (für den genauen Wortlaut vgl. 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).

Relativ sicher in Bezug auf persönliches Gesundheitsverhalten, weniger sicher im Bereich Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Wie aus Abbildung 3.2 hervorgeht, fühlen sich 79,1% der Urnerinnen und Urner im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sicher oder sehr sicher. Etwas weniger sicher sind sie hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Konsumverhaltens (65,4% fühlen sich sicher oder sehr sicher). Im Bezug auf das Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem beträgt der entsprechende Anteil 53,4%, bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen 45,8%. Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz im Kanton Uri ist vergleichbar mit derjenigen der Gesamtschweiz.

⁵¹ Eine Portion Früchte und/oder Gemüse entspricht der Grösse einer Faust (ungefähr 120g).

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

Die Resultate für die Zentralschweiz zeigen, dass sich Personen mit Tertiärausbildung im Bezug auf persönliches Gesundheitsverhalten und Konsumverhalten häufiger (sehr) sicher fühlen als Personen mit tieferer Bildung. In zwei Bereichen zeigt sich auch ein Geschlechterunterschied: Frauen fühlen sich im Bereich Konsumverhalten sicherer als Männer (80,8% vs. 77,6%), im Bereich Abstimmungen zu Gesundheitsfragen ist es umgekehrt (48,2% vs. 56,1%).

Zwischen den Altersgruppen gibt es beim persönlichen Gesundheitsverhalten und Konsumverhalten keine signifikanten Unterschiede (Ebene Zentralschweiz). In den beiden anderen Bereichen steigt jedoch die Sicherheit mit zunehmendem Alter: So fühlt sich gut zwei Fünftel (40,1%) der unter 35-Jährigen im Bereich Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem (sehr) sicher, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 68,3%. Ähnliche Resultate zeigen sich für den Bereich Abstimmungen zu Gesundheitsfragen (42,0% vs. 68,7%).

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

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 Uri im «Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht 2008–2011»⁵².

Die enge Verbindung der drei Begriffe erklärt, weshalb die Frage nach der Verbreitung des Übergewichts in ein und demselben Unterkapitel abgehandelt wird. Der folgende Abschnitt enthält zunächst eine Standortbestimmung der Verbreitung von Gewichtsproblemen im Kanton Uri, 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.

3.2.1 Übergewicht

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.

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)⁵³ gilt für 18-jährige und ältere Personen:

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

Dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Uri 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 zwei Fünftel

⁵² www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/kantone.php (Zugriff am 21.9.2009).

⁵³ Für aktuelle Schwellenwerte vgl. auch: www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Zugriff am 1.4.2009).

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

		Unter-/Normalgewicht		(Starkes) Übergewicht	
		UR	CH	UR	CH
Total		58,5	61,1	41,5	38,9
Geschlecht	Frauen	64,5	70,2	35,5	29,8
	Männer	51,7	51,5	48,3	48,5
Altersgruppen	15–34 Jahre	68,2	76,7	(31,8)	23,3
	35–49 Jahre	58,6	62,0	41,4	38,0
	50–64 Jahre	58,6	51,3	41,4	48,7
	65+ Jahre	47,0	49,4	53,0	50,6
Bildung	Obligatorische Schule	57,8	47,0	42,2	53,0
	Sekundarstufe II	58,9	62,5	41,1	37,5
	Tertiärstufe	57,7	64,5	42,3	35,5
Haushaltsäquivalenz-einkommen	bis CHF 2999	55,9	60,7	44,1	39,3
	CHF 3000 bis 4499	63,4	59,7	36,6	40,3
	CHF 5000 und höher	54,2	63,6	45,8	36,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	.	62,3	.	37,7
	Land	58,5	57,5	41,5	42,5
Regionaler Vergleich	Schweiz		61,1		38,9
	Uri		58,5		41,5
	Appenzell Ausserrhoden		63,2		36,8
	Luzern		64,1		35,9
	Schwyz		61,8		38,2
	Tessin		60,1		39,9
	Wallis		59,8		40,2
	Zentralschweiz		63,3		36,7
	Deutschschweiz		61,1		38,9
	Französische Schweiz		61,2		38,8

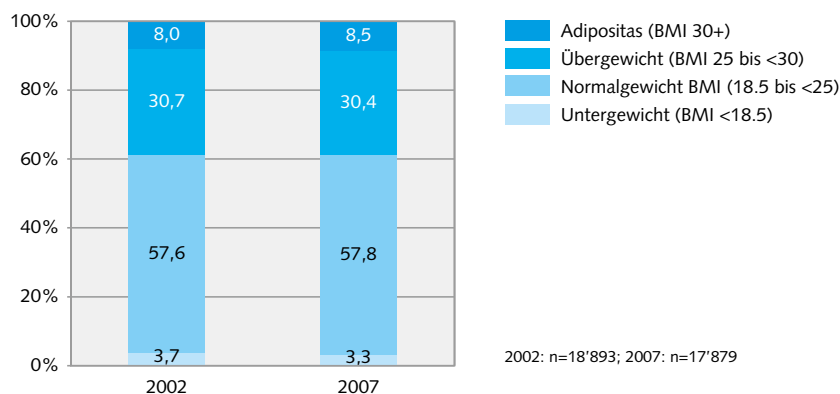
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=435 (UR), n=17'879 (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 nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.3

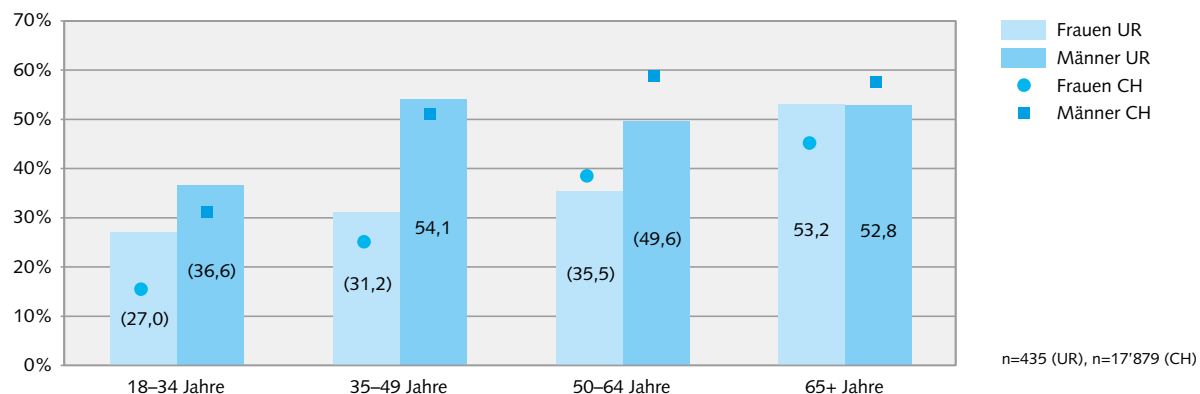
Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen Kanton Uri 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)

(41,5%) der 18-Jährigen und Älteren sind im Kanton Uri übergewichtig oder adipös. Dieser Anteil entspricht ungefähr demjenigen der Gesamtschweiz (38,9%).⁵⁴

Männer häufiger übergewichtig als 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. Für den Kanton Uri lassen sich auf Grund der geringen Fallzahlen von 2002 keine Jahresvergleiche machen.

Mit Blick auf den BMI existieren deutliche Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung und sozio-ökonomischer Position. Wie Abbildung 3.4 zeigt, sind Männer je nach Altersgruppe deutlich häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen. Die Extremwerte werden bei den 18- bis 34-jährigen Frauen mit einem Anteil von 27,0%⁵⁵ Übergewichtigen und den 35- bis 49-jährigen Männern mit einem Anteil von 54,1% erreicht. Anders als auf der Ebene der Gesamtschweiz bestehen im Kanton Uri keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den über 65-Jährigen.

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 Uri tendenziell überdurchschnittlich ist.

Verbreitete Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht

Übergewichtige Personen sind erwartungsgemäss häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als normal- und untergewichtige Personen. Im Kanton Uri ist jede vierte (19,7%) normal- und untergewichtige Person nicht mit ihrem Körpergewicht zufrieden, während es bei den Übergewichtigen und Adipösen fast die Hälfte (48,0%) ist. Abbildung 3.5 zeigt einmal mehr einen erheblichen Geschlechterunterschied: Über die Hälfte der übergewichtigen Frauen (54,1%) sind mit ihrem Körpergewicht nicht zufrieden, während es bei den Männern 43,1% sind. Männer können mit anderen Worten also deutlich besser mit ihrem Übergewicht leben als Frauen.

Ein Geschlechterunterschied zeigt sich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen 12 Monaten eine Diät gemacht habe: 6,7% der befragten Urnerinnen, aber 5,2% der befragten Urner bejahen diese Frage. Interessanterweise findet sich jedoch kein Unterschied zwischen Über- und Normalgewichtigen bei der Frage, ob man eine Diät gemacht habe.

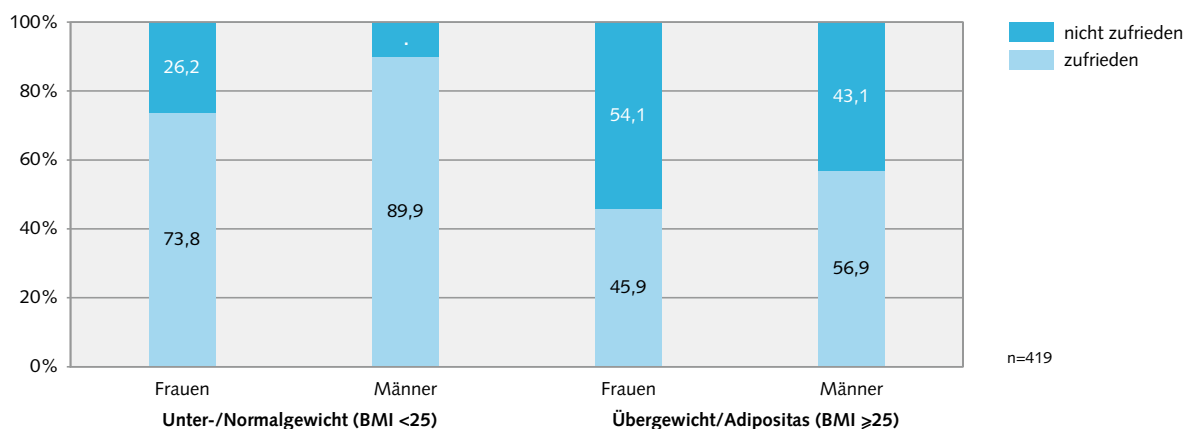
⁵⁴ Auf Grund der geringen Fallzahlen werden für den Kanton Uri die Personen mit einem BMI <25 kg/m² zur Kategorie der «unter- und normalgewichtigen Personen» zusammengefasst, diejenigen mit einem BMI ab 25 kg/m² als «übergewichtige und adipöse Personen».

⁵⁵ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht

Kanton Uri, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.5



. Antworten von <10 Personen

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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 Konsumverhalten in einem nächsten Schritt bewusst entsprechend gestalten. Die SGB enthält nur punktuelle Angaben zum Ernährungsbewusstsein und zum

Ernährungsverhalten. Die verfügbaren Resultate zeigen, dass sich viele Personen im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz nicht ausgewogen ernähren.

Drei Viertel der Bevölkerung achtet auf die Ernährung

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 (70,9%) der Bevölkerung im Kanton Uri gleich hoch wie in der übrigen Schweiz (70,5%). Wiederum zeigt der untere Teil von Tabelle jedoch substantielle Unterschiede nach Sprachregion: Der Kanton Uri liegt etwas unter dem 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 Uri überdies zwischen Frauen (83,8%) und Männern (56,8%), nach Einkommen und Bildungsstand. Verglichen mit dem Jahr 2002 lässt sich für die Gesamtschweiz ein leichter, aber signifikanter Anstieg von 69,1% auf 70,5% feststellen.

Gemüse wird wenig, Fleisch häufiger gegessen

Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigen sich auch, wenn das konkrete Ernährungsverhalten untersucht wird. Der rechte Teil von Tabelle 3.3

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

		Achtet auf Ernährung ¹		Hält Ernährungsempfehlung «5 am Tag» ein ²	
		UR	CH	UR	CH
Total		70,9	70,5	24,3	29,3
Geschlecht	Frauen	83,8	77,3	30,9	37,8
	Männer	56,8	63,4	16,9	20,2
Altersgruppen	15–34 Jahre	54,0	60,9	(24,1)	29,1
	35–49 Jahre	79,7	72,8	24,8	29,5
	50–64 Jahre	85,2	77,0	(27,7)	31,4
	65+ Jahre	68,2	75,2	(20,0)	26,5
Bildung	Obligatorische Schule	61,2	63,3	(21,1)	24,6
	Sekundarstufe II	70,8	69,1	24,7	28,7
	Tertiärstufe	84,1	78,0	(26,4)	32,9
Haushaltsäquivalenz-einkommen	bis CHF 2999	64,7	66,6	23,5	29,0
	CHF 3000 bis 4499	81,9	71,8	22,1	29,3
	CHF 5000 und höher	84,5	76,4	(26,7)	29,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	.	71,0	.	29,8
	Land	70,9	69,3	24,3	27,8
Regionaler Vergleich	Schweiz	70,5		29,3	
	Uri	70,9		24,3*	
	Appenzell Ausserrhoden	75,3*		25,6	
	Luzern	74,0*		29,2	
	Schwyz	72,9		27,3	
	Tessin	71,5		25,4*	
	Wallis	58,3*		30,5	
	Zentralschweiz	74,3		29,3	
	Deutschschweiz	75,5		27,7	
	Französische Schweiz	56,3		34,6	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Ernährungsbewusstsein: n=463 (UR), n=18'742 (CH); Ernährungsgewohnheiten: n=445 (UR), n=17'903 (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)

¹ Anteil der Personen, welche auf die Frage: «Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?» mit: «ja, ich achte auf etwas» antworten.² 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.**Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)**

	an 6–7 Tagen pro Woche		an 4–5 Tagen pro Woche		an 1–3 Tagen pro Woche		selten/nie	
	UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Fleisch	38,1*	25,6	32,8	28,5	27,3*	41,4	(1,8)*	4,5
Fisch	.	0,4	.	1,3	55,2*	61,7	44,0*	36,6
Milch und Milchprodukte	79,5*	68,1	(5,8)	8,0	8,9*	16,4	(5,8)	7,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

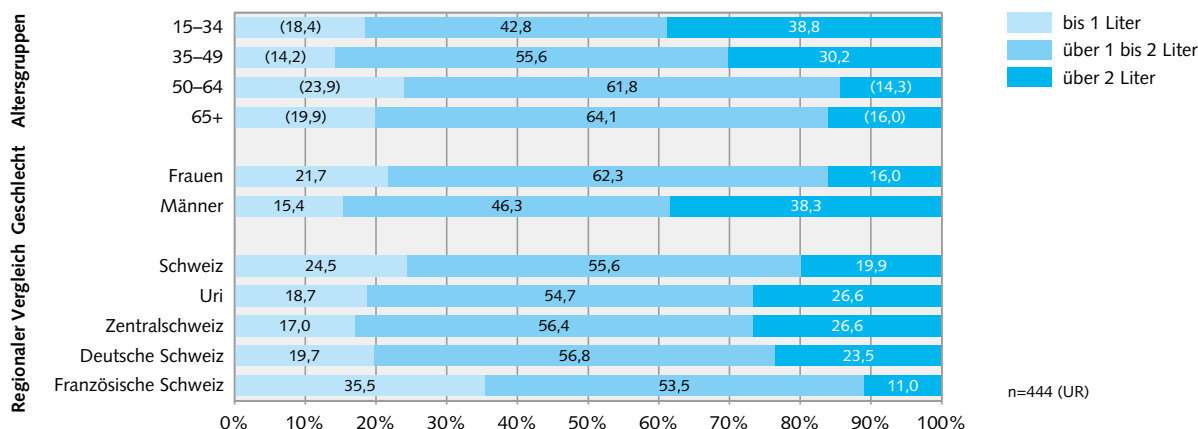
Fleisch/Wurstwaren: n=462 (UR), n=18'702 (CH); Fisch: n=462 (UR), n=18'722 (CH); Milch/Milchprodukte: n=462 (UR), n=18'717 (CH)

. 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 Uri, 2007

Abb. 3.6



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

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)

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 im Kanton Uri von weniger als einem Viertel befolgt, in der Gesamtschweiz sind es knapp 30% der Bevölkerung.

Frauen (30,9%) halten die Empfehlung dabei rund doppelt so oft ein wie Männer (16,9%), 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.⁵⁶ Erwähnenswert ist allerdings einmal mehr der Unterschied zwischen dem Kanton Uri bzw. der Deutschschweiz (27,7%) einerseits und der französischen Schweiz (34,6%), wo die Empfehlung «5 am Tag» trotz geringeren Ernährungsbewusstseins häufiger eingehalten wird.

Während sich die Urner/innen bezüglich ihres Früchte- und Gemüsekonsums etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt befinden, konsumieren sie gemäss Tabelle 3.4 deutlich häufiger an mindestens sechs

Tagen pro Woche Fleisch als der Gesamtschweizer Durchschnitt (38,1% vs. 25,6%). Auch der Milchkonsum liegt über dem Schweizerischen Durchschnitt, hingegen wird im Kanton Uri eher etwas weniger Fisch gegessen.

Überdurchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme im Kanton Uri

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 Urner Bevölkerung die Empfehlung. Über die Hälfte der Bevölkerung (54,7%) liegt mit einer täglichen Flüssigkeitszufuhr zwischen einem und zwei Litern exakt im Rahmen der Empfehlung und ein weiteres gutes Viertel (26,6%) trinkt täglich mehr als zwei Liter⁵⁷, so dass also jede sechste Person (18,7%) unter den Empfehlungen des BAG liegt. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 24,5%.

⁵⁶ 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).

⁵⁷ 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).

Der Abbildung lässt sich entnehmen, dass Frauen und ältere Personen (65 Jahre und älter) im Kanton Uri die Empfehlung deutlich seltener erfüllen. Dies gilt auch für die Gesamtschweiz. Wobei es allerdings zu beachten gilt, dass älteren Personen mit Herzproblemen häufig ein geringerer Flüssigkeitskonsum empfohlen wird. Als Folge des höheren Anteils an Personen, die mehr als zwei Liter täglich trinken, liegt die durchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme der Urner/innen mit über 1,9 Litern 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).

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).⁵⁸ 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 können diese positiven Effekte durch zusätzliche Risiken (z.B. Ermüdungsbrüche, Mangelerscheinungen) wieder in Frage gestellt werden.

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.

Deutliche Zunahme des Bewegungsniveaus für Gesamtschweiz

Für die Gesamtschweiz lässt sich 2007, verglichen mit dem Jahr 2002, eine deutliche Zunahme der körperlich Aktiven (von 35,8% auf 41,1%) und eine gleichzeitige Abnahme der Inaktiven um 3,5 Prozentpunkte auf 15,9% nachweisen (Abb. 3.7).

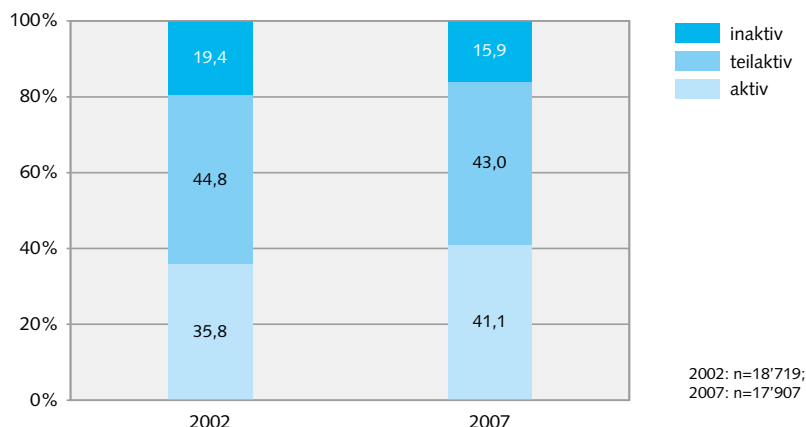
Dieser Befund ist insofern erstaunlich, als noch in den 1990er Jahren der Anteil der Inaktiven deutlich angestiegen ist (vgl. BFS, 2006). Er steht jedoch in Einklang mit einer aktuellen Studie zum Sportverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung (Lamprecht et al., 2008) und erhält weitere Unterstützung durch 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.⁵⁹

⁵⁸ 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).

⁵⁹ Dazu gehören etwa die Öffnung der Pausenplätze für sportliche Spiele ausserhalb der Schulzeiten, die teilweise Rückerstattung von Fitnesscenterbeiträgen durch die Krankenversicherungen, der ständige Ausbau des Velo- und Wanderwegnetzes oder das vielfältige Angebot von Sportvereinen und anderen Anbietern für alle Altersgruppen.

Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007

Abb. 3.7



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Trotz dieser positiven Entwicklung gilt es jedoch zu beachten, dass noch deutlich über die Hälfte der Urner 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 Uri ist der Anteil der körperlich aktiven Frauen (39,4%) nach wie vor geringer als derjenige der Männer (48,4%). 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 Uri 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 Uri als auch in der Gesamtschweiz ausgeprägt: Personen ohne nachobligatorische Schule sind im Kanton Uri überdurchschnittlich häufig körperlich inaktiv (18,9%⁶⁰), während der Anteil der Aktiven unter

den Hochschulabgängerinnen und -abgängern am höchsten ist (48,0%). Dieser Unterschied besteht unabhängig davon, ob man sich an der Arbeit körperlich anstrengt oder nicht.⁶¹

Augenfällig ist schliesslich der Unterschied zwischen den drei Sprachregionen. Das körperliche Aktivitätsniveau der Urner Bevölkerung ordnet sich gut in dasjenige der Deutschschweizer Vergleichskantone ein, es liegt aber deutlich über demjenigen in der französischen Schweiz und dem Tessin. Während 43,7% der Urner/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%) mehr als doppelt so hoch wie im Kanton Uri (11,3%).

⁶⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

⁶¹ 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 Absolventen/innen der Sekundarstufe I 31%, bei den Absolventen/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).

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

		trainiert/aktiv		unregelmässig/teilaktiv		inaktiv	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		43,7	41,1	45,0	43,0	11,3	15,9
Geschlecht	Frauen	39,4	39,1	46,3	43,0	(14,3)	17,9
	Männer	48,4	43,3	43,6	42,9	8,0	13,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	50,0	47,8	38,7	42,0	(11,3)	10,2
	35–49 Jahre	36,6	39,2	52,8	46,7	(10,6)	14,1
	50–64 Jahre	41,7	38,6	51,0	45,6	.	15,8
	65+ Jahre	46,0	36,1	37,2	35,1	(16,9)	28,8
Bildung	Obligatorische Schule	39,7	36,5	41,4	34,1	(18,9)	29,4
	Sekundarstufe II	43,8	41,6	45,9	42,9	(10,3)	15,5
	Tertiärstufe	48,0	42,3	46,5	47,2	.	10,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	38,7	40,2	49,8	41,6	(11,5)	18,2
	CHF 3000 bis 4499	49,5	40,1	41,5	43,3	(9,0)	16,6
	CHF 5000 und höher	42,6	43,1	50,6	46,3	.	10,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	40,8	-	42,8	-	16,4
	Land	43,7	42,0	45,0	43,4	11,3	14,6
Regionaler Vergleich	Schweiz	41,1		43,0		15,9	
	Uri	43,7		45,0		11,3*	
	Appenzell Ausserrhoden	50,3*		38,8		10,9*	
	Luzern	43,9		43,0		13,1*	
	Schwyz	30,8*		41,2		27,9*	
	Tessin	39,5		46,7		13,8	
	Wallis	38,7		43,7		17,6	
	Zentralschweiz	42,1		45,1		12,8	
	Deutschschweiz	43,5		42,7		13,9	
	Französische Schweiz	36,2		44,1		19,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=444 (UR), n=17'907 (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)

Wie Abbildung 3.8 zeigt, sind inaktive Personen deutlich häufiger übergewichtig (46,4%⁶²) als aktive (33,4%) oder teilaktive Personen (45,3%). Dieser Zusammenhang gilt dabei gemäss einer hier nicht dargestellten Zusatzanalyse unabhängig vom Alter und Geschlecht.⁶³ Aus der Abbildung lässt sich aber selbstverständlich kein Ursache-Wirkungszusammenhang ableiten. Das heisst:

⁶² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

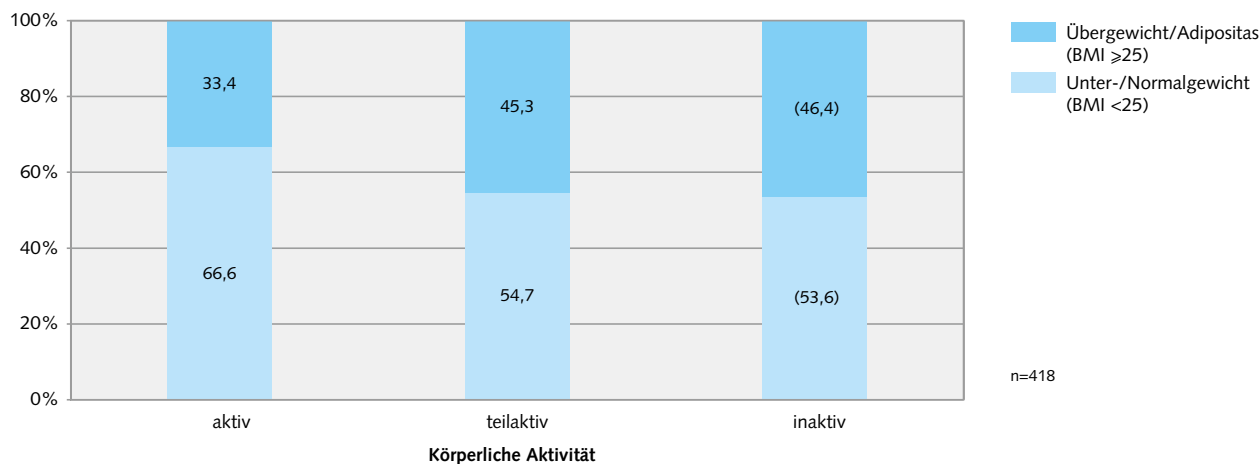
⁶³ Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde diese Zusatzanalyse nur auf der Ebene der Gesamtschweiz durchgeführt. Hier zeigt sich dann beispielsweise, dass 31% der inaktiven Männer und 21% der inaktiven Frauen bei den unter 35-Jährigen übergewichtig sind, während es bei den gleichaltrigen aktiven Männern 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.

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

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

Abb. 3.8



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Förderung eines gesunden Körpergewichts auf der Grundlage ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung, wie sie auch im Kanton Uri 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 von psychoaktiven Substanzen

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

In diesem Teil 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

Der 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.

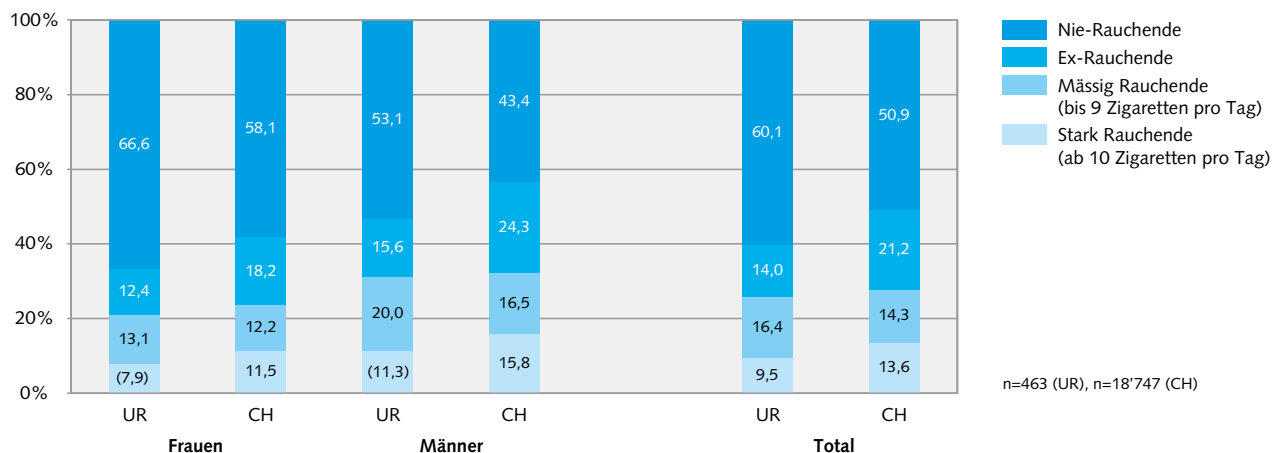
Gemäss den Statistiken über den Zigarettenverkauf erhöhte sich der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner in der Schweiz zwischen den Fünfzigerjahren und Mitte der Siebzigerjahre stetig. Danach ging der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner kontinuierlich zurück und beläuft sich heute auf rund 12 Millionen Zigaretten pro Jahr.⁶⁴ 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 indes nur bei den Männern (bis 64 Jahre: -11%, ab

⁶⁴ www.swiss-cigarette.ch/de/tabak/statistiken.html (Zugriff am 20.01.2010).

Anteil Rauchende und Nichtraucher Kanton Uri 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. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

65 Jahren: -9%). Bei den Frauen stieg die Zahl der Todesfälle um 7% (bis 64 Jahre: +17%, ab 65 Jahren: +5%) (vgl. auch Kap. 2.5).

Die direkten Kosten von Tabakkonsum (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).

Gut ein Viertel der Urner Bevölkerung raucht

Gut ein Viertel (25,9%) der Urner Bevölkerung raucht. Gut zwei Fünftel der Raucher/innen sind stark Rauchende (ab zehn Zigaretten pro Tag), während die übrigen zur Kategorie der mässig Rauchenden gehören (bis 9 Zigaretten pro Tag). Von den knapp 75% Nichtraucher/innen haben ca. 60% noch nie geraucht, bei 14,0% handelt es sich um Personen, welche mit dem Rauchen aufgehört haben (Abb. 3.9).

Im Kanton Uri rauchen etwa gleich viele wie in der Gesamtschweiz (27,9%). Der Anteil der stark Rauchenden ist im Kanton Uri aber signifikant tiefer (9,5% vs. 13,6%). Im Kanton Uri haben im Vergleich mit der Gesamtschweiz zudem deutlich mehr Personen noch nie geraucht (60,1% vs. 50,9%), entsprechend ist der Anteil der Ex-Rauchenden im Kanton Uri tiefer.

Die Betrachtung der zeitlichen Entwicklung für die Gesamtschweiz zeigt, dass der Anteil Raucher/innen zwischen 2002 und 2007 von 30,5% auf 27,9% gesunken ist. Abgenommen hat insbesondere der Anteil der stark rauchenden Personen und zwar von 16,5% auf 13,6%.⁶⁵

Höherer Tabakkonsum bei den Männern

Männer rauchen häufiger als Frauen – das gilt für die Gesamtschweiz wie auch für den Kanton Uri (UR: 31,3% vs. 21,0%; CH: 32,3% vs. 23,7%). Auf der Ebene der Gesamtschweiz lässt sich dieser Geschlechterunterschied in allen Altersgruppen feststellen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher ab: Rauchen im Kanton Uri gut 34% der 15- bis 34-Jährigen, so sind es bei den 65-Jährigen und Älteren noch etwa 17% (Abb. 3.10).

Auf gesamtschweizerischer Ebene sind bei den Männern ab 65 Jahren knapp die Hälfte 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

⁶⁵ Neueste Daten zeigen jedoch für die Ebene der Gesamtschweiz, dass 2008 der Anteil Raucher/innen wieder leicht zugenommen hat (SFA, 2009).

Fünfzigerjahren wurden die Raucherinnen immer zahlreicher und damit auch die negativen gesundheitlichen Folgen: 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).

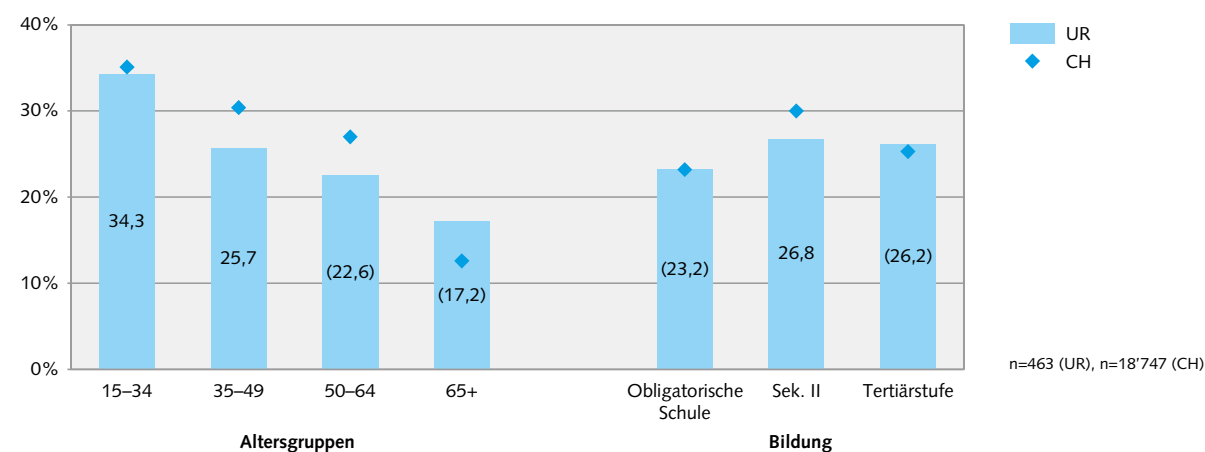
Der Blick auf die Schulbildung zeigt, dass die Personengruppe mit einem Abschluss auf Sekundarstufe den höchsten Anteil an Raucher/innen aufweist. Das gilt für

die Gesamtschweiz und tendenziell auch für den Kanton Uri (Abb. 3.10).

Was die Gesamtschweizer Bevölkerung betrifft, weisen die Personen, die eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben, den höchsten Anteil von Raucherinnen und Rauchern auf (Abb. 3.11). In der jüngsten Altersgruppe rauchen die Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weniger als die Personen mit einer höheren Ausbildung. Bei den 35- bis 49-Jährigen

Raucher/innen nach Altersgruppen und nach Bildung
Kanton Uri und Schweiz, 2007

Abb. 3.10



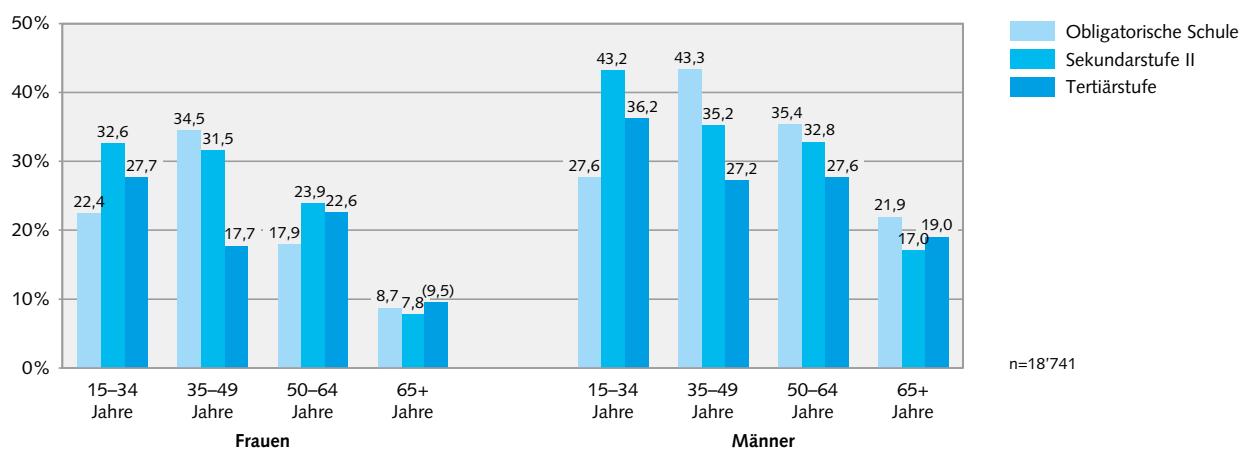
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Raucher/innen nach Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007

Abb. 3.11



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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.6 Tabakkonsum im regionalen Vergleich, 2007 (in %)

		Nichtraucher/innen	Raucher/innen
Regionaler Vergleich	Schweiz	72,1	27,9
	Uri	74,1	25,9
	Appenzell Ausserrhoden	72,3	27,7
	Luzern	73,6	26,4
	Schwyz	69,4	30,6
	Tessin	72,6	27,4
	Wallis	71,3	28,7
	Zentralschweiz	72,5	27,5
	Deutschschweiz	72,0	28,0
	Französische Schweiz	72,3	27,7

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=463 (UR)

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

weisen die Gruppen der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II die höchsten Anteile von 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 Raucherinnen und Raucher

Wie Abbildung 3.12 für die gesamtschweizerische Ebene veranschaulicht, weisen Männer nicht nur einen höheren Anteil von Rauchern auf als Frauen, sondern sie gehören auch in grösserer Zahl zu den sehr starken Rauchern (ab 20 Zigaretten pro Tag). Im Jahr 2007 rauchte in der Schweiz ein Drittel der Männer mindestens 20 Zigaretten pro Tag, während dies nur bei einem Fünftel der Frauen zutraf. 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%).

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)⁶⁶ an, während der Anteil der sehr starken Raucher/innen (ab 20 Zigaretten pro Tag) zurückging.

⁶⁶ Personen, die sich als Raucher/innen bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen.

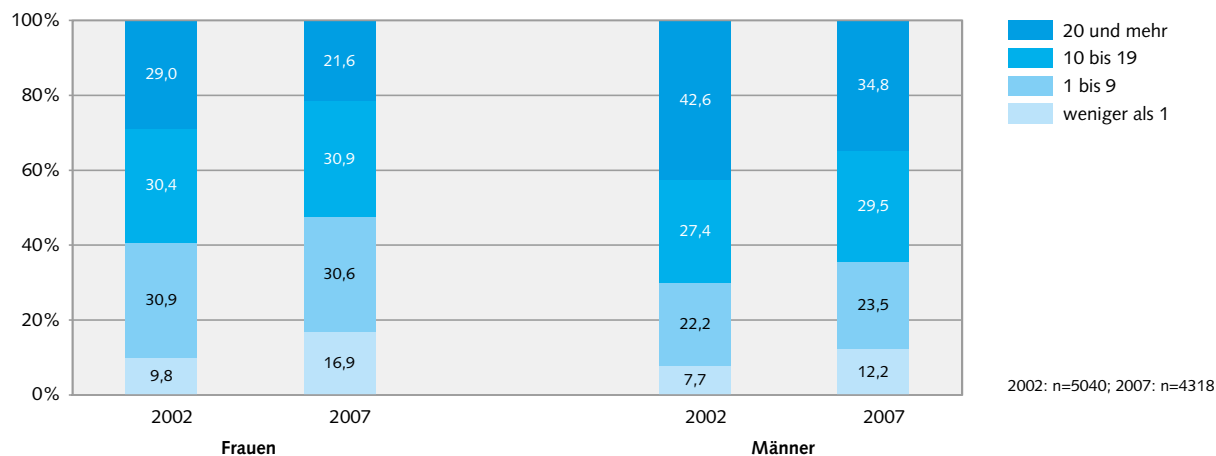
3.3.2 Passivrauchen

Beim Passivrauchen wird Tabakrauch von Drittpersonen eingeatmet. Dieser setzt sich aus dem von der glühenden Zigarette abgehenden Rauch 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 sind (in Minuten und Stunden). Berücksichtigt wurden Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die dem Passivrauchen eine Stunde und mehr pro Tag ausgesetzt sind.

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 ab 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

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

Abb. 3.12



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Wortlaut der Frage: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen können. Der Kanton Uri verfügt wie weitere vierzehn Kantone (AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, VD, VS, ZH) über eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinausgeht.

Junge Menschen sind dem Passivrauch häufiger ausgesetzt

Im Kanton Uri geben mit 19,4% etwas mehr Personen als in der Gesamtschweiz (15,6%) an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant. Auf der Ebene der Gesamtschweiz sind Männer (18,9%) dem Tabakrauch vermehrt ausgesetzt als Frauen (12,9%, Tab. 3.7). Dieser Geschlechterunterschied ist auch im Kanton Uri (23,7% vs. 15,9%)⁶⁷ deutlich, wenn auch nicht signifikant.

Ein Blick auf die Ebene der Zentralschweiz und der Gesamtschweiz zeigt, dass jüngere Personen häufiger Passivrauch ausgesetzt sind als ältere: So berichten in der Zentralschweiz 25,3% der unter 35-Jährigen davon, in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind es 11,8% (CH: 27,8% vs. 14,9%).

Am häufigsten Tabakrauch ausgesetzt sind hinsichtlich Bildung auf gesamtschweizerischer Ebene Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und Männer, welche

die obligatorische Schule oder eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben (diese Daten sind nicht dargestellt).

Wie Tabelle 3.8 zu entnehmen ist, sind Männer auf gesamtschweizerischer Ebene gemäss ihren Angaben auch am Arbeitsplatz häufiger dem Passivrauch ausgesetzt als Frauen. Auf einer Skala mit sieben Kategorien mussten die berufstätigen Personen angeben, in welchem Ausmass sie dem Tabakrauch anderer Raucher/innen ausgesetzt sind. Als dem Passivrauch Ausgesetzte 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. Auch am Arbeitsplatz sind es erneut die jüngeren Personen sowie jene mit tieferem Bildungsniveau, die am stärksten Passivrauch 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,

⁶⁷ Diese beiden Prozentwerte beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 3.7 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, Schweiz, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag
Passivrauch ausgesetzt, in %)

		Frauen	Männer	Total
Regionaler Vergleich	Schweiz	12,9	18,9	15,6
	Uri	(15,9)	(23,7)	19,4
	Appenzell Ausserrhoden	(11,6)	(18,5)	14,6
	Luzern	11,3	18,3	14,4
	Schwyz	(12,5)	28,3*	19,2
	Tessin	11,3	20,2	15,2
	Wallis	15,2	23,1	18,9
	Zentralschweiz	12,9	18,9	15,6
	Deutschschweiz	11,5	17,7	14,3
	Französische Schweiz	17,1	22,1	19,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=12'741

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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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. 3.8 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=7610

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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.

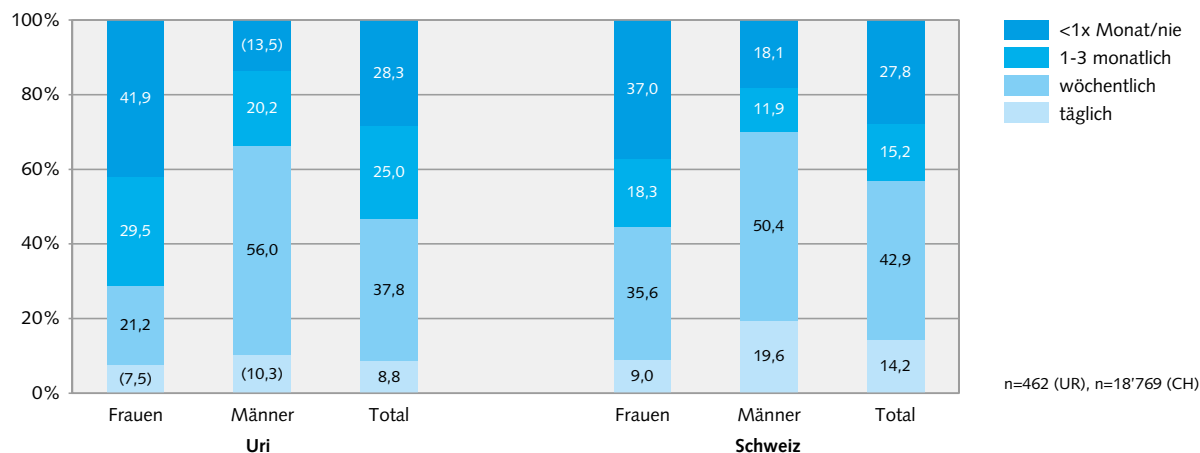
einem Land mit Winzertradition, Teil der Kultur. Somit ist es häufig sehr schwierig, sich dem sozialen Druck zum Alkoholkonsum zu entziehen (Fouquet & de Borde, 1990).

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.

Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht Kanton Uri und Schweiz, 2007

Abb. 3.13



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Häufigkeit des Alkoholkonsums: täglich (ein- bis mehrmals täglich), wöchentlich (1–6-mal wöchentlich), selten (3-mal und weniger als einmal pro Monat), nie (abstinent)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Alkohol ist der drittwichtigste Risikofaktor im Zusammenhang mit dem Verlust von potenziellen Lebensjahren aufgrund eines frühzeitigen Ablebens und dem Verlust von Erwerbsjahren 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/innen), über dem Durchschnitt der OECD-Länder (9,5 Liter pro Einwohner/innen, 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 Alkoholkonsum zurückführbaren Krankheiten – Arzt- und Spital- 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 al., 2003).

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.⁶⁸ 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 Uri konsumieren 8,8% der Bevölkerung täglich, 37,8% ein- bis mehrmals pro Woche, 25,0% ein- bis dreimal im Monat und 28,3% selten (weniger als einmal monatlich) oder nie alkoholische Getränke. Wie Abbildung 3.13 veranschaulicht, besteht ein klarer Geschlechterunterschied: So trinken beispielsweise im

⁶⁸ Ein Glas eines alkoholischen Getränks (beispielsweise 3 dl Bier, 1 dl Wein, 25 cl Schnaps) enthält 10 bis 12g reinen Alkohol.

Tab. 3.9 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)

		Kein Risiko ¹	Geringes Risiko	Mittleres bis hohes Risiko
Total		26,2	68,7	5,1
Geschlecht	Frauen	35,2	60,2	4,6
	Männer	16,6	77,7	5,7
Altersgruppen	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
Bildung	Obligatorische Schule	50,1	45,2	4,7
	Sekundarstufe II	25,9	68,8	5,3
	Tertiärstufe	15,5	79,5	5,0
Nationalität	Schweiz	23,6	71,1	5,4
	Ausland	37,6	58,2	4,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	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
Urbanisierungsgrad	Stadt	26,3	68,5	5,2
	Land	26,0	69,1	4,9
Regionaler Vergleich	Schweiz	26,2	68,7	5,1
	Uri	27,7	68,1	4,2
	Appenzell Ausserrhoden	24,0	73,4*	(2,6)*
	Luzern	25,8	68,9	5,3
	Schwyz	25,7	69,3	5,0
	Tessin	40,4*	52,2*	7,3*
	Wallis	32,4*	60,6*	7,0*
	Zentralschweiz	25,1	69,7	5,2
	Deutschschweiz	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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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

¹ 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).

Kanton Uri 41,9% der Frauen selten/nie und 21,2% ein- bis mehrmals wöchentlich. Bei den Männern sind die entsprechenden Anteil 13,5%⁶⁹ bzw. 56,0%.

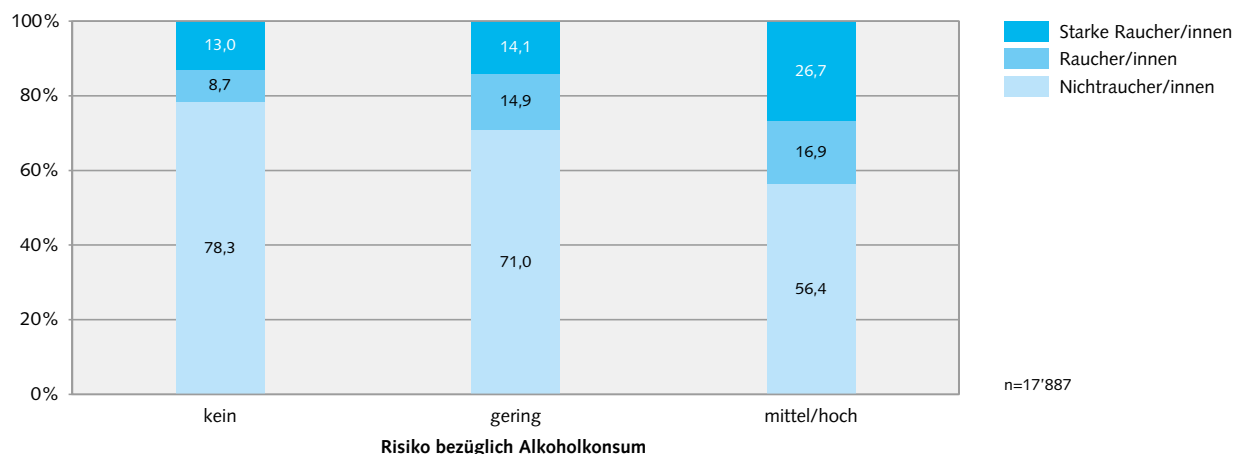
Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass im Kanton Uri etwa gleich viele wie in der Gesamtschweiz selten bis nie Alkohol trinken, die Anteile der täglich und ein- bis mehrmals wöchentlich Trinkenden ist dagegen im Kanton Uri deutlich tiefer. Entsprechend ist der Anteil der Personen, welche ein- bis dreimal im Monat Alkohol konsumieren, im Kanton Uri höher.

Im Kanton Uri gehen 4,2% der Befragten mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Risiko für ihre Gesundheit ein, was unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (nicht signifikant). Nach Geschlecht sind es auf Ebene der Gesamtschweiz 4,6% der Frauen und 5,7% der Männer. Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko steigt mit dem Alter. Hervorzuheben ist auch, dass Personen in höheren Einkommensgruppen ebenfalls häufiger ein mittleres bis hohes Risiko aufweisen (Ebene Gesamtschweiz).

⁶⁹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007

Abb. 3.14



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abbildung 3.14 zeigt für die Gesamtschweiz, dass die Gruppe von Befragten, die ein mittleres bis hohes Risiko beim Alkoholkonsum eingeht, auch den höchsten Anteil von Rauchenden – insbesondere von stark Rauchenden – aufweist.

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 neuropsychologische 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 23,8%⁷⁰ der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Uri Erfahrungen mit Cannabisprodukten (Lebenszeitprävalenz) haben (Tab. 3.10). Dieser Wert liegt unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 32,8% (nicht signifikant).

Die Daten für die Gesamtschweiz zeigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung 8,1% Cannabis konsumierten (aktueller Konsum). Männer geben deutlich häufiger als

Frauen an, schon einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (41,0% vs. 24,5%). Dies gilt auch für den aktuellen Konsum (12,0% vs. 4,1%). Zwischen 2002 und 2007 hat die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums auf gesamtschweizerischer Ebene von 29,2% auf 32,8% zugenommen. Der aktuelle Konsum ist in der gleichen Zeitspanne von 8,9% auf 8,1% zurückgegangen, diese Veränderung ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Aus verschiedenen Daten geht hervor, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Wechselwirkungen zwischen dem Cannabiskonsum und dem Tabakkonsum bestehen (Richter et al., 2004). Wie Auswertungen der SGB 2007 auf Gesamtschweizer Ebene zeigen, sind 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

⁷⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 3.10 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)

		Lebenszeitprävalenz	Aktueller Konsum
Geschlecht	Frauen	24,5	4,1
	Männer	41,0	12,0
Nationalität	Schweiz	36,0	9,4
	Ausland	23,8	4,3
Regionaler Vergleich	Schweiz	32,8	8,1
	Uri	(23,8)	.
	Appenzell Ausserrhoden	(27,0)	.
	Luzern	24,6*	(5,6)
	Schwyz	27,6	.
	Tessin	21,4*	(4,3)*
	Wallis	33,6	(7,4)
	Zentralschweiz	28,1	5,9
	Deutschschweiz	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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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 (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 indessen 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.

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 genannten 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 Unterschiede im Gesundheitszustand und können deshalb nicht auf einen missbräuchlichen Konsum dieser Medikamente zurückgeführt werden.

Medikamentenkonsum steigt mit zunehmendem Alter

Im Jahr 2007 haben 35,4% der Urner Bevölkerung in den sieben Tagen vor der Befragung zumindest ein Medikament konsumiert, was deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 46,3% liegt. Die Aufteilung nach Medikamentenarten zeigt für die Gesamtschweiz, dass 20,1% Schmerzmittel (Analgetika), 4,3% Beruhigungsmittel, 5,2% Schlafmittel und 3,6% Antidepressiva eingenommen haben.

Frauen geben häufiger als Männer an, in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert zu haben – dies gilt für die Gesamtschweiz wie tendenziell auch für den Kanton Uri (Tab. 3.11). Weiter ist aus Tabelle 3.11 ersichtlich, dass der Medikamentenkon-

sum mit zunehmendem Alter steigt. Mit höherer Ausbildung nimmt der Medikamentenkonsum in der Gesamtschweiz deutlich ab. Im Kanton Uri dagegen konsumieren die Personen mit Tertiärbildung am häufigsten Medikamente, dieser Zusammenhang ist jedoch statistisch nicht signifikant.

In der Gesamtschweiz ist ein Anstieg des Medikamentenkonsums zu verzeichnen: So hatten 2002 40,8% der Befragten in den sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert, im Jahr 2007 lag dieser Anteil bei 46,3%. Zwischen 2002 und 2007 nahm auf Ebene der Gesamtschweiz der Konsum von Schmerzmitteln am stärksten zu und zwar 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 konsumiert, stieg von 4,1% auf 5,2%, und jener der Personen, die Beruhigungsmittel konsumiert, von 3,8% auf 4,3%.

Ein Grossteil der psychotropen Medikamente wird ärztlich verschrieben

Etwa drei Viertel der konsumierten Medikamente werden von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben (UR: 71,6%, CH: 78,1%). Die Daten für die gesamtschweizerische Ebene zeigen, dass 97,8% der Antidepressiva ärztlich verschrieben wurden, bei den Schmerzmitteln sind es erwartungsgemäss mit 54,8% weit weniger. Bei Beruhigungs- und Schlafmitteln sind die entsprechenden Anteile 82,3% bzw. 86,3%. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass bei der Verschreibung von Medikamenten durch einen Arzt/eine Ärztin auf Gesamtschweizer Ebene keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht des Konsumenten festgestellt wurden.

Abbildung 3.15 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Einnahme von Medikamenten: Personen mit hoher psychischer Belastung konsumieren deutlich häufiger psychotrope Medikamente und andere Medikamente als Personen, die psychisch nicht stark belastet sind. 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 3.16 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

Tab. 3.11 Medikamentenkonsum, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel	Beruhigungs- mittel	Schlafmittel	Anti- depressivum
		UR	CH	CH	CH	CH	CH
Total		35,4	46,3	20,1	4,3	5,2	3,6
Geschlecht	Frauen	38,8	51,3	24,4	5,3	6,8	4,5
	Männer	31,7	41,0	15,6	3,3	3,6	2,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	(23,8)	31,0	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 Jahre	22,9	37,3	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 Jahre	35,1	54,0	21,7	6,4	6,3	5,8
	65+ Jahre	70,4	76,6	25,0	7,9	14,9	4,7
Bildung	Obligatorische Schule	35,0	53,9	25,6	7,8	10,6	6,0
	Sekundarstufe II	31,8	44,9	19,5	4,0	4,9	3,2
	Tertiärstufe	49,3	45,3	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalität	Schweiz	35,8	47,8	19,8	4,2	5,3	3,4
	Ausland	.	40,3	21,1	4,9	4,8	4,4
Haushaltsäquivalenz- einkommen	bis CHF 2999	28,0	42,4	20,6	4,7	5,6	3,8
	CHF 3000 bis 4499	46,6	49,1	20,7	4,1	4,9	4,0
	CHF 4500 bis 5999	38,2	49,0	18,6	4,3	5,3	3,2
	CHF 6000 und höher	(47,2)	48,3	19,3	3,4	4,2	2,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	47,3	20,4	4,5	5,3	3,8
	Land	35,4	43,5	19,3	3,8	4,9	3,0
Regionaler Vergleich	Schweiz	46,3		20,1	4,3	5,2	3,6
	Uri	35,4*		15,4*	(2,8)	(3,6)	(1,2)*
	Appenzell Ausserrhoden	43,0		19,5	(4,4)	5,4	(4,7)
	Luzern	40,3*		16,2*	2,2*	4,0	2,5*
	Schwyz	43,9		17,5	(3,4)	4,8	(4,1)
	Tessin	45,2		18,5	5,7	6,6	3,9
	Wallis	48,8		22,6	5,8	6,7	4,3
	Zentralschweiz	40,5		16,4	2,7	3,6	3,0
	Deutschschweiz	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=463 (UR), n=18'744 (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)

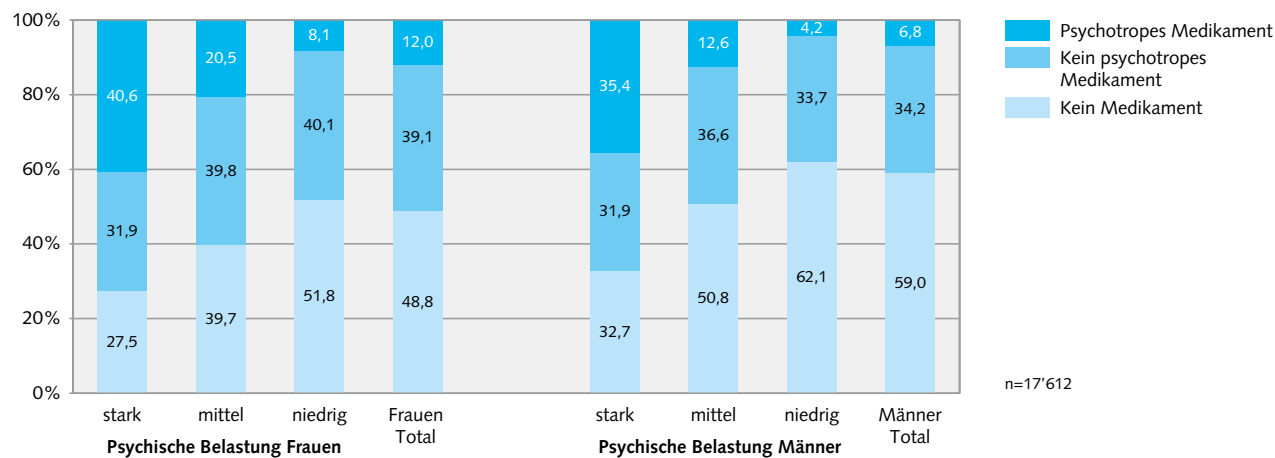
Mit der allgemeinen Frage zum Medikamentenkonsum war der Konsum irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen vor der Befragung gemeint. Als Konsumenten/innen gelten diejenigen, die täglich, mehrmals pro Woche oder ca. einmal pro Woche ein Medikament eingenommen haben.

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).

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

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

Abb. 3.15



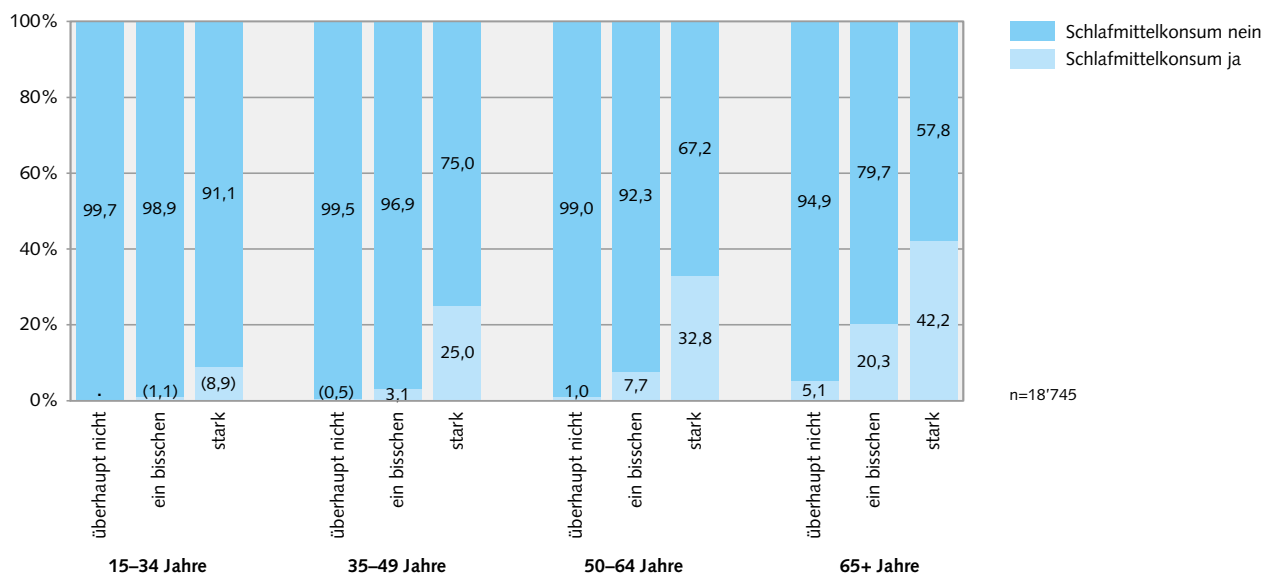
Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Die in dieser Abbildung berücksichtigten psychotropen Medikamente sind Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Antidepressiva. Für die Definition der Variable «psychische Belastung» vgl. 2.3.1.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 3.16



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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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)

dieser Anteil bereits einen 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 wurden 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.

Im Kanton Uri sind 43,7% der Bevölkerung aktiv und 11,3% inaktiv. Damit ist das körperliche Aktivitätsniveau tendenziell höher als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Männer und Frauen sind in etwa gleich aktiv. Auf gesamtschweizerischer Ebene hat der Anteil der aktiven Personen zwischen 2002 und 2007 deutlich zugenommen.

Wie in der Gesamtschweiz geben auch in etwa 70% der Urnerinnen und Urner an, sich der Bedeutung der Ernährung bewusst zu sein. Knapp ein Viertel (24,3%) befolgt die Empfehlung, pro Tag fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen, was unter dem Schweizer Durchschnitt (29,3%) liegt. Der Fleischkonsum ist dagegen deutlich höher.

Die Analysen zum Körpergewicht zeigen, dass 41,5% der Bevölkerung im Kanton Uri übergewichtig ist. Männer sind häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen.

Der Anteil Raucher/innen im Kanton Uri entspricht mit 25,9% etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 27,9%. Der Anteil der stark Rauchenden ist im Kanton Uri aber signifikant tiefer (9,5% vs. 13,6%). Wie auch in der Gesamtschweiz rauchen Männer (31,3%) im Kanton Uri häufiger als Frauen (21,0%). 8,8% der Urner Bevölkerung konsumiert täglich und 37,8% ein- bis mehrmals wöchentlich Alkohol. 28,3% trinken selten (weniger als einmal monatlich) oder nie. Verglichen mit der Gesamtschweiz ist der Anteil der täglich und ein- bis mehrmals wöchentlich Trinkenden im Kanton Uri deutlich tiefer (14,2% vs. 8,8% und 42,9% vs. 37,8%). Auch beim Alkoholkonsum zeigt sich ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren deutlich häufiger Alkohol als Frauen. Im Kanton Uri haben 35,4% in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen. Damit liegt der Medikamentenkonsum deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 46,3%. Frauen geben häufiger als Männer an, ein Medikament konsumiert zu haben. Landesweit ist der Medikamentenkonsum zwischen 2002 und 2007 gestiegen.

4 Wohn- und Arbeitssituation

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand

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.⁷¹ 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.

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 Erholung- 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-Krankheit steigen (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

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

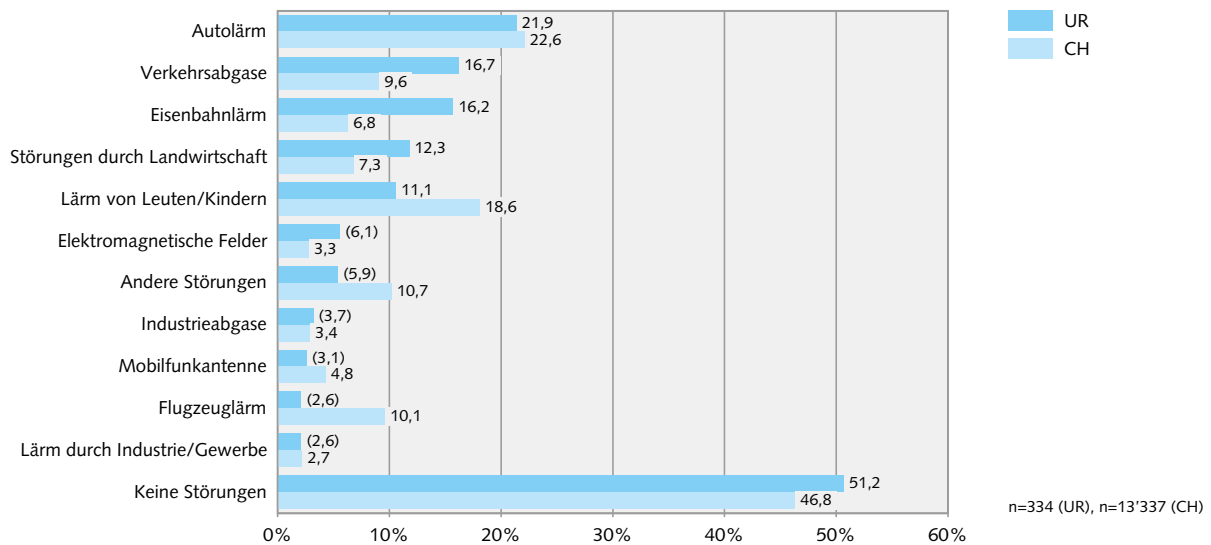
«Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der erwerbstätigen Bevölkerung und kann viel zu Sicherheit, Anerkennung und Wohlbefinden dieser Bevölkerungsgruppe beitragen. Die berufliche Tätigkeit kann eine Quelle für das Selbstwertgefühl und damit für die psychische Gesundheit darstellen. Erwerbstätige sind an ihrem Arbeitsplatz aber auch physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zu den physischen Risiken gehören Unfälle, Lärmbelastung, Schicht- oder Nacharbeit, 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. 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).

⁷¹ 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».

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

Abb. 4.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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 Autolärm die Störungsquelle Nummer 1 im Kanton Uri ist. Mehr als jede fünfte Person (21,9%) erwähnt diese Lärmquelle, zusätzlich verweist rund jede sechste Person auf Verkehrsabgase und Eisenbahnlärm, und jede zehnte erwähnt Störungen durch Landwirtschaft oder Lärm von anderen Menschen. Die übrigen in der Abbildung dargestellten Störungsquellen werden hingegen von jeweils weniger als 10% der Befragten genannt. Dass Belastungen aufgrund des Verkehrs an erster Stelle der Rangliste stehen, ist angesichts der wichtigen Verkehrsachsen, die den Kanton durchziehen, kaum erstaunlich.

Mehr als die Hälfte der Urner/innen wohnt «ungestört»

Auffallend ist allerdings, dass etwas mehr als die Hälfte (51,2%) der befragten Urner/innen keine der elf Störungsquellen erwähnt. Damit leben die Urner/innen im Durchschnitt etwas «unbelasteter» als die übrigen Schweizer/innen, von denen weniger als die Hälfte (46,8%) keine Störungen nennt (nicht signifikant). Auch im Vergleich mit einer Reihe anderer Kantone und Regionen (Tab. 4.1) erwähnen die Urner/innen eher weniger

Störungen im Wohnumfeld. Die «Rangliste» der Störungsquellen sieht in Uri und der Schweiz aber trotz der Unterschiede in der Anzahl Nennungen sehr ähnlich aus. Abweichungen zeigen sich bei den Verkehrsgasen und beim Eisenbahnlärm, denen in der Gesamtschweiz weniger Personen ausgesetzt sind. Dem Fluglärm und dem Lärm von anderen Menschen sind im Kanton Uri hingegen verglichen mit der Gesamtschweiz unterdurchschnittlich viele Personen ausgesetzt.

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

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

		Keine Störungen		1 Störung		2 und mehr Störungen	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		51,2	46,8	23,1	26,2	25,6	27,0
Geschlecht	Frauen	48,1	45,4	26,6	27,2	25,3	27,4
	Männer	54,2	48,2	19,8	25,2	25,9	26,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	59,3	47,6	(14,9)	26,6	(25,7)	25,8
	35–49 Jahre	51,1	47,7	(24,1)	25,3	(24,8)	27,0
	50–64 Jahre	43,5	45,7	(27,5)	27,0	(28,9)	27,3
	65+ Jahre	46,7	45,3	(30,2)	26,0	(23,1)	28,6
Bildung	Obligatorische Schule	50,2	43,0	(26,4)	26,0	(23,4)	31,0
	Sekundarstufe II	51,6	47,5	20,5	26,3	28,0	26,2
	Tertiärstufe	51,1	46,7	(31,1)	26,1	(17,8)	27,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	53,9	46,4	23,6	25,2	22,5	28,4
	CHF 3000 bis 4499	49,4	45,6	(19,1)	26,6	31,5	27,8
	CHF 5000 und höher	53,7	49,1	(33,0)	26,2	(13,4)	24,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	.	44,1	.	26,8	.	29,1
	Land	51,2	54,0	23,1	24,8	25,6	21,2
Regionaler Vergleich	Schweiz	46,8		26,2		27,0	
	Uri	51,2		23,1		25,6	
	Luzern	51,4*		26,4		22,2*	
	Appenzell Ausserrhoden	52,3		22,7		25,0	
	Schwyz	45,7		25,3		29,0	
	Tessin	45,7		24,7		29,6	
	Wallis	49,5		29,0		21,5*	
	Zentralschweiz	48,3		27,1		24,7	
	Deutschschweiz	48,1		25,2		26,7	
	Französische Schweiz	43,0		29,8		27,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=334 (UR), n=13'337 (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)

Zusammenhang zwischen Störungen und Gesundheitszustand

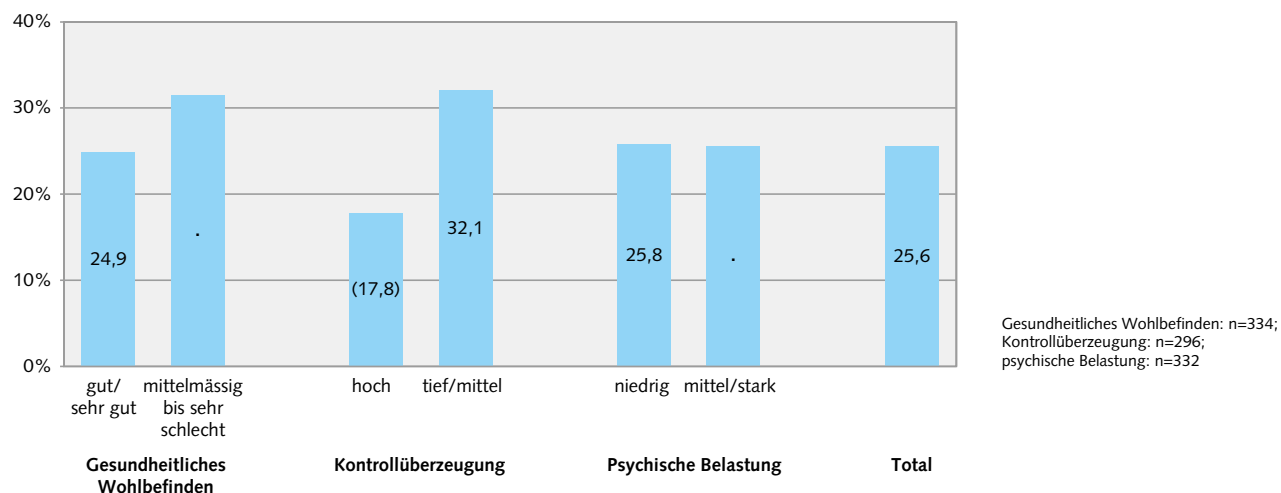
Abbildung 4.2 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit: Personen mit einem mittelmässigem bis sehr schlechtem gesundheitlichen Wohlbefinden und jene mit tiefer oder mittlerer Kontrollüberzeugung erwähnen deutlich häufiger zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld.⁷² 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.

⁷² Für die Definition der verwendeten Variablen siehe 2.3.

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

Abb. 4.2



. Antworten von <10 Personen. 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)

4.2 Belastungen bei der Arbeit⁷³

4.2.1 Immissionen

Analog zum Wohnen, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch die Immissionen am Arbeitsplatz erhoben.⁷⁴ Bei insgesamt zehn Störungsquellen wird gefragt, ob die Erwerbstätigen damit konfrontiert seien, wobei sich ein ähnliches Bild wie im Wohnumfeld zeigt. Sowohl im Kanton Uri als auch auf der Ebene der Gesamtschweiz erwähnt rund die Hälfte der Befragten keinerlei Immissionsquellen (Tab. 4.2).

Hohe Temperaturen als häufigste Störungsquelle bei der Arbeit

Wie aus Abbildung 4.3 hervorgeht, sind die Erwerbstätigen im Kanton Uri am häufigsten von zu hohen Temperaturen, starkem Lärm und Vibrationen betroffen. Diese Aspekte werden von einem Fünftel bis zu einem guten Viertel der Befragten erwähnt. Dagegen sind Strahlung, der Kontakt mit ansteckenden Stoffen und das Einatmen

von Dämpfen 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 Uri und der übrigen Schweiz. Auffallend ist, dass auf der Ebene der Gesamtschweiz weniger auf hohe Temperaturen, Vibrationen und Kontakt mit Rauch verwiesen wird. Das könnte mit dem vergleichsweise hohen Anteil an industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen im Kanton Uri zusammenhängen (vgl. 1.4). So kann etwa die im Kanton Uri vergleichsweise starke Belastung durch hohe Temperaturen möglicherweise mit der Firma Dätwyler AG (Gummi-, Kabelproduktion) – dem grössten Arbeitgeber im Kanton – erklärt werden.

Bei der Anzahl erwähnter Immissionen lassen sich gemäss Tabelle 4.2 deutliche Bildungs- und Einkommenseffekte nachweisen. Auf der Ebene der Gesamtschweiz lassen sich auch deutliche Berufseffekte nachweisen (diese Auswertung ist nicht abgebildet): Zwei Fünftel aller Arbeiter/innen (41,2%) erwähnen 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

⁷³ Beim Themenbereich «Arbeitssituation» gilt zu beachten, dass ein Teil der Befragten ausserhalb des Wohnkantons (Uri) arbeitet.

⁷⁴ 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 Uri bedeutet dies, dass diese Fragen in der Regel von rund 200 Personen beantwortet wurden und Analysen nach unterschiedlichen Merkmalen der befragten Personen daher sehr schnell an ihre Grenzen stossen.

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

		Keine Immissionen		1 und mehr Immissionen	
		UR	CH	UR	CH
Total		49,6	49,6	50,4	50,4
Geschlecht	Frauen	62,0	55,1	38,0	44,9
	Männer	40,0	45,4	60,0	54,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	47,6	41,8	(52,4)	58,2
	35–49 Jahre	47,2	51,7	52,8	48,3
	50+ Jahre	(57,7)	57,1	(42,3)	42,9
Bildung	Obligatorische Schule	.	39,1	(70,3)	60,9
	Sekundarstufe II	46,2	42,1	53,8	57,9
	Tertiärstufe	(71,4)	64,6	(28,6)	35,4
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	46,2	40,3	53,8	59,7
	CHF 3000 bis 4499	(49,9)	48,9	50,1	51,1
	CHF 5000 und höher	(61,4)	59,4	(38,6)	40,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	51,6	-	48,4
	Land	49,6	44,2	50,4	55,8
Regionaler Vergleich	Schweiz	49,6		50,4	
	Uri	49,6		50,4	
	Appenzell Ausserrhoden	49,2		50,8	
	Luzern	52,3		47,7	
	Schwyz	44,7		55,3	
	Tessin	52,9		47,1	
	Wallis	43,2		56,8	
	Zentralschweiz	49,7		50,3	
	Deutschschweiz	49,7		50,3	
	Französische Schweiz	48,8		51,2	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=172 (UR), n=7828 (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)

Tab. 4.3 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Uri, 2007 (Erwerbstätige, in %)

Psychische Belastung	Körperliche Belastung		
	gering/mittel	hoch	Total
gering/mittel	44,8	(16,8)	61,6
hoch	23,8	(14,6)	38,4
Total	68,6	31,4	100,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

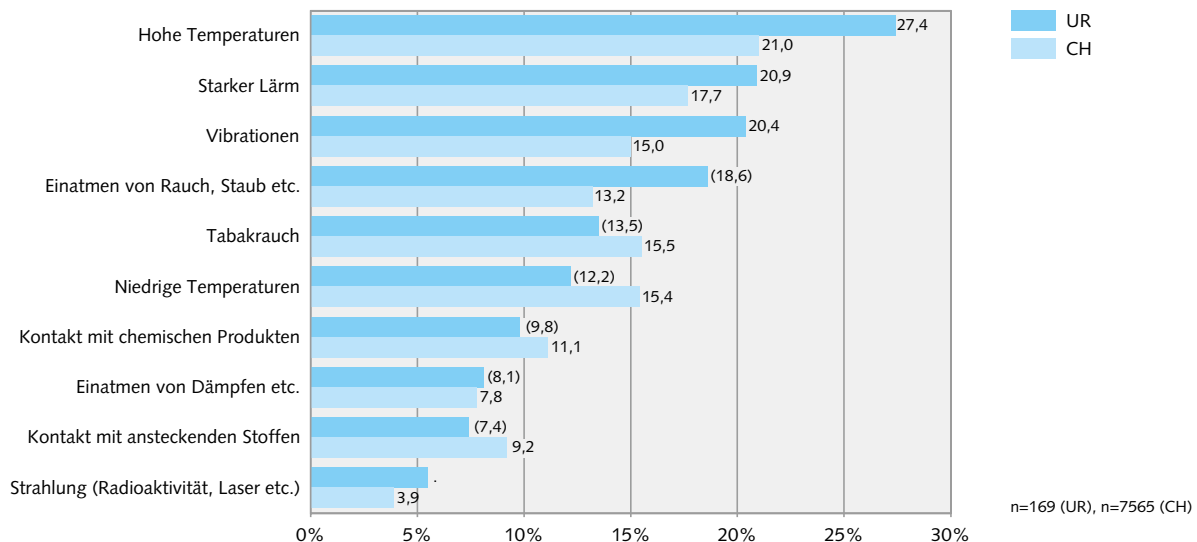
n=159

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

Für die Wortlaute der Fragen siehe Fussnote zu Tab. 4.4.

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

Abb. 4.3



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Immissionen vor allem im gewerblichen und industriellen Sektor auftreten, wo das durchschnittliche Bildungs- und Einkommensniveau geringer ist als im Dienstleistungssektor.⁷⁵ 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.⁷⁶

⁷⁵ 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.–.

⁷⁶ 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%.

Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, geben jeweils rund ein Drittel der Urner Erwerbstätigen ein hohes Mass an körperlicher (32,2%) oder psychischer Belastung (35,0%) an. Hohe körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz treten zwar selten gemeinsam auf, doch immerhin 14,6%⁷⁷ der Urner Erwerbstätigen berichten gemäss Tabelle 4.3 über beide Formen von Belastungen. Dem stehen mehr als zwei Fünftel der Erwerbstätigen gegenüber, die sowohl in psychischer als auch körperlicher Hinsicht höchstens «mittel» belastet sind.

Körperliche Belastung im Kanton Uri überdurchschnittlich

Wie Tabelle 4.4 zeigt, berichten im Kanton Uri mehr Personen von hoher körperlicher Belastung am Arbeitsplatz als in der Gesamtschweiz, bei der psychischen Belastung sind es tendenziell weniger. Dies dürfte u.a. im Zusammenhang mit der 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). Eine zusätzliche, hier nicht abgebildete Analyse zeigt deutlich, dass die Art der ausgeübten Tätigkeit die berichteten Belastungen entscheidend beeinflusst: Auf der Ebene der Gesamtschweiz

⁷⁷ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 4.4 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Uri und Schweiz, 2007
(Erwerbstätige, in %)

		Körperliche Belastung ¹				Psychische Belastung ²			
		gering/mittel ³		hoch ⁴		gering/mittel ³		hoch ⁴	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		67,8	76,7	32,2	23,3	65,0	58,7	35,0	41,3
Geschlecht	Frauen	67,8	78,1	(32,2)	21,9	70,6	64,6	(29,4)	35,4
	Männer	67,8	75,5	32,2	24,5	60,7	54,1	39,3	45,9
Altersgruppen	15–34 Jahre	64,8	72,3	(35,2)	27,7	65,8	60,2	(34,2)	39,8
	35–49 Jahre	65,1	78,1	(34,9)	21,9	56,5	58,4	43,5	41,6
	50+ Jahre	(77,8)	80,1	(22,2)	19,9	81,1	57,2	.	42,8
Bildung	Obligatorische Schule	.	53,9	.	46,1	(89,2)	67,9	.	32,1
	Sekundarstufe II	65,8	70,6	34,2	29,4	67,1	63,8	32,9	36,2
	Tertiärstufe	82,8	91,0	.	9,0	(46,8)	48,1	(53,2)	51,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	64,3	68,5	(35,7)	31,5	63,4	64,5	(36,6)	35,5
	CHF 3000 bis 4499	69,5	75,1	(30,5)	24,9	67,4	58,5	(32,6)	41,5
	CHF 5000 und höher	(80,2)	87,1	.	12,9	(59,7)	52,8	(40,3)	47,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	.	78,8	.	21,2	.	57,7	.	42,3
	Land	67,8	71,1	32,2	28,9	65,0	61,4	35,0	38,6
Regionaler Vergleich	Schweiz	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Uri	67,8*		32,2*		65,0		35,0	
	Appenzell Ausserrhoden	68,1*		31,9*		62,6		37,4	
	Luzern	66,2*		33,8*		63,6		36,4	
	Schwyz	69,7*		30,3*		55,1		44,9	
	Tessin	67,2*		32,8*		49,6*		50,4*	
	Wallis	72,9		27,1		62,8		37,2	
	Zentralschweiz	72,0		28,0		62,9		37,1	
	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=160 (UR), n=7557 (CH); psychische Belastung: n=174 (UR), n=8016 (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)

¹ 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?

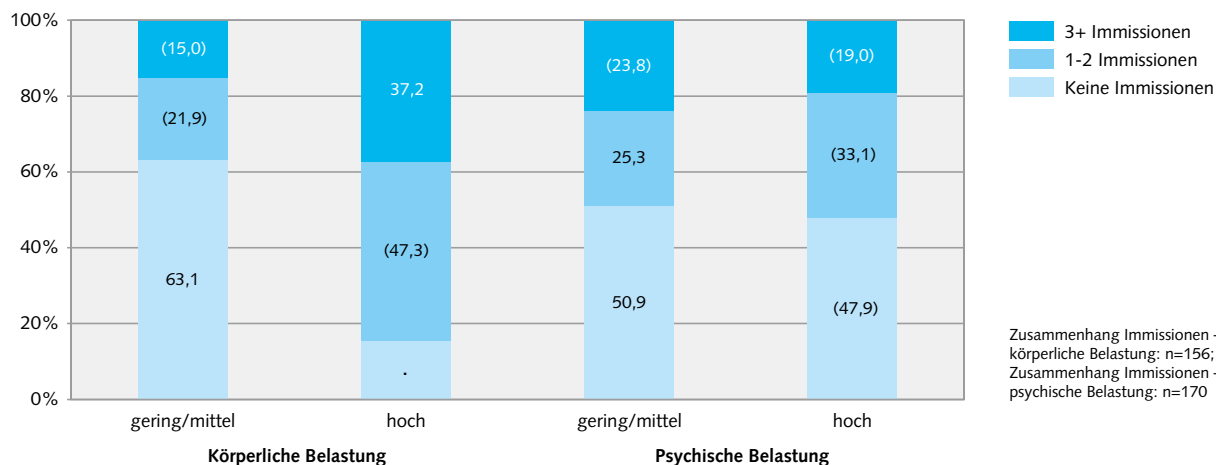
² Antworten auf die Frage: Wie steht es mit der psychischen und nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal zwei Arbeitsplätze vor: Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser psychischer und nervlicher Belastung. Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt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

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

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

Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Uri, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

konstatieren 44,5% der Arbeiter/innen hohe körperliche Belastungen, während dieser Anteil bei den nicht-manuellen Berufen (16,1%) und den Führungskräften (12,1%) deutlich geringer ist. Im Gegenzug erwähnt über die Hälfte (51,7%) der Führungskräfte hohe psychische Belastung, während es bei den Arbeiter/innen 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 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.⁷⁸

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 ein Drittel der körperlich stark belasteten Erwerbstätigen des Kantons Uri sind von drei oder mehr Immissionen betroffen, während es bei körperlich gering oder mittel Belasteten nur ca. 15% sind. 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 allgemeinen psychischen Belastungen andererseits. Dabei gilt: Je höher die körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, desto häufiger wird das gesundheitliche Wohlbefinden als mittelmässig oder schlecht bezeichnet und desto häufiger wird auch die allgemeine psychische Belastung im Alltag als hoch eingeschätzt.

⁷⁸ Eine zusätzliche Analyse bestätigt, dass die in der SGB 2007 befragten Frauen häufiger Teilzeit (62% vs. 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.

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 Uri als auch für die Gesamtschweiz ein hohes Mass an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation nachweisen. Dabei fällt für die Gesamtschweiz auf, dass der Anteil der mit ihrer Arbeit sehr Zufriedenen zwischen 2002 und 2007 deutlich angestiegen ist: Bezeichneten sich 2002 49,5% der Erwerbstätigen als «sehr» oder «ausserordentlich zufrieden» mit ihrer Arbeitssituation, beträgt dieser Anteil im Jahr 2007 über 65%.

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.

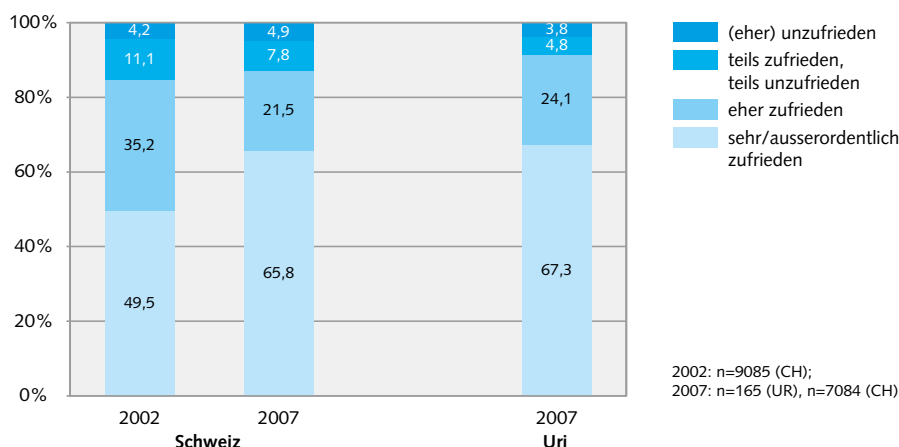
4.4 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden

Unabhängig von der aktuellen Arbeitszufriedenheit kann die Angst, die aktuelle Stelle zu verlieren und arbeitslos zu werden, eine erhebliche Belastung darstellen. Im Kanton Uri sorgten sich im Jahr 2007 6,4% der Erwerbstätigen um ihre Stelle, während sich fast die Hälfte (42,8%) überhaupt keine Sorgen machte. Die übrigen Befragten geben an, sich «eher keine Sorgen» um ihre Stelle zu machen. Diese Werte liegen in einer ähnlichen Grössenordnung wie die gesamtschweizerischen Werte. Einzig der Anteil derjenigen, die sich Sorgen um ihre Stelle machen, liegt im Kanton Uri 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.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation
Kanton Uri und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.5

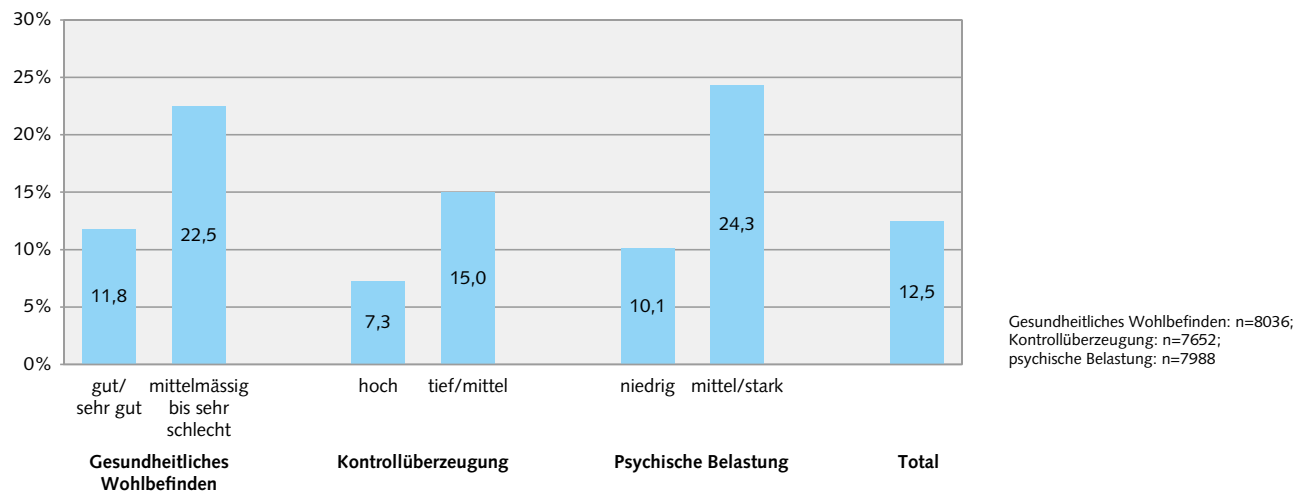


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren
Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.6



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.
Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitsliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Hohes Vertrauen in die aktuelle Stelle...

Die geringen Veränderungen auf Ebene der Gesamtschweiz 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.⁷⁹

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%) und 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%) und 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: Im Kanton Uri formulieren rund 60% der Befragten entsprechende Bedenken. Die Urner Erwerbstätigen erweisen sich gemäss Tabelle 4.5 als ebenso zuversichtlich wie 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 (Djurdjevic, 2007).

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%.

⁷⁹ 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).

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

		eher/sehr leicht		eher/sehr schwer	
		UR	CH	UR	CH
Total		40,5	40,0	59,5	60,0
Geschlecht	Frauen	37,1	37,1	62,9	62,9
	Männer	43,2	42,3	56,8	57,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	54,1	56,4	(45,9)	43,6
	35–49 Jahre	37,9	39,7	62,1	60,3
	50+ Jahre	.	18,5	(76,4)	81,5
Bildung	Obligatorische Schule	.	32,7	.	67,3
	Sekundarstufe II	39,9	38,3	60,1	61,7
	Tertiärstufe	(46,1)	44,4	(53,9)	55,6
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	41,0	41,5	59,0	58,5
	CHF 3000 bis 4499	(43,3)	37,1	56,7	62,9
	CHF 5000 und höher	(36,2)	41,6	(63,8)	58,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	40,0	-	60,0
	Land	40,5	40,1	59,5	59,9
Regionaler Vergleich	Schweiz	40,0		60,0	
	Uri	40,5		59,5	
	Appenzell Ausserrhoden	46,8		53,2	
	Luzern	47,1*		52,9*	
	Schwyz	47,4*		52,6*	
	Tessin	37,2		62,8	
	Wallis	46,2		53,8	
	Zentralschweiz	44,9		55,1	
	Deutschschweiz	39,2		60,8	
	Französische Schweiz	42,9		57,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=173 (UR), 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 ($p < 0,05$)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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.

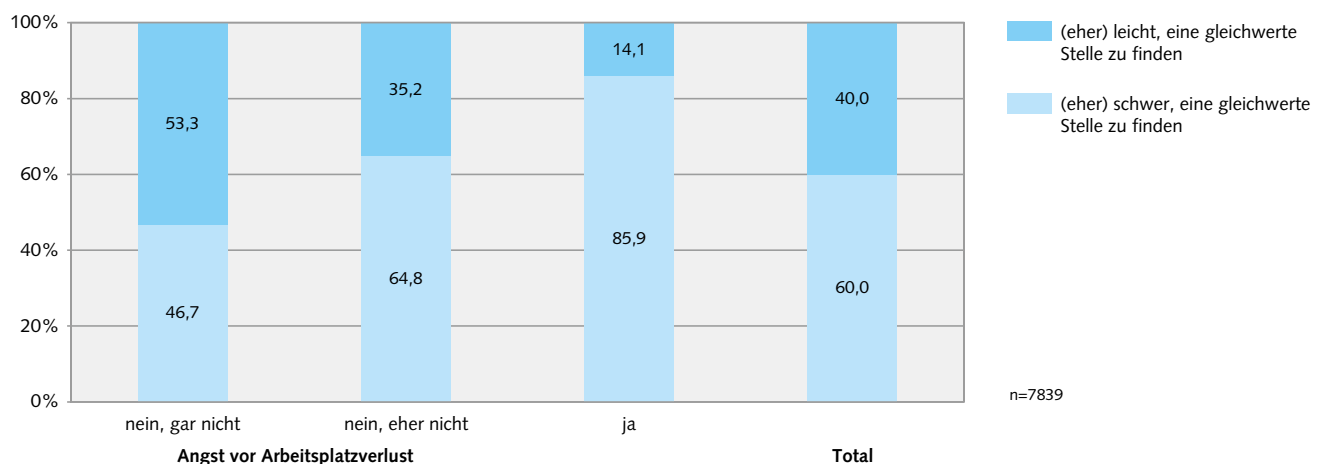
Mit Bezug zum Wohnen fällt zunächst auf, dass eine Minderheit von etwas über einem Viertel der Urner Bevölkerung von zwei und mehr Störungen in der Wohnumgebung betroffen ist. Die wichtigsten Störfaktoren sind der Autolärm und die Verkehrsabgase. Gleichzeitig zeigt die vorliegende Analyse, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl erwähnter Störungen einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden andererseits besteht. Aufgrund der in der Literatur dokumentierten

Gesundheitseffekte (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004b) sind Lärmbelästigungen 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 die Störungen in der Wohnumgebung sozial ungleich verteilt sind. Das heisst: Bezüglich Einkommen und Bildungsstand sind weniger privilegierte Personen 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

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



Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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 stellt 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 Gruppen⁸⁰.

Bezüglich der Arbeitssituation gilt es jedoch auch eine Reihe positiver Befunde hervorzuheben – zumindest für die Situation im Jahr 2007. So findet sich die Kumulation von hohen körperlichen und psychischen Belastungen nur bei etwa einem Siebtel der Erwerbstätigen. Beson-

ders hervorzuheben ist aber die Tatsache, dass die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden ist. Der Anteil der Unzufriedenen liegt bei rund 4%, während der Anteil derjenigen, die mit ihrer Arbeit sehr oder ausserordentlich zufrieden sind, bei über zwei Dritteln liegt. Trotz verbreiteter körperlicher und psychischer Belastungen ist die Arbeit für die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen damit weiterhin eine wichtige Quelle von Zufriedenheit.

⁸⁰ 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)

In den voran stehenden Kapiteln wurden aufgezeigt, wie es der Uri Bevölkerung gesundheitlich geht, inwiefern sie sich gesundheitsförderlich bzw. -schädlich verhält bzw. welchen gesundheitsrelevanten Bedingungen sie bei der Arbeit und beim Wohnen ausgesetzt ist. 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 Kapitel 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 Uri 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 behandlungswürdigen 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 allgemeinemenschliche 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.⁸¹ Um aus diesen Befragten mit mindestens einem depressiven Symptom potentielle Risiko-Typen identifizieren zu können, wurde eine Klassifikationsanalyse durchgeführt mit einer abhängigen Variable im

⁸¹ 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.

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 sozio-ökonomischen, arbeitsbezogenen, gesundheitsbezogenen und sozialen Bereichen hinzugezogen.⁸²

Einschränkungen

Der Klassifikationsanalyse⁸³ 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 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.

⁸² 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, Arbeitssuche 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.

⁸³ 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.

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

Abb. 5.1



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%).

Körperliche Beschwerden, Arbeitssituation und Sozialkontakte sind bedeutsam

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

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 ¹	7 %	29 %	57 %	53 %	20 %	15 %
Mittlere Anzahl Arztbesuche ¹	5	10	9	17	11	10
Spitalaufenthalt ¹	14 %	28 %	11 %	26 %	20 %	24 %
Schlafmittel-Einnahme ²	7 %	28 %	50 %	35 %	29 %	26 %
Schmerzmittel-Einnahme ²	29 %	47 %	25 %	57 %	49 %	54 %
Tranquilizer-Einnahme ²	4 %	8 %	28 %	36 %	27 %	19 %
Antidepressiva-Einnahme ²	9 %	26 %	56 %	46 %	25 %	17 %
Betreibt Fitness, Gymnastik, Sport	61 %	33 %	22 %	32 %	50 %	44 %

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

¹ In den zwölf Monaten vor der Befragung² In der Woche vor der Befragung

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- bis 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.

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 Befragung 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/eine Ärztin 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/bei einer Ärztin 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 Sterbegedanken berichten (Gallo et al., 1994). Hinzu kommt, dass das gleichzeitige Vorhandensein 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 bekanntermaassen 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; La Montagne 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 bekanntermaassen 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 Ausgangslage

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 vergangenen Jahren – im Kanton Uri zum Beispiel mit dem «Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht

2008–2011»⁸⁴ – verschiedene Initiativen für ein «gesundes Körpergewicht» entwickelt, 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 Ernährungsempfehlungen», «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.⁸⁵ 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.

Da anzunehmen ist, dass die verschiedenen Merkmale nicht unabhängig voneinander sind, wird in einem weiteren Untersuchungsschritt mittels eines multivariaten

⁸⁴ www.gesundheitsfoerderung-uri.ch/index.php?id=10 (Zugriff am 21.9.2009)

⁸⁵ 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).

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.⁸⁶

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. hierzu auch die Überlegungen im Kap. 1.2). Während

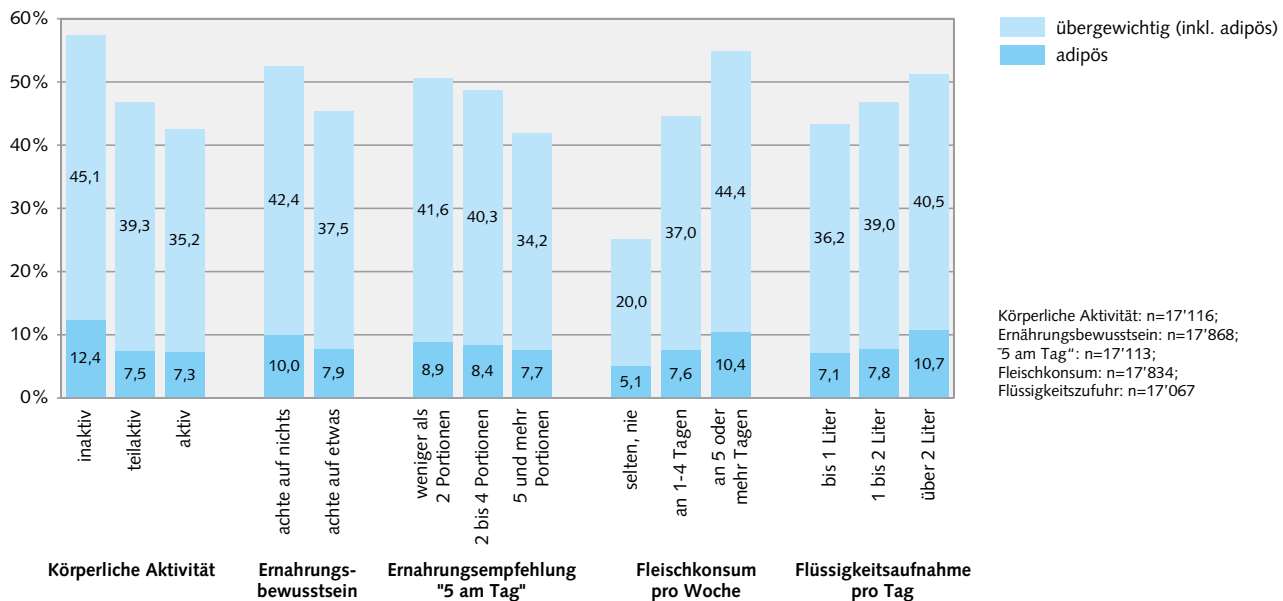
sich diese allgemeinen Zusammenhänge auf der Meso- und Makroebene mit den Daten der SGB nicht prüfen lassen, sind Aussagen über den Zusammenhang zwischen Übergewicht und den bereits in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen möglich.

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.

⁸⁶ 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.

Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen) Abb. 5.2



Alle dargestellten Zusammenhänge sind hochsignifikant mit $p < 0,01$.

Für die Definition der Variablen vgl. 3.2

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

5.2.3 Resultate

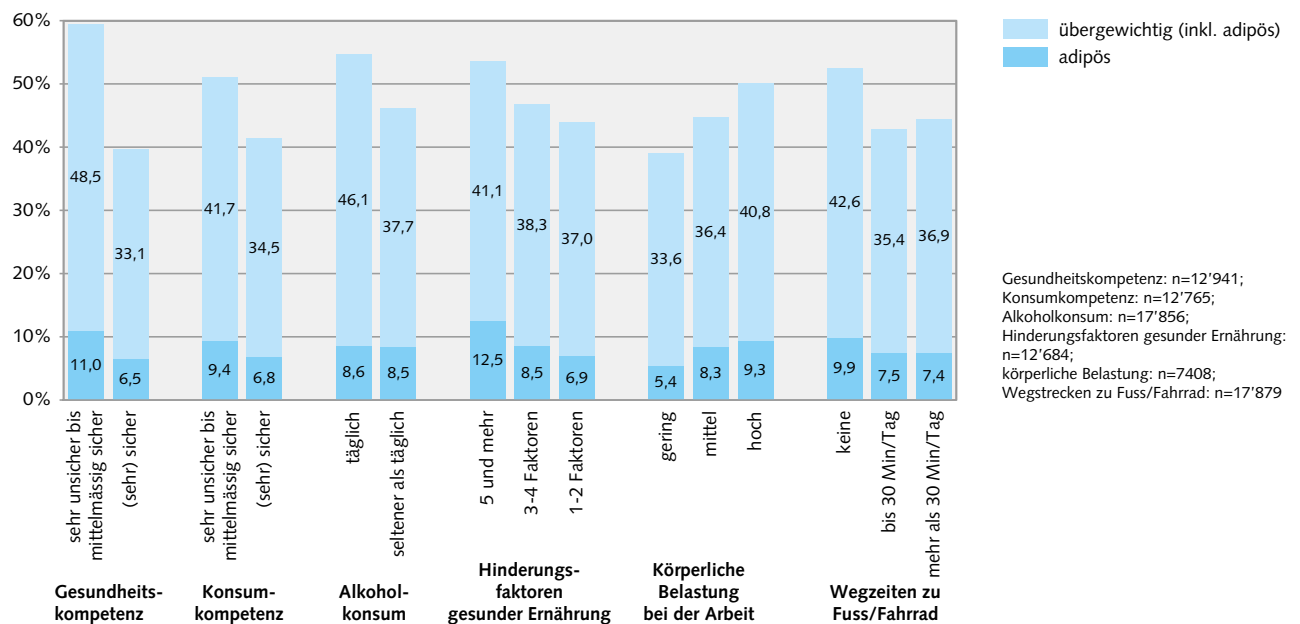
Abbildung 5.2 zeigt zunächst die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens bzw. -bewusstseins und der Verbreitung von Gewichtsproblemen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist unter denjenigen, die sich regelmässig bewegen, auf ihre Ernährung 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 Garanten 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 auffällig 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 Gemüseinheit 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.

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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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 zurücklegen und wie lange diese Wegstrecken dauern.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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 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

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)**
Verhalten	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.
		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)
Bewusstsein	Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad	keine	1,13 (1,13–1,14)	n.s.
		1–30 Min./Tag	0,85 (0,85–0,86)	
	Ernährungsbewusstsein	achtet auf nichts	n.s.	n.s.
	Konsumkompetenz	unsicher/mittelmässig	n.s.	n.s.
		unsicher		
	Gesundheitskompetenz	(eher) unsicher	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Konstante		0,87	0,14
	Nagelkerke R ²		0,06	0,08

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=11'610

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

* 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. Für die Interpretation der odds ratios siehe die Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

** Konfidenzintervall mit $p < 0,01$; für die Interpretation der odds ratios siehe Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

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.⁸⁷

- 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.

⁸⁷ 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.

- 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 Zusammenhänge 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 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, 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.

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)**
Verhaltensweisen und Gesundheits- kompetenz	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)	1,66 (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)	0,44 (0,43–0,45)
		3–4 Faktoren	0,85 (0,84–0,86)	0,66 (0,65–0,67)
Soziodemo- grafische und -ökonomische Merkmale	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)
	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 ²		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).

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

* 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.

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.⁸⁸ 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

Depressive 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 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

⁸⁸ Anzumerken ist jedoch, dass der Anteil der Untergewichtigen in dieser Gruppe 21% beträgt (gegenüber 4% in der Gesamtpopulation).

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 – insbesondere 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

Marcel Widmer, Hélène Jaccard Ruedin, Stéphane Luyet und France Weaver

In diesem Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Urner 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). In diesem Kapitel werden deshalb diese Variablen gepr  uft, 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.

Dieses Kapitel beschreibt, in welchem Umfang folgende Leistungen in den zwölf Monaten vor der Befragung genutzt wurden:

1. Arztbesuche
2. Präventivmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten oder Krebs und Grippeimpfungen
3. Komplementärmedizin
4. Spitalleistungen (ambulant und stationär)
5. Hilfe zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)

Ob jemand gleichzeitig verschiedene medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, ist hingegen nicht Gegenstand dieses Kapitels.

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 Gyn  kologiepraxis) aufgesucht hat (Tab. 6.1). Zur Erinnerung: Alle Ergebnisse basieren auf Angaben, die von den Befragten selbst gemacht wurden.

91,6% der Urner Bevölkerung haben gemäss eigenen Angaben einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Dieser Anteil liegt knapp über dem schweizerischen Durchschnitt von 87,7%, der Unterschied ist jedoch signifikant.

Jede vierte Person im Kanton Uri hat in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht

Jede vierte Person, die im Kanton Uri wohnt, hat in den zwölf Monaten vor der Befragung gemäss eigenen Angaben keine Arztpraxis aufgesucht, was leicht über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (24,7% vs. 21,6%; nicht signifikant). Die Urner Bevölkerung bestätigt den Schweizer Trend, dass Männer häufiger als Frauen keinen Arzt/keine Ärztin aufsuchen (31,9% vs. 18,2%).

Die Altersverteilung der Urner/innen, die keine Ärztin/keinen Arzt aufgesucht haben, entspricht der Schweizerischen Verteilung

Die Altersverteilung der Urner Bevölkerung, die keine Ärztin/keinen Arzt aufgesucht hat, entspricht etwa der Schweizerischen. Es muss hier erwähnt werden, dass – mit Ausnahme der Altersklasse 35–49 Jahren – die Stichprobe der Befragung für die anderen Altersgruppen weniger als 30 Beobachtungen umfasst. Ähnliche Probleme

Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		UR	CH
Total		24,7	21,6
Geschlecht	Frauen	18,2	14,8
	Männer	31,9	28,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	(28,8)	23,9
	35–49 Jahre	26,2	26,0
	50–64 Jahre	(27,2)	20,7
	65+ Jahre	(13,3)	11,3
Bildung	Obligatorische Schule	(21,7)	19,7
	Sekundarstufe II	25,5	21,6
	Tertiärstufe	(25,0)	22,4
Nationalität	Schweiz	25,0	20,7
	Ausland	.	25,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	23,7	22,5
	CHF 3000 bis 4499	(23,0)	20,9
	CHF 4500 bis 5999	(29,0)	20,2
	CHF 6000 und höher	.	20,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	20,9
	Land	24,7	23,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	27,7	23,8
	mittel bis sehr schlecht	.	5,2
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	34,0	30,2
	einige	19,3	19,7
	starke	(16,5)	11,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	22,7	18,9
	nein	(49,1)	41,3
War notfallmässig im Spital	ja	.	5,3
	nein	25,9	23,4
Regionaler Vergleich	Schweiz		21,6
	Uri		24,7
	Appenzell Ausserrhoden		24,4
	Luzern		22,9
	Schwyz		24,7
	Tessin		21,1
	Wallis		19,3
	Zentralschweiz		23,3
	Deutschschweiz		21,7
	Französische Schweiz		21,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=438 (UR), n=17'656 (CH)

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

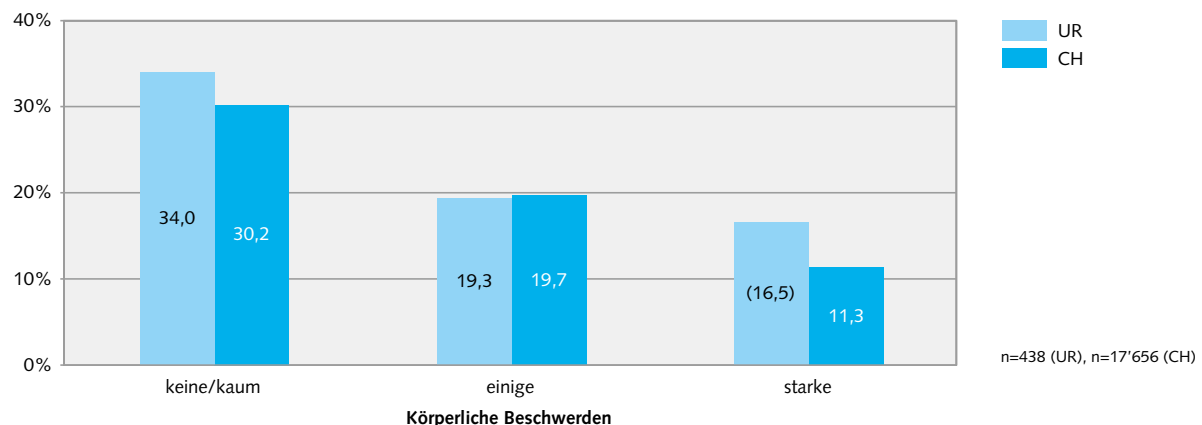
* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

bei den Analysen stellen sich bei soziodemografischen Variablen wie Bildung, Nationalität und Einkommen, hier wurden die Analysen ausschliesslich auf gesamtschweizerischem Niveau vorgenommen (Tab. 6.1). Die soziodemografischen Faktoren zeigen auf, dass Personen mit höherer Bildung schweizweit häufiger nicht zum Arzt/zur Ärztin gehen. Erwartungsgemäss suchen Personen mit Beschwerden häufiger eine Arztpraxis auf.

Ein Vergleich mit den übrigen Kantonen oder Regionen der Schweiz ergibt, dass der Anteil der Personen ohne Konsultationen in einigen Kantonen wie Luzern, Tessin und Wallis geringer ist, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Hingegen geht die Zentralschweizer Bevölkerung seltener zum Arzt/zur Ärztin als die gesamte Schweizer Bevölkerung (23,3% vs. 21,6% suchen keine Arztpraxis auf).

Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden

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

Abb. 6.1

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abbildung 6.1 zeigt, dass jede fünfte Person (19,3%) mit einigen körperlichen Beschwerden (gemäss dem in Kapitel 2 definierten Index zu den körperlichen Beschwerden) keine Arztpraxis aufsuchte, was etwa dem Schweizer Durchschnitt entspricht. Die Stichprobe der Urner Bevölkerung, die starke Beschwerden angibt, ist zu klein, um Aussagen zu erlauben. Hingegen kann geschätzt werden, dass nur ein Drittel der Personen, die keine Beschwerden angeben und ein Viertel derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, nicht zum Arzt/zur Ärztin gegangen sind. Eine Erklärung, weshalb Personen mit keinen oder kaum Beschwerden dennoch Arztbesuche nennen, könnten (chronische) Erkrankungen sein, welche keine Beschwerden verursachen aber dennoch einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle bedürfen oder aber auch Arztbesuche für präventive Massnahmen.

Eine getrennte Analyse für Frauen und Männer nach körperlichen Beschwerden ist aufgrund der zu kleinen Fallzahlen nicht möglich. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist das Verhalten geschlechtsabhängig: Es gibt weniger Frauen als Männer, die keinen Arztbesuch erwähnten, wenn sie an leichten (21,4% vs. 36,2%) oder starken (9,3% vs. 14,9%) Beschwerden leiden (diese Daten sind nicht dargestellt). Diese Unterschiede sind signifikant.

Die Hälfte der Bevölkerungsgruppe, die eine ärztliche Konsultation angibt, besuchte die Arztpraxis ein bis drei Mal

Dieser Abschnitt widmet sich ausschliesslich derjenigen Bevölkerungsgruppe, die nach eigenen Angaben mindestens einmal in einer Arztpraxis war (Hausarzt-, Allgemein-, Gynäkologie- oder Facharztpraxis⁸⁹). Betrachtet man die Zahl der Konsultationen pro Person, ist festzustellen, dass in allen Kantonen – auch im Kanton Uri – die Hälfte der Bevölkerung, die Arztbesuche angab, höchstens drei Mal in einer Praxis war. Diese Häufigkeit entspricht dem Medianwert zu den Arztbesuchen. Die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Person im Kanton Uri liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt (4,5 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 Uri.

Für die weiteren Analysen wurden die Befragten, welche mindestens einmal bei einem Arzt/einer Ärztin waren, in drei Gruppen kategorisiert:

Wenig Arztbesuche:	ein bis zwei Arztbesuche
Einige Arztbesuche:	drei bis fünf Arztbesuche
Häufige Arztbesuche:	sechs oder mehr Arztbesuche

⁸⁹ Im Fragebogen werden Begriffe wie Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinpraktiker/in ohne nähere Definition verwendet.

Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Uri und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		UR				CH			
		1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total	1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total
Total		34,3	25,1	15,9	75,3	34,2	23,8	20,4	78,4
Geschlecht	Frauen	30,2	30,2	21,4	81,8	33,0	27,4	24,8	85,2
	Männer	39,0	19,3	(9,8)	68,1	35,5	20,1	15,7	71,3
Altersgruppen	15-34 Jahre	34,4	(25,6)	(11,1)	71,1	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 Jahre	41,1	(22,3)	(10,4)	73,7	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 Jahre	(31,3)	(25,1)	(16,5)	72,9	33,0	24,6	21,8	79,3
	65+ Jahre	28,1	28,3	30,3	86,7	28,4	30,2	30,1	88,7
Bildung	Obligatorische Schule	(22,4)	37,0	(18,9)	78,3	30,5	23,5	26,3	80,3
	Sekundarstufe II	37,2	22,0	15,3	74,5	34,3	24,1	20,0	78,4
	Tertiärstufe	37,5	(22,7)	(14,8)	74,4	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalität	Schweiz	34,6	24,5	16,0	75,0	34,4	24,4	20,5	79,3
	Ausland	.	.	.	.	33,5	21,4	19,9	74,8
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	37,2	24,5	14,5	76,3	33,6	23,1	20,8	77,5
	CHF 3000 bis 4499	29,2	28,7	(19,0)	73,9	34,0	25,1	20,1	79,2
	CHF 4500 bis 5999	(26,9)	(25,2)	(19,0)	71,1	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 und höher	(42,3)	.	.	42,3	35,8	24,2	19,1	79,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	-	-	-	34,2	24,2	20,7	79,1
	Land	34,3	25,1	15,9	75,3	34,3	22,8	19,4	76,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	37,5	24,0	10,8	72,3	36,9	23,9	15,4	76,2
	mittel bis sehr schlecht	.	(33,2)	54,2	87,4	14,2	23,7	56,9	94,8
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	35,0	26,2	16,1	77,3	34,2	25,2	21,7	81,1
	nein	(25,9)	.	.	25,9	34,1	14,0	10,6	58,7
War notfallmässig im Spital	ja	.	.	(45,6)	45,6	25,0	28,9	40,8	94,7
	nein	35,3	24,7	14,1	74,1	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
Regionaler Vergleich	Schweiz	4,1	2,3	1,8	5,2	2,9	2,3
	Uri	3,4*	2,2	1,2*	4,5	2,8	1,7
	Appenzell Ausserrhoden	3,5*	2,1	1,4*	4,6	2,7	1,9
	Luzern	3,7*	2,3	1,4*	4,8	3,0	1,8*
	Schwyz	4,0	2,6	1,6	5,4	3,4	2,0
	Tessin	4,0	2,0*	2,0	5,1	2,6*	2,5
	Wallis	4,0	2,2	1,8	4,9	2,7	2,3
	Zentralschweiz	3,9	2,4	1,6	5,1	3,0	2,1
	Deutschschweiz	4,1	2,4	1,7	5,2	3,1	2,2
	Französische Schweiz	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

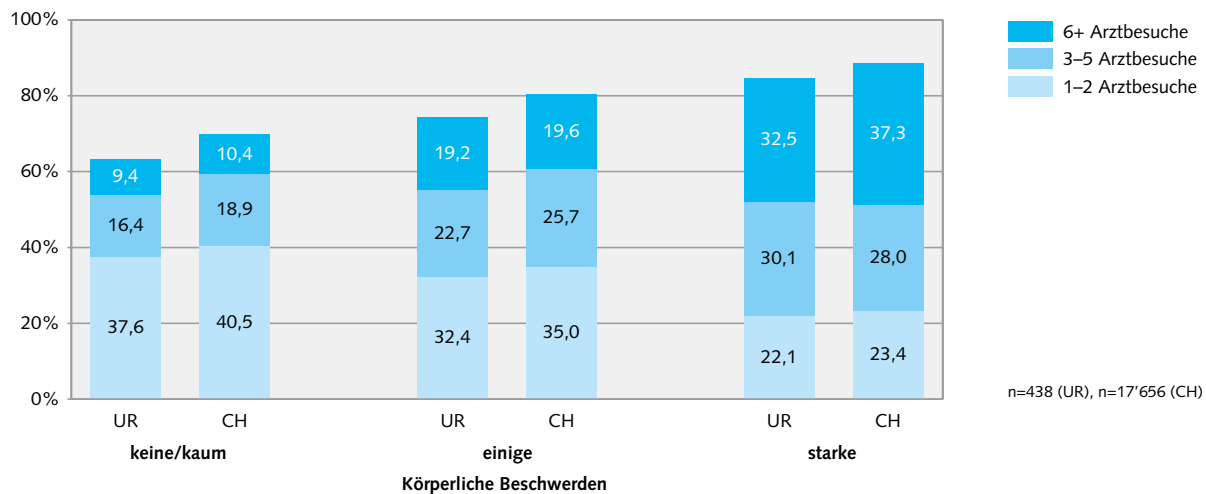
n=438 (UR), n=17'656 (CH)

. 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)

Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden

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

Abb. 6.2

Ohne Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Fieber hatten. Einschliesslich Personen ohne Arztbesuche.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Für die befragte Personengruppe, die mindestens einen Arztbesuch angab, sind die Unterschiede zwischen Uri und der Schweiz gering (75,3% vs. 78,4%) und nicht signifikant. Wird der Kanton Uri hinsichtlich der Behandlungsintensität vertieft analysiert, so sind ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zur Schweizer Bevölkerung auszumachen, oder aber es lassen sich keine Aussagen machen, weil die Anzahl der Beobachtungen zu klein ist (weniger als 30 Beobachtungen). Diese Einschränkung erlaubt insbesondere keine Analysen nach soziodemografischen Merkmalen (Tab. 6.2).

Der Unterschied zwischen Uri und der Schweiz betrifft hauptsächlich die durchschnittliche Zahl von Konsultationen in Facharztpraxen, die in Uri signifikant seltener sind als in der Schweiz insgesamt. Dies ist namentlich durch eine geringere Dichte an Fachärzten/-ärztinnen im Kanton Uri zu erklären. Die Werte zur durchschnittlichen Zahl der Hausarztbesuche sind hingegen mehr oder weniger vergleichbar.

Werden die körperlichen Beschwerden mit der Behandlungsintensität verglichen, so gleicht sich das Bild im Kanton Uri demjenigen der Schweiz an: Mit zunehmenden Beschwerden steigt die Behandlungsintensität (Abb. 6.2). Unterschiede treten bei denjenigen Personen im Kanton Uri auf, die angegeben haben unter starken Beschwerden zu leiden: Der Anteil der Personen die mindestens 6 Mal eine Arztpraxis aufgesucht haben, liegt im Vergleich zur entsprechenden Schweizer Population um

fast 5% tiefer (32,5% vs. 37,3%). Auch hier ist aber der Unterschied statistisch nicht signifikant und darf deswegen nicht weiter interpretiert werden.⁹⁰

Urner/innen beanspruchen tendenziell weniger ärztliche Leistungen als Schweizer/innen

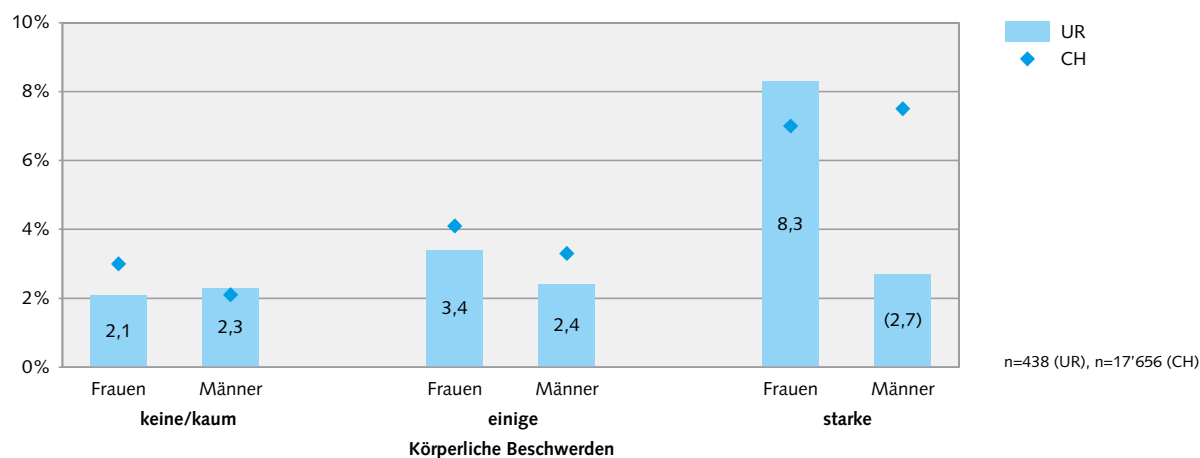
Der Unterschied zwischen der Urner und der Schweizer Bevölkerung hinsichtlich der Anzahl Arztbesuche zeichnet sich auch hinsichtlich der Beschwerden ab (Abb. 6.3): Tendenzial suchen sie seltener eine Arztpraxis auf, unabhängig davon ob sie keine oder starke Beschwerden haben. Die Unterschiede sind aber – mit Ausnahme der Urnerinnen, die keine/kaum Beschwerden angeben und pro Jahr knapp einmal weniger zum Arzt/zur Ärztin gingen als die Schweizer Frauen (2,1 vs. 3,0 Arztbesuche) – nicht signifikant. Dass die Männer mit starken Beschwerden (UR: 2,7 Arztbesuche) deutlich unter dem Schweizer Schnitt (7,5 Arztbesuche) liegen, ist wahrscheinlich mit der kleinen Fallzahl zu begründen (29 Fälle) und hat statistisch gesehen keine Bedeutung.

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

⁹⁰ Zu Personen mit keinen/kaum Beschwerden siehe auch Ausführungen zu Abb. 6.1.

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.3



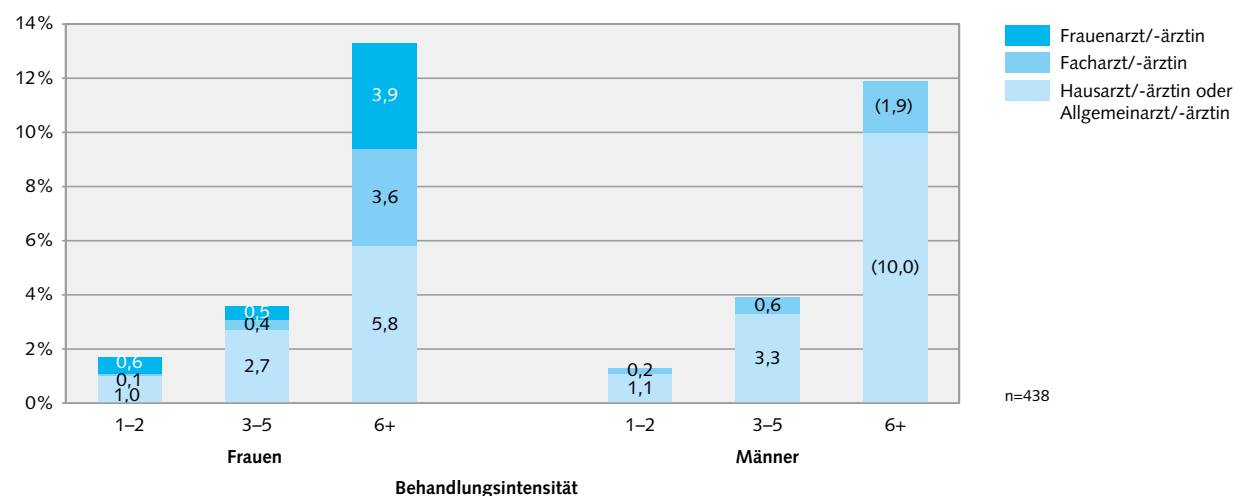
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Einschliesslich Personen ohne Arztbesuche.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht und Behandlungsintensität, Kanton Uri, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

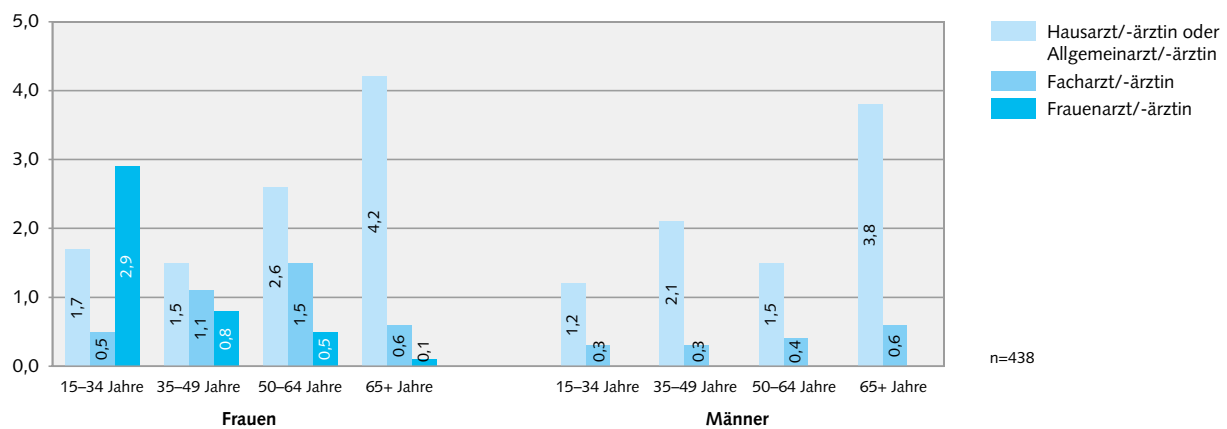
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Facharztpraxis gehen und der Hausarzt oder die Hausärztin bereits die Rolle eines «Gatekeepers» wahrnimmt. Im Kanton Uri scheint die Häufigkeit der Konsultationen in Gynäkologiepraxen mit der Gesamtzahl der Konsultationen zusammenzuhängen: Frauen, die eine hohe Inanspruchnahme aufweisen, besuchen häufig sowohl Hausärzte/-ärztinnen, wie auch Fach- und Frauenärzte/-

ärztinnen. Ein Grossteil der Facharztbesuche dürfte auf das Sechstel der Bevölkerung (15,9%) mit häufigen Arztbesuchen entfallen.

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Uri, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Frauen gehen tendenziell häufiger zum Arzt/zur Ärztin als Männer

Wird die gesamte Bevölkerung betrachtet und ohne Berücksichtigung der besonderen Kategorie der Frauenärzte/-ärztinnen, suchten die Urnerinnen häufiger als die Urner eine Hausarztpraxis auf (im Durchschnitt Frauen: 2,3 Mal; Männer: 2,0 Mal). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Zudem suchten Frauen häufiger als Männer eine Facharztpraxis auf (Frauen: 0,9 Mal; Männer: 0,4 Mal; signifikant). Schweizweit ist hingegen die Zahl der Hausarztbesuche und Facharztbesuche bei beiden Geschlechtern ähnlich (Schweizer: 2,2 bzw. 1,4; Schweizerinnen: 2,5 bzw. 1,3).

Hausarzt/-ärztin 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, mit Ausnahme der Altersklasse der 50- bis 64-Jährigen: Frauen in diesem Alter suchen signifikant häufiger eine Hausarztpraxis auf als Männer derselben Altersklasse (Abb. 6.5). Die Zahl der Hausarztbesuche nimmt mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern zu.

Die Häufigkeit von Facharztbesuchen ist bei unter 65-Jährigen bei Frauen höher als bei Männern. Bei den über 65-Jährigen gleicht sich die Inanspruchnahme fachärztlicher Konsultationen zwischen den Geschlechtern aus.

Die Inanspruchnahme bei Gynäkologen/innen ist signifikant tiefer bei Frauen über 65 als bei Frauen zwischen 15 und 34 Jahren. Zwischen dieser Altersgruppe und derjenigen der 35- bis 49-Jährigen sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

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 von 2007 zu den Arztbesuchen im Kanton Uri mit den Werten zu den Arztbesuchen von 2004 im Datenpool von santésuisse ergibt beträchtliche Abweichungen, vor allem bei der Zahl der Hausarztbesuche, die gemäss Datenpool durchwegs zahlreicher sind, wobei sich diese Differenz bei den über 65-Jährigen stark ausweitete (7 bis 13 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 «Haus- bzw. Allgemeinarzt/Haus- bzw. Allgemeinärztin» und «Facharzt/-ärztin» 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

Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Uri und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Blutdruck		Blutzucker		Cholesterin	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		68,8	75,8	45,3	50,9	44,0	54,5
Geschlecht	Frauen	73,7	81,0	47,5	54,3	42,8	57,1
	Männer	63,1	70,2	42,7	47,4	45,4	51,9
Altersgruppen	15–39 Jahre	61,9	66,3	37,5	37,8	(34,0)	43,2
	40–64 Jahre	66,7	78,1	39,2	52,0	38,0	53,6
	65+ Jahre	87,1	91,3	72,7	76,5	69,8	74,2
Bildung	Obligatorische Schule	74,9	80,8	53,1	62,9	45,3	66,8
	Sekundarstufe II	64,9	75,7	44,5	51,1	42,6	54,3
	Tertiärstufe	75,3	73,7	(38,0)	45,0	(47,5)	48,9
Nationalität	Schweiz	68,1	76,3	44,6	51,1	43,2	54,4
	Ausland	(77,7)	73,8	.	50,2	.	54,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	67,3	73,3	41,4	48,0	41,9	52,1
	CHF 3000 bis 4499	76,1	77,9	56,3	55,1	53,0	57,2
	CHF 4500 bis 5999	64,6	77,0	41,2	51,4	(36,5)	55,5
	CHF 6000 und höher	(82,6)	77,3	(40,4)	49,6	(43,0)	51,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	-	76,2	-	50,6	-	53,7
	Land	68,8	70,1	45,3	45,8	44,0	50,1
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	64,8	73,5	39,9	47,4	39,1	51,1
	mittel bis sehr schlecht	98,2	91,9	82,8	76,2	74,4	75,7
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	63,5	70,1	36	45,8	37,4	50,1
	einige	67,7	76,2	51,1	50,6	47,1	53,7
	starke	79,8	83,7	49,8	59,8	48,6	62,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	68,5	77,8	46,9	53,6	45,9	56,9
	nein	(71,7)	61,3	(27,1)	31,3	.	34,2
Regionaler Vergleich	Schweiz	75,8		50,9		54,5	
	Uri	68,8*		45,3*		44,0*	
	Appenzell Ausserrhoden	74,2		47,6		48,7	
	Luzern	73,5		45,2*		48,9*	
	Schwyz	76,8		51,8		53,6	
	Tessin	83,6*		62,8*		66,6*	
	Wallis	77,1		56,3		51,5	
	Zentralschweiz	75,6		48,3		50,6	
	Deutschschweiz	75,9		50,4		52,8	
	Französische Schweiz	74,2		50,5		56,9	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Blutdruck: n=440 (UR), n=17'638 (CH); Blutzucker: n=419 (UR), n=16'817 (CH); Cholesterin: n=350 (UR), n=14'639 (CH)

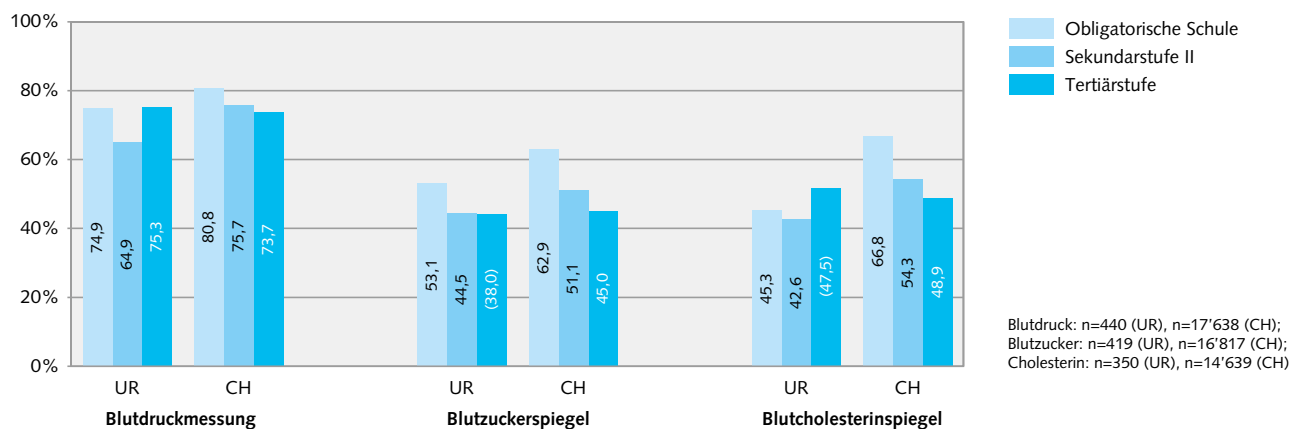
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

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

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

Abb. 6.6



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

jedoch deutlich zu niedrig. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass Personen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen mit der SGB nicht erreicht werden können und deshalb untervertreten sind.

6.2 Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen

Im vorliegenden Bericht 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 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.

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. 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.

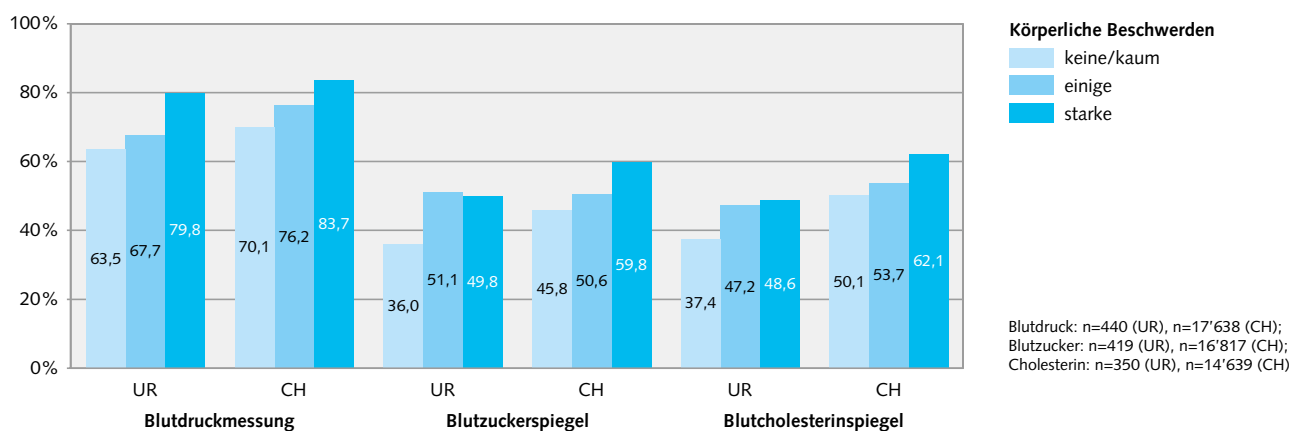
- Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes; dabei handelt es sich um primäre Prävention.
- Medizinische Behandlung von Herz-Kreislauf- oder anderen Erkrankungen; hier werden die Risikofaktoren bei Erkrankten kontrolliert, was sekundären Präventionsmassnahmen entspricht.

Urner/innen führen weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten durch als Schweizer/innen

Insgesamt wurde der Blutdruck bei rund zwei Dritteln der Urner Bevölkerung kontrolliert, der Blutzucker und der Cholesterinspiegel bei weniger als der Hälfte der Bevölkerung. Die drei berücksichtigten Untersuchungen wurden bei der Urner Bevölkerung weniger oft durchgeführt als bei der übrigen Schweizer Bevölkerung. Werden die Raten nach Geschlecht differenziert mit den Schweizer Werten verglichen, so liegen die Werte im

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Kanton Uri tiefer als in der Schweizer Population (die Unterschiede sind signifikant). Die Unterschiede zwischen der Urner Bevölkerung und der Schweizer Bevölkerung sind signifikant höher bei den 40- bis 64-Jährigen und nehmen bei den über 65-Jährigen ab (nicht signifikant).

Ein Geschlechterunterschied ist hier ebenfalls feststellbar, kantonale wie auch schweizweit: Frauen führen durchschnittlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen durch als Männer, mit Ausnahme der Kontrolle des Cholesterinspiegels, die bei Urnern häufiger als bei Urnerinnen durchgeführt wird. Diese Unterschiede sind jedoch nur signifikant in Bezug auf den Blutzucker-Spiegel.

Der Abdeckungsgrad von Vorsorgeuntersuchungen chronischer Erkrankungen sinkt mit höherer Bildung

Auf Schweizer Ebene gaben Personen ohne nachobligatorische Schulbildung häufiger an, dass bei ihnen solche Untersuchungen durchgeführt wurden, als Personen mit einem Abschluss auf Sekundar- oder Tertiärstufe (Abb. 6.6). Diese Beobachtung ist für die Urner Bevölkerung weniger ersichtlich und die Unterschiede sind nicht signifikant.

Da kranke Personen im Rahmen einer Behandlung sich eher einer Kontrolle unterziehen, kann der Unterschied hinsichtlich Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen nach Bildungsniveau auch dadurch erklärt werden, dass die Bevölkerungsgruppe mit höherem Bildungsniveau einen besseren Gesundheitszustand ausweist. Tatsächlich werden diese Untersuchungen häufiger bei Per-

sonen 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 Krebs-Vorsorgeuntersuchung 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 *Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung* 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 eine jährliche Abdeckung von 33% entspricht. Die beobachtete Abdeckung scheint somit befriedigend zu sein. Aussage bezüglich Abdeckungsgrad von spezifischen Risikogruppen würden genauere Analysen benötigen.

Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Frauen (ab 20 Jahren)		Männer (ab 40 Jahren)
		Gebärmutterhalskrebs (Abstrich)	Brustkrebs (Mammografie)	Prostatakrebs
Total		42,7	13,1	25,6
Altersgruppen¹	15–39 Jahre	49,2	3,3	.
	40–64 Jahre	47,5	19,3	19,5
	65+ Jahre	21,9	15,3	41,8
Bildung	Obligatorische Schule	27,3	15,5	21,1
	Sekundarstufe II	44,0	12,9	25,2
	Tertiärstufe	49,0	12,1	26,8
Nationalität	Schweiz	42,1	13,3	26,6
	Ausland	45,7	12,5	.
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	42,3	10,7	18,5
	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
Urbanisierungsgrad	Stadt	44,2	13,9	26,9
	Land	38,3	11,0	21,6
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	43,9	12,2	23,9
	mittel bis sehr schlecht	35,1	18,7	35,0
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	40,3	12,0	23,7
	einige	43,9	13,7	.
	starke	43,2	13,5	30,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	42,5	13,8	27,4
	nein	43,7	8,5	7,4

		Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 50 Jahren	Männer ab 40 Jahren
Regionaler Vergleich	Schweiz	42,7	13,1	21,3	25,6
	Uri	35,1*	(9,8)	14,0	(16,6*)
	Appenzell Ausserrhoden	37,4	10,6	13,1*	(18,4)
	Luzern	38,9	8,3*	13,7*	26,1
	Schwyz	43,6	8,2*	17,2	(14,3*)
	Tessin	47,2*	19,6*	28,3*	30,9*
	Wallis	33,8*	19,2*	36,7*	27,1
	Zentralschweiz	41,0	9,8	16,2	21,9
	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 <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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

¹ Die Frage zur Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen wurde nur Männern ab 40 Jahren gestellt.

Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat)

	UR	CH
Frauen ab 20 Jahren		
Gebärmutterhalskrebs	35,1*	42,7
Frauen ab 50 Jahren		
Brustkrebs (Mammografie)	(9,8)	21,3
Männer ab 40 Jahren		
Prostatakrebs	(16,6*)	25,6
Alle ab 40 Jahren		
Hautkrebs	(7,9*)	11,2
Darmkrebs	(6,4)	8,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=233 (UR), n=9364 (CH); Mammografie: n=236 (UR), n=9467 (CH); Prostatakrebs: n=137 (UR), n=5152 (CH); Hautkrebs: n=442 (UR), n=17'822 (CH); Darmkrebs: n=290 (UR), 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 ($p < 0,05$)

Jede fünfte Frau im Alter von mindestens 50 Jahren liess im Jahr vor der Befragung eine *Mammografie* machen, bei den über 64-Jährigen war es noch etwa jede sechste. Die 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 Untersuchungen gibt es noch keine klaren Empfehlungen zur Häufigkeit, weshalb sich kein Wert für die angestrebte jährliche Abdeckung errechnen lässt.

Ausgeprägter sozioökonomischer Gradient bei der Gebärmutterhalsvorsorgeuntersuchung als bei Brust- oder Prostatakrebs

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 Bildungsniveaus waren bei den im letzten Bericht beschriebenen Lebenszeitprävalenzen festzustellen.

Personen mit Hausarzt/-ärztin 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 Gebärmutterhalskrebs-Untersuchung, da diese im Allgemeinen in einer gynäkologischen Praxis erfolgt.

Krebsvorsorgeuntersuchungen im Kanton Uri tendenziell seltener als in der Schweiz

Vorsorgeuntersuchungen des Gebärmutterhalskrebses werden im Kanton Uri signifikant seltener durchgeführt als in der Schweiz insgesamt. Die Rate der Mammografie bei Frauen ab 20 Jahren liegt in Uri höher als in der Schweiz, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Bei den älteren Frauen und Männern (ab 50) sind aufgrund zu kleiner Fallzahlen keine Aussagen bezüglich Mammografie und Prostatakrebs möglich.

Die Rate der Brustkrebsvorsorgeuntersuchung bei den über 50-jährigen Frauen ist in der Deutschschweiz deutlich tiefer als in den französisch- und italienischsprachigen Regionen, was auf die Vorsorgeprogramme in den jeweiligen Kantonen zurückzuführen ist.

Der Anteil der Personen, bei denen im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung für Haut- und Dickdarmkrebs durchgeführt wurde, ist gering, weshalb diese Gruppe in Tabelle 6.5 nicht weiter aufgegliedert wird. Ab 40 Jahren unterzieht sich rund ein Zehntel der

Tab. 6.6 Grippeimpfung, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

Total		16,7
Geschlecht	Frauen	16,7
	Männer	16,7
Altersgruppen	<65 Jahre	9,6
	65–74 Jahre	42,5
	75+ Jahre	57,8
Bildung	Obligatorische Schule	24,9
	Sekundarstufe II	15,3
	Tertiärstufe	16,6
Nationalität	Schweiz	17,2
	Ausland	13,9
Haushaltsäquivalenz-einkommen	bis CHF 2999	14,3
	CHF 3000 bis 4499	18,6
	CHF 4500 bis 5999	16,4
	CHF 6000 und höher	18,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,8
	Land	13,8
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	14,2
	mittel bis sehr schlecht	35,6
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	13,7
	einige	17,1
	starke	21,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	17,7
	nein	9,1
Regionaler Vergleich	Schweiz	16,7
	Uri	11,3*
	Appenzell Ausserrhoden	13,6
	Luzern	13,0*
	Schwyz	10,0*
	Tessin	19,5*
	Wallis	16,5
	Zentralschweiz	12,0
	Deutschschweiz	15,9
	Französische Schweiz	18,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=14'143

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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Schweizer Bevölkerung einer solchen Vorsorgeuntersuchung. Diese Anteile sind im Kanton Uri niedriger als in der gesamten Schweiz (Tab. 6.5).

6.2.3 Grippeprävention

Die Impfquote im Kanton Uri liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt

Insgesamt gaben 11,3% der Urner Bevölkerung an, gegen die Grippe geimpft zu sein. Damit liegt die Impfquote im Kanton Uri signifikant tiefer als der schweizerische Durchschnitt von 17% (Tab. 6.6). Zielgruppe dieser Impfung sind vor allem Personen im Alter von über 65 Jahren, die sich jährlich impfen lassen sollten.⁹¹ Die Daten des Kantons Uri erlauben es nicht, Analysen auf der Ebene von einzelnen Altersklassen oder anderen soziodemografischen Angaben vorzunehmen, weil hierfür die Stichprobe zu klein ist.

Gesamtschweizerisch ist die Abdeckungsrate mit rund 60% bei den über 75-Jährigen hoch, bei den 65- bis 75-Jährigen sinkt diese auf rund 40%. Der Anteil der geimpften Personen ist bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe um fast 10% niedriger als bei denjenigen ohne nachobligatorische Schulbildung. Personen die einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin haben oder die ihren Gesundheitszustand als mittel-mässig bis sehr schlecht einstufen, lassen sich häufiger impfen. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Impfung für chronisch Kranke empfohlen wird, und dass diese eher einen Hausarzt/eine Hausärztin haben (alle Unterschiede signifikant).

6.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen

In diesem Teil 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 Therapeuten 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, weil diese auf dem schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung basiert. Zudem ist aufgrund der Formulierung in der Befragung nicht ersichtlich, ob jemand gleichzeitig ärztliche und nicht-ärztliche KAM-Leistungen nutzte.

Komplementärmedizin wird vorwiegend von Frauen und Personen mit hoher Bildung beansprucht

Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden ist allgemein abhängig vom Geschlecht, der Bildung und dem Gesundheitszustand: Frauen in der Schweiz verwenden rund doppelt so häufig KAM als Männer, sowohl bei Ärzten/innen als auch bei nicht-ärztlichen Therapeuten/innen. Dasselbe Bild zeigt sich bei den Bildungsniveaus: Von den Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss beanspruchen rund doppelt so viel KAM wie Personen ohne nachobligatorische Schulbildung. Ausserdem wird KAM häufiger von Personen beansprucht, die starke körperliche Beschwerden haben und bei denen das gesundheitliche Wohlbefinden eher schlecht ist. Hingegen spielen Faktoren wie Urbanisierung (Stadt/Land) weniger eine Rolle, ebenso das Einkommen.

Am häufigsten werden in der Schweiz Homöopathie, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie verwendet (Abb. 6.8). Bemerkenswert ist der Anteil an Personen, die angegeben haben, Shiatsu und Fussreflexzonenmassagen bei einem/r nicht-ärztlichen Therapeuten/in in Anspruch genommen zu haben.

Die mittlere Anzahl Konsultationen von KAM ist regional stark unterschiedlich, wobei grössere Unterschiede bei den Konsultationen von nicht-ärztlichen Therapeuten/innen zu beobachten sind. Die Anzahl ärztlicher KAM-Leistungen in Uri ist höher als in den übrigen Regionen. Die Anzahl der KAM-Leistungen bei Therapeuten/innen pro Einwohner/in ist ihrerseits tiefer in Uri als in der Grossregion Zentralschweiz aber vergleichbar mit den Werten der Deutschschweiz oder der Schweiz, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Abb. 6.9).

⁹¹ 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), Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		KAM bei Arzt/Ärztin	KAM bei nichtärztlichem/r Therapeuten/in
Total		10,3	12,8
Geschlecht	Frauen	13,6	17,4
	Männer	6,7	7,8
Altersgruppen	15–39 Jahre	11,6	11,7
	40–64 Jahre	10,5	15,4
	65+ Jahre	6,5	8,4
Bildung	Obligatorische Schule	7,4	7,7
	Sekundarstufe II	9,9	11,9
	Tertiärstufe	12,0	16,5
Nationalität	Schweiz	10,5	13,3
	Ausland	9,1	10,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	10,4	12,1
	CHF 3000 bis 4499	10,3	12,9
	CHF 4500 bis 5999	10,1	14,0
	CHF 6000 und höher	9,9	14,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	10,5	13,1
	Land	9,7	12,2
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	9,7	12,6
	mittel bis sehr schlecht	15,1	15,2
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	6,6	9,3
	einige	10,4	12,9
	starke	15,5	16,9
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	10,6	12,8
	nein	7,9	13,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

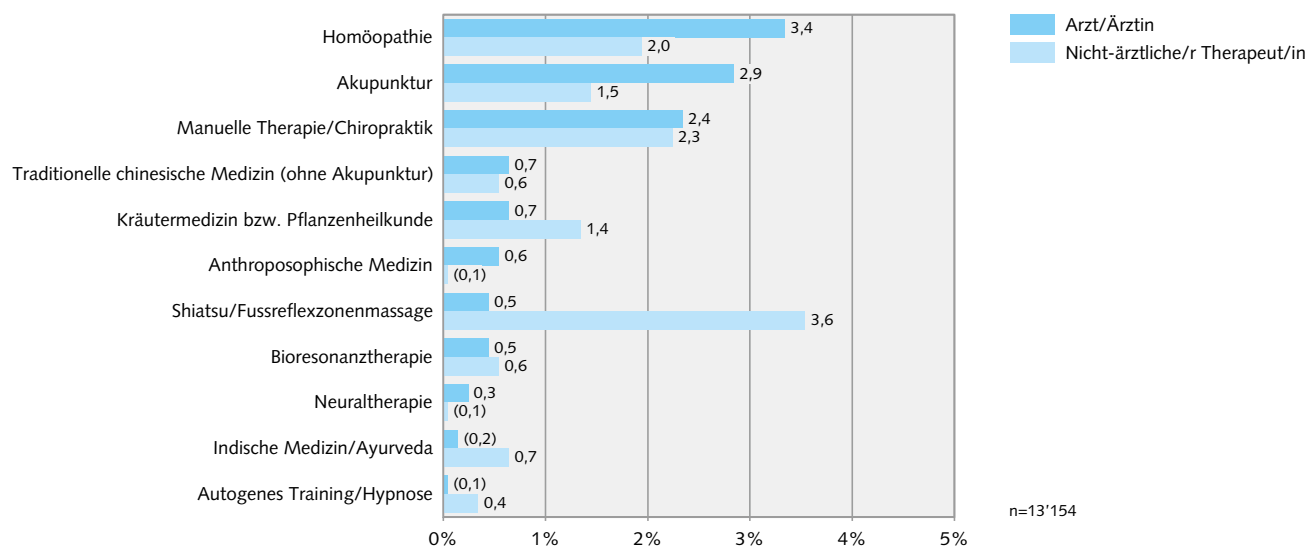
n=13'154

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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin

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

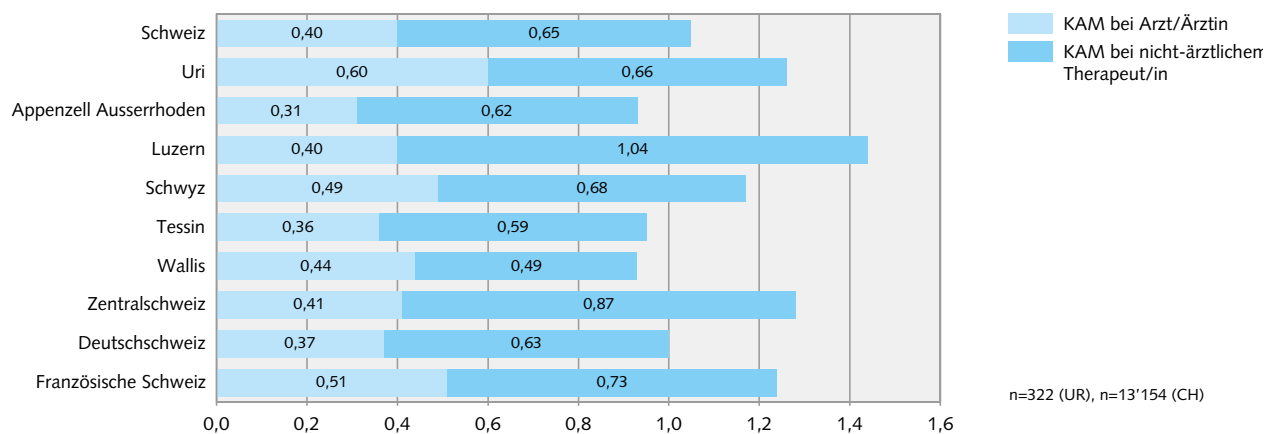
Abb. 6.8

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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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)

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 zehnte Person (10,6%) im Kanton Uri wurde im Jahr 2007 mindestens einmal hospitalisiert (Tab. 6.8), dies entspricht etwa dem Schweizer Durchschnitt. Je nach Daten, die zum Vergleich verwendet werden, unterscheiden sich die Raten voneinander. Weil die Gesundheitsbefragung im Kanton Uri für detaillierte Analysen zu wenige Beobachtungen aufweist, wurde zum Vergleich die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS hinzugezogen. Es handelt sich hierbei um eine Vollerhebung.

Die Urner Bevölkerung nimmt stationäre Leistungen im Akutspital gleich häufig in Anspruch wie die Schweizer Bevölkerung

Tabelle 6.9 zeigt, dass sich weder die Hospitalisationsrate noch die mittlere Anzahl Krankenhaustage zwischen der Schweiz insgesamt und dem Kanton Uri unterscheiden. Zudem sind die Hospitalisationsraten für die gesamte Schweiz dieselben wie in der Gesundheitsbefragung. Die mittlere Anzahl Krankenhaustage weicht zwischen den beiden Datenquellen um rund 2 Tage voneinander ab (9,8 Tage in der Gesundheitsbefragung und 7,6 Tage in der Medizinischen Statistik).

Sowohl in der ambulanten Spitalversorgung als auch in der stationären Versorgung wurden schweizweit Männer ähnlich viel behandelt wie Frauen, und die Verweildauer im Spital ist nur unwesentlich länger bei den Männern (Tab. 6.8 und 6.9).

Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, 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)
Total		16,2	11,4	9,8
Geschlecht	Frauen	15,6	12,2	9,5
	Männer	16,9	10,5	10,2
Altersgruppen	<65 Jahre	15,9	9,9	7,9
	65+ Jahre	17,5	18,0	14,7
Bildung	Obligatorische Schule	17,3	13,3	12,6
	Sekundarstufe II	16,1	11,5	9,0
	Tertiärstufe	15,8	10,0	10,0
Nationalität	Schweiz	16,0	11,5	9,9
	Ausland	17,1	10,7	9,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	16,5	11,9	8,7
	CHF 3000 bis 4499	15,3	11,7	9,7
	CHF 4500 bis 5999	17,0	11,3	14,1
	CHF 6000 und höher	16,3	10,3	8,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,0	11,3	10,0
	Land	14,1	11,6	9,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	14,2	9,1	7,0
	mittel bis sehr schlecht	29,0	25,8	16,4
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	10,7	8,0	7,4
	einige	16,0	10,4	8,4
	starke	23,7	16,9	12,5
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	16,6	11,8	10,1
	nein	13,5	8,4	7,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=18'731

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

Tab. 6.9 Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen in Akutspitälern (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Uri und Schweiz, 2007

		Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung (in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (Tage pro Patient/in)	
		UR	CH	UR	CH
Total		10,8	11,0	8,3	7,6
Geschlecht	Frauen	11,2	12,0	8,6	7,7
	Männer	10,4	10,0	8,0	7,4
Altersgruppen	<65 Jahre	8,6	9,0	6,2	6,1
	65+ Jahre	21,8	21,4	11,9	10,2
Regionaler Vergleich	Schweiz	11,0		7,6	
	Uri	10,8		8,3	
	Appenzell Ausserrhoden	10,9		7,5	
	Luzern	9,6		7,6	
	Schwyz	11,2		6,7	
	Tessin	11,7		8,6	
	Wallis	10,4		7,1	
	Zentralschweiz	10,1		7,3	
	Deutschschweiz	11,2		7,6	
	Französische Schweiz	10,3		7,2	

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007
n=34'979 (UR), n=830'131 (CH)

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

Der Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung berücksichtigt die *Anzahl Personen* mit mind. einem Spitalaufenthalt pro Population (Mehrfachhospitalisationen einer Person wurden nur einmal gezählt). Im Gegensatz dazu basieren die Hospitalisationsraten im Einleitungskapitel auf dem Total der *Anzahl Fälle* pro Einwohner/in (Mehrfachhospitalisationen einer Person wurden mehrfach gezählt). Unter der Bezeichnung *Akutspitäler* wurden sowohl Allgemeinspitäler (K1) als auch Spezialkliniken (K23) eingeschlossen. Dies erklärt die kleinen Abweichungen zum Einleitungskapitel bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

Das Alter hat erwartungsgemäss einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme. Rund doppelt so viele Behandlungen wurden für den stationären Bereich bei den über 65-Jährigen im Verhältnis zu den unter 65-Jährigen registriert. Auch die Verweildauer ist bei den über 65-Jährigen fast doppelt so hoch wie bei Jüngeren. Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss waren überdurchschnittlich oft im Spital, ob stationär oder ambulant.

In der Schweiz wurden 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.

Regionale Differenzen sind insbesondere im ambulanten Bereich der Spitalversorgung hervorzuheben: So hat der Kanton Uri mit 10,6% eine signifikant tiefere Rate als die Schweizer Bevölkerung (16,2%) (diese Daten sind nicht dargestellt). Die Raten im stationären Bereich sind regional weit weniger unterschiedlich und sie unterscheiden sich in keinem Fall signifikant vom Schweizer Mittelwert. Dieser Umstand wird mit den Daten der Medizini-

schen Statistik weiter untermauert. Tabelle 6.9 zeigt regional eine ausgeglichene Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Zudem zeigen diese Daten, dass auch hinsichtlich Alter und Geschlecht die Inanspruchnahme im Kanton Uri sich nicht von der Inanspruchnahme der Gesamtschweiz unterscheidet. Tabelle 6.10 zeigt für die stationären Hospitalisationen auf, wie viele davon inner- bzw. ausserkantonale erfolgt sind.

Gebärmutterentfernungen tendenziell häufiger bei Urnerinnen als bei Schweizerinnen

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 Frauen eine Gebärmutterentfernung. Die Häufigkeit dieser Operationen ist zu gering, um für den Kanton Uri eine Analyse durchführen zu können. Einzige Ausnahmen sind die kantonale Häufigkeiten der Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen, die in Tabelle 6.11 dargestellt sind.

Tab. 6.10 Inner- und ausserkantonale stationäre Hospitalisationen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Uri und Schweiz, 2007

		Anzahl Hospitalisationen		Anzahl innerkantonalen Hospitalisationen		Anzahl ausserkantonalen Hospitalisationen		Anteil innerkantonalen Hospitalisationen (in %)	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		4 840	1 081 146	3 578	942 377	1 262	138 769	73,9	87,2
Geschlecht	Frauen	2 432	586 820	1 879	516 193	553	70 627	77,3	88,0
	Männer	2 408	494 326	1 699	426 184	709	68 142	70,6	86,2
Altersgruppen	<65 Jahre	3 055	694 933	2 168	593 026	887	101 907	71,0	85,3
	65+ Jahre	1 785	386 213	1 410	349 351	375	36 862	79,0	90,5
Regionaler Vergleich	Schweiz	1 081 146		942 377		138 769		87,2	
	Uri	4 840		3 578		1 262		77,3	
	Appenzell Ausserrhoden	7 415		4 563		2 852		61,5	
	Luzern	43 145		37 599		5 546		87,1	
	Schwyz	20 250		13 341		6 909		65,9	
	Tessin	53 986		51 510		2 476		95,4	
	Wallis	39 768		35 164		4 604		88,4	
	Zentralschweiz	91 761		70 741		21 020		77,1	
	Deutschschweiz	768 925		657 697		111 228		85,5	
	Französische Schweiz	258 235		233 170		25 065		90,3	

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007

n=4840 (UR), n=1'081'146 (CH)

Nur stationäre Patienten/innen, die während des Jahres aus dem Spital entlassen wurden.

Der Anteil der Bevölkerung, der sich einer Knieoperation unterzogen hat, ist im Kanton Uri etwa gleich gross wie in der Schweiz als Ganzes. Bei Männern wird dieser Eingriff häufiger durchgeführt als bei Frauen, was vermutlich mit Sportverletzungen zu erklären ist. Die Stichprobe der Urnerinnen ist jedoch kleiner als 30 und die Unterschiede sind nicht signifikant. 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.

Gebärmutterentfernungen sind bei Urnerinnen häufiger als bei Schweizerinnen insgesamt, die Stichprobe ist jedoch zu klein, um eine Analyse nach soziodemografischen Merkmalen zu erlauben.

Tab. 6.11 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Schweiz, 2007 (in %)

Operation		Kniegelenk	Entfernung der Gebärmutter (Frauen ab 20 Jahren)
Total		12,0	-
Geschlecht	Frauen	9,7	14,0
	Männer	14,3	-
Altersgruppen	<65 Jahre	11,0	9,7
	65+ Jahre	16,6	35,1
Bildung	Obligatorische Schule	11,4	22,8
	Sekundarstufe II	11,5	15,7
	Tertiärstufe	13,4	8,7
Nationalität	Schweiz	12,8	16,7
	Ausland	8,1	7,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	11,8	15,0
	Land	12,3	16,0
Regionaler Vergleich	Schweiz	12,0	15,2
	Uri	12,6	18,3
	Appenzell Ausserrhoden	15,0	14,4
	Luzern	12,6	16,1
	Schwyz	11,9	16,7
	Tessin	10,7	13,3
	Wallis	11,4	14,7
	Zentralschweiz	12,2	16,3
	Deutschschweiz	12,5	16,6
	Französische Schweiz	10,7*	11,8*

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Kniegelenk: n=17'923; Entfernung der Gebärmutter: n=9380

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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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 Uri 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 Hilfenleistungen haben (Höpflinger & Hugentobler, 2005).

Drei von zehn pflegebedürftigen Schweizerinnen und Schweizern beziehen Spitex-Hilfe

Wenn die Gewichtungen in der Befragung berücksichtigt werden, hätten in der Schweiz rund 100'000 Personen mindestens zwei eingeschränkte ADL. Tabelle 6.12 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. Die aus der SGB stammenden Ergebnisse stimmen mit denjenigen der Spitex-Statistik 2007 gut überein: Im 2007 haben im Kanton Uri 2,4% der Bewohner Spitex-Dienste bezogen. Dieser Wert ist etwas tiefer als der Schweizer Mittelwert von 2,7%.

Frauen nehmen doppelt so häufig wie Männer solche Hilfeleistungen in Anspruch, bei der informellen Hilfe ist das Ergebnis allerdings verzerrt: Es scheint, dass die

Tab. 6.12 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Spitex-Dienste		Informelle Hilfe	
		Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*	Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*
Total		2,5	29,1	8,8	73,3
Geschlecht	Frauen	3,6	36,1	10,8	81,5
	Männer	1,4	20,3	5,8	68,5
Altersgruppen	<65 Jahre	1,2	20,7	7,5	79,1
	65+ Jahre	8,3	39,8	12,3	68,1
Bildung	Obligatorische Schule	4,7	27,3	11,3	(67,0)
	Sekundarstufe II	2,4	32,0	8,0	80,8
	Tertiärstufe	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)
Regionaler Vergleich	Schweiz	2,5		8,8	
	Uri	(2,1)		(5,2*)	
	Appenzell Ausserrhoden	(2,2)		8,2	
	Luzern	(2,0)		7,3	
	Schwyz	.		7,3	
	Tessin	3,4		8,3	
	Wallis	2,2		6,9	
	Zentralschweiz	1,6		5,0	
	Deutschschweiz	2,0		8,1	
	Französische Schweiz	3,9		9,1	

Quelle: Spitex und BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Spitex-Dienste: n=14'386; informelle Hilfe: n=14'068

. 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)

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

ADL (Activities of daily Living): Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich anziehen, sich in der Wohnung bewegen, Aufstehen, auf die Toilette gehen, sich ernähren.

Männer, die von ihrer Ehefrau Unterstützung erhalten, dies häufig nicht erwähnen (Höpflinger & 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.

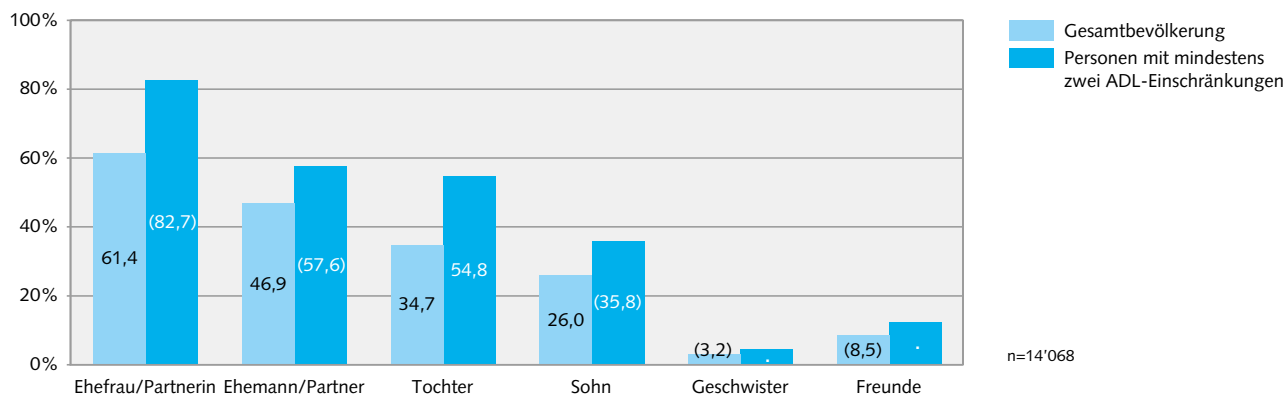
einer regelmässigen Betreuung zu verstehen ist). Bei den pflegebedürftigen Bezügerinnen und Bezüger von Spitex hingegen handelt es sich in neun von zehn Fällen um regelmässige Hilfe, wobei drei von vier Personen Pflegeleistungen und die Hälfte Haushalthilfe beanspruchen.

Unter den Personen, welche *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.

Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007

Abb. 6.10



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

Ergebnisse für den Kanton Uri können aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht gezeigt werden.

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)

Schliesslich erhalten von den Personen, die Spitex-Leistungen empfangen, 94,1% auch informelle Hilfe, während lediglich 30,3% der Personen mit informeller Hilfe auch die Spitex beanspruchen.

6.6 Zusammenfassung

Dieses Kapitel widmete sich der Frage, in welchem Ausmass die Urner Bevölkerung Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. Dabei zeigen sich folgende kantonspezifische Verhaltensunterschiede:

Hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung, der keine Arztpraxis aufgesucht hat, ist der Kanton Uri mit der Gesamtschweiz vergleichbar. Sowohl auf Kantons- wie auch auf Landesebene gehen mehr Männer als Frauen nicht zum Arzt/zur Ärztin. Die Urner Bevölkerung nimmt etwas weniger häufig ambulante Spitalleistungen in Anspruch als die Schweizer/innen insgesamt. Schliesslich sind bei der Inanspruchnahme von stationären Aufenthalten nur geringfügige Unterschiede festzustellen.

Der Besuch in der Hausarztpraxis ist diejenige Leistung, welche am häufigsten beansprucht wird, dies gilt sowohl für den Kanton Uri als auch für die gesamte Schweiz. Fachärzte/-ärztinnen werden häufiger von Frauen als von Männern besucht. Insgesamt gehen Urner/innen ähnlich oft zum Hausarzt/zur Hausärztin wie Schweizer/innen. Hingegen wird in Uri eine signifikant tiefere Inanspruchnahme von Fachärzten/-ärztinnen beobachtet.

Im Kanton Uri werden Vorsorgeuntersuchungen weniger oft in Anspruch genommen als in der Schweiz. Dabei ist zu vermerken, dass sowohl in Uri wie auch auf Schweizer Ebene diese Untersuchungen häufiger bei der Bevölkerung durchgeführt werden, die angibt einen Hausarzt/eine Hausärztin zu haben. Dies weist auf die Rolle des Hausarztes/der Hausärztin bei der Prävention und Früherkennung von Krebs und chronischen Erkrankungen hin. Weitere Untersuchungen wären notwendig, um den Gesundheitszustand derjenigen Bevölkerungsgruppe, welche sich keiner Untersuchung unterzogen hat, zu analysieren: Es ist möglich, dass diese Personen am meisten davon profitieren würden.

Im Bereich der Komplementärmedizin werden mehr Leistungen von nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten als von Ärzten und Ärztinnen bezogen. Der in Uri beobachtete Wert ist dabei vergleichbar mit dem schweizerischen Wert.

Gemäss der Analyse im vorliegenden Kapitel unterscheidet sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz wenig. Gruppenspezifische Untersuchungen waren jedoch wegen der kleinen Stichproben nicht immer möglich. Die tiefere Benutzung von Vorsorgeuntersuchungen bei vergleichbarer Benutzung von kurativen Leistungen lässt vermuten, dass die Unterschiede eher auf Verhaltensunterschiede zurückzuführen sind als auf strukturelle Unterschiede.

7 Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Isabelle Sturny und Maik Roth

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 Urner Bevölkerung für den Bereich der OKP betrachtet, unabhängig davon, in welchem Kanton sich die Patientinnen und Patienten behandeln lassen. Dafür wird der Datenpool von santésuisse – dem Dachverband der Krankenversicherer – für die Jahre 2003 bis 2007 ausgewertet.⁹² 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 Kostensprache 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.

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 Uri beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2007 auf 98,9%.⁹³ Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich⁹⁴ 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 Rechnungen getragen werden. Von dieser Problematik sind vorwiegend die Leistungserbringergruppen betroffen, welche vor allem von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (stationäre Spitalpflege, Spitex, Pflegeheime).

⁹² Da der Datenpool jeweils fünf Jahre rückwirkend aktualisiert wird, werden im Folgenden die Jahre 2003 bis 2007 analysiert.

⁹³ Der Abdeckungsgrad des Datenpools beträgt für den Kanton Uri 94,9% im Jahr 2003, 99,1% im Jahr 2004 und je 98,9% in den Jahren 2005 sowie 2006.

⁹⁴ 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.

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 Rahmen 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 Uri

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Uri 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 im Pflegebereich

Aus Tabelle 7.1 gehen die OKP-Kosten nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten hervor. Insgesamt beliefen sich die Kosten der Urner Bevölkerung im Jahr 2003 auf 67,8 Millionen Franken. Im Jahr 2007 betrugen diese Leistungen 83,2 Millionen Franken, was einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 5,3% entspricht. In der Schweiz sind die Kosten in der gleichen Zeitspanne um 4,5% von 18,2 Milliarden Franken auf 21,6 Milliarden Franken gestiegen. Die Kosten der Urner Bevölkerung sind in den beobachteten fünf Jahren somit stärker gestiegen als im Schweizer Durchschnitt. In den Jahren 2005 und 2007 sind die Kosten der Urner/innen mit 10,4% bzw. 7,0% am stärksten gestiegen.

Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich im Kanton Uri in den Pflegeheimen. Dort sind die Kosten ausser im Jahr 2006 überdurchschnittlich gestiegen

(zwischen 11,2% und 18,5% pro Jahr). Diese hohen Wachstumsraten sind unter anderem durch die Eröffnung eines zusätzlichen Alters- und Pflegeheimes im Jahr 2007, auf Tarifierpassungen in den Zentralschweizer Kantonen und auf die Zunahme der stark pflegebedürftigen Bewohner/innen (BESA-Stufen 3 und 4) zurückzuführen (Bayer-Oglesby et al., 2007). In der Spitex ist ebenfalls eine hohe Kostensteigerung (8,7%) zu beobachten, welche aufgrund der geringen absoluten Werte jedoch weniger zu Buche schlägt. Auch die Kosten für ambulante und teilstationäre Spitalleistungen haben zwischen 2003 und 2007 stark zugenommen (7,4%). Dabei fällt vor allem der enorme Kostenanstieg im Jahr 2005 ins Gewicht: Während 2004 der Kostenrückgang um 0,4% mit Abrechnungsverzögerungen infolge der Tarmed-Einführung erklärt werden kann, führten die Nachfakturierungen dieser Rechnungen im Jahr 2005 zu einem erhöhten Kostenanstieg von 27,9%. Ein Teil dieses Wachstums kann zusätzlich mit der Verlagerung von Leistungen der Belegärzte/-ärztinnen erklärt werden: Immer mehr Belegärzte/-ärztinnen rechnen ihre Belegarzt-tätigkeit nicht mehr über ihre eigene Praxis, sondern über das Spital ab. Für das Jahr 2006 ist im ambulanten und teilstationären Spitalbereich ein Kostenrückgang um 4,6% zu verzeichnen, 2007 haben diese Kosten mit 9,6% wieder überdurchschnittlich zugenommen.

Zwischen 2003 und 2007 hat auch der stationäre Spitalsektor mit einer Wachstumsrate von durchschnittlich 6,7% deutlich zugenommen. Eher durchschnittliche Wachstumsraten sind in Apotheken bzw. Abgabestellen MiGeL sowie bei den Laboranalysen zu verzeichnen, unterdurchschnittliche bei den Physiotherapien, den Arztbehandlungen und bei den vom Arzt bzw. von der Ärztin abgegebenen Medikamenten.

Ein ähnlicher Verlauf der Kostenentwicklung wie bei den Urner 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 Arztbehandlungen (1,3 %) und Physiotherapien (3,5 %). Im Unterschied zum Kanton Uri sind die Gesamtschweizer Kosten in den Pflegeheimen und im Laborbereich jedoch deutlich weniger gestiegen.

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 Urner Versicherte mit jahresdurchschnittlich 7,8% sogar

Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten,
Wohnkanton Uri 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 % UR	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % CH
Spitäler	Stationäre Leistungen	16,2	16,7	18,9	20,6	21,1	25,3	6,7	5,5
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	10,2	10,1	13,0	12,4	13,5	16,3	7,4	6,4
	Total Leistungen Spitäler	26,4	26,8	31,9	32,9	34,6	41,6	7,0	5,9
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen	14,4	13,8	13,3	13,4	14,4	17,4	0,1	1,3
	Medikamente	13,2	13,1	13,6	12,9	13,9	16,7	1,2	3,0
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	1,0	2,4	3,4	3,0	3,1	3,7	34,0 ¹	48,2 ¹
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	28,5	29,3	30,3	29,3	31,4	37,7	2,4	3,5
Pflegeheime		5,3	6,3	7,2	7,3	8,1	9,8	11,1	3,8
Apotheken und Abgabestellen MiGeL ²		1,7	1,9	2,0	2,0	2,0	2,4	5,1	3,2
Physiotherapeuten/-therapeutinnen		1,2	1,2	1,4	1,6	1,7	2,1	8,7	8,1
Spitex-Organisationen		1,3	1,3	1,4	1,2	1,5	1,8	4,8	2,0
Laboratorien		1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,7	0,7	3,5
Übrige Leistungserbringer		1,9	1,9	2,0	2,0	2,3	2,8	5,5	4,1
Total		67,8	70,3	77,7	77,7	83,2	100,0	5,3	4,5

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ 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.

² Mittel und Gegenstände

stärker angestiegen als die Kosten im ambulanten Bereich (4,0%).⁹⁵

Höchste Kostenbeteiligung bei den Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die im Jahr 2007 angefallenen Kosten von 83,2 Millionen Franken wurden zu 84,2% von den Krankenversicherern übernommen und zu 15,8% in Form von Kostenbeteiligung⁹⁶ direkt durch die Urner Bevölkerung bezahlt. Zwischen 2003 und 2007 ist die Kostenbeteiligung der Urner/innen stärker angestiegen als die

Bruttokosten und sie verteilt sich unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungserbringer. So wird bei den Laboranalysen und bei den Arztbehandlungen rund ein Drittel der Kosten in Form von Franchise und Selbsthalt von den Versicherten bezahlt, während die Kostenbeteiligung im stationären Spitalbereich sowie bei den Spitex-Leistungen mit einem Anteil von je 7,1% und vor allem im Pflegeheimbereich mit 5,0% deutlich niedriger ausfällt.⁹⁷

⁹⁵ Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» schliesst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten ein.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ 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.

Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region
Wohnkanton Uri und Schweiz, 2007 (in CHF)

		Ambulant		Stationär		Total	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		1 537	1 950	831	910	2368	2860
Geschlecht	Frauen	1 680	2 212	970	1 064	2 650	3 276
	Männer	1 394	1 678	694	750	2 088	2 429
Altersgruppen	0–15 Jahre	561	738	127	139	688	877
	16–35 Jahre	781	1 049	286	361	1 067	1 410
	36–50 Jahre	1 159	1 584	318	438	1 477	2 022
	51–65 Jahre	2 029	2 632	681	873	2 710	3 506
	66+ Jahre	3 653	4 428	3 254	3 373	6 907	7 801
Regionaler Vergleich	Schweiz	1 950		910		2 860	
	Uri	1 537		831		2 368	
	Appenzell Ausserrhoden	1 467		754		2 222	
	Luzern	1 568		809		2 378	
	Schwyz	1 642		772		2 414	
	Tessin	2 201		1 165		3 366	
	Wallis	1 790		805		2 595	
	Zentralschweiz	1 583		791		2 374	
	Deutschschweiz	1 828		907		2 735	
	Französische Schweiz	2 251		880		3 131	

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Unterdurchschnittliche Urner OKP-Kosten

Tabelle 7.2 zeigt die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person im ambulanten und stationären Bereich (gemäss Definition in Fussnote 95) nach Geschlecht, Alter und Regionen auf. Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Uri bei 2368 Franken und waren ungefähr gleich hoch wie die durchschnittlichen Kosten in der Grossregion Zentralschweiz. In der Gesamtschweiz wurde im gleichen Jahr 492 Franken mehr pro versicherte Person ausgegeben. Die höchsten Kosten für die ausgewiesenen Kantone fielen mit 3366 Franken im Kanton Tessin an, die tiefsten Kosten (2222 Franken) weist die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden aus.

Gut ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird im Kanton Uri für stationäre Leistungen ausgegeben (831 Franken), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1537 Franken pro versicherte Person). Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten ist im Kanton Uri mit 64,9% tiefer als in der Gesamtschweiz (68,2%) und deutlich niedriger als in der französischen Schweiz (71,9%). Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des ambulanten und stationären Sektors sind ziemlich

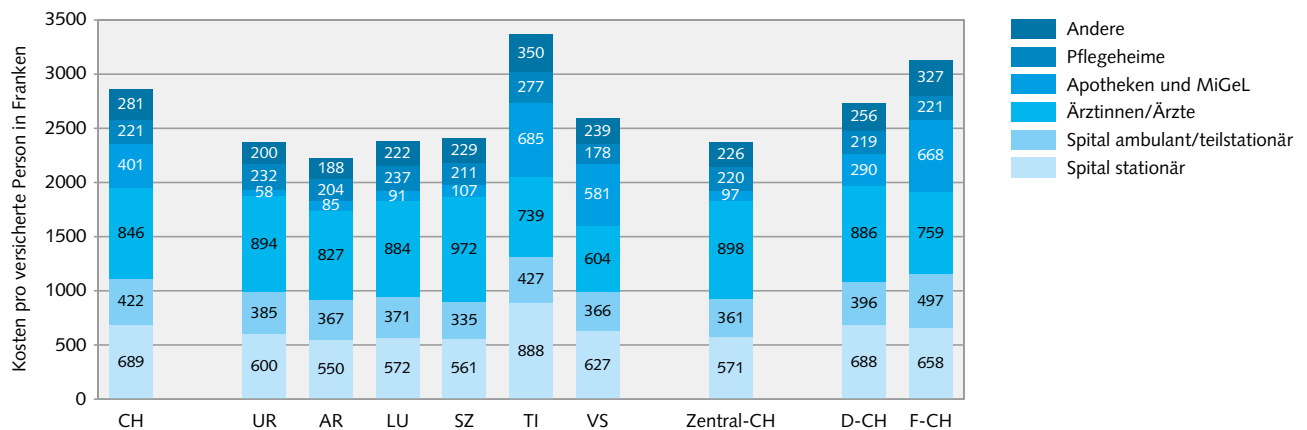
schwierig zu interpretieren, weil im Datenpool die kantonalen Subventionen nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Kosten in der OKP nur bis zu einem Anteil von maximal 50% erfasst (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG).

Frauen haben im Jahr 2007 zwischen 20,5% (ambulant) und 39,8% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Männer.⁹⁸ Je älter die versicherten Personen sind, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Uri im Jahr 2007 688 Franken, während eine über 66-jährige Person Durchschnittskosten von 6907 Franken aufweist. Die Kostenunterschiede zwischen jung und alt sind im stationären Bereich markant. Vor allem in der höchsten Altersgruppe werden vermehrt stationäre Leistungen in

⁹⁸ 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.

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)

Anspruch genommen: Dort macht der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten 47,1% aus, während Kinder 18,5% ihrer Kosten in Spitälern und Pflegeheimen verursachen.⁹⁹

Vergleicht man die OKP-Kosten der Urner Bevölkerung mit der Gesamtschweiz, so fällt auf, dass die relativen Unterschiede im ambulanten Bereich grösser sind als im stationären Bereich. Die Urner/innen weisen zwar in beiden Bereichen geringere Kosten auf als der Schweizer Durchschnitt, im ambulanten Sektor aber noch deutlicher als im stationären. In der Altersgruppe der 66-Jährigen und Älteren sind dabei die kleinsten relativen Kostenunterschiede zu verzeichnen.

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 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 Urner Bevölkerung Medikamentenkosten von 444 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 Uri fallen im Pflegeheimbereich im Vergleich zur Schweiz überdurchschnittliche Kosten pro versicherte Person an, welche unter anderem auf den höheren Anteil der älteren Bevölkerung zurückzuführen ist (vgl. Tab. 1.3). Die Pflegeheimkosten belaufen sich im Jahr 2007 auf 232 Franken pro versicherte Person und sind etwa gleich hoch wie im Kanton Luzern. Demgegenüber verzeichnen die Urner/innen unterdurchschnittliche Kosten im Spitalbereich (985 Franken). Der Kanton Tessin weist hier mit 1315 Franken pro Person deutlich höhere Kosten aus. Auch in der Restkategorie der anderen Leistungserbringer fallen die Kosten pro versicherte Person im Kanton Uri unterdurchschnittlich aus. Rund zwei Drittel der Leistungen dieser Kategorie werden durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Laboratorien und Spitex-Organisationen erbracht.

⁹⁹ 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.

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. Vorliegende Werte beziehen sich auf die erwachsenen, im Kanton Uri wohnhaften Versicherten.

Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung gewinnt an Bedeutung

Im Kanton Uri wählten im Jahr 2007 43,9% der Erwachsenen ein Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise und 37,8% eine wählbare Franchise (vgl. Definition der Versicherungsmodelle im Kasten). Diese «Standardmodelle» bleiben am meisten verbreitet, sind aber rückläufig: Hatten 2003 noch 99,7% der Urner/innen eine ordentliche oder wählbare Franchise gewählt, so ist dieser Anteil im Jahr 2007 auf 81,6% 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 0,1% im Jahr 2003 auf 17,3% im Jahr 2007 gestiegen. Zwischen 2003 und 2007 konnten im Kanton Uri somit 4190 neue Versicherte für diese Versicherungsform gewonnen werden. Der Anteil der anderen Modelle (Capitation-Modell und die Bonusversicherung) ist mit 0,9% bzw. 0,2% gering.

Ordentliche Franchise immer noch populär

Im Jahr 2007 haben sich 17,9% der Urner Versicherten für eine Franchise von 500 Franken entschieden, 13,7% für eine Franchise von 1000/1500 Franken und 5,6% 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 Uri (37,8%). Demgegenüber ist das Modell mit ordentlicher Franchise im Kanton Uri populärer als in der Gesamtschweiz (43,9% vs. 40,0%). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz aufgrund der im Vergleich zum Kanton Uri höheren Prämien vermehrt Versicherungsmodelle mit wählbaren Franchisen gewählt werden, um so Prämienersparungen 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 Uri nur die Franchisenstufen 2000/2500 neue Versicherte gewinnen (+28,8%). Die Abnahme der Anzahl Versicherter in den anderen Franchisenstufen (-27,0%) und bei der ordentlichen Franchise (-14,4%) 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 Ärztenetzwerke, 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 Uri gibt es lediglich eine einheitliche Prämienregion.¹⁰⁰ 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.

¹⁰⁰ Die genaue Einteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene ist auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verfügbar: www.bag.admin.ch.

Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell, Kanton Uri und Schweiz, 2007
(26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

OKP Modell	Franchise	Durchschnitts- prämie UR	Durchschnitts- prämie CH	Anteil der Versicherten UR	Anteil der Versicherten CH
Standardmodell mit Franchisen	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2 591	3 551	43,9	40,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2 598	3 604	17,9	19,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1 854	2 661	13,7	14,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1 445	2 054	5,6	9,0
Managed-Care- Modelle mit Capitation	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2 190	3 286	0,3	0,7
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2 051	3 111	0,1	0,3
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1 622	2 391	0,4	0,6
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1 411	2 118	0,1	0,4
Managed-Care- Modelle mit Einzel- leistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2 467	3 064	8,6	5,5
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2 360	3 030	2,6	2,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1 772	2 324	4,9	3,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1 480	1 942	1,1	2,0
Bonusversicherung ¹	Ordentliche Franchise (300 CHF)	1 725	2 498	0,2	0,1
Total		2 344	3 152	100,0	100,0

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ Aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Versicherungsmodell wird darauf verzichtet, die Durchschnittsprämien mit den anderen Modellen zu vergleichen.

Die Durchschnittsprämie 2007 variiert zwischen 2598 und 1411 Franken je nach Versicherungsmodell (Tab. 7.3). Die tiefsten Durchschnittsprämien haben Urner/innen, welche die Capitation-Modelle gewählt haben, gefolgt von jenen mit dem Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung. Versicherte mit ordentlichen oder wählbaren Franchisen bezahlen dagegen höhere Prämien. Je höhere Franchisen gewählt werden, desto tiefer fallen die Prämien aus. Eine Ausnahme bildet dabei aber die Franchise von 500 Franken im Modell mit Franchisen: Hier sind sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz höhere Prämien zu verzeichnen als im Modell mit ordentlicher Franchise. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Versicherte mit einer Franchise von 500 Franken im Jahr 2007 tendenziell eher teurere Krankenversicherer gewählt haben als Versicherte mit ordentlicher Franchise.

Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Krankenkassenprämien im Kanton Uri bei 2344 Franken (Abb. 7.2) und waren tiefer als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Prämien in der Grossregion Zentralschweiz (2533 Franken pro versicherte Person) und als in der Gesamtschweiz (3152 Franken pro versicherte Person). Im Vergleich mit den ausgewählten Kantonen verzeichnet der Kanton Uri die niedrigsten Pro-Kopf-Prämien. Deutlich höhere Beiträge sind im Kanton Tessin sowie in der französischsprachigen Schweiz zu bezahlen.

Vergleicht man die regional unterschiedlichen Prämien mit den regionalen Gesundheitskosten (vgl. Tab. 7.2), so ergeben sich übereinstimmende Muster: Die höchsten Kosten sowie Prämien fallen im Kanton Tessin sowie in der französischsprachigen Schweiz an, während die tiefsten Kosten und Prämien in Uri, in Appenzell Ausserrhoden sowie in der Grossregion Zentralschweiz zu verzeichnen sind. Als einziger der ausgewiesenen Kantone hat der Kanton Uri im Jahr 2007 tiefere Prämien als Kosten.

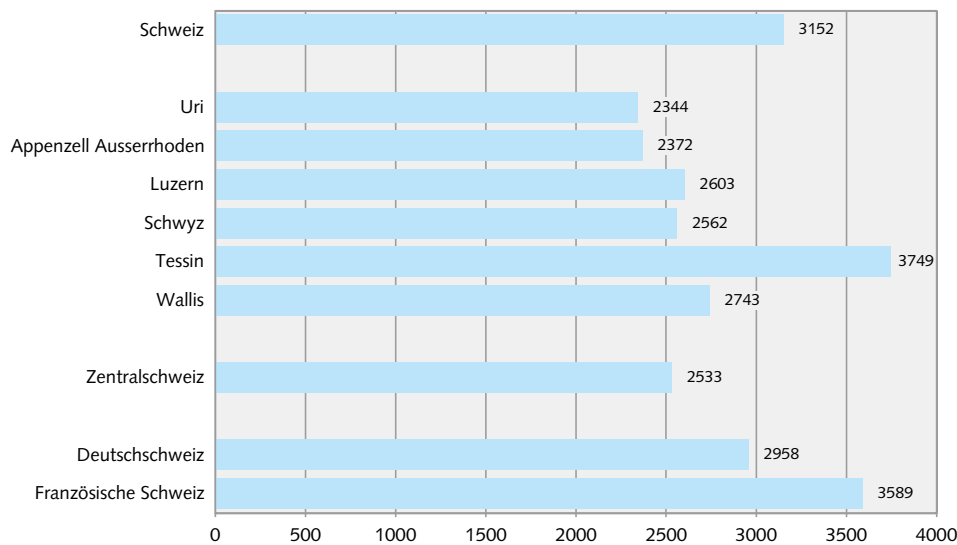
Viele Prämienverbilligungsempfänger/innen mit unterdurchschnittlichen Beiträgen

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 Uri wurden zwischen 2003 und 2007 nicht die gesamten Beiträge des Bundes für die Prämienverbilligung ausgeschöpft. So betrug der Reduktionsfaktor für

Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region

Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

Abb. 7.2

Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

den Kanton Uri im Jahr 2007 22,0%, während dieser im Schweizer Durchschnitt bei 13,9% lag.¹⁰¹ In der Schweiz gab es im Jahr 2007 2,27 Millionen Empfänger/innen einer Prämienverbilligung (30,1% der Gesamtbevölkerung), darunter 15'363 Empfänger/innen aus dem Kanton Uri (43,7% der kantonalen Bevölkerung). Der Bevölkerungsanteil der Bezüger/innen lag in der beobachteten Periode im Kanton Uri somit jeweils über dem Schweizer Durchschnitt.

2007 wurden im Kanton Uri 14,6 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen¹⁰² ausgerichtet, rund 3 Millionen Franken mehr als 2003. Mit einem Betrag von 953 Franken pro Bezüger/in liegt der Kanton Uri im Jahr 2007 deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (1506 Franken pro Bezüger/in). Auch zwischen 2003 und 2006 verzeichnen die Urner/innen tiefere Beträge pro Bezüger/in als im Schweizer Durchschnitt. Im Kanton Uri erhält die Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz somit häufiger eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person liegen jedoch deutlich

unter dem Schweizer Mittel. Stellt man die kantonalen Beiträge zur Prämienverbilligung ins Verhältnis zu den Durchschnittsprämien aller Versicherten, so wird im Kanton Uri ein grösserer Teil der Prämien durch Prämienverbilligung finanziert (21,6%) als gesamtschweizerisch (17,2%).

7.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die Gesundheitskosten der Urner Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betrachtet. Es zeigte sich, dass die Kosten der Urner Bevölkerung zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,3% stärker gestiegen sind als im Schweizer Durchschnitt (4,5%). Dabei haben die Pflegeheimleistungen mit 11,1%, die Spitex-Leistungen mit 8,7%, der ambulante bzw. teilstationäre Spitalsektor mit 7,4% sowie der stationäre Spitalsektor mit 6,7% stark zugenommen. Trotz dieses erhöhten Wachstums liegen die OKP-Kosten im Kanton Uri unter dem Schweizer Durchschnitt. So wurden im Jahr 2007 im Kanton Uri 2368 Franken pro versicherte Person ausgegeben, während gesamtschweizerisch 2860 Franken in der OKP bezahlt wurden. Die Urner Pro-Kopf-Kosten sind ungefähr gleich hoch wie

¹⁰¹ 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.

¹⁰² Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte bzw. Bezüger/innen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG, Bund und Kantone.

die durchschnittlichen Kosten in der Grossregion Zentralschweiz. Die Medikamenten- und die Spitalkosten liegen im Kanton Uri deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, die Pro-Kopf-Kosten im Pflegeheimbereich sind demgegenüber höher als in der Schweiz.

Mit einem Anteil von 43,9% bleibt das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise bei den Urner Versicherten sehr verbreitet (CH: 40,0%). Die Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nehmen

im Kanton Uri aber immer mehr an Bedeutung zu. Die Krankenkassenprämien sind mit durchschnittlich 2344 Franken im Kanton Uri tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (3152 Franken) und als in der Zentralschweiz (2533 Franken). 43,7% der Urner 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 Uri jedoch klar tiefer.

Glossar

Adipositas

Starkes Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)

Body Mass Index (BMI)

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist: $\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$

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 (internale Kontrollüberzeugung) oder ob es durch äussere Einwirkungen (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 Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

Prävention

Alle Massnahmen, welche auf die Verhütung und Früherfassung 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 Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren.

Die *Sekundärprävention* umfasst alle Massnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien.

Die *Tertiärprävention* meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe.

Public Health

= «Öffentliche Gesundheit»

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Umweltbedingungen, und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health befasst sich entsprechend mit der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (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. soziale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsfördernd.

Risikofaktor

Umstand der Person oder Umwelt, dessen Vorhandensein 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 Belastungen gesund bleiben.

santésuisse

Dachverband der Krankenversicherer

Screening

Filteruntersuchung mit dem Ziel, Hinweise für ein Frühstadium einer bestimmten Krankheit aufzudecken (Verfahren sekundäre Prävention).

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines 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, Gesundheitsversorgung), die Menschen aufgrund ihrer Position und Lage in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zukommen

Soziale Unterstützung

Unterstützung (z.B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen 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	10		
Abb. 2.1			
Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2007	19		
Abb. 2.2			
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2007	21		
Abb. 2.3			
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2007	21		
Abb. 2.4			
Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri und Schweiz, 2007	22		
Abb. 2.5			
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Kanton Uri und Schweiz, 2007	24		
Abb. 2.6			
Körperliche Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007	25		
Abb. 2.7			
Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri, 2007	26		
Abb. 2.8			
Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung)	27		
Abb. 2.9			
Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007	28		
Abb. 2.10			
Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2007	28		
Abb. 2.11			
Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	32		
Abb. 2.12			
Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	34		
Abb. 2.13			
Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Zentralschweiz und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)	34		
Abb. 2.14			
Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Zentralschweiz und Schweiz, 2007	36		
Abb. 2.15			
Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Zentralschweiz und Schweiz, 2007	37		
Abb. 2.16			
Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri und Schweiz, 2007	39		

Abb. 2.17 Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri und Schweiz, 2007	40	Abb. 3.4 Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	57
Abb. 2.18 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Zentralschweiz und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.5 Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht, Kanton Uri, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	58
Abb. 2.19 Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Zentralschweiz und Schweiz, 2007	42	Abb. 3.6 Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Uri, 2007	60
Abb. 2.20 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Uri und Schweiz, 2007	43	Abb. 3.7 Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007	62
Abb. 2.21 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2007	43	Abb. 3.8 Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht, Kanton Uri, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	64
Abb. 2.22 Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2007	44	Abb. 3.9 Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Uri und Schweiz, 2007	65
Abb. 2.23 Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, Kanton Uri, 1986/87–2006/07	45	Abb. 3.10 Raucher/innen nach Altersgruppen und nach Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2007	66
Abb. 2.24 Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten, 1997/2006 (mit 95%-Vertrauensintervall)	46	Abb. 3.11 Raucher/innen nach Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007	66
Abb. 2.25 Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht, Kanton Uri, 1997–2006	49	Abb. 3.12 Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007	68
Abb. 3.1 Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007	52	Abb. 3.13 Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2007	70
Abb. 3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Uri, 2007	54	Abb. 3.14 Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007	72
Abb. 3.3 Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)	56	Abb. 3.15 Medikamentenkonsum nach psychischer Belastung und Geschlecht, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	76
		Abb. 3.16 Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	76

Abb. 4.1		Abb. 6.3	
Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind, Kanton Uri und Schweiz, 2007	79	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.2		Abb. 6.4	
Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri, 2007	81	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht, Behandlungsintensität, Kanton Uri, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.3		Abb. 6.5	
Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	83	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Uri, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	113
Abb. 4.4		Abb. 6.6	
Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Uri, 2007 (Erwerbstätige)	85	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	115
Abb. 4.5		Abb. 6.7	
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Uri und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)	86	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	116
Abb. 4.6		Abb. 6.8	
Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	87	Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung)	122
Abb. 4.7		Abb. 6.9	
Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	89	Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	122
Abb. 5.1		Abb. 6.10	
Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007	93	Involvierte Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007	128
Abb. 5.2		Abb. 7.1	
Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	100	Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)	133
Abb. 5.3		Abb. 7.2	
Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	101	Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	136
Abb. 6.1			
Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	109		
Abb. 6.2			
Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	111		

Tabellen

Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)	12	Tab. 3.3 Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	59
Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Uri nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007 (15-jährige und ältere Personen)	13	Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	59
Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Uri im Vergleich zur Gesamtschweiz	16–17	Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	63
Tab. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	20	Tab. 3.6 Tabakkonsum im regionalen Vergleich, 2007 (in %)	67
Tab. 2.2 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	23	Tab. 3.7 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, Schweiz, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag Passivrauch ausgesetzt, in %)	69
Tab. 2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	30	Tab. 3.8 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	69
Tab. 2.4 Unfälle und Sturzepisoden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	33	Tab. 3.9 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)	71
Tab. 2.5 Mittlere oder starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	38	Tab. 3.10 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)	73
Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1997–2006	47	Tab. 3.11 Medikamentenkonsum, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)	75
Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Uri, aggregierte Fallzahlen von 1997 bis 2006	48	Tab. 4.1 Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %)	80
Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Zentralschweiz und Schweiz, 2007 (in %)	53	Tab. 4.2 Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	82
Tab. 3.2 Körpergewicht, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)	56	Tab. 4.3 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Uri, 2007 (Erwerbstätige, in %)	82
		Tab. 4.4 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	84

Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %) 88	Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 121
Tab. 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom) 95	Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 123
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) 102	Tab. 6.9 Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen in Akutspitälern (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in %) 124
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) 104	Tab. 6.10 Inner- und ausserkantonale stationäre Hospitalisation (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Uri und Schweiz, 2007 125
Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 108	Tab. 6.11 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Schweiz, 2007 (in %) 126
Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 110	Tab. 6.12 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 127
Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 114	Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Wohnkanton Uri und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF) 131
Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 117	Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Wohnkanton Uri und Schweiz, 2007 (in CHF) 132
Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat) 118	Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell, Kanton Uri und Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF) 135
Tab. 6.6 Grippeimpfung, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 119	

Literatur

- Adamson, S.J. und 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. und M. Graf (2003).* Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger und 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 und 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 und Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2007).* Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Baumeister, H. und M. Harter (2007).* Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Bayer-Oglesby, L., F. Höpflinger und P. Camenzind (2007).* Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008–2015 im Kanton Uri. Schlussbericht. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berkman, L.F. und T. Glass (2000).* Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman und I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.

- Bétrisey, C., M. Roth und H. Jaccard Ruedin (2007). «Ärztliche Demographie» – Bericht für den Kanton Uri. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Merkblatt zu den Daten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008f). 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: Bundesamt für Statistik.
- Bisig, B. und 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 und A. Domenighetti (2004). Operationen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 2: Detailresultate (S. 163–190). Zürich: Rüegger.
- Bullinger, M., I. Kirchberger und 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 und 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. und C. Meier (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry und T.W. Strine (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease, 2(1): A14.
- Charton, L. und 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. und 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. und 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. und B. Bisig (1995). Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. Lancet, 346(8986): 1376.

- Domenighetti, G. und A. Casabianca (1997). Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ*, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca und 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 und H. Lloyd (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- du Toit, M. und 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.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan und F. Gutzwiller (2005). Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht (S. 259–278). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman und K.D. Williams (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid und 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. Chiolero und 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 und 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 und 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. und M. de Borde (1990). Histoire de l'alcool. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. und R.M. Carney (2009). Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony und 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.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters und J. Siegrist (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. und N. Solowij (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel und 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. und H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. und 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. und 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. und 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 und 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 und S. Pellegrini (2003).* Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas und 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 und 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. und P.S. Wang (2009).* Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib und 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. und 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. und R. Ospelt-Niepelt (2009).* Alter. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123–145). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. und 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. und 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 und 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 und H. Stamm (2008).* Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Lamprecht, M. und H. Stamm (2002).* Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz. Zürich: Seismo.
- 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. und 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. und 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 und 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. und A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern: Haupt.
- Mausner-Dorsch, H. und 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. (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber.
- Meyer, K., A. Simmet, K. Mattle, K. Nedeltchev und 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. und 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. und C. Maschke (2004). WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger und M. Cavegn (2008). *Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2008*. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- 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 und 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. und 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 und 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 und 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 und J.S. Ahluwalia (2004). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. und J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. und 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 und C. Weiss (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring* (Vol. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Segovia, J., R.F. Bartlett und 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. und 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. und 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 und 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. und Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht (S. 471–491). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 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 und 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. und 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. und C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item shor-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 und 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 (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. und 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 und 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 und 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 realitätsgetreues 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 Grossregionen¹⁰³ 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 Uri 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 Personen 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 Gewichtungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (vgl. Abschnitt Gewichtungsverfahren).

¹⁰³ 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 Haushaltsgrosse 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).

