



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



LIECHTENSTEIN

OBSAN **BERICHT 66**

66

Gesundheitsbericht Fürstentum Liechtenstein

Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2012
mit Ergänzungen aus weiteren Datenbanken

Nicole Ruch, Daniela Schuler, Tina Schmid



REGIERUNG
DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

MINISTERIUM FÜR GESELLSCHAFT

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

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und 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)
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Auftraggeber

Ministerium für Gesellschaft des Fürstentums Liechtenstein

Autorinnen

Nicole Ruch, Daniela Schuler, Tina Schmid (Obsan)

Projektteam Obsan

Paul Camenzind, Clémence Merçay, Florence Moreau-Gruet, Luca Petrini,
Nicole Ruch, Tina Schmid, Daniela Schuler, Isabelle Sturny

In Zusammenarbeit mit

Projektteam Amt für Gesundheit des Fürstentums Liechtenstein:
Marina Jamnicki, Amtsärztin
Helen Näff, Gesundheitsförderung und Prävention
Carmen Eggenberger, Gesundheitsförderung und Prävention

Reviewboard

Das Reviewboard setzt sich zusammen aus dem Projektteam des Obsan und dem Projektteam Amt für Gesundheit des Fürstentums Liechtenstein.

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 66

Zitierweise

Ruch, N., Schuler, D. & Schmid, T. (2015). *Gesundheitsbericht Fürstentum Liechtenstein. Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2012 mit Ergänzungen aus weiteren Datenbanken* (Obsan Bericht 66). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Informationen und Bestellungen

Amt für Gesundheit des Fürstentums Liechtenstein
Äulestrasse 51
9490 Vaduz
Telefon +423 236 73 74
info.ag@llv.li

Download PDF

<http://www.llv.li/#/1908>

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

ISBN

978-2-940502-27-1

© Obsan 2015

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2	3	Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	48
Abkürzungsverzeichnis	3	3.1	Gesundheitseinstellungen	48
Gesamtzusammenfassung	4	3.2	Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	50
1 Einleitung	7	3.3	Konsum von psychoaktiven Substanzen	59
1.1 Gesundheitsbericht für das Fürstentum Liechtenstein	7	3.4	Zusammenfassung	73
1.2 Ziele des Gesundheitsberichts	7	4	Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld	74
1.3 Verwendete Daten	8	4.1	Störungen im Wohnbereich	76
1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten	11	4.2	Arbeit und Gesundheit	78
1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen	14	4.3	Zusammenfassung	87
1.6 Das Fürstentum Liechtenstein im Überblick	18	5	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	88
2 Gesundheitszustand	21	5.1	Besuche in Arztpraxen	89
2.1 Lebenserwartung	21	5.2	Präventivmedizinische Leistungen	93
2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit	23	5.3	Komplementärmedizinische Leistungen	98
2.3 Dauerhafte Gesundheitsprobleme und Einschränkungen	25	5.4	Spitalleistungen	98
2.4 Körperliche Gesundheit	29	5.5	Unterstützung zu Hause, formell und informell	102
2.5 Psychische Gesundheit	37	5.6	Zusammenfassung	104
2.6 Gesundheitsressourcen	43	Glossar		106
2.7 Sterblichkeit und Todesursachen	45	Literatur		109
2.8 Zusammenfassung	46	Anhang		117

Vorwort



Geschätzte Leserinnen und Leser

Wie die Diskussionen zum Thema Gesundheit immer wieder zeigen, besteht auch in Liechtenstein ein Bedarf an statistisch gesicherten Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung. Das Thema geniesst in der öffentlichen Wahrnehmung einen hohen Stellenwert. Ein wichtiges Thema sind dabei die Kosten. Seit einiger Zeit arbeiten wir daran, die Gesundheitsausgaben zu analysieren und daraus zu ermitteln, ob und wie das Wachstum der Kosten beeinflusst werden kann. Für eine sachliche Diskussion benötigen wir aber auch zusätzliche Daten. Deshalb hat Liechtenstein zum ersten Mal im Jahr 2012 an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung teilgenommen. Im Herbst 2014 hat das Amt für Statistik die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zum Gesundheitsverhalten, zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, zum Gesundheitssystem und zur Präventivmedizin, zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie zu den persönlichen und sozialen Ressourcen in Form einer Statistik vorgestellt.

Nun ist eine gesundheitswissenschaftliche Aufbereitung dieser Ergebnisse durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan in Zusammenarbeit mit dem Amt für Gesundheit erfolgt.

Die mit der Schweiz identische Gesundheitsbefragung hat zwei grosse Vorteile. Einerseits liefert sie uns einen aktuellen Vergleich mit der Schweiz (bzw. mit Kantonen), andererseits gibt sie uns zukünftig über den Längsverlauf

eine landesinterne Vergleichsmöglichkeit, aber auch die Möglichkeit, die liechtensteinische Entwicklung mit der Entwicklung in der Schweiz zu vergleichen.

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse sollen uns Hinweise auf notwendige Strategien im Bereich der Gesundheitspolitik im Allgemeinen und der Gesundheitsförderung im Speziellen geben. Die vorliegenden Grafiken und Erläuterungen vermitteln dazu eine ausgezeichnete Übersicht.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Regierungsrat Dr. Mauro Pedrazzini
Minister für Gesellschaft

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung	NMHT	Nicht-melanotische Hauttumore
BAG	Bundesamt für Gesundheit (CH)	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (CH)	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
BFS	Bundesamt für Statistik (CH)	OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (CH)
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung (CH)	OR	Odds Ratio
BMI	Body Mass Index	Ref.	Referenzkategorie
CH	Schweiz	SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
D-CH	Deutschschweiz	SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (CH)
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (CH)	STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (CH)
FL	Fürstentum Liechtenstein	Tab.	Tabelle
GMM I+II	Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung I und II (CH)	VI	Vertrauensintervall/Konfidenzintervall
ISCED	International Standard Classification of Education	VZÄ	Vollzeitäquivalent
KVG	Krankenversicherungsgesetz (SR 832.10; CH)	WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
N	Grundgesamtheit einer Population	ZPR	Zentrales Personenregister (FL)
n	Anzahl der Befragten, Stichprobe		

Gesamtzusammenfassung

Das Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist eine unerlässliche Grundlage für eine zielgerichtete, effiziente und kostenbewusste Gesundheitspolitik. Die Planung und Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention von Krankheiten fusst auf diesem Wissen. Der vorliegende Bericht liefert fundierte Informationen über die Gesundheit der Liechtensteiner Bevölkerung. Genaue Analysen zeigen den Gesundheitszustand der Einwohner¹ Liechtensteins, ihre gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen (inkl. Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol und Tabak), gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Der Bericht richtet sich an politische Entscheidungsträger, Gesundheitsfachleute und alle weiteren interessierten Personen. Die verwendeten Daten stammen hauptsächlich aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Das Fürstentum Liechtenstein nahm im Jahr 2012 zum ersten Mal daran teil. Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung. Als Vergleich dienen die entsprechenden Angaben aus der Schweiz. Das Bundesamt für Statistik (BFS) führt die Befragung in der Schweiz seit 1992 alle fünf Jahre durch.

Der vorliegende Bericht zeigt die Ergebnisse der Erhebung aus dem Jahr 2012. Daten des Krebsregisters, der Zivilstands- und Bevölkerungsstatistik, der Volkszählung Liechtensteins und verschiedene Statistiken des statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) ergänzen ihn. Die Daten werden zusätzlich nach verschiedenen Gesundheitsdeterminanten² analysiert und mit den Schweizer Ergebnissen verglichen. Als Referenz für die zeitlichen Verläufe dienen Resultate früherer Schweizer Erhebungen.

Die Gesundheit der Liechtensteiner Bevölkerung ist in vielen Bereichen der Gesundheit der Schweizer ähnlich. Unterschiede zeigen sich zwischen Personen unterschiedlichen Geschlechts, Alters und unterschiedlicher Bildung.

In der Schweiz sind die Unterschiede aufgrund höherer Fallzahlen häufiger und ausgeprägter als in Liechtenstein. Die Stichprobe Liechtensteins umfasst über 1000 telefonisch befragte Personen. Damit ist sie insgesamt betrachtet zwar von beachtlicher Grösse; trotzdem sind detaillierte Analysen einzelner Subpopulationen (z.B. der über 65-jährigen Frauen) nur beschränkt möglich, da kleinere Fallzahlen zu statistischen Unsicherheiten führen. So können zum Teil keine verlässlichen – das heisst statistisch signifikanten – Aussagen zu allfälligen Unterschieden gemacht werden.

Der Geschlechterunterschied bei der Lebenserwartung wird immer kleiner

Die mittlere Lebenserwartung gibt Hinweise zur allgemeinen Gesundheit einer Bevölkerung. Sie liegt in Liechtenstein bei 81,1 Jahren. Die Lebenserwartung ist sowohl bei den Frauen wie auch den Männern seit 1997 angestiegen. Männer haben eine tiefere Lebenserwartung, jedoch hat sie sich über die Jahre derjenigen der Frauen angenähert. Die Mortalitätsrate liegt bei 773 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen bei den Frauen und bei 1107 Todesfällen pro 100'000 Einwohnern bei den Männern. Die häufigsten Todesursachen in Liechtenstein sind die Herz-Kreislauf-Krankheiten mit einem Anteil von 35,0% und die Krebserkrankungen mit 26,5%.

Das gesundheitliche Wohlbefinden ist trotz gesundheitlichen Beschwerden gut

Eine deutliche Mehrheit (85%) der befragten Liechtensteiner schätzen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Trotz guter Gesundheit gibt es in der Bevölkerung aber auch vielerlei Beschwerden. Ein Drittel der Befragten hat ein Gesundheitsproblem, das mindestens sechs Monate andauert. Gewisse körperliche Beschwerden sind in der Bevölkerung relativ verbreitet, wobei starke Rücken- oder Kreuzschmerzen am häufigsten vorkommen. Jede zehnte Person erwähnt, von mindestens zwei chronischen Erkrankungen betroffen zu sein. Im Jahr vor der Befragung haben 18,3% der Liechtensteinerinnen und

¹ Im Text wird zugunsten der Lesbarkeit in der Regel nur die männliche Form erwähnt. Die weibliche Form ist jedoch immer mitgemeint.

² Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen.

27,1% der Liechtensteiner einen Unfall erlitten. Männer verunfallen deutlich häufiger als Frauen, sowohl bei der Arbeit als auch beim Sport. Im Alter häufen sich Stürze, was den Gesundheitszustand nachhaltig verschlechtern kann. Rund jede vierte Person ab 65 Jahren berichtet von mindestens einem Sturz im Jahr vor der Befragung.

Bessere psychische Gesundheit in Liechtenstein als in der Schweiz

Für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit wichtig. Liechtensteiner berichten über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau und gleichzeitig selten über eine mittlere bis starke psychische Belastung. Nur wenige (3,5%) empfinden mittlere bis schwere Depressionssymptome. Die Anteile von häufigen Einsamkeitsgefühlen, aber auch von sogenannt «tiefer Kontrollüberzeugung» sind in der Bevölkerung klein. Die Liechtensteiner erwähnen alle Parameter beeinträchtigter psychischer Gesundheit durchwegs seltener als die Schweizer. Nicht nur ist der psychische Gesundheitszustand in Liechtenstein besser, sondern die Bevölkerung ist auch besser mit unterstützenden Gesundheitsressourcen ausgestattet.

Zunehmend übergewichtige Personen

Bedeutende Teile der Bevölkerung Liechtensteins (43,3%) sind übergewichtig oder adipös. In der Schweiz ist dieser Anteil zwischen 1992 und 2012 um rund 10 Prozentpunkte auf 42,2% angestiegen. Gleichzeitig sind aber rund drei von vier befragten Personen ausreichend körperlich aktiv (FL: 78,3%; CH: 72,5%). Der Anteil an körperlich aktiven Personen ist in der Schweiz zwischen 2002 und 2012 ebenfalls um 10 Prozentpunkte gestiegen. Generell sind Männer im Vergleich zu den Frauen häufiger übergewichtig, achten seltener auf ihre Ernährung und essen weniger Früchte und Gemüse; sie sind dafür aber häufiger genügend körperlich aktiv.

Höherer Raucheranteil bei jungen Männern und häufigerer Alkoholkonsum bei älteren Männern

Der Raucheranteil beträgt in Liechtenstein genau einen Viertel der Bevölkerung und liegt damit im Bereich des schweizerischen Durchschnittswerts von 28,2%. Von den Frauen ab 15 Jahren raucht rund ein Fünftel, von den Männern rund ein Drittel. Den höchsten Raucheranteil weisen die 15- bis 34-jährigen Männer mit 42,4% auf. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der rauchenden Männer jedoch kontinuierlich ab. Bei den Liechtensteinerinnen bleibt der Anteil der Rauchenden bis

64 Jahre konstant bei ungefähr einem Fünftel und geht erst dann etwas zurück. Dem Passivrauch sind 5,6% der Bevölkerung mindestens eine Stunde pro Tag ausgesetzt.

Männer konsumieren mehr Alkohol als Frauen. Sie konsumieren rund doppelt so häufig (11,7%) täglich Alkohol wie Frauen (5,6%). Aber auch der Konsum einmal bis mehrmals wöchentlich ist bei den Männern (57,3%) ausgeprägter als bei den Frauen (35,8%). Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner trinken seltener täglich Alkohol als Schweizerinnen und Schweizer. Ein Fünftel der Frauen und knapp ein Zehntel der Männer sind komplett abstinent. Der tägliche Alkoholkonsum steigt mit höherem Alter relativ stark an. Bei den 65-jährigen und älteren Frauen konsumieren 14,7% und bei den gleichaltrigen Männern 28,5% täglich Alkohol. Das Rauschtrinken hingegen ist ein Problem der Jüngeren (23,5% der 15- bis 34-Jährigen).

Ein Fünftel der Liechtensteiner (20,9%) hat schon mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. Dieser Anteil liegt klar unter dem Schweizer Durchschnitt (29,5%). Dabei sind es vor allem die liechtensteinschen Männer, die seltener Cannabis konsumieren als die Schweizer Männer. In der Woche vor der Befragung haben rund 45% der Befragten ein Medikament zu sich genommen, wobei die Liechtensteiner Frauen seltener (45,5%) Medikamente zu sich nehmen als die Schweizerinnen (53,2%).

Hohe Arbeitszufriedenheit trotz Arbeitsbelastungen

Über zwei Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung ist mit der aktuellen Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden, weitere 21,5% sind ziemlich zufrieden. Ebenfalls die Hälfte der Erwerbstätigen ist der Ansicht, dass ihre Arbeit eine insgesamt positive Auswirkung auf ihre Gesundheit hat, obwohl Arbeitsbelastungen weit verbreitet sind. Im Übermass können sich diese negativ auf die Gesundheit auswirken. 86,0% der erwerbstätigen Liechtensteiner berichten über mindestens eine physische Belastung bei der Arbeit, wie zum Beispiel eine schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltung. 86,9% der Erwerbstätigen geben mindestens eine psychosoziale Belastung wie hohen Zeitdruck oder hohe Arbeitsanforderungen an. Rund jede fünfte erwerbstätige Person ist von langer Arbeitszeit und rund 15% von atypischen Arbeitszeiten wie Nacharbeit oder Schichtarbeit betroffen. Insgesamt schätzt nur rund ein Zehntel der Befragten die Auswirkungen der Arbeitsbelastungen als überwiegend negativ ein.

Über 45% der Liechtensteiner gehen mindestens dreimal im Jahr zum Arzt

17,6% der Liechtensteiner haben in den zwölf Monaten vor der Befragung gar nie eine Arztpraxis aufgesucht. Ein Drittel der Bevölkerung konsultiert ein bis zweimal und fast die Hälfte mindestens dreimal pro Jahr einen Arzt. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an. Männer (24,7%) sind deutlich häufiger gar nie in der Arztpraxis als Frauen (10,6%). Diese Differenz ist hauptsächlich auf Konsultationen beim Frauenarzt zurückzuführen, welche bei Frauen zusätzlich im Rahmen zweijährlicher Vorsorgeuntersuchungen anfallen.

Jede zweite Liechtensteinerin zwischen 20 und 49 Jahren hatte im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Dieser Anteil sinkt bei Frauen ab 50 Jahren auf 36,7%. Die Früherkennungen von Brustkrebs mittels Mammografie bei Frauen und von Prostatakrebs bei Männern werden ab dem 50. Lebensjahr häufiger durchgeführt (16,1% bzw. 36,7%). Eine Grippeimpfung haben 7,2% der Bevölkerung machen lassen. Dies sind nur halb so viel wie in der Schweiz (14,3%).

Hilfe und Pflege im Alter erfolgen häufiger bei Frauen als bei Männern

Hilfe und Pflege am Wohnort erfolgen zu einem grossen Teil auf der Basis der sogenannten informellen Hilfe durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Weniger oft werden die formelle Hilfe bzw. die Dienste der Familienhilfe beansprucht. Frauen (15,1%) nutzen die Familienhilfe häufiger als Männer (8,4%). Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, sind sie häufiger vom Verlust des Partners betroffen und verlieren damit dessen potenzielle Unterstützung. In Liechtenstein fällt besonders der hohe Anteil (45,4%) an informeller Hilfe auf, die für über 80-jährige Personen geleistet wird. In der Schweiz sind dies zum Vergleich lediglich 15,7%. Die (formelle) Familienhilfe wird vor allem zur Unterstützung in Pflege und für Hilfe im Haushalt genutzt. Die informelle Hilfe dient ebenfalls zur Unterstützung im Haushalt und für andere Dienste wie Mahlzeiten oder Fahrdienst. Es ist insbesondere der Ehepartner, welcher informelle Hilfe leistet, gefolgt von weiblichen Familienmitgliedern wie der Tochter und der Mutter.

Die Gesundheit in Liechtenstein im Überblick

Die Gesundheit der Liechtensteiner ist sehr gut, trotz vorhandener körperlicher und psychischer Beschwerden. Die Lebenserwartung steigt. Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Der psychische Gesundheitszustand ist in Liechtenstein besser als in der Schweiz. Das Gesundheitsverhalten der Liechtensteiner Bevölkerung darf als vergleichsweise sehr gut bezeichnet werden. So konsumieren die Liechtensteiner seltener Alkohol und Cannabis und sind häufiger körperlich aktiv als die Schweizer. Die Liechtensteiner Frauen rauchen seltener und nehmen seltener Medikamente als die Schweizerinnen. Zwei Fünftel der Bevölkerung sind jedoch übergewichtig. Dies entspricht den Zahlen in der Schweiz. Die Hälfte der Erwerbstätigen ist der Ansicht, dass ihre Arbeit eine positive Auswirkung auf ihre Gesundheit hat, trotz vorhandenen Arbeitsbelastungen. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nimmt mit höherem Alter vor allem hinsichtlich Arztkonsultationen und stationären Spitalaufenthalten deutlich zu. Bei der Langzeitpflege wird häufiger informelle (vor allem vom Ehepartner) als formelle Unterstützung (durch Familienhilfe) beansprucht.

1 Einleitung

Gesundheit hat einen hohen Stellenwert. Sie dringt mehr und mehr in weite Bereiche der Politik ein. Traditionelle Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dieser traditionalistische Ansatz hat sich in den letzten Jahren zunehmend erweitert. Soziale und wirtschaftliche Bedingungen, welche die Gesundheit der Menschen beeinträchtigen, gewinnen an Bedeutung (Wilkinson & Marmot, 2004). Die Gesundheitspolitik befasst sich immer mehr auch mit sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Faktoren. Sie versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheit der Bevölkerung, indem sie Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderndes Verhalten schafft und gesundheitsschädigende Einflüsse zu vermindern sucht. Beispiele sind die Verbesserung von Arbeits- und Umweltbedingungen.

Die Kenntnis über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist eine unerlässliche Grundlage für eine zielgerichtete, effiziente und kostenbewusste Gesundheitspolitik. Der vorliegende Gesundheitsbericht liefert erstmals einen umfassenden Überblick über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Liechtensteiner Bevölkerung. Die erfassten Daten und damit errechneten Indikatoren und Kennzahlen liegen hiermit in aktueller Form vor. Der Bericht richtet sich an Entscheidungsträger³ in der Politik und im Gesundheitswesen, Gesundheitsfachleute und alle weiteren interessierten Personen. Eine anschließende vertiefte Analyse auf der Basis des Berichtes soll Erfolge bestehender gesundheitspolitischer Bestrebungen, aber auch Schwachstellen aufzeigen. Die Schwachstellen zeigen auf, wo Handlungsfelder für die Zukunft bestehen. Bereits erfolgreiche Ansätze sollen weiter verfolgt werden.

1.1 Gesundheitsbericht für das Fürstentum Liechtenstein

Liechtenstein hat im Jahr 2012 erstmals an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) teilgenommen. Das Amt für Gesundheit hat darauf das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)⁴ beauftragt, einen Liechtensteiner Gesundheitsbericht zu erstellen. Das Obsan erstellt seit 2002 kantonale Gesundheitsberichte, welche hauptsächlich auf den Daten der SGB basieren.

Der aktuelle Gesundheitsbericht für Liechtenstein bietet sowohl einen breiten Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen als auch detaillierte Analysen zu spezifischen Themen. Der Bericht ist in elektronischer und gedruckter Form verfügbar. Er richtet sich an Experten sowie Fachleute des Gesundheitswesens, an Politiker sowie an alle übrigen Personen, die sich für Gesundheitsfragen interessieren.

1.2 Ziele des Gesundheitsberichts

Eine Gesundheitspolitik, welche die Prävention von Krankheiten sowie eine gezielte Gesundheitsförderung anstrebt, benötigt grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Einflussfaktoren. Der vorliegende Bericht hat deshalb zum Ziel, umfassend über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Liechtensteiner sowie über Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, zu informieren. Die Analysen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersuchen zudem die Qualität und Effizienz des nationalen Gesundheitssystems.

³ Im Text wird zugunsten der Lesbarkeit in der Regel nur die männliche Form erwähnt. Die weibliche Form ist jedoch immer mitgemeint.

⁴ www.obsan.ch (Zugriff am 08.04.2015)

Im Detail stehen die folgenden Ziele im Vordergrund: Der Gesundheitsbericht...

- ... dient als (Standard-)Nachschlagewerk für verschiedenste Aspekte der öffentlichen Gesundheit in Liechtenstein.
- ... identifiziert wichtige Risiko- und Zielgruppen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten.
- ... betrachtet das Gesundheitsgeschehen ländervergleichend und weist auf Unterschiede zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz hin.
- ... zeigt die Besonderheiten Liechtensteins bezüglich Gesundheitsindikatoren sowie die soziodemografischen und strukturellen Rahmenbedingungen des Landes auf.

1.3 Verwendete Daten

Die im Bericht präsentierten Analysen und Ergebnisse beruhen hauptsächlich auf der SGB. Aus diesem Grund wird nachfolgend die für die SGB angewandte Methodik im Detail vorgestellt. Der daran anschliessende Abschnitt geht kurz auf die zusätzlich verwendeten Datenquellen ein. Es sind dies das Krebsregister, die Volkszählung, die Zivilstandsstatistik und die Bevölkerungsstatistik Liechtensteins sowie Eurostat-Statistiken.

1.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Im Jahr 2012 hat das Fürstentum Liechtenstein erstmals an der SGB teilgenommen. Seit 1992 führt das Schweizerische Bundesamt für Statistik (BFS) alle fünf Jahre die Gesundheitsbefragung durch (Tab. 1.1). Diese gehört zum statistischen Erhebungsprogramm der eidgenössischen Volkszählung. Bisher wurden fünf Befragungen (1992, 1997, 2002, 2007, 2012) realisiert (BFS, 2013). Die Erhebung wurde 2012 von den 26 Schweizer Kantonen auf Liechtenstein ausgeweitet und der Fragebogen – wo nötig – auf liechtensteinische Verhältnisse angepasst. Da es die erste Teilnahme Liechtensteins ist, sind noch keine zeitlichen Vergleiche möglich. Als Referenzwerte dienen die Ergebnisse und die zeitlichen Verläufe der Schweiz.

Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Gesundheitsbefragung 2012 in Liechtenstein ist die ständige Wohnbevölkerung (Liechtensteiner sowie niedergelassene Ausländer) ab 15 Jahren in privaten Haushalten (Stichtag 31.12.2011). In Kollektivhaushalten lebende Personen⁵ sowie Personen im Asylprozess sind nicht Teil der untersuchten Population.

Am telefonischen Interview nahmen schliesslich 1023 Personen teil. Aus der Grundgesamtheit hatte das Amt für Statistik anhand des Zentralen Personenregisters (ZPR) eine repräsentative Bruttostichprobe, d.h. inklusive Reservepersonen, von 2216 Personen (rund 7%) zusammengestellt (Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, 2014). Die Teilnahmequote lag bei 54,8%. 16,0% haben die Befragung abgelehnt und 29,2% der ausgewählten Personen waren nicht erreichbar. 858 Personen beantworteten neben dem telefonischen Interview auch den schriftlichen Fragebogen.

Für die Schweiz zog das BFS eine geschichtete Zufallsstichprobe aus dem sogenannten Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH). Der SRPH basiert auf den Datenlieferungen der kantonalen und kommunalen Einwohnerregister der Schweiz, welche quartalsweise mit den Informationen der Telefonanbieter ergänzt werden (BFS, 2014c). Die Schweizer Nettostichprobe umfasste schliesslich 21'597 mündlich interviewte Personen (Teilnahmequote: 53,1%), von welchen 18'357 Personen auch an der schriftlichen Befragung teilnahmen.

Das BFS berechnet für die telefonische und die schriftliche Erhebung der SGB jeweils separate Gewichtungen, um die Daten auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochzurechnen. Dabei werden insbesondere das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, der Zivilstand, die Haushaltsgrösse, sowie – für die Schweiz – die Wohnregion berücksichtigt (BFS, 2013). Dank dieser Gewichtungen lassen sich die nachfolgend erwähnten Verzerrungen bestmöglich ausgleichen. Die Angaben der SGB 2012 sind somit repräsentativ für die liechtensteinische Bevölkerung ab 15 Jahren, die in einem Privathaushalt lebt.

⁵ Personen oder Gruppen von Personen, die gemeinsam, aber ohne selbständige Haushaltsführung zusammenwohnen. Darunter fallen Strafvollzugsanstalten, Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Klöster, Hotels und andere Institutionen.

Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)^a

Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel
Rechtsgrundlage	Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993 (SR 431.012.1) Verordnung über die eidgenössische Volkszählung vom 19. Dezember 2008 (SR 431.112.1)
Ziel der Umfrage	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die periodische Wiederholung ermöglicht die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen in diesen Themenbereichen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.
Befragte	Repräsentative, zufällige Stichprobe der in einem privaten Haushalt lebenden Wohnbevölkerung ab 15 Jahren mit Festnetz- oder Mobilfunkanschluss.
Stichprobe	Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2012 nahmen in Liechtenstein 1023 Personen am telefonischen Interview teil. Ergänzend dazu beantworteten 858 Personen ebenfalls den schriftlichen Fragebogen. In der Schweiz wurden 21'597 Personen mündlich befragt und 18'357 gaben zusätzlich schriftlich Auskunft.
Periodizität	Alle 5 Jahre. Liechtenstein hat 2012 das erste Mal teilgenommen. Bisherige Umfragen in der Schweiz: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012. Nächste Umfrage: 2017.
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden nach der Gesamtheit der ständig in Liechtenstein lebenden Personen (im Alter von 15 und mehr) gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung Liechtensteins verbessern.

Quelle: BFS, Sektion Gesundheit (modifiziert)

© Obsan 2015

^a www.statistik.ch → Infothek → Erhebungen, Quellen → Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) → Steckbrief (Zugriff am 10.02.2015)**Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Fürstentums Liechtenstein (15-Jährige und Ältere), nach Geschlecht und Alter, 2012**

Altersgruppen (Jahre)	Frauen				Männer				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34	143	26,4	4 452	28,2	111	23,1	4 587	30,1	254	24,8	9 039	29,1
35–49	177	32,7	4 405	28,1	134	27,9	4 330	28,5	311	30,4	8 735	28,3
50–64	136	25,1	3 938	24,8	144	29,9	3 939	25,6	280	27,4	7 877	25,2
65+	86	15,9	3 031	18,9	92	19,1	2 460	15,7	178	17,4	5 491	17,3
Total	542	100	15 826	100	481	100	15 316	100	1 023	100	31 142	100

Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein, Bevölkerungsstatistik 31.12.2012

© Obsan 2015

Tabelle 1.2 zeigt die Anzahl der im Rahmen der SGB befragten und in Liechtenstein wohnhaften Personen ab 15 Jahren nach Geschlecht und Altersgruppen. Von den insgesamt 31'142 Einwohnern Liechtensteins ab 15 Jahren (N) nahmen insgesamt 1023 Personen (n) an der SGB 2012 teil: 542 Frauen und 481 Männer.

Art der Erhebung

Die SGB ist eine computergestützte, telefonische Befragung bei Personen in Privathaushalten, welche durch eine schriftliche Nachbefragung möglichst vieler dieser Personen ergänzt wird. Im Jahr 2012 dauerten die mündlichen Interviews durchschnittlich 35 Minuten. Die Datenerhebung der SGB erstreckte sich über das ganze Jahr 2012, um den Einfluss der Jahreszeiten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten

auszugleichen. Das Markt- und Sozialforschungsinstitut LINK⁶ in Luzern hat die Befragung im Auftrag des BFS durchgeführt.

Vorteile

Die SGB liefert Informationen, welche sich von denjenigen der sonst verwendeten Krankheitsregister und medizinisch-administrativen Daten unterscheiden. Die Kenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung erweitern sich damit auf mindestens zwei Arten: Erstens lassen sich mit der SGB «Krankheit» sowie «Gesundheit» gleichzeitig untersuchen, denn sie richtet sich sowohl an Personen, die im Beobachtungsjahr das Gesundheitswesen nutzen, als auch an solche, die keinerlei

⁶ www.link.ch (Zugriff am 27.03.2015)

Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. «Gesundheit» und «Krankheit» werden somit zum voneinander nicht trennbaren Kontinuum (Canguilhem, 2009). Zweitens beruht die SGB auf den Aussagen der interviewten Personen. Das bedeutet, dass Gesundheit oder Krankheit so erfasst wird, wie die Befragten sie wahrnehmen und nicht, wie sie von einem Arzt definiert würde. Diese «Eigensicht» der Individuen erlaubt einen Einblick in gesundheitsrelevante Praktiken und Gewohnheiten über eine rein klinische Sichtweise hinaus.

Grenzen

Dieser Ansatz bringt jedoch auch methodische Herausforderungen mit sich, welche bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sind. So können die Befragten die Antwortmöglichkeiten abhängig von den Erwartungen bezüglich ihrer Gesundheit unterschiedlich verwenden (Dourgnon & Lardjane, 2007). Auch können Abweichungen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Niveau oder kulturellen Merkmalen vorkommen. Es lässt sich beispielsweise nachweisen, dass – bei identischem Gesundheitszustand – Frauen häufiger angeben, an chronischen Krankheiten und psychischen Gesundheitsproblemen zu leiden als Männer (Sermet et al., 2008). Subjektive Antworten können ausserdem zu Verzerrungen führen, beispielsweise aufgrund von unzureichender Erinnerung oder sozialer Erwünschtheit. Die Befragten möchten sich von ihrer «besten Seite» zeigen und neigen dazu, bei bestimmten Parametern zu übertreiben (z.B. bei der Körpergrösse) und bei anderen zu untertreiben (z.B. beim Körpergewicht) (Faeh et al., 2009).

Weiter gehören ausschliesslich in Privathaushalten lebende Personen zur Stichprobe der SGB. Damit berücksichtigt sie beispielsweise keine Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen. Insbesondere ältere Personen, von welchen ein Teil in Alters- und Pflegeheimen wohnt, sind untervertreten. Ausserdem sind schwer Kranke unter Umständen nicht bereit oder nicht fähig, an einem Interview teilzunehmen. Aus diesen Gründen sind in der Stichprobe Einwohner mit schlechterer Gesundheit untervertreten; es gibt also einen gewissen Selektionseffekt in Richtung gesündere Bevölkerung. Da in Liechtenstein die Interviewsprache ausschliesslich Deutsch war, sind auch Personen mit ungenügenden deutschen Sprachkenntnissen (und damit wohl mit Migrationshintergrund) ausgeschlossen. Solche Probleme der Unterrepräsentation treten nicht nur bei der SGB, sondern bei sämtlichen Bevölkerungsbefragungen auf.

1.3.2 Weitere Datenquellen

Nebst der SGB fliessen in Kapitel 2 auch Daten folgender Statistiken in den Bericht ein:

*Krebsregister Liechtenstein*⁷

Die Registrierung der Krebsfälle dient der Entwicklung gezielter Massnahmen zur Prävention, Früherkennung und Versorgung von Tumorerkrankungen in der Bevölkerung. Das Krebsregister St. Gallen-Appenzell erfasst und analysiert Daten zum epidemiologischen Krebsgeschehen in Liechtenstein. Diese sind ab 2011 verfügbar.

*Volkszählung Liechtenstein*⁸

Viele Informationen zu Themen wie Sprache, Zuwanderung, Haushaltszusammensetzung oder Ausbildungsstand liegen nur dank der Liechtensteiner Volkszählung vor. Sie gilt als wichtigste nationale statistische Erhebung. Für Landtag, Regierung und Gemeinden ist sie eine wesentliche Informationsgrundlage, um sachlich fundierte Entscheidungen zu treffen. Die letzte Volkszählung fand 2010 statt.

*Zivilstandsstatistik Liechtenstein*⁹

Die Liechtensteiner Zivilstandsstatistik beinhaltet die natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Sterbefälle) und die Zivilstandsänderungen der inländischen Bevölkerung. Die Datenbasis bilden die amtlichen Dokumente (Anzeigen, Meldungen) und die Eintragungen der Ereignisse durch das Zivilstandesamt in das Zentrale Personenregister der Liechtensteinischen Landesverwaltung (Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, 2012).

*Bevölkerungsstatistik Liechtenstein*¹⁰

Die Liechtensteiner Bevölkerungsstatistik gibt einen Überblick über Stand und Struktur der Bevölkerung Liechtensteins nach Geschlecht, Zivilstand, Wohngemeinde, Staatsbürgerschaft, Alter, Erwerbsbranche und Aufenthaltskategorie. Sie beruht auf Verwaltungsdaten der Gemeinden, des Ausländer- und Passamtes sowie des Zivilstandsamtes.

⁷ www.krebsliga-sg.ch (Zugriff am 16.09.2015)

⁸ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Statistik → 2 Bevölkerung und Wohnen → Volkszählung 2015 (Zugriff am 16.09.2015)

⁹ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Statistik → 2 Bevölkerung und Wohnen → Zivilstandsstatistik (Zugriff am 16.09.2015)

¹⁰ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Statistik → 2 Bevölkerung und Wohnen → Bevölkerungsstatistik 31. Dezember (Zugriff am 16.09.2015)

*Eurostat-Statistiken*¹¹

Eurostat ist das statistische Amt der Europäischen Union. Es hat den Auftrag, die Mitglieder der Union mit Statistiken zu versorgen, welche Vergleiche zwischen Ländern und Regionen ermöglichen. Eurostat bietet eine breite Palette wichtiger und interessanter Daten an, die für Regierungen, Unternehmen, Bildungseinrichtungen, Journalisten und die breite Öffentlichkeit von Nutzen sind.

1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten

1.4.1 Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten

Lange Jahre gingen die Verantwortlichen der Gesundheitswesen davon aus, dass «mehr Infrastruktur» auch «mehr Gesundheit» nach sich ziehe. Seit Mitte der 1970er-Jahre stellten Experten diesen eindimensionalen und positiven Zusammenhang zwischen einem ausgebauten Versorgungssystem und einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung zunehmend in Frage (Cantoreggi, 2010). Neuere Erklärungsmodelle verstanden den Gesundheitszustand vielmehr als Folge des Zusammenwirkens verschiedener Determinanten¹² der Gesundheit. Anfangs legten solche Gesundheitsdeterminanten-Modelle den Fokus auf den individuellen Gesundheitszustand der Menschen. Die Modelle gingen davon aus, dass primär die Lebensgewohnheiten und das Gesundheitsverhalten (Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht usw.) die Gesundheit beeinflussen. Dieser Ansatz appellierte hauptsächlich an die Eigenverantwortung der Menschen. In einer nächsten Phase konzentrierten sich die Modelle vermehrt auf strukturelle Determinanten der Gesundheit. Es handelt sich dabei um Faktoren im Zusammenhang mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie um soziale, kulturelle und ökologische Faktoren.

Parallel dazu begannen Fachleute vermehrt über gesundheitliche Ungleichheiten zu diskutieren. Personen, die sozioökonomisch schlechter gestellt sind, erkranken häufiger und sterben früher als jene, die unter besseren Bedingungen leben (Bauer et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2009; Siegrist & Marmot, 2006). Die Gründe dafür sind komplex und noch nicht eindeutig geklärt. Eine wichtige Rolle spielen die verschiedenen Lebens- und Arbeitsbedingungen, der unterschiedliche Zugang zur

Gesundheitsversorgung und das individuelle Gesundheitsverhalten. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind oftmals doppelt betroffen: Einerseits sind sie vermehrt ungesunden Lebensbedingungen ausgesetzt, was sich negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirkt. Andererseits fehlen ihnen häufiger die nötigen Ressourcen, um ihre Gesundheit zu bewahren oder zu verbessern (Roy, 2004).

Auch gemäss dem aktuellen Gesundheitsdeterminanten-Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bilden sozioökonomische Ungleichheiten die wesentlichen Ursachen für die gesundheitlichen Unterschiede in einer Bevölkerung (Abb. 1.1) (Solar & Irwin, 2010). Die Unterschiede kommen weder zufällig zustande, noch sind sie biologisch zu begründen. Entscheidend für die Gesundheit ist vielmehr das Umfeld, in dem eine Person zur Welt kommt, aufwächst, lebt, arbeitet und älter wird (WHO, 2008). Entsprechend dem Modell wirken sich die strukturellen Determinanten auf intermediäre Gesundheitsdeterminanten aus, die schliesslich den Gesundheitszustand der einzelnen Personen erklären. Dabei gehören das sozioökonomische und das politische Umfeld zu den wichtigsten strukturellen Determinanten. Zu den intermediären Determinanten zählen die materiellen Verhältnisse (Lebens- und Arbeitsbedingungen, Nahrungsvfügbarkeit usw.), das Gesundheitsverhalten sowie die biologischen und die psychosozialen Faktoren der Individuen. Das Gesundheitsversorgungssystem gehört ebenfalls zu den intermediären Determinanten. «Sozialer Zusammenhalt» und «Sozialkapital» werden sowohl den strukturellen als auch den intermediären Gesundheitsdeterminanten zugeordnet.

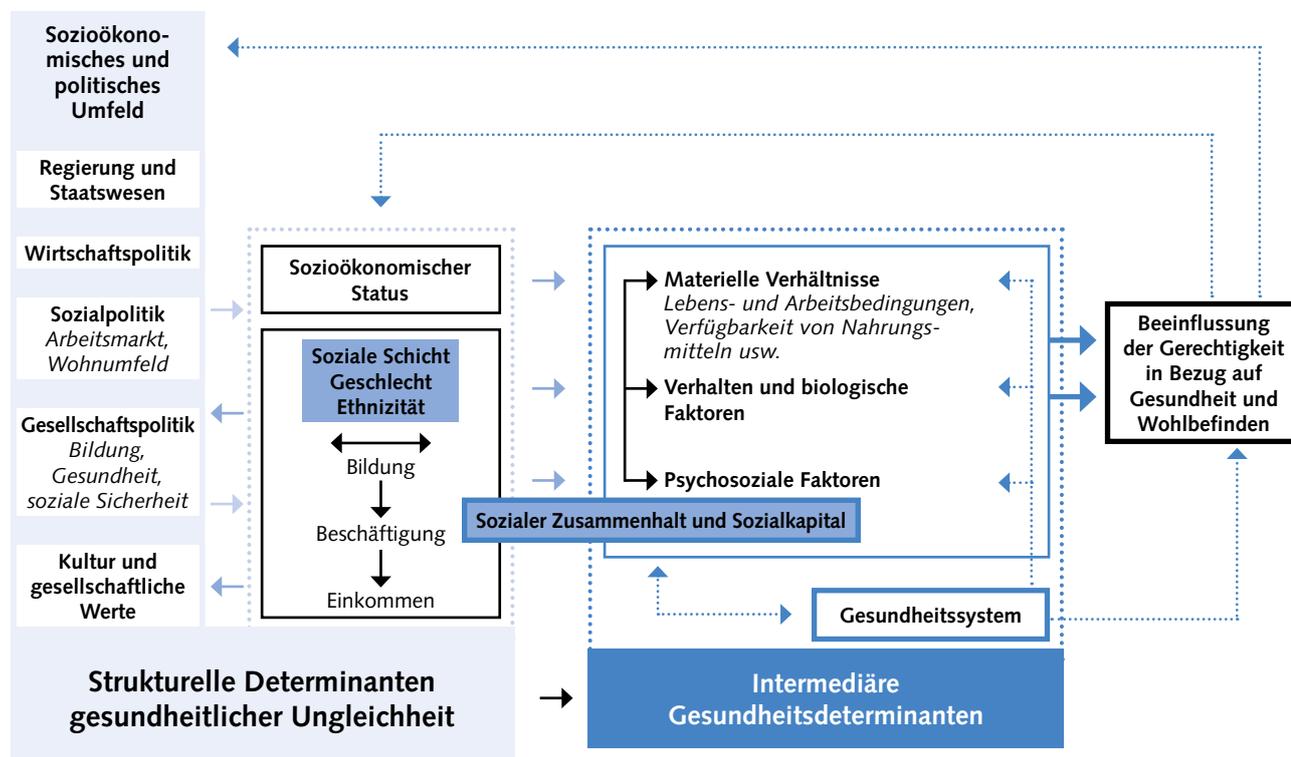
Kritiker bemängeln am präsentierten Modell, dass zwischen den Gesundheitsdeterminanten und den Indikatoren des Gesundheitszustandes nur unzureichend Kausalzusammenhänge nachzuweisen sind. So sind beispielsweise die Mechanismen des Zusammenhangs zwischen sozialer Situation in der Kindheit und der Gesundheit im Erwachsenenalter noch weitgehend unerforscht. Auch scheinen die Gesundheitsdeterminanten oftmals eng miteinander verbunden und interagieren zusammen: Je nach Umfeld oder Lebensbedingungen können sich positive und negative Einflüsse gegenseitig verstärken oder kompensieren. Zu Diskussionen führt auch, dass sich die Festlegung politischer Massnahmen zur Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten gemäss diesem Modellansatz als besonders komplex erweist: Der Gesundheitszustand einer Einzelperson ist nur durch

¹¹ <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> (Zugriff am 16.09.2015)

¹² Faktoren, die ein Geschehen bestimmen.

Modell der sozialen Gesundheitsdeterminanten der WHO

Abb. 1.1



Quelle: Modifiziert und übersetzt aus: Solar & Irwin, 2010

© Obsan 2015

das Einwirken auf zahlreiche, politisch enorm herausfordernde, und für jede Person anders zu gewichtende Determinanten zu beeinflussen.

1.4.2 Im Bericht präsentierte Gesundheitsdeterminanten

Der Gesundheitsbericht für Liechtenstein beruht auf der theoretischen Grundlage des Modelles der sozialen Gesundheitsdeterminanten. So gehen einerseits einzelne der ausgearbeiteten Kapitel auf die Gesundheitsdeterminanten der Liechtensteiner Bevölkerung ein:

- Unterkapitel 1.6 präsentiert ausgewählte Daten zur Bevölkerungs- und Beschäftigungsstruktur Liechtensteins. Ausserdem finden sich hier mit der Ärztedichte und der Rate verfügbarer Spitalbetten zwei Kennzahlen zur medizinischen Versorgung.
- Unterkapitel 2.6 behandelt die Themen «sozialer Zusammenhalt» und «Sozialkapital» unter dem Begriff «Gesundheitsressourcen». Konkret werden dazu die Indikatoren «Kontrollüberzeugung», «soziale Unterstützung» und «Einsamkeitsgefühle» gezeigt.

- Kapitel 3 des Berichts beschreibt gesundheitsrelevante Einflussfaktoren der individuellen Lebensweise (Indikatoren zu Bewegung, Ernährung und Konsum psychoaktiver Substanzen).
- Kapitel 4 des Gesundheitsberichts behandelt gesundheitsrelevante Aspekte der Wohn- und Arbeitsbedingungen der Liechtensteiner Bevölkerung (Indikatoren zu Störungen zu Hause, zur Zufriedenheit mit der Arbeit sowie zu physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen).
- Kapitel 5 konzentriert sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Liechtensteiner werden bezüglich ihrer Nutzung von medizinischen Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche beschrieben.

Andererseits dienen im gesamten Gesundheitsbericht die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung und Nationalität als soziale Gesundheitsdeterminanten. Alle wichtigen Gesundheitsindikatoren der SGB für Liechtenstein und die Schweiz sind im Anhang (A-2.1 bis A-5.7) nach diesen strukturellen Determinanten aufgeführt.

Geschlecht

Die Variable Geschlecht versteht sich hier nicht als rein biologisches Merkmal, sondern im Sinne von «Gender». Dabei gelten Frauen und Männer als zwei soziale Gruppen, die je eigene Erfahrungen, Ressourcen und Risikofaktoren aufweisen. In Bezug auf die Gesundheit treten einige Faktoren bei Frauen häufiger auf als bei Männern oder haben eine grössere Bedeutung. Frauenspezifische Beispiele sind mehr Teilzeitarbeit, tieferes Einkommen im Erwerbsleben, mehr Alleinerziehende, mehr Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, höhere Lebenserwartung sowie häufigere chronische Erkrankungen und psychische Beschwerden (BAG, 2008a). Bis ins hohe Alter zeigen sich gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern, zum Beispiel beim Ausmass der sozialen Unterstützung oder der körperlichen Aktivität.

Alter

Die Stichprobe der SGB umfasst ausschliesslich Personen ab 15 Jahren. Das Kindheits- und Jugendalter ist nicht Gegenstand des Gesundheitsberichts. Für die im Bericht untersuchte Bevölkerung ab 15 Jahren gilt, dass sich mit zunehmendem Alter gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufen und nicht selten zu Multimorbidität¹³ führen. Allerdings bestehen auch bei älteren Personen grosse individuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bezüglich Selbständigkeit und Wohlbefinden. Intakte soziale Beziehungen, Unabhängigkeit, genügend finanzielle Mittel sowie Respekt und Anerkennung erweisen sich als besonders wichtig für die Erhaltung der Lebensqualität im Alter (Perrig-Chiello, 2011; Zimmermann et al., 2012). Die Auswertungen im Gesundheitsbericht präsentieren sich nach Altersgruppen, welche den wesentlichen Phasen der Lebenszyklen von Frauen und Männern entsprechen: 15 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.

Bildung

Der sozioökonomische Status wird im Gesundheitsbericht mittels der Variable «Bildung» beschrieben. Der Bildungsstand entspricht hier der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.

Obligatorische Schule (ISCED¹⁴ 0–2): Personen, die in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule noch nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule keinen weiteren Abschluss gemacht haben.

Sekundarstufe II (ISCED 3–4): Personen, die das zehnte Schuljahr, eine Anlehre, Haushaltsschule, 2-jährige Handelsschule, Berufslehre, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Diplom-, Fach- oder Handelsmittelschule oder ein Lehrkräfte-Seminar abgeschlossen haben.

Tertiärstufe (ISCED 5–6): Personen, die eine höhere Berufsbildung mit eidgenössischem Fachausweis erlangt oder eine höhere Techniker- bzw. Fachschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (PH) oder die Universität abgeschlossen haben.

Der Bildungsstand hat oft einen direkten Einfluss auf das Einkommen. Ausserdem ist ein hoher Bildungsstand mit einer höheren Erwerbsquote¹⁵ verbunden. In Liechtenstein liegt der Anteil an Erwerbstätigen bei Personen ohne Diplom (d.h. unterhalb der Sekundarstufe II) bei rund 65% und bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe bei 90% (Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, 2010).

Das Modell der sozialen Gesundheitsdeterminanten erklärt die sozialen Ungleichheiten bei der Gesundheit weitgehend mit dem sozioökonomischen Status. Demnach erleiden Personen der unteren sozialen Schichten mehr gesundheitsschädigende Einflüsse, sie tendieren vermehrt zu Verhaltensweisen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Burton-Jeangros, 2009) und haben weniger Ressourcen, die die Gesundheit bewahren oder verbessern (Roy, 2004). Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein der Gesundheit förderlicheres Verhalten und besitzen eine höhere Lebenserwartung (Mielck, 2005). Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass ungelernete Personen im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher sterben als Akademiker (Kickbusch & Engelhardt, 2009).

Nationalität

Der vorliegende Gesundheitsbericht berücksichtigt bezüglich Nationalität lediglich die beiden Kategorien «Inland» und «Ausland», wobei die entsprechenden Angaben aus dem ZPR stammen. Demnach gelten alle eingebürgerten Personen ebenfalls als liechtensteinische Staatsangehörige. Die Kategorie «Ausland» hingegen

¹³ Auftreten mehrerer Krankheiten zur gleichen Zeit, die als gleichwertig nebeneinander und nicht als Begleiterkrankungen zu einer Haupterkrankung betrachtet werden.

¹⁴ International Standard Classification of Education

¹⁵ Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Bevölkerung.

umfasst sämtliche nach Liechtenstein eingewanderten Personen ausländischer Nationalität sowie die (nicht-eingebürgerten) Ausländer der zweiten und dritten Generation. Die SGB wurde in Liechtenstein ausschliesslich in deutscher Sprache durchgeführt. Personen, welche Deutsch nicht beherrschen, konnten somit nicht teilnehmen.

Verschiedene Studien weisen nach, dass Migranten in Europa in den 1980er-Jahren eine bessere Gesundheit hatten als die einheimische Bevölkerung (Efionayi & Piguet, 2011; Berchet & Jusot, 2012). Heute zeigt sich tendenziell ein umgekehrtes Bild. So weist zum Beispiel die Erhebung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) nach, dass der Gesundheitszustand der 50-jährigen und älteren Migrationsbevölkerung bezüglich selbst wahrgenommener Gesundheit und funktioneller Einschränkungen in der Schweiz, in Frankreich, in Deutschland, in den Niederlanden und in Schweden weniger gut ist als jener der einheimischen Bevölkerungen (Solé-Auró & Crimmins, 2008).¹⁶

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Migration (BFM) liessen in der Schweiz zwei Monitoringberichte zum Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung (GMM I und GMM II) ausarbeiten (BAG, 2007; Guggisberg et al., 2011). Die Analysen ergaben, dass sich Personen eher auf eine Migration einlassen, wenn sie in relativ guter gesundheitlicher Verfassung sind. Erst vor kurzem zugewanderte Personen waren denn im Durchschnitt auch körperlich und psychisch gesünder als die Schweizer. Hingegen war der Gesundheitszustand von jenen Personen mit Migrationshintergrund, die sich schon längere Zeit im Land aufhielten, weniger gut als jener der Schweizer Bevölkerung.

Die Monitoringberichte zeigen auch, dass Migranten in der Regel deutlich weniger Alkohol konsumieren, aber weniger Früchte und Gemüse essen und häufiger körperlich inaktiv sind als Schweizer. Migranten sind öfter von Übergewicht betroffen als die Schweizer Bevölkerung (Guggisberg et al., 2011). In einer Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, bei der die Befragten des GMM II mit den befragten Schweizer der SGB 2007 verglichen wurden, verzeichneten die Migranten zudem weniger Arztbesuche als die Schweizer (Moreau-Gruet, 2013).¹⁷

¹⁶ Liechtenstein war bei dieser Erhebung nicht dabei.

¹⁷ Die Ergebnisse stammen aus einer spezifisch für die Migrationsbevölkerung entwickelten Erhebung und können zum Teil von den Resultaten aus der SGB abweichen.

1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen

1.5.1 Deskriptive Analysen

Die im Liechtensteiner Gesundheitsbericht präsentierten Ergebnisse sind primär beschreibender (deskriptiver) Art. Alle präsentierten Gesundheitsvariablen finden sich in den Tabellen im Anhang (A-2.1 bis A-5.7). Diese weisen stets die relativen Häufigkeiten der entsprechenden Variablen für 2012 aus. Dies geschieht nach den Kategorien Geschlecht, Alter, Bildung und Nationalität. Die Tabellen erlauben ausserdem einen Vergleich zwischen den Werten Liechtensteins und der Schweiz. Ausserdem werden die Schweizer Ergebnisse der früheren SGB-Erhebungen präsentiert. Die Liechtensteiner Werte lassen sich auch mit den Werten der drei Schweizer Sprachregionen sowie mit jenen der Schweizer Kantone, welche die SGB-Stichproben erhöht haben, vergleichen.

Der Liechtensteiner Gesundheitsbericht präsentiert die Ergebnisse meist mit den zugehörigen statistischen Vertrauensintervallen (vgl. Kasten). Ein Vertrauensintervall zeigt mit einer im Voraus definierten statistischen Wahrscheinlichkeit den Wertebereich, in dem der *wahre* Wert der Grundgesamtheit liegt. Mithilfe der Vertrauensintervalle lässt sich auch beurteilen, ob ein Unterschied statistisch gesichert ist oder ob blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte. Bestehende Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (z.B. Frauen/Männer) werden kommentiert. Um den Lesefluss zu erhöhen wird dabei mehrheitlich auf die Verwendung der Bezeichnung «signifikant» verzichtet. Auf *nicht signifikante*, aber trotzdem kommentierte Ergebnisse, wird explizit hingewiesen.

Auch bei den als signifikant nachgewiesenen Zusammenhängen ist *keine Kausalität* zu postulieren. Hängen beispielsweise Störungen im Wohnbereich und der Gesundheitszustand zusammen, ist hier nicht abschliessend erkennbar ob Störungen «krank» machen oder ob umgekehrt ein unterschiedlicher Gesundheitszustand die Wahrnehmung von Störungen verändert. Ausserdem könnte auch ein dritter unbekannter Faktor, z.B. schlechtere Lebensbedingungen, die Störungen sowie den Gesundheitszustand unabhängig voneinander beeinflussen. Um die Frage der Kausalität zu beantworten, wäre ein andersartiges Vorgehen nötig, was aber nicht Ziel des vorliegenden Berichtes war.

Vertrauensintervall (Konfidenzintervall) und statistische Signifikanz

Statistische Stichprobenerhebungen wie die SGB gehen davon aus, dass die Ergebnisse für die ganze untersuchte Bevölkerung gelten. Bis zu einem gewissen Grad können Ergebnisse jedoch auch durch die zufällige Auswahl der Stichprobe bedingt sein. Um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sicherzustellen, wird üblicherweise eine Schwelle definiert, welche das Risiko eines möglichen Irrtums aufzeigt: Je kleiner diese Schwelle (in der Regel und im vorliegenden Bericht 5%), umso niedriger ist die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit. Ausgehend von der definierten Schwelle kann ein sogenanntes Vertrauensintervall berechnet werden, das den Bereich angibt, der mit einer Wahrscheinlichkeit von z.B. 95% das *wahre* Ergebnis der gesamten Bevölkerung enthält.

Die Grösse des Vertrauensintervalls ist in der Regel abhängig von der Stichprobengrösse (je grösser die Stichprobe, desto kleiner das Vertrauensintervall), der Datenvariabilität (je kleiner die Streuung der Daten, desto kleiner das Vertrauensintervall) und der gewählten Schwelle (je kleiner die Schwelle, desto grösser das Vertrauensintervall).

Durch den Vergleich der Vertrauensintervalle zweier Ergebnisse lässt sich beurteilen, ob es sich bei der Differenz zweier Werte tatsächlich um einen statistisch signifikanten Unterschied handelt oder ob auch blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte: Ein statistisch *signifikanter* Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensintervalle der beiden Werte nicht überlappen. Gibt es eine Überschneidung der beiden Intervalle, ist das Ergebnis *nicht signifikant* (vgl. 1.5.2).

1.5.2 Lesebeispiele für Tabellen und Abbildungen mit Vertrauensintervallen

Hinweis: Tabelle 1.3 beinhaltet einen Teil der im Anhang aufgeführten Tabelle A-4.2.

Beispiel 1: Relative Häufigkeit (durch Oval markierte Daten in Tabelle 1.3)

48,4% der befragten Liechtensteiner schätzen die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit als hauptsächlich positiv ein. Das Vertrauensintervall beträgt $\pm 4,2\%$, das heisst der tatsächliche Wert der Gesamtbevölkerung liegt mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 44,2% und 52,5%.¹⁸ Die befragten Schweizer äussern sich zu 46,2% entsprechend positiv (Werte zwischen 45,1% und 47,2%; Vertrauensintervall: $\pm 1,1\%$). Das Vertrauensintervall der Liechtensteiner Bevölkerung ist somit bedeutend grösser als jenes der Schweizer Bevölkerung. Die hauptsächlichliche Erklärung dafür ist die Stichprobengrösse: Während in Liechtenstein auf diese Frage 675 Personen geantwortet haben, waren es für die ge-

samte Schweiz 14'038 Personen. Die Differenz zwischen Liechtenstein und der Schweiz ist hier nicht signifikant, da sich die beiden Vertrauensintervalle überlappen.

Ergebnisse mit einer tendenziell ungenügenden Fallzahl (n) zwischen 10 und 29 werden im Bericht aufgrund der eingeschränkten statistischen Aussagekraft in Klammern präsentiert. Beispielsweise empfinden 81,0% der 65-jährigen und älteren Liechtensteiner die Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit als hauptsächlich positiv. Da sich dieser Prozentwert auf lediglich 22 Befragte bezieht, ist der Anteil in Klammer gesetzt (blau markiert in Tabelle 1.3). Ergebnisse mit einer Fallzahl unter 10 werden nicht ausgewiesen, sondern durch einen Punkt ersetzt.

Die Ergebnisse bzw. die relativen Häufigkeiten und die Vertrauensintervalle werden jeweils auf *eine* Nachkommastelle gerundet. Daher ergibt die Aufsummierung der relativen Häufigkeiten über alle Antwortkategorien nicht immer genau 100,0%. Aufgrund der Rundungsdifferenzen kann es auch sein, dass die Vertrauensintervalle nicht ganz symmetrisch sind. Wie bereits erwähnt, stehen die Vertrauensintervalle in engem Zusammenhang mit den Fallzahlen: Je kleiner die Fallzahl, desto grösser ist das Vertrauensintervall und damit die statistische Unsicherheit. Weiter zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist, dass bei relativen Häufigkeiten von 0,0% und 100,0% die Vertrauensintervalle den Wert Null annehmen und folglich nicht ausgewiesen werden.

Beispiel 2: Vergleich nach Geschlecht der befragten Person (durch Rechteck markierte Daten in Tabelle 1.3)

In Liechtenstein schätzen 54,7% der Frauen und 43,2% der Männer die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit als hauptsächlich positiv ein. Die Vertrauensintervalle der beiden Geschlechter überschneiden sich knapp und der Unterschied ist somit statistisch nicht signifikant. In der Schweiz belaufen sich die analogen Werte auf 49,6% und 43,2%. Die Vertrauensintervalle für diese zwei Gruppen betragen 48,1% bis 51,1% bzw. 41,8% bis 44,7% und überschneiden sich somit nicht. Der beobachtete Unterschied ist signifikant. Das heisst, dass in der Schweiz die Frauen die Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit häufiger als positiv einschätzen als die Männer. Der Grund für die knapp fehlende Signifikanz für Liechtenstein dürfte in diesem Fall wiederum die geringere Stichprobengrösse sein.

¹⁸ Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es zu Abweichungen im Dezimalbereich kommen.

Beispiel 3: Vergleich mit Schweizer Kantonen (grau hinterlegte Daten im unteren Teil von Tabelle 1.3)

Bezüglich Einschätzung der positiven Auswirkung der Arbeit gibt es zwischen Liechtenstein mit 48,4% (Vertrauensintervall: 44,2% bis 52,5%) und dem Kanton Graubünden mit 55,5%, (Vertrauensintervall: 50,4% bis 60,6%) *keinen* signifikanten Unterschied. Hingegen ist die relative Häufigkeit in Liechtenstein (48,4%) grösser als jene im Kanton Tessin mit 27,3% (Vertrauensintervall: 24,1% bis 30,5%). Der Unterschied ist hier *signifikant*, da sich die Vertrauensintervalle nicht überschneiden.

Die Interpretation der Signifikanz von Unterschieden ist nur zulässig, wenn sich die untersuchten Gruppen gegenseitig ausschliessen. So darf beispielsweise der Unterschied zwischen den Männern insgesamt und allen 65-Jährigen und älteren Personen nicht bezüglich Signifikanz interpretiert werden, da die beiden verglichenen Gruppen eine Schnittmenge mit der Ausprägung «Männer 65+» besitzen. Unterschiede können folglich nur zwischen den Ausprägungen derselben Kategorien interpretiert werden (innerhalb der horizontalen Linien in den Tabellen).

In Säulendiagrammen sind die Vertrauensintervalle mit schwarzen Linien markiert (vgl. Abb. 1.2). Unterschiede zwischen den Ländern bzw. zu den Kantonen sind auch hier als signifikant interpretierbar, wenn sich die Intervalle bzw. die schwarzen Linien vertikal nicht überlappen. So ist gemäss Abbildung 1.2 die Liechtensteiner Bevölkerung signifikant häufiger von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen als die Bevölkerung des Kantons Uri (UR).

Logistische Regression

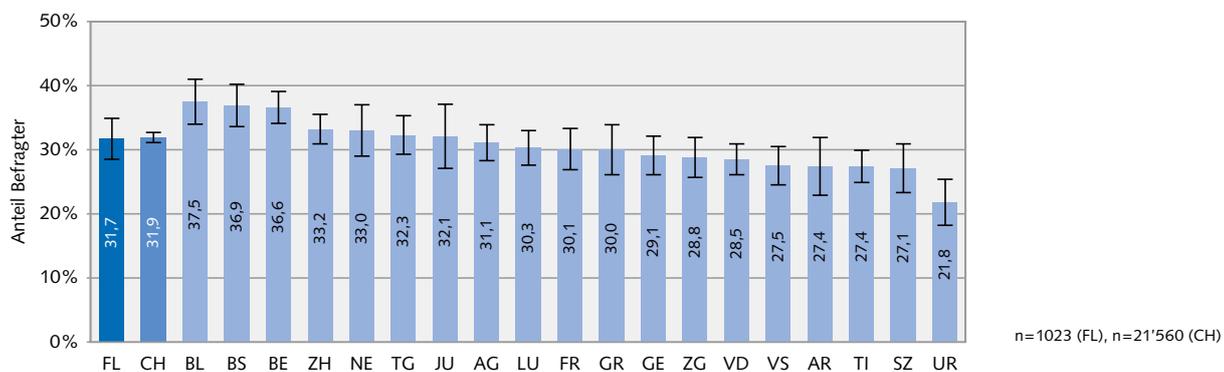
Eine logistische Regression untersucht den Zusammenhang zwischen verschiedenen *erklärenden (oder verursachenden)* und einer *zu erklärenden Variable*. Der Vorteil gegenüber der deskriptiven Analyse ist, dass auch das *Zusammenspiel der verschiedenen erklärenden Variablen* untereinander berücksichtigt wird. Im vorliegenden Bericht wurden die Auswirkungen der vier erklärenden Variablen Geschlecht, Alter, Bildung und Nationalität, im Zusammenspiel auf die selbst wahrgenommene Gesundheit, mit Hilfe einer logistischen Regression untersucht (vgl. Unterkapitel 2.2).

Für jede der vier erklärenden Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität) wird in der Regression die Wahrscheinlichkeit (*Odds Ratio* oder *OR*) ihres jeweiligen Einflusses auf die *zu erklärende Variable* (also auf die selbst wahrgenommene Gesundheit) geschätzt. Es ergibt sich eine gewisse Wahrscheinlichkeit, mit der das Geschlecht die selbst wahrgenommene Gesundheit beeinflusst (und so weiter für die anderen Variablen). Indem man zusätzlich berücksichtigt, ob und wie die Variablen voneinander abhängen, kann abgeschätzt werden, welche der erklärenden Variablen den grössten Einfluss hat.

Der Einfluss einer erklärenden Variable im Regressionsmodell ist signifikant, wenn der zugehörige Signifikanzwert («p-Wert») kleiner als 0,05 ist (Hosmer & Lemeshow, 2000). In Liechtenstein (vgl. Unterkapitel 2.2) ist beispielsweise die Chance bei (sehr) guter Gesundheit zu sein bei den 15- bis 34-Jährigen im Vergleich zu den 65-Jährigen und Älteren fast sieben Mal grösser (OR=6,81; p<0,01). Und für Liechtensteiner mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ist es fast fünf Mal so wahrscheinlich, eine (sehr) gute Gesundheit anzugeben als für Personen, die lediglich die obligatorische Schulzeit absolviert haben (OR=4,89; p=0,01).

Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 1.2



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tab. 1.3 Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

		Ja, hauptsächlich positiv						Stichprobe	
		FL			CH			FL	CH
		Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)		Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)		n	n
Vorjahresvergleich	1992	–	–	–	–	–	–	–	–
	1997	–	–	–	–	–	–	–	–
	2002	–	–	–	–	–	–	–	–
	2007	–	–	–	–	–	–	–	–
Total	2012	48,4	44,2	52,5	46,2	45,1	47,2	675	14 038
Geschlecht	Frauen	54,7	49,0	60,5	49,6	48,1	51,1	330	6 771
	Männer	43,2	37,5	49,0	43,2	41,8	44,7	345	7 267
Altersgruppen	15–34 Jahre	40,2	32,1	48,4	40,0	38,1	41,9	185	4 268
	35–49 Jahre	48,0	41,5	54,5	44,7	43,0	46,4	261	5 136
	50–64 Jahre	55,3	48,1	62,4	51,6	49,7	53,5	207	4 000
	65+ Jahre	(81,0)	65,4	96,7	74,4	70,3	78,6	22	634
Bildung	Obligatorische Schule	52,3	40,5	64,1	43,8	40,8	46,8	84	1 847
	Sekundarstufe II	48,6	43,1	54,1	48,0	46,5	49,5	373	7 381
	Tertiärstufe	46,7	39,4	54,0	44,3	42,6	46,1	218	4 756
Nationalität	Schweiz	48,4	43,3	53,6	47,5	46,4	48,7	435	11 544
	Ausland	48,2	41,2	55,2	42,0	39,5	44,5	240	2 494

Regionaler Vergleich		Ja, hauptsächlich positiv			Stichprobe	
		Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)		n	
Sprachregionen	Deutschschweiz	51,3	50,0		52,6	9 317
	Französische Schweiz	33,9	32,1		35,6	3 809
	Italienische Schweiz	27,3	24,1		30,5	912
Kantone	ZH	48,4	45,4		51,5	1 427
	BE	51,4	48,2		54,7	1 151
	LU	55,6	51,9		59,2	900
	UR	53,2	47,5		58,9	354
	SZ	55,2	50,0		60,5	425
	ZG	50,1	46,0		54,2	694
	FR	39,5	35,4		43,5	709
	BS	47,7	43,0		52,4	587
	BL	44,4	39,6		49,2	502
	AR	44,5	38,7		50,3	362
	GR	55,5	50,4		60,6	457
	AG	51,0	47,3		54,7	886
	TG	53,3	49,3		57,2	768
	TI	27,3	24,1		30,5	912
	VD	29,8	26,7		32,9	1 042
VS	40,4	36,2		44,5	696	
NE	31,1	26,0		36,2	389	
GE	32,6	28,4		36,8	646	
JU	32,5	26,8		38,2	327	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1.6 Das Fürstentum Liechtenstein im Überblick

Wie Abschnitt 1.4.1 erläutert, haben soziodemografische und strukturelle Faktoren einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten einer Bevölkerung. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch das System der Gesundheitsversorgung. Tabelle 1.4 präsentiert einige Kennzahlen, die einen Vergleich zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz ermöglichen. Analog zu den Ergebnissen der SGB 2012 zeigt die Tabelle, wo immer möglich, Kennzahlen zum Jahr 2012. Die demografische Entwicklung bezieht sich auf den Zeitraum 2007 bis 2012.

Ein Drittel mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Liechtenstein ist mit seinen aktuell gut 37'000 Einwohnern der sechst-kleinste Staat der Welt. Es entspricht von der Bevölkerungszahl her etwa dem Schweizer Kanton Obwalden. Der Hauptort Vaduz hat eine Bevölkerung von rund 5000 Personen. Die grösste Ortschaft ist Schaan mit etwa 5900 Einwohnern. Es gibt somit keine «urbanen Zentren» im Land. Das Bevölkerungswachstum betrug zwischen 2007 und 2012 4,2% und ist etwas tiefer als in der Schweiz (5,9%). Die Altersstruktur im Land gestaltet sich ähnlich wie in der Schweiz; der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in Liechtenstein ist etwas tiefer. Die Geburtenraten der beiden Länder sind vergleichbar. Liechtenstein hat einen hohen Anteil an Ausländern. Ein Drittel der Bevölkerung – in der Schweiz sind es knapp ein Viertel – hat eine ausländische Staatsangehörigkeit. In erster Linie handelt es sich dabei um Staatsangehörige der Nachbarländer Schweiz, Österreich und Deutschland.

Viel Dienstleistung und Industrie, wenig Landwirtschaft

Fast die Hälfte der Liechtensteiner Bevölkerung ab 15 Jahren verfügt über einen Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II. Je ein knappes Viertel hat entweder keine nachobligatorische Ausbildung oder einen tertiären Bildungsabschluss. In der Schweiz ist der Anteil der Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II etwas kleiner, im Gegenzug sind die Anteile derjenigen ohne nachobligatorische Bildung oder mit Tertiärbildung etwas grösser. Zwei Drittel der Erwerbstätigen in Liechtenstein arbeiten im Dienstleistungssektor (3. Sektor; hauptsächlich im Finanz- und Versicherungswesen), ein Drittel in Industrie und Gewerbe (2. Sektor) und lediglich 1,5% in der

Land- und Forstwirtschaft (1. Sektor). In der Schweiz liegt der Anteil der im Dienstleistungssektor Beschäftigten bei rund drei Viertel, im 2. Sektor ist es knapp ein Viertel, und im 1. Sektor arbeiten 3,4%, der Beschäftigten. Die Erwerbsquote ist mit 73,6% in Liechtenstein etwas tiefer als in der Schweiz (80,2%). Die Arbeitslosenquoten der beiden Länder sind vergleichbar: Sie beträgt 2,4% in Liechtenstein und 2,9% in der Schweiz.

Weniger Ärzte und Spitalbetten als in der Schweiz

Tabelle 1.4 präsentiert auch zwei Kennzahlen zur medizinischen Versorgung. In Liechtenstein praktizieren 316 Ärzte pro 100'000 Einwohner (im Jahr 2012 hatten insgesamt 117 Ärzte eine Berufsausübungsbewilligung für Liechtenstein), in der Schweiz sind es 392 Ärzte auf 100'000 Einwohner. Pro Arzt ergibt das in Liechtenstein 316 Einwohner, in der Schweiz kommen 255 Einwohner auf einen Arzt. Die Raten der verfügbaren Betten in Krankenhäusern sind in Liechtenstein nur halb so hoch wie in der Schweiz: 214,8 Betten pro 100'000 Einwohner sind es in Liechtenstein, 487,0 Betten pro 100'000 Einwohner in der Schweiz. Allerdings erfolgt ein grösserer Anteil der stationären Versorgung von Liechtensteiner Bürgern im angrenzenden Ausland als im Land selber.

Tab. 1.4 Ausgewählte Kennzahlen des Fürstentums Liechtenstein im Vergleich zur Schweiz (Teil 1)

Kennzahl	FL	CH	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
Bevölkerungsgrösse 2012			
Frauen	18 591	4 070 536	Ständige Bevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Bevölkerungsstatistik 31.12.2012; BFS – STATPOP 2012)
Männer	18 247	3 968 524	
Total	36 838	8 039 060	
Bevölkerungsentwicklung 2007–2012 (in %)			
Frauen	3,8	5,3	Zunahme zwischen 2007 und 2012 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Bevölkerungsstatistik 31.12.2007/2012; BFS – ESPOP/STATPOP 2007/2012)
Männer	4,6	6,5	
Total	4,2	5,9	
Altersstruktur (in %)			
0–14 Jahre	15,5	14,9	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Bevölkerung am Jahresende (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Bevölkerungsstatistik 31.12.2012; BFS – STATPOP 2012)
15–34 Jahre	24,5	25,3	
35–49 Jahre	23,7	22,9	
50–64 Jahre	21,4	19,5	
65+ Jahre	14,9	17,4	
Geburtenrate 2012 (pro 1000 Einwohner/innen)	9,7	10,2	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Zivilstandsstatistik 2012; BFS – STATPOP 2012, BEVNAT 2012)
Anteil Ausländer/innen 2012 (in %)	33,5	23,3	Anteil der Ausländer/innen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Bevölkerungsstatistik 31.12.2012; BFS – STATPOP 2012)
Haushaltsstruktur 2010 (FL) bzw. 2012 (CH)			
Anzahl Personen pro Privathaushalt	2,3	2,3	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Volkszählung 2010; BFS – Strukturhebung 2012)
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	34,1	35,5	
Bildungsstand in der Bevölkerung (ab 15 Jahren, in %) 2010 (FL) bzw. 2012 (CH)			
Ohne nachobligatorische Ausbildung (ISCED 0–2)	22,6	25,4	Anteil der Personen nach dem jeweils höchsten Abschluss an der Bevölkerung ab 15 Jahren; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Volkszählung 2010; BFS – Strukturhebung 2012)
Sekundarstufe II (ISCED 3–4)	49,2	46,5	
Tertiärstufe (ISCED 5–6)	22,7	26,5	
Beschäftigungsstruktur 2012 (in %)			
Beschäftigte im 1. Sektor	1,5	3,4	Anteil der Beschäftigten nach den drei Wirtschaftssektoren (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Beschäftigungsstatistik 2012; BFS – Statistik der Unternehmensstruktur 2012)
Beschäftigte im 2. Sektor	30,1	22,2	
Beschäftigte im 3. Sektor	68,4	74,4	
Erwerbsquote 2012 (15–64-Jährige, in %)	73,6	80,2	Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren. Die Erwerbspersonen sind die Summe der Erwerbstätigen und der Arbeitslosen (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Beschäftigungsstatistik 2012; BFS – Strukturhebung 2012)

Tab. 1.4 Ausgewählte Kennzahlen des Fürstentums Liechtenstein im Vergleich zur Schweiz (Teil 2)

Kennzahl	FL	CH	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
Arbeitslosenquote 2012 (in %)	2,4	2,9	Anteil der Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Arbeitslosenstatistik 2012; SECO – Arbeitslosenstatistik 2012; BFS – Strukturerhebung 2010)
Bruttoinlandprodukt pro Erwerbstätige/n (VZÄ) in CHF 2012	169 540	156 148	«Durchschnittliches Bruttoinlandprodukt pro Erwerbstätige/r in Vollzeitäquivalent (VZÄ) (Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2012; BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2012, Erwerbstätigenstatistik 2012)»
Ärztedichte 2012			
Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen	316	392	Anzahl praktizierende Ärzte/innen pro 100'000 Einwohner/innen; Anzahl Einwohner/innen pro praktizierende/r Arzt/Ärztin, exkl. Zahnmedizin (Eurostat, Zugriff am 20.02.2015)
Einwohner/innen pro Arzt/Ärztin	316	255	
Rate verfügbarer Betten in Krankenhäusern 2011 (pro 100'000 Einwohner/innen)	214,8	487,0	Anzahl verfügbarer Betten in Krankenhäusern pro 100'000 Einwohner/innen (Eurostat, Zugriff am 20.02.2015)

© Obsan 2015

2 Gesundheitszustand

Die WHO definierte 1948¹⁹ Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (WHO, 1948). Zu dieser Zeit war die Definition bahnbrechend. Sie führte dazu, dass Gesundheit über die traditionellen Grenzen der Biomedizin gesehen wurde. Die Definition von Gesundheit im vorliegenden Bericht orientiert sich an dieser WHO-Definition und übernimmt gleichzeitig die These von Antonovsky zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1979). So ist eine Person nicht einfach gesund oder krank, sondern sie befindet sich irgendwo zwischen den beiden Polen «gesund» und «krank». Ihr gesundheitlicher Zustand ist abhängig von auftretenden Belastungen und verfügbaren Ressourcen. Letztere wirken als Schutzfaktoren und können gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen mildern oder verhindern, indem sie beispielsweise deren Bewältigung erleichtern (Schuler & Burla, 2012) (vgl. 2.6).

Das vorliegende Kapitel 2 widmet sich verschiedenen Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie verschiedenen Gesundheitsressourcen²⁰, die Aufschluss über den Gesundheitszustand der Bevölkerung des Fürstentums Liechtenstein geben. Unterkapitel 2.1 zeigt die Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren. Unterkapitel 2.2 beschreibt die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch die Liechtensteiner Bevölkerung. Im Unterkapitel 2.3 werden lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen betrachtet. Die körperliche Gesundheit der liechtensteinischen Bevölkerung ist das Thema von Unterkapitel 2.4. In diesem werden die körperlichen Beschwerden, sowie

die Prävalenzen²¹ von Bluthochdruck, hohem Cholesterinspiegel und Diabetes gezeigt. Zusätzlich werden Daten zur Prävalenz von Krebs und Multimorbidität und das Ausmass an Unfällen und Stürzen präsentiert. Im Unterkapitel 2.5 stehen die psychische Gesundheit sowie psychische Störungen im Fokus, während im Unterkapitel 2.6 die zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen aufgezeigt werden. Das Kapitel schliesst mit einer Betrachtung der Sterblichkeit und den häufigsten Todesursachen der Liechtensteiner Bevölkerung im Unterkapitel 2.7.

2.1 Lebenserwartung

2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt

Die Lebenserwartung bei Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben würden.²² Dieser Messwert wird weltweit genutzt, um die Gesundheit einer Bevölkerung mit anderen Ländern zu vergleichen, unter anderem, weil die Sterblichkeit in fast allen Ländern gut dokumentiert ist. Die Lebenserwartung widerspiegelt den kumulierten Effekt von Risikofaktoren, Krankheiten, Unfällen und Möglichkeiten zur Behandlung (ECHIM, 2012). Die Lebenserwartung gibt somit umfassende, aber wenig detaillierte Hinweise zur Gesundheit einer Bevölkerung.

¹⁹ Die Konstitution der WHO wurde von der Internationalen Gesundheitskonferenz 1946 in New York beschlossen und trat 1948 in Kraft. Seither wurde sie 1977, 1984 und 2005 angepasst.

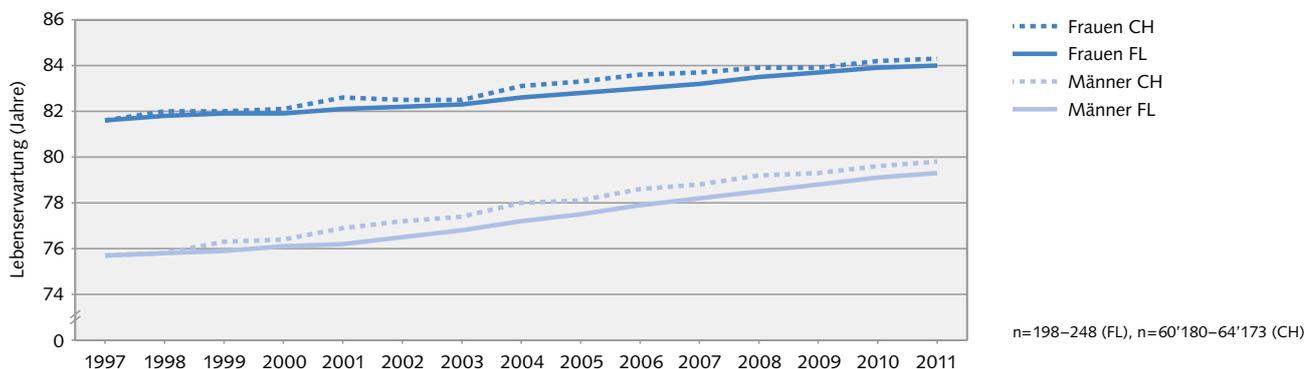
²⁰ Ressourcen einer Person, die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern können. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber (Zufriedenheit, Kontrollüberzeugung usw.) oder Merkmale der Umwelt dieser Person (Vorhandensein von Vertrauenspersonen, soziale Unterstützung usw.) zu verstehen.

²¹ Prävalenz ist ein Begriff der Epidemiologie (Krankheitslehre) und definiert die Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

²² www.bfs.admin.ch → 01 – Bevölkerung → Bevölkerungsbewegung → Indikatoren → Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung → Lebenserwartung (Zugriff am 16.09.2015)

Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt,
nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1997–2011

Abb. 2.1



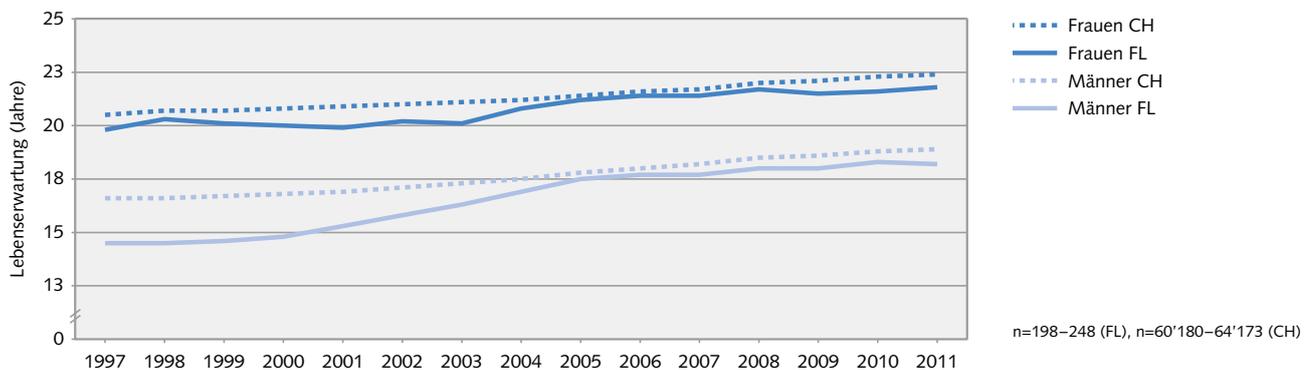
Geglättete Kurve mittels gleitendem Durchschnitt über jeweils 5 Jahre.

Quelle: Eurostat

© Obsan 2015

Entwicklung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren,
nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1997–2011

Abb. 2.2



Geglättete Kurve mittels gleitendem Durchschnitt über jeweils 5 Jahre.

Quelle: Eurostat

© Obsan 2015

Die mittlere Lebenserwartung (gemittelt über die fünf Jahre 2007–2011) liegt in Liechtenstein bei 81,1 Jahren. In der Schweiz beträgt sie 81,8 Jahre. In beiden Ländern ist die Lebenserwartung sowohl bei den Männern wie bei den Frauen seit 1997 angestiegen (Abb. 2.1). Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, wobei die Differenz über die beobachteten Jahre – aufgrund einer Annäherung der Männer – abgenommen hat. Dies ist ein Trend, der in Liechtenstein, in der Schweiz und auch in den anderen Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zu beobachten ist (OECD, 2013). Die Annäherung wird auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens (z.B. Rauchen) zwischen den Geschlechtern, sowie auf eine Reduktion der Mortalitätsraten der kardiovaskulären Krankheiten bei den Männern zurückgeführt (OECD, 2013).

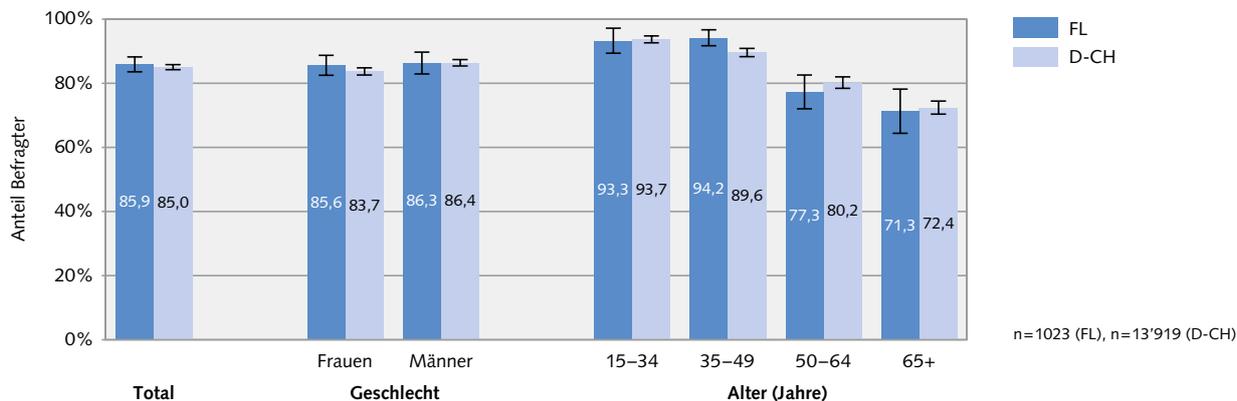
2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

Mit der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird die verbleibende Lebenszeit der älteren Bevölkerung geschätzt. Sie gibt indirekt Auskunft über die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe. Zudem wird sie zur Abschätzung der Verlängerung der Lebensdauer der Bevölkerung und der daraus resultierenden Folgen für die Sozialversicherungen benutzt.²³

In Liechtenstein beträgt die mittlere Lebenserwartung der 65-Jährigen (Durchschnitt der Jahre 2007–2011) 20,1 Jahre und liegt damit nahe beim Schweizer Durchschnitt von 20,8 Jahren. Der Durchschnitt der Länder der Europäischen Union (EU27) ist mit 19,3 Jahren eher tiefer. Wie in den EU- und den OECD-Ländern lässt sich auch in Liechtenstein und in der Schweiz zwischen

²³ www.bfs.admin.ch → 01 – Bevölkerung → Bevölkerungsbewegung → Indikatoren → Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung → Lebenserwartung (Zugriff am 16.09.2015)

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit,
nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Deutschschweiz, 2012 **Abb. 2.3**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1997 und 2011 ein tendenzieller Anstieg der Lebenserwartung der 65-Jährigen erkennen (Abb. 2.2) (OECD, 2013). Als Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung werden Fortschritte in der medizinischen Versorgung sowie verbesserte Lebensbedingungen im Alter vor und nach 65 Jahren angeführt (OECD, 2013). Die Lebenserwartungen der Frauen und Männer nähern sich einander im Zeitverlauf zunehmend an. In Liechtenstein ist dies noch deutlicher ausgeprägt als in der Schweiz. Dies dürfte dieselben Gründe haben wie bei der Lebenserwartung bei Geburt, nämlich eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern.

2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die selbst wahrgenommene Gesundheit wird mit der Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?» erhoben. Die Antworten zeigen einen starken Zusammenhang mit Mortalität und Morbidität (Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009). Die Antworten auf die Frage nach dem Gesundheitszustand korrelieren deutlich mit verschiedenen Krankheiten wie Diabetes, Epilepsie, Herzkrankheiten oder Bluthochdruck (Manor et al., 2001). Die selbst wahrgenommene Gesundheit widerspiegelt vor allem das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das gesundheitsrelevante Verhalten (Jylhä, 2009). Personen, die sich wenig gesund ernähren oder Tabak rauchen, schätzen ihre Gesundheit beispielsweise signifikant schlechter ein als solche, die sich gesund ernähren und nicht rauchen (Manor et al., 2001).

Bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit wird Liechtenstein ausschliesslich mit der Deutschschweiz verglichen, da es bei dieser Frage der SGB sprachliche

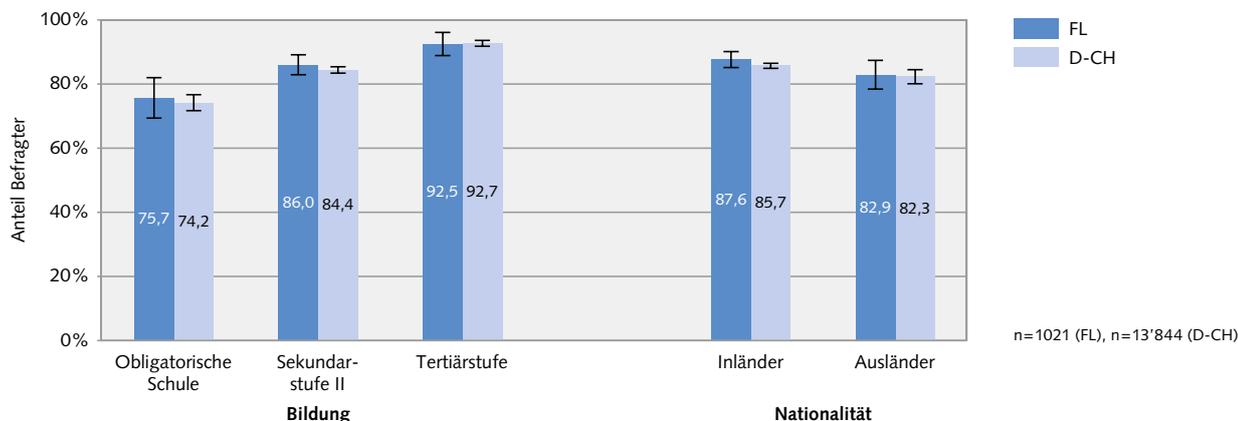
Unterschiede gibt. Sowohl in Liechtenstein wie auch in der Deutschschweiz schätzen über 85% der Befragten ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein (Abb. 2.3). In einem kürzlich veröffentlichten Bericht der OECD liegt der Durchschnitt der OECD-Staaten (2011 oder am nächsten liegendes Jahr) bei 69% (OECD, 2013). Die Schweiz liegt in dieser Auswertung mit 81,3% im vorderen Viertel.²⁴ Die Ergebnisse der SGB 2012 lassen vermuten, dass Liechtenstein ebenfalls vorne in dieser OECD-Liste einzureihen wäre. In Liechtenstein gibt es bezüglich guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit keinen bedeutenden Unterschied zwischen Frauen und Männern. Hingegen beschreiben in der Deutschschweiz die Männer ihre Gesundheit signifikant häufiger als (sehr) gut als die Frauen. Dies deckt sich auch mit internationalen Beobachtungen (OECD, 2013; Van Doorslaer & Gerdtham, 2003).

Der Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter signifikant ab (Abb. 2.3). In der Deutschschweiz ist dieser Rückgang bereits ab der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen zu beobachten, in Liechtenstein erst bei den 50-Jährigen und Älteren. Dennoch fühlen sich viele 65-Jährige und Ältere (sehr) gut, sowohl im Fürstentum Liechtenstein (71,3%) wie auch in der Deutschschweiz (72,4%). Die hohen Anteile ergeben sich unter anderem auch daher, dass sich ältere Personen häufig mit Gleichaltrigen oder mit Personen mit schlechterer Gesundheit als der eigenen vergleichen (Henchoz et al., 2008).

²⁴ Die Schweizer Daten, die die OECD verwendet, stammen aus der Datenbank Statistics on Income and Living Conditions (SILC). Da sich die Stichprobe und der Erhebungszeitpunkt von der SGB unterscheiden, weichen die Zahlen etwas ab.

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Nationalität und Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Deutschschweiz, 2012

Abb. 2.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Die selbst wahrgenommene Gesundheit hängt sowohl in Liechtenstein wie auch in der Deutschschweiz mit dem Bildungsniveau zusammen. Personen mit Ausbildung auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe schätzen ihre Gesundheit signifikant öfter als gut bis sehr gut ein als Personen mit obligatorischer Schule (Abb. 2.4). In der Deutschschweiz ist auch der Unterschied zwischen Sekundarstufe II und Tertiärstufe signifikant. Dieser Zusammenhang deckt sich mit Beobachtungen der WHO, dass Personen mit geringerer Bildung ihre Gesundheit in der Regel schlechter einschätzen als besser ausgebildete (Subramanian et al., 2010). Die selbst wahrgenommene Gesundheit der Liechtensteiner unterscheidet sich nicht signifikant von Personen mit Ausländerstatus (Abb. 2.4). In der Deutschschweiz hingegen ist der Unterschied zwischen Schweizern und Personen mit Ausländerstatus signifikant.

Bisher wurden die Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und dem Geschlecht, dem Alter, der Bildung sowie der Nationalität je einzeln untersucht. Da diese Faktoren sich jedoch gegenseitig beeinflussen dürften, werden ihre gemeinsamen Zusammenhänge nachfolgend in einem multivariaten Modell untersucht. Dabei wird die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Gesundheit und den genannten Faktoren im Zusammenspiel berechnet und als Odds Ratios angegeben (vgl. 1.5.2).

Der Einfluss des Alters bleibt auch in der multivariaten Betrachtung – sowohl in der Deutschschweiz wie in Liechtenstein (bis Alter 49) – erhalten und ist erwartungsgemäss der stärkste Faktor. In Liechtenstein ist die Chance bei (sehr) guter Gesundheit zu sein, bei den 15- bis 49-Jährigen im Vergleich zu den 65-Jährigen und Älteren sechs

bis sieben Mal grösser (OR=6,25–6,81, $p < 0,01$). Hingegen resultiert (im Gegensatz zur Deutschschweiz) in Liechtenstein kein signifikanter Unterschied zwischen den 50- bis 65-Jährigen und den Älteren.

Als zweitstärkster Faktor erweist sich die *Bildung*: In Liechtenstein ist es für Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II doppelt so wahrscheinlich, eine gute bis sehr gute Gesundheit anzugeben (OR=2,39; $p=0,01$) wie für Personen, die allein die obligatorische Schulzeit absolviert haben. Für Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ist dies sogar fast fünf Mal so wahrscheinlich (OR=4,89; $p=0,01$).

Der Einfluss der *Nationalität* wird in der multivariaten Analyse in Liechtenstein ebenfalls signifikant (OR=1,81; $p < 0,01$). Unter Berücksichtigung von Alters-, Bildungs- und Geschlechterunterschieden ist die Chance der Liechtensteiner auf eine mindestens gute selbst wahrgenommene Gesundheit um 80% höher als bei der ausländischen Bevölkerung.

Das *Geschlecht* hat im multivariaten Modell sowohl in der Schweiz als auch im Fürstentum Liechtenstein keinen bedeutenden Einfluss mehr auf die selbst wahrgenommene Gesundheit (Tab. 2.1). Die Odds Ratios sind nahe bei eins, was bedeutet, dass die Chancen auf (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit bei Männern und Frauen fast gleich sind. Der früher beschriebene Einfluss des Geschlechts in der Deutschschweiz wird bei einer multivariaten Gesamtbetrachtung durch den starken Einfluss von Bildung und Alter und den Effekt der Nationalität aufgehoben.

Die selbst wahrgenommene Gesundheit steht im Zusammenhang sowohl mit der effektiven körperlichen und psychischen Gesundheit, wie auch mit den zur

Tab. 2.1 Multivariates Modell für die (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Fürstentum Liechtenstein und Deutschschweiz, 2012

	FL				D-CH			
	Odds Ratio	95%-VI Untergrenze	95%-VI Obergrenze	p-Wert	Odds Ratio	95%-VI Untergrenze	95%-VI Obergrenze	p-Wert
Geschlecht (Ref. Mann)	1,29	0,84	1,99	0,24	1,01	0,89	1,15	0,88
Alter (Jahre)								
15–34 (Ref. 65+)	6,81	3,11	14,88	<0,01*	6,85	5,51	8,51	<0,01*
35–49 (Ref. 65+)	6,25	3,32	11,77	<0,01*	3,13	2,61	3,74	<0,01*
50–65 (Ref. 65+)	1,27	0,79	2,04	0,33	1,44	1,24	1,68	<0,01*
Bildung								
Sekundarstufe (Ref. Obligatorische Schule)	2,39	1,45	3,97	0,01*	1,88	1,60	2,25	<0,01*
Tertiärstufe (Ref. Obligatorische Schule)	4,89	2,21	10,80	0,01*	4,44	3,61	5,46	<0,01*
Nationalität (Ref. Inländer)	1,81	1,17	2,77	<0,01*	1,73	1,44	2,07	<0,01*

95%-VI=95% Vertrauensintervall

*p<0,05

Interpretation Odds Ratios: Werte <1=negativer Effekt, Werte >1=positiver Effekt. Odds Ratios >1 geben an, um wieviel die Chance, eine (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit zu haben, höher ist als die Referenzkategorie (in Klammer: Ref).

n=841 (FL), n=11'528 (D-CH)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen. Deshalb wird im Folgenden die Wechselwirkung der selbst wahrgenommenen Gesundheit mit körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) und der psychischen Belastung (vgl. 2.5.2) untersucht. Bei den körperlichen Beschwerden geht es um Symptome, die das Wohlbefinden einer Person erheblich beeinträchtigen können, wie z.B. Rücken- und Kopfschmerzen oder Schlafstörungen. Die psychische Belastung umfasst Symptome wie etwa Nervosität oder Niedergeschlagenheit. Ferner wird der Zusammenhang zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und den Gesundheitsressourcen «Kontrollüberzeugung» und «soziale Unterstützung» analysiert. Eine hohe Kontrollüberzeugung zu haben, bedeutet überzeugt zu sein, selber aktiv über sein Leben bestimmen zu können. Ist die Kontrollüberzeugung jedoch tief, fühlt man sich durch äussere Faktoren wie Schicksal oder die Gesellschaft (fremd-)bestimmt (vgl. 2.6.1). Die soziale Unterstützung schliesslich umschreibt das Potenzial an Hilfsangeboten, mit dem eine Person aus ihrem persönlichen Umfeld rechnen kann (vgl. 2.6.2).

In Liechtenstein wie in der Deutschschweiz sinken die Anteile der Personen mit guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit, wenn körperliche Beschwerden oder psychische Belastung zunehmen (Abb. 2.5). In der Liechtensteiner Bevölkerung schätzen 95,5% der Personen ohne körperliche Beschwerden

ihre Gesundheit als (sehr) gut ein, während es bei denjenigen mit starken körperlichen Beschwerden noch 67,7% sind. Ausserdem fühlen sich 89,2% derjenigen mit einer niedrigen psychischen Belastung (sehr) gut, bei denjenigen mit einer mittleren bis starken psychischen Belastung sind es lediglich 75,6%. Eine hohe Kontrollüberzeugung geht meistens mit einer (sehr) guten selbst wahrgenommenen Gesundheit einher. Im Fürstentum Liechtenstein gilt das für 90,7% der Bevölkerung. Bei einer tiefen Kontrollüberzeugung berichten lediglich 76,9% von einer (sehr) guten Gesundheit. Dasselbe Bild zeigt sich bei der sozialen Unterstützung: Je stärker die soziale Unterstützung vorhanden ist, desto höher ist der Anteil der Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit.

2.3 Dauerhafte Gesundheitsprobleme und Einschränkungen

2.3.1 Lang andauerndes Gesundheitsproblem

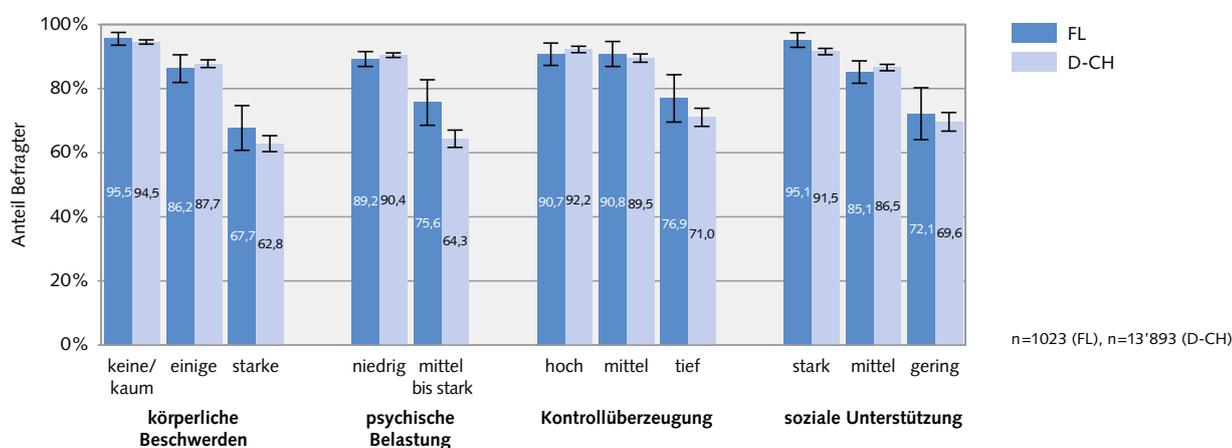
Bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen wird nach gesundheitlichen Beschwerden oder Krankheiten gefragt, die bereits mindestens sechs Monate bestehen und schätzungsweise noch weitere sechs Monate andauern werden. Diese Gesundheitsprobleme werden auch als chronische Krankheiten bezeichnet und manifestieren

sich oftmals als Hör- und Sehschwierigkeiten, Kreislaufprobleme, muskuloskelettale Erkrankungen oder als Krebserkrankungen (Ayis et al., 2003).

Im Fürstentum Liechtenstein geben 32,8% der Frauen und 30,6% der Männer an, ein dauerhaftes Gesundheitsproblem zu haben (Tab. 2.2). Der Anteil der Betroffenen nimmt bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen signifikant zu und bleibt danach konstant. Das Bildungsniveau und die Nationalität stehen in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten lang andauernder Gesundheitsprobleme.

Der Anteil der Bevölkerung mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist im Fürstentum Liechtenstein (31,7%) ähnlich hoch wie in der Schweiz (31,9%). Die beiden Basler Kantone (BL, BS) und Bern (BE) weisen bei den Schweizer Kantonen die höchsten Werte auf (36,6–37,5%), der Kanton Uri (UR) mit 21,8% den tiefsten Wert (Abb. 2.6).

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein und Deutschschweiz, 2012 **Abb. 2.5**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tab. 2.2 Anteil Befragter mit lang andauerndem Gesundheitsproblem, nach demografischen Variablen, Fürstentum Liechtenstein, 2012

		Lang andauerndes Gesundheitsproblem		
		Anteil Befragter (%)	Untergrenze VI	Obergrenze VI
Total		31,7	28,5	34,9
Geschlecht	Frauen	32,8	28,5	37,1
	Männer	30,6	25,8	35,3
Alter	15–34	16,6	11,0	22,2
	35–49	28,7	23,0	34,3
	50–64	43,7	37,4	50,0
	65+	45,6	37,6	53,6
	Bildung	Obligatorische Schule	30,7	23,7
	Sekundarstufe II	32,8	28,5	37,2
	Tertiärstufe	30,1	23,9	36,3
Nationalität	Schweiz	30,5	26,6	34,3
	Ausland	34,0	28,4	39,6

VI = Vertrauensintervall

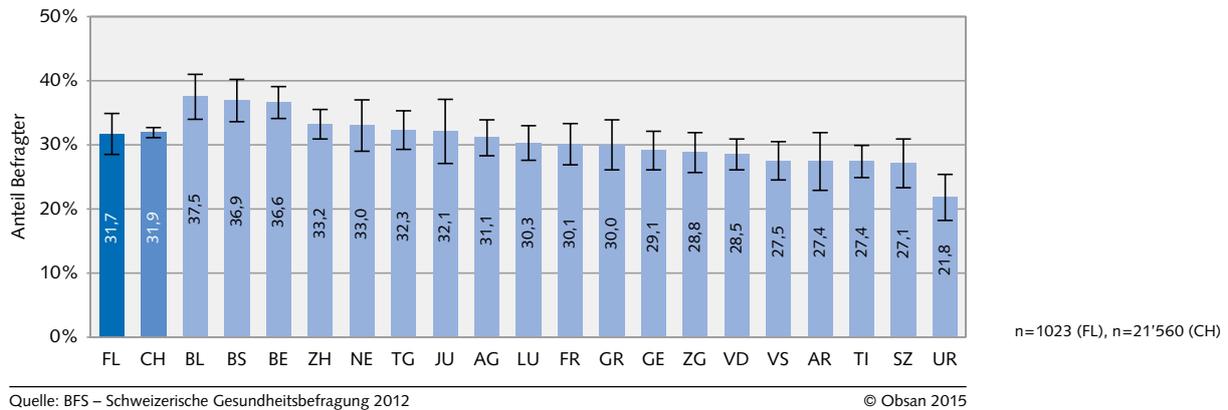
n = 1021

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

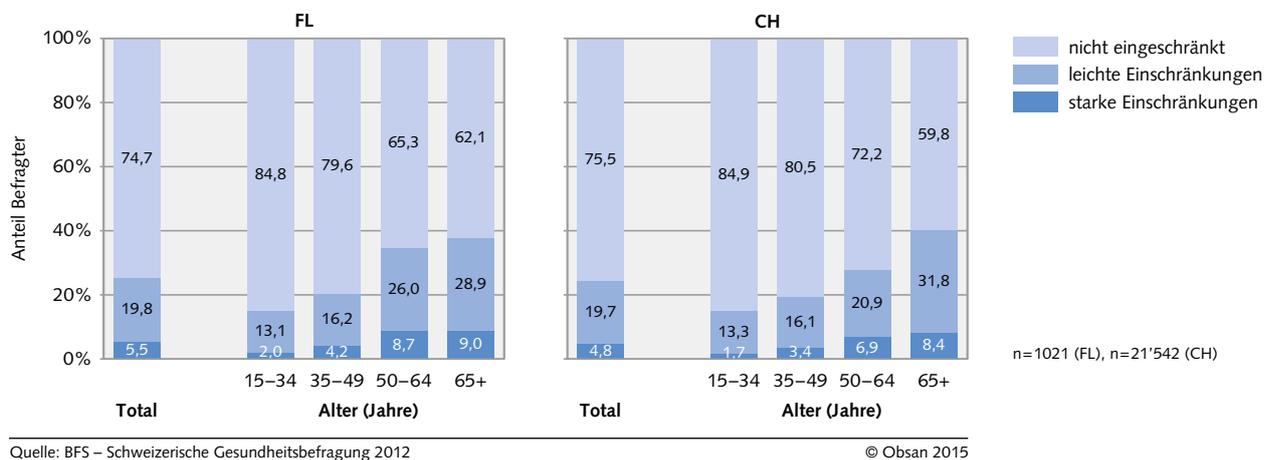
Lang andauerndes Gesundheitsproblem,
Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.6



Keine, leichte oder starke Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, nach Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 2.7



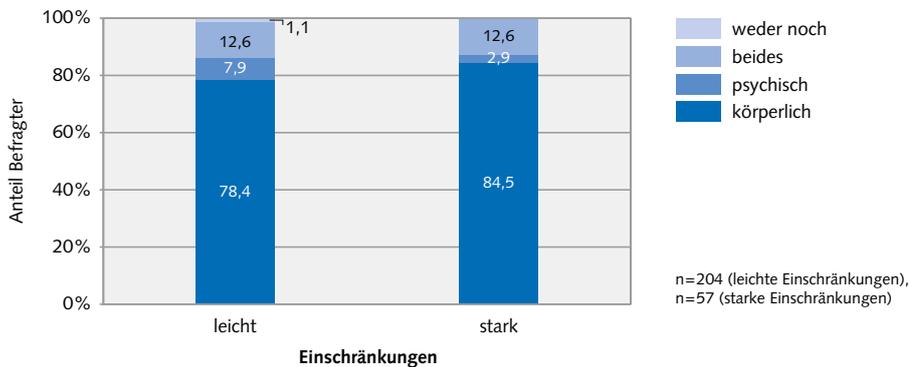
2.3.2 Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems

Dieses Unterkapitel geht der Frage nach, ob Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten vorhanden sind, welche aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems entstanden sind. Die Ergebnisse lassen sich als eine generelle Übersicht über den Behinderungsgrad der von chronischen Gesundheitsproblemen Betroffenen interpretieren (Jagger et al., 2010). In Liechtenstein fühlen sich 5,5% (CH: 4,8%) der Bevölkerung stark durch dauerhafte gesundheitliche Probleme im Alltag eingeschränkt (Abb. 2.7). In beiden Ländern nehmen die Anteile der leichten und starken Einschränkungen mit steigendem Alter zu.

Die meisten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten sind durch ausschliesslich körperliche Gesundheitsprobleme verursacht. Dies berichten 78,4% der Liechtensteiner Bevölkerung mit leichten Einschränkungen

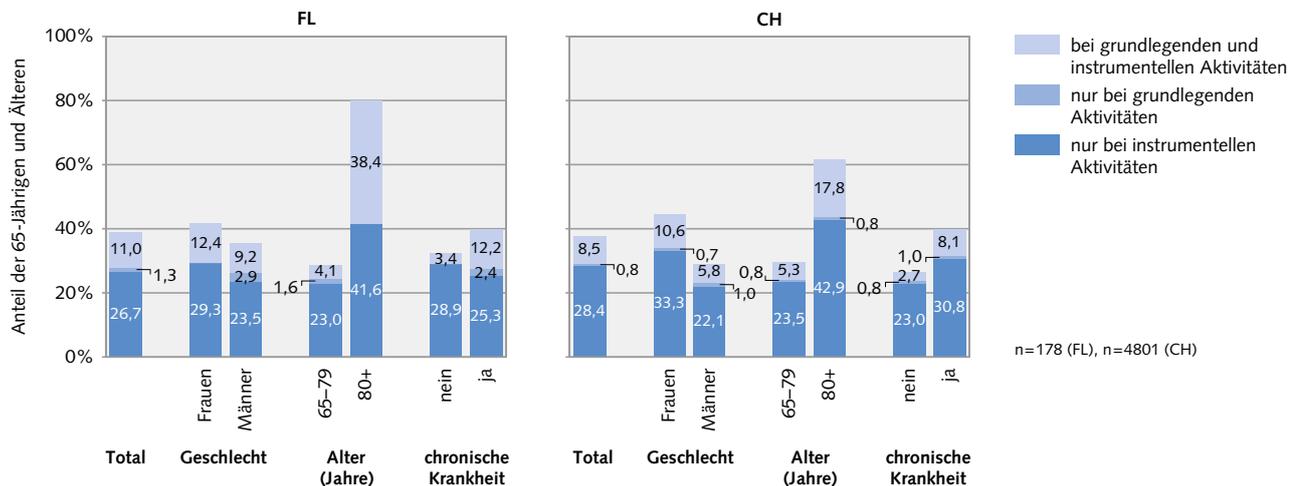
und 84,5% derjenigen mit starken Einschränkungen (Abb. 2.8). Je 12,6% sehen die Ursache in einer Kombination von körperlichen und psychischen Problemen und 7,9% bzw. 2,9% geben psychische Probleme als Grund für die Einschränkungen an.

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, nach Ursache des Gesundheitsproblems (körperlich oder psychisch), Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 2.8**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

65-Jährige und Ältere mit Einschränkungen bei instrumentellen und grundlegenden Alltagsaktivitäten, nach Geschlecht, Alter und chronischer Krankheit, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 2.9**

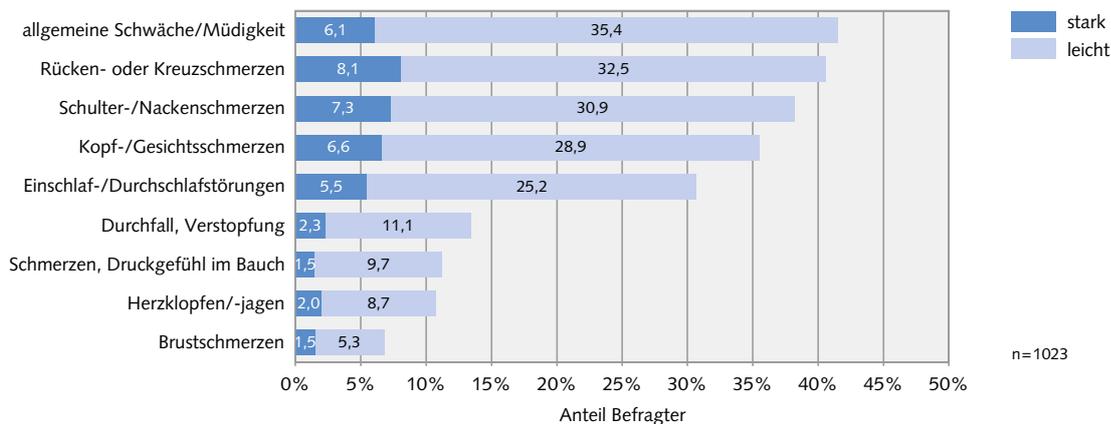


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

2.3.3 Einschränkungen bei 65-Jährigen und Älteren

Die hier thematisierten Alltagseinschränkungen im höheren Alter werden unterschieden nach «grundlegenden» und «instrumentellen» Alltagsaktivitäten (Lawton & Brody, 1970, Katz, 1983). Grundlegende Aktivitäten sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, wie z.B. essen, baden oder auf die Toilette gehen. Instrumentelle Aktivitäten beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren, wie etwa einkaufen, kochen, den Haushalt erledigen und sich um die eigenen Finanzen kümmern (WHO, 2004). Die Differenzierung der beiden Aktivitätstypen erlaubt eine detaillierte Einschätzung der funktionalen Behinderung der Befragten (Jagger et al., 2010).

Generell ist anzumerken, dass Einschränkungen bei grundlegenden Aktivitäten selten alleine vorkommen. Die meisten Personen, die eine Einschränkung bei grundlegenden Aktivitäten haben, berichten auch über Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten. In Liechtenstein fühlen sich 39,0% der 65-Jährigen und Älteren bei mindestens einer grundlegenden oder instrumentellen Aktivität eingeschränkt (Abb. 2.9). Bei den Frauen sind es 41,7%, bei den Männern 35,6%. Frauen berichten tendenziell häufiger von Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten als Männer. Für die Schweiz zeigt sich dasselbe Muster, und der Unterschied ist dort – wohl auch wegen den höheren Fallzahlen – signifikant. Erwartungsgemäss werden die Einschränkungen bei der höheren der beiden untersuchten Altersklassen deutlich häufiger.

Leichte und starke körperliche Beschwerden, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 2.10**

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Weiter wurde verglichen, ob chronisch erkrankte 65-Jährige und Ältere häufiger über Einschränkungen berichten als Gleichaltrige ohne chronische Krankheit. Bei chronisch erkrankten Personen ist in der Schweiz signifikant häufiger mit einer Einschränkung der instrumentellen Aktivitäten oder einer Einschränkung bei instrumentellen und grundlegenden Aktivitäten zu rechnen als bei Personen ohne chronische Krankheit. In Liechtenstein sind diese Unterschiede in der Tendenz sichtbar, jedoch statistisch nicht signifikant.

2.4 Körperliche Gesundheit

2.4.1 Körperliche Beschwerden

Körperliche Beschwerden können das Wohlbefinden eines Menschen erheblich beeinträchtigen. Die Symptome können sowohl körperliche als auch psychische Ursachen haben. Rücken- und Kreuzschmerzen treten beispielsweise häufig bei Übergewicht auf (Shiri et al., 2010). Durch körperliche Aktivität können sie oft vermindert oder gar vermieden werden (Bigos et al., 2009; Zronek et al., 2013). Andererseits gehen Schlafstörungen und Rückenschmerzen in nicht wenigen Fällen mit depressiven Erkrankungen einher (Baer et al., 2013).

Lediglich 18,6% der Liechtensteiner Bevölkerung (CH: 18,9%) geben an, in den letzten 4 Wochen unter keiner der genannten Beschwerden gelitten zu haben. Im Gegensatz dazu gibt über ein Viertel der Liechtensteiner Bevölkerung (FL: 27,3%, CH: 27,5%) an, von sieben oder mehr solchen Beschwerden betroffen zu sein. Bei den Frauen sind dies mit 33,7% (CH: 35,5%) signifikant mehr als bei den Männern 20,6% (CH: 19,1%).

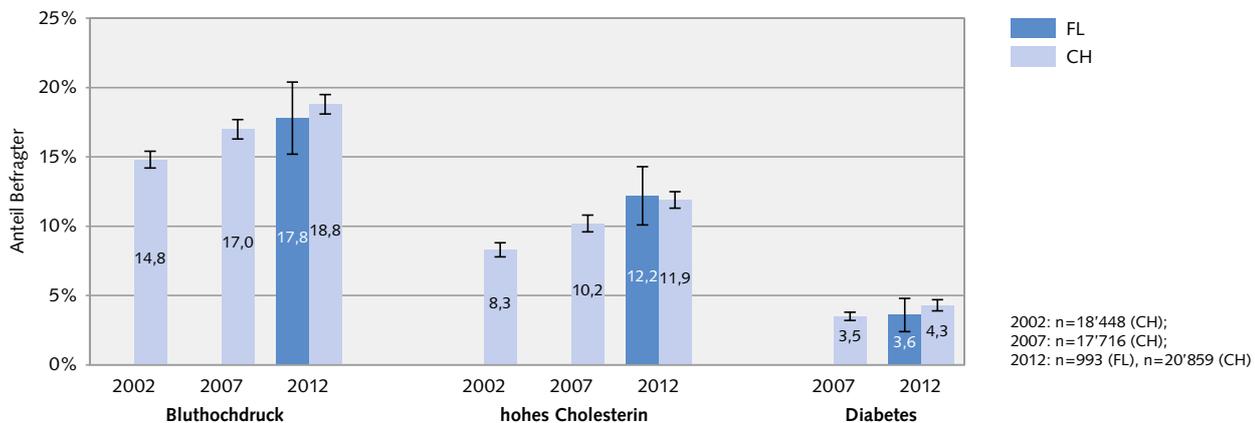
In Liechtenstein nennen weniger Personen mit Tertiärabchluss sieben oder mehr Beschwerden (18,9%) als Personen mit Bildung auf Sekundarstufe II (29,2%) oder mit obligatorischer Schule (34,5%).

In Abbildung 2.10 wird auf die einzelnen Beschwerden eingegangen. Es werden die Anteile der Liechtensteiner Bevölkerung gezeigt, die in den letzten vier Wochen «leicht» oder «stark» unter den genannten körperlichen Beschwerden gelitten haben. Die am häufigsten verbreiteten starken Beschwerden sind Rücken- und Kreuzschmerzen (8,1%) sowie Schulter- und Nackenschmerzen (7,3%). Zusammen mit allgemeiner Schwäche und Müdigkeit gehören sie auch zu den häufigsten leichten Beschwerden (zwischen 35,4% und 30,9%) in Liechtenstein. Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen werden in beiden Intensitäten ebenfalls häufig genannt.

2.4.2 Ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

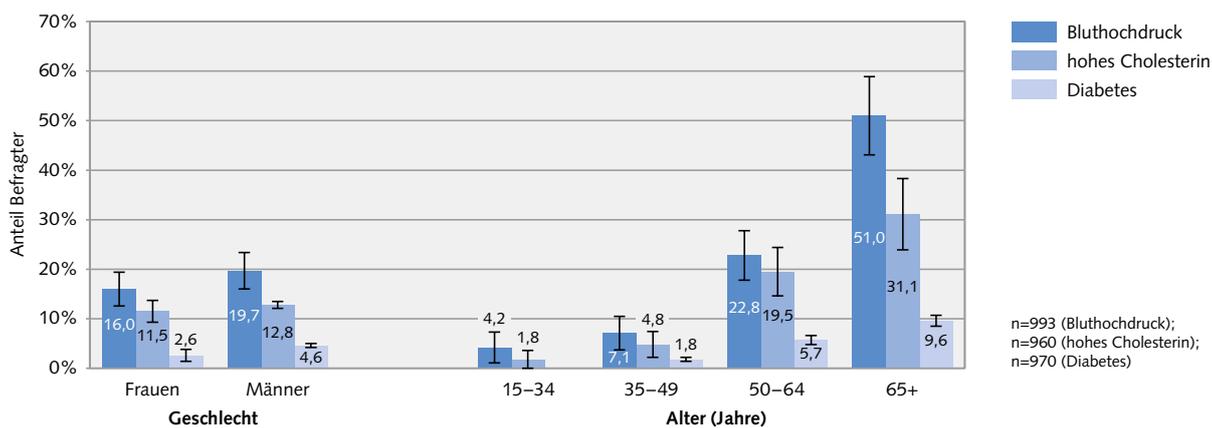
Dank besserer Behandlungsmöglichkeiten und einer Reduktion der Risikofaktoren sinken die Todesraten bei Herz-Kreislauf-Krankheiten in den westlichen Ländern seit 1990 (OECD, 2013). Trotzdem sind Herz-Kreislauf-Krankheiten noch immer die häufigsten Todesursachen in der Schweiz und in anderen westlichen Ländern (Jüni & Siegrist, 2012, Moreau-Gruet & Luyet, 2012). Die wichtigsten – vorwiegend verhaltensbedingten – Risikofaktoren sind Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie damit verbundenes Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen (Jüni & Siegrist, 2012, Mendis et al., 2011, Perret-Guillaume et al., 2009). Diabetes (auch als

Zeitliche Entwicklung von Bluthochdruck, hohem Cholesterin und Diabetes, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2002–2012 **Abb. 2.11**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012 © Obsan 2015

Bluthochdruck, hohes Cholesterin und Diabetes, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 2.12**



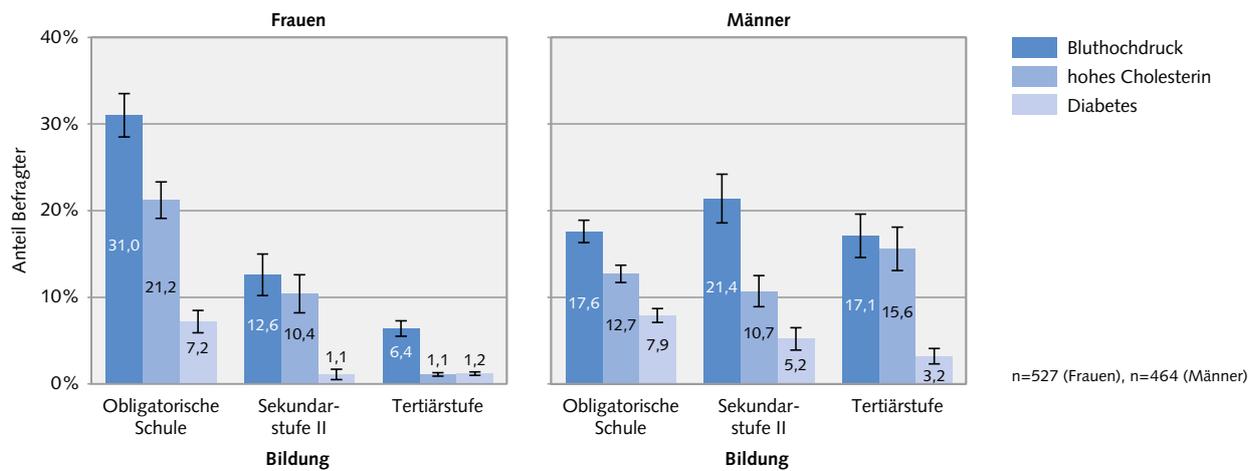
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

Zuckerkrankheit bekannt) ist nicht nur eine eigene Krankheitsdiagnose, sondern gilt auch als weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Die Prävalenz von Diabetes nimmt mit abnehmender körperlicher Aktivität und zunehmendem Übergewicht in der Gesellschaft zu (Whiting et al., 2011). Es wird geschätzt, dass im Jahre 2011 8,3% der weltweiten Bevölkerung an Diabetes litt und dieser Anteil bis 2030 auf rund 10% ansteigen wird (Whiting et al., 2011). Abbildung 2.11 zeigt den Anteil der Personen in Liechtenstein und in der Schweiz, die unter den Risikofaktoren «Bluthochdruck», «hohes Cholesterin» oder «Diabetes» für Herz-Kreislauf-Krankheiten leiden oder entsprechende Medikamente nehmen.

In der SGB 2012 geben 17,8% der Liechtensteiner Bevölkerung (CH: 18,8%) einen erhöhten Blutdruck, 12,2% hohes Cholesterin (CH: 11,9%) und 3,6% eine Erkrankung an Diabetes (CH: 4,3%) an (Abb. 2.11). Alle diese Werte sind zwischen Liechtenstein und der Schweiz vergleichbar hoch. Allerdings haben sich die Anteile der Betroffenen bei allen drei Risikofaktoren in der Schweiz seit 2002 signifikant erhöht (wobei Diabetes erst seit 2007 erhoben wird). Es gibt keine signifikanten Geschlechterunterschiede, jedoch sind alle Werte bei den Männern tendenziell etwas höher als bei den Frauen (Abb. 2.12). Mit dem Alter nimmt der Anteil Personen mit Bluthochdruck, hohem Cholesterin und Diabetes zu, wobei diese Probleme im Alter ab 50 Jahren auch statistisch signifikant häufiger auftreten als bei jüngeren Personengruppen.

Bluthochdruck, hohes Cholesterin und Diabetes,
nach Geschlecht und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.13

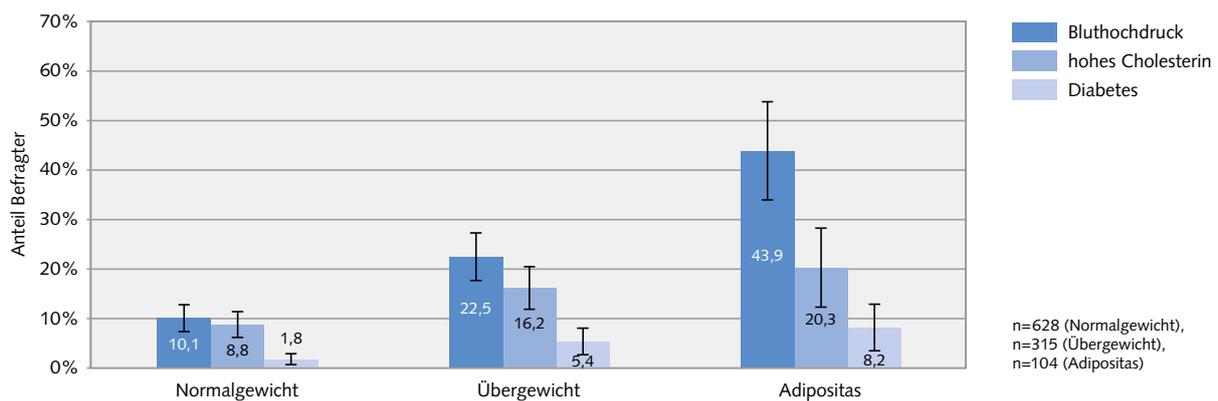


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bluthochdruck, hohes Cholesterin und Diabetes,
nach Body Mass Index (BMI), Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.14



Body Mass Index: Körpergewicht/Körpergröße² (kg/m²); Normalgewicht: 18,5<BMI<25, Übergewicht: 25<BMI<30, starkes Übergewicht (Adipositas): BMI>30

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

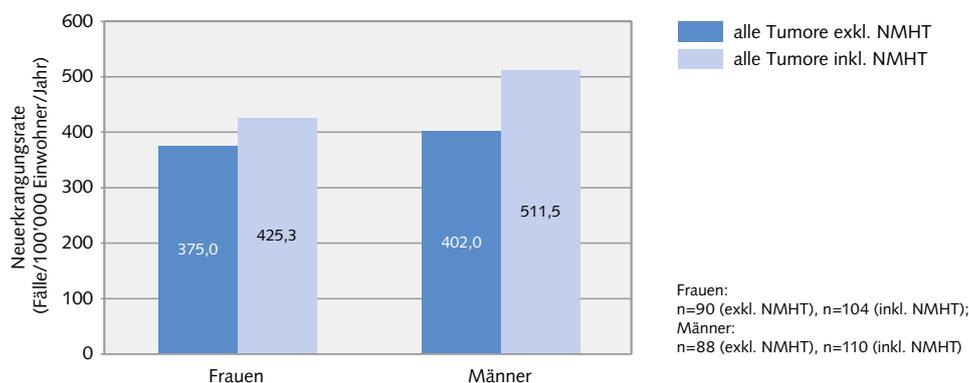
© Obsan 2015

Risikofaktoren hängen – wie der Gesundheitszustand – mit dem Bildungsniveau zusammen. Generell weisen Personen mit höherer Bildung eine bessere Gesundheit auf (Subramanian et al., 2010, Mackenbach et al., 2002). Es wird davon ausgegangen, dass diese sich auch gesünder verhalten, also weniger rauchen, sich gesünder ernähren und sich mehr bewegen (Brannon et al., 2013). In der Literatur finden sich Hinweise, dass es bei den Frauen einen stärkeren Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Mortalität durch kardiovaskuläre Krankheiten gibt als bei den Männern (Laaksonen et al., 2008). Dieser Unterschied wird mit unterschiedlichem Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen der verschiedenen Bildungsstufen assoziiert (Laaksonen et al., 2008).

Auch im Fürstentum Liechtenstein zeigen sich geschlechterspezifische Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau und den untersuchten Risikofaktoren. Die Prävalenz des Bluthochdrucks nimmt mit zunehmender Schulbildung bei den Frauen signifikant ab (Abb. 2.13). Bei den Männern hingegen bleibt der Anteil ähnlich hoch. Der Anteil der Liechtensteiner Frauen mit hohem Cholesterin nimmt mit zunehmender Bildung ebenfalls ab. Bei den Männern steigt er mit der höchsten Bildungsstufe wieder an. Diabetes wird bei beiden Geschlechtern mit höherem Bildungsniveau seltener. Analog zu Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel hängt das Körpergewicht bei den Frauen ebenfalls stärker mit dem Bildungsniveau zusammen als bei den Männern. Besser gebildete Frauen haben weniger

Altersstandardisierte Krebs-Neuerkrankungsrate^a, nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein, 2011–2013

Abb. 2.15



^a Altersstandardisierte Rate pro 100'000 Einwohner/innen pro Jahr gemäss Europa Standard 1976.
NMHT=nicht-melanotisch Hauttumore

Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Krebsregister

© Obsan 2015

Gewichtsprobleme und sind daher auch seltener von den ausgewählten Risikofaktoren «Bluthochdruck» und «hohes Cholesterin» betroffen (BFS & BAG, 2014).

Zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes gehören unter anderem Bewegungsmangel sowie Fehlernährung und damit verbundenes Übergewicht (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010; Jüni & Siegrist, 2012). Der Body Mass Index (BMI) ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) und der quadrierten Körpergrösse (m²) (vgl. Kasten unter 3.2.1). Anhand dieses Wertes kann bestimmt werden, ob eine Person normalgewichtig (18,5 < BMI < 25), übergewichtig (25 < BMI < 30) oder schwer übergewichtig/adipös (BMI > 30) ist.

Übergewicht hat einen deutlichen Zusammenhang mit Bluthochdruck, hohem Cholesterin und Diabetes. Von den normalgewichtigen Liechtensteinern haben 10,1% einen hohen Blutdruck, 8,8% hohe Cholesterinwerte und 1,8% Diabetes (Abb. 2.14). Bei den Befragten mit Übergewicht sind die entsprechenden Werte bereits deutlich höher (22,5%, 16,2% bzw. 5,4%). Und bei Personen mit starkem Übergewicht/Adipositas leiden schliesslich 43,9% unter hohem Bluthochdruck, 20,3% an einem hohen Cholesterinspiegel und 8,2% an Diabetes.

2.4.3 Krebserkrankungen

Das vorliegende Unterkapitel widmet sich den Krebserkrankungen. «Krebs» ist ein genereller Begriff für eine grosse Gruppe von Krankheiten, bei denen sich Zellen unkontrolliert vermehren und in benachbarte Körperteile und andere Organe eindringen. Dadurch wird die Funktion der betroffenen Organe beeinträchtigt. Dieser Prozess ist der Hauptgrund für die Mortalität durch

Krebs.²⁵ Die nicht-melanotischen Hauttumore (NMHT) werden gesondert betrachtet, da diese selten lebensbedrohlich verlaufen. Gemäss dem Liechtensteiner Krebsregister kam es im Fürstentum in den Jahren 2011 und 2013 zu durchschnittlich 425,3 Krebs-Neuerkrankungen pro 100'000 Einwohnerinnen und zu 511,5 Neuerkrankungen pro 100'000 Einwohnern²⁶ (Abb. 2.15). Diese Raten sind vergleichbar mit denjenigen der umliegenden europäischen Länder.²⁷ Die Liechtensteiner Männer haben also eine tendenziell höhere Erkrankungsrate als die Frauen. Erwartungsgemäss erkranken die 50- bis 74-Jährigen häufiger an Krebs als die jüngeren Altersgruppen (Abb. 2.16) (Amt für Gesundheit Fürstentum Liechtenstein & Krebsregister St. Gallen-Appenzell, 2013). Bei den 75-jährigen und älteren Frauen und Männern geht die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr wieder zurück. Ähnliche Verteilungen über das Alter wurden auch in anderen Ländern gefunden (Haggart & Boushey, 2009; McPherson et al., 2000).

2.4.4 Multimorbidität

Die chronischen Krankheiten nahmen in den letzten Jahren zu und werden zu einer weltweiten Herausforderung für die Gesundheitssysteme (WHO, 2011d). Heute sind die meisten Versorgungssysteme westlicher Länder immer noch primär darauf ausgerichtet, medizinische Leistungen für akute Einzelerkrankungen und für Unfälle

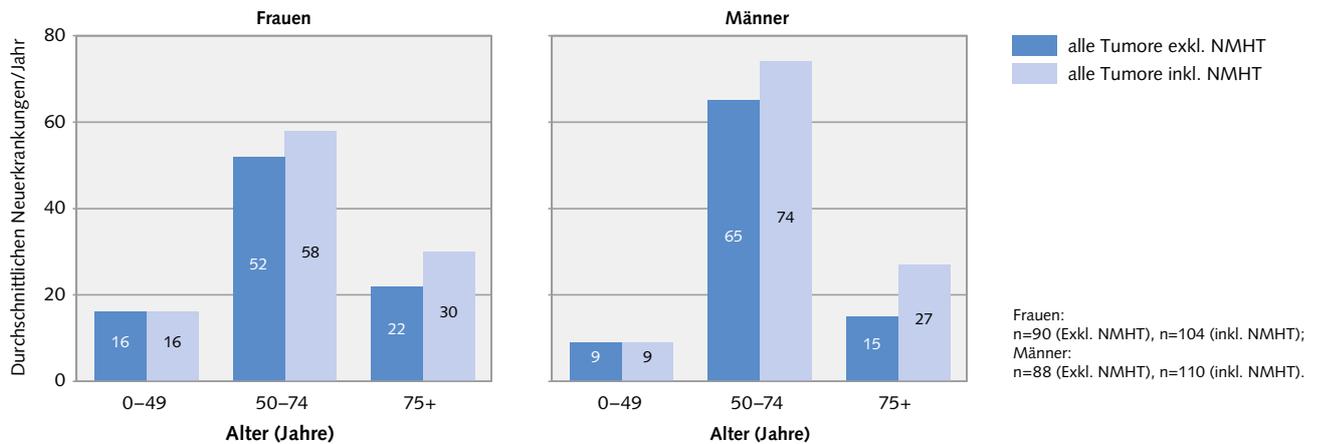
²⁵ www.who.int → Media centre → Fact sheets → Cancer (Zugriff am 16.09.2015)

²⁶ Altersstandardisierte Krebs-Neuerkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen und Jahr, inklusive NMHT. Als Standard wurde die Europäische Standardbevölkerung 1976 verwendet.

²⁷ <http://globocan.iarc.fr> (Zugriff am 17.03.2015)

Durchschnittliche jährliche Krebs-Neuerkrankungen, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2011–2013

Abb. 2.16



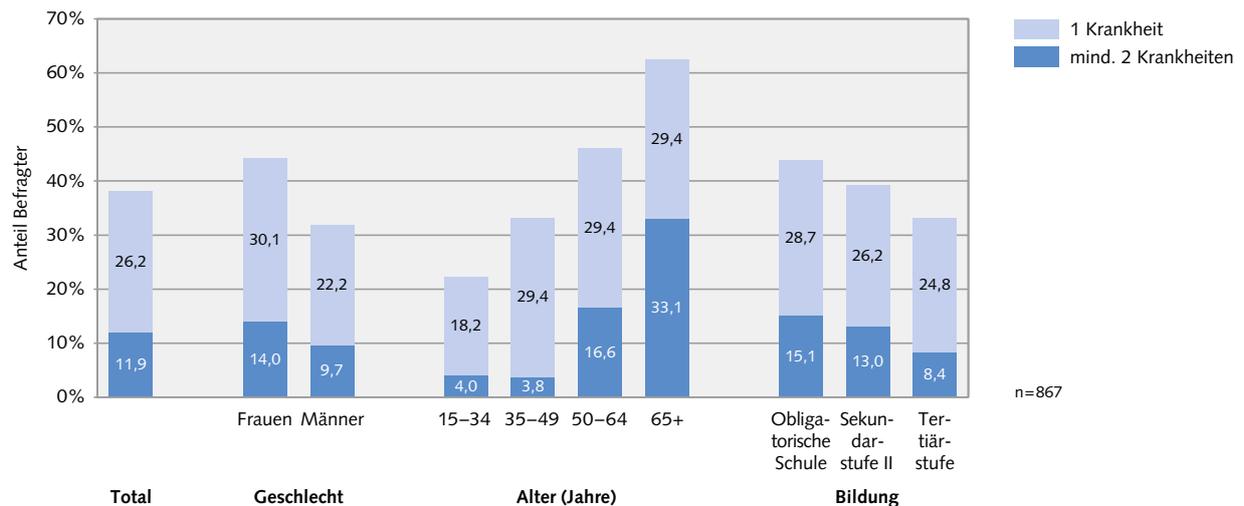
NMHT=nicht-melanotische Hauttumore

Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Krebsregister

© Obsan 2015

Chronische Krankheit und Multimorbidität (mind. 2 chronische Krankheiten), nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

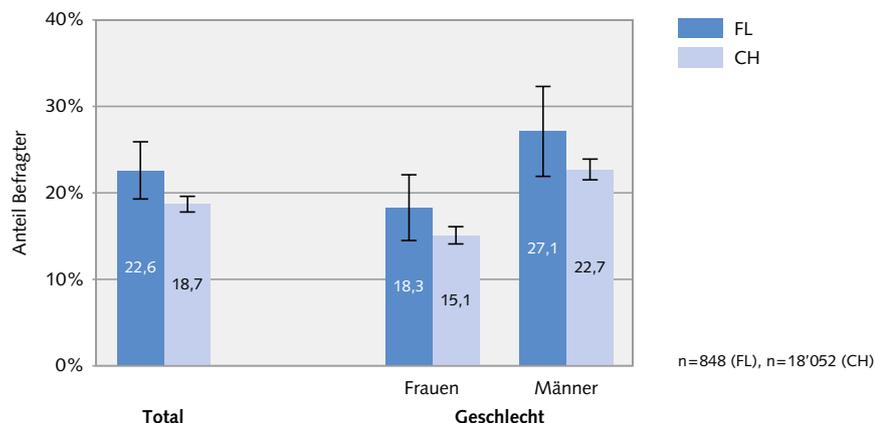
© Obsan 2015

bereitzustellen. Dabei hat der Anteil der Personen mit zwei oder mehr gleichzeitigen chronischen Krankheiten in der Vergangenheit deutlich zugenommen und betrifft rund 20–30% der Gesamtpopulation und rund 50% der älteren Bevölkerungsgruppen (Marengoni et al., 2011). Es gibt zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen: Als «Komorbidität» werden Begleitkrankheiten bezeichnet, die aber nur in Zusammenhang mit der Hauptkrankheit betrachtet werden. Unter dem Begriff «Multimorbidität» versteht man dagegen mehrere gleichzeitig auftretende Krankheiten, die als gleichwertig nebeneinander betrachtet werden (Marengoni et al., 2011). Diese zweite Betrachtungsweise ist darauf ausgerichtet, mögliche

Synergien in der Behandlung von multimorbid Erkrankten besser zu nutzen. Oft werden Therapien (zu) wenig koordiniert und integriert durchgeführt. Dies kann für Patienten belastend oder gar gefährlich sein (Wolff et al., 2002; Starfield et al., 2005). Abbildung 2.17 zeigt die Prävalenz von einzeln vorliegenden, chronischen Krankheiten als auch den Anteil der Personen, die an zwei und mehr Krankheiten leiden (sogenannte Multimorbidität).²⁸

²⁸ Es werden folgende, in den zwölf Monaten vor der Befragung vorliegende Krankheiten berücksichtigt: Migräne, Asthma, Diabetes, Arthrose, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Osteoporose, chronische Bronchitis/Emphysem, hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankung, Krebs.

Befragte mit mindestens einem Unfall (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 2.18**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© Obsan 2015

11,9% der Liechtensteiner Bevölkerung (CH: 13,0%) sind von mindestens zwei chronischen Krankheiten betroffen. Dabei sind Frauen (14,0%) in der Tendenz häufiger multimorbid erkrankt als Männer (9,7%) (Abb. 2.17). In der Schweiz ist dieser Unterschied signifikant (Frauen: 15,3%; Männer: 10,5%). Multimorbidität ist stark altersabhängig. Die 50- bis 64-Jährigen (16,6%) haben deutlich häufiger zwei oder mehr Krankheiten als die unter 50-Jährigen (rund 4%). Bei den 65-Jährigen und Älteren ist Multimorbidität nochmals signifikant häufiger. In dieser Altersgruppe ist ein Drittel multimorbid erkrankt. Der Zusammenhang von Alter und Multimorbidität ist bekannt und in der Literatur breit nachgewiesen (Barnett et al., 2012; Taylor et al., 2010). Jedoch hat sich in diversen Untersuchungen auch gezeigt, dass mehr als die Hälfte aller multimorbiden Personen jünger als 65 Jahre waren (Barnett et al., 2012; Taylor et al., 2010). Dies kann auch für Liechtenstein und die Schweiz bestätigt werden. Gut die Hälfte (FL: 52,8%; CH: 53,3%) aller multimorbid Erkrankten ist unter 65 Jahre alt. Für die Gesundheitspolitik resultiert daraus, dass Multimorbidität nicht nur bei der Versorgung betagter Personen zu berücksichtigen ist, sondern bereits in der jüngeren Bevölkerung ein wesentliches Gewicht hat und beachtet werden muss. Gemäss Literatur nimmt mit steigendem sozio-ökonomischem Status der Anteil Personen, die von Multimorbidität betroffen sind, ab (Barnett et al., 2012). Verwendet man das Bildungsniveau als Indikator für den sozio-ökonomischen Status, so lässt sich dieser Zusammenhang in der Tendenz für Liechtenstein und in signifikanter Weise für die Schweiz nachweisen (Abb. 2.17).

2.4.5 Unfälle und Stürze

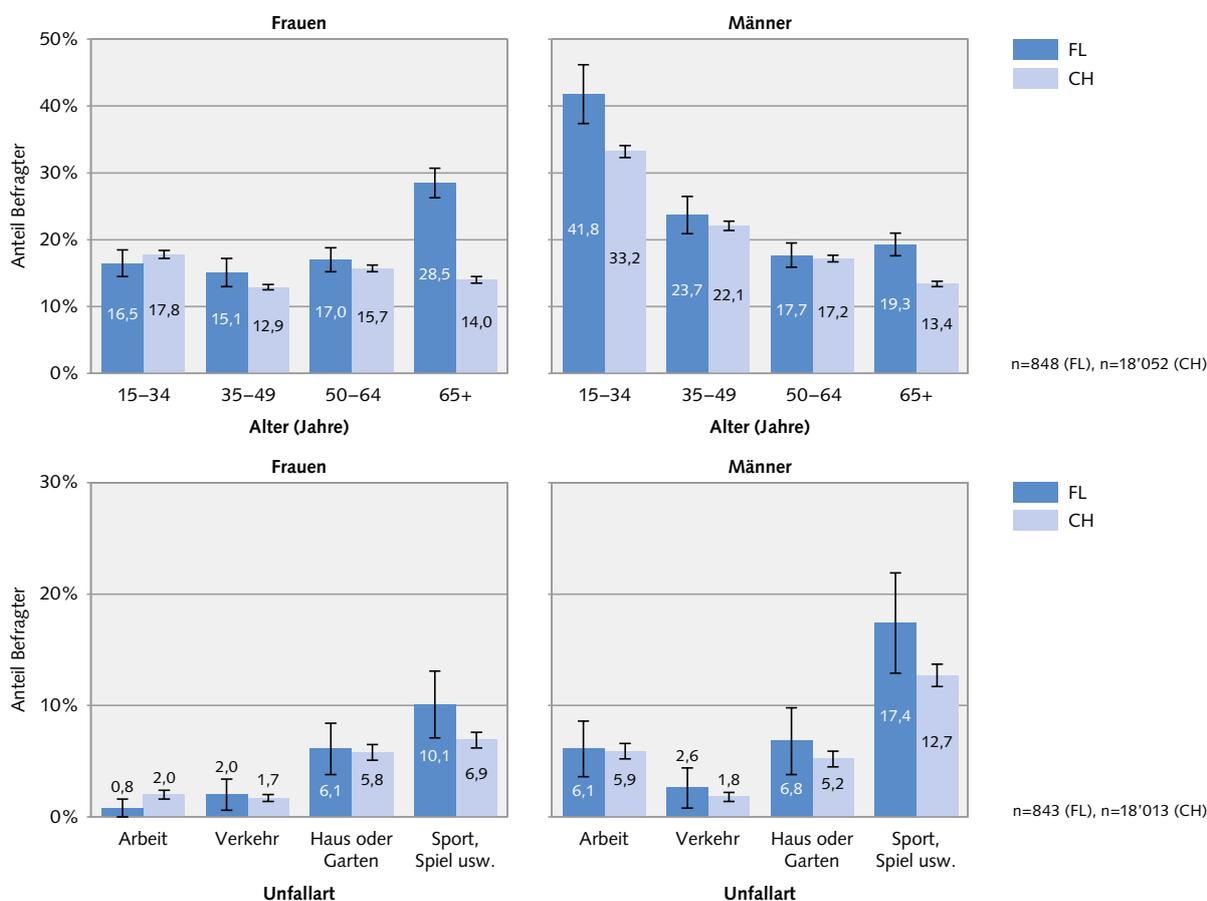
Im Fürstentum Liechtenstein ist, gemäss Unfallversicherungsstatistik, die Zahl aller Unfälle seit 2008 rückläufig. Im Jahr 2012 gab es 6355 Unfälle. Davon hatten 34 Unfälle (0,5%) eine Invalidität zur Folge und fünf Unfälle (0,1%) endeten tödlich (Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, 2012). In der Statistik der Landespolizei des Fürstentums sind im Jahr 2012 insgesamt 403 Verkehrsunfälle (mit und ohne Personenschaden) gezählt worden. Bei diesen Unfällen auf der Strasse kamen 109 Personen zu Schaden und eine Person verstarb (Landespolizei Fürstentum Liechtenstein, 2013). Die Abbildungen 2.18 und 2.19 geben die Angaben der in der SGB 2012 befragten Personen zu Unfällen im Jahr vor der Befragung wieder. Dabei sind sowohl die ärztlich wie auch die selbst behandelten Unfälle eingeschlossen.

18,3% der Liechtensteinerinnen und 27,1% der Liechtensteiner erlitten mindestens einen Unfall im Jahr vor der Befragung (Abb. 2.18). Die Schweizer Werte sind ähnlich und der Geschlechterunterschied ist dort signifikant. Der Anteil der Liechtensteiner Frauen, die einen Unfall erleiden, bleibt vom frühen Erwachsenenalter bis zum Pensionsalter bei gut 15% konstant (Abb. 2.19). Ab 65 Jahren steigt der Anteil der unfallbetroffenen Frauen auf 28,5% an. In der Schweiz bleibt auch dort der Anteil der Frauen mit Unfall tief. Bei den Männern zeigt sich ein anderes Muster. Hier sind es die 15- bis 34-Jährigen, die am häufigsten von Unfällen berichten (41,8%). Bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen gehen die Anteile signifikant auf 17,7% zurück und bleiben bei den 65-Jährigen und Älteren auf diesem Niveau stabil. In der Schweiz ist der Verlauf bei den Männern sehr ähnlich wie in

Befragte mit mindestens einem Unfall

(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht, Alter und jeweiliger Unfallart, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 2.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Liechtenstein. Die überdurchschnittlich häufigen Unfälle bei den jungen Männern wird mit deren höherer Bereitschaft für risikoreiches Verhalten erklärt (Grazier & Sloane, 2008).

Dies führt auch zu erhöhten Unfallraten bei der Arbeit, da (jüngere) Männer eher risikoreiche Arbeiten wählen oder dafür ausgewählt werden (Grazier & Sloane, 2008) (Abb. 2.19). Hingegen unterscheiden sich die Unfallraten im Verkehr, im Haus und im Garten zwischen den Geschlechtern kaum. Einen Geschlechterunterschied – im Fürstentum Liechtenstein ist der Unterschied aufgrund tiefer Fallzahlen nicht signifikant – gibt es auch bei Sport- und Spielunfällen. Gemäss Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) der Schweiz geschehen die häufigsten Sportverletzungen in der Schweiz beim Wintersport (22%) und während des Fussballs (20%). Laut bfu sind zwei Drittel aller verletzten Sportler Männer. Der Männeranteil ist insbesondere bei den Verletzten im Fussball und beim Mountainbiken hoch (je 84%) (Niemann & Achermann Stürmer, 2014). Der Frauenanteil

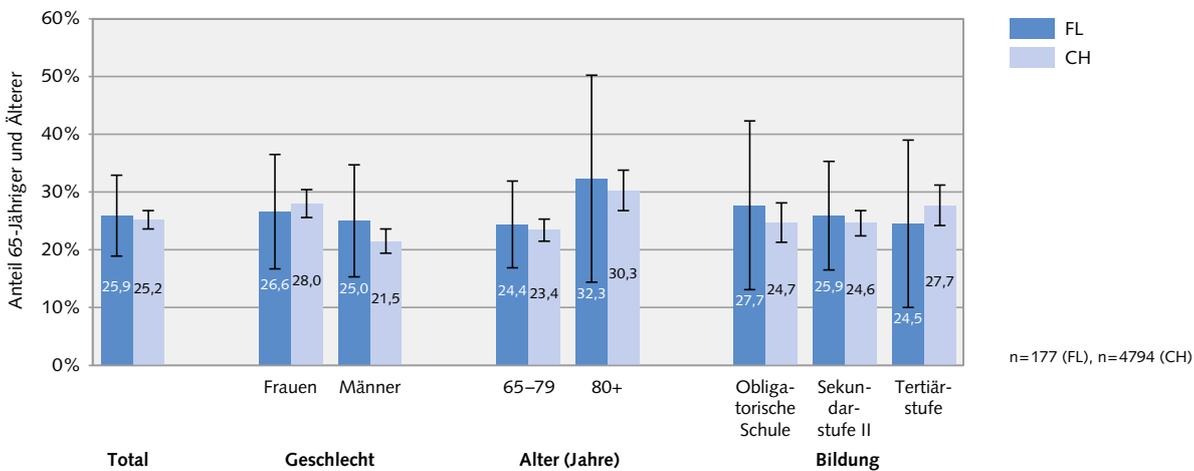
ist dafür beim Reiten und Bergwandern am höchsten (je 74%) (Niemann & Achermann Stürmer, 2014). Generell sind die Unfallzahlen der Liechtensteiner Bevölkerung tendenziell höher als jene der Schweizer Bevölkerung.

Stürze, Sturzgefahr und Sturzangst sind im Leben von älteren Personen ein häufiges Thema. Stürze können zu erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung oder sogar zu Pflegeheimen führen (Becker & Rapp, 2011). In Deutschland lösen Stürze 10% aller Transporte in die Notfallstationen aus (Becker & Rapp, 2011). Laut der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) handelte es sich bei jedem dritten Unfall zwischen 2008 und 2012 um einen Sturz. Hierbei sind Stolper- und Sturzunfälle gemeint, ohne Stürze aus der Höhe oder beim Sport. Jährlich passieren in der Schweiz rund 170'000 solcher Sturzunfälle. Damit sind Stürze die häufigste Unfallursache in der Schweiz.²⁹ Das Risiko zu

²⁹ www.suva.ch → Prävention → Arbeit → Gefahren → ...Stolper-, Sturz- und Absturzgefahren → Stolpern, Stürzen, Ausrutschen → Unfallstatistik Stolper- und Sturzunfälle (Zugriff am 16.09.2015)

65-Jährige und Ältere mit mindestens einem Sturz
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht,
Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 2.20

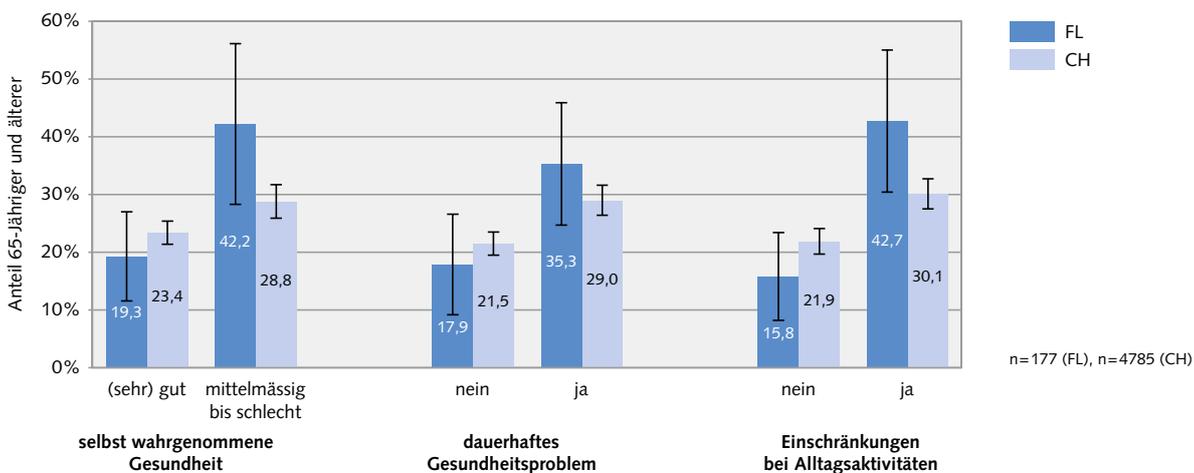


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

65-Jährige und Ältere mit mindestens einem Sturz
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Gesundheitsindikatoren,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 2.21



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

stürzen ist unter anderem erhöht bei bereits früher erlittenen Stürzen, Gehproblemen, Problemen mit Gehhilfen, Schwindelanfällen, Parkinsonerkrankungen und Nebenwirkungen antiepileptischer Medikamente (Deandrea et al., 2010). Auch Gleichgewichtsprobleme sowie die Abnahme von Reflexen und Muskelkraft fördern Stürze (Ambrose et al., 2013).

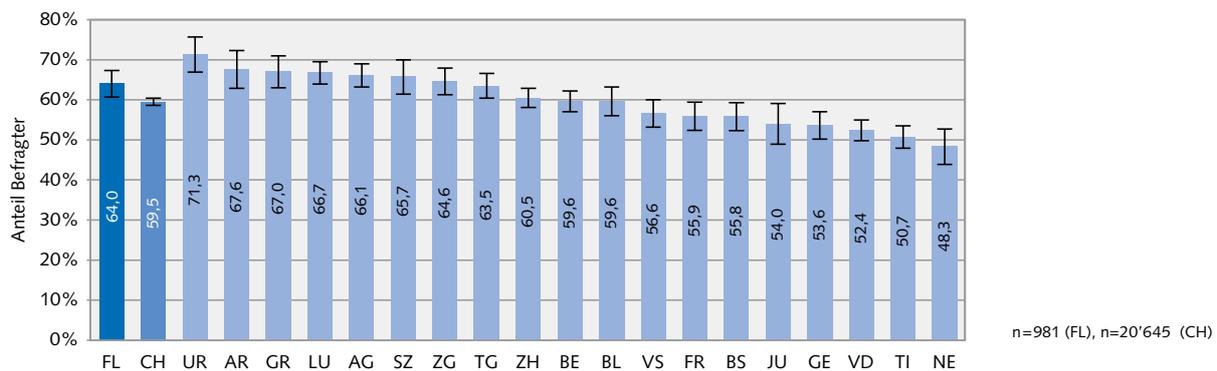
Gemäss SGB 2012 gibt es hinsichtlich Stürzen bei 65-Jährigen und Älteren keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz (Abb. 2.20). In Liechtenstein stürzen die Frauen tendenziell (in der Schweiz signifikant) häufiger

(FL: 26,6%; CH: 28,0%) als die Männer (FL: 25,0%; CH: 21,5%). Die 80-Jährigen und Älteren stürzen sowohl in Liechtenstein (nur Trend), als auch in der Schweiz häufiger als die 65- bis 79-Jährigen. Das Bildungsniveau scheint dagegen keinen Einfluss auf das Sturzrisiko zu haben.

Im Folgenden werden Stürze in Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit, mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten betrachtet, da Stürze von diesen Gesundheitsindikatoren abhängen können. Abbildung 2.21 lässt erkennen, dass in Liechtenstein – gleich

Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.22



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

wie in der Schweiz – Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit und ohne Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten signifikant seltener stürzen als Personen mit entsprechenden Problemen. In der Schweiz stürzen ausserdem Personen ohne dauerhaftes Gesundheitsproblem seltener als diejenigen mit dauerhaften Gesundheitsproblemen.

2.5 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist eine entscheidende Dimension menschlichen Wohlbefindens. Die WHO schätzt, dass in der Schweiz 27% der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Problemen wie Substanzmissbrauch, Psychosen, Depressionen, Angstzuständen und Essstörungen leiden.³⁰ Die Kosten psychischer Erkrankungen werden auf rund 4% des Bruttoinlandproduktes eines Landes geschätzt (OECD, 2014b). In Liechtenstein dürfte die Situation ähnlich wie in der Schweiz sein.

Im vorliegenden Unterkapitel 5 werden verschiedene Aspekte psychischer Gesundheit in Liechtenstein thematisiert. Zuerst wird das Ausmass an Energie und Vitalität in der Liechtensteiner Bevölkerung als positives Merkmal psychischer Gesundheit analysiert (vgl. 1). Danach werden die Verbreitung psychischer Belastung (vgl. 2) und die Häufigkeit von Symptomen depressiver Erkrankungen betrachtet (vgl. 3).

2.5.1 Energie- und Vitalitätsniveau

Die Frage der SGB 2012 zum Energie- und Vitalitätsniveau einer Person betont eine ressourcenorientierte Sichtweise, die sich auf positive Aspekte der psychischen Gesundheit konzentriert. Liechtensteiner berichten signifikant häufiger (64,0%) über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als die durchschnittliche Schweizer Bevölkerung (59,5%) (Abb. 2.22). Dies ist primär aufgrund tieferer Werte in der Westschweiz und im Kanton Tessin zu erklären. Die Werte in den einzelnen Schweizer Kantonen reichen von 48,3% bis 71,3%.

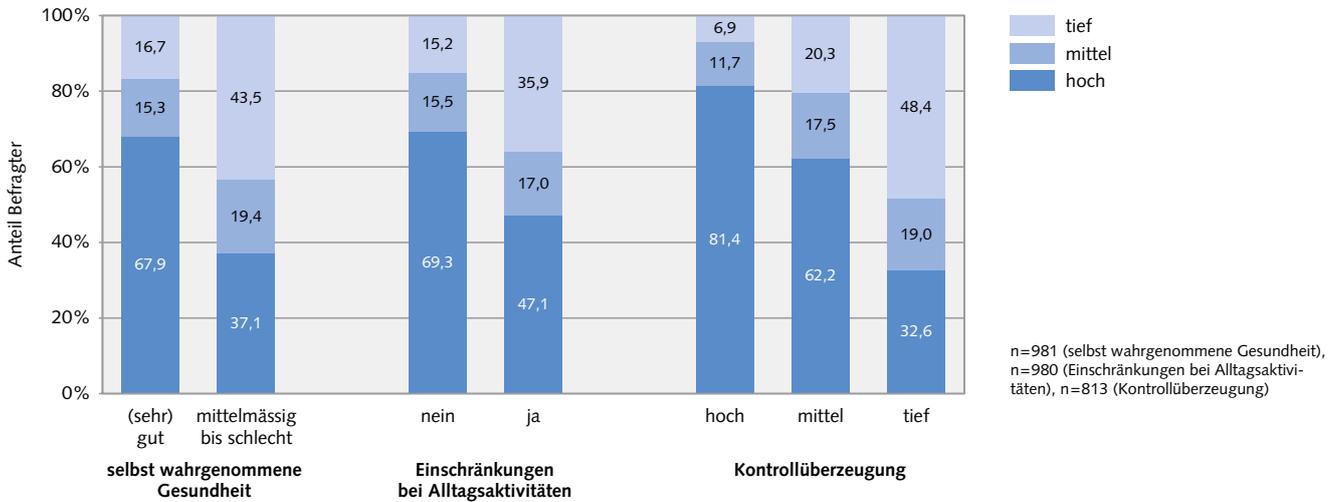
Verschiedene Faktoren können das Energie- und Vitalitätsniveau einer Person beeinflussen. Daher wird nachfolgend gezeigt, in welcher Beziehung Energie und Vitalität einer Person zu deren Gesundheit und allfälligen körperlichen Einschränkungen stehen. Zur Erinnerung: Die Einschränkungen beziehen sich auf Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten aufgrund eines Gesundheitsproblems (vgl. 2). Zudem wird der Zusammenhang der Gesundheitsressourcen «Kontrollüberzeugung» und «soziale Unterstützung» mit Energie und Vitalität betrachtet. Zur Erklärung: Eine hohe Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person die Überzeugung hat, selber über ihr Leben zu bestimmen (vgl. 1). Die soziale Unterstützung umschreibt das Potenzial von Hilfsangeboten, mit dem eine Person aus ihrem persönlichen Umfeld rechnen kann (vgl. 2).

Personen in Liechtenstein, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen (67,9%) und diejenigen, die sich bei alltäglichen Aktivitäten nicht eingeschränkt fühlen (69,3%), verfügen mehrheitlich über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (Abb. 2.23). Ist die Gesundheit mittelmässig bis schlecht ist deren Anteil allerdings deutlich

³⁰ www.euro.who.int → Health Topics → Noncommunicable diseases → Mental Health → Data and statistics (Zugriff am 16.09.2015)

Hohes, mittleres und tiefes Energie- und Vitalitätsniveau, nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.23

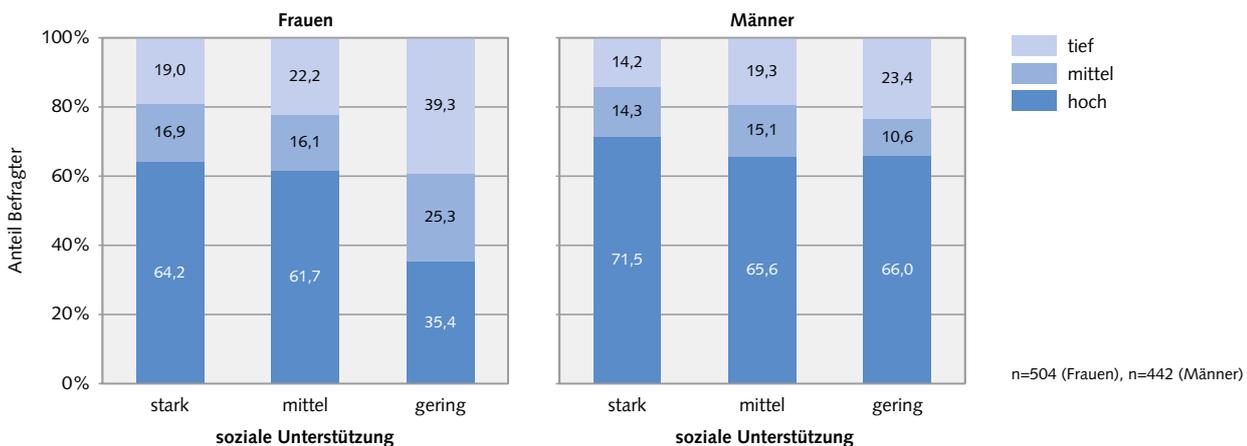


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Hohes, mittleres und tiefes Energie- und Vitalitätsniveau, nach Geschlecht und zur Verfügung stehender sozialer Unterstützung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.24



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

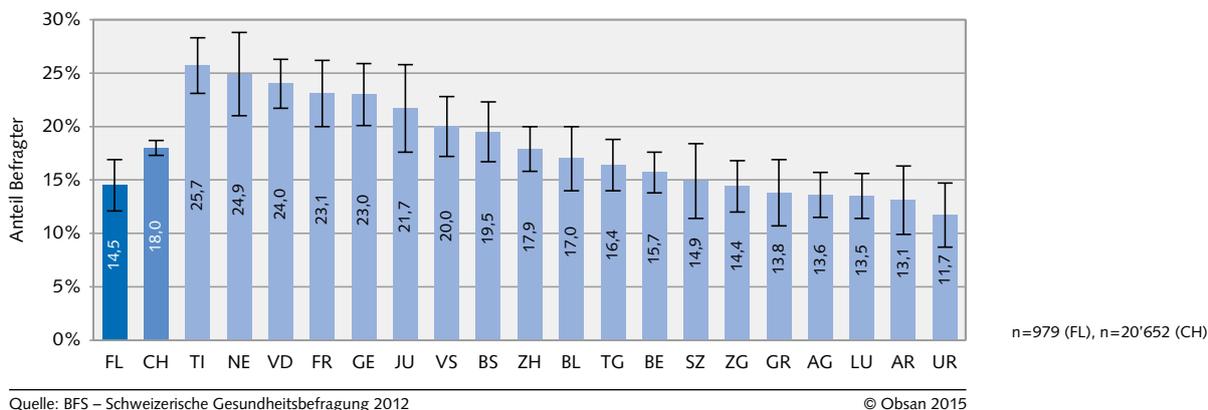
reduziert (37,1%). Dasselbe gilt, wenn Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten spürbar sind (47,1%). Bei hoher Kontrollüberzeugung beträgt der Anteil der Befragten mit hohem Energie- und Vitalitätsniveau 81,4%. Ist die Kontrollüberzeugung hingegen tief, beträgt der Anteil nur noch 32,6%.

Liechtensteiner Frauen, die von ihrem Umfeld mittlere (61,7%) oder starke (64,2%) soziale Unterstützung erwarten können, berichten deutlich häufiger über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als diejenigen mit geringer Unterstützung (35,4%) (Abb. 2.24). Bei den Liechtensteiner Männern ist ein solcher Zusammenhang nur in der Tendenz erkennbar.

Das geschlechterspezifische Zusammenspiel von einem höheren Energie- und Vitalitätsniveau bei stärkerer sozialer Unterstützung ist ebenfalls aus der Literatur bekannt (Lehtinen et al., 2005).

Mittlere bis starke psychische Belastung, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.25



2.5.2 Psychische Belastung

In der SGB 2012 wird die psychische Belastung mittels Fragen nach der Häufigkeit von Symptomen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit oder Depressivität geschätzt. Die Kategorisierung in keine/geringe, mittlere und starke psychische Belastung entspricht keiner klinischen Diagnosestellung (Veit & Ware, 1983; Schuler & Burla, 2012). Bei einer mittleren bis starken psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus klinischer Sicht jedoch wahrscheinlich (Schuler & Burla, 2012).

Im Jahr 2012 fühlen sich im Fürstentum Liechtenstein 14,5% aller Befragten mittel bis stark psychisch belastet. Damit ist die Liechtensteiner Bevölkerung signifikant seltener von psychischer Belastung betroffen als die Schweizer Bevölkerung (CH: 18,0%) (Abb. 2.25). In der Schweiz geben vor allem die Einwohner der Westschweizer Kantone und des Tessins (TI) häufiger eine mittlere bis starke psychische Belastungen an. In der Schweiz gibt es zwischen den Jahren 2007 (17,0%) und 2012 (18,0%) keine signifikanten Veränderungen.

Das Geschlecht, das Bildungsniveau und die Nationalität (Inländer- oder Ausländerstatus) stehen in Liechtenstein, vermutlich wegen der kleinen Fallzahlen, in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Belastung (Abb. 2.26). In der Tendenz zeigen sich aber dieselben Ergebnisse wie für die Schweiz. Schweizer Frauen sind signifikant häufiger von mittleren und starken psychischen Belastungen betroffen als Männer. Das Alter hat keinen nennenswerten Einfluss auf die psychische Belastung. Mit höherer Bildung nimmt die psychische Belastung ab: 25,1% der Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung sind von mittlerer bis starker psychischer Belastung betroffen,

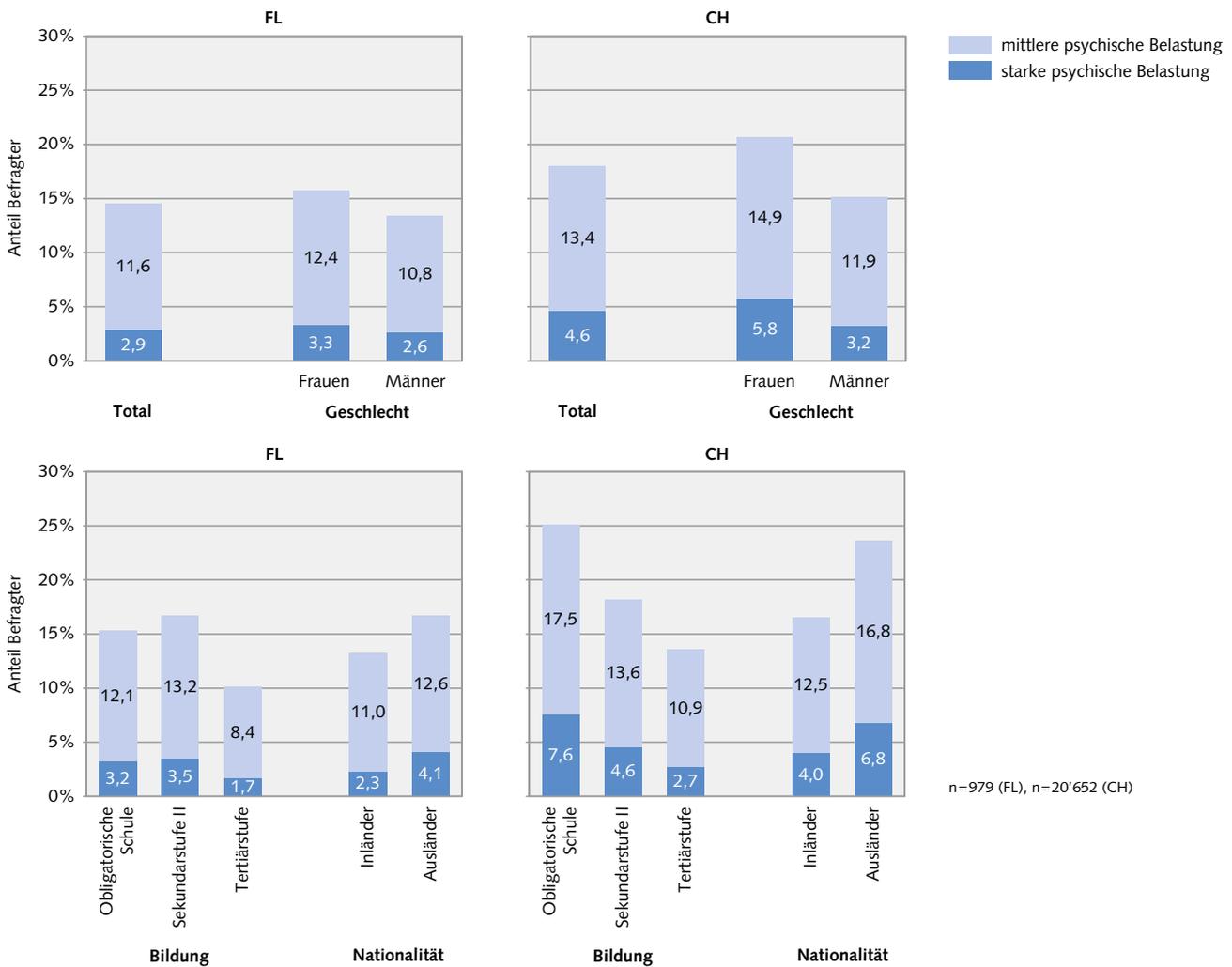
bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind es 13,6%. Personen mit Ausländerstatus sind deutlich häufiger von psychischer Belastung betroffen als Schweizer.

Psychische Belastungen stehen mit dem körperlichen Gesundheitszustand wie auch mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen im Zusammenhang. Nachfolgend werden die Wechselwirkungen von psychischen Belastungen mit den körperlichen Beschwerden (Rücken-/Kreuzschmerzen, Schulter-/Nackenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Einschlaf-/Durchschlafstörungen u.a.; vgl. 1) sowie mit den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2) untersucht. Zudem wird der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und ausgewählten Gesundheitsressourcen wie der Kontrollüberzeugung (vgl. 1) oder der sozialen Unterstützung (vgl. 2) analysiert. Bei starken körperlichen Beschwerden ist der Anteil Personen mit mittlerer wie auch mit starker psychischer Belastung in Liechtenstein deutlich erhöht (Abb. 2.27). Liechtensteiner mit bestehenden Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nennen häufiger psychische Belastungen als Personen ohne Einschränkungen. Auch die Gesundheitsressourcen stehen in einem klaren Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mit zunehmendem Gefühl der Kontrolle über Ereignisse, die das eigene Leben betreffen und mit guter sozialer Unterstützung treten psychische Belastungen deutlich seltener auf.

2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen

Depressionen sind relativ häufige psychische Erkrankungen, die zu erheblichen Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf führen. In Europa leidet eine von 15 Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt an

Mittlere und starke psychische Belastung, nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 2.26**

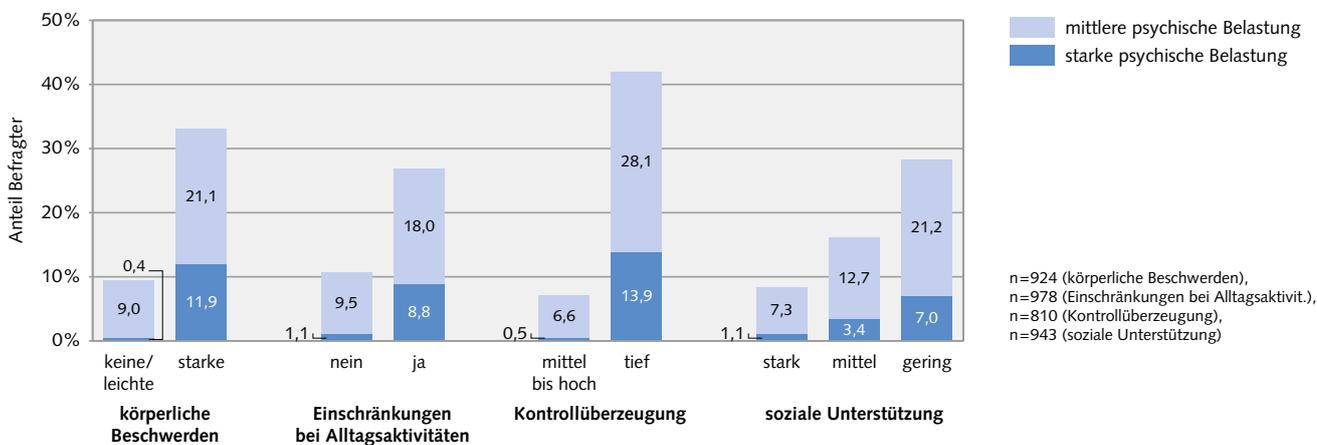


n=979 (FL), n=20'652 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere und starke psychische Belastung, nach Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsressourcen, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 2.27**

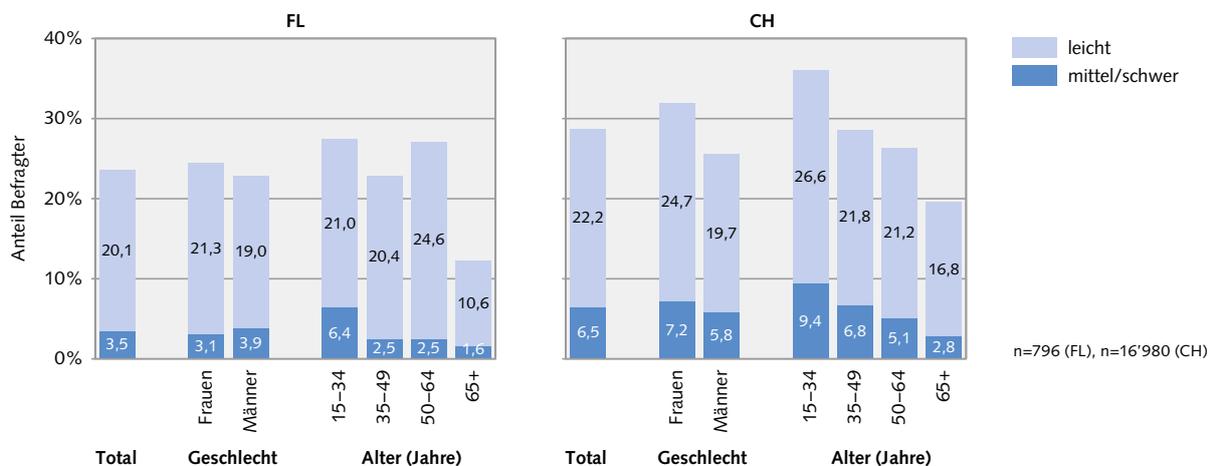


n=924 (körperliche Beschwerden), n=978 (Einschränkungen bei Alltagsaktivit.), n=810 (Kontrollüberzeugung), n=943 (soziale Unterstützung)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Fig. 2.28**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

einer Depression.³¹ Im Verlauf des Lebens ist eine von fünf Personen betroffen (Baer et al., 2013). Depressionen zeigen häufig einen chronischen Verlauf (Hardeveld et al., 2010) und treten oft zusammen mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf. Depressive Erkrankungen werden zudem allgemein mit verkürzter Lebensdauer in Zusammenhang gebracht (Lawrence et al., 2013). Ausserdem verursachen sie hohe individuelle und gesellschaftliche Kosten (McMahon et al., 2012). Mit dem in der SGB 2012 verwendeten Modul aus dem international angewandten «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9) (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001) wird gezielt nach Symptomen depressiver Erkrankungen³² gefragt. Damit können Aussagen über depressive Stimmung oder Depressivität gemacht werden, es handelt sich aber nicht um eine klinisch gestellte Depressions-Diagnose. Wie Studien zeigen, wirken sich aber bereits leichte Depressionen und auch Depressivität unterhalb der Krankheitsschwelle behindernd aus.

20,1% aller befragten Liechtensteiner haben «leichte» und 3,5% «mittlere bis schwere» Symptome depressiver Erkrankungen (Abb. 2.28). Die Schweiz weist bei den mittleren bis schweren Symptomen signifikant höhere Werte (6,5%) auf. Weder bei der leichten, noch bei der

mittleren bis schweren Symptomatik unterscheiden sich Liechtensteiner Frauen und Männer voneinander. Dagegen geben in der Schweiz die Frauen signifikant häufiger an, von leichten Depressionssymptomen betroffen zu sein als die Männer; auch für die mittleren bis schweren Symptome ist der Unterschied in der Schweiz knapp signifikant. Klinisch manifeste Depressionen zeigen gemäss Literatur das gleiche Muster und sind häufiger bei Frauen als bei Männern (Regan et al., 2013). Laut WHO sind Depressionen bei Frauen gar doppelt so häufig wie bei Männern (WHO, 2014).

Der Anteil der 15- bis 34-jährigen Liechtensteiner mit leichten und mittleren bis schweren Depressionssymptomen liegt bei 27,4%, bei den 35- bis 49-Jährigen sind es 22,9% und bei den 50- bis 64-Jährigen 27,1%. Bei den 65-Jährigen und Älteren sinkt der Anteil auf 12,2%. Auch in der Schweiz werden die Anteile der Bevölkerung mit leichten bzw. mit mittleren bis schweren Symptomen mit höheren Alter signifikant kleiner. Dieses Resultat wird auch in der Literatur bestätigt (Regan et al., 2013).

In Liechtenstein lassen sich zwischen Bildungsniveau und Depressionssymptomen keine Zusammenhänge feststellen (Abb. 2.29). Die Anteile der Personen mit depressiven Symptomen bleiben über die Bildungsstufen konstant. Andere Ergebnisse gelten für die Schweiz: Der Anteil der Personen mit leichten Depressionssymptomen ist bei obligatorischer Schulbildung signifikant höher als bei tertiärer Bildung. Die mittleren bis schweren Symptome depressiver Erkrankungen sind mit jeder zusätzlichen Bildungsstufe weniger häufig. Auch die Literatur zeigt, dass Personen mit tieferer Schul- und

³¹ www.euro.who.int → Health Topics → Noncommunicable diseases → Mental Health → Data and statistics (Zugriff am 16.09.2015)

³² Interesse- und Freudlosigkeit; Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit; Schlafstörungen; Müdigkeit oder Erschöpfung; Appetitlosigkeit oder -zunahme; schlechte Meinung von sich selbst; Konzentrationsschwierigkeiten; verlangsamtes Sprechen/Bewegen oder Ruhelosigkeit/Bewegungsdrang; Gedanken über Tod oder Selbstverletzung.

Berufsausbildung gefährdeter sind, an klinisch manifesten Depressionen zu erkranken, als Personen mit höherer Ausbildung (Regan et al., 2013).

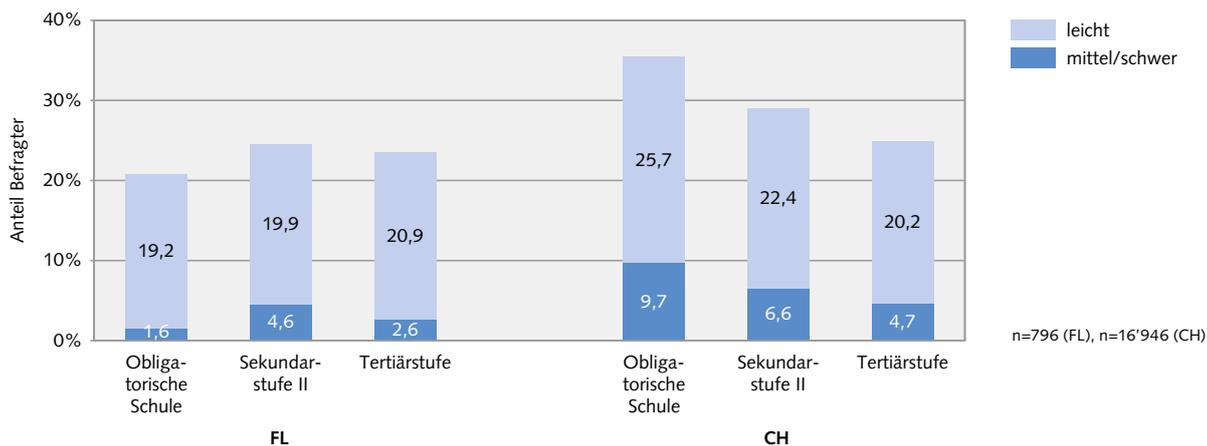
Depressivität steht in engem Zusammenhang mit dem körperlichen Gesundheitszustand. Daher wird hier der Zusammenhang zwischen den Symptomen depressiver Erkrankungen und den körperlichen Beschwerden (vgl. 1) einerseits, sowie den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 3) andererseits untersucht. Für die Liechtensteiner Bevölkerung ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil der Bevölkerung mit leichten Depressionssymptomen ist bei starken körperlichen Beschwerden signifikant höher (Abb. 2.30). Bei den mittleren bis schweren Symptomen sind ebenfalls höhere Anteile zu beobachten, die sich aber aufgrund der grossen Vertrauensintervalle nicht signifikant unterscheiden. Dieselben Effekte lassen sich

bei den Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten erkennen. Diese Zusammenhänge zwischen körperlichen Einschränkungen und psychischen Beschwerden sind in der Literatur – insbesondere auch für ältere Personen – hinreichend belegt (Berkman et al., 1986).

Symptome depressiver Erkrankungen können auch mit dem Ausmass vorhandener Gesundheitsressourcen zusammenhängen. Allgemein wird von einer mildernden oder verhindernden Wirkung von Gesundheitsressourcen auf depressive Symptome ausgegangen. Für die hier gezeigte Gesundheitsressource «soziale Unterstützung» (vgl. 2) ist in Liechtenstein ein Zusammenhang mit den mittleren bis schweren Depressionssymptomen ersichtlich: 2,2% der Personen mit starker sozialer Unterstützung berichten von mittleren bis schweren Symptomen. Bei den Personen mit geringer sozialer Unterstützung sind es 10,3%. Allerdings

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Fig. 2.29

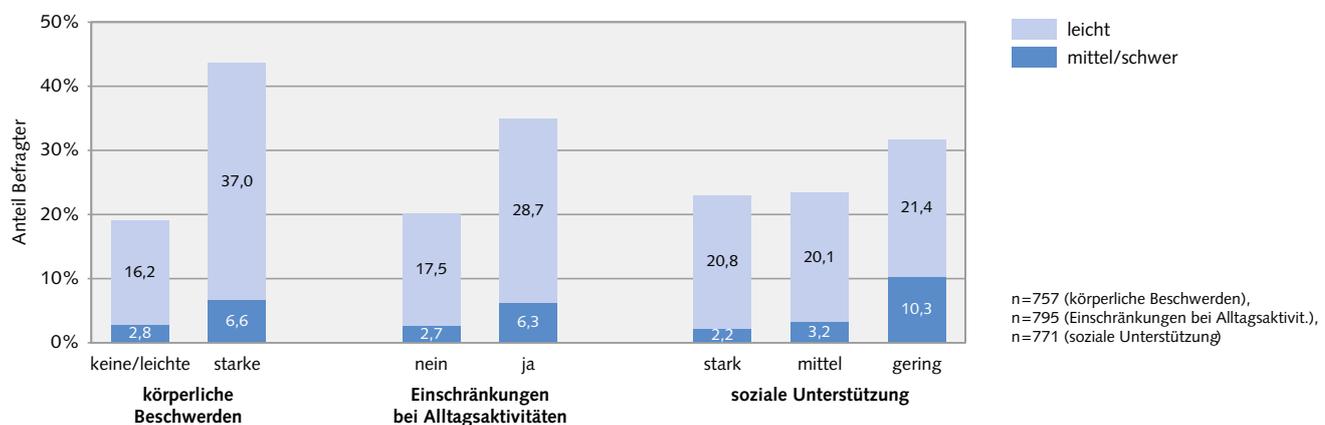


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.30

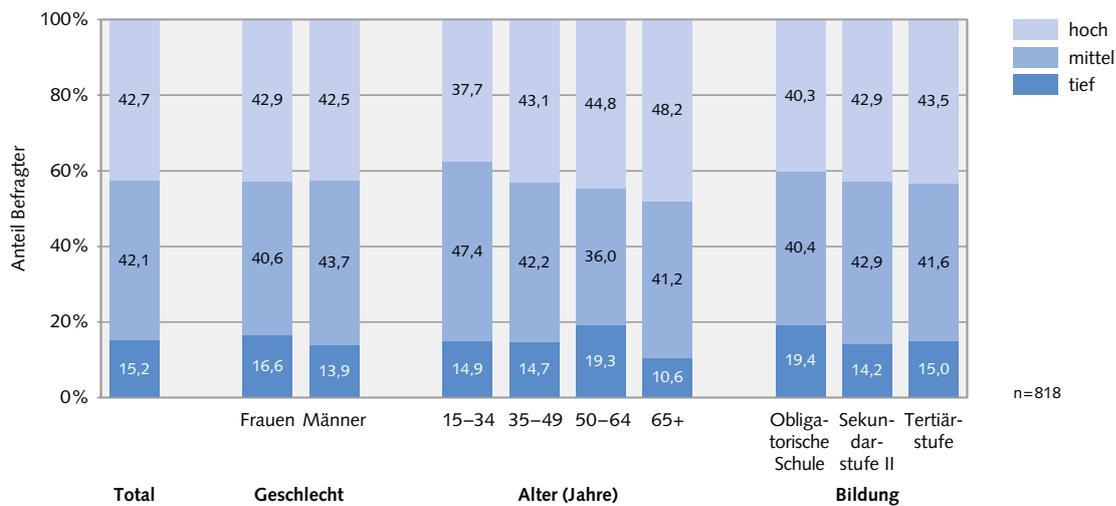


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Hohe, mittlere und tiefe Kontrollüberzeugung,
nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.31



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. In der Schweiz zeigt sich hingegen dasselbe Muster in signifikanter Weise. Dies ist ebenfalls ein Resultat, das in der Literatur nachgewiesen wird (Takizawa et al., 2006).

2.6 Gesundheitsressourcen

Beim ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit wird der Gesundheitszustand einerseits von Belastungen geprägt, die auf eine Person wirken; diese Belastungen können physischer, psychischer oder sozialer Natur sein. Andererseits beeinflussen die Ressourcen, die eine Person zur Verfügung hat, ihren Gesundheitszustand (Hurrelmann, 2002). Diese Ressourcen können die Auswirkungen von Belastungen mildern oder verhindern. Sie können aber auch einen direkten Effekt auf die Gesundheit haben, wenn die Person dadurch bestimmten Belastungen gar nicht erst ausgesetzt wird. Gesundheitsressourcen können dabei Merkmale der Person selber sein oder als Merkmale der Umwelt dieser Person vorkommen (Schuler & Burla, 2012).

2.6.1 Kontrollüberzeugung

Der Grad der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens ist eine solche Gesundheitsressource, die wichtig für die Gesundheit ist. Es wird dabei von «Kontrollüberzeugung» gesprochen (Mackenbach et al., 2002). Je höher die Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern und gestalten zu

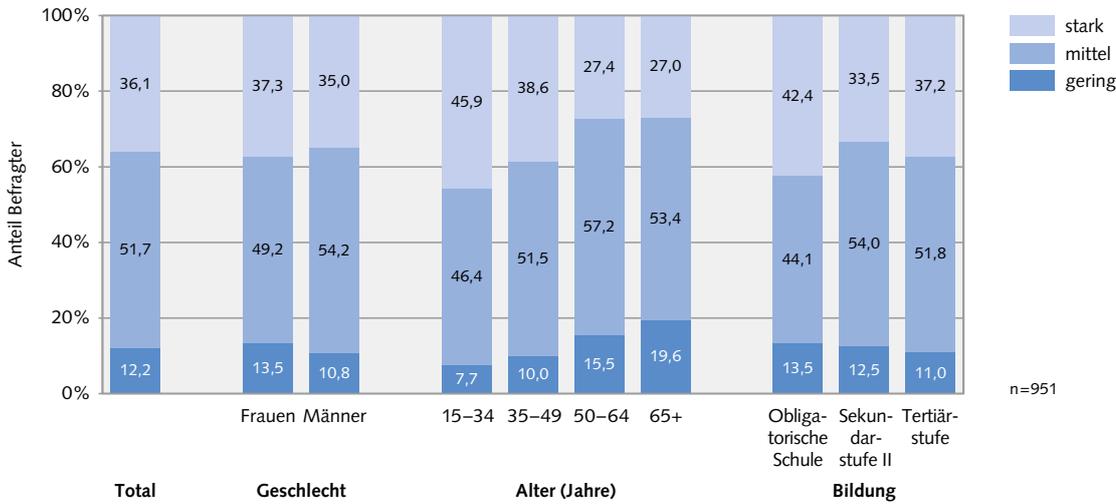
können. Eine tiefe Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Empfindung verbunden, dass primär äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder «die Gesellschaft» die eigene Existenz prägen (Rotter, 1990). 42,7% der gesamten Bevölkerung des Fürstentums Liechtenstein verfügen 2012 über eine hohe, 42,1% über eine mittlere und 15,2% über eine tiefe Kontrollüberzeugung (Abb. 2.31). Letztere Häufigkeit ist signifikant tiefer als jene der Schweiz (20,6%). Im Vergleich der Geschlechter, der verschiedenen Altersklassen oder der unterschiedlichen Bildungsniveaus zeigen sich in Liechtenstein keine klaren Tendenzen (Abb. 2.31). In der Schweiz ist der Anteil Männer mit tiefer Kontrollüberzeugung signifikant niedriger als derjenige der Frauen (Frauen: 22,1%, Männer: 19,1%). Auch ist der Anteil der 65-Jährigen und Älteren mit tiefer Kontrollüberzeugung signifikant niedriger als in allen anderen Alterskategorien. Schliesslich ist der Anteil Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung in der Schweiz umso grösser, je niedriger das Bildungsniveau ist (Obligatorische Schulbildung: 26,3%, Sekundarstufe II: 20,6%, Tertiärstufe: 17,8%).

2.6.2 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann, hat einen Effekt auf die selbst wahrgenommene Gesundheit (Mackenbach et al., 2002). So beeinflussen soziale Beziehungen den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Entscheidungen bezüglich Gesundheit (Heaney & Israel, 2002). Gemäss SGB 2012 erfahren 36,1% aller Liechtensteiner eine starke soziale Unterstützung, 51,7% eine mittlere

Starke, mittlere und geringe soziale Unterstützung,
nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 2.32

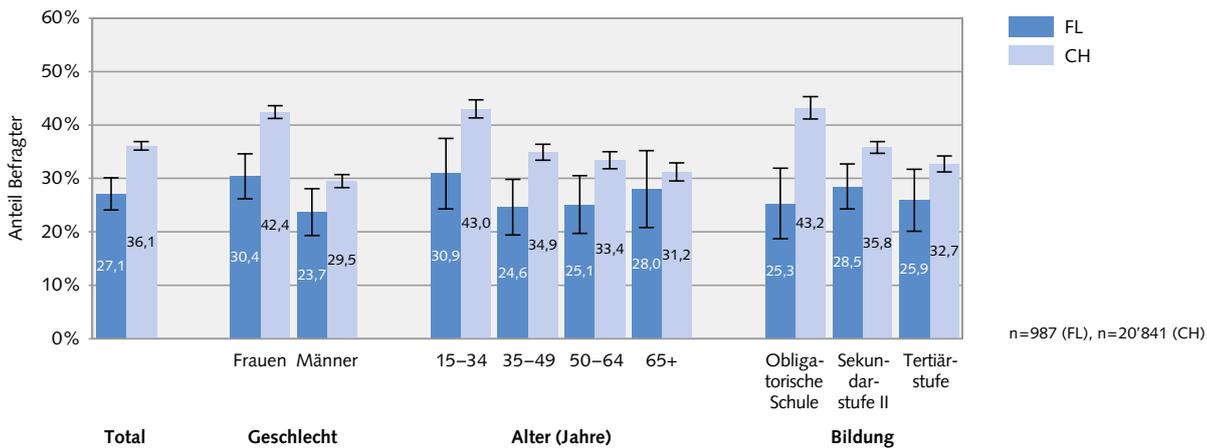


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Befragte, die manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle haben,
nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 2.33



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

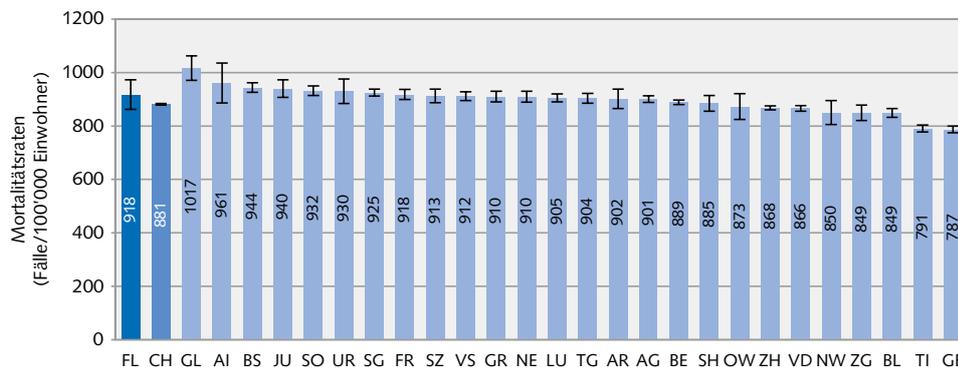
und 12,2% eine geringe (Abb. 2.32). Frauen und Männer unterscheiden sich diesbezüglich nicht. Ältere Personen berichten insgesamt von weniger sozialer Unterstützung als jüngere. Hingegen steht das Bildungsniveau in Liechtenstein in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. In der Schweiz ist die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung bei den Geschlechtern und den verschiedenen Alterskategorien mit jener in Liechtenstein vergleichbar. Bei der Bildung jedoch ist der Anteil Schweizer mit geringer sozialer Unterstützung mit zunehmender Bildungsstufe signifikant tiefer (Obligatorische Schule: 18,7%, Sekundarstufe II: 12,4%, Tertiärstufe: 8,7%).

2.6.3 Einsamkeitsgefühle

Einsamkeit wird von jeder Person in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlichem Ausmass erlebt. Sie wurde definiert als unerfreuliche Erfahrung, die auftritt, wenn das Netzwerk aus sozialen Beziehungen mangelhaft ist (Perlman & Peplau, 1981). Einsamkeit tritt insbesondere dann auf, wenn die erwünschten Beziehungen nicht mit den tatsächlich erfahrenen übereinstimmen (Salimi, 2011). Im Jahr 2012 geben in Liechtenstein 27,1% aller befragten Personen an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (Abb. 2.33). Dieser Wert ist signifikant tiefer als jener der Schweiz (36,1%). Frauen haben im Fürstentum Liechtenstein tendenziell

Alterstandardisierte Mortalitätsrate, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, Fünfjahresdurchschnitt 2008–2012

Abb. 2.34



2008–2012: n=1144 (FL), n=312'622 (CH)

Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Zivilstands- und Bevölkerungsstatistik; BFS – Statistik der Todesursachen 2008–2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010

© Obsan 2015

und in der Schweiz signifikant öfter Einsamkeitsgefühle als Männer. Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab 35 Jahren nimmt der Anteil an Personen, die manchmal bis sehr häufig unter Einsamkeitsgefühlen leiden, in der Schweiz signifikant ab. Mit zunehmender Bildung sind die Anteile der Personen mit Einsamkeitsgefühlen ebenfalls kleiner. In Liechtenstein sind keine solchen Verläufe beim Alter oder der Bildung zu beobachten.

2.7 Sterblichkeit und Todesursachen

2.7.1 Mortalität und Todesursachen

Die Zivilstandsstatistik beinhaltet die natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Sterbefälle), dokumentiert unter anderem die Todesfälle des Landes und liefert einen Überblick über die Ursachen der Sterblichkeit. Die Bevölkerungsstatistik gibt einen Überblick über die Struktur der Bevölkerung Liechtensteins (Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, 2012, 2013). Aus den Daten dieser Statistiken kann die Mortalität als wichtiger Indikator berechnet werden. Sie ist als Anzahl Todesfälle pro 100'000 Einwohner definiert. Bei einer so berechneten «rohen» Rate ist die Altersverteilung der Bevölkerung nicht berücksichtigt. Da die Altersstruktur jedoch regional und im Zeitverlauf stark variiert, kann sie einen erheblichen Einfluss auf die Mortalitätsraten haben. Mit einer Standardisierung gemäss der Europäischen Standardbevölkerung werden die Unterschiede bezüglich Altersstrukturen von Bevölkerungen ausgeglichen und die Raten somit international und über die Zeit vergleichbar gemacht. In diesem Gesundheitsbericht (ausser bei

Krebserkrankungen³³, vgl. 3) wurde neu die Europäische Standardpopulation 2010 als Standardbevölkerung verwendet (Eurostat, 2013). Diese berücksichtigt die künftige Entwicklung der europäischen Population. Diese neue Vorgehensweise ermöglicht es, dass die demografische Struktur über einen längeren zukünftigen Zeitraum abgebildet werden kann und vergleichbar bleibt.

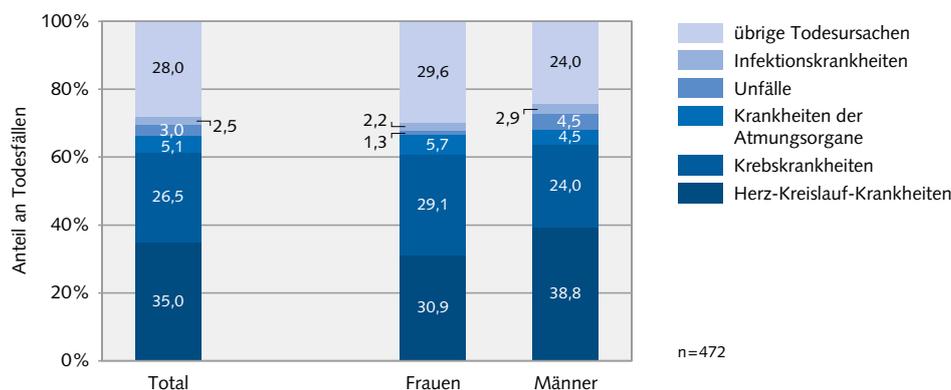
Im Jahr 2012 beträgt die altersstandardisierte Mortalitätsrate Liechtensteins 918 Personen pro 100'000 Einwohner (Abb. 2.34). Sie ist damit eher höher als jene der Schweiz (881 Personen pro 100'000 Einwohner). Die beiden Raten sind statistisch aber nicht signifikant unterschiedlich. Hingegen gibt es in der Schweiz beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Raten reichen von 787 Todesfällen in Genf (GE) bis zu 1017 Todesfällen in Glarus (GL) pro 100'000 Einwohner. Die Männer in Liechtenstein haben höhere Mortalitätsraten (1107 Todesfälle pro 100'000 Einwohner) als die Frauen (773 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen). Dasselbe gilt auch für die Schweiz mit Todesfällen von 1091 Männern pro 100'000 Einwohner und von 733 Frauen pro 100'000 Einwohnerinnen.

In beiden Jahren 2011 und 2012 zusammen sind in Liechtenstein insgesamt 230 Frauen und 242 Männer gestorben. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit 35,0% die häufigste Todesursache, an zweiter Stelle stehen Krebserkrankungen mit 26,5% (Abb. 2.35). Darauf folgen mit deutlich kleineren Anteilen Krankheiten der Atmungsorgane (5,1%), Unfälle (3,0%) und Infektionskrankheiten (2,5%). Bei den Frauen sind Herz-Kreislauf-Krankheiten (30,9%) und Krebserkrankungen (29,1%)

³³ Dabei handelt es sich um Daten des Krebsregisters Liechtenstein, Krebsliga Ostschweiz, Amt für Gesundheit, Fürstentum Liechtenstein, 2013.

Häufigste Todesursachen, nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein 2011–2012

Abb. 2.35



Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Zivilstands- und Bevölkerungsstatistik per 31.12.2012

© Obsan 2015

als Todesursache etwa gleich häufig, bei den Männern sind dagegen Herz-Kreislauf-Krankheiten (38,8%) tendenziell häufiger als Krebserkrankungen (24,0%).

2.7.2 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Das Konzept der verlorenen potenziellen Lebensjahre schätzt die durchschnittliche Zeit, die eine Person erlebt hätte, wäre sie nicht «vorzeitig», d.h. vor einer arbiträr festgelegten Altersgrenze (hier 75 Jahre) gestorben. Diese Berechnung wird verwendet, um den sozialen und ökonomischen Verlust durch vorzeitige Todesfälle darzustellen (Gardner & Sanborn, 1990). Konkret wird die Summe der Jahre berechnet, die von allen Individuen einer Bevölkerung nicht gelebt wurden, die vor dem 75. Lebensjahr verstorben sind.³⁴ Die verlorenen potenziellen Lebensjahre in Liechtenstein und der Schweiz werden wiederum gemäss der Europäischen Standardpopulation des Jahres 2010 altersstandardisiert (Eurostat, 2013).

Die verlorenen potenziellen Lebensjahre bis zur Altersgrenze 75 betragen in Liechtenstein im Mittel des Jahres 2012 4029 Jahre pro 100'000 Einwohner (Abb. 2.36). Im Vergleich mit den Schweizer Kantonen hat Liechtenstein – hinter Appenzell Innerrhoden (AI) und Basel Stadt (BS) – die dritthöchste altersstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre; das Fürstentum liegt damit auch deutlich über dem Durchschnitt der Schweiz (3373 Jahre pro 100'000 Einwohner). Jedoch kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob dieser Unterschied

statistisch signifikant ist, da es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Methode für die Berechnung der Vertrauensintervalle bei den potenziellen Lebensjahren gibt.

2.8 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die verschiedenen Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie verschiedene Gesundheitsressourcen, die Aufschluss über den Gesundheitszustand der Bevölkerung des Fürstentums Liechtenstein geben, aufgezeigt. Die mittlere Lebenserwartung gibt umfassende Hinweise zur Gesundheit einer Bevölkerung und liegt in Liechtenstein bei 81,1 Jahren. Die tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die Jahre derjenigen der Frauen etwas angenähert, was unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern zurückgeführt werden kann.

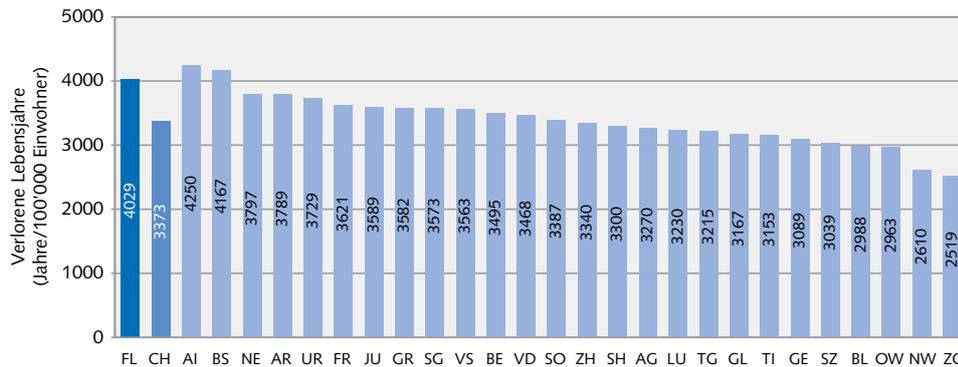
In Liechtenstein schätzen über 85% der Befragten ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Das Alter hat den grössten Einfluss auf die selbst wahrgenommene Gesundheit. So ist die Chance bei (sehr) guter Gesundheit zu sein bei den 15- bis 49-Jährigen im Vergleich zu den 65-Jährigen und Älteren sechs bis sieben Mal grösser. Für Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ist es fast fünf Mal so wahrscheinlich, dass sie eine (sehr) gute Gesundheit haben wie für Personen mit obligatorischer Schule.

Bei der körperlichen Gesundheit wurden Rücken- und Kreuzschmerzen (8,1%) sowie Schulter- und Nackenschmerzen (7,3%) am häufigsten als starke Beschwerden genannt. Da die häufigsten Todesursachen in Liechtenstein mit 35,0% die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind,

³⁴ www.health.alberta.ca → Newsroom → Publications → Health Statistics → PMIS → Measure Definitions → Potential Years of Life Lost (PYLL) (Zugriff am 23.09.2015)

Alterstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.36



2012: n=1144 (FL), n=312'622 (CH)

Quelle: Amt für Statistik, Fürstentum Liechtenstein – Zivilstands- und Bevölkerungsstatistik per 31.12.2012; BFS – Statistik der Todesursachen 2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010

© Obsan 2015

interessiert die Prävalenz der Risikofaktoren für diese Krankheiten in der Bevölkerung: 17,8% der Liechtensteiner Bevölkerung leiden unter erhöhtem Blutdruck, 12,2% unter einem hohen Cholesterinspiegel und 3,6% unter Diabetes. Mit zunehmender Bildung nehmen diese Risikofaktoren besonders bei den Frauen deutlich ab.

Die Literatur zeigt, dass immer mehr Leute unter mehreren gleichzeitig auftretenden Krankheiten (Multimorbidität) leiden. 11,9% der Liechtensteiner Bevölkerung sind von mindestens zwei chronischen Krankheiten betroffen. 52,8% aller multimorbid erkrankten Personen in Liechtenstein sind unter 65 Jahre alt. Für die Gesundheitspolitik resultiert daraus, dass Multimorbidität nicht nur bei der Versorgung betagter Personen zu berücksichtigen ist, sondern bereits in der jüngeren Bevölkerung wesentlich und zu beachten ist.

Bei den Männern sind die 15- bis 34-Jährigen am häufigsten von Unfällen betroffen (41,8%). Erhöhte Unfallzahlen für Männer sind in Liechtenstein vor allem bei der Arbeit und in der Tendenz beim Sport zu finden. Rund ein Viertel der liechtensteinischen Bevölkerung über 65 Jahren ist in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt.

Um den gesamten Gesundheitszustand abzudecken, wurde neben der körperlichen Gesundheit auch die psychische Gesundheit analysiert. 14,5% der liechtensteinischen Bevölkerung fühlt sich mittel bis stark psychisch belastet. Es konnte gezeigt werden, dass psychische Belastung unter anderem mit der Kontrollüberzeugung und der sozialen Unterstützung aus dem Umfeld einer Person zusammenhängen. Depressionen sind relativ häufige psychische Erkrankungen, die zu erheblichen Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf führen. In Liechtenstein nennen 3,5% «mittlere bis schwere»

Symptome depressiver Erkrankungen. Dieser Wert ist in der Schweiz signifikant höher (6,5%). Gesundheitsressourcen, wie eine hohe Kontrollüberzeugung oder soziale Unterstützung, können die Auswirkungen von Belastungen mildern oder verhindern. 42,7% der Bevölkerung Liechtensteins verfügen über eine hohe Kontrollüberzeugung, 36,1% erwähnen eine starke soziale Unterstützung.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Die individuelle Verhaltensweise beeinflusst die Gesundheit. Schützende Verhaltensweisen, wie zum Beispiel eine gesunde Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität, senken Krankheitsrisiken; umgekehrt erhöhen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie Rauchen, Alkoholkonsum, schlechte Ernährung oder Bewegungsmangel, das Risiko, bestimmte Krankheiten zu erleiden oder gar daran zu sterben. Die WHO hat 2009 die häufigsten zum Tod führenden Risikofaktoren ermittelt (WHO, 2009). In Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen, wozu alle europäischen Länder gehören, haben von den zehn häufigsten Risikofaktoren deren acht mit Essverhalten, Substanzkonsum oder körperlicher Aktivität zu tun. Diese Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Tabakkonsum, Übergewicht oder Adipositas, Bewegungsmangel, erhöhter Cholesterinspiegel, erhöhter Blutzuckergehalt, Alkoholkonsum und ungenügender Konsum von Obst und Gemüse. Manche dieser Faktoren können ziemlich direkt Krankheiten verursachen, manche wirken indirekt (WHO, 2009). Eine Kombination der Faktoren erhöht die Gesundheitsrisiken deutlich (Åkesson et al., 2014).

Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen. Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes sind bereits in Abschnitt 2 behandelt worden. Als Erstes werden nachfolgend die allgemeinen Gesundheitseinstellungen (3.1) untersucht. Anschliessend folgt das Unterkapitel 3.2 zum Körpergewicht, den Ernährungsgewohnheiten und dem Ausmass körperlicher Aktivität. Unterkapitel 3.3 widmet sich dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Diese sind definiert als Substanzen, deren Konsum eine Bewusstseinsänderung bewirkt und zu Abhängigkeit führen kann. Auf den Tabakkonsum als einem der weltweit wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und Tod wird ausführlich eingegangen. Dabei berücksichtigt ist auch Passivrauch. Weitere Themen sind Alkohol, Cannabis und die Psyche beeinflussende Medikamente (sogenannte psychotrope Medikamente).

3.1 Gesundheitseinstellungen

Die Bedeutung, die jemand seiner Gesundheit beimisst, hat einen Einfluss auf seine gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Wer der eigenen Gesundheit einen hohen Stellenwert zuschreibt, wird auch eher gesundheitsfördernde Ratschläge befolgen, beziehungsweise gesundheitsschädigende Verhaltensweisen vermeiden. Auch eine bereits angeschlagene Gesundheit kann Grund für ein erhöhtes Interesse am Thema sein.

Bei der Frage zur Bedeutung der eigenen Gesundheit gibt es in der SGB drei Antwortmöglichkeiten:

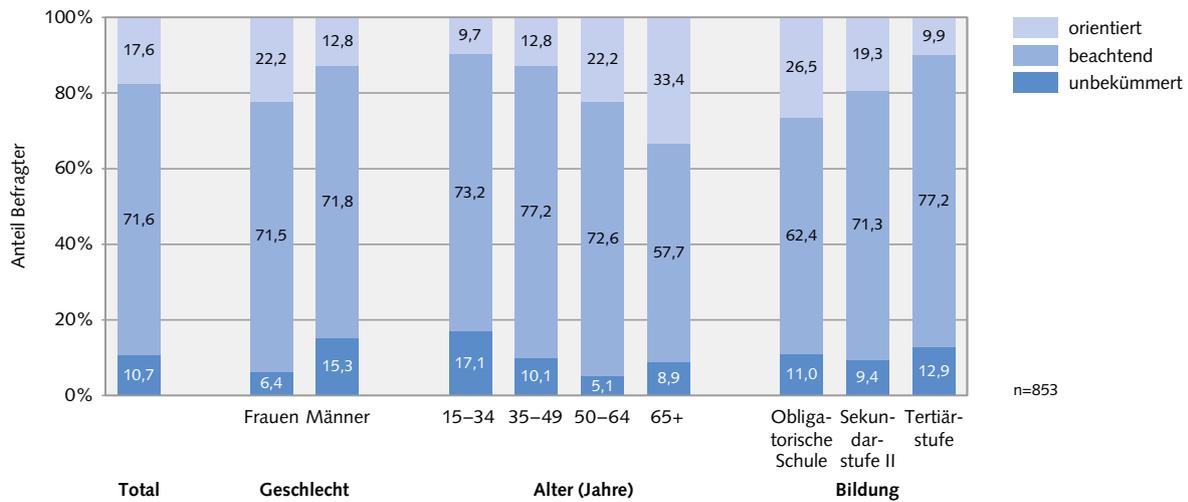
- «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» (Einstellung «unbekümmert»);
- «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» (Einstellung «beachtend»);
- «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (Einstellung «orientiert»).

Die Liechtensteiner sind bezüglich ihrer Gesundheit häufiger «beachtend» respektive seltener «unbekümmert» als die Schweizer. In der Schweiz ist zwischen 2007 und 2012 der Anteil Personen mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung um 2,1 Prozentpunkte angestiegen. Für die beiden anderen Ausprägungen lassen sich im Zeitvergleich keine signifikanten Unterschiede feststellen (Anhang A-3.1).

Die Gesundheitseinstellung variiert nach Geschlecht, Alter und Bildung (Abb. 3.1). Frauen achten häufiger auf ihre Gesundheit als Männer (Einstellung «orientiert») und zeigen sich seltener unbekümmert. Grosse Unterschiede gibt es beim Alter: Während 17,1% der unter 35-Jährigen ihre Gesundheitseinstellung als unbekümmert beschreiben, sinkt dieser Anteil bei den Personen ab 50 Jahren signifikant auf unter 10 Prozent. Umgekehrt ist der Anteil der Personen mit einer Einstellung «orientiert» im Alter ab 50 Jahren deutlich höher als bei der jüngsten Altersgruppe.

Gesundheitseinstellung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.1

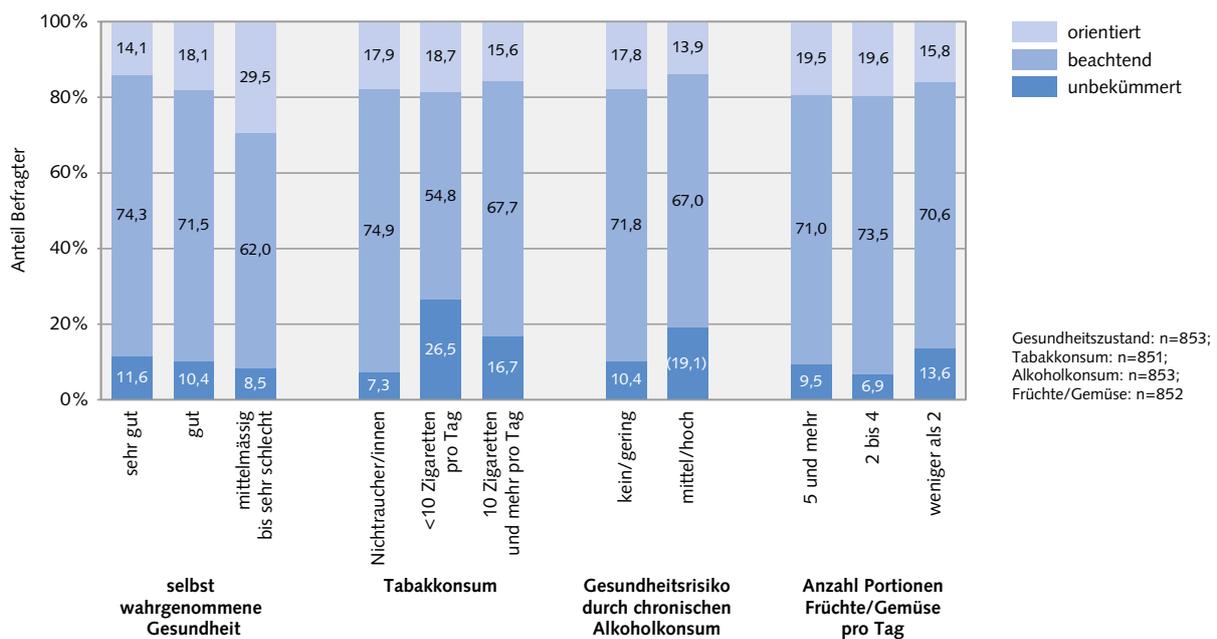


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Gesundheitseinstellung, nach Gesundheitszustand und Verhaltensweisen, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.2



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen mit obligatorischer Schulbildung geben am häufigsten an, dass gesundheitliche Überlegungen ihr Leben bestimmen. Dieses Ergebnis erstaunt, da es im Widerspruch steht zur allgemeinen Erkenntnis, dass in der Regel eine höhere Schulbildung diverse Aspekte der Gesundheit positiv beeinflusst. Es könnte dadurch erklärt werden, dass die Kategorie obligatorische Schule relativ viele Frauen (57%) enthält. Der im Vergleich zu den

höheren Bildungsstufen relativ hohe Anteil von Personen mit der Einstellung «orientiert» könnte so aufgrund des hohen Frauenanteils zustande gekommen sein.

Der Gesundheitszustand sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen hängen mit der allgemeinen Gesundheitseinstellung zusammen (Abb. 3.2). Personen, welche ihren Gesundheitszustand als nur mittelmässig bis sehr schlecht einschätzen, haben signifikant häufiger

eine Gesundheitseinstellung «orientiert» als Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand. Befragte mit ungünstigem Gesundheitsverhalten zeigen sich häufiger unbekümmert bezüglich ihrer Gesundheit. Ein erhöhter Tabakkonsum geht mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung einher. In Liechtenstein sind insbesondere die mässigen Raucher (bis 9 Zigaretten pro Tag) häufiger unbekümmert als Nichtraucher. In der Schweiz sind auch die Raucher, die 10 Zigaretten und mehr pro Tag konsumieren, signifikant häufiger unbekümmert als die Nichtraucher.

In Bezug auf das gesundheitliche Risiko durch chronischen Alkoholkonsum³⁵ gibt es im Fürstentum Liechtenstein keine signifikanten Unterschiede nach Gesundheitseinstellung. Die Tendenzen sind jedoch ähnlich wie in der Schweiz: Befragte mit einem mittleren bis hohen gesundheitlichen Risiko durch chronischen Alkoholkonsum (21,5%) kümmern sich häufiger *nicht* um ihre Gesundheit als diejenigen, die kein oder nur ein geringes Risiko aufweisen (14,0%).

Auch beim Früchte- und Gemüsekonsum gibt es in Liechtenstein keine signifikanten Abweichungen nach Art der Gesundheitseinstellung. In der Schweiz hingegen haben Personen, welche fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag essen, nur selten eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung. Hingegen gibt es bei den Befragten, die weniger als zwei Portionen pro Tag konsumieren, einen nicht unbedeutenden Anteil an «Unbekümmerten».

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

Eine wichtige Aufgabe des Amtes für Gesundheit ist die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Es erarbeitet und unterstützt Projekte, die das Gesundheitsbewusstsein verstärken. Dies geschieht immer in Zusammenarbeit mit den Gesundheitskommissionen der Gemeinden, Schulen, Kindergärten, Ämtern, Betrieben oder anderen Institutionen und weiteren Anbietern im Bereich der Gesundheitsförderung.³⁶

³⁵ Als Faustregel gilt: In einem Standardgetränk sind 10 g reiner Alkohol enthalten. Ein Standardgetränk entspricht in etwa 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 2 cl Spirituosen. Ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20 g bei Frauen und von 40 g bei Männern besteht für die betreffenden Personen ein mittleres gesundheitliches Risiko.

³⁶ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Gesundheit → Gesundheitsförderung und Prävention (Zugriff am 16.09.2015)

Ein konkretes Beispiel ist die Initiative «Liechtenstein.bewegt». Sie motiviert zu ausreichend Bewegung, welche wiederum zu mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit führen soll. Wichtigstes Element ist die Online-Plattform «www.bewegt.li», auf der die «Bewegungsanbieter» und die «Bewegungssuchenden» zusammenfinden. Ein ähnlich gelagertes Schweizer Projekt ist das Nationale Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) des BAG, welches 2008 lanciert wurde (BAG, 2008c). Das Programm ist bis 2016 verlängert worden und verfolgt das Ziel, in der Schweizer Bevölkerung eine ausgewogene Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität zu fördern. Damit soll wirkungsvoll gegen Übergewicht, Adipositas und weitere damit verbundene, nichtübertragbare Krankheiten vorgegangen werden. Ein günstiges Umfeld für Bewegung (z.B. die Förderung von Fahrradwegen oder Grünflächen) soll jeden ermutigen, körperlich aktiv zu sein – zu Hause, in der Schule, bei der Arbeit, auf Reisen und in der Freizeit.

3.2.1 Übergewicht

Die WHO definiert Übergewicht und Adipositas als eine abnormale oder übermässige Ansammlung von Fettgewebe im menschlichen Körper, welche gesundheitsschädigende Folgen haben kann.³⁷ Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr die vom Körper verbrauchte Energie übertrifft. Die Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht, vgl. Kasten) haben in den letzten zehn Jahren weltweit stark zugenommen (Finucane et al., 2011). In vielen Ländern ist Übergewicht zu einem der Hauptprobleme der öffentlichen Gesundheit geworden (OECD, 2013; WHO, 2000b). Ein erhöhtes Körpergewicht gilt als Risikofaktor für verschiedene gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma), Erkrankungen des Bewegungsapparates und einige Formen von Krebs (OECD, 2013).

Eine Schweizer Studie hat allerdings gezeigt, dass primär Adipositas (kaum jedoch Übergewicht) ein erhöhtes Risiko für die Mortalität insgesamt und die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei Krebs im Besonderen darstellt (Faeh et al., 2011). Gemäss den Autoren soll für adipöse Personen nicht unbedingt der Gewichtsverlust oberstes Ziel sein. Vielmehr schlagen sie vor, mit den Betroffenen auf die Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens und die Verhinderung einer zusätzlichen

³⁷ www.who.int → Media centre → Fact sheets → Obesity and overweight (Zugriff am 16.09.2015)

Gewichtszunahme hinzuarbeiten. Bei Personen mit Normal- und Übergewicht soll mit Präventionsmassnahmen primär versucht werden, die Entstehung von Adipositas zu verhindern.

Durch die Lebensbedingungen in modernen Gesellschaften hat sich der Energiebedarf der Menschen im Alltag verringert. Eine systematische Literaturrecherche hat ergeben, dass die entscheidenden Umweltfaktoren, die zur Zunahme von Übergewicht in den OECD-Ländern geführt haben, genau jene sind, die das individuelle und soziale Wohlbefinden so deutlich gesteigert haben (z.B. moderne Arbeitsformen, Transportmittel, Raumheizung, Aufzüge). Die Verbreitung des Übergewichts ist daher ein «integraler Bestandteil des gesellschaftlichen Fortschritts» (Schmidhauser et al., 2009).

Die wirtschaftlichen Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas sind erheblich. Eine aktuelle Studie schätzt die gesamten direkten und indirekten Krankheitskosten von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2012 für die Schweiz auf 8 Milliarden Franken³⁸ (Schneider & Venetz, 2014). Im Jahr 2002 betrug die entsprechende Schätzung noch 2,7 Milliarden Franken (Schmid et al., 2005). Die Gesamtkosten haben sich in zehn Jahren somit fast verdreifacht. Allerdings berücksichtigt die jüngste Studie mengenmässig mehr mit Übergewicht assoziierte Erkrankungen.

Die *direkten* Kosten von Übergewicht und Adipositas betragen im Jahr 2012 77 Millionen Franken und beinhalten Ausgaben für Medikamente, Ernährungsberatungen, Arztkonsultationen sowie für Operationen, die direkt mit Adipositas in Zusammenhang stehen (Magen-Bypass, laparoskopische Gastroenterostomie, usw.). Die direkten Kosten stellen aber nur ein Prozent der auf Übergewicht bezogenen Gesamtkosten dar. Über 4,7 Milliarden Franken wurden für mit Übergewicht assoziierte Krankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck ausgegeben.

Der BMI bewertet das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergrösse (vgl. Kasten). Der Vorteil des BMI ist die einfache und schnelle Berechnung, weswegen er bei Bevölkerungsstudien häufig ermittelt wird. Er liefert jedoch keine Information zur Körperzusammensetzung wie beispielsweise dem Anteil Körperfett oder Muskeln. Ein sehr muskulöser Mensch kann also durchaus einen erhöhten BMI haben. Nichtsdestotrotz korreliert der BMI in den überwiegenden Fällen mit dem Körperfettanteil, und somit auch mit der Morbidität und der Mortalität (s. obige Ausführungen zum Zusammenhang zwischen

Übergewicht und Krankheit). Auf der Basis des BMI lassen sich Gesundheitsrisiken übergewichtiger Menschen berechnen (Malatesta, 2013).

Vergleiche von Selbstangaben aus Befragungen mit objektiven Messdaten zeigen eine deutliche Unterschätzung des Übergewichts in den Befragungen. Dies ist bei älteren Menschen stärker ausgeprägt. In der SGB wird bereits seit 1992 nach Gewicht und Grösse gefragt. Somit kann der BMI berechnet und sein zeitlicher Verlauf in der Schweizer Bevölkerung über die letzten 20 Jahre analysiert werden. Mit seiner Hilfe lassen sich die am stärksten von Übergewicht gefährdeten Bevölkerungsgruppen identifizieren (Faeh et al., 2008) und geografische Vergleiche anstellen.

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

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

Gemäss der WHO (2000b) gilt für Erwachsene (ab 18 Jahren):

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

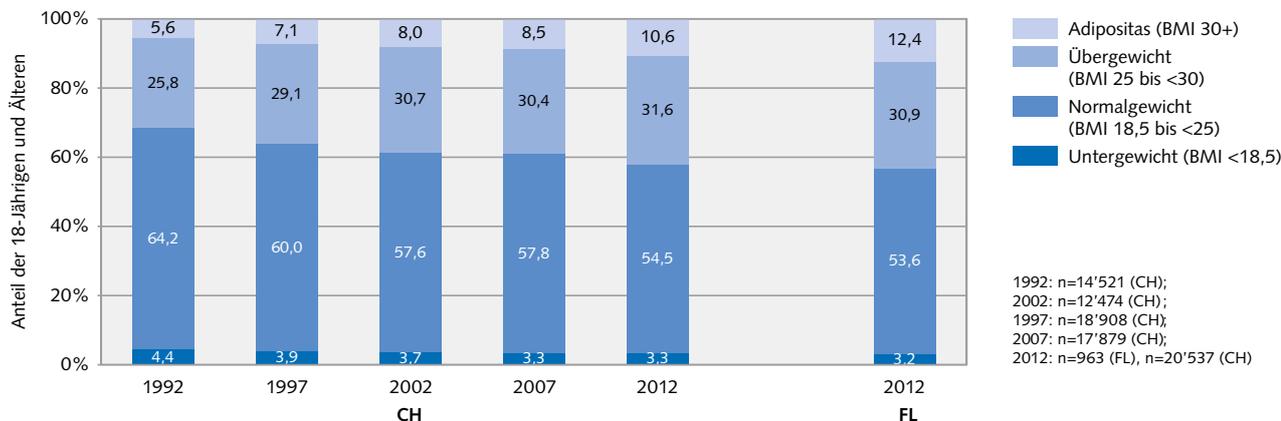
Übergewicht kommt in allen Gesellschaftsklassen vor, allerdings nicht gleich häufig. Der Datensatz zu den Stellungspflichtigen für den Militärdienst stellt in der Schweiz eine wertvolle Informationsquelle dar. Darin sind seit fast 150 Jahren (ab 1875) Angaben zu rund 90% der Schweizer Männer eines Geburtsjahrganges erfasst. Im Jahr 2012 hatten von den 19-jährigen Militäranwärtern gut ein Viertel (25,5%) einen BMI von über 25kg/m². Dies sind 8,0 Prozentpunkte mehr als 2004 (Radoslaw et al., 2013). Im Jahr 2012 hatten besonders Stellungspflichtige mit niedrigem Berufsstatus hohe BMI-Werte. In den Jahren 1875 bis 1879 war genau das Gegenteil der Fall: Männer mit hohem BMI hatten eher einen hohen Berufsstatus (Staub et al., 2010).

Die detaillierte Analyse der SGB-Daten seit 1992 zeigt, dass heute Übergewicht und Adipositas über alle Altersstufen hinweg häufiger bei Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsniveau vorkommen als bei denjenigen mit höherem Bildungsniveau. Bei der Gruppe mit niedrigem Bildungsniveau war über die Jahre hinweg die Zunahme des Anteils Übergewichtiger und Adipöser am grössten (Vergleich 1992 bis 2007, Marques-Vidal et al., 2010).

³⁸ Bei 8 Millionen Einwohnern wären dies für die Gesellschaft anfallende Kosten von rund 1000 Franken pro Person und Jahr.

Zeitliche Entwicklung des Körpergewichts (18-Jährige und Ältere), Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.3

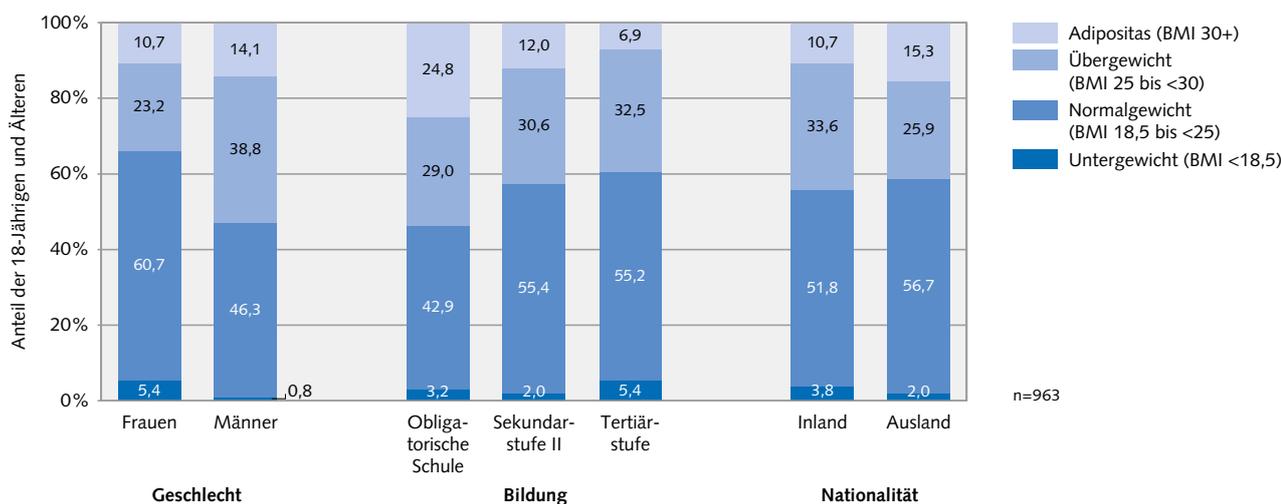


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Körpergewicht (18-Jährige und Ältere), nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

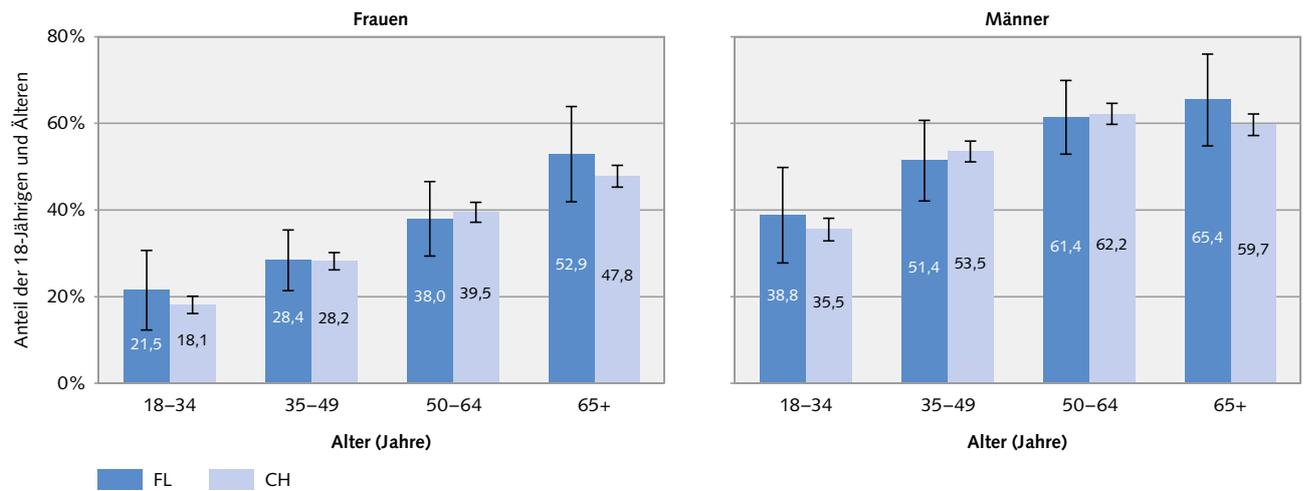
Abbildung 3.3 zeigt, dass erhebliche Teile der Bevölkerung Liechtensteins und der Schweiz von Übergewicht betroffen sind. Im Jahr 2012 sind 30,9% der 18-jährigen und älteren Liechtensteiner übergewichtig, 12,4% sind adipös. Die Anteile in der Schweiz sind ähnlich. Zwischen 1992 und 2012 hat der Anteil Übergewichtiger in der Schweiz von 25,8% auf 31,6% zugenommen, jener der Adipösen von 5,6% auf 10,6%. Die Entwicklung in Liechtenstein dürfte vergleichbar sein.

Abbildung 3.4 zeigt den BMI nach Geschlecht, Bildungsniveau und Nationalität. Die Liechtensteinerinnen (23,2%) sind seltener übergewichtig als die Liechtensteiner (38,8%). Sie sind deutlich häufiger normalgewichtig, aber auch öfter untergewichtig als die Liechtensteiner Männer. Der Blick auf das Bildungsniveau zeigt wieder

ein klares soziales Gefälle: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind deutlich häufiger adipös als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder auf Tertiärstufe. Die Nationalität hat weder in Liechtenstein noch in der Schweiz einen Zusammenhang mit dem Körpergewicht.

Im Fürstentum Liechtenstein wie auch in der Schweiz nehmen die Anteile übergewichtiger Personen (inkl. Adipositas) mit dem Alter zu (Abb. 3.5). Insbesondere Frauen ab 65 Jahren sind häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen zwischen 18 und 49 Jahren. Bei Männern tritt das Problem früher auf: Bereits ab 50 Jahren sind sie signifikant öfter übergewichtig/adipös als die 18- bis 34-Jährigen.

Übergewicht (inkl. Adipositas), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 3.5**



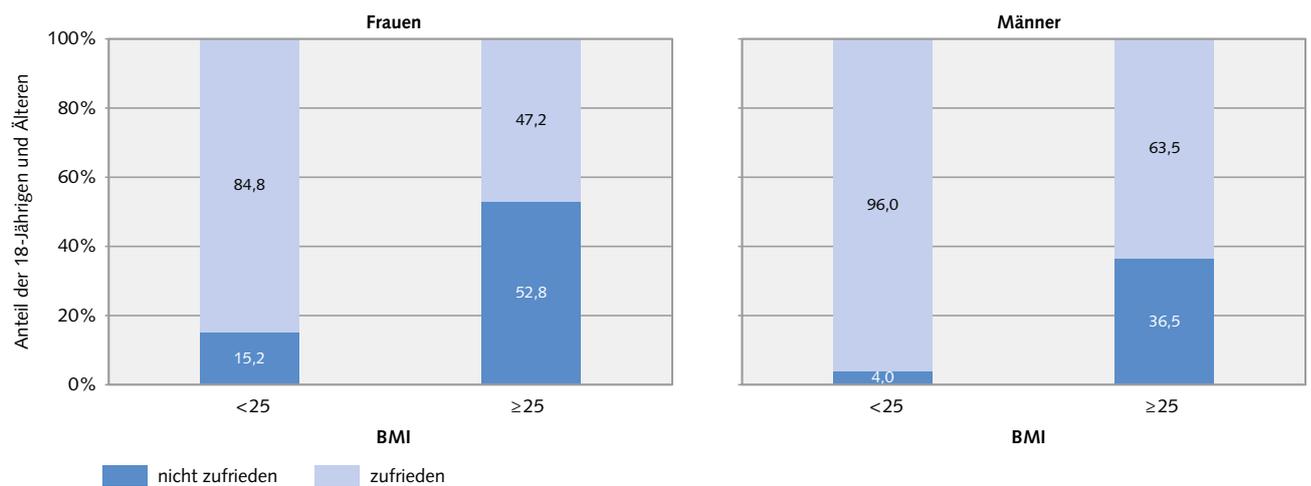
n=963 (FL), n=20'537 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht (18-Jährige und Ältere), nach BMI und Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.6



BMI <25: Unter-/Normalgewicht, BMI ≥25: Übergewicht/Adipositas
n=928

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Männer in den beiden mittleren Altersklassen (35- bis 64-Jährige) sind signifikant häufiger übergewichtig oder adipös als die Frauen gleichen Alters. In der Schweiz hingegen sind die Männer in allen Altersklassen häufiger übergewichtig oder adipös. Auffallend ist, dass in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen der Anteil übergewichtiger Männer fast doppelt so hoch ist wie bei den Frauen.

Übergewichtige Personen sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als Normalgewichtige. Es gibt jedoch deutliche Geschlechterunterschiede. Über die Hälfte der übergewichtigen Liechtensteinerinnen, aber

nur 36,5% der übergewichtigen Liechtensteiner sind mit ihrem Körpergewicht unzufrieden (Abb. 3.6). Bei Personen mit Unter- oder Normalgewicht sind 15,2% der Frauen und 4,0% der Männer mit dem Gewicht nicht zufrieden. Kein grosser Geschlechterunterschied zeigt sich jedoch bei der Frage, ob man in den vergangenen zwölf Monaten eine Diät gemacht habe: 8,8% der Liechtensteinerinnen und 7,3% der Liechtensteiner bejahen dies.

3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme

Eine ausgewogene Ernährung ist Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Die Ernährung beeinflusst das geistige und körperliche Wohlbefinden. Fehl- oder Mangelernährung kann zu Krankheiten führen. Ein in unseren Breitengraden zum Glück historisches Beispiel ist Skorbut, durch Vitamin-C-Mangel verursacht. Eine gesunde Ernährung richtet sich nach der in vielen Ländern etablierten Lebensmittelpyramide. Sie besteht aus reichlich pflanzlichen Lebensmitteln (Gemüse, Früchte, Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Getreide usw.). Diese werden ergänzt mit Milchprodukten und in kleineren Mengen mit Fleisch, Fisch, Eiern sowie Nüssen und hochwertigen Pflanzenölen. Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird ebenfalls empfohlen (Keller et al., 2012; Lüthy et al., 2012). Die Fragen der SGB 2012 decken einen Grossteil der Ernährungspyramide ab. Der Konsum von nicht-alkoholischen Getränken (inkl. Süssgetränken), Früchten und Gemüse, Milch oder Milchprodukten, Fleisch sowie Fisch wird erhoben.

Für eine ausgewogene Ernährung ist zunächst ein ausreichender, alkoholfreier Flüssigkeitskonsum notwendig. Der menschliche Körper besteht zu ungefähr 60% aus Wasser. Der Wasserhaushalt ist für das Funktionieren der Stoffwechselprozesse von wesentlicher Bedeutung (Kleiner, 1999). Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) empfiehlt, pro Tag nicht weniger als einen bis zwei Liter ungesüsste Getränke – vorzugsweise Wasser – zu trinken (Keller et al., 2012).

Früchte und Gemüse sind die Grundlage für eine gesunde Ernährung. Sie enthalten eine grosse Anzahl von Nährstoffen und stimulieren die Verdauung; gleichzeitig enthalten sie wenige Kalorien. Untersuchungen haben die Bedeutung von Früchten und Gemüse in der Prävention von Krebserkrankungen und von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachgewiesen (IARC, 2003). Die Empfehlung lautet, täglich fünf Portionen Früchte bzw. Fruchtsäfte und/oder Gemüse bzw. Gemüsesäfte in verschiedenen Farben zu konsumieren. Eine Portion entspricht dabei ungefähr 120 Gramm in fester bzw. 2 Deziliter in flüssiger Form (Keller et al., 2012).

Milch oder Milchprodukte sollen mehrmals täglich eingenommen werden. Die Antwortkategorien der SGB erfassen nur, ob Personen an mindestens sechs Tagen pro Woche mindestens einmal pro Tag Milch oder Milchprodukte konsumieren. Milchprodukte enthalten wichtige Nährstoffe, vor allem den Mineralstoff Kalzium, der

für die Knochenbildung benötigt wird. Eine kalziumarme Ernährung gilt als einer der Risikofaktoren für Osteoporose³⁹.

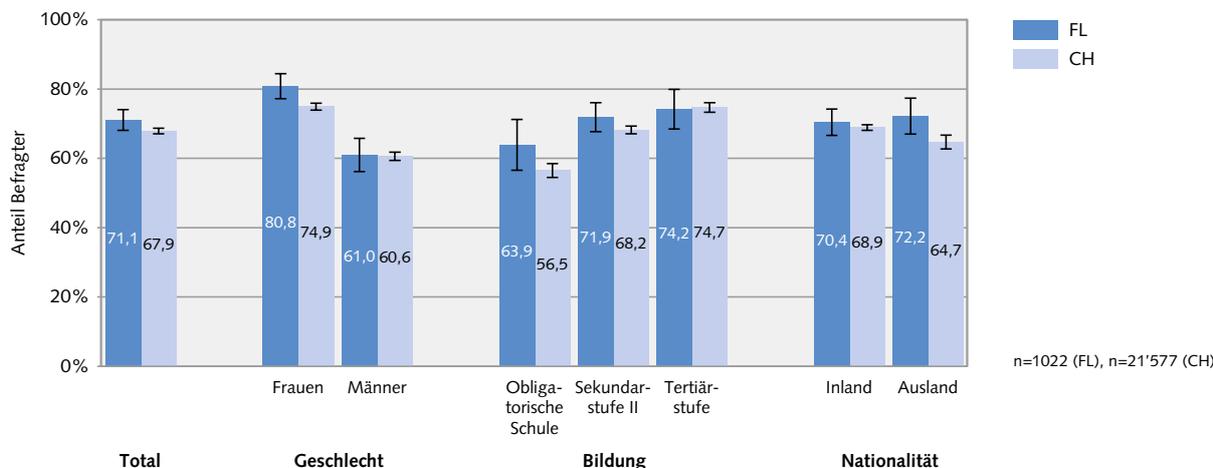
Fleisch enthält nützliche Proteine und Vitamine, aber auch tierische Fette. Diese sind, im Übermass genossen, ungesund und können für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich sein. Mageres Fleisch sollte deshalb fettreichem vorgezogen werden. Die Ernährungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) (Lüthy et al., 2012) raten, täglich eine Portion proteinreicher Lebensmittel wie z.B. Fleisch, Fisch oder Eier zu essen. Allerdings wird der Verzehr von Fleisch an mindestens sechs Tagen in der Woche als übermässig beurteilt. Dadurch werde auch die anzustrebende Variation im Konsum von vitamin- und proteinreichen Lebensmitteln eingeschränkt. Fisch, mit seinen ungesättigten Fettsäuren, den Vitaminen und Mineralstoffen, sollte in einer gesunden und ausgewogenen Ernährung nicht fehlen. Um die Proteinquellen zu variieren, soll mindestens einmal pro Woche Fisch gegessen werden.

Diese Empfehlungen sind allgemein und gelten für gesunde Erwachsene. Sie sind nicht auf die Bedürfnisse von Personengruppen zugeschnitten, deren Nahrungsbedarf vom Durchschnitt abweicht. Dies können beispielsweise junge Menschen im Wachstum, Personen mit gewissen Erkrankungen (z.B. Diabetes), sehr alte Menschen oder Personen in einem bestimmten Lebensabschnitt (z.B. Schwangerschaft) sein. Für eine ausgewogene und gesunde Ernährung braucht es ein entsprechendes Wissen und das Bewusstsein über deren Bedeutung für die Gesundheit. Die SGB erfragt deshalb den Anteil Personen, die auf ihre Ernährung achten.

Im Jahr 2012 geben 71,1% der Liechtensteiner an, auf ihre Ernährung zu achten (Abb. 3.7). Dieser Anteil entspricht dem Schweizer Durchschnitt von 67,9%. Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Personen, die auf ihre Ernährung achten, in der Schweiz um 2,6 Prozentpunkte signifikant zurückgegangen (Anhang A-3.3). Die Liechtensteiner Frauen achten signifikant häufiger auf die Ernährung als die Schweizer Frauen. Bei den Männern existiert kein solcher Unterschied. Insgesamt achten sowohl in Liechtenstein als auch in der Schweiz Frauen deutlich häufiger auf ihre Ernährung als Männer. In Liechtenstein gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Einheimischen und Ausländern,

³⁹ Osteoporose ist eine häufige Alterserkrankung des Knochens, die durch Abnahme der Knochendichte und übermässigen Abbau der Knochensubstanz und -struktur gekennzeichnet ist. Eine erhöhte Frakturanfälligkeit ist die Folge hiervon.

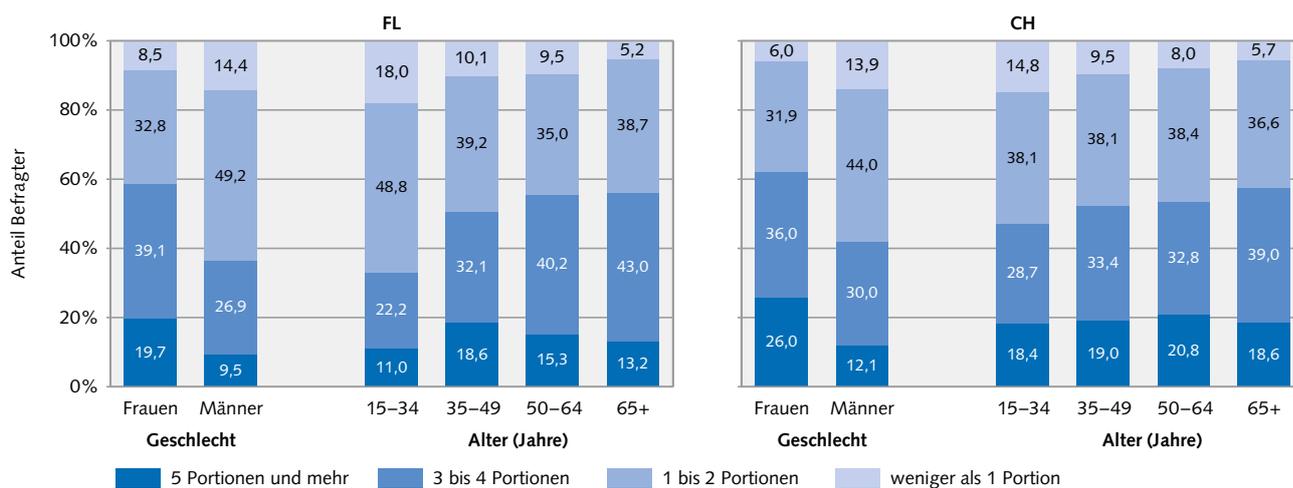
Personen, die auf die Ernährung achten, nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 3.7**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 3.8**



n=985 (FL), n=20'769 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

hinsichtlich Bildung lässt sich eine ähnliche Tendenz wie in der Schweiz erkennen. In der Schweiz gibt es signifikante Unterschiede bezüglich Bildung und Nationalität: Personen mit obligatorischer Schulbildung sind seltener ernährungsbewusst als Personen mit Ausbildung auf Sekundärstufe II oder Tertiärstufe, und Ausländer achten weniger auf ihre Ernährung als Schweizer.

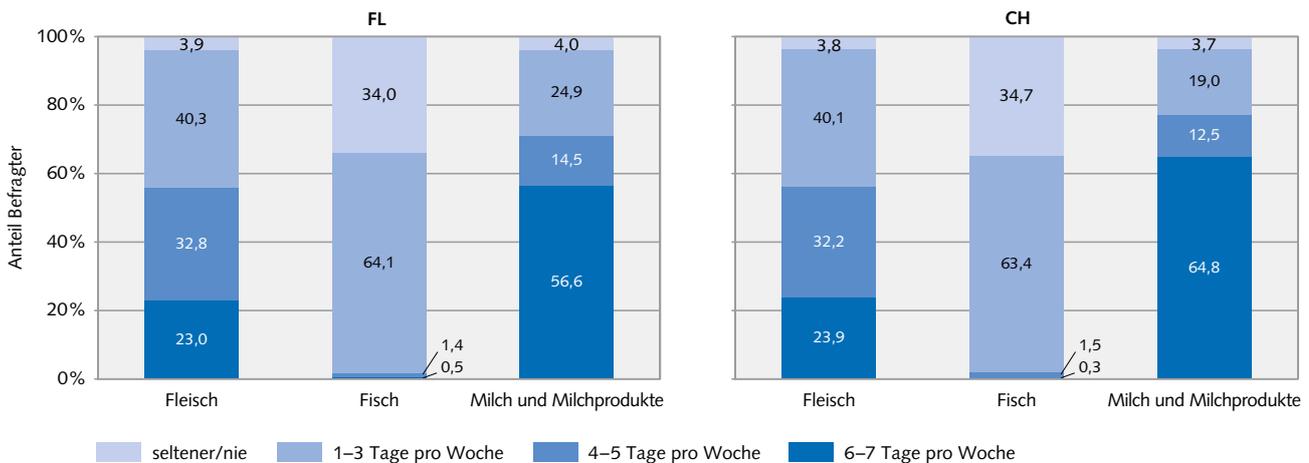
Die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen, befolgen 14,7% der Liechtensteiner Bevölkerung; dies liegt signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt von 19,2% (Anhang A-3.3). Frauen befolgen die Ernährungsempfehlung deutlich häufiger als Männer (Abb. 3.8).

Fast jede fünfte Liechtensteinerin hält sich daran, bei den Männern sind es nur halb so viele. Bei den Frauen (19,7%) liegt der liechtensteinische Anteil allerdings unter dem Schweizer Durchschnitt (26,0%). Bei den Männern gibt es keinen bedeutsamen Länderunterschied. Auch beim Anteil Personen, welche weniger als eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich nehmen, lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Ländern feststellen.

Die Empfehlung «5 am Tag» halten in Liechtenstein und der Schweiz alle Altersgruppen etwa gleich häufig ein. Im Gegensatz dazu sind Personen mit minimalem Früchte- und Gemüsekonsum (weniger als einmal

Konsum von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 3.9



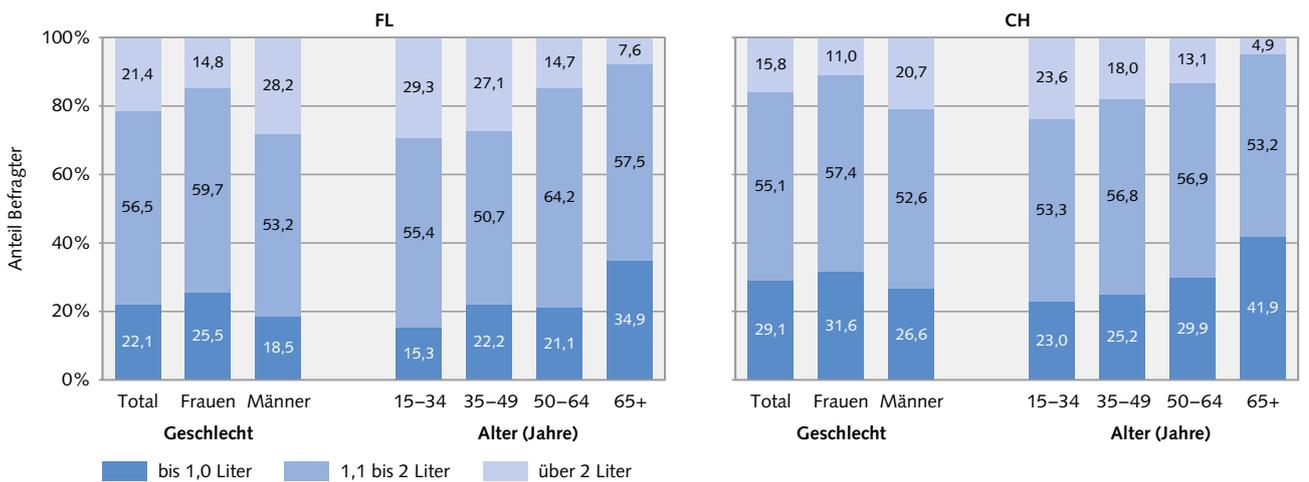
Fleisch/Wurstwaren: n=1023 (FL), n=21'567 (CH); Fisch: n=1023 (FL), n=21'576 (CH); Milch/Milchprodukte: n=1022 (FL), n=21'577 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 3.10



n=985 (FL), n=20'811 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

am Tag) in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen signifikant häufiger vertreten als in anderen Altersgruppen. In Liechtenstein gilt dies im Vergleich zu den 65-Jährigen und Älteren, in der Schweiz im Vergleich zu allen höheren Altersgruppen.

Abbildung 3.9 zeigt den Konsum von Fleisch und Wurstwaren, von Fisch sowie von Milchprodukten im Fürstentum Liechtenstein und in der Schweiz. Rund ein Viertel (23,0%) der Liechtensteiner Bevölkerung isst an mindestens sechs Tagen pro Woche Fleisch. Hingegen essen 3,9% weniger als einmal pro Woche Fleisch. Diese Anteile sind den Schweizer Werten sehr ähnlich. Fisch

verzehren 64,1% der Liechtensteiner ein- bis dreimal pro Woche. Etwa ein Drittel der Bevölkerung isst seltener oder nie Fisch.

In Liechtenstein konsumieren signifikant weniger Personen an sechs bis sieben Tagen pro Woche mindestens einmal Milch oder Milchprodukte als in der Schweiz. Im Gegenzug ist der Anteil an Personen, die an einem bis drei Tagen Milch oder Milchprodukte essen, signifikant höher als in der Schweiz.

Rund ein Fünftel (22,1%) der Bevölkerung Liechtensteins gibt einen ungenügenden Konsum nicht-alkoholischer Flüssigkeiten an, d.h. ein Liter oder weniger pro

Tag (Abb. 3.10). Die Empfehlung lautet, täglich einen bis zwei Liter zu trinken (s. oben). 56,5% der Liechtensteiner befolgen diese Empfehlungen⁴⁰ und 21,4% trinken gar mehr als zwei Liter pro Tag.

Eine ungenügende Flüssigkeitszufuhr ist in Liechtenstein signifikant seltener als in der Schweiz. Der Schweizer Wert fällt vor allem aufgrund der überdurchschnittlichen Anteile in den lateinischen Kantonen höher aus (Anhang A-3.3). Frauen trinken häufiger zu wenig – lediglich einen Liter oder weniger pro Tag – als Männer; der Geschlechterunterschied ist jedoch nur für die Schweiz signifikant.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil Personen mit einem ungenügenden Flüssigkeitskonsum. So trinken 15,3% der 15- bis 34-jährigen Liechtensteiner nicht genügend, während dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren mehr als ein Drittel beträgt. Auch in der Schweiz nimmt der ungenügende Konsum nicht-alkoholischer Getränke mit dem Alter zu, von 23,0% in der tiefsten Altersgruppe auf gar 41,9% bei den 65-Jährigen und Älteren.

3.2.3 Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Aktivität geht mit positiven gesundheitlichen Effekten wie Verringerung von koronaren Herzerkrankungen, Insulinresistenz, Osteoporose, Darmkrebs-erkrankungen oder Depressionen einher (Department of Health, 2011; Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008). Bewegungsmangel (6% aller Todesfälle; WHO, 2011c) gilt hinter Bluthochdruck (13%), Rauchen (9%) und Diabetes (6%) weltweit als der viertwichtigste Risikofaktor für vorzeitige Sterblichkeit. Körperliche Bewegung verbraucht Energie und führt somit auch zu einer besseren Gewichtskontrolle.

Schätzungen für die Schweiz gehen ebenfalls davon aus, dass 6% aller Todesfälle durch Krankheiten verursacht werden, die Folge von körperlicher Inaktivität sind. Die direkten medizinischen Kosten solcher Erkrankungen beliefen sich 2012 auf 1,2 Milliarden Franken und entsprechen damit rund 1,8% der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz (Mattli et al., 2014). 29% dieser Kosten sind auf kardiovaskuläre Krankheiten, 28% auf Rückenschmerzen, 26% auf Depressionen und die restlichen 16% auf Osteoporose, Diabetes Typ 2, Adipositas sowie Dickdarm- und Brustkrebs zurückzuführen.

⁴⁰ Der Anteil wird hier tendenziell unterschätzt: Personen, die in der SGB angeben, exakt 1 Liter pro Tag zu trinken, erfüllen theoretisch die SGE-Empfehlung. In der vorliegenden Analyse sind diese aber mit denjenigen zusammengefasst, die weniger als 1 Liter pro Tag trinken. Die Kategorien der Analyse sind hier also nicht exakt deckungsgleich mit der SGE-Empfehlung.

Das Amt für Gesundheit des Fürstentums Liechtenstein, das BAG der Schweiz und das Netzwerk Gesundheit und Bewegung⁴¹ (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, 2013) haben die internationalen Empfehlungen (Department of Health, 2011; Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008) für körperliche Aktivität übernommen. Diese gelten für Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter (18 bis 65 Jahre):

- Mindestens 2½ Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität, oder
- 1¼ Stunden Sport oder Bewegung mit hoher Intensität.
- Diese Aktivitäten sollten in Episoden von mindestens 10 Minuten, verteilt über die ganze Woche, unternommen werden.
- Zusätzlich Krafttraining an mindestens zwei Tagen pro Woche.

Bewegung mittlerer Intensität heisst, dass man etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt. Beispiele hierfür sind zügiges Gehen, Velofahren, Gartenarbeiten und andere Freizeit- oder Alltagsaktivitäten. Eine hohe Intensität weisen Aktivitäten auf, die beschleunigtes Atmen und zumindest leichtes Schwitzen verursachen. Um die Bevölkerung anhand ihrer körperlichen Aktivität zu beschreiben, kommt ein Index zum Einsatz, welcher auf den genannten Bewegungsempfehlungen beruht (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, 2013; vgl. Kasten).

Index der körperlichen Aktivität

Der Index der körperlichen Aktivität beruht auf Fragen im Zusammenhang mit dem Ausmass von körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (leicht ausser Atem kommen) und intensiven körperlichen Aktivitäten (ins Schwitzen kommen). Letztere beziehen sich ausschliesslich auf die Freizeit. Der Index unterscheidet fünf körperliche Aktivitätsniveaus:

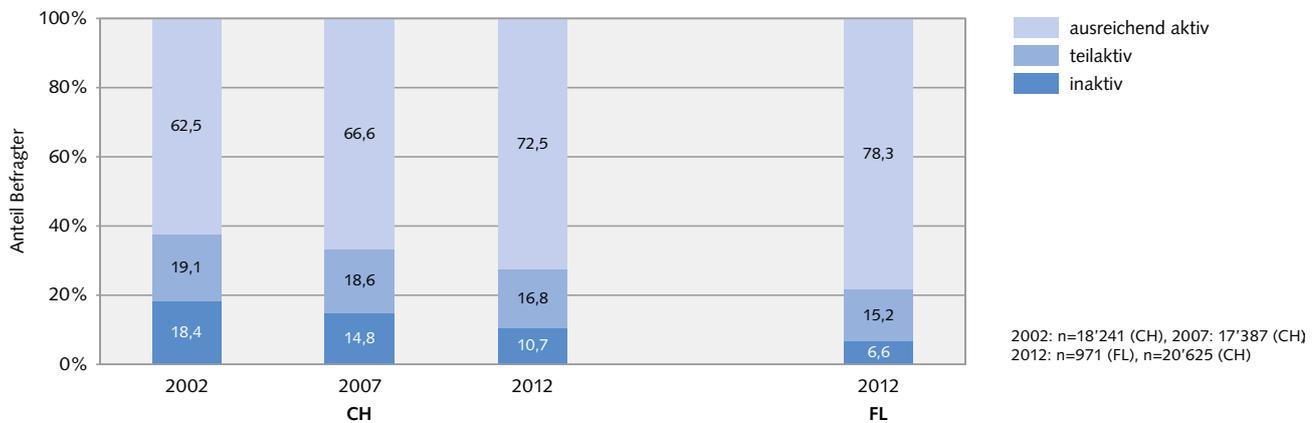
- *Trainiert*: mindestens dreimal pro Woche intensive körperliche Aktivität mit Schwitzen.
- *Regelmässig aktiv*: körperliche Aktivität von mittlerer Intensität an mindestens fünf Tagen pro Woche mindestens 30 Minuten.
- *Unregelmässig aktiv*: wöchentlich mindestens 150 Minuten mässige körperliche Aktivität oder zweimal intensive körperliche Aktivität.
- *Teilaktiv*: wöchentlich zwischen 30 und 149 Minuten mässige körperliche Aktivität oder einmal intensive körperliche Aktivität.
- *Inaktiv*: keine nennenswerte körperliche Aktivität.

Die ersten drei Gruppen erfüllen die Empfehlungen 2013 bezüglich körperlicher Aktivität und gelten als «genügend aktiv».

⁴¹ www.hepa.ch (Zugriff am 16.09.2015)

Zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2002–2012

Abb. 3.11

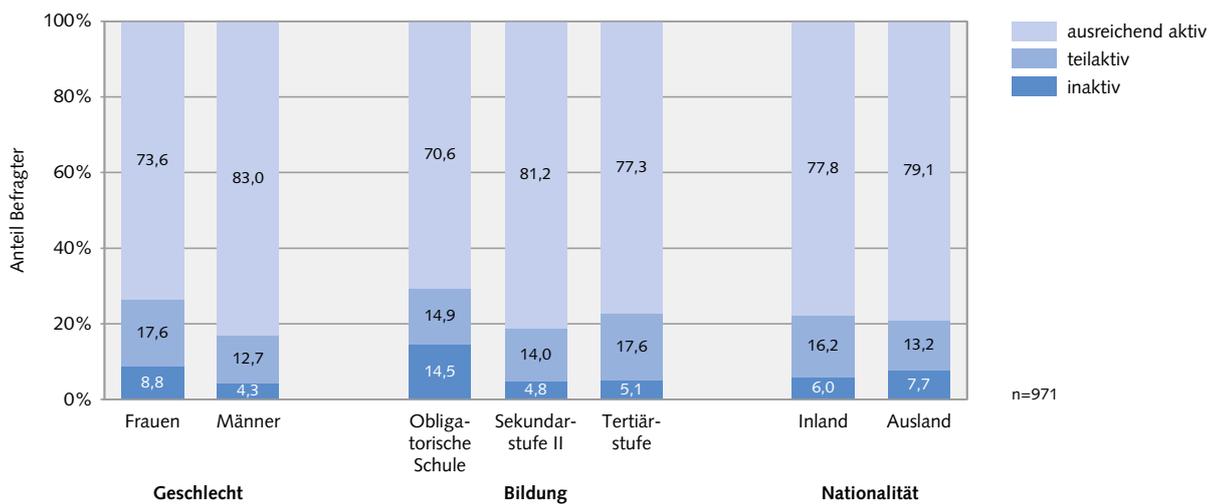


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität, nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Für eine Übersicht über die körperliche Aktivität in Liechtenstein, wurden die Befragten in einem ersten Schritt in drei Kategorien gruppiert: «ausreichend aktiv» (diese Kategorie beinhaltet die Ausprägungen «trainiert», «regelmässig aktiv», «unregelmässig aktiv»), sowie «teilaktiv» und «inaktiv».

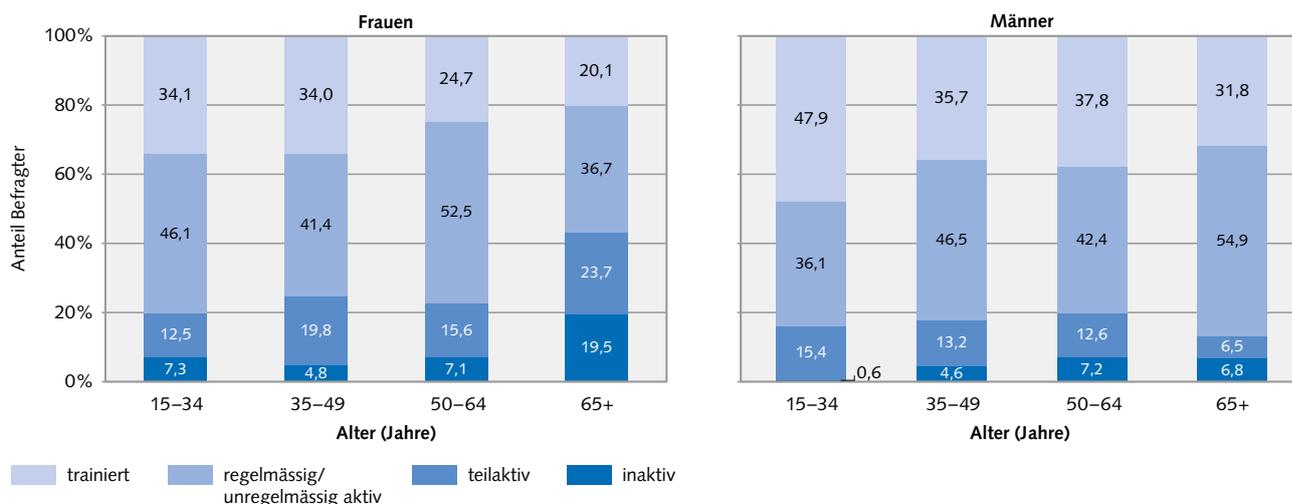
Im Fürstentum Liechtenstein ist 2012 der Anteil der inaktiven Personen signifikant tiefer und folglich der Anteil der ausreichend aktiven Personen signifikant höher als in der Schweiz (Abb. 3.11). Dort hat der Anteil ausreichend aktiver Personen zwischen 2002 und 2012 um 10 Prozentpunkte zugenommen. Gleichzeitig ist der Anteil der Inaktiven signifikant von 18,4% im Jahr 2002 auf 10,7% im Jahr 2012 zurückgegangen.

Verschiedene Studien haben die Zunahme der körperlichen Aktivität der Schweizer Bevölkerung ebenfalls belegt: Laut dem Bericht «Sport Schweiz 2014» befolgen vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung die aktuellen Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivität (Lamprecht et al., 2014). Die sogenannte «Omnibus-Studie» des BFS, welche die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit, im Alltag und in der Freizeit untersucht, zeigt auf, dass nur 7,0% der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung nicht ausreichend aktiv sind (Wiegand et al., 2012).

In Liechtenstein ist der Anteil der Männer (83,0%), welche die aktuellen Bewegungsempfehlungen erfüllen, signifikant höher als derjenige der Frauen (73,6%) (Abb. 3.12). Der Anteil der Inaktiven ist bei Personen

Körperliche Aktivität, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.13



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

mit lediglich obligatorischer Schule grösser als bei Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II. In der Schweiz unterscheiden sich die Anteile Inaktiver signifikant zwischen allen drei Bildungsstufen: Bei den Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind es 19,0%, bei denjenigen mit Sekundarstufe II 10,9% und bei Personen mit tertiärer Ausbildung 5,8%. Zwischen In- und Ausländern gibt es in Liechtenstein keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich körperlicher Aktivität. In der Schweiz hingegen ist die inländische Bevölkerung signifikant seltener inaktiv und häufiger aktiv als die ausländische Bevölkerung.

Nachfolgend wird die zusammengefasste Kategorie «ausreichend aktiv» in zwei Gruppen, «trainiert» und «regelmässig/unregelmässig aktiv», aufgeteilt. Geschlecht und Alter haben einen Einfluss auf das Ausmass körperlicher Aktivität. Im Fürstentum Liechtenstein nimmt der Anteil der trainierten Frauen von einem Drittel bei den 15- bis 49-Jährigen auf rund einen Fünftel bei den über 65-Jährigen ab (Abb. 3.13). Hingegen ist fast die Hälfte der Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren trainiert; dieser Wert geht auf rund 37% in den mittleren Altersklassen zurück und sinkt dann bei den 65-Jährigen und Älteren nochmals leicht auf rund einen Drittel. Somit sind die Anteile der «Trainierten» bei den Männern über alle Altersklassen höher als bei den Frauen.

Der Anteil der «inaktiven» Frauen ist bei den über 65-Jährigen im Vergleich zu allen jüngeren Altersklassen am grössten. Bei den «inaktiven» Männern sind die Unterschiede zwischen den Alterskategorien deutlich weniger ausgeprägt; eine Zunahme der «Inaktiven»

ist von den 15- bis 34-Jährigen zu den älteren Gruppen zu beobachten. Ab 65 Jahren halten sich über 40% der Frauen und rund 13% der Männer nicht an die Bewegungsempfehlungen. Zwar sind diese Unterschiede grösstenteils nicht signifikant, sie zeigen aber wichtige Tendenzen auf.

3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen sind Stoffe, die das zentrale Nervensystem beeinflussen (u.a. Empfinden, Wahrnehmung, Erkenntnisvermögen, Stimmungen, Gefühle, Motorik) oder den Bewusstseinszustand verändern. Sie können, müssen aber nicht, zu physischer und/oder psychischer Abhängigkeit führen. Psychoaktive Substanzen umfassen sowohl illegale Stoffe wie Cannabis, Heroin oder Kokain als auch legale Substanzen wie Nikotin, Alkohol und Medikamente. Das vorliegende Unterkapitel behandelt den Konsum von Tabak (inkl. Passivrauchen), Alkohol, Cannabis und Medikamenten.⁴²

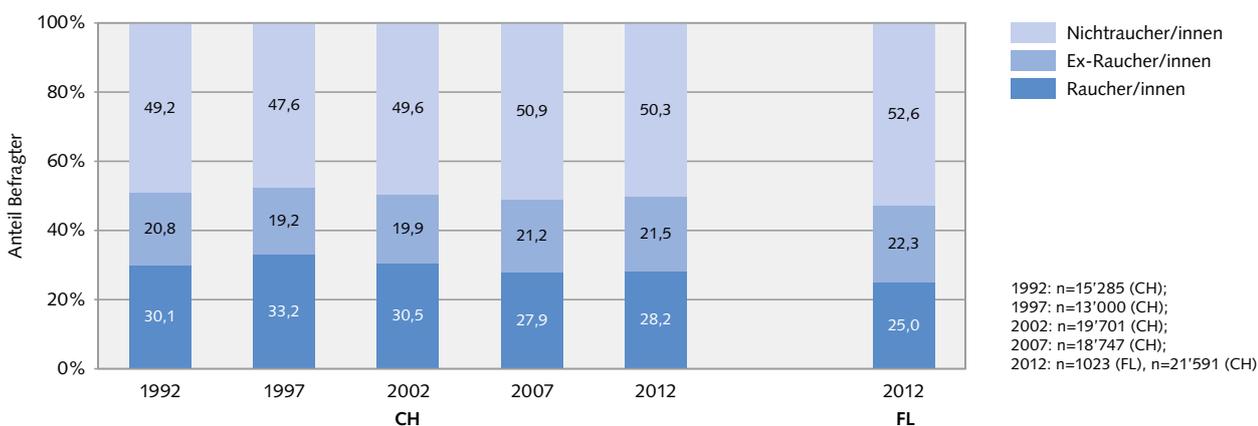
3.3.1 Tabakkonsum

Tabakkonsum ist einer der wichtigsten Risikofaktoren verschiedener, nichtübertragbarer Krankheiten. Es ist weltweit ein grosses Anliegen der öffentlichen Gesundheit, den Tabakkonsum und seine negativen Folgen zu vermindern. Das liechtensteinische «Gesetz über den

⁴² Die Substanzen Heroin und Kokain werden im vorliegenden Bericht aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht behandelt.

Tabakkonsum, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Nichtraucherschutz und die Werbung für Tabakerzeugnisse» dient dem Schutz der Bevölkerung vor den schädlichen Auswirkungen des Tabaks und insbesondere des Passivrauchens.⁴³ Weitere Massnahmen zur Tabakprävention und Rauchverbote sind in anderen Gesetzen, insbesondere im Jugendgesetz und der in Liechtenstein anwendbaren schweizerischen Tabakgesetzgebung festgehalten.^{44,45}

Die Kommission für Suchtfragen Liechtensteins ist mit der Durchführung von Suchtpräventionskampagnen beauftragt.⁴⁶ Dieses Gremium schlägt themenübergreifende Massnahmen vor und setzt diese über die beteiligten Ämter um. Vertreten sind dabei das Amt für Gesundheit, das Amt für Lebensmittelkontrolle und Veterinärwesen, die Landespolizei, das Schulamt, das Amt für Soziale Dienste und die Staatsanwaltschaft. Die Ziele und Aktionen der Suchtprävention bis 2016 wurden in Form eines Aktionsplans festgelegt. Der Aktionsplan umfasst zahlreiche Programme unter anderem zum Thema Alkohol, betriebliche Suchtprävention und Nichtrauchen.⁴⁷ Hinsichtlich Tabakkonsum besteht das Ziel, die Bevölkerung zum Nachdenken über den Tabakkonsum zu bringen. Raucher sollen aus Rücksicht auf ihr Umfeld auf das Rauchen in geschlossenen Räumen verzichten und sich der

Folgen des Tabakkonsums vollumfänglich bewusst sein. Konkrete Ziele sind die Erhöhung des Nichtraucherschutzes und der Ausbau der Tabakausstiegshilfen.

In der Schweiz besteht seit 1996 ein Aktionsplan zur Reduktion des Tabakkonsums. Das Nationale Programm Tabak 2008–2012 wurde bis 2016 verlängert und verfolgt das Ziel, den Anteil der Raucher sowie das Passivrauchen in der Bevölkerung weiter zu senken (BAG, 2008d; BAG, 2012). Die überwiegende Mehrheit der Raucher in der Schweiz konsumiert Zigaretten: 2008 wurden schweizweit 12,0 Millionen Zigaretten verkauft, 2011 waren es noch 10,6 Millionen Stück gewesen.⁴⁸

In der Schweiz wurde für das Jahr 2007 die Zahl der durch Tabakkonsum verursachten Todesfälle auf rund 9000 geschätzt, d.h. rund 15% aller Todesfälle (BFS, 2009). Da die Rauchgewohnheiten der beiden Länder ähnlich sind, würde dies für Liechtenstein hochgerechnet 44 tabakbedingte Todesfälle jährlich bedeuten. Von den 9000 Schweizer Fällen starben 41% an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 41% an Krebserkrankungen und 18% an einer Lungenerkrankung. Die tabakbedingten Todesfälle haben in der Schweiz zwischen 1997 und 2007 um 5 Prozentpunkte abgenommen. Der Rückgang betraf allerdings nur die Männer. Bei den Frauen stieg die Zahl der tabakbedingten Todesfälle um 7 Prozentpunkte an. Rauchen verursacht hohe Gesundheitskosten: Im Jahr 2007 haben in der Schweiz durch Rauchen hervorgerufene Gesundheitsschäden rund 10 Milliarden Franken gekostet, das sind etwa 3% der gesamten Gesundheitskosten⁴⁹ (Füglister-Dousse et al., 2009).

⁴³ www.gesetze.li → Gebietssystematik → 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit → 81 Gesundheit → 817.2 (Zugriff am 16.09.2015)

⁴⁴ Liechtensteinisches Landesgesetzblatt 2015, Nr. 120 (170.551.631) (Zugriff am 14.06.2015)

⁴⁵ www.suchtschweiz.ch → Infos und Fakten → Tabak → Gesetze (Zugriff am 16.09.2015)

⁴⁶ www.duseschtwia.li (Zugriff am 16.09.2015)

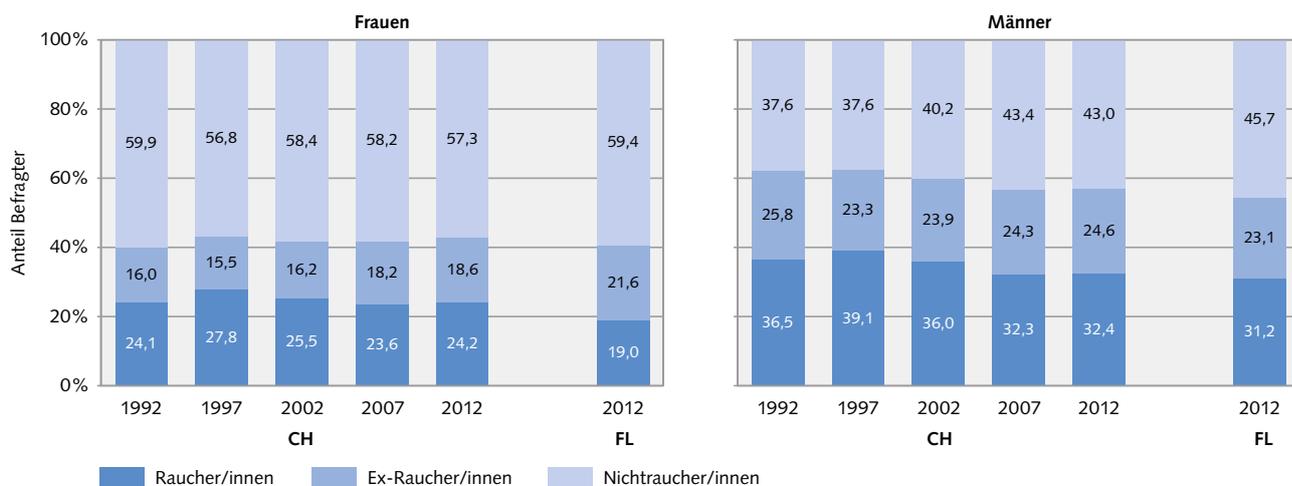
⁴⁷ Amt für Soziale Dienste des Fürstentums Liechtenstein, Rechenschaftsbericht 2013

⁴⁸ http://www.swiss-cigarette.ch/fileadmin/media/pdf/Factsheet_2011_d1.pdf (Zugriff am 16.09.2015)

⁴⁹ www.bfs.admin.ch → 14 – Gesundheit → Kosten, Finanzierung → Daten, Indikatoren → Kosten (Zugriff am 16.09.2015)

Tabakkonsum, nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.15



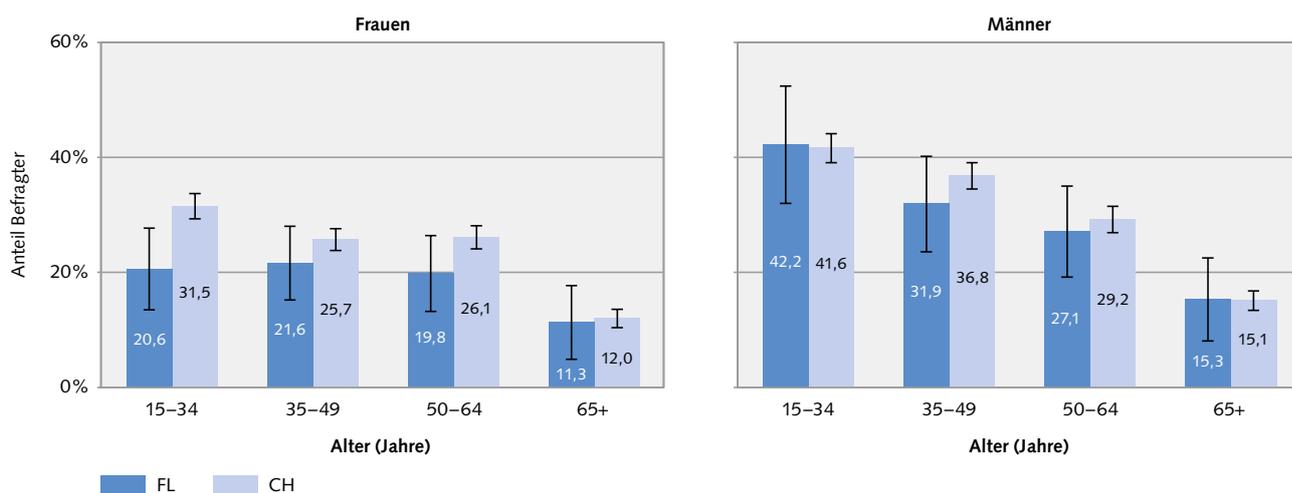
1992: n=4623 (CH); 2002: n=5616 (CH); 2007: n=4815 (CH); 2012: n=252 (FL); n=5727 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Raucherinnen und Raucher, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 3.16



n=1023 (FL), n=21'591 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Im Jahr 2012 bezeichneten sich 25,0% der befragten Liechtensteiner als Raucher, 22,3% als ehemalige Raucher und 52,6% als Nichtraucher (Abb. 3.14). Diese Werte unterscheiden sich nicht von denen der Schweiz. Im Fürstentum Liechtenstein beträgt der Anteil täglich Rauchender 17,8%. Der Anteil täglich Rauchender ging in den letzten 20 Jahren in der Schweiz leicht zurück und hat sich seit 2007 bei gut 20% stabilisiert.

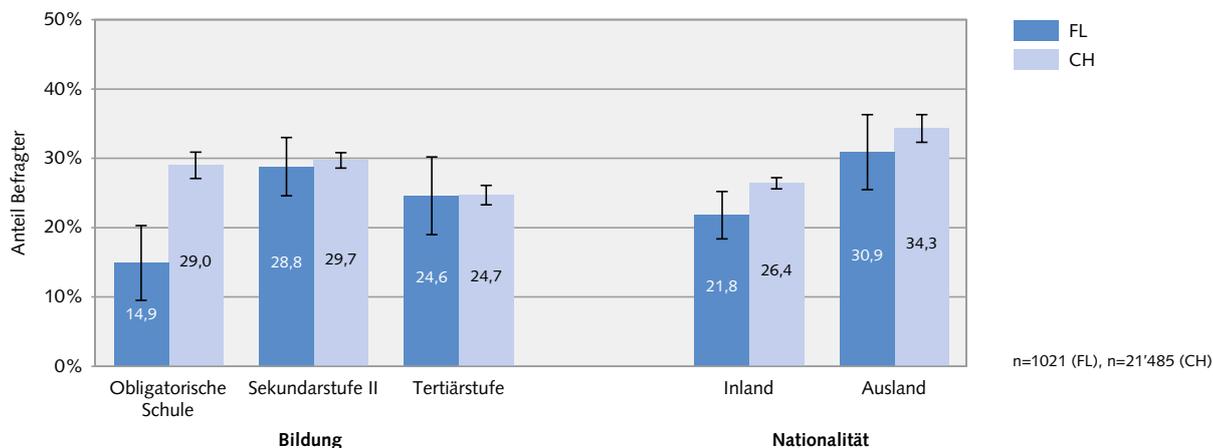
Im Jahr 2012 rauchten die Männer in beiden Ländern signifikant häufiger als die Frauen (Abb. 3.15). Der Anteil der Tabak rauchenden Liechtensteinerinnen ist dabei signifikant kleiner als derjenige der Schweizerinnen. In der Schweiz sind die Geschlechterunterschiede über die letzten 20 Jahre geringer geworden, da der Anteil

der Raucherinnen bei knapp einem Viertel stabil geblieben ist während jener der männlichen Raucher signifikant gesunken ist.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der rauchenden Männer sowohl in Liechtenstein wie auch in der Schweiz ab (Abb. 3.16). In Liechtenstein ist der Unterschied zwischen den 15- bis 49-jährigen und den 65-jährigen und älteren Männer signifikant. In der Schweiz ist bei den Männern eine kontinuierliche Abnahme über alle Altersklassen zu beobachten. Bei den Liechtensteiner Frauen bleibt der Anteil der Rauchenden bis 64 Jahre konstant und nimmt dann tendenziell ab. In der Schweiz liegt der Anteil der Raucherinnen im mittleren Alter (35 bis 64 Jahre) bei rund 25%. Die jüngeren

Raucherinnen und Raucher, nach Bildung und Nationalität, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 3.17

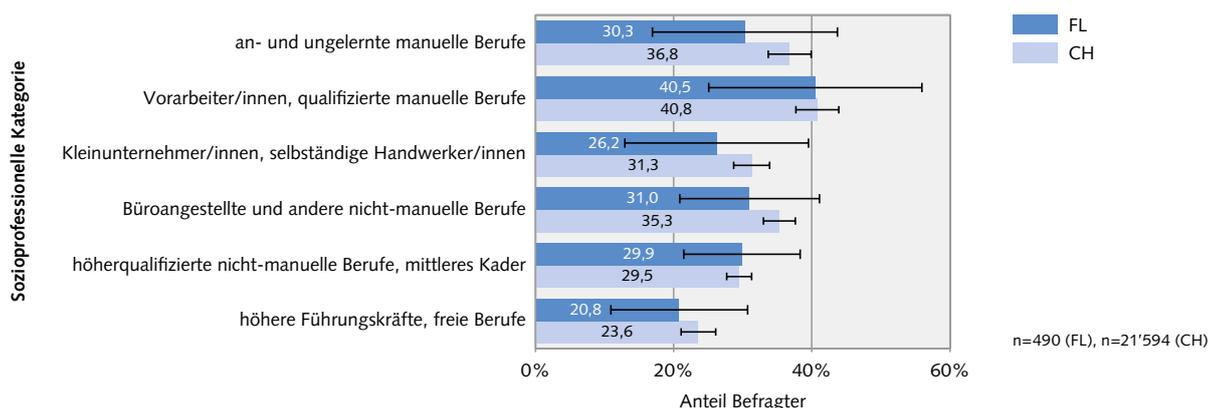


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Raucherinnen und Raucher, nach sozioprofessioneller Kategorie, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 3.18



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Frauen rauchen häufiger, die älteren weniger häufig. In Liechtenstein rauchen weniger junge Frauen zwischen 15 und 34 Jahren als in der Schweiz.

In Liechtenstein sind Personen mit lediglich obligatorischer Schule häufiger Nichtraucher als Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II (Abb. 3.17). Eine entsprechende Tendenz besteht auch im Vergleich mit der Tertiärstufe. Über die Gründe kann hier nur spekuliert werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass in der Kategorie «obligatorische Schule» viele Frauen sind (57%). Da Frauen weniger rauchen als Männer, könnte dies ein Grund sein für den tiefen Anteil Rauchender mit obligatorischer Schulbildung. In der Schweiz ist der Anteil Raucher bei Personen mit tertiärer Schulbildung signifikant kleiner als bei Personen mit Ausbildung auf Sekundarstufe II oder mit obligatorischer Schule. In beiden Ländern rauchen Ausländer signifikant häufiger als Inländer.

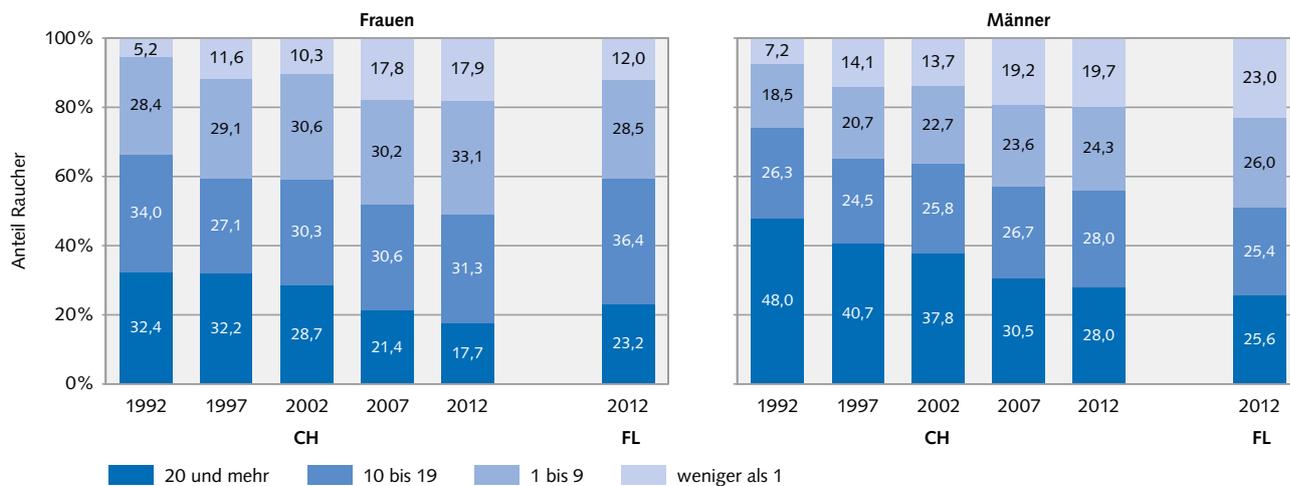
In Liechtenstein sind die durchschnittlichen Raucheranteile nach sozioprofessioneller Kategorie – bei sehr grossen Vertrauensintervallen – denjenigen der Schweiz sehr ähnlich. Jedoch zeigen sich nur in der Schweiz deutliche Differenzen hinsichtlich Tabakkonsum (Abb. 3.18). Der Raucheranteil ist bei den Vorarbeitern mit qualifizierten manuellen Berufen am höchsten, bei den höheren Führungskräften und den freien Berufen am niedrigsten.

Zwischen 1992 und 2012 hat sich in der Schweiz die Verteilung der Anzahl pro Tag gerauchter Zigaretten erheblich verändert (Abb. 3.19). Es gibt signifikant weniger starke Raucherinnen (20 Zigaretten pro Tag und mehr), aber mehr Gelegenheitsraucherinnen⁵⁰ (Zunahme

⁵⁰ Personen, die sich als Raucherin bzw. als Raucher bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen, werden als Gelegenheitsrauchende bezeichnet.

Zigarettenkonsum pro Tag (nur Raucherinnen und Raucher), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.19



1992: n=4623 (CH); 2002: n=5616 (CH); 2007: n=4815 (CH); 2012: n=252 (FL); n=5727 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

von 5,2% auf 17,9%). Es rauchen also heute gleich viele Frauen, aber sie rauchen weniger Zigaretten als früher; der Tabakkonsum insgesamt ist zurückgegangen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass auch ein geringer Zigarettenkonsum schädlich ist. Laut einer norwegischen Studie haben Personen, die eine bis vier Zigaretten pro Tag rauchen, ein um 50% höheres Risiko, früher zu sterben, als komplette Nichtraucher. Ebenfalls haben bereits wenig Rauchende ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Hirnschlag und Krebs (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Bei den Männern ist die Abnahme der durchschnittlichen Anzahl Zigaretten pro Tag noch deutlicher. Der Anteil der starken Raucher ist in den letzten 20 Jahren klar gesunken. Während der Anteil Gelegenheitsraucher im Jahr 1992 noch sehr niedrig war, gehört 2012 fast ein Fünftel der männlichen Raucher zu dieser Gruppe. Bei den Männern ist der Rückgang des Raucheranteils ausgeprägt. Bei den Frauen ist er über die letzten 20 Jahre hingegen stabil geblieben. Dies deutet auf eine grössere Abnahme des Tabakkonsums bei den Männern im Vergleich zu den Frauen hin. Zwischen Liechtenstein und der Schweiz gibt es 2012 in der Anzahl konsumierter Zigaretten und Geschlecht keine signifikanten Unterschiede.

3.3.2 Passivrauchen

Passivrauchen ist das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft. Passivrauch hat zwei Quellen: den ausgeatmeten Rauch und den Rauch, der von der brennenden Spitze der Zigarette entweicht. Letzterer wird weder vom Zigarettenfilter noch von der Lunge der

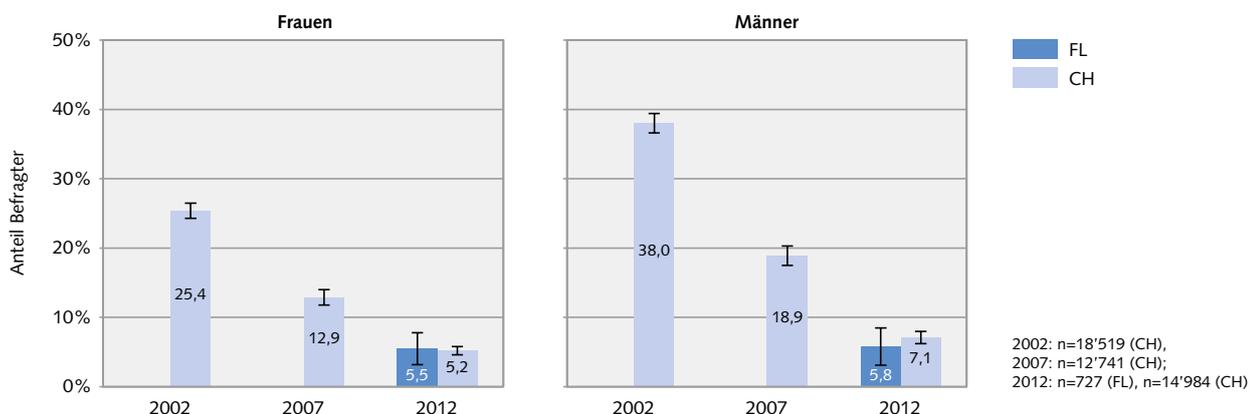
Raucher gefiltert und enthält höhere Konzentrationen von krebserregenden Stoffen als der ausgeatmete Rauch (Taylor et al., 2007). Passivrauchen erhöht das Risiko von koronaren Herzerkrankungen (+31%), von Lungenkrebs (+25%) und von Atemwegserkrankungen (+39% bis +116%) (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Das Gesetz über den Nichtraucherschutz (Tabakpräventionsgesetz) in Liechtenstein ist seit Anfang 2008 in Kraft. Es verbietet das Rauchen in öffentlich zugänglichen Räumen wie Gebäuden des Gemeinwesens, Bildungs-, Begegnungs- und Betreuungsstätten, Museums-, Kino-, und Theaterräumlichkeiten, Empfangsräumen und Ladenlokalen sowie im öffentlichen Verkehrsbetrieb. Weiter ist Rauchen in geschlossenen und für Gäste zugänglichen Räumen gastgewerblicher Betriebe verboten. Vom Verbot ausgenommen sind dagegen geschlossene, abgetrennte Raucherräume und Gastbetriebe, die nur über einen einzigen Raum verfügen.

In der Schweiz ist seit Mai 2010 ein ähnliches Gesetz, das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen⁵¹ in Kraft. Dieses Gesetz verbietet das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen. Im Bereich der Restauration sieht das Gesetz Ausnahmen vor: Betriebe mit einer Fläche von maximal 80m² werden als Raucherräume bewilligt, falls sie gewisse Voraussetzungen erfüllen und eine kantonale Genehmigung vorweisen. Der Betrieb von Raucherräumen in Restaurants und

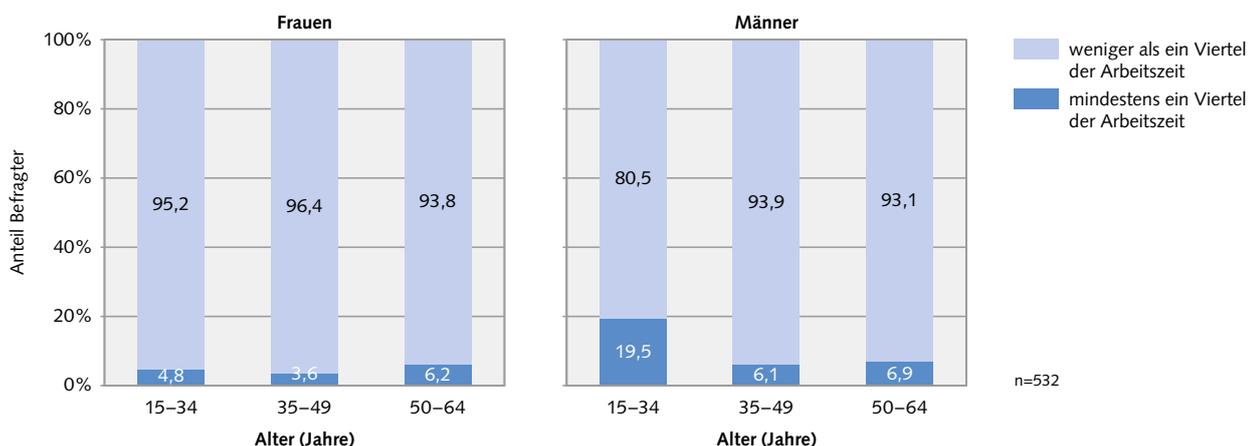
⁵¹ <http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/8243.pdf> (Zugriff am 16.09.2015)

Passivrauchen (eine Stunde und mehr pro Tag), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2002–2012 **Abb. 3.20**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012 © Obsan 2015

Passivrauchen bei der Arbeit (15– bis 64-Jährige), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 3.21**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

Hotels (sogenannte «Fumoirs») ist ebenfalls erlaubt. In den Raucherräumen ist die Beschäftigung von Personal jedoch nur möglich, wenn dessen schriftliche Zustimmung vorliegt.

Gemäss SGB hat sich in der Schweiz die Belastung durch Passivrauch seit 2002 deutlich verringert. Im Jahr 2002 waren noch 31,3% der Schweizer Bevölkerung mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt. Bis 2007 ging dieser Anteil auf 15,6% zurück und sank weiter auf 6,1% im Jahr 2012, was vergleichbar ist mit Liechtenstein (5,6%). Diese Zahlen decken sich auch mit den Resultaten des «Suchtmonitoring Schweiz» (BAG, 2014d).

Die Exposition gegenüber Passivrauch variiert nach Geschlecht (Abb. 3.20). Männer sind Passivrauch häufiger ausgesetzt als Frauen, die Geschlechterunterschiede haben sich in den letzten zehn Jahren jedoch deutlich

verringert. 2012 sind in Liechtenstein gleich viele Frauen wie Männer Passivrauch ausgesetzt. In der Schweiz hingegen sind die Männer immer noch signifikant häufiger betroffen als die Frauen.

Passivrauchen am Arbeitsplatz ist ein besonderes öffentliches Gesundheitsproblem, da die Arbeitsumgebung in den meisten Fällen nicht frei gewählt werden kann. Gemäss SGB 2012 ist die Passivrauch-Exposition (während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit) insbesondere bei den 15- bis 34-jährigen liechtensteinischen Männern viermal höher als bei den gleichaltrigen Frauen (Abb. 3.21). Bei den höheren Altersklassen sind keine solche deutlichen Unterschiede mehr zu beobachten. In der Schweiz hingegen sind sowohl bei den 35- bis 49-Jährigen als auch bei den 50- bis 64-Jährigen die Männer signifikant häufiger Passivrauch bei der Arbeit ausgesetzt als die Frauen.

3.3.3 Alkoholkonsum

In Liechtenstein, wie in der Schweiz, ist der Konsum von Alkohol ein fester kultureller Bestandteil. Die Mehrheit in beiden Bevölkerungen weist einen unproblematischen Alkoholkonsum auf. Ein übermässiger Konsum von Alkohol wirkt sich nicht nur auf die Betroffenen negativ aus, sondern ist auch für ihr Umfeld belastend und schädlich.

Die Kommission für Suchtfragen Liechtensteins, die mit der Durchführung von Suchpräventionskampagnen beauftragt ist, hat – wie beim Tabakkonsum – keine abstinenten Gesellschaft zum Ziel, sondern eine Bevölkerung, die bewusst mit dem Konsum von Alkohol umgeht.⁵² Alkoholmissbrauch soll erkannt und enttabuisiert werden. Konkrete Ziele sind die Erhöhung des Alters beim erstmaligen Alkoholkonsum und die Reduktion problematischen Alkoholkonsums.

In der Schweiz läuft seit 2008 (bis 2016) das Nationale Programm Alkohol (NPA). Es bezweckt, die Kompetenzen der Bevölkerung im Umgang mit Alkohol zu stärken und den Alkoholmissbrauch einzudämmen (BAG, 2008b). Sein Leitsatz lautet: «Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen» (BAG, 2013b). Es sensibilisiert die Bevölkerung für die Schädlichkeit problematischen Alkoholkonsums, stärkt den Jugendschutz beim Alkohol (kein Alkoholverkauf an Minderjährige) und unterstützt die Akteure der Alkoholprävention in ihrer Arbeit.

Gemäss der WHO kann übermässiger und damit gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum in zwei Kategorien eingeteilt werden: chronischer Alkoholkonsum (regelmässig zu viel Alkohol trinken) und Rauschtrinken, auch bekannt unter dem Begriff «binge drinking» (Konsum einer relativ grossen Menge Alkohol in einem kurzen Zeitraum) (WHO, 2000a). In spezifischen Situationen (im Strassenverkehr, am Arbeitsplatz, während der Schwangerschaft) können auch schon kleine Mengen Alkohol mit erheblichen Risiken verbunden sein.

Chronischer Konsum von Alkohol kann zu Erkrankungen der Leber und des Verdauungssystems führen. Darüber hinaus kann er verschiedene Formen von Krebs, Bluthochdruck und Erkrankungen des peripheren Nervensystems hervorrufen. Von mehr als 230 Krankheiten, Vergiftungen und Verletzungen ist bekannt, dass sie durch risikoreichen Alkoholkonsum verursacht werden können (Rehm et al., 2010). Ausserdem kann Alkohol zu Abhängigkeit führen. Regelmässiger Alkoholkonsum in

kleinen Mengen hingegen schützt nachweislich vor koronarer Herzkrankheit, Hirnschlag, Diabetes Typ II und Gallensteinen (Babor et al., 2010).⁵³

Alkohol und Tabak sind weltweit die Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle oder Behinderungen (Babor et al., 2010). Für die Schweiz wird die Anzahl alkoholbedingter Todesfälle 2011 auf 2863 (4,6% aller Todesfälle)⁵⁴ geschätzt (Marmet, 2013). Die Art der Todesfälle verändert sich mit dem Alter: Bei jungen Erwachsenen sind die mit Alkohol assoziierten Todesfälle hauptsächlich auf Unfälle und Verletzungen zurückzuführen, im mittleren Erwachsenenalter dominieren Erkrankungen des Verdauungssystems. Bei älteren Personen bis 74 Jahre sind dann Krebserkrankungen die häufigste alkoholbedingte Todesursache. Der relative Anteil der mit Alkohol assoziierten Todesfälle am Total aller Todesfälle ist im Alter zwischen 25 und 35 Jahren am höchsten und beträgt rund ein Viertel aller Todesfälle bei den Männern.

Die Kosten von übermässigem Alkoholkonsum betragen 2010 in der Schweiz 4,2 Milliarden Franken (BAG, 2014a). Dies entspricht 0,7% des Bruttoinlandsprodukts oder 630 Franken pro Einwohner über 15 Jahren. Indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten durch vorzeitigen Tod, Invalidität und Arbeitslosigkeit machen den grössten Anteil aus (80% resp. 3,4 Milliarden Franken). Die direkten Kosten im Gesundheitsbereich für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen betragen 613 Millionen Franken (15%). Im strafrechtlichen Bereich belaufen sich die Kosten auf 251 Millionen Franken (6%) für Polizei- und Gerichtskosten sowie für den Strafvollzug.

Im Jahr 2012 beträgt der durchschnittliche Konsum reinen Alkohols bei den Schweizern ab 15 Jahren 9,9 Liter pro Person. Dies ist etwa gleich hoch wie in den OECD-Ländern (9,4 Liter) (OECD, 2014a).

In der SGB 2012 werden drei Aspekte des Alkoholkonsums behandelt: Die Häufigkeit, die Art (Bier, Wein, Liköre, Aperitifs, Spirituosen) sowie die Menge der konsumierten alkoholischen Getränke. Damit lässt sich der Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnen. Als Faustregel gilt: In einem Standardgetränk sind 10 g reiner Alkohol enthalten. Ein Standardgetränk entspricht

⁵² www.duseschtwia.li (Zugriff am 16.09.2015)

⁵³ Die schützende Wirkung von Alkohol wird im vorliegenden Bericht nicht behandelt.

⁵⁴ www.bfs.admin.ch → 01 – Bevölkerung → Bevölkerungsbewegung → Indikatoren → Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung (Zugriff am 16.09.2015)

Kriterien für ein Gesundheitsrisiko aufgrund chronischen täglichen Alkoholkonsums (WHO, 2000a):

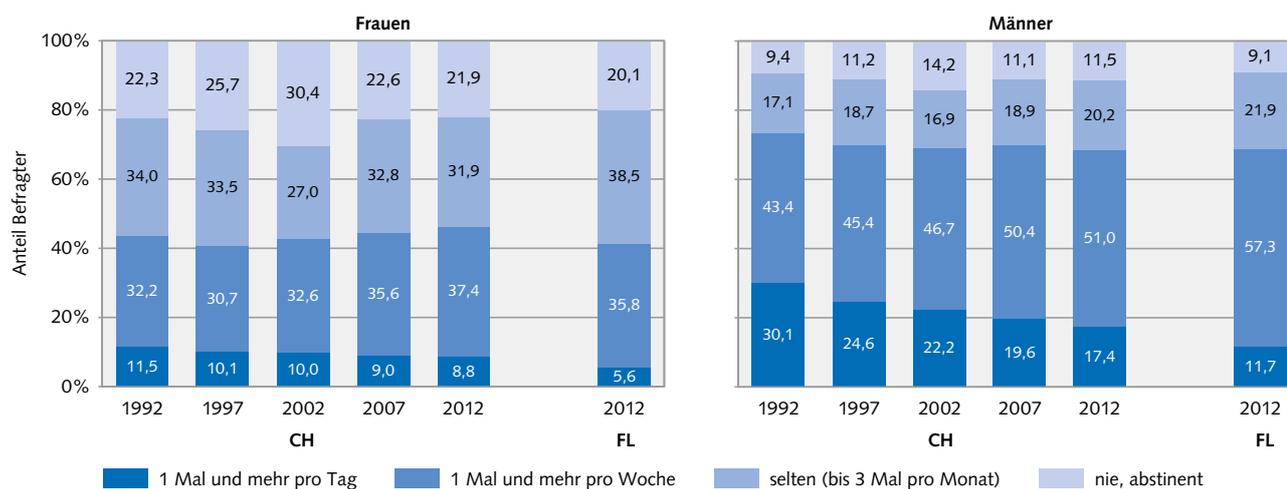
	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Frauen	≤20 Gramm	21–40 Gramm	>40 Gramm
Männer	≤40 Gramm	41–60 Gramm	>60 Gramm

Quelle: Dawson & Room, 2000; WHO, 2000a

© Obsan 2015

Alkoholkonsum, nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.22



1992: n=15'282 (CH), 1997: n=12'997 (CH), 2002: n=19'677 (CH), 2007: n=18'731 (CH), 2012: n=1023 (FL), n=21'581 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

in etwa 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 2 cl Spirituosen.⁵⁵ Ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20 g bei Frauen und von 40 g bei Männern besteht für die betreffenden Personen ein mittleres gesundheitliches Risiko. Ab einem täglichen Konsum von 40 g bei Frauen und 60 g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; WHO, 2000a). Als «Rauschtrinken» wird der Konsum von sechs oder mehr Standardgetränken auf einmal definiert, wobei das Ereignis nicht mehr als zwölf Monate zurückliegt und die konsumierte Menge hier unabhängig vom Geschlecht ist.

In Liechtenstein unterscheidet sich der Alkoholkonsum von Frauen und Männern deutlich (Abb. 3.22). Im Jahr 2012 konsumierten doppelt so viele Männer (11,7%) täglich Alkohol wie Frauen (5,6%). Auch der mindestens einmal wöchentliche Konsum ist bei Männern (57,3%) ausgeprägter als bei Frauen (35,8%). Frauen trinken insgesamt seltener Alkohol. Doppelt so viele Frauen wie Männer sind abstinent, verzichten also ganz auf Alkohol. Weniger Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner als Schweizerinnen und Schweizer trinken jeden Tag Alkohol. Dafür trinken mehr

Liechtensteiner als Schweizer Männer mindestens einmal pro Woche. Die restlichen Zahlen und insbesondere die Zahl abstinenten Frauen und Männer unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Ländern.

In den letzten 20 Jahren hat sich der Anteil Schweizer Männer, die täglich trinken gemäss SGB deutlich verringert. Während im Jahr 1992 noch 30,1% der Schweizer Männer täglich Alkohol tranken, ist dieser Anteil bis 2012 signifikant auf 17,4% gesunken. Zugenommen haben demgegenüber der wöchentliche und der seltene Alkoholkonsum. Bei den Schweizerinnen hat sich der tägliche Alkoholkonsum ebenfalls von 11,5% im Jahr 1992 auf 8,8% im Jahr 2012 verringert.

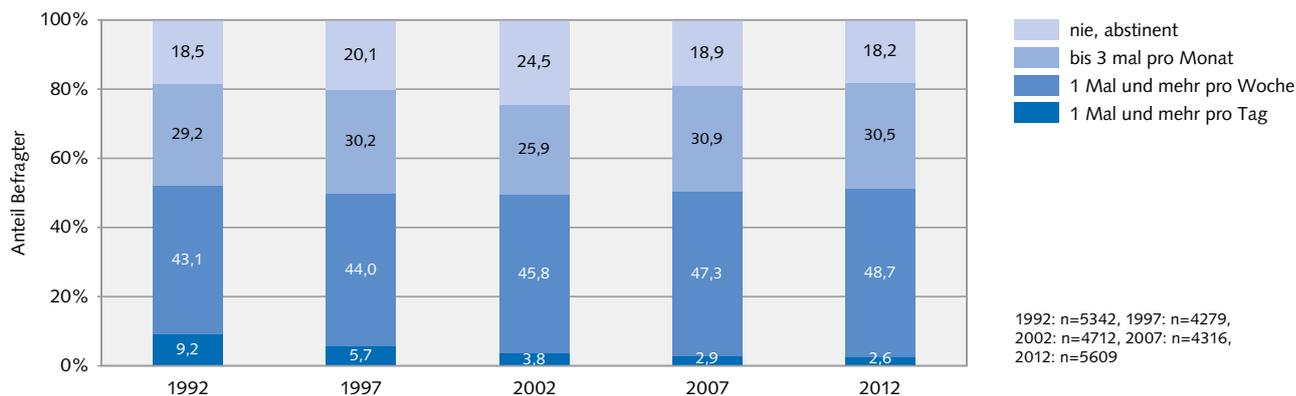
Wird insbesondere der Alkoholkonsum der 15- bis 34-jährigen Schweizer über die letzten 20 Jahre betrachtet, fällt ebenfalls die Abnahme des Anteils Personen auf, die 1 Mal und mehr pro Tag trinken (Abb. 3.23). Hingegen hat der Anteil der Personen, die mindestens wöchentlich trinken zugenommen. Der Anteil der Abstinenten bleibt – mit einer temporären Zunahme in 2002 – über die gleiche Zeit konstant.

Der Anteil täglich Alkoholkonsumierender ist bei den 65-Jährigen und Älteren deutlich höher als bei den Jüngeren, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Abb. 3.24). Während nur wenige 15- bis 34-Jährige täglich Alkohol

⁵⁵ Gemäss Forum Suchtmedizin Ostschweiz: www.fosumos.ch → Alkohol → Standardgetränk (Zugriff am 16.09.2015)

Alkoholkonsum (15- bis 34-Jährige), Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.23

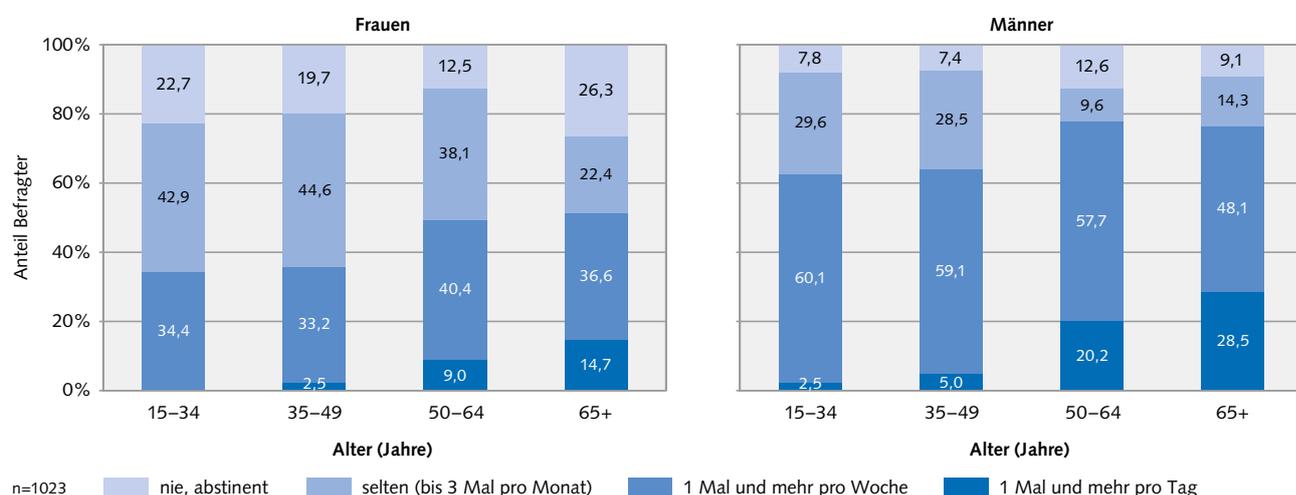


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.24



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

konsumieren, trinkt einer von fünf 50- bis 64-jährigen Männern jeden Tag Alkohol. Bei den 65-jährigen und älteren Liechtensteinern ist dieser Anteil nochmals höher (fast jeder Dritte). Bei den gleichaltrigen Frauen beträgt der Anteil 14,7%. Es ist zu beachten dass das Risiko einer Alkoholabhängigkeit mit dem Alter steigt, weil die gleiche Menge Alkohol bei älteren Personen zu höherem Blutalkoholgehalt führt als bei jüngeren. Dazu zieht ein langanhaltender und übermässiger Alkoholkonsum im Alter ein nochmals höheres Risiko für Krankheiten wie Diabetes, Demenz oder Krebs mit sich (BAG, 2014c).

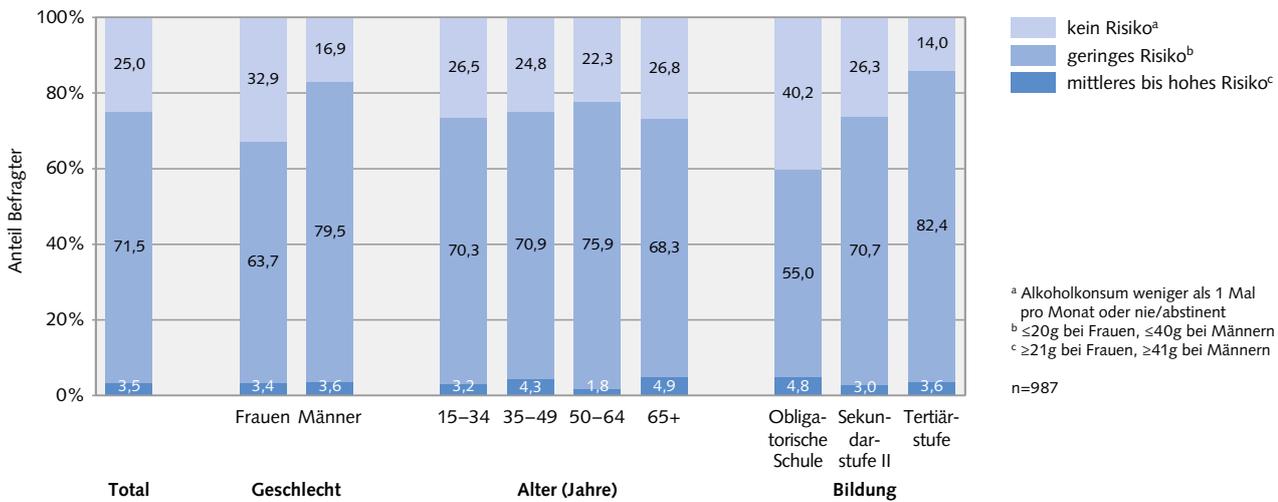
Die WHO schätzt das gesundheitliche Risiko des Alkoholkonsums über die konsumierte tägliche Alkoholmenge in Gramm ab (vgl. Kasten am Anfang des Unterkapitels) (WHO, 2000a). In Abbildung 3.25 ist zusätzlich die Gruppe der Abstinerten abgebildet, die als Gruppe ohne Risiko bezeichnet wird. Die grosse Mehrheit der

liechtensteinischen Bevölkerung hat gar kein (25,0%) oder nur ein geringes gesundheitliches Risiko (71,5%) aufgrund ihres Alkoholkonsums. In der Schweiz sind diese Anteile ähnlich (Anhang A-3.7). Der Anteil der Liechtensteiner mit mittlerem bis hohem Risiko liegt im Jahr 2012 bei 3,5%. Er unterscheidet sich nicht signifikant vom Schweizer Wert (4,8%). Auch unterscheiden sich die Anteile der Personen mit mittlerem bis hohem Risiko in Liechtenstein weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen den Altersgruppen oder zwischen den Bildungsniveaus.

Allerdings gibt es signifikante Unterschiede in Bezug auf den risikofreien Alkoholkonsum: In beiden Ländern haben Frauen häufiger kein gesundheitliches Risiko aufgrund von chronischem Alkoholkonsum als Männer. Personen ohne nachobligatorische Schulbildung haben öfters kein Risiko als Personen mit

Gesundheitsrisiko durch chronischen Alkoholkonsum, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.25

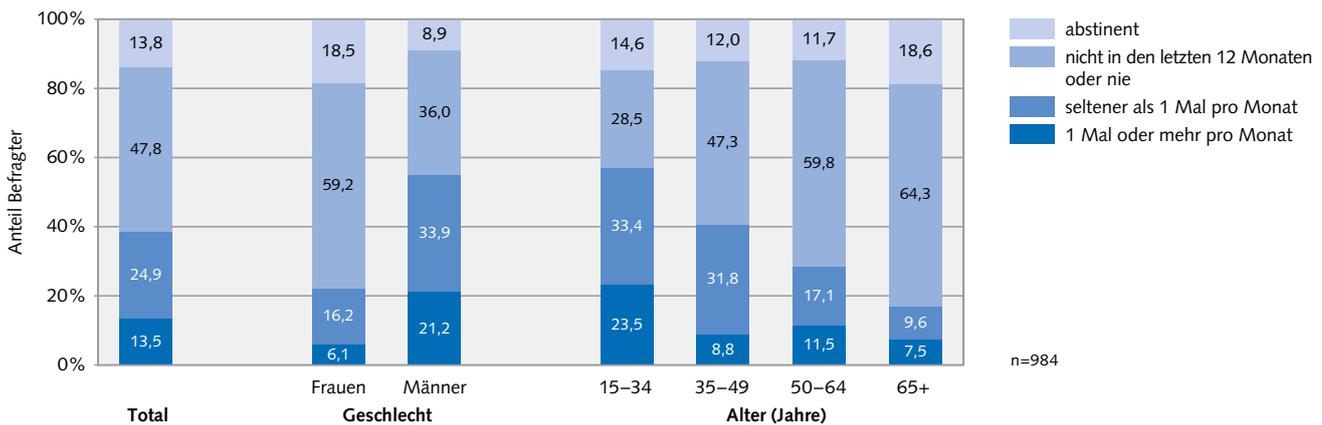


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen, 2012

© Obsan 2015

Rauschtrinken, nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.26



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ausbildung auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe. Letzteres dürfte sich – wie schon bei der Einstellung zur Gesundheit – mindestens teilweise durch den relativ hohen Anteil (57%) Frauen bei Personen mit obligatorischer Schule erklären. Da die Frauen häufiger *kein* Risiko haben, erhöhen sie diesen Anteil unter den Personen mit obligatorischer Schule insgesamt.

13,5% der liechtensteinischen Bevölkerung konsumieren mindestens einmal im Monat innert kurzer Zeit zu viel Alkohol (sogenanntes Rauschtrinken) (Abb. 3.26). In der Schweiz sind dies vergleichbare 11,1%. Dieses Verhalten ist häufiger bei Männern (21,2%) als bei Frauen (6,1%) zu sehen und ist vor allem in der jüngeren Generation verbreitet. Die älteren Altersgruppen weisen im Vergleich dazu eher tiefe Werte für Rauschtrinken auf. Somit unterscheiden sich die Arten des risikoreichen

Alkoholkonsums zwischen den Altersgruppen: Während bei Jüngeren eher Rauschtrinken das Problem ist, ist es bei älteren Personen der chronische Alkoholkonsum.

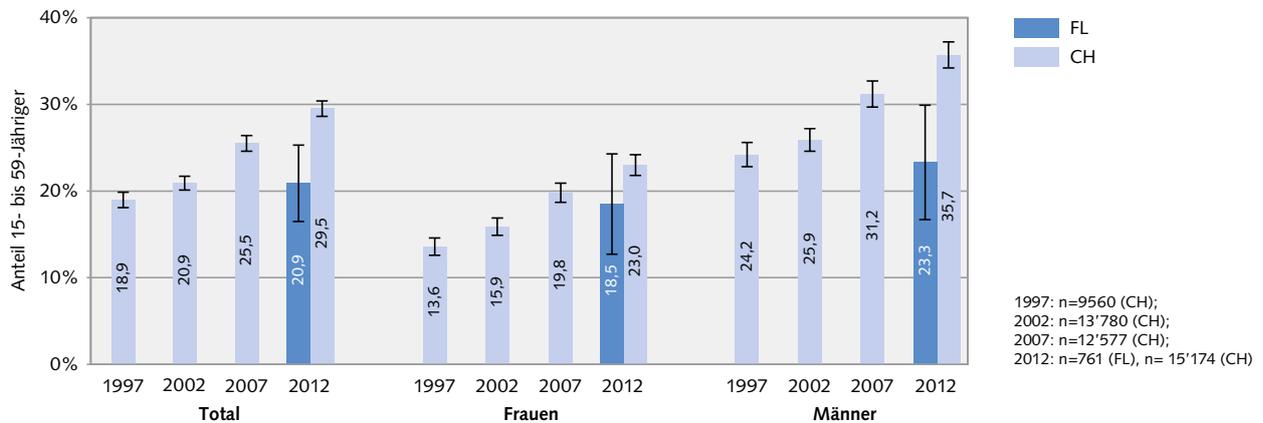
3.3.4 Cannabiskonsum

Cannabis wird in Form von Marihuana (getrocknete Blüten, Blätter), Haschisch (Harz, gemischt mit Pflanzenteilen) und Öl verwendet und, in der Regel mit Tabak gemischt, geraucht oder inhaliert. Je nach Dosierung, Konsumart, bisherigen Cannabiserfahrungen, Persönlichkeit, momentaner psychischer Verfassung und Mischkonsum mit anderen Substanzen, ist der Gebrauch von Cannabis mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken verbunden.⁵⁶ Gewisse negative Folgen sind vergleichbar

⁵⁶ www.suchtmonitoring.ch → Cannabis (Zugriff am 16.09.2015)

Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum (15- bis 59-Jährige), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1997–2012

Abb. 3.27



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

mit jenen des Rauchens. Bei regelmässigem, häufigerem Konsum kommt es zu einer Zunahme von Atemwegsentzündungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hall, 2009). Die Aufmerksamkeit sinkt, weswegen das Risiko von Unfällen steigt (Hall & Degenhardt, 2009). Häufiger Konsum und Cannabisabhängigkeit erhöhen zudem das Auftreten von Psychosen (Hall, 2009). Bei einem Beginn in jungen Jahren können diese negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung und die psychische Gesundheit der betroffenen Jugendlichen haben (Grotenhermen, 2007).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Eine Studie zum Suchtmittelkonsum junger Menschen in Liechtenstein zeigt, dass rund 25% der liechtensteinischen Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren Erfahrungen mit Cannabis haben (Büchel & Kocsis, 2008). Zum Cannabiskonsum der Erwachsenen in Liechtenstein gibt es bisher keine offiziellen Zahlen.

In der Schweiz haben gemäss Suchtmonitoring des BAG in der gesamten Bevölkerung ab 15 Jahren 29,6% mindestens einmal in ihrem bisherigen Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). In der Gesamtbevölkerung haben 6,3% in den letzten zwölf Monaten Cannabis geraucht. Bei den Männern sind es 8,8%, bei den Frauen 4,0% (Jahresprävalenzen) (Gmel & Kuentig, 2013). Die Autoren des Suchtmonitorings weisen darauf hin, dass es sich um eine Unterschätzung handeln könnte, da der Cannabiskonsum verboten ist und Personen in den Interviews möglicherweise zögern, diesen zu erwähnen. Dasselbe gilt auch für die Daten der SGB.

Das Betäubungsmittelgesetz⁵⁷ des Fürstentums Liechtenstein listet alle Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe auf. Ebenfalls als Betäubungsmittel klassiert ist Cannabis, sowie Stoffe und Präparate, die auf dessen Grundlage hergestellt werden oder eine ähnliche Wirkung haben. Cannabis mit einem durchschnittlichen Gesamt-THC-Gehalt⁵⁸ von mindestens 1% darf nicht angebaut, hergestellt oder in Verkehr gebracht werden.

Das liechtensteinische Betäubungsmittelgesetz wurde ursprünglich vom schweizerischen Gesetz rezipiert. In der Schweiz ist seit Oktober 2013 das revidierte Betäubungsmittelgesetz in Kraft. Der Cannabiskonsum bei Erwachsenen wird strafrechtlich nicht mehr verfolgt, sondern über das Ordnungsbussensystem geahndet.⁵⁹ Mit dem neuen Gesetz soll der Cannabiskonsum in der Schweiz zwar möglichst entkriminalisiert, jedoch keineswegs banalisiert werden. In Liechtenstein sind die entsprechenden Revisionen nicht nachvollzogen worden. Es existiert bisher lediglich eine Anfrage eines Landtagabgeordneten an den Regierungsrat.⁶⁰

Die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum bei Personen zwischen 15 und 59 Jahren⁶¹ ist in jeder Befragungsrunde der SGB signifikant gestiegen: von 18,9%

⁵⁷ www.gesetze.li → Gebietssystematik → 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit → 81 Gesundheit → 812.120 (Zugriff am 16.09.2015) und <https://www.gesetze.li/chrono/0/pdfs/2015025000> (Zugriff am 16.09.2015)

⁵⁸ THC (Tetrahydrocannabinol) ist der hauptsächlich rauschbewirkende Bestandteil von Cannabis.

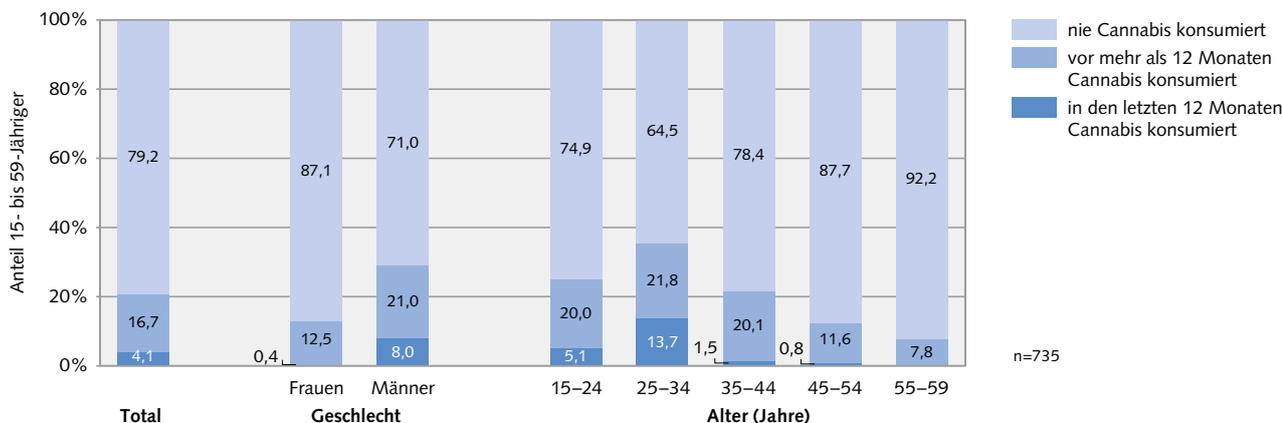
⁵⁹ <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msgid=49053> (Zugriff am 25.03.2015)

⁶⁰ http://www.gmg.biz/pdf.aspx?xsl=http://www.landtag.li/config/anfrage2pdf.xslt&xml=http://www.landtag.li/files/temp/kleineanfrage_59475.xml (Zugriff am 27.02.2015)

⁶¹ Da in früheren Befragungen lediglich Personen zwischen 15 und 59 Jahren befragt wurden, berücksichtigt im Folgenden der zeitliche Vergleich ebenfalls nur Personen in dieser Alterskategorie; dies gilt auch für die Analyse des Cannabiskonsums in den letzten zwölf Monaten.

Cannabiskonsum (in den letzten zwölf Monaten, 15- bis 59-Jährige), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.28



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

im Jahr 1997 auf 29,5% im Jahr 2012 (Abb. 3.27). Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen hat der Konsum von Cannabis zugenommen. In Liechtenstein konsumierten 2012 signifikant weniger Personen Cannabis als in der Schweiz. Dieser Unterschied lässt sich vor allem mit einem geringeren Anteil von Cannabis konsumierenden Männern in Liechtenstein erklären. Bei den Frauen gibt es im Vergleich zur Schweiz keinen signifikanten Unterschied.

4,1% der Liechtensteiner geben 2012 an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben (Abb. 3.28). Diese Jahresprävalenz ist bei Frauen deutlich tiefer als bei Männern (0,4% versus 8,0%). Im Alter zwischen 25 und 34 Jahren ist der Cannabiskonsum am weitesten verbreitet (13,7%). Bei den älteren Bevölkerungsgruppen geht der Anteil der Konsumierenden auf 1,5% oder noch weniger zurück. Während rund 75% der 15- bis 24-jährigen Liechtensteiner sagen, dass sie noch gar nie Cannabis konsumiert haben, liegt dieser Anteil bei den 55- bis 59-Jährigen bei über 90%.

3.3.5 Medikamentenkonsument

In den letzten hundert Jahren hat sich die Pharmakologie enorm entwickelt. Es gibt heute Hunderte von chemischen Molekülen für die Behandlung verschiedenster Krankheiten. Der Einsatz von Medikamenten ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und trägt entscheidend zur Verlängerung des Lebens und zur Verbesserung der Lebensqualität bis ins hohe Alter bei. Medikamente sind aber nicht nur nützlich; sie beinhalten auch ein Risiko von Missbrauch und können erhebliche Nebenwirkungen haben. Ausserdem werden gewisse Medikamente nicht für den vorgesehenen Heilungszweck

eingesetzt oder werden ohne medizinische Indikation eingenommen. Der Übergang von einer medizinisch indizierten Verwendung zu einem unangemessenen Konsum ist teilweise schwierig zu definieren.⁶²

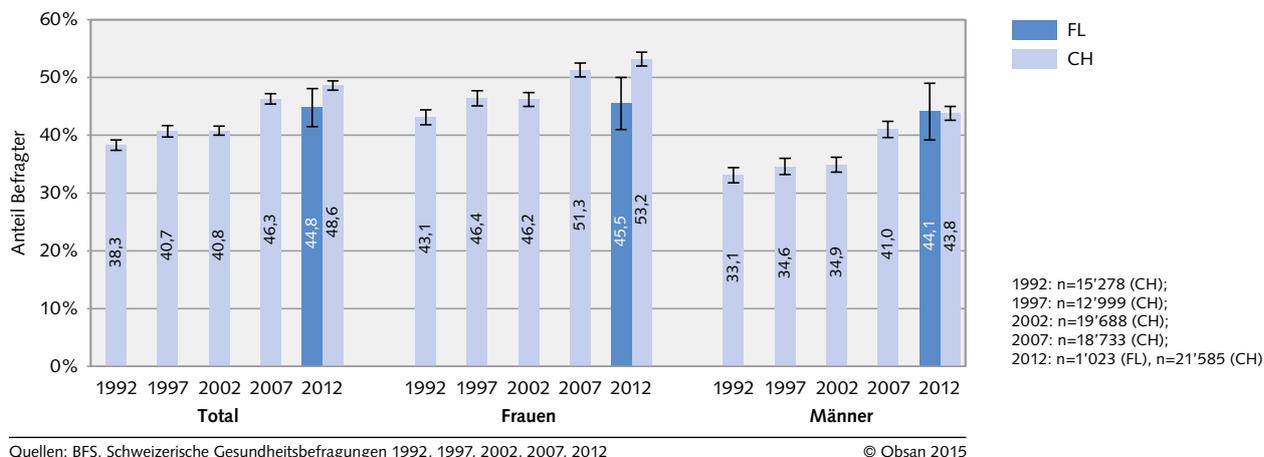
Wie in den Abschnitten 2.4.1 und 2.5.2 gezeigt wurde, sind Störungen wie Nervosität, Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Niedergeschlagenheit in der Bevölkerung stark verbreitet. Um beispielsweise Stress in der Schule oder bei der Arbeit zu bewältigen, nehmen manche Personen psychotrope⁶³ Medikamente wie Beruhigungsmittel, Schlaftabletten oder Antidepressiva ein. Diese Medikamente beeinflussen das zentrale Nervensystem und verändern dadurch das Erleben und das Verhalten des Menschen. Eine längere Verwendung solcher Medikamente kann zu Abhängigkeit führen. Sie beinhaltet Risiken und kann insbesondere das Erinnerungsvermögen und die psychomotorische Koordination beeinträchtigen (Lader, 2011). Verschiedene Schmerzmittel haben ebenfalls ein erhöhtes Suchtpotenzial.

Die SGB erhebt den generellen Medikamentenkonsument mit der Frage nach der Einnahme irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen. Daneben wird auch der Konsum vier spezifischer Gruppen von Medikamenten abgefragt: Es sind dies Schmerzmittel (Anhang A-3.8), Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Antidepressiva (Anhang A-3.9).

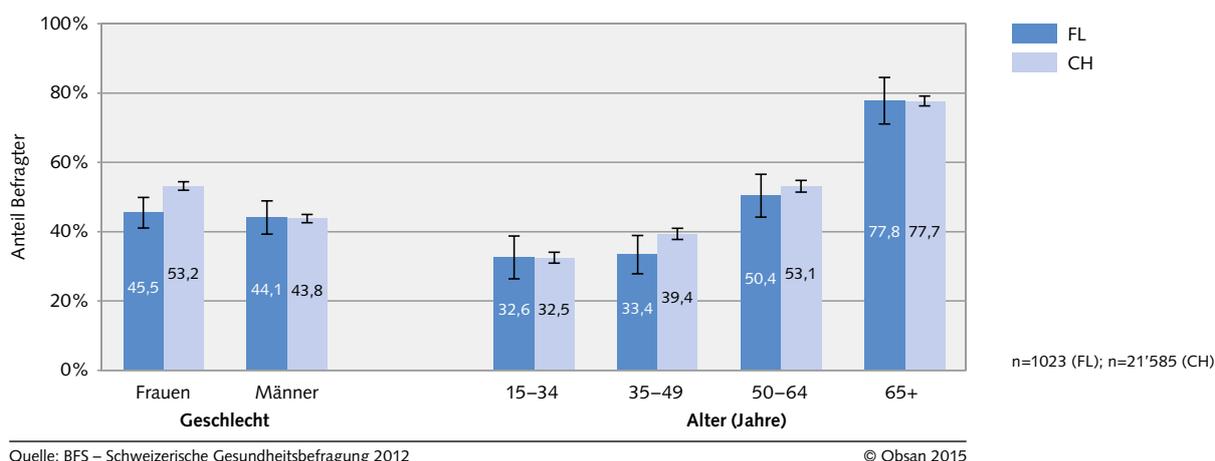
⁶² Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten erlauben es nicht, zwischen angemessenem (medizinisch indiziertem) und unangemessenem Medikamentenkonsument zu unterscheiden.

⁶³ Psychotrop wird hier im weiteren Sinne als auf die Psyche wirkend verstanden.

Zeitliche Entwicklung des Medikamentenkonsums (letzte sieben Tage), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 1992–2012 **Abb. 3.29**



Medikamentenkonsum (letzte sieben Tage), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 3.30**



Im Jahr 2012 haben 44,8% der Liechtensteiner in den sieben Tagen vor der Befragung ein Medikament konsumiert (Abb. 3.29). Liechtensteinerinnen haben seltener ein Medikament konsumiert als Schweizerinnen. Bei den Männern hingegen sind die Anteile zwischen den beiden Ländern vergleichbar. In der Schweizer Bevölkerung hat sich der Medikamentenkonsum in den letzten 20 Jahren deutlich erhöht. Der Anteil an Personen, welche in der vergangenen Woche mindestens ein Medikament konsumiert haben, stieg von 38,3% im Jahr 1992 auf 48,6% in 2012.

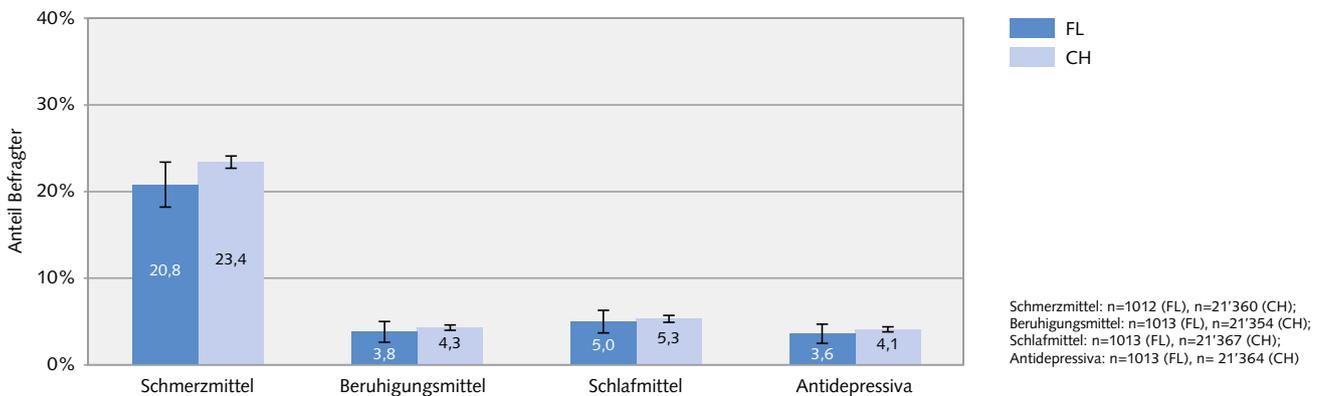
In Liechtenstein haben ungefähr gleich viele Frauen wie Männer in der Vorwoche mindestens ein Medikament eingenommen. In der Schweiz hingegen waren es signifikant mehr Frauen als Männer. Die Resultate der Schweiz interpretiert man so, dass ein Teil des Medikamenten-Mehrkonsums von Frauen in den spezifisch

weiblichen Lebensphasen (Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre) zu Stande kommt (BAG, 2006). Zwischen den Altersgruppen lassen sich signifikante Unterschiede sowohl in Liechtenstein wie auch in der Schweiz feststellen. So haben rund ein Drittel der 15- bis 49-jährigen Personen in beiden Ländern in den letzten sieben Tagen Medikamente eingenommen. Bei den 50- bis 64-jährigen waren es die Hälfte und bei den 65-Jährigen und Älteren über drei Viertel.

2012 konsumierten 20,8% der Liechtensteiner in den sieben Tagen vor der Befragung ein Schmerzmittel (Abb. 3.31). Im Vergleich dazu konsumierten sie seltener Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Antidepressiva. Unterschiede zur Schweiz zeigen sich keine. In der Schweiz hat sich der Anteil Personen mit Schmerzmittelkonsum zwischen 1992 und 2012 fast verdoppelt (Anhang A-3.8). Der Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln

Medikamentenkonsument (letzte sieben Tage), Fürstentum Liechtenstein und Schweiz

Abb. 3.31

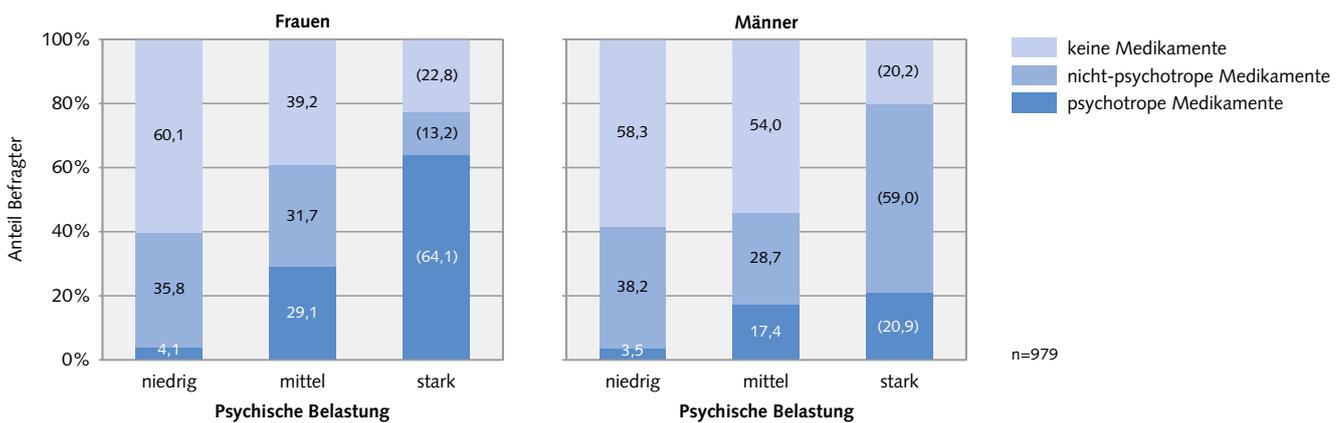


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anteil Befragte, die keine, nicht-psychotrope oder psychotrope Medikamente konsumieren (letzte sieben Tage), nach Geschlecht und psychischer Belastung, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 3.32



Personen, die sowohl psychotrope als auch nicht-psychotrope Medikamente konsumieren, wurden zur Gruppe der «psychotrope Medikamente» Konsumierenden gezählt.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

sowie von Antidepressiva ist schweizweit seit 1992 (Angaben zu Antidepressiva sind erst ab 2007 verfügbar) stabil geblieben und unterscheidet sich aktuell nicht von demjenigen in Liechtenstein (Anhang A-3.9).

Bei Frauen und Männern in Liechtenstein ist der wöchentliche Konsum von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln gleich häufig. Der Anteil derjenigen, die Antidepressiva konsumieren, ist bei den Frauen signifikant höher als bei den Männern (Anhang A-3.9).

Abbildung 3.32 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dem Medikamentenkonsument der Liechtensteiner Bevölkerung. Bei den Frauen zeigt sich: Mit zunehmender psychischer Belastung konsumieren mehr Frauen psychotrope

Medikamente und weniger Frauen gar keine Medikamente. Bei niedriger und mittlerer psychischer Belastung hingegen ist der Konsum von nicht-psychotropen Medikamenten höher. Bei den Männern fällt auf, dass bei den stark psychisch Belasteten über die Hälfte nicht-psychotrope Medikamente konsumieren. Hinsichtlich Konsum psychotroper Medikamente gibt es keinen Unterschied zwischen mittel und stark belasteten Männern. Die Stichproben bei Personen mit starker psychischer Belastung sind sehr klein und die Werte deshalb mit Vorsicht zu interpretieren.

3.4 Zusammenfassung

Die Bedeutung, die jemand seiner Gesundheit beimisst, hat einen deutlichen Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten dieser Person. Frauen und ältere Personen achten besser auf ihre Gesundheit als Männer und jüngere Personen.

In Liechtenstein beträgt der Anteil erwachsener Personen mit Übergewicht und Adipositas im Jahr 2012 über 40%. In der Schweiz hat dieser Anteil seit 1992 von rund 30% auf etwa 40% zugenommen. Männer sind häufiger von Übergewicht und tendenziell auch häufiger von Adipositas betroffen als Frauen. Insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen ist der Anteil übergewichtiger Männer fast doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Frauen. Mit höherem Alter werden die geschlechterspezifischen Unterschiede etwas kleiner. Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind häufiger adipös als Personen mit höherem Bildungsabschluss.

Mehr Liechtensteinerinnen als Liechtensteiner achten auf eine ausgewogene Ernährung. An die Empfehlung «5 Früchte/Gemüse am Tag» halten sich doppelt so viele Frauen wie Männer. Diese Ernährungsempfehlung wird in Liechtenstein jedoch insgesamt signifikant seltener befolgt als in der Schweiz. Die Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen hält sich dabei am seltensten an die «5-am-Tag-Empfehlung». Rund ein Viertel der Liechtensteiner Bevölkerung nimmt an mindestens sechs Tagen pro Woche Fleisch oder Wurstwaren zu sich. Die Liechtensteiner konsumieren seltener Milch und Milchprodukte als die Schweizer.

78,3% der Liechtensteiner sind ausreichend körperlich aktiv. Der Anteil der inaktiven Personen ist signifikant kleiner als in der Schweiz.

Die Liechtensteiner Frauen rauchen weniger als die Liechtensteiner Männer und auch weniger als die Schweizer Frauen. Die Geschlechterunterschiede sind bei der Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen Liechtensteiner besonders deutlich. Sowohl in Liechtenstein wie auch in der Schweiz rauchen Ausländer signifikant häufiger als Inländer. 5,6% der liechtensteinischen Bevölkerung sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt. Hiervon sind die 15- bis 34-jährigen Männer mit 19,5% am häufigsten betroffen.

Die Liechtensteiner Bevölkerung trinkt signifikant seltener täglich Alkohol als die Bevölkerung der Schweiz. In beiden Ländern ist täglicher Alkoholkonsum sowohl bei Frauen als auch bei Männern in höheren Altersgruppen häufiger als bei jüngeren. Der Anteil der

Liechtensteiner, welche ein mittleres bis hohes gesundheitliches Risiko aufgrund von chronischem Alkoholkonsum haben, liegt bei 3,5%. Rauschtrinken betrifft deutlich häufiger die Männer als die Frauen und wird vor allem von der jüngeren Generation genannt.

2012 haben in Liechtenstein signifikant weniger Personen Cannabis konsumiert als in der Schweiz. Vor allem der Anteil Cannabis konsumierender Männer ist in Liechtenstein geringer als im Vergleich zur Schweiz.

In Liechtenstein ist der Anteil der Frauen, die in den letzten sieben Tagen irgendein Medikament konsumiert haben, kleiner als in der Schweiz. Frauen und Männer konsumieren gleich häufig Medikamente. Der Medikamentenkonsum steigt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern an. Zudem nehmen Personen, die unter mittlerer bis starker psychischer Belastung stehen, signifikant häufiger psychotrope Medikamente ein als jene mit lediglich niedriger Belastung.

4 Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld

Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Gesundheit der Bevölkerung. Strukturelle Determinanten (soziale, ökonomische und politische Elemente sowie die sozioökonomische Position) wirken zusammen mit intermediären Determinanten (Lebens- und Arbeitsbedingungen, verhaltensbezogene Aspekte, psychosoziale Umstände) auf die Gesundheit jedes Einzelnen ein (vgl. 1.4). Vorliegendes Kapitel behandelt das Wohn- und das Arbeitsumfeld und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Das Unterkapitel 4.1 untersucht Störungen im Wohnbereich, während sich das Unterkapitel 4.2 mit gesundheitsrelevanten Aspekten des Arbeitslebens im Fürstentum Liechtenstein beschäftigt.

Sowohl im Wohn- als auch im Arbeitsbereich können verschiedenste Umwelteinflüsse Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Die WHO schätzt, dass in Europa zwischen 15% und 20% aller Todesfälle auf schädliche Umwelteinflüsse zurückzuführen sind. Die osteuropäischen Länder weisen dabei überdurchschnittlich hohe Werte auf (EUA, 2010). Zu den wichtigsten Einflussfaktoren zählen die Feinstaubbelastung und der Lärm, aber auch der Tabakrauch (vgl. Kapitel 3), der Klimawandel (z.B. in Form vermehrter Hitzeperioden) und erhöhte Strahlenbelastungen (Meyer, 2009).

Hohe Konzentrationen von Feinstaub, Ozon und Stickoxiden verursachen Atemwegbeschwerden, erhöhen die allergische Disposition, vermindern das Lungenwachstum bei Kindern (EKL, 2013), führen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Brook et al., 2010) und erhöhen das Risiko für Lungenkrebs und Leukämie (WHO, 2013). Die Luftqualitätsüberwachung des Fürstentums Liechtenstein und der Ostschweizer Kantone (OSTLUFT; Messstandorte u.a. in Vaduz und Schellenberg) schreibt in ihrem Jahresbericht 2012, dass die Luftbelastung zwar zu den tiefsten seit Messbeginn zählt, jedoch der Jahresmittel-Grenzwert für Stickstoffdioxid sowohl im Grossraum Zürich, wie auch in St. Gallen und an der A13 in Chur nach wie vor überschritten wurde. Die Feinstaub- und Ozongrenzwerte wurden gar an allen Messstationen überschritten (OSTLUFT, 2012). Das Bundesamt für Umwelt weist im Schweizer Umweltbericht darauf hin, dass die

gegenwärtige Verschmutzung der Luft in der Schweiz jährlich 3000 bis 4000 vorzeitige Todesfälle zur Folge hat, davon 300 durch Lungenkrebs (BAFU, 2013). Sie führt jährlich zu 39'000 Fällen akuter Bronchitis bei Kindern, bzw. zu 1000 Fällen chronischer Bronchitis bei Erwachsenen. Belastete Luft verursacht in der Schweiz Gesundheitskosten in der Höhe von schätzungsweise 5,1 Milliarden Franken.

Der Lärm ist im Wohn- und Arbeitsumfeld ebenfalls von besonderer Bedeutung für die Gesundheit. Die Lärmschutzverordnungen Liechtensteins⁶⁴ und der Schweiz⁶⁵ definieren Grenzwerte für die Lärmbelastung. In Liechtenstein wurde gemäss dem Amt für Umwelt bei 89 Gebäuden eine Überschreitung des Immissionsgrenzwertes durch Eisenbahnlärm und bei 1100 Gebäuden durch Strassenlärm festgestellt.⁶⁶ Keine Überschreitung des Grenzwertes gab es durch den Heliport Balzers.

In der Schweiz ist ein Sechstel der Bevölkerung übermässigem Lärm ausgesetzt. Dies kann zu Belästigungen, Stress, Schlafstörungen, erhöhtem Blutdruck, Herz-Kreislauf-Problemen, erhöhtem Risiko für Herzinfarkt und zu sozialen Problemen führen (BAFU, 2013). Der Strassenverkehr gilt als wichtigste schädliche oder lästige Lärmquelle. Tagsüber ist ihm jede fünfte Person, nachts jede sechste Person ausgesetzt (BAFU, 2014). Von Eisenbahn- und Fluglärm sind in der Schweiz mit 1% bis 2% der Bevölkerung deutlich weniger Menschen betroffen. Diese Lärmquellen fallen allerdings vorwiegend in Städten und Agglomerationen an (BAFU, 2009). Wichtig zu erwähnen ist, dass sich die Studien des Bundesamtes für Umwelt auf die Grenzwerte der Schweizer Lärmschutzverordnung stützen. Diese liegen deutlich höher als die

⁶⁴ www.gesetze.li → Gebietssystematik → 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit → 81 Gesundheit → 814.011.1 (Zugriff am 16.09.2015)

⁶⁵ Lärmschutzverordnung (LSV) der Schweiz, Stand 2010: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19860372/201212280000/814.41.pdf> (Zugriff am 16.09.2015)

⁶⁶ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Umwelt → Lärm (Zugriff am 16.09.2015)

Empfehlungen der WHO. Würde man die Grenzwerte der WHO auf die Schweiz anwenden, wären doppelt so viele Menschen von Lärm betroffen.

Das Büro Ecoplan hat auf der Basis einer WHO-Studie errechnet, dass die Schweizer Bevölkerung jedes Jahr rund 47'000 Lebensjahre wegen des Verkehrslärms verliert, da dieser über das endokrine System⁶⁷ und das autonome Nervensystem⁶⁸ klassische biologische Risikofaktoren wie Blutdruck, Blutfette usw. beeinflusst (Ecoplan, 2013; WHO, 2011a). Am meisten Lebensjahre gehen dabei durch Schlafstörungen wegen Strassenverkehrslärm verloren. Allerdings hängt der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand stärker mit soziodemografischen Variablen wie Geschlecht, Alter und Einkommen als mit der Lärmbelastung zusammen (Brink, 2011).

Auch der Klimawandel hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Hitzeperioden gefährden vorwiegend ältere und chronisch kranke Menschen sowie Kleinkinder. Steigende Temperaturen begünstigen die Verbreitung von neuen Krankheitserregern (z.B. Denguefieber, erstmals vor einigen Jahren in Europa aufgetreten) und von Pflanzen mit hohem Allergiepotezial (z.B. Ambrosia) (BAFU, 2013).

Schliesslich beeinträchtigen verschiedene Strahlungen die Gesundheit der Bevölkerung. Erwähnenswert sind Radon, ionisierende, UV- und elektromagnetische Strahlung. Die Radonbelastung im Fürstentum Liechtenstein ist gering, mit Ausnahme der Gemeinde Triesenberg, in der die Radonbelastung mittel ist (130 Bq/m³, unveröffentlichte Daten des BAG). Die angrenzenden Schweizer und Österreicher Gemeinden⁶⁹ haben ebenfalls ein geringes Risiko für Radonbelastung. Die Schweiz hingegen hat eine hohe natürliche Radonbelastung, welche jährlich zu 230 Lungenkrebstoten führen dürfte (WHO, 2011b). Die lokalen Unterschiede sind allerdings sehr gross. Ionisierenden Strahlen sind in der Schweiz rund 85'000 Personen – etwa 1% der Gesamtbevölkerung – ausgesetzt (BAG, 2013a). Dies betrifft vor allem Arbeitnehmer aus dem Gesundheitswesen, insbesondere der Radiologie. UV-Strahlung erhöht das Risiko für Hautkrebs und Augenschäden. Die gesundheitlichen Langzeiteffekte von

elektromagnetischen Strahlungen (z.B. von Mobilfunkantennen) sind demgegenüber wissenschaftlich nicht belegt (Rösli et al., 2010).

Neben umweltbezogenen Einflüssen im Wohn- und Arbeitsbereich hat die Erwerbstätigkeit an sich einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Erwerbstätige weisen in der SGB 2012 allgemein einen besseren Gesundheitszustand auf als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose (BFS, 2014a). Dies ist einerseits auf den *Healthy Worker Effect* zurückzuführen: Erwerbstätige benötigen für die Ausübung ihrer Tätigkeit einen gewissen Gesundheitszustand, während Personen mit angeschlagener Gesundheit Mühe haben, in die Arbeitswelt einzutreten und darin zu bestehen. Andererseits kann Arbeit als zentraler Lebensbereich zur Existenzsicherung, zu Anerkennung und Wohlbefinden und dementsprechend zu einer guten Gesundheit beitragen. Längere Erwerbslosigkeit hingegen stellt ein Risiko für die Gesundheit dar.

Arbeit kann sich allerdings auch negativ auf die Gesundheit auswirken. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA anerkennt in der Schweiz jährlich rund 3000 berufsbedingte Versicherungsfälle wie Lärmschwerhörigkeit und Hauterkrankungen (BAG, 2014b). Für Liechtenstein liegen keine detaillierte Zahlen vor. Weitaus häufiger fallen sogenannte «berufsassozierte Gesundheitsstörungen» an. Dazu gehören physische und psychische Leiden wie Rücken- und Kopfschmerzen sowie Stress, welche in den letzten Jahren stark zugenommen haben (Läubli & Müller, 2009; Krieger & Graf, 2009; Krieger et al., 2012). Mit der Globalisierung sowie der Verbreitung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien haben sich die Arbeitsanforderungen und die Arbeitsmodelle stark gewandelt. Das hat unter anderem zu einer generellen Beschleunigung, einer höheren Intensität, konstantem Zeitdruck und Multitasking bei der Arbeit geführt (EU-OSHA, 2014). Während jedoch erhöhte psychosoziale Anforderungen eher bei Personen mit höherem sozialem Status vorkommen, sind grössere physische Belastungen bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger (Hämig & Bauer, 2013).

Ungünstige Arbeitsbedingungen korrelieren mit verschiedenen Indikatoren eines schlechteren Gesundheitszustands, welcher sich in Form von körperlichen oder von psychischen Beschwerden äussert. Mit der Exposition gegenüber mehreren physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen erhöht sich auch der Anteil Personen mit einer schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheit (BFS, 2014a). Allerdings müssen belastende

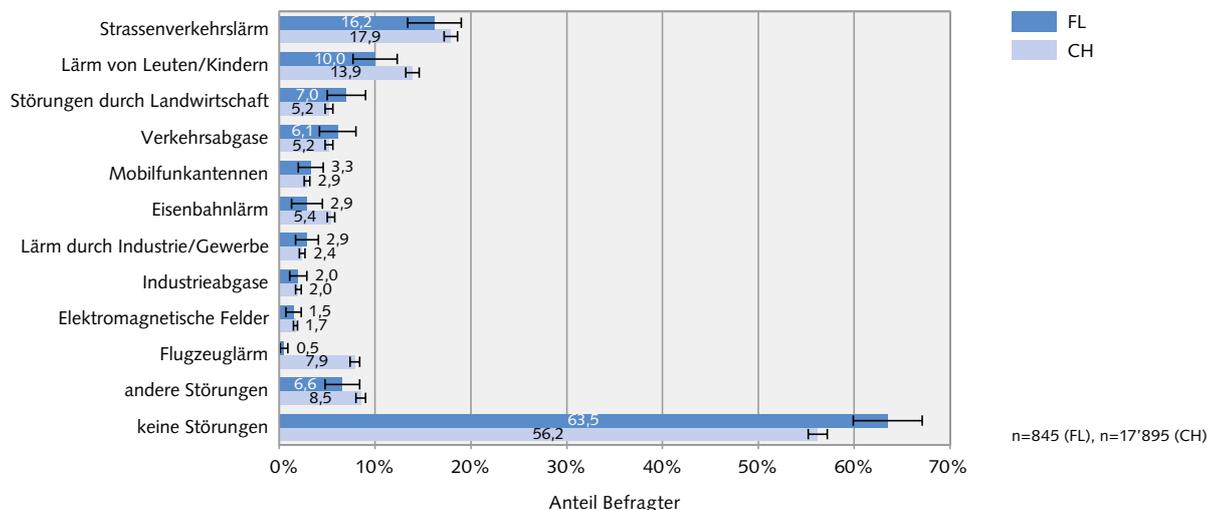
⁶⁷ Hormonsystem

⁶⁸ Der Teil des Nervensystems, der automatische körperliche Vorgänge anpasst, die vom Menschen nicht willentlich direkt beeinflusst werden können.

⁶⁹ Radonpotenzialkarte 2015 der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit: www.ages.at → Themen → Strahlenschutz → Radon, eine unsichtbare Gefahr (Zugriff am 16.09.2015)

Anteil Befragter mit Störungen im Wohnbereich, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.1



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Arbeitsbedingungen nicht per se ein Gesundheitsrisiko darstellen, sondern können stark von den vorhandenen Entlastungs- und Schutzfaktoren der Erwerbstätigen mit beeinflusst werden (Collège d'expertise, 2011). Dazu zählen unter anderem Mitspracherecht, Unterstützung durch Arbeitskollegen und Führungskräfte, gutes Führungsverhalten und angemessener Lohn (Grebner et al., 2011). Zentral sind ebenfalls eine angemessene *Life-Domain-Balance* (alter Begriff: *Work-Life-Balance*) und eine ausreichende Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

4.1 Störungen im Wohnbereich

Menschen können in ihrem Wohnumfeld verschiedensten Störungen ausgesetzt sein. Abbildung 4.1 zeigt insgesamt elf unterschiedliche Störungsquellen, von denen Personen in Liechtenstein bzw. der Schweiz betroffen sind.

Ein wichtiges und positives Resultat ist, dass 63,5% aller Liechtensteiner gar keine Störungen im Wohnbereich erwähnen. Dieser Wert ist signifikant höher als das entsprechende Schweizer Mittel von 56,2%.

Als häufigste konkrete Störungsquelle erwähnen 16,2% der Befragten den Strassenverkehrslärm. Der entsprechende Schweizer Wert liegt bei 17,9%. Dort ist er zwischen 2007 und 2012 um 4,7 Prozentpunkte zurückgegangen. Dies ist möglicherweise auf verschiedene Lärmschutzmassnahmen zurückzuführen, wobei berücksichtigt werden muss, dass in der SGB 2007 nach

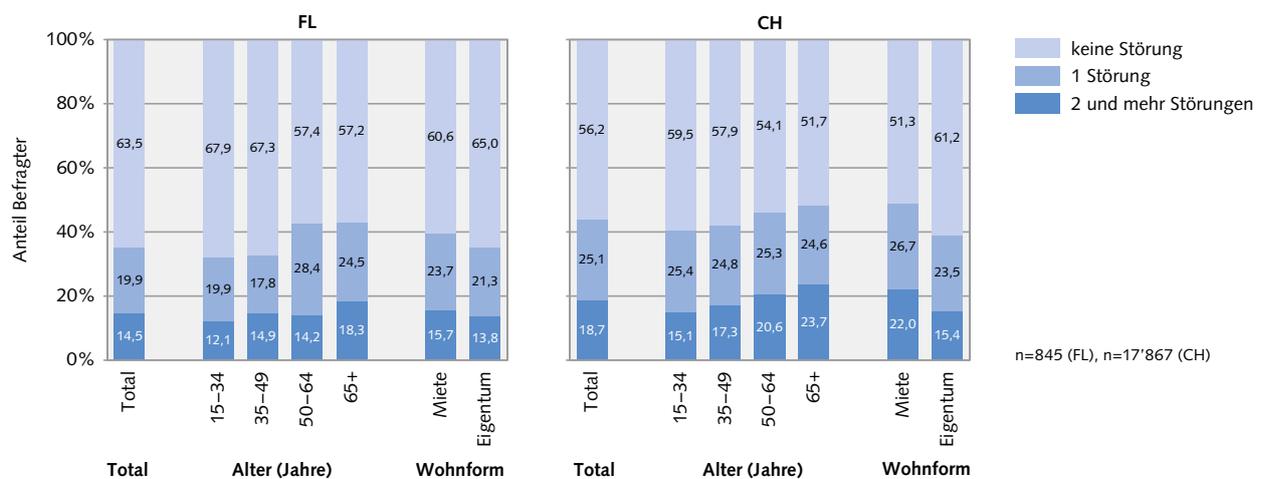
«Autolärm» gefragt wurde, während sich die Frage in der SGB 2012 allgemein auf «Strassenverkehrslärm» bezieht.

In Liechtenstein fühlen sich signifikant weniger Personen (10,0%) durch Lärm von Leuten/Kindern gestört als in der Schweiz (13,9%). Die übrigen in der Abbildung dargestellten Störungsquellen werden von je maximal 7% aller befragten Liechtensteiner genannt. Im Vergleich zur Schweiz fallen dabei die tiefen Anteile beim Flug- und Eisenbahnlärm auf. Das dürfte daran liegen, dass die diesbezügliche Infrastruktur in Liechtenstein klein ist.

Fasst man die elf in Abbildung 4.1 ausgewiesenen Störungsquellen zusammen und analysiert die Anzahl empfundener Immissionen pro Person, so zeigt sich, dass die Bevölkerung Liechtensteins signifikant häufiger *gar keine* Störungen angibt und sich seltener über *zwei und mehr* Störungsquellen beklagt als die Schweizer Bevölkerung. In der Schweiz ist zwischen 2007 und 2012 der Anteil von Personen mit *zwei oder mehr* Störungen im Wohnbereich signifikant zurückgegangen, wohingegen der Anteil Personen mit *einer* Störungsquelle stabil geblieben ist und jener *ohne* Störungen zugenommen hat. Dennoch fühlen sich die Schweizer häufiger gestört als die Liechtensteiner.

In der Schweiz sind Zusammenhänge zwischen der Anzahl Störungen im Wohnbereich, dem Alter und der Wohnform der Befragten beobachtbar. In der Tendenz gilt dies auch für Liechtenstein, allerdings in statistisch nicht signifikanter Form (Abb. 4.2). Die Betroffenheit durch mehrfache Störungen im Wohnbereich

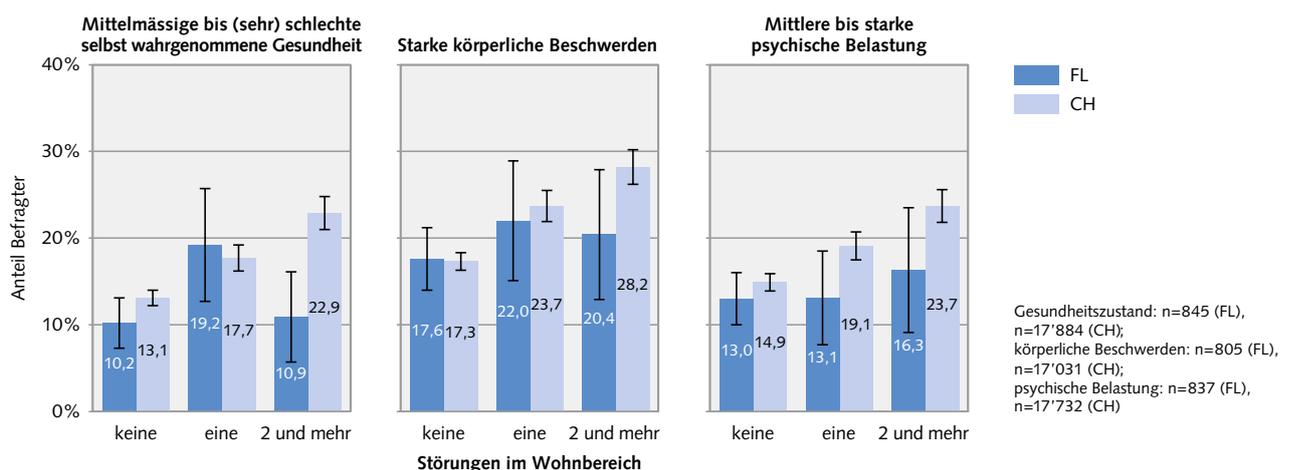
Anzahl Störungen im Wohnbereich,
nach Alter und Wohnform, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 4.2**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anzahl Störungen im Wohnbereich,
nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 4.3**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

nimmt mit steigendem Alter zu: von 12,1% (CH: 15,1%) bei den 15- bis 34-Jährigen auf 18,3% (CH: 23,7%) bei den 65-Jährigen und Älteren. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass ältere Menschen Störungen sensibler empfinden als jüngere. Andererseits verbringen ältere Personen relativ mehr Zeit im Wohnbereich, weshalb vorhandene Störungen auch eher wahrgenommen werden könnten. Mieter von Wohnungen oder Häusern weisen in Liechtenstein eher und in der Schweiz deutlich häufiger auf eine oder mehrere Störungen im Wohnbereich hin als Eigentümer (Abb. 4.2).

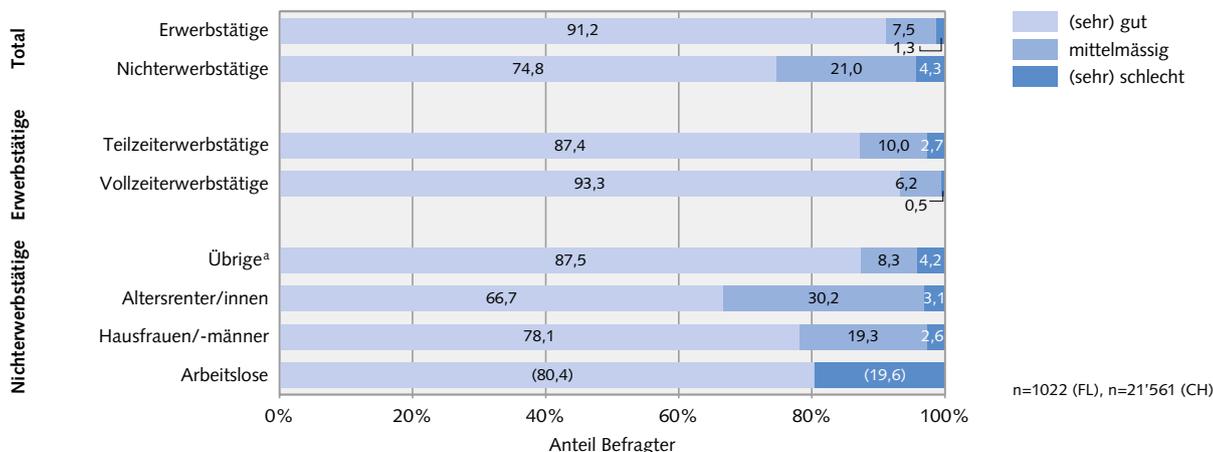
Abbildung 4.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen im Wohnbereich und der selbst wahrgenommenen Gesundheit, den körperlichen Beschwerden und der psychischen Belastung.

In Liechtenstein geben Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung am häufigsten *zwei und mehr* Störungen an (nicht signifikant). Personen mit mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit oder mit starken körperlichen Beschwerden nennen am häufigsten *eine einzige* Störung im Wohnbereich (ebenfalls nicht signifikant). In der Schweiz hingegen nennen Personen mit mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit, mit starken körperlichen Beschwerden und mit mittlerer bis starker Belastung häufiger *zwei und mehr* Störungen als *keine*.

Es ist zu erwähnen, dass statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Störungen im Wohnbereich und dem Gesundheitszustand nicht automatisch bedeuten, dass diese Störungen tatsächlich die Gesundheit schädigen. Machen Störungen im Umfeld betroffene

Selbst wahrgenommene Gesundheit,
nach Arbeitsmarktstatus, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 4.4



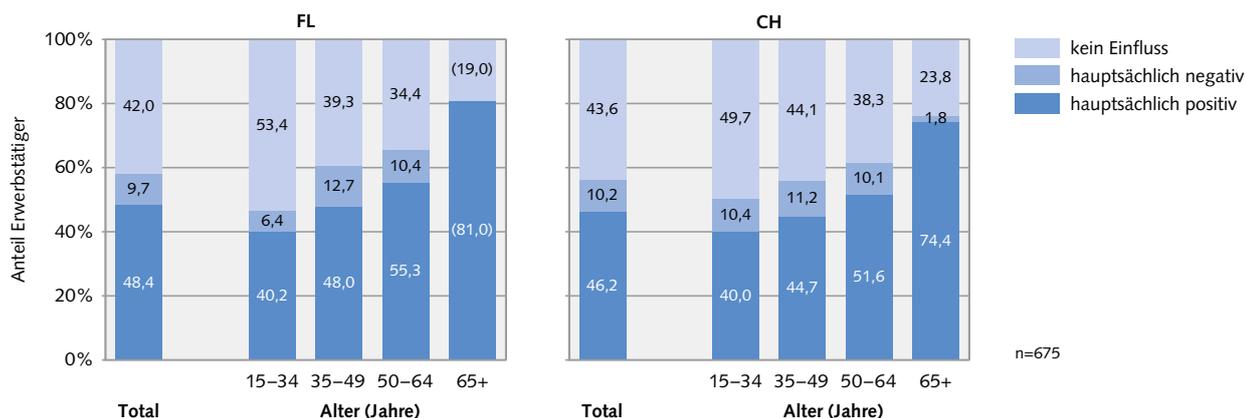
^aÜbrige Nichterwerbstätige: in Ausbildung, invalid, im Militär/Zivildienst, anderes
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit (alle Erwerbstätigen),
nach Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.5



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

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

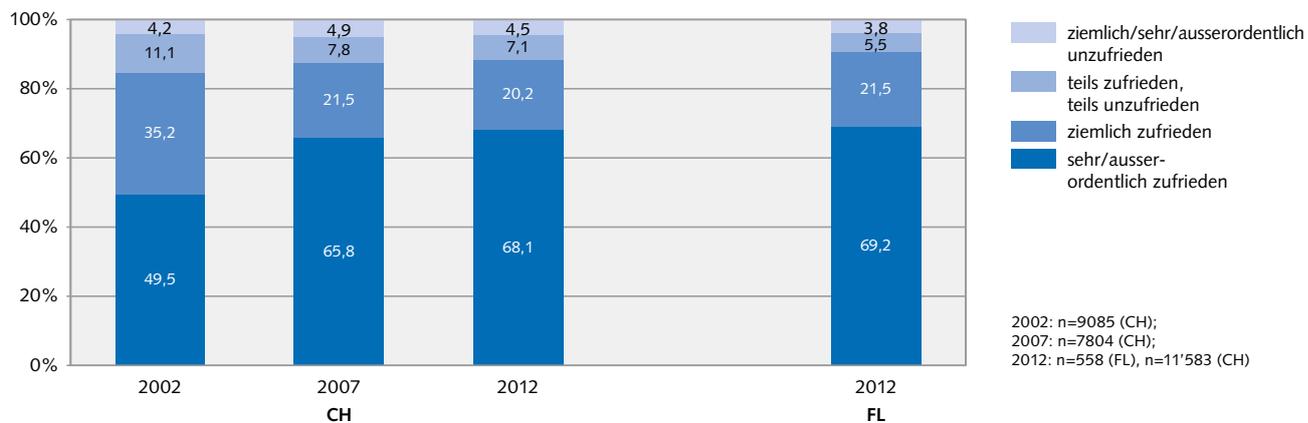
Personen «krank» oder beeinflusst umgekehrt ein unterschiedlicher Gesundheitszustand die Wahrnehmung von Störungen? Diese Frage kann hier nicht beantwortet werden. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass zusätzliche Faktoren diese Unterschiede überlagern. So können zum Beispiel schlechtere Lebensbedingungen sowohl die Wohnsituation (bezüglich Störungen) als auch die gesundheitliche Situation der Bewohner unabhängig voneinander beeinflussen.

4.2 Arbeit und Gesundheit

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich und gilt demzufolge als wichtige Determinante von Gesundheit. Vorliegendes Unterkapitel behandelt verschiedene Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit. Der erste Abschnitt 4.2.1 beleuchtet generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit. Abschnitt 4.2.2 behandelt die physischen Belastungen, welche die 15- bis 64-jährige erwerbstätige Bevölkerung bei der Arbeit erfährt. Abschnitt 4.2.3 erläutert die psychosozialen Risiken und Abschnitt 4.2.4 die Auswirkungen der Arbeitszeit auf die Gesundheit.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (alle Erwerbstätigen), Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2002–2012

Abb. 4.6



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

4.2.1 Generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit

Erwerbstätige haben generell eine bessere Gesundheit als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose. Dies zeigt Abbildung 4.4, welche die selbst wahrgenommene Gesundheit nach Arbeitsmarktstatus abbildet. 91,2% der Erwerbstätigen haben – im Vergleich zu 74,8% der Nichterwerbstätigen – einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand.

Die Vollzeit-erwerbstätigen weisen am häufigsten eine (sehr) gute Gesundheit auf. Im Gegensatz zur Schweiz ist dieser Anteil in Liechtenstein (FL: 93,3%, CH: 90,7%) signifikant höher als bei den Teilzeiterwerbstätigen (FL: 87,4%, CH: 86,5%). Die Gruppe der Altersrentner weist den grössten Anteil an Personen mit mittel-mässigem bis (sehr) schlechtem Gesundheitszustand auf (33,3%), was vorwiegend auf das höhere Alter der befragten Personen in dieser Gruppe zurückgeführt werden kann. Der grosse Anteil der Arbeitslosen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand (19,6%) darf aufgrund der kleinen Stichprobe nicht überbewertet werden. In der Schweiz beschreiben zum Vergleich nur 4,5% der Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht, wohingegen 12,9% ihn als mittelmässig beschreiben.

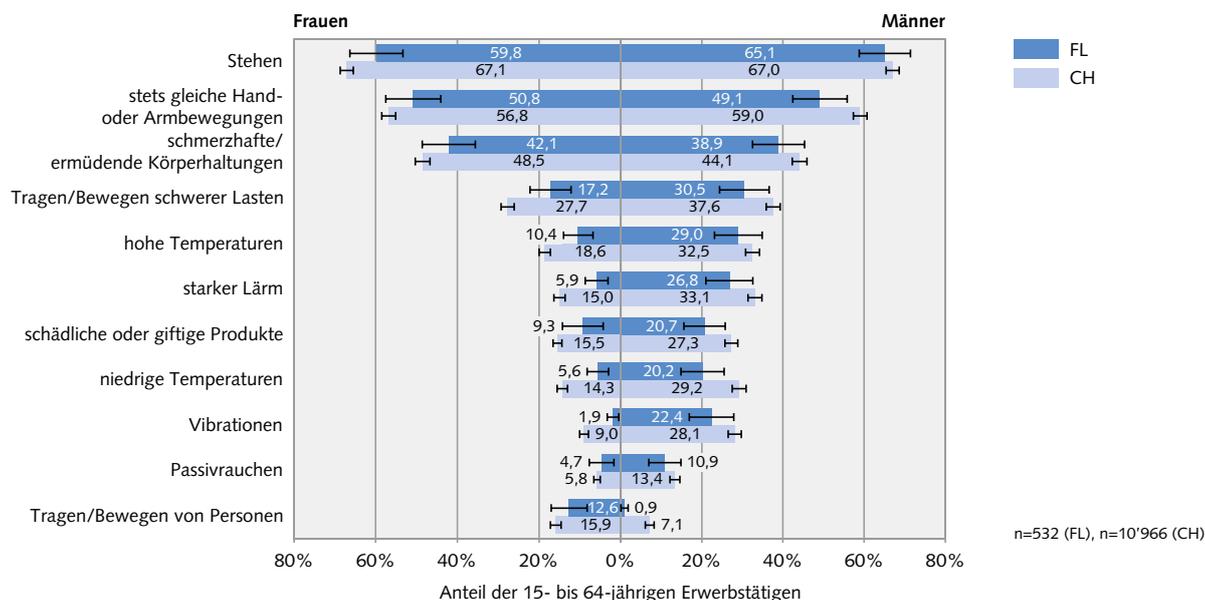
Die Arbeit wirkt sich auf den Gesundheitszustand aus. Knapp die Hälfte der Befragten (48,4%) empfindet die Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit als hauptsächlich positiv, während 9,7% sie als negativ empfinden und 42,0% gar keinen Einfluss erkennen (Abb. 4.5). Die Liechtensteiner nehmen die Arbeit etwa gleich häufig positiv wahr wie die Schweizer (46,2%).

Es ist ein deutlicher Alterseffekt beobachtbar: Je älter die Erwerbstätigen sind, desto häufiger wird ein *positiver* Effekt von Arbeit genannt. Am positivsten äussern sich die 65-jährigen und älteren Erwerbstätigen. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass viele dieser Personen ihre Erwerbstätigkeit freiwillig über das Rentenalter hinaus fortführen. Da die Liechtensteiner Stichprobe in der Kategorie der über 65-Jährigen sehr klein ist, dienen zum Vergleich die Schweizer Werte. Sie unterscheiden sich nicht von den liechtensteinischen: 74,4% der über 65-jährigen Schweizer empfinden die Arbeit als hauptsächlich positiv für Ihre Gesundheit, 1,8% als hauptsächlich negativ und für 23,8% hat sie keinen Einfluss auf ihre Gesundheit.

Die Erwerbstätigkeit nimmt einen entscheidenden Stellenwert im Leben vieler Menschen ein. Deshalb ist die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ein sehr wichtiger Aspekt der Lebensqualität. Die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ist in Liechtenstein sehr hoch (Abb. 4.6). So sind über zwei Drittel (69,2%) der Befragten mit ihrer Arbeitssituation sehr oder gar ausserordentlich zufrieden und weitere 21,5% sind ziemlich zufrieden. 5,5% der Bevölkerung sind teils zufrieden, teils unzufrieden und nur 3,8% äussern sich als ziemlich, sehr oder gar ausserordentlich unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Diese Werte sind vergleichbar mit denjenigen der Schweiz. Dort ist der Anteil der mit der Arbeit sehr oder ausserordentlich zufriedenen Erwerbstätigen in den letzten zehn Jahren stark angestiegen. Bezeichneten sich 2002 lediglich 49,5% der Schweizer als sehr oder ausserordentlich zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, waren es 2007 bereits 65,8% und 2012 sogar 68,1% der Befragten. Dieser Anstieg beruht jedoch weniger auf einem Rückgang des

Physische Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anteils Unzufriedener, sondern ergibt sich aus einer Verschiebung der ziemlich Zufriedenen zu den sehr und ausserordentlich Zufriedenen.

4.2.2 Physische Belastungen bei der Arbeit

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich die erwerbstätigen Liechtensteiner einer guten Gesundheit erfreuen, eine mehrheitlich positive Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit feststellen und sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind. Allerdings wirken sich gewisse Arbeitsbedingungen negativ auf die Gesundheit einzelner Beschäftigter aus. Vorliegender Abschnitt 4.2.2 untersucht deshalb physische Belastungen und Abschnitt 4.2.3 psychosoziale Belastungen bei der Arbeit.

Die Fragen zur konkreten Arbeitstätigkeit werden im schriftlichen Fragebogen der SGB gestellt. Da die Stichprobe der schriftlich Befragten kleiner ist als jene der telefonisch Interviewten und hier ausserdem lediglich die Antworten der 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen in die Auswertung eingehen, sind die Fallzahlen vergleichsweise gering. Dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Es werden elf verschiedene *physische* Belastungen bei der Arbeit erhoben.⁷⁰ Darunter fallen sowohl ergonomische Risiken (Stehen, stets gleiche Bewegungen, schmerzhafte Körperhaltungen usw.),

umgebungs- und umweltbedingte Risikofaktoren (Lärm, hohe oder tiefe Temperaturen) als auch chemische bzw. biologische Risiken (z.B. giftige Produkte). Abbildung 4.7 zeigt den Anteil der erwerbstätigen Frauen und Männer, die während mindestens eines Viertels der Arbeitszeit den jeweiligen physischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Belastungen sind nach ihrer Häufigkeit in Liechtenstein von oben nach unten geordnet.

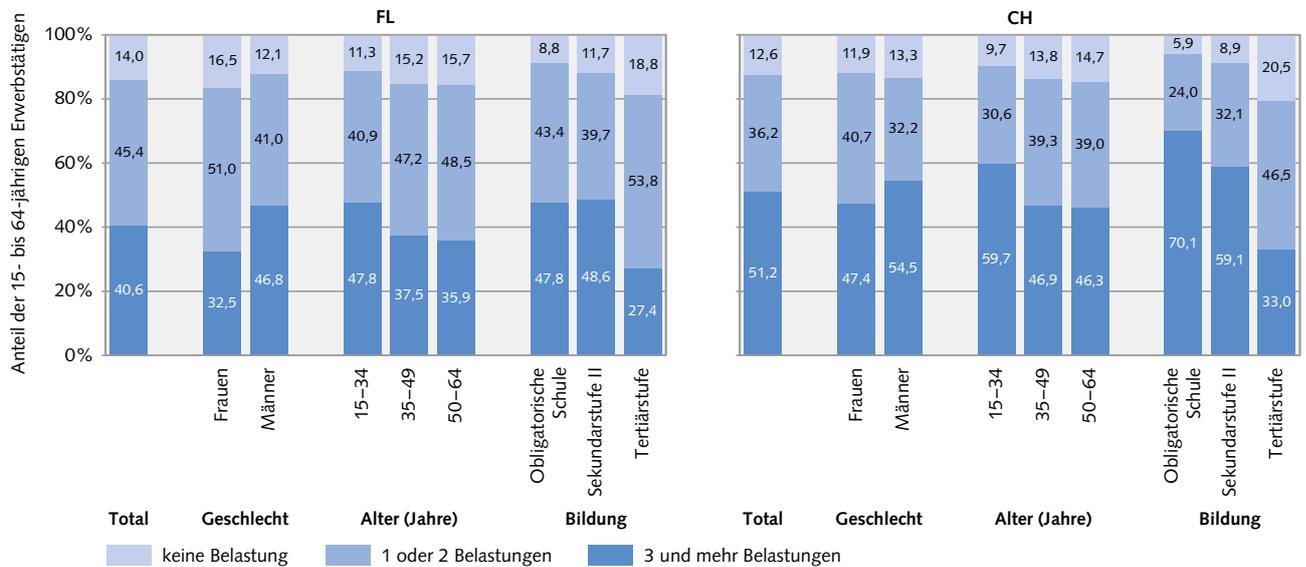
Die Liechtensteiner nennen am häufigsten ergonomische Belastungen. Rund 60% der Frauen und Männer berichten, während mindestens eines Viertels der Arbeitszeit zu stehen. Je die Hälfte beider Geschlechter machen stets gleiche Hand- oder Armbewegungen. Rund zwei von fünf Frauen und Männern weisen auf schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen hin.

Bei den restlichen physischen Belastungen gibt es deutliche Geschlechterunterschiede. So tragen und bewegen Männer signifikant häufiger schwere Lasten als Frauen. Zudem sind sie signifikant häufiger hohen oder niedrigen Temperaturen, starkem Lärm, Vibrationen, Passivrauch (Unterschied in Liechtenstein im Gegensatz zur Schweiz nicht signifikant) und schädlichen oder giftigen Substanzen ausgesetzt. In der Schweiz weisen Frauen signifikant häufiger auf schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen hin. In beiden Ländern tragen bzw. bewegen Frauen häufiger andere Personen als Männer. Pflegetätigkeiten im Gesundheitswesen dürften der Grund hierfür sein.

⁷⁰ Konzept und Begrifflichkeiten gemäss der Publikation des BFS «Arbeit und Gesundheit», Neuchâtel, 2014.

Anzahl physischer Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.8



n=537 (FL), n=11'065 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bei den meisten untersuchten physischen Arbeitsbelastungen gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen Liechtenstein und der Schweiz. Signifikante Unterschiede bei den Männern finden sich nur bei den stets gleichen Bewegungen und bei den niedrigen Temperaturen. Liechtensteiner Frauen tragen und bewegen jedoch signifikant seltener schwere Lasten, sind seltener starkem Lärm, niedrigen und hohen Temperaturen und Vibrationen ausgesetzt als Schweizerinnen. Die gefundenen Länderunterschiede dürften auf den höheren Anteil an industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen in der Schweiz als in Liechtenstein zurückzuführen sein.

Für die Analyse von Mehrfachbelastungen sind neun der elf oben dargestellten physischen Belastungen zusammengefasst worden. Dabei handelt es sich um dasselbe Vorgehen wie in der fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Eurofound, 2012) sowie in der Publikation zu Arbeit und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung gemäss SGB (BFS, 2014a).⁷¹

In Liechtenstein geben etwa gleich viele Personen eine oder zwei Belastungen an (45,4%) wie drei und mehr Belastungen (40,6%) (Abb. 4.8). In der Schweiz jedoch geben signifikant mehr Personen drei und mehr

Belastungen an als eine oder zwei. 14,0% der Liechtensteiner (CH: 12,6%) haben gar keine physischen Arbeitsbelastungen. Die Liechtensteiner Frauen berichten seltener von drei und mehr Arbeitsbelastungen als die Männer. Die Werte sind signifikant tiefer als diejenigen der Schweizer Frauen und Männer.

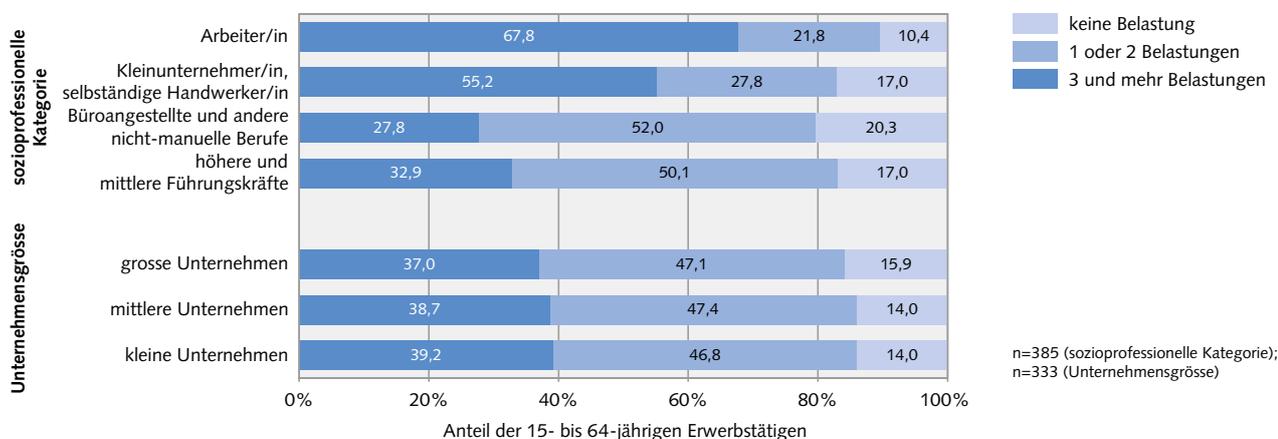
Rund die Hälfte der 15- bis 34-jährigen Liechtensteiner sind drei und mehr physischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, die 35-Jährigen und Älteren zu rund 35%. Eine Abnahme zwischen diesen Altersklassen lässt sich auch in der Schweiz feststellen, wo sie im Gegensatz zu Liechtenstein signifikant ist. In allen drei Alterskategorien geben die Liechtensteiner signifikant seltener drei und mehr Belastungen an als die Schweizer.

Je höher der Bildungsabschluss, desto seltener sind physische Arbeitsbelastungen. Rund die Hälfte aller Personen mit obligatorischer Schulzeit oder Ausbildung auf Sekundarstufe II weisen drei und mehr physische Belastungen bei der Arbeit auf. Hingegen sind es bei Personen mit Ausbildung auf Tertiärstufe nur 27,4%. In der Schweiz ist der Zusammenhang mit dem Bildungsniveau signifikant, in Liechtenstein nicht.

⁷¹ Die Variablen «Tragen oder Bewegen von Personen» und «Passivrauchen» wurden für die Mehrfachbelastungen nicht verwendet. Es gilt zu berücksichtigen, dass sich die erwähnte Publikation des BFS auf die 15- bis 64-jährige Erwerbsbevölkerung mit einem Mindestpensum von 20% bezieht, während in vorliegender Publikation alle Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren in die Analysen eingeschlossen werden.

Anzahl physischer Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach sozioprofessioneller Kategorie und Unternehmensgrösse, Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 4.9



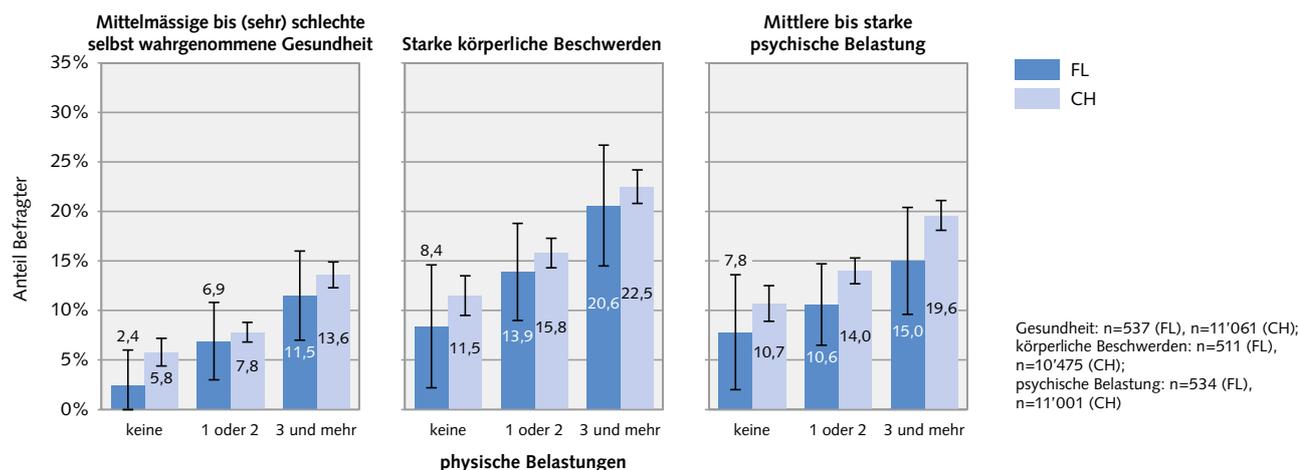
Unternehmensgrösse: klein=bis 50 Vollzeitstellen, mittel=50–250 Vollzeitstellen, gross=über 250 Vollzeitstellen

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anzahl physischer Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Arbeiter sind signifikant häufiger (67,8%) drei und mehr physischen Belastungen ausgesetzt als Führungskräfte (32,9%) oder Büroangestellte und Personen mit anderen, nicht-manuellen Berufen (27,8%) (Abb. 4.9). Nur jeder zehnte Arbeiter arbeitet ohne physische Belastungen. Rund jede fünfte bis sechste Führungsperson, Büroangestellte oder Person mit einer anderen, nicht-manuellen Berufstätigkeit arbeitet ohne physische Belastung.

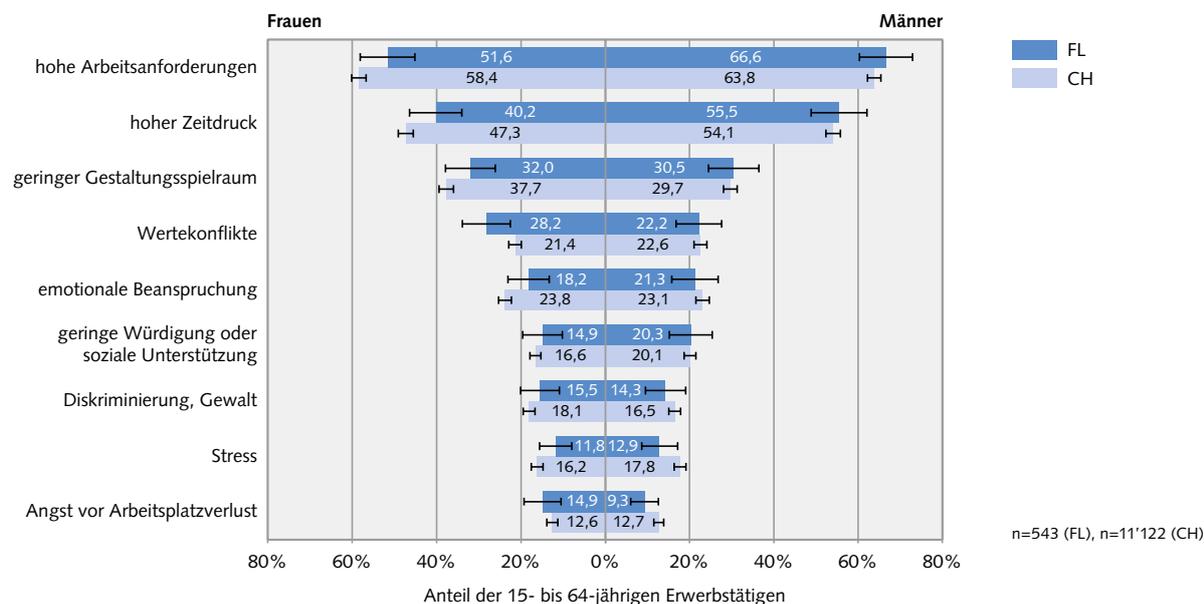
Wie zu erwarten treten physische Belastungen deutlich häufiger im gewerblichen und industriellen Sektor auf als im Dienstleistungssektor. Hingegen gibt es keinen Zusammenhang zwischen physischen Belastungen

und der Unternehmensgrösse. Arbeitnehmer in Kleinunternehmen sind gleich häufig von physischen Arbeitsbelastungen betroffen wie Arbeitende in mittleren und grossen Unternehmen. Für die Schweiz gilt diesbezüglich: Erwerbstätige in Kleinunternehmen (52,8%) geben signifikant häufiger drei und mehr physische Arbeitsbelastungen an als Arbeitnehmer in Grossunternehmen (47,2%).

Vermutlich aufgrund der geringen Fallzahlen im Fürstentum Liechtenstein konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Anzahl der physischen Arbeitsbelastungen und den drei Gesundheitsindikatoren «selbst wahrgenommene Gesundheit», «körperliche Beschwerden» und «psychische Belastung» nachgewiesen

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.11



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

werden (Abb. 4.10). In der Schweiz zeigt sich jedoch, dass Erwerbstätige mit mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit häufiger drei und mehr physische Belastungen angeben als zwei oder weniger. Ebenfalls nennen Personen mit starken körperlichen Beschwerden häufiger eine oder zwei oder drei und mehr physische Belastungen als keine. Eine mittlere bis starke psychische Belastung hängt ebenfalls mit einer erhöhten Anzahl von physischen Belastungen bei der Arbeit zusammen.

4.2.3 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit

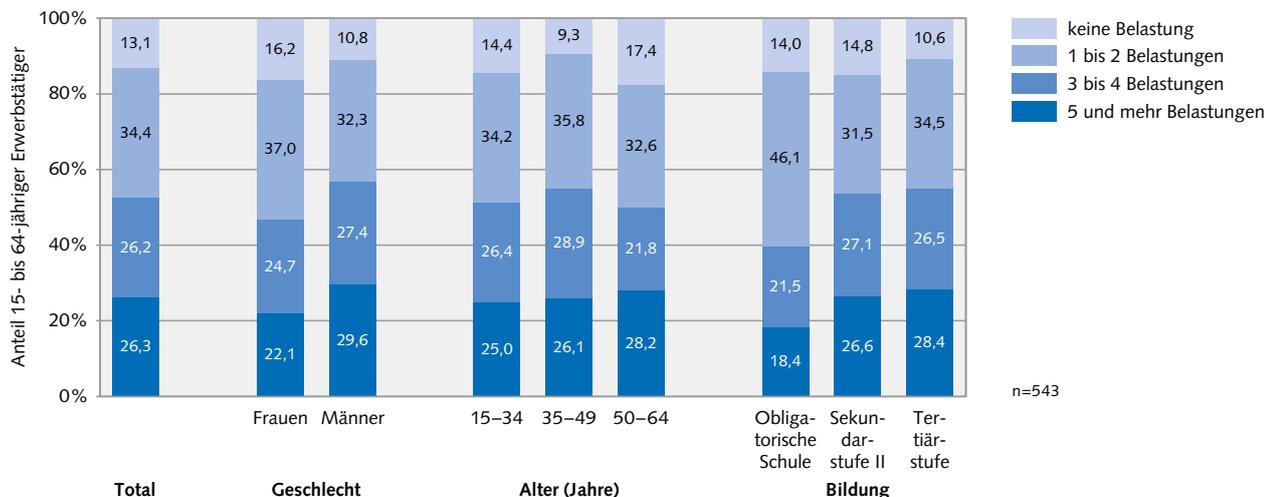
Neben den physischen gibt es auch psychosoziale Belastungen bei der Arbeit. Sie ergeben sich aus der Interaktion zwischen Menschen sowie zwischen dem Einzelnen und seiner Arbeit (Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation). Im vorliegenden Abschnitt werden acht verschiedene Gruppen von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit unterschieden, die auf 32 Variablen bzw. Fragen der SGB beruhen. Dieses Vorgehen stützt sich auf die Arbeiten des Collège d'expertise (Collège d'expertise, 2011) und den Schweizer Bericht zu Arbeit und Gesundheit (BFS, 2014a)⁷². Die Fragen zu den psychosozialen Arbeitsbelastungen wurden in der SGB 2012 im

Vergleich zu früheren Befragungen grundlegend geändert. Deshalb können keine zeitlichen Entwicklungen gezeigt werden.

Abbildung 4.11 zeigt den Anteil der erwerbstätigen Frauen und Männer, die mindestens *einer* psychosozialen Belastung ausgesetzt sind. Die Häufigkeiten nehmen von oben nach unten ab. Unter hohen Arbeitsanforderungen leiden Frauen (51,6%) seltener als Männer (66,6%). Zudem fühlen sich Frauen signifikant seltener hohem Zeitdruck ausgesetzt als Männer. Rund ein Drittel sowohl der Frauen als auch der Männer beklagen einen geringen Gestaltungsfreiraum bei der Arbeit (in der Schweiz hingegen besteht ein signifikanter Unterschied: Mehr Frauen als Männer haben einen geringen Gestaltungsfreiraum). 28,2% der Frauen und 22,2% der Männer erwähnen Wertekonflikte bei der Arbeit. Rund jede fünfte Person ist emotionalen Beanspruchungen ausgesetzt. Über geringe Würdigung und soziale Unterstützung bei der Arbeit klagten 14,9% der Frauen und 20,3% der Männer (in Liechtenstein besteht, im Gegensatz zur Schweiz, statistisch betrachtet, kein Unterschied). Von Formen von Diskriminierung und Gewalt sowie von Stress sind beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen. Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben 14,9% der Liechtensteinerinnen und 9,3% der Liechtensteiner.

⁷² Im Gegensatz zur BFS-Studie wird auch der Indikator «Stress bei der Arbeit» als psychosoziale Belastung analysiert. «Stress» ist zwar keine bestimmte Arbeitsbedingung, sondern ein physischer, psychischer und emotionaler Zustand der befragten Personen. Da es sich um einen gängigen Begriff in Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit handelt, wird der subjektiv empfundene Stress ebenfalls in die Analysen einbezogen.

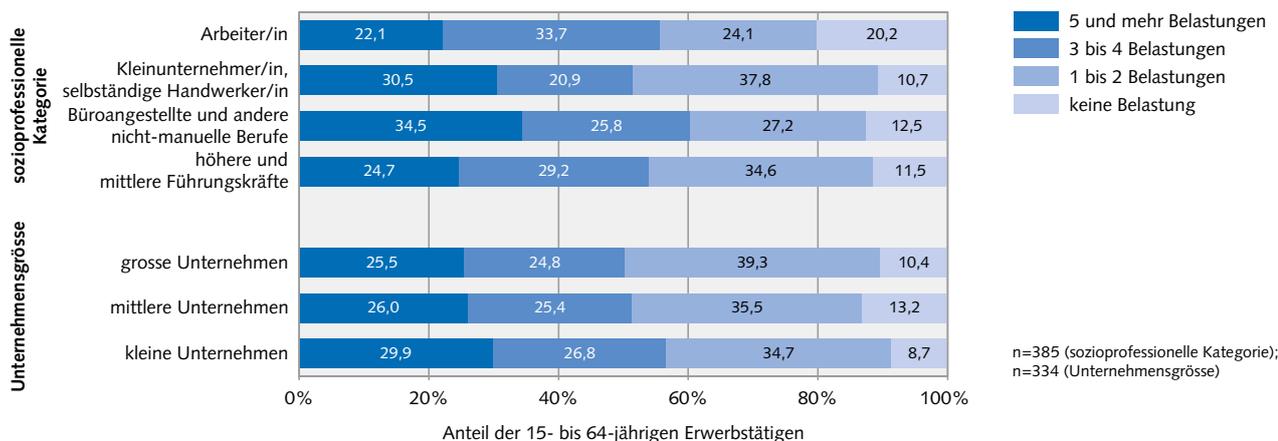
Anzahl psychosozialer Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 4.12**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anzahl psychosozialer Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach sozioprofessioneller Kategorie und Unternehmensgrösse, Fürstentum Liechtenstein, 2012 **Abb. 4.13**



Unternehmensgrösse: klein=bis 50 Vollzeitstellen, mittel=50-250 Vollzeitstellen, gross=über 250 Vollzeitstellen

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

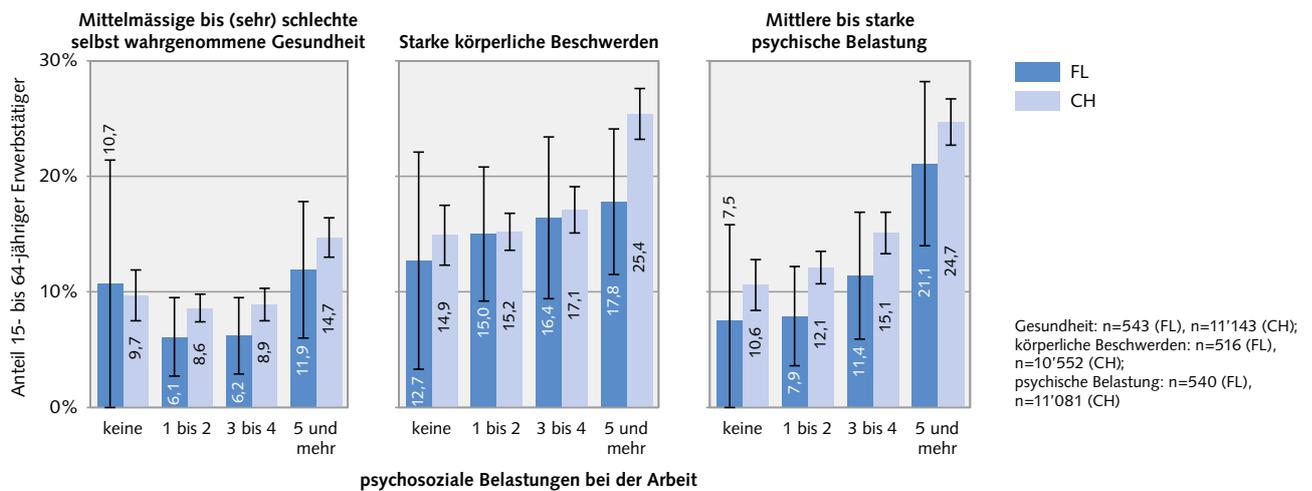
© Obsan 2015

Zählt man die psychosozialen Belastungen⁷³ pro Person, so ist in Liechtenstein ein Viertel der Erwerbstätigen von fünf und mehr und ein weiteres Viertel von drei bis vier Belastungen betroffen (Abb. 4.12). Ein Drittel berichtet von einer bis zwei Belastungen. Nur jede zehnte Person nennt keine psychosozialen Belastungen. Mit anderen Worten: Neun von zehn Erwerbstätigen leiden bei der Arbeit unter mindestens einer psychosozialen Belastung.

Fünf und mehr Belastungen werden erwähnt von: Jeder fünften Frau, jedem dritten Mann, von 25,0% bis 28,2% jeder Altersgruppe, ausserdem von 18,4% der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung und einem Drittel der Personen mit Ausbildung auf Tertiärstufe. Im Vergleich zu Liechtenstein sind in der Schweiz die Unterschiede bei Geschlecht und Alter signifikant: Frauen (28,5%) sind seltener von fünf und mehr psychosozialen Belastungen betroffen als Männer (31,8%). Weiter nennen die älteren, 50- bis 64-jährigen Schweizerinnen und Schweizer (26,4%) seltener fünf oder mehr Belastungen als die jüngeren Erwerbstätigen (rund ein Drittel).

⁷³ Stress wird hier nicht miteingerechnet.

Anzahl psychosoziale Belastungen bei der Arbeit (15- bis 64-jährige Erwerbstätige), nach Gesundheitsindikatoren, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 4.14**



Rund jeder fünfte Arbeiter nennt *keine* psychosozialen Belastungen (Abb. 4.13). Bei den Führungskräften, den Büroangestellten/nicht-manuellen Berufen und den Kleinunternehmern/selbständigen Handwerkern ist es jede zehnte Person. Hingehen leidet über ein Drittel der Kleinunternehmer und selbständigen Handwerker sowie der Büroangestellten und anderen nicht-manuellen Berufen unter fünf und mehr psychosozialen Belastungen. Bei mittleren und höheren Führungskräften sind es 24,7%, bei den Arbeitern 22,1%. In Liechtenstein hängen die psychosozialen sowie die physischen Belastungen bei der Arbeit (vgl. 4.2.2) nicht mit der Unternehmensgrösse zusammen. Dies ist in der Schweiz anders, wo in mittleren (50–250 Vollzeitstellen) und grossen Unternehmen (über 250 Vollzeitstellen) beschäftigte Personen (34,4% resp. 36,1%) signifikant häufiger fünf oder mehr psychosoziale Belastungen aufweisen als in Kleinunternehmen (bis 50 Vollzeitstellen; 28,0%).

Abbildung 4.14 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl psychosozialer Belastungen und verschiedenen Gesundheitsindikatoren. 11,9% der Liechtensteiner mit mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit erwähnen fünf und mehr psychosoziale Belastungen bei der Arbeit. Bei Personen mit starken körperlichen Beschwerden sind es 17,8% und bei Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung 21,1%. Jedoch existiert zwischen der Anzahl psychosozialer Belastungen bei der Arbeit und den Indikatoren «selbst wahrgenommene Gesundheit» und «körperliche Beschwerden» keine statistisch relevante Beziehung. In der Schweiz hingegen nennen Personen mit mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit, mit starken körperlichen Beschwerden

und mit mittlerer bis starker psychischer Belastung signifikant häufiger fünf und mehr psychosoziale Faktoren als vier und weniger.

4.2.4 Arbeitszeiten

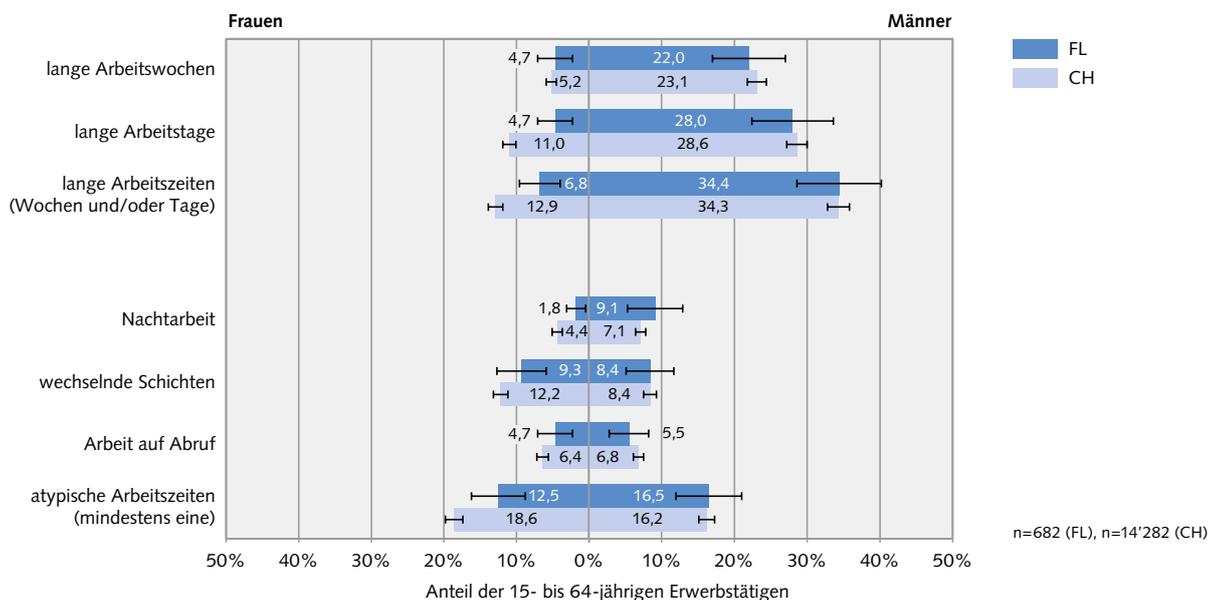
Lange Arbeitszeiten, atypische Arbeitsformen wie Nacht- und Schichtarbeit und Arbeit auf Abruf können die Gesundheit der Erwerbstätigen beeinträchtigen.⁷⁴ Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Herzbeschwerden treten vermehrt bei langen wöchentlichen Arbeitszeiten, Nacht- oder Schichtarbeit, variablen Arbeitszeiten und Arbeit auf Abruf auf (Wirtz et al., 2009). Besondere Arbeitszeiten und Arbeitsmodelle können einerseits ein direktes Gesundheitsrisiko darstellen; beispielsweise stört Nachtarbeit den Schlaf-Wach-Rhythmus. Andererseits bergen sie auch indirekte Risiken wie etwa negative Auswirkungen auf das Familien- und Sozialleben der Erwerbstätigen.

Rund ein Fünftel, nämlich 6,8% der Liechtensteinerinnen und 34,4% der Liechtensteiner erfahren lange Arbeitszeiten, sei es in Form von langen Arbeitswochen und/oder langen Arbeitstagen (Abb. 4.15). Frauen sind deutlich seltener von langen Arbeitszeiten betroffen. Ein Grund könnte in ihrer vermehrten Teilzeiterwerbstätigkeit liegen.

⁷⁴ Konzept und Begrifflichkeiten gemäss der Publikation des BFS «Arbeit und Gesundheit», Neuchâtel, 2014.

Besondere Arbeitszeiten (15- bis 64-jährige Erwerbstätige),
 nach Geschlecht, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 4.15



4,7% der Frauen und 22,0% der Männer arbeiten regelmässig mehr als 48 Stunden pro Woche. Monatlich leisten 4,7% der Frauen bzw. 28,0% der Männer mindestens fünf Arbeitstage mit jeweils mehr als zehn Stunden Dauer. Lange Arbeitswochen und -tage sind für Frauen und Männer gleich häufig. In der Schweiz hingegen sind lange Arbeitstage signifikant häufiger als lange Arbeitswochen, sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen.

Im Fürstentum Liechtenstein arbeiten 14,7% der 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen in mindestens einer atypischen Arbeitsform wie Nacht- oder Schichtarbeit oder Arbeit auf Abruf. Männer verrichten häufiger Nachtarbeit als Frauen, hingegen gibt es bei der Schichtarbeit oder bei der Arbeit auf Abruf keine Geschlechterunterschiede. In Liechtenstein sind Frauen (12,5%) seltener atypischen Arbeitszeiten ausgesetzt als in der Schweiz (18,6%). Betrachtet man die Arbeitsformen gesondert, besteht allerdings nur bei der Nachtarbeit ein signifikanter Unterschied (Liechtensteinerinnen 1,8% vs. Schweizerinnen 4,4%).

Lange oder atypische Arbeitszeiten gehen in Liechtenstein nicht mit einer schlechteren Gesundheit der Erwerbstätigen einher. Schweizer mit starken körperlichen Beschwerden oder mittleren bis starken psychischen Belastungen erwähnen hingegen signifikant häufiger mindestens eine atypische Arbeitsform als keine.

Dass sich kein Zusammenhang zwischen atypischen Arbeitszeiten und schlechterem Gesundheitszustand nachweisen lässt, hat möglicherweise damit zu tun, dass es sich bei vorliegenden Daten um eine Momentaufnahme handelt. Solche sogenannten Querschnittsdaten vermögen keine Effekte abzubilden, die sich erst zu einem späteren Zeitpunkt bemerkbar machen. Möglich ist, dass lange oder atypische Arbeitszeiten im Moment der Befragung noch nicht gesundheitsschädigend sind. Sie können sich aber längerfristig negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Ausserdem ist mit sogenannten Selektionseffekten zu rechnen: Eine kranke Person wird sich kaum für Arbeiten mit langen Arbeitszeiten melden bzw. wird für solche gar nicht eingestellt.

4.3 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel zeigt Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld auf, die eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen können. Erfreulicherweise lebt die klare Mehrheit der Liechtensteiner (63,5%) ohne jede Störung. Ein Bevölkerungsanteil von 14,5% fühlt sich im Wohnumfeld durch zwei oder noch mehr Störungen belästigt. Der Strassenverkehrslärm ist der wichtigste Störfaktor.

Bezüglich der Arbeitssituation sind folgende positive Ergebnisse hervorzuheben: Die Erwerbstätigen erfreuen sich einer guten Gesundheit, nehmen die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit mehrheitlich als positiv wahr und sind oft sehr oder gar ausserordentlich zufrieden mit ihrer Arbeitssituation.

Es werden aber auch negative gesundheitsbezogene Aspekte von Arbeit genannt: 86,0% der Liechtensteiner erwähnen mindestens eine physische Belastung bei der Arbeit. Die häufigsten Belastungen, bei Frauen und Männern, sind langes Stehen, stets gleiche Bewegungen und schmerzhafte und ermüdende Körperhaltungen.

86,9% aller Erwerbstätigen müssen mindestens eine psychosoziale Arbeitsbelastung bewältigen. 20,2% der Arbeiter erfahren keine psychosozialen Belastungen, im Gegensatz zu nur rund 10% der Kleinunternehmer, Handwerker, Büroangestellten und Führungskräfte. Als häufigste Belastungen nennen sowohl Frauen wie auch Männer hohe Arbeitsanforderungen, Zeitdruck und geringen Gestaltungsspielraum.

Männer erwähnen deutlich häufiger (34,4%) überdurchschnittlich lange Arbeitszeiten als Frauen (6,8%). Und 14,7% aller Erwerbstätigen arbeiten in mindestens einer atypischen Arbeitsform wie Nacht- oder Schichtarbeit sowie Arbeit auf Abruf.

5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Das Fürstentum Liechtenstein hat ein Gesundheitssystem von hoher Qualität. Im Verhältnis zur Wohnbevölkerung ist die Versorgung durch Allgemeinpraktizierende und Spezialärzte ausgezeichnet. Stationäre Behandlungen erfolgen im eigenen Landesspital in Vaduz oder im benachbarten Ausland durch Vertragsspitäler.⁷⁵

Aufgrund der ähnlichen Grundlagen und des vergleichbaren Aufbaus kann davon ausgegangen werden, dass die für das schweizerische Gesundheitssystem gemachten Bewertungen von OECD und WHO auch für Liechtenstein gelten (OECD/WHO, 2011). Die Versorgung wird dort als leistungsstark und bedarfsorientiert bezeichnet und das flächendeckende medizinische Angebot wird ebenso gelobt wie die Möglichkeit, den Leistungserbringer wählen zu können. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass ein solches Gesundheitssystem seinen Preis hat: Die Schweiz gehört zu den OECD-Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten (OECD/WHO, 2011); dies trifft auch auf Liechtenstein zu.

Dieses Kapitel beschreibt, in welchem Umfang die Bevölkerung Liechtensteins medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Das Geschlecht und das Alter gelten dabei als wichtige Determinanten. Frauen und ältere Menschen nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als Männer und jüngere Personen (Jaccard Ruedin et al., 2007; Schleiniger & Blöchlinger, 2012). Auch der sozioökonomische Status und die Nationalität beeinflussen das Ausmass der Inanspruchnahme (Bisig & Gutzwiller, 2004). Wie das Verhaltensmodell von Andersen (vgl. Kasten) zeigt, gibt es noch eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren (Andersen, 1995).

Das Verhaltensmodell nach Andersen

Für die Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird oft das «Verhaltensmodell von Andersen» (*Behavioral Model of Health Services Use*) zitiert. Ronald M. Andersen, ein renommierter Wissenschaftler im Bereich der gesundheitlichen Versorgungsforschung, hat es entwickelt (Andersen, 1995). Das Modell enthält ein breites Spektrum von Kategorien individueller und gesellschaftlicher Determinanten, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben können (Guggisberg & Spycher, 2005). Die Einflussgrössen im Modell werden dabei in die folgenden drei Hauptkategorien eingeteilt (Babitsch et al., 2012):

Prädisponierende Faktoren (Faktoren, die die eigene Neigung beeinflussen, medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen): Dies sind erstens individuelle Faktoren. Dazu gehören demografische Merkmale (Geschlecht und Alter), soziale Faktoren (z.B. Bildung, Beruf, Nationalität und Familienstand) und persönliche Überzeugungen in Bezug auf die Gesundheit (Einstellungen, Werte und Wissen bezüglich Gesundheit und Gesundheitsleistungen). Auf einer zweiten Ebene kommen sogenannte kontextuelle Faktoren dazu. Diese beinhalten die demografische und soziale Zusammensetzung der Gesellschaft, kollektive und kulturelle Werte sowie politische Perspektiven.

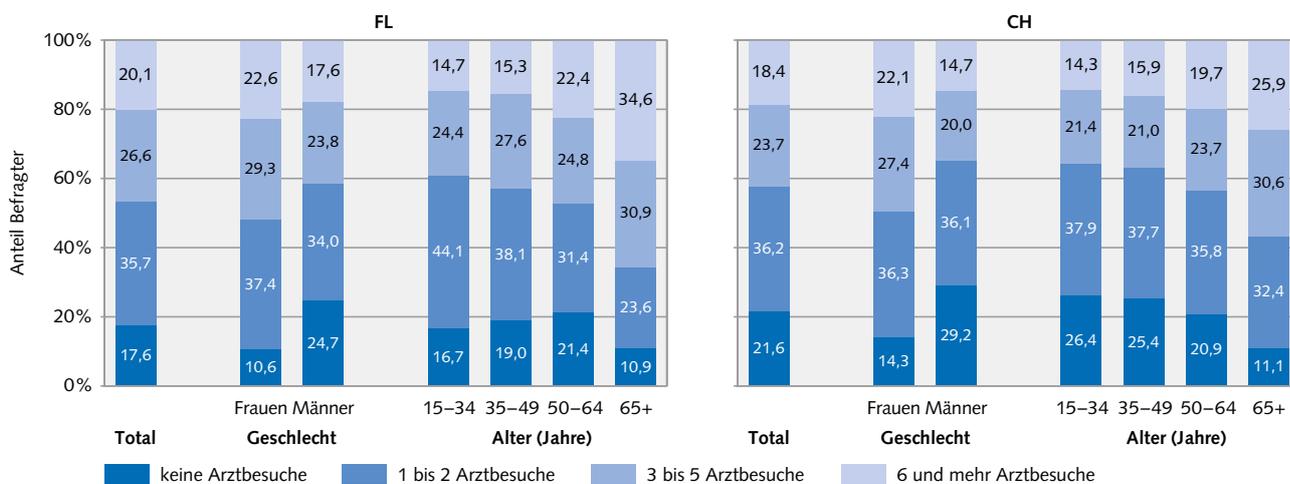
Ermöglichende Faktoren (Faktoren, die den Bezug von Gesundheitsleistungen ermöglichen): Auf individueller Ebene sind finanzielle Faktoren wie Einkommen und Versicherungsstatus enthalten, aber auch lokale Gegebenheiten der Gesundheitsversorgung, wie z.B. das Vorhandensein und die Erreichbarkeit eines Hausarztes. Auf kontextueller Ebene andererseits sind finanzielle Faktoren wie Wohlstand und Gesundheitsausgaben der Gesellschaft insgesamt massgebend, sowie das Angebot und die Struktur der gesamten Gesundheitsversorgung.

Bedarfsfaktoren: Auf individueller Ebene wird zwischen dem subjektiven, von der betroffenen Person selber wahrgenommenen Bedarf (selbst wahrgenommene Gesundheit, Krankheitssymptome usw.) unterschieden und dem objektiven, durch professionelle Einschätzung erlangten Bedarf. Die kontextuelle Ebene hingegen enthält alle Faktoren, welche einen Bedarf an medizinischen Leistungen aufgrund von Umwelteinflüssen begründen (z.B. berufs- und verkehrsbedingte Einwirkungen auf die Gesundheit) oder sich aus dem allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung ableiten (z.B. mehr Alters- und Pflegeheime wegen des höheren Alters der Bevölkerung).

⁷⁵ www.liechtenstein.li → Land und Leute → Gesellschaft → Gesundheitswesen (Zugriff am 23.09.2015)

Arztbesuche (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.1



n=1019 (FL), n=21'524 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Dieses Kapitel beleuchtet die Nutzung folgender Leistungen:

- Besuche in Arztpraxen (insgesamt und nach Fachgebiet)
- Präventionsmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie Grippeimpfungen
- Komplementärmedizinische Leistungen
- Spitalleistungen (ambulant und stationär)
- Unterstützung zu Hause (Familienhilfe/Spitex und informelle Hilfe)

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Periode von zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt. Das Kapitel präsentiert ausschliesslich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und analysiert die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Es geht nicht auf die Seite des Angebotes ein. Es muss hier auch erwähnt werden, dass die Grösse der Stichprobe in Liechtenstein für gewisse Fragestellungen und Analysen zu klein war, um entsprechende Unterschiede statistisch signifikant nachzuweisen.

5.1 Besuche in Arztpraxen

Die SGB enthält verschiedene Angaben zur Häufigkeit von Arztbesuchen. Sie ist zudem die einzige umfassende Datenquelle mit Informationen über jene Bevölkerungsteile, die keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Sie ermöglicht somit auch die Analyse von Bevölkerungsgruppen, welche in den zwölf Monaten vor

der Befragung weder eine Arztpraxis, noch ein Spital, noch einen anderen Leistungserbringer aufgesucht haben resp. von einem solchen aufgesucht worden sind (z.B. Familienhilfe). Der erste Abschnitt zum Unterkapitel 5.1 untersucht die Besuche beim Arzt insgesamt, der zweite Abschnitt (5.1.2) unterteilt zusätzlich nach ärztlichen Fachgebieten.

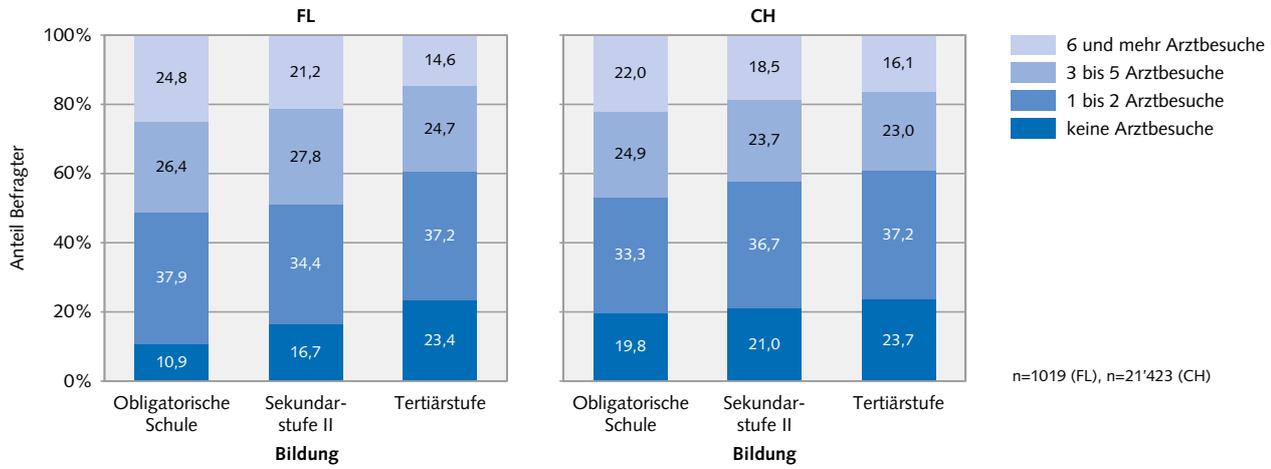
5.1.1 Häufigkeit von Arztbesuchen

Fast ein Fünftel (17,6%) der Liechtensteiner Bevölkerung haben in den zwölf Monaten vor der Befragung *keine* Arztpraxis aufgesucht. Dieser Anteil ist signifikant tiefer als in der Schweiz (Abb. 5.1). Gut ein Drittel der Liechtensteiner geht ein- bis zweimal in eine Arztpraxis. Zusammengenommen etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung verzeichnet somit keine bis maximal zwei Arztbesuche. Etwas weniger als die Hälfte gehen hingegen öfter als zweimal zum Arzt: 26,6% berichten über drei bis fünf und 20,1% über sechs oder mehr Arztbesuche im Jahr vor der Befragung.

Männer (24,7%) sind deutlich häufiger gar nie beim Arzt als Frauen (10,6%). Frauen gehen tendenziell öfter dreimal und mehr zum Arzt als Männer. In der Schweiz zeigt sich dasselbe Muster, die Unterschiede sind dort signifikant. Die häufigeren Arztbesuche der Frauen lassen sich zu einem guten Teil mit Konsultationen in gynäkologischen Praxen erklären (s. unten). In Liechtenstein haben weniger Frauen und tendenziell auch weniger Männer innerhalb des letzten halben Jahres keine Praxis aufgesucht als in der Schweiz.

Arztbesuche (in den zwölf Monaten vor der Befragung),
nach Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.2

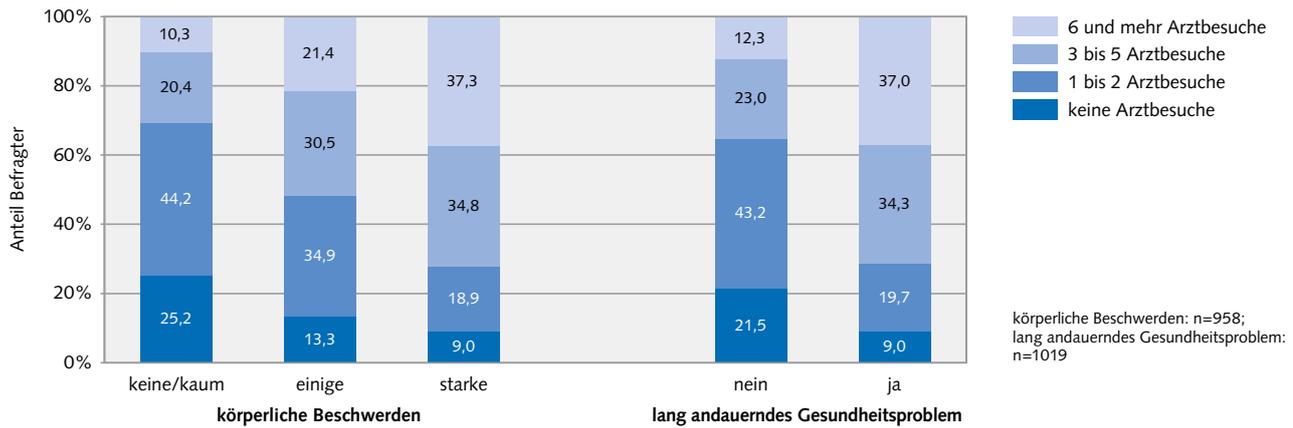


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Arztbesuche (in den zwölf Monaten vor der Befragung),
nach körperlichen Beschwerden und lang andauerndem Gesundheitsproblem,
Fürstentum Liechtenstein, 2012

Abb. 5.3

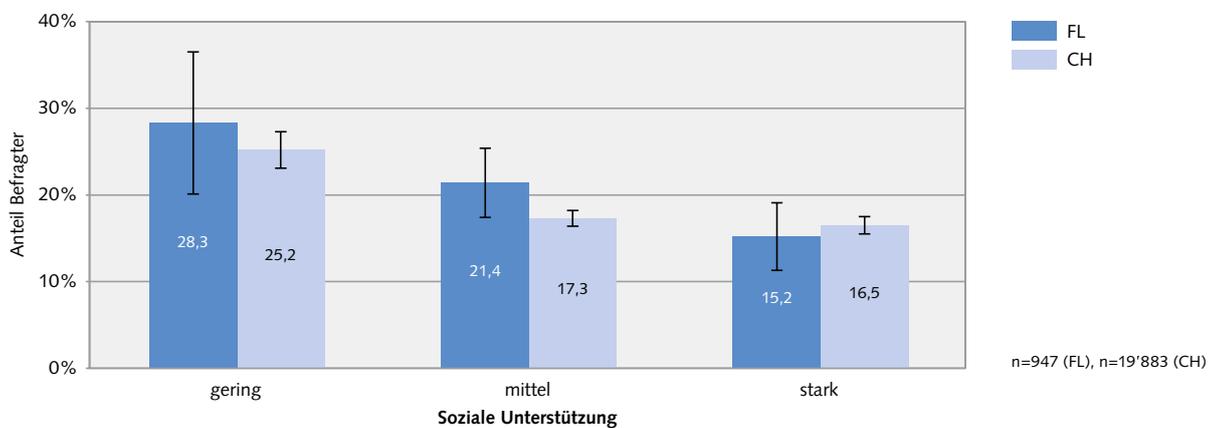


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Sechs und mehr Arztbesuche (in den zwölf Monaten vor der Befragung),
nach sozialer Unterstützung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Wie erwartet nimmt mit zunehmendem Alter die Häufigkeit ärztlicher Konsultationen zu. Rund ein Drittel der Liechtensteiner ab 65 Jahren gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung sechsmal oder mehr in einer Arztpraxis gewesen zu sein. Dieser Anteil ist bei den jüngeren Personen deutlich tiefer (Abb. 5.1). Rund 10% aller über 65-Jährigen sind gar nie beim Arzt. Interessanterweise gibt es bei den 50- bis 64-Jährigen mehr Personen, die nie beim Arzt sind, als bei den unter 50-Jährigen. Ein signifikanter Unterschied besteht aber nur im Vergleich zu den über 65-Jährigen. In der Schweiz gehen die beiden Altersgruppen der 50- bis 64-Jährigen und der über 65-Jährigen signifikant seltener gar nie und deutlich häufiger sechs und mehr Mal zum Arzt als alle anderen Altersgruppen.

Je höher die Ausbildung ist, desto häufiger werden keine Arztbesuche verzeichnet (Abb. 5.2). Umgekehrt sind sechs oder mehr Arztbesuche bei Personen mit tieferer Schulbildung häufiger als bei Personen mit höherer Bildung. Dasselbe Muster zeigt sich in der Schweiz. In Liechtenstein sind letztere Unterschiede, im Gegensatz zur Schweiz, nicht signifikant (Abb. 5.2).

Wie häufig jemand zum Arzt geht, hängt stark mit dem aktuellen Gesundheitszustand zusammen. Mit zunehmenden körperlichen Beschwerden oder anderen Gesundheitsproblemen steigt der Anteil Personen, die häufiger einen Arzt aufsuchen. Über 70% der Liechtensteiner mit starken körperlichen Beschwerden haben in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens dreimal eine Arztpraxis aufgesucht (Abb. 5.3). Vergleichbare Zahlen zeigen sich bei Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem. Umgekehrt berichten rund 70% der Liechtensteiner ohne körperliche Beschwerden und etwa 65% der Personen ohne dauerhaftes Gesundheitsproblem von höchstens zwei Arztbesuchen.⁷⁶

Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Besuchen in der Arztpraxis und dem Ausmass an sozialer Unterstützung (vgl. 2.6.2). Personen mit geringer sozialer Unterstützung suchen den Arzt deutlich häufiger sechsmal oder mehr auf als Personen mit starker sozialer Unterstützung (Abb. 5.4). Ein vergleichbares Bild zeigt sich in der Schweiz.

⁷⁶ Alle Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen «keine/kaum» und «starke» körperliche Beschwerden sowie zwischen dem Vorliegen und dem Nicht-Vorliegen eines chronischen Gesundheitsproblems in Abb. 5.3 sind signifikant.

5.1.2 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person

Dieser Abschnitt behandelt die mittlere Anzahl Arztbesuche in den zwölf Monaten vor der Befragung.⁷⁷ Die Abbildung 5.5 zeigt die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche in Liechtenstein, der Schweiz und in den Schweizer Kantonen⁷⁸. Mit 4,1 Arztbesuchen liegt Liechtenstein nahe beim schweizerischen Durchschnittswert von 3,9 Arztbesuchen⁷⁹. Zwischen den Schweizer Kantonen variiert die mittlere Anzahl Arztbesuche deutlich: Die Kantone Genf (GE) und Neuenburg (NE) zeigen die höchsten Werte, der Kanton Uri (UR) weist den tiefsten Wert aus. Einzig die drei Kantone Zug (ZG), Wallis (VS) und Uri (UR) mit den niedrigsten Durchschnittswerten unterscheiden sich signifikant von einigen anderen Kantonen.

Um die Anzahl Arztbesuche nach Facharztgruppen zu betrachten, werden die behandelnden Ärzte in drei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe umfasst die Grundversorgung. Dazu zählen Hausärzte sowie Allgemeinpraktizierende.⁸⁰ Die zweite Gruppe schliesst alle Ärzte ein, welche eine Spezialisierung in einem anderen ärztlichen Fachgebiet als der Grundversorgung (erste Gruppe) oder der Gynäkologie (dritte Gruppe) haben; Zahnärzte sind ausgeschlossen. Die dritte Gruppe umfasst schliesslich alle Frauenärzte.

Liechtensteiner haben in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich 2,8 Mal eine Arztpraxis für Grundversorgung aufgesucht (Abb. 5.6). Die Frauen beanspruchen den Hausarzt gleich häufig wie die Männer. In der Schweiz hingegen besuchen die Frauen den Hausarzt signifikant häufiger als die Männer.

Mit zunehmendem Alter steigt die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche in Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxen an. Befragte im Alter zwischen 15 und 49 Jahren

⁷⁷ Der Durchschnittswert ist jeweils auf der Basis aller Befragten berechnet; das heisst, dass Personen ohne Arztbesuch auch einbezogen sind.

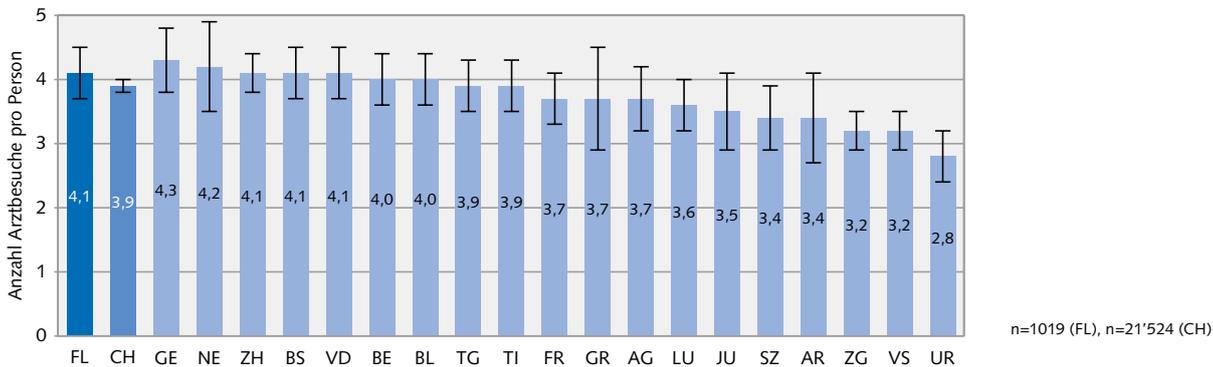
⁷⁸ Nur Kantone, die im Rahmen der SGB 2012 ihre Stichprobe erhöht haben.

⁷⁹ Eine hier nicht präsentierte zusätzliche Analyse der Daten des Datenpools (Abrechnungsdaten der Krankenversicherer, konsolidiert von SASIS AG) zeigt einen höheren Durchschnittswert. Gemäss dieser Datenbank wurden im Jahr 2012 in der Schweiz durchschnittlich 5,3 Arztkonsultationen in Anspruch genommen. Die Differenz zur SGB 2012 ist einerseits auf unterschiedliche Definitionen bei der Erfassung der Daten zurückzuführen. So werden z.B. im Datenpool telefonische Konsultationen ebenfalls mitgezählt. Andererseits ist nicht auszuschliessen, dass in der SGB die Anzahl Arztkonsultationen von den Befragten teilweise unterschätzt wird.

⁸⁰ In der SGB geben die befragten Personen an, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung beim persönlichen Hausarzt oder bei einem anderen Allgemeinpraktiker gewesen sind. Diese Bezeichnungen entsprechen jedoch nicht den offiziellen Facharzttiteln, sondern sind eher im alltäglichen Sprachgebrauch üblich. Es ist folglich möglich, dass die Gruppe der Grundversorgung auch Ärzte mit einer Spezialisierung in anderen Fachgebieten enthält (z.B. eine als Hausärztin tätige Ärztin mit Facharzttitel Rheumatologie).

Mittlere Anzahl Arztbesuche (in den zwölf Monaten vor der Befragung), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 5.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

suchen durchschnittlich 2,4 Mal eine Hausarzt- oder Allgemeinanzpraxis auf. Bei den 65-Jährigen und Älteren steigt dieser Wert auf 4,0 an. Die Verteilung der mittleren Anzahl Arztbesuche über die Alterskategorien ist in Liechtenstein und in der Schweiz ähnlich.

Die Liechtensteiner haben in den vergangenen zwölf Monaten durchschnittlich 1,2 Mal eine Spezialarztpraxis (ohne Frauenarzt- und Zahnarztpraxen) aufgesucht (Abb. 5.7). Frauen und Männer frequentieren Spezialärzte etwa gleich häufig. Hingegen sind Besuche in Spezialarztpraxen bei den 15- bis 34-jährigen Liechtensteinern signifikant seltener als bei den anderen Altersgruppen. Die Zahlen für die Schweiz sind ähnlich.

Bei den Frauen kommen zu den Konsultationen in Grundversorgungs- und Spezialarztpraxen noch solche in gynäkologischen Praxen hinzu. Die Liechtensteinerin sucht im Durchschnitt 0,9 Mal pro Jahr einen Frauenarzt auf (Abb. 5.8). Dabei dürfte es sich oft um Vorsorgeuntersuchungen oder Konsultationen während der Schwangerschaft handeln. Die Besuche in gynäkologischen Praxen erklären die häufigeren Arztbesuche der Frauen verglichen mit den Männern (vgl. 5.1.1). Mit zunehmendem Alter nehmen die Konsultationen in Frauenarztpraxen deutlich ab.

Rund jeder zwanzigste Liechtensteiner war im Jahr vor der Befragung in Behandlung wegen eines psychischen Problems (Abb. 5.9). Knapp die Hälfte (45,9%) dieser Behandlungen erfolgen bei einem Psychologen, rund ein Viertel (23,0%) bei einem Psychiater. Das restliche Drittel wurde von anderen Ärzten und von nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt. Abbildung 5.9 zeigt die Geschlechter- und Altersverteilung der Behandlungen aufgrund psychischer Probleme. Wegen der grossen Vertrauensintervalle lassen sich für Liechtenstein allerdings

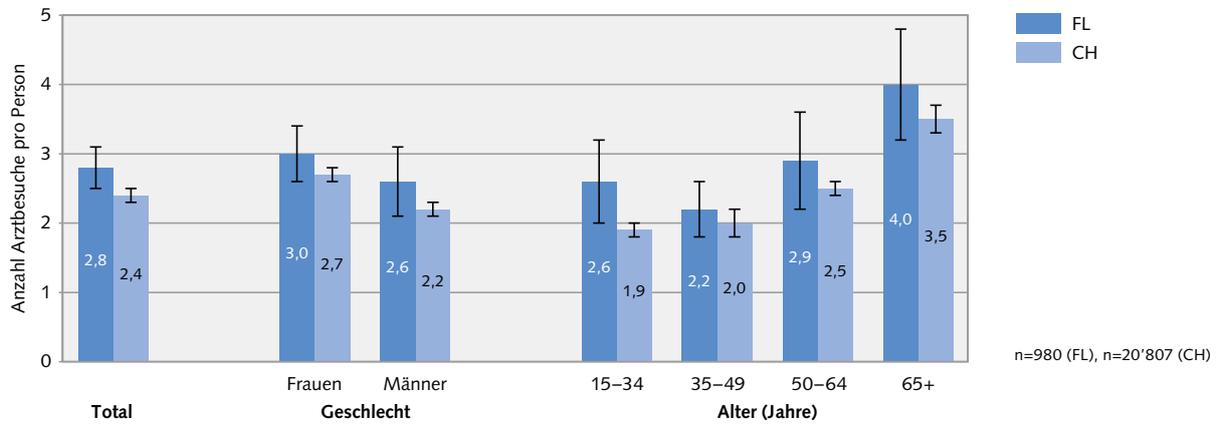
keine statistisch gesicherten Schlüsse daraus ziehen. Insgesamt berichten in Liechtenstein ähnlich viele Personen wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen zu sein wie in der Schweiz.

Frauen lassen sich öfter aufgrund psychischer Probleme behandeln als Männer (Unterschied nur für die Schweiz signifikant). Alte und Junge sind seltener aufgrund psychischer Beschwerden in Behandlung als Personen mittleren Alters. Am häufigsten nehmen die 35- bis 64-Jährigen psychische Behandlungen in Anspruch. Bei den 65-Jährigen und Älteren liegt dieser Anteil dann wieder gleich tief wie bei den 15- bis 34-Jährigen. Die Frage, ob psychische Probleme im Alter tatsächlich seltener sind oder ob die Betroffenen gelernt haben, damit umzugehen, bleibt offen. Ein Vergleich mit Abschnitt zeigt lediglich, dass ältere Personen ebenfalls weniger oft unter Depressionssymptomen leiden als jüngere.

Mittlere Anzahl Besuche in Hausarztpraxen

(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.6



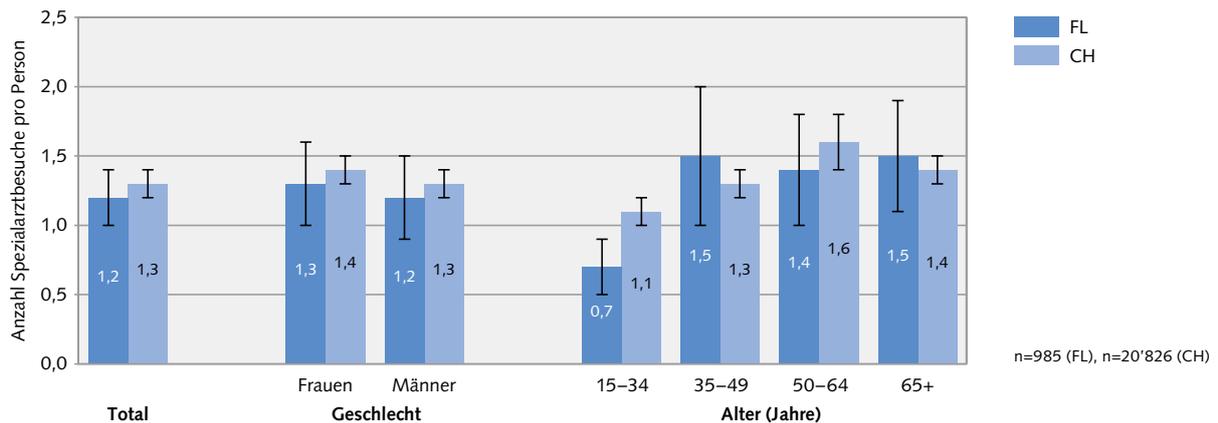
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl Besuche in Spezialarztpraxen

(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

5.2 Präventivmedizinische Leistungen

Ab dem 17. Lebensjahr erhalten alle Bewohner Liechtensteins alle fünf Jahre eine schriftliche Einladung des Amtes für Gesundheit zur Vorsorgeuntersuchung, Frauen zusätzlich alle zweieinhalb Jahre zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung. Dieses Unterkapitel untersucht, wie häufig verschiedene präventivmedizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Der erste Abschnitt (5.2.1) behandelt die Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker). Der zweite Abschnitt (5.2.2) befasst sich mit drei Krebsvorsorgeuntersuchungen: Bei den Frauen gegen

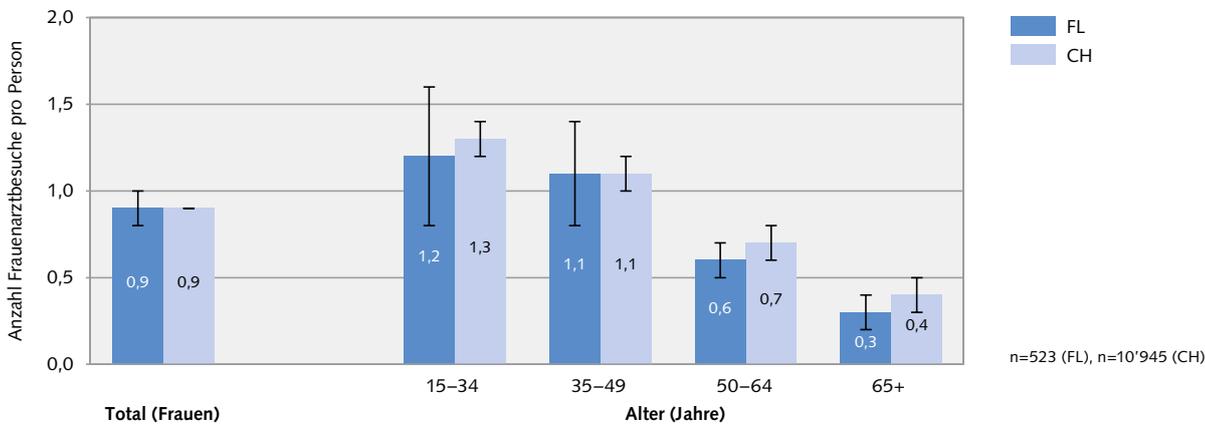
Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs (Mammografie), bei den Männern gegen Prostatakrebs. Der letzte Abschnitt (5.2.3) widmet sich schliesslich der Grippeimpfung.

5.2.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten ihren Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckerwert kontrolliert haben. Blutdruck und Cholesterin werden insbesondere im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen überprüft, der Blutzucker im Hinblick auf Diabetes. Diabetes wiederum ist ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010).

Mittlere Anzahl Besuche in Frauenarztpraxen (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.8

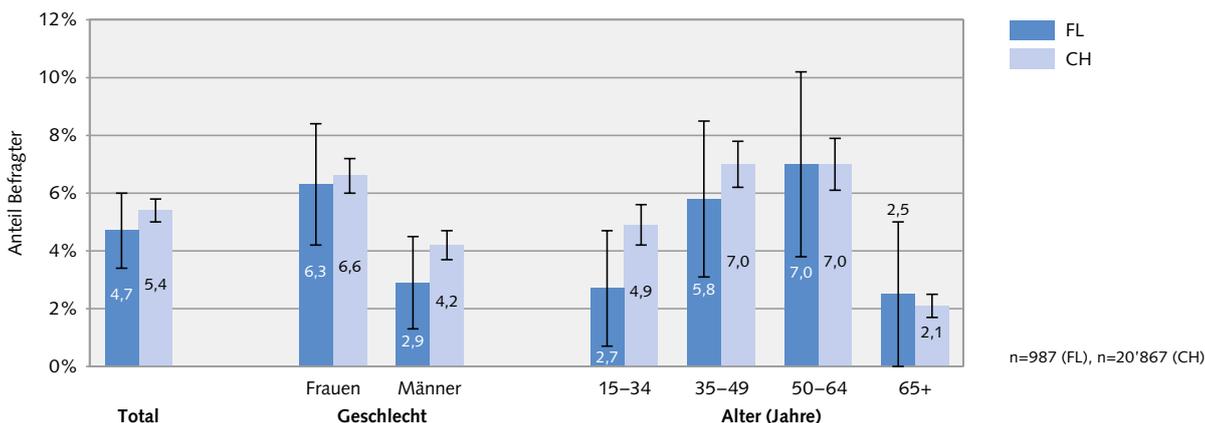


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen, 2012

© Obsan 2015

Behandlungen aufgrund psychischer Probleme (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.9



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen, 2012

© Obsan 2015

Die betrachteten Kontrolluntersuchungen können entweder bei gesunden Personen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen (Primärprävention) oder bei bereits erkrankten Personen im Rahmen von medizinischen Behandlungen (Sekundärprävention) erfolgen. Die vorliegenden Daten unterscheiden dies nicht.

Die Untersuchung des Blutdrucks ist mit 76,0% die häufigste Kontrolluntersuchung (Tab. 5.1). Der Cholesterin- und der Blutzuckerwert werden mit 46,8% bzw. 51,8% deutlich seltener kontrolliert. Alle drei erwähnten Kontrolluntersuchungen werden bei Frauen häufiger vorgenommen als bei Männern, wobei in Liechtenstein der Geschlechterunterschied nicht signifikant ist. Das Alter spielt ebenfalls eine Rolle. So kommt beispielsweise die Blutdruckmessung bei 65-jährigen und älteren Personen öfter vor als bei 15- bis 49-jährigen. Der Anteil Personen

mit einer Cholesterinmessung verdoppelt sich zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe. Die Kontrolluntersuchungen für Blutzucker nehmen von 40,5% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 70,0% bei den über 65-Jährigen zu. Je höher die Bildungsstufe der Befragten ist, umso seltener lassen sie Kontrolluntersuchungen durchführen. Diese Unterschiede sind in Liechtenstein, im Gegensatz zur Schweiz, nicht signifikant (Ausnahme bei der Blutdruckmessung zwischen nachobligatorischer Schulbildung und Sekundarstufe II). Insgesamt zeigen sich in der Schweiz ähnliche Ergebnisse wie in Liechtenstein.

Wie eingangs erwähnt, gehen sowohl gesunde (Primärprävention) wie auch erkrankte Personen (Sekundärprävention) zu Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Abbildung 5.10 zeigt den Zusammenhang zwischen einer vorliegenden Erkrankung

Tab. 5.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht, Alter und Bildung, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

		Blutdruck		Cholesterin		Blutzucker	
		FL (%)	CH (%)	FL (%)	CH (%)	FL (%)	CH (%)
Total		76,0	74,9	46,8	44,5	51,8	49,1
Geschlecht	Frauen	77,7	79,6	49,3	46,0	54,6	51,8
	Männer	74,3	70,1	44,3	43,1	48,9	46,4
Alter	15–34 Jahre	63,2	65,7	30,5	28,4	40,5	36,0
	35–49 Jahre	75,1	68,4	41,1	35,7	46,2	39,9
	50–64 Jahre	81,3	80,1	58,3	53,0	58,8	55,8
	65+ Jahre	91,9	90,7	66,3	68,3	70,0	71,9
Bildung	Obligatorische Schule	79,2	76,8	51,6	51,8	61,1	54,8
	Sekundarstufe II	76,8	76,3	47,3	45,4	51,8	50,1
	Tertiärstufe	72,7	71,4	42,8	38,9	46,0	43,9

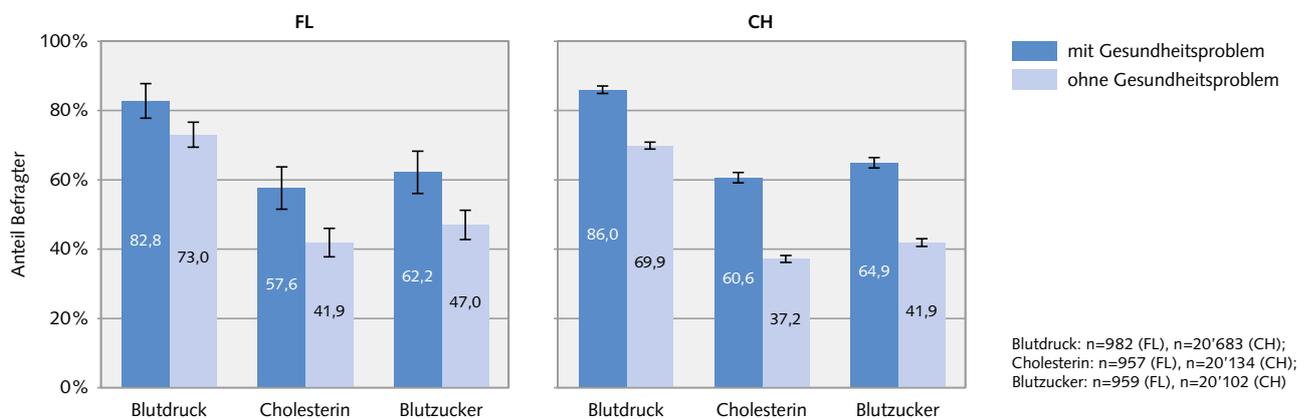
Blutdruck: n=982 (FL), n=20'718 (CH); Cholesterin: n=957 (FL), n=20'165 (CH); Blutzucker: n=959 (FL), n=20'135 (CH)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach lang andauerndem Gesundheitsproblem, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

und der Häufigkeit der Durchführung solcher Kontrolluntersuchungen: Personen mit einem chronischen Gesundheitsproblem gehen öfter in eine Kontrolluntersuchung als Personen ohne solche Probleme. Bei der Messung des Blutdrucks beträgt der Unterschied rund 10 Prozentpunkte, beim Cholesterin und dem Blutzucker sind es rund 15 Prozentpunkte. Diese Ergebnisse sind mit denjenigen der Schweiz vergleichbar.

5.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Krebsabstrich ab dem 17. Lebensjahr) und Brustkrebs (Mammografien ab dem 50. Lebensjahr)

gehören zu den empfohlenen Krebsvorsorgemethoden bei Frauen. Ab dem 17. Lebensjahr erhalten die Einwohnerinnen Liechtensteins alle zweieinhalb Jahre eine Einladung vom Amt für Gesundheit zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung.⁸¹

Männern ab 50 Jahren wird eine Beratung über die Früherkennung von Prostatakrebs angeboten. Diese findet im Rahmen der fünfjährigen Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene statt.

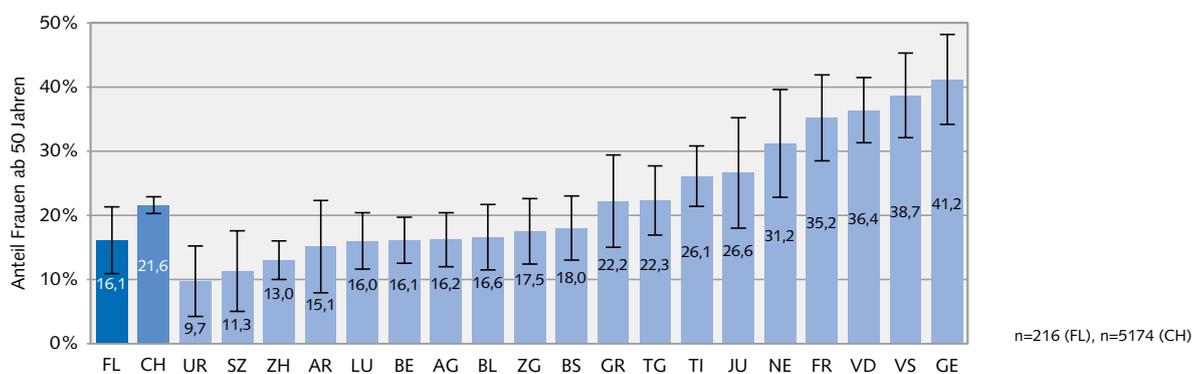
⁸¹ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Gesundheit → Gesundheitsförderung und Prävention → Vorsorgeuntersuchung (Zugriff am 16.09.2015)

Tab. 5.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

		Frauen (ab 20 Jahren)				Männer (ab 40 Jahren)	
		Gebärmutterhalskrebs		Mammografie (Brustkrebs)		Prostatakrebs	
		FL (%)	CH (%)	FL (%)	CH (%)	FL (%)	CH (%)
Total		43,5	42,1	11,2	14,1	26,8	25,1
Frauen	20–49 Jahre	49,4	49,5	7,0	7,2	–	–
	50+ Jahre	36,7	34,2	16,1	21,6	–	–
Männer	40–49 Jahre	–	–	–	–	10,4	9,2
	50+ Jahre	–	–	–	–	36,7	32,9

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mammografie (in den zwölf Monaten vor der Befragung, Frauen ab 50 Jahren), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012 **Abb. 5.11**

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Die SGB erfasst die Häufigkeit dieser Krebsvorsorgeuntersuchungen, welche Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 40 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchführen liessen.

Ein Viertel der Männer ab 40 Jahren hat sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen. Männer ab 50 Jahren lassen sich dabei rund drei Mal häufiger untersuchen als Männer zwischen 40 und 49 Jahren (Tab. 5.2). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt bei Männern ohne besondere Risikofaktoren die Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung erst ab 50 Jahren. Dies erklärt vermutlich den Anstieg der Untersuchungen ab diesem Alter.

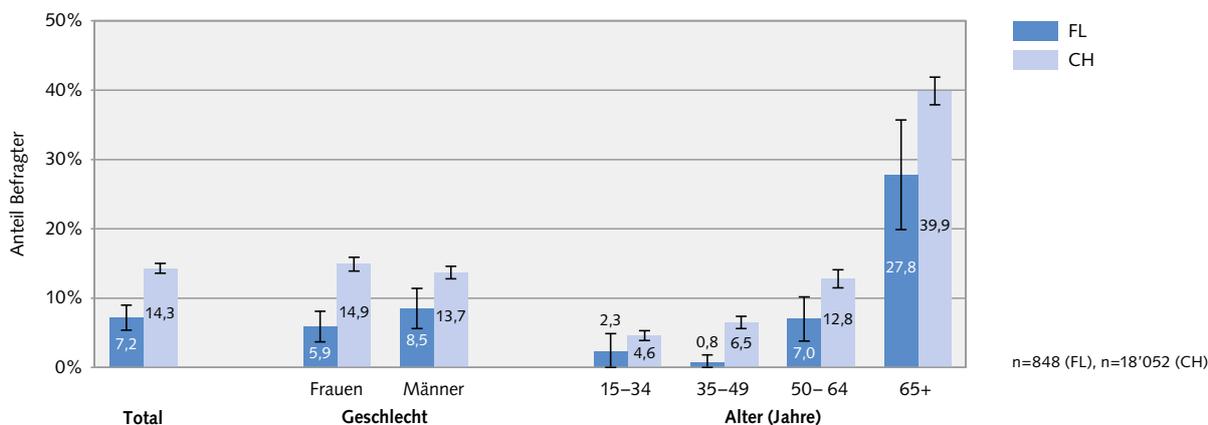
In Liechtenstein wie auch in der Schweiz haben zwei von fünf Frauen im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen lassen. Zwischen dem 20. und 49. Altersjahr lässt sich gar jede zweite Liechtensteinerin untersuchen. Der Anteil reduziert sich ab 50 Jahren

wieder auf 36,7%. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), wonach jüngere Frauen häufiger (alle zwei Jahre) als ältere Frauen eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen sollten.⁸²

Bei Mammografien ist die Altersverteilung genau umgekehrt: Frauen ab 50 Jahren lassen sie öfter durchführen als Frauen im Alter zwischen 20 und 49 Jahren. In Liechtenstein haben im Jahr 2012 16,1% der Frauen ab 50 Jahren eine Mammografie durchführen lassen, in der Schweiz waren es 21,6%. Der Unterschied zwischen den beiden Ländern ist statistisch nicht signifikant. Der Anteil der Mammografien ist bei Frauen unter 50 Jahren deutlich tiefer, wobei Liechtensteinerinnen und Schweizerinnen gleich häufig eine Untersuchung durchführen liessen. Gebärmutterhalskrebs tritt eher bei

⁸² www.sggg.ch → Fachthemen → Expertenbriefe → Expertenbrief Nr. 40 PAP-Abstrich (Zugriff am 16.02.2015)

Grippeimpfung (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012 **Abb. 5.12**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

jüngeren, Brustkrebs eher bei älteren Frauen auf. Die jeweiligen Empfehlungen für die Vorsorgeuntersuchungen berücksichtigen dies.

Unterschiede zwischen den Bildungskategorien werden hier wegen der kleinen Stichprobe und den damit verbundenen statistischen Unsicherheiten für Liechtenstein nicht präsentiert. Für die Schweiz sind jedoch gewisse Muster zu erkennen, die für Liechtenstein auch gelten dürften. In der Schweiz unterziehen sich Frauen ab 50 Jahren mit einem Tertiärabschluss häufiger einer Mammografie (24,6%) als Frauen ohne nachobligatorische Schulbildung (17,7%). Der Unterschied ist bei der Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs noch deutlicher: Die Hälfte der Schweizer Frauen ab 20 Jahren mit Tertiärabschluss berichten über eine solche Vorsorgeuntersuchung. Dieser Anteil sinkt bei Frauen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II auf 42,4% und bei Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung auf 29,5%. Bei der Früherkennung von Prostatakrebs bei Schweizer Männern ab 40 Jahren sind keine entsprechenden Unterschiede zu erkennen. Über alle drei Bildungskategorien hinweg sind hier die Anteile ähnlich hoch.

Innerhalb der Schweiz sind insbesondere bei der Mammografie grosse Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen. Der Schweizer Durchschnitt (21,6%) wird durch grosse Anteile in den Kantonen der Westschweiz angehoben. Freiburg (FR), Waadt (VD), Wallis (VS) und Genf (GE) liegen mit Anteilen zwischen 35,2% und 41,2% deutlich über dem Schweizer Durchschnittswert. Die Deutschschweizer Kantone Uri (UR), Schwyz (SZ) und Zürich (ZH) liegen dagegen mit Anteilen zwischen 9,7% und 13,0% darunter.

Höhere Anteile innerhalb der Schweiz liegen in jenen Kantonen vor, welche ein flächendeckendes Mammografie-Programm eingeführt haben.⁸³ In Liechtenstein erhalten Frauen ab 50 Jahren seit Herbst 2013 zusätzlich zur Einladung zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung eine Aufforderung zur Mammografie und einen Informationsflyer. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für eine Mammografie alle zwei Jahre vollumfänglich.⁸⁴ Zum Zeitpunkt der hier präsentierten Erhebung (SGB 2012) existierte diese systematische Information der Frauen jedoch noch nicht.

5.2.3 Grippeimpfungen

Es lassen sich nicht sehr viele Liechtensteiner gegen Grippe impfen: Bei den Frauen sind es 5,9%, bei den Männern 8,5% (Abb. 5.12). Die Impfquote ist bei den 65-Jährigen und Älteren mit 27,8% am höchsten. Dies ist rund viermal mehr als bei den 50- bis 64-jährigen und rund zehnmal mehr als bei den 15- bis 34-jährigen Personen. Fast jede dritte Person ab 65 Jahren befolgt die Empfehlung des Amtes für Gesundheit, sich ab diesem Alter gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.⁸⁵ Insgesamt impfen sich die Liechtensteiner rund halb so oft gegen die saisonale Grippe wie die Schweizer.

⁸³ In Schweizer Kantonen mit einem Mammografie-Programm (BE, BS, FR, GE, GR, JU, NE, SG, TI, TG, VD, VS) werden Frauen ab 50 Jahren alle zwei Jahre von den Gesundheitsbehörden zur Durchführung einer Mammografie eingeladen. In den anderen Kantonen wird diese Vorsorgeuntersuchung auf eigene Initiative und in Absprache mit dem persönlichen Arzt durchgeführt (www.krebsliga.ch → Prävention → Prävention Krebsarten → Brustkrebs → Mammografie-Screening; Zugriff am 16.02.2015).

⁸⁴ www.llv.li → Amtsstellen → Amt für Gesundheit → Gesundheitsförderung und Prävention → Mammografie → Kostenübernahme (Zugriff am 23.09.2015)

⁸⁵ www.impfengegengrippe.ch → Informationen der Kantone → Fürstentum Liechtenstein (Zugriff am 17.02.2015)

Es lassen sich vor allem Personen, welche ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis schlecht einschätzen, gegen die saisonale Grippe impfen. Dieser Anteil beträgt in Liechtenstein 21,0%. Rund viermal weniger oft (5,3%) lassen sich Personen mit einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand impfen.

5.3 Komplementärmedizinische Leistungen

Das vorliegende Kapitel betrachtet den Bezug der folgenden komplementärmedizinischen Leistungen: Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Homöopathie, Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), indische Medizin (Ayurveda), Fussreflexzonenmassage, Shiatsu, Osteopathie oder andere Therapien (z.B. Kinesiologie, Feldenkrais, Autogenes Training, Neuraltherapie, Bioresonanztherapie, anthroposophische Medizin). Dabei wird nicht unterschieden, ob ein Arzt oder ein nicht-ärztlicher Therapeut die Behandlung durchführt. Die hier erbrachten Leistungen können somit keinem bestimmten Kostenträger (obligatorische Krankenpflegeversicherung, freiwillige Zusatzversicherung oder Selbstzahler) zugeordnet werden. Das liechtensteinische Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die Krankenversicherungsordnung (KVV) lehnen sich stark an die schweizerische Gesetzgebung an. Die Leistungskataloge der beiden Länder stimmen mit wenigen Ausnahmen überein. Das liechtensteinische Krankenversicherungsrecht kennt allerdings einige Gruppen von Leistungserbringern, welche in der Schweiz bis anhin nicht zur OKP zugelassen sind, unter anderen die Naturheilpraktiker (allerdings eng begrenzt auf die Akupunktur TCM) (Ministerium für Gesellschaft Fürstentum Liechtenstein, 2014).⁸⁶

Rund ein Drittel der in Liechtenstein befragten Personen hat in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Wie Abbildung 5.13 zeigt, liegt dieser Wert höher als jener der Schweiz. Der Anteil der Frauen ist grösser als jener der Männer. Der Bezug von komplementärmedizinischen Leistungen folgt über das Alter einem glockenförmigen Verlauf. In Liechtenstein sind es die 50- bis 64-Jährigen, die am häufigsten komplementärmedizinische Leistungen nutzen; in der Schweiz sind es hingegen die 35- bis 49-Jährigen.

Zwischen den drei Bildungsstufen gibt es in Liechtenstein keine Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen. Dies im Gegensatz zur Schweiz, wo Personen mit einem Tertiärabschluss häufiger entsprechende Leistungen beziehen als jene mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II und diese wiederum häufiger als Personen ohne eine nachobligatorische Schulbildung.

Die Liechtensteiner nehmen am häufigsten Homöopathie in Anspruch (Abb. 5.14). Darauf folgt Akupunktur und Pflanzenheilkunde. In Liechtenstein steht die Osteopathie an fünfter, in der Schweiz an zweiter Stelle. Ansonsten ist die Reihenfolge der Häufigkeiten komplementärmedizinischer Leistungen in beiden Ländern ähnlich.

Neben der Frage, ob und welche komplementärmedizinischen Leistungen die interviewten Personen in Anspruch genommen haben, interessiert auch, wie viele Konsultationen jeweils angefallen sind. Liechtenstein weist hier einen Wert von durchschnittlich 2,0 Konsultationen aus und unterscheidet sich nicht von der Schweiz. Der Kanton Neuenburg (NE) weist die höchste, der Kanton Schwyz (SZ) die tiefste Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen auf.

5.4 Spitalleistungen

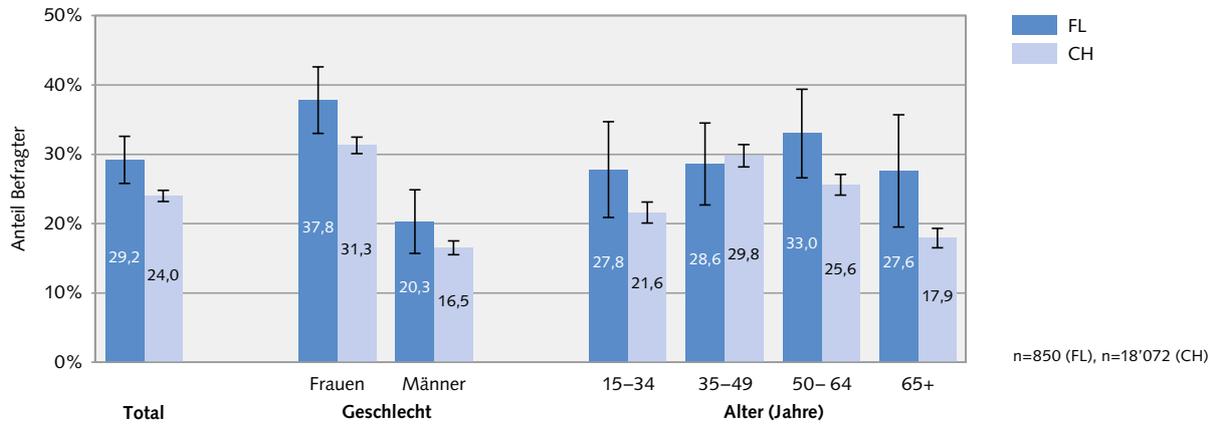
Dieses Unterkapitel behandelt die Inanspruchnahme von Spitalleistungen. Diese lassen sich in ambulante und stationäre Spitalbehandlungen aufteilen. Im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenversicherungen werden diese beiden Behandlungsarten wie folgt voneinander abgegrenzt: Stationäre Spitalbehandlungen sind Behandlungen, welche mehr als 24 Stunden dauern oder während mindestens einer Nacht ein Bett benötigen.⁸⁷

⁸⁶ In der Schweiz wurde am 17. Mai 2009 die Volksabstimmung über den Verfassungsartikel für eine bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin angenommen. Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) entschied daraufhin, die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die Traditionelle Chinesische Medizin provisorisch in den Leistungskatalog der OKP aufzunehmen. Bis Ende 2017 werden diese fünf komplementärmedizinischen Leistungsbereiche in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen somit von der OKP vergütet. Die Weiterführung im Leistungskatalog nach dieser Periode hängt davon ab, ob die erwähnten komplementärmedizinischen Leistungen die im Schweizer KVG definierten Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (WZW) erfüllen. Somit dürfte das schweizerische System bei den komplementärmedizinischen Leistungen im Moment weitergehen als das liechtensteinische.

⁸⁷ Vgl. Artikel 3 der Schweizerischen Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitaler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.13

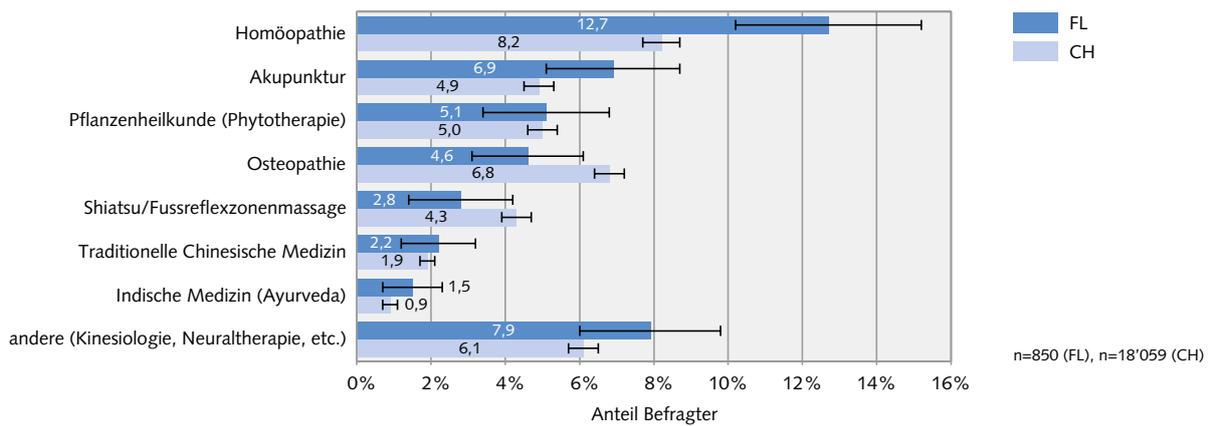


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2012

© Obsan 2015

Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Behandlungsmethode,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.14

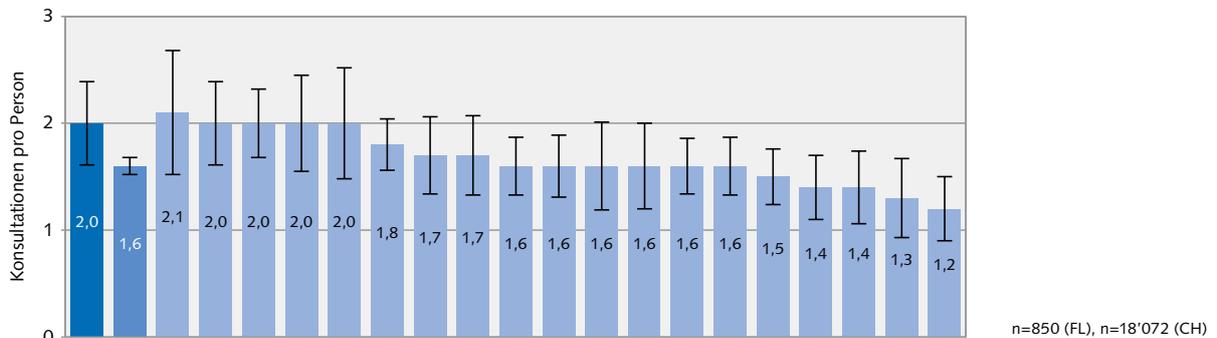


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), Fürstentum Liechtenstein,
Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 5.15

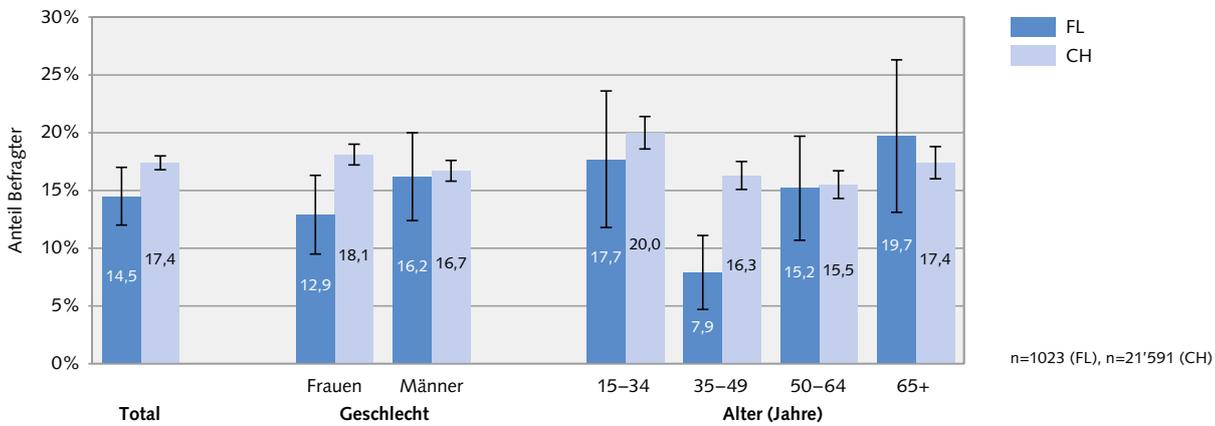


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.16

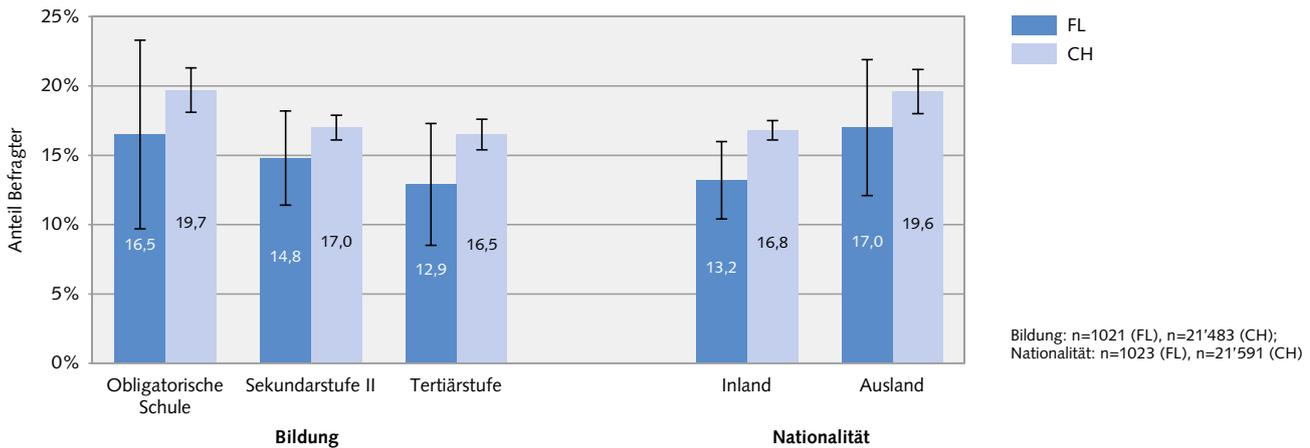


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2012

© Obsan 2015

Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Bildung und Nationalität,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Alle anderen Behandlungen, unabhängig davon, ob ein Bett benutzt wird oder nicht, gelten als ambulante Spitalbehandlungen. Nachfolgend werden zuerst die ambulanten und dann die stationären Spitalbehandlungen betrachtet.

5.4.1 Ambulante Spitalbehandlungen

Die Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen enthält Behandlungen in Spital-Ambulatorien sowie auf Notfallstationen oder in Tageskliniken.⁸⁸ Frauen

und Männer lassen sich in Liechtenstein und in der Schweiz ähnlich häufig ambulant im Spital behandeln (Abb. 5.16).

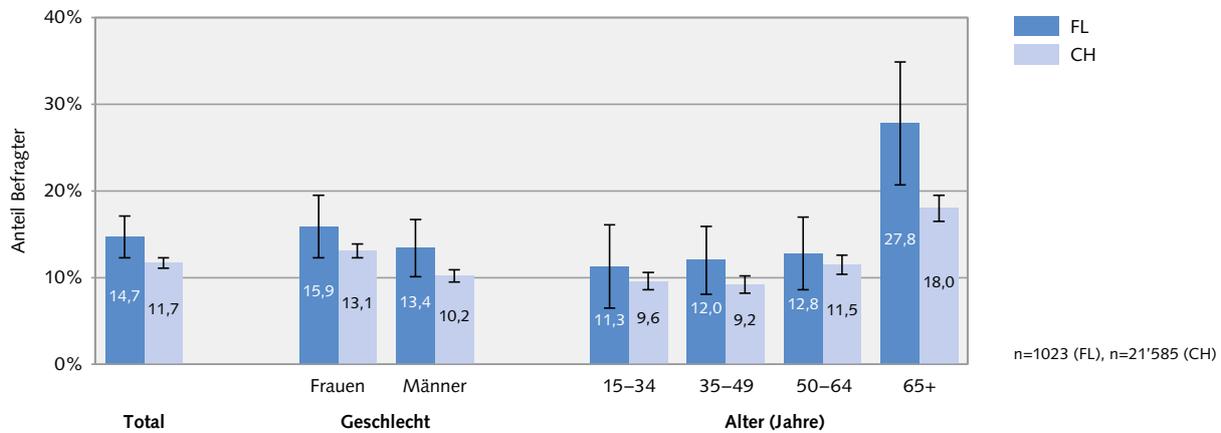
Es fällt auf, dass sich die 15- bis 34-Jährigen häufig ambulant behandeln lassen. In Liechtenstein ist dieser Unterschied allerdings nur im Vergleich zu den 35- bis 49-Jährigen statistisch signifikant, und nicht im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. In der Schweiz hingegen bestehen statistisch signifikante Unterschiede zu allen anderen Alterskategorien. Im Gegensatz dazu nehmen Arztbesuche in Praxen ab der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen immer mehr zu. Über die Ursachen kann nur spekuliert werden, da genauere Angaben wie der Grund für die ambulante Behandlung bzw. den Arztbesuch und die zugrunde liegenden Krankheiten

⁸⁸ Wortlaut der Fragen in der SGB: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital-Ambulatorium oder in einer Poliklinik gewesen? Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einem Tagesspital oder in einer Tagesklinik gewesen?

Stationäre Spitalbehandlungen

(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.18

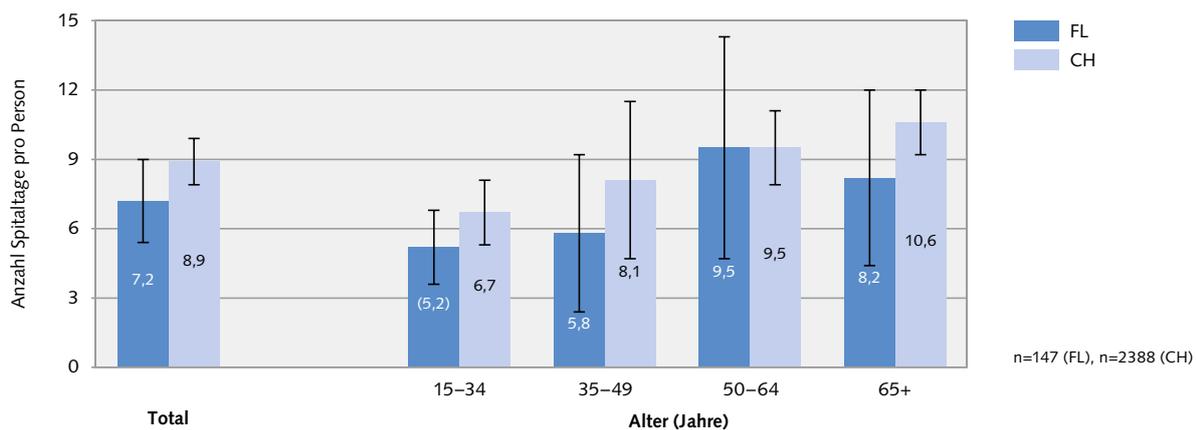


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl Spitaltage (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.19



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

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

fehlen. Möglicherweise haben jüngere Personen seltener einen Hausarzt und nutzen deswegen bei Gesundheitsproblemen häufiger ambulante Spitalleistungen.

Bildung und Nationalität haben in Liechtenstein keinen signifikanten Einfluss auf die Spitalbehandlungen (Abb. 5.17). In der Schweiz hingegen sinken die ambulanten Spitalbehandlungen mit zunehmender Bildung und die Inländer lassen sich signifikant seltener ambulant im Spital behandeln als Ausländer.

5.4.2 Stationäre Spitalbehandlungen

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen umfasst den Anteil jener Personen, welche im Vorjahr mindestens eine Nacht im Spital oder in einer

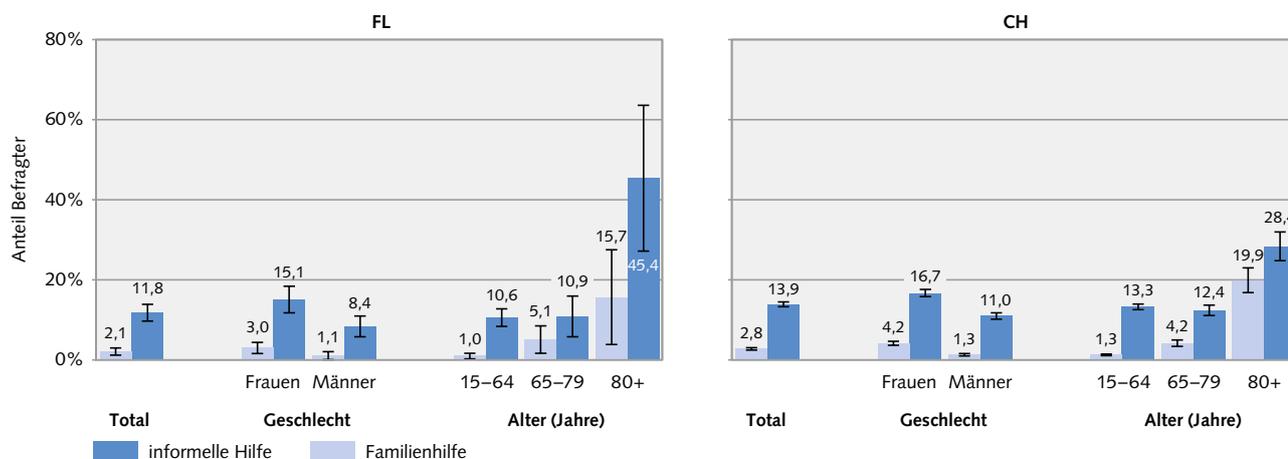
Spezialklinik verbracht haben. Aufenthalte in Kurhäusern werden hier nicht mitgezählt. Sie sind in der SGB im Wortlaut der Frage explizit ausgeschlossen.⁸⁹ Personen, die mindestens einen stationären Aufenthalt angeben, werden weiter nach der Anzahl der im Spital verbrachten Tage gefragt. Somit können auch Aussagen zur durchschnittlichen Anzahl Spitaltage der Befragten gemacht werden.

Im Fürstentum Liechtenstein haben 14,7% der Befragten im vorangegangenen Jahr mindestens eine Nacht im Spital verbracht (Abb. 5.18); ähnlich viele wie

⁸⁹ Wortlaut der Frage: Wie viel Mal sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, Kuraufenthalte nicht miteingerechnet? Zählen Sie alle Aufenthalte wo Sie übernachtet haben.

Bezüger von Familienhilfe und informeller Hilfe (in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Geschlecht und Alter, Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.20



Familienhilfe: n=1023 (FL), n=21'595 (CH); informelle Hilfe: n=1023 (FL), n=21'591 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

in der Schweiz. Frauen sind gleich häufig stationär im Spital wie Männer. In der Schweiz sind die Frauen signifikant häufiger stationär im Spital.

Erwartungsgemäss nimmt die Häufigkeit von stationären Spitalbehandlungen im Alter zu. Mehr als ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren (27,8%) hatte mindestens eine stationäre Spitalbehandlung. In den übrigen Altersgruppen sind es nur rund 12%. In der Schweiz ergibt sich ein ähnliches Bild. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren mit einem stationären Spitalaufenthalt im Vorjahr ist allerdings signifikant tiefer als in Liechtenstein.

Die stationär behandelten Liechtensteiner verweilen durchschnittlich 7,2 Tage im Spital, die Schweizer 8,9 Tage (Abb. 5.19). Je älter die Befragten sind, umso länger bleiben sie tendenziell im Spital. Ab 65 und mehr Jahren geht der Anteil dann wieder etwas zurück; aufgrund der kleinen Fallzahlen ist jedoch keiner dieser Unterschiede statistisch signifikant. In der Schweiz lässt sich über die Altersgruppen hinweg ein signifikanter Anstieg der Aufenthaltsdauer feststellen.

5.5 Unterstützung zu Hause, formell und informell

Formelle Unterstützung zu Hause umfasst Leistungen, welche professionelle Hilfs- und Pflegedienste am Wohnort der Patienten erbringen. Solche Dienstleistungen werden hauptsächlich von Organisationen der «Familienhilfe» oder der «Spitex» angeboten. Im vorliegenden Unterkapitel wird der Begriff «Familienhilfe»

als Oberbegriff für jegliche formelle Unterstützung zu Hause verwendet. Bei der *informellen* Unterstützung zu Hause handelt es sich hingegen um Hilfe oder Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Diese Aktivität wird im Folgenden als «informelle Hilfe» bezeichnet. Für beide Formen der Unterstützung wird analysiert, welche Gruppen von Personen zu Hause unterstützt werden. Bei der informellen Hilfe interessiert zudem, welche Personen solche Hilfe und Pflege leisten.

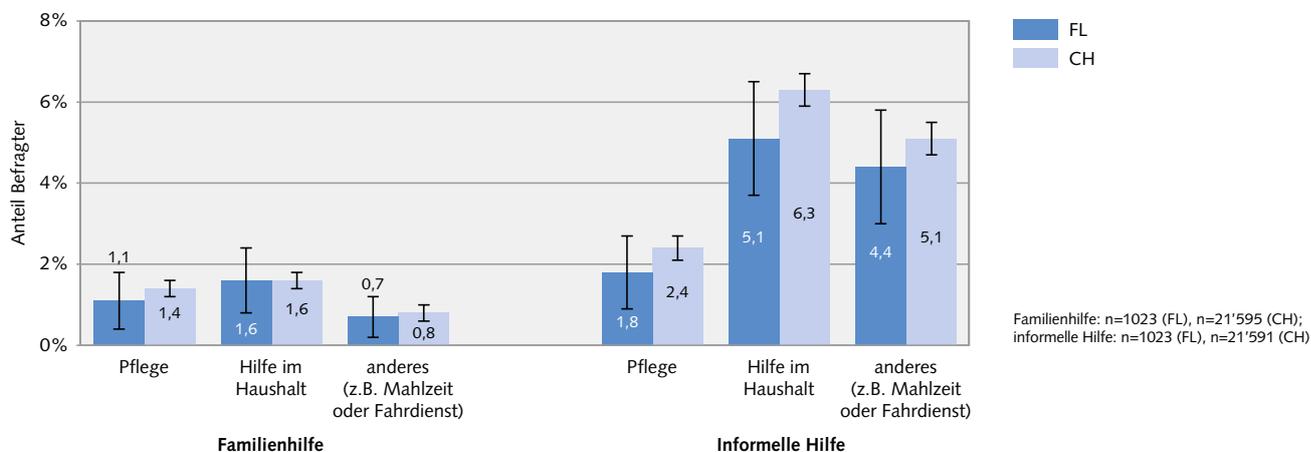
Familienhilfe wurde im Jahr 2012 von 2,1% der befragten Personen in Anspruch genommen (Abb. 5.20). Die Unterstützung zu Hause erfolgte mit 11,8% jedoch weitaus häufiger auf der Basis von informeller Hilfe. In der Schweiz zeigt sich dasselbe Muster.

Frauen beziehen gleichviel Familienhilfe wie Männer, aber mehr informelle Hilfe als Männer. In der Schweiz ist der Geschlechterunterschied für beide Formen der Hilfe signifikant. Der Unterschied ist unter anderem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen (BFS, 2014d). So beanspruchen Frauen im höheren Alter häufiger externe Hilfe, weil deren männliche Partner im Durchschnitt früher sterben. Die Tatsache, dass in traditionellen Partnerschaften Männer häufiger älter sind als Frauen, verstärkt diesen Effekt zusätzlich (BFS, 2014b).

Es fällt auf, dass 80-Jährige und Ältere zu einem hohen Anteil informelle Hilfe beanspruchen. Der Anstieg an Familienhilfe im Alter ist weniger stark ausgeprägt. Der Anstieg ist vergleichbar mit der Schweiz, wo die Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen signifikant sind. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit erfolgt

Bezüger von Familienhilfe und informeller Hilfe
(in den zwölf Monaten vor der Befragung), nach Art der Hilfe,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.21

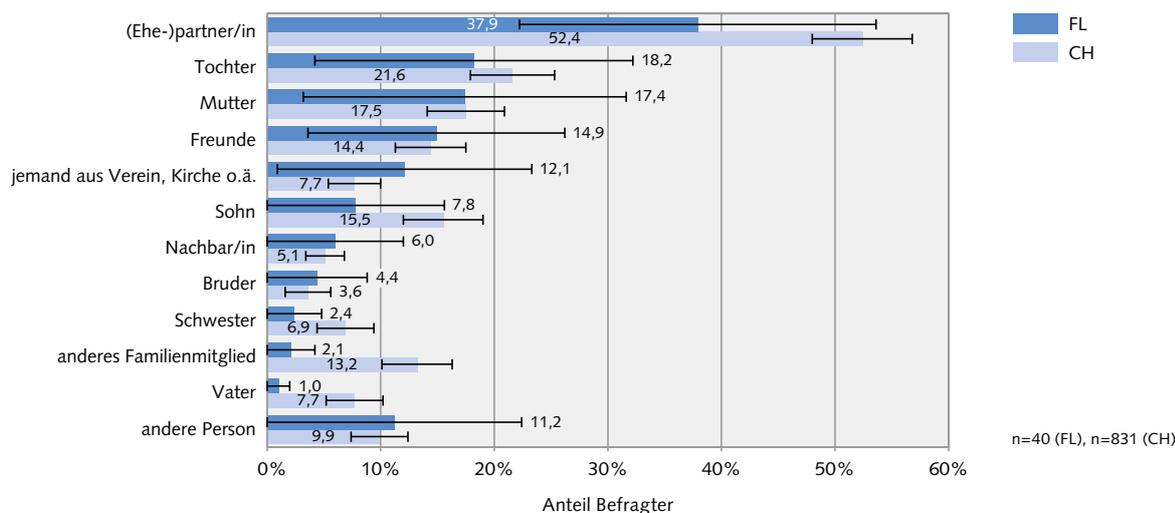


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen, die informelle Hilfe leisten,
Fürstentum Liechtenstein und Schweiz, 2012

Abb. 5.22



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

die Unterstützung zu Hause oft in einer Kombination von Familienhilfe und von informell helfenden Personen (Höpflinger et al., 2011).

Die Fragen zur Unterstützung zu Hause werden sowohl für die Periode der letzten zwölf Monate, als auch für die Periode der letzten sieben Tage gestellt. Diese zusätzliche Detaillierung erlaubt es abzuschätzen, welcher Anteil der befragten Personen regelmässig zu Hause unterstützt wird und welcher Anteil nur unregelmässig oder während einer vorübergehenden Zeitspanne Hilfe bekommen hat. Gegenüber der Jahresbetrachtung nimmt

der Anteil Personen, die kurz zuvor informelle Hilfe zu Hause in Anspruch nahmen, von 11,8% auf 3,8% ab. Der Anteil der in den letzten sieben Tagen beanspruchten Familienhilfe beträgt in Liechtenstein 1,1%, in der Schweiz 1,0% (vgl. 2,1% bzw. 2,8% über ein Jahr). Die Anteile an Personen mit Unterstützung zu Hause unterscheiden sich abhängig von den Bezugsperioden vor allem bei der informellen Hilfe deutlich. Dies lässt eine kontinuierliche Nutzung von Familienhilfe, aber eher vorübergehende Nutzung informeller Hilfe vermuten.

Die Unterstützung zu Hause kann sehr unterschiedlicher Art sein. Sie kann Aktivitäten wie Pflege, Hilfe im Haushalt oder andere Unterstützung (beispielsweise Mahlzeiten zubereiten) beinhalten. Genauso viele Personen beziehen von der Familienhilfe Pflegeleistungen, wie Unterstützung im Haushalt (Abb. 5.21). Andere Unterstützung, wie z.B. Mahlzeiten- oder Fahrdienste, wird eher seltener in Anspruch genommen. Die Zahlen für die Schweiz sind vergleichbar. Die informelle Hilfe wird in beiden Ländern hauptsächlich für die Hilfe im Haushalt und für anderes beansprucht, seltener für Pflegeleistungen.

Ganz unterschiedliche Personen leisten informelle Hilfe zu Hause. Abbildung 5.22 zeigt, welche Personen aus dem Familien-, Freundes- und Nachbarkreis sowie aus Vereinen und anderen Institutionen informelle Hilfe leisten. Die Ergebnisse Liechtensteins sind aufgrund der sehr kleinen Stichprobe statistisch nicht verwertbar, geben aber trotzdem einen Einblick. Um die Resultate abzustützen und zu verallgemeinern sind die Schweizer Werte ebenfalls in der Grafik aufgeführt.

Informelle Hilfe bekommt man in beiden Ländern am häufigsten vom Ehepartner. Alle anderen Personen werden deutlich seltener genannt. In Liechtenstein sind es danach vor allem die Tochter, die Mutter und die Freunde, die Hilfe leisten. Auch Personen aus dem Verein, der Kirche o.ä. werden von rund 12% erwähnt. Der Sohn hilft mit 7,8% etwa gleich häufig wie der Nachbar. In der Schweiz hingegen erscheint der Sohn mit 15,5% auf Platz vier. Bruder, Schwester, Vater und andere Familienmitglieder werden in Liechtenstein nur von relativ wenigen erwähnt. Für die Schweiz zeigt sich, dass nicht-allein lebende Personen die Hilfe mehrheitlich von anderen Haushaltsmitgliedern (zumeist Partner) erhalten. Weniger oft erfolgt die informelle Hilfe hingegen auf der Basis haushaltsübergreifender Hilfeleistung durch Freunde, Nachbarn, usw. (Höpflinger et al., 2011).

5.6 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel untersucht das Ausmass der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Fürstentum Liechtenstein und vergleicht es mit der Schweiz. Es stellt sich heraus, dass die Inanspruchnahme in Liechtenstein in vielen Leistungsbereichen derjenigen der Schweiz sehr ähnlich ist. Signifikante Unterschiede gibt es jedoch bei der Grippeimpfung, die in Liechtenstein deutlich seltener genutzt wird als in der Schweiz; in Liechtenstein werden hingegen häufiger

komplementärmedizinische Leistungen bezogen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Bildungskategorien sind zwischen den Ländern recht ähnlich. In Liechtenstein sind allerdings gewisse Unterschiede, wegen der kleinen Stichprobe der Befragung, statistisch nicht signifikant.

Etwas mehr als die Hälfte aller befragten Personen haben im Jahr 2012 nie oder nur ein- bis zweimal eine Arztpraxis aufgesucht. Die übrigen Personen sind dreimal oder mehr bei einem Arzt in der Praxis gewesen. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an: Bei den Personen zwischen 15 und 49 Jahren berichten 39,1% über drei oder mehr Arztbesuche, bei denjenigen ab 65 Jahren sind es 65,5%. Frauen weisen seltener keine Arztbesuche auf als Männer, wobei diese Differenz hauptsächlich auf Konsultationen in gynäkologischen Praxen zurückzuführen ist.

Unterschiede bei präventivmedizinischen Leistungen gibt es hauptsächlich zwischen den Altersgruppen. Sie treten insbesondere bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen zum Vorschein. Jede zweite Liechtensteinerin im Alter zwischen 20 und 49 Jahren hatte im Vorjahr der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Bei Frauen ab 50 Jahren ist es nur mehr ein Drittel. Dafür steigt in dieser Altersgruppe der Anteil an Mammografien zur Früherkennung von Brustkrebs (bei den Frauen) bzw. an Untersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs (bei den Männern).

Frauen nutzen komplementärmedizinische Leistungen deutlich öfter als Männer. In den zwölf Monaten vor der Befragung berichten 37,8% der Liechtensteinerinnen und 20,3% der Liechtensteiner, mindestens einmal solche Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Die am häufigsten beanspruchte komplementärmedizinische Leistung ist die Homöopathie.

Jede sechste in Liechtenstein befragte Person suchte im Jahr 2012 mindestens einmal ein Spital zur ambulanten Behandlung auf. Relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sind nicht erkennbar. Etwas weniger oft als die Ambulatorien wurden die Spitäler für stationäre Behandlungen (14,7%) aufgesucht. Erwartungsgemäss sind dabei Personen ab 65 Jahren häufiger in stationärer Behandlung als die jüngeren Altersgruppen.

Hilfe und Pflege am Wohnort erfolgen bei einem grossen Teil der Befragten auf der Basis der informellen Hilfe. Jede zehnte Person nahm im Vorjahr informelle Hilfe von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn

in Anspruch. Diese leisten dabei hauptsächlich Hilfe für die Unterstützung im Haushalt, bei Mahlzeiten, Fahrdiensten, und anderem. Die körperliche Gesundheitspflege der betroffenen Person steht bei der informellen Hilfe nicht an erster Stelle. Die informelle Hilfe wird grösstenteils vom Ehepartner geleistet. Die Dienste der Familienhilfe werden deutlich seltener in Anspruch genommen (2,1%).

Glossar

Adipositas

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

Altersstandardisierte Rate

Vergleiche von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zwischen verschiedenen Regionen und über die Zeit sind aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen nur beschränkt möglich. Für regionale und zeitliche Vergleiche werden die Raten deshalb oft altersstandardisiert. Der Bevölkerung einer Region wird eine Referenzpopulation bzw. die sogenannte Standardbevölkerung unterstellt (z.B. die Europäische Standardpopulation). Die altersspezifischen Raten werden dabei mit der entsprechenden Altersstruktur der Standardbevölkerung gewichtet.

Ambulante Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die weniger als 24 Stunden dauern und bei denen über Nacht kein Bett belegt wird.

Body Mass Index (BMI)

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist:

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

Determinanten

Faktoren, die ein Geschehen bestimmen.

Erwerbsquote

Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Bevölkerung.

Familienhilfe

Spitalexterne Hilfe; Häusliche Betreuung und Pflege, Beratung und Entlastung für pflegende Angehörige, sowie Mahlzeitendienst.

Geburtenrate

Zahl der Geburten in einem Jahr dividiert durch die durchschnittliche Bevölkerung im gleichen Gebiet und Jahr mal 1000.

Gesundheitsressourcen

Ressourcen einer Person, die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern können. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber (Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung usw.) oder Merkmale der Umwelt dieser Person (Vorhandensein von Vertrauenspersonen, soziale Unterstützung usw.) zu verstehen.

Gesundheitsförderung

Alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft.

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 Liechtensteins im Alter ab 15 Jahren». Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit sondern an einer daraus gezogenen Stichprobe.

Grundlegende Alltagsaktivitäten

BADL (basic activities of daily living) sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, z.B. selbständig essen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen.

Informelle Hilfe

Hilfe und Pflege am Wohnort durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Parallel zur informellen Hilfe existiert auch die formelle Hilfe, die von professionellen Hilfs- und Pflegediensten erbracht wird (vgl. Familienhilfe, Spitex).

Instrumentelle Alltagsaktivitäten

IADL (instrumental activities of daily living) beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren, z.B. kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

Kausaler Zusammenhang

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung.

Komorbidity

Eine oder mehrere gleichzeitig vorliegende Begleiterkrankungen, die aber nur in Zusammenhang mit der Hauptkrankheit betrachtet werden.

Kontrollüberzeugung

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Verhalten in bestimmten Situationen selbst steuern und gestalten kann oder ob es durch äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche bestimmt wird.

Lebenserwartung

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre, die ein Mensch ab einem bestimmten Alter noch leben könnte, unter der Voraussetzung, dass die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse während des restlichen Lebens gleich bleiben.

Lebenszeitprävalenz

Anteil Personen, bei denen ein bestimmtes Ereignis oder eine Erkrankung schon einmal in ihrem bisherigen Leben aufgetreten ist (z.B. Anteil Personen, die in ihrem Leben schon einmal eine bestimmte Droge konsumiert haben).

Mammografie

Die Mammografie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust, welche oft zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt wird.

Morbidität

Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität (Sterblichkeit)

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

Multimorbidität

Zwei oder mehr chronische Krankheiten, die zur gleichen Zeit vorliegen und als gleichwertig nebeneinander und nicht als Begleiterkrankungen zu einer Haupterkrankung betrachtet werden (vgl. Komorbidity).

Prävalenz

Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prävention

Massnahmen, die das Auftreten und die Ausbreitung von Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen. Präventive Massnahmen können sich an die ganze Bevölkerung, an ausgewählte Gruppen oder auch an einzelne Individuen richten. In der Krankheitsprävention stehen dabei oft die Früherkennung und die Verminderung von Risikofaktoren bestimmter Krankheiten im Mittelpunkt.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Risikofaktor

Individuelle Faktoren einer Person oder ihrer Umwelt, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergehen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, jedoch nicht zwingend eine kausale Ursache für die Krankheit sein müssen.

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe (siehe auch Vertrauensintervall).

Soziale Ungleichheit

Vorteilhafte oder nachteilige Lebensbedingungen (z.B. in 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 dient.

Spitex

Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege. In der Schweiz ist dieser Begriff weit verbreitet und umfasst im Allgemeinen Spitex-Organisationen, die professionelle Hilfs- und Pflegedienstleistungen am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbringen (siehe auch informelle Hilfe).

Stationäre Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die mindestens 24 Stunden dauern oder bei denen über Nacht ein Bett belegt wird.

Stichprobe

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und anschliessend analysiert werden.

Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit.

Vertrauensintervall/Konfidenzintervall

Da Stichprobenerhebungen nur einen Teil der interessierenden Population (Grundgesamtheit) einschliessen, sind ihre Ergebnisse immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Um diese Unsicherheit zu quantifizieren, kann ein Vertrauensintervall berechnet werden. Dies ist ein Wertebereich, der den wahren Wert des Ergebnisses (z.B. Mittelwert oder Anteil) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit enthält. Oft wird dabei eine Wahrscheinlichkeit von 95% gewählt. Bei Ziehung unendlich vieler Stichproben aus der Grundgesamtheit bedeutet dies, dass der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im berechneten Vertrauensintervall liegt.

Literatur

- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A. & Wolk, A. (2014). Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13): 1299–1306.
- Ambrose, A.F., Paul, G. & Hausdorff, J.M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1): 51–61.
- Amt für Gesundheit Fürstentum Liechtenstein & Krebsregister St. Gallen-Appenzell (2013). Jahresbericht 2013, Krebsregister Liechtenstein. St. Gallen.
- Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein (2010). Volkszählung 2010: Arbeit und Ausbildung. Vaduz: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein.
- Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein (2012). Zivilstandsstatistik 2012. Vaduz: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein.
- Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein (2013). Bevölkerungsstatistik 2013. Vaduz: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein.
- Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein (2014). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012. Vaduz: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36, No. 1.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Michigan: Jossey-Bass.
- Ayis, S., Gooberman-Hill, R. & Ebrahim, S. (2003). Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and ageing*, 32(3): 265–272.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2012, Vol. 9.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BAFU (2009). *Lärmbelastung in der Schweiz. Ergebnisse des nationalen Lärmmonitorings SonBase*. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAFU (2013). *Umwelt Schweiz 2013*. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAFU (2014). *Lärmbelastung durch Strassenverkehr in der Schweiz. Zweite nationale Lärmberechnung, Stand 2012*. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2007). *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008a). *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008b). *Nationales Programm Alkohol 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008c). *Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008d). *Nationales Programm Tabak 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2012). *Nationales Programm Tabak 2008–2016*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

- BAG (2013a). Dosimetrie der beruflich strahlenexponierten Personen in der Schweiz. Jahresbericht 2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013b). Nationales Programm Alkohol 2013–2016. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014a). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Bern: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Vertrag Nr. 12.00466.
- BAG (2014b). Arbeit und Gesundheit. spectra 105. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014c). Das «tückische Gläschen in Ehren» der älteren Menschen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014d). Passivrauchexposition leicht erhöht und Aufhörereitschaft stabil. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836): 37–43.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U.H. & Richter, M. (2008). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: U. Bauer, U. H. Bittlingmayer et al. (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. (S. 13–58). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, C. & Rapp, K. (2011). Stürze in der Geriatrie. *Der Internist*, 52(8): 939–945.
- Berchet, C. & Jusot, F. (2012). Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*(172): 1–7.
- Berkman, L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H., Leo, L., Ostfeld, A.M. et al. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124(3): 372–388.
- BFS (2009). Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2013). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014a). Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014b). Demos. Informationen aus der Demografie: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014c). SRPH. FAQ zum Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014d). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013: Zahlen und Trends. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS & BAG (2014). Übergewicht und Adipositas, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bigos, S.J., Holland, J., Holland, C., Webster, J.S., Battie, M. & Malmgren, J.A. (2009). High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *The spine journal*, 9(2): 147–168.
- Bisig, B. & Gutzwiller, F. (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität und Geschlecht. Band 2: Detailresultate. Zürich: Rüegger.
- Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5): 315–320.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PloS one*, 7(2).
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). Health psychology: An introduction to behavior and health: Wadsworth Inc Fulfillment.
- Brink, M. (2011). Parameters of well-being and subjective health and their relationship with residential traffic noise exposure – a representative evaluation in Switzerland. *Environ Int*, 37(4): 723–733.
- Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope, C.A., Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V. et al. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121(21): 2331–2378.
- Büchel, M. & Kocsis, E. (2008). Studie zum Suchtmittelkonsum junger Menschen in Liechtenstein. Schaan, Liechtenstein: Amt für Soziale Dienste, im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein.

- Burton-Jeangros, C. (2009). Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. In: M. Oris, E. Widmer et al. (Hrsg.), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (S. 273–295). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique* (Vol. 12). Paris: Presses universitaires de France.
- Cantoreggi, N. (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse: étape 1: rapport final. Genève: Université de Genève. Institut de l'environnement.
- Collège d'expertise (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser*. Paris: Collège d'expertise.
- Dawson, D.A. & Room, R. (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö Conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1): 1–21.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5): 658–668.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection (2011). *Start active, stay active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. London, UK: Department of Health, Physical Activity Health, Improvement and Protection.
- Dourgnon, P. & Lardjane, S. (2007). Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. *Economie et statistique*: 165–177.
- ECHIM (2012). *ECHI documentation sheets: Joint Action for European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM)*.
- Ecoplan (2013). *Auswirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit – Berechnung von DALY für die Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Umwelt*. Altdorf und Bern: Ecoplan.
- Efionayi, D. & Piguet, E. (2011). *Partir ou rester? La migration dans le projet de vie des étudiants universitaires d'Afrique de l'ouest. Rapport de synthèse*. Neuchâtel: Institut de géographie et Forum Suisse des Migrations.
- EKL (2013). *Feinstaub in der Schweiz 2013*. Bern: Eidgenössische Kommission für Lufthygiene (EKL).
- Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733): 2215–2222.
- EU-OSHA (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- EUA (2010). *Die Umwelt in Europa: Zustand und Ausblick 2010: Synthesebericht*. Kopenhagen: Europäische Umweltagentur (EUA).
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Condition Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's task force*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Faeh, D., Braun, J. & Bopp, M. (2009). Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report. *Swiss Med Wkly*, 139(51–52): 752–756.
- Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S. & Bopp, M. (2011). Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *European journal of epidemiology*, 26(8): 647–655.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolero, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J. et al. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*, 377(9765): 557–567.
- Gardner, J.W. & Sanborn, J.S. (1990). Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? *Epidemiology*, 1(4): 322–329.
- Gmel, G. & Kuendig, H. (2013). *Monitorage suisse des addictions. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. L'essentiel en bref*. Lausanne: Addicton Suisse.

- Grazier, S. & Sloane, P.J. (2008). Accident risk, gender, family status and occupational choice in the UK. *Labour Economics*, 15(5): 938–957.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Grotenhermen, F. (2007). The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chemistry & Biodiversity*, 4(8): 1744–1769.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T. et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Migration (BFM).
- Guggisberg, J. & Spycher, S. (2005). Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Hagggar, F.A. & Boushey, R.P. (2009). Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clinics in colon and rectal surgery*, 22(4): 191.
- Hall, W. (2009). The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy? *International Journal of drug policy*, 20(6): 458–466.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374(9698): 1383–1391.
- Hämmig, O. & Bauer, G.F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC public health*, 13: 1170.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3): 184–191.
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 3: 185–209.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3): 282–290.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45(11): 866–872.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N. & Busato, A. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse (Document de travail 22)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nuselder, W. & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of clinical epidemiology*, 63(8): 892–899.
- Jüni, P. & Siegrist, J. (2012). Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: M. Egger & O. Razum (Hrsg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Bielefeld: De Gruyter Studium.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307–316.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*, 31(12): 721–727.
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A. et al. (2012). *Sechster Schweizer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Kickbusch, I. & Engelhardt, K. (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (S. 19–33)*. Bern: Hans Huber.
- Kleiner, S.M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *J Am Diet Assoc*, 99(2): 200–206.
- Krieger, R. & Graf, M. (2009). *Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*. Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9): 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9. *Journal of general internal medicine*, 16(9): 606–613.
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S. et al. (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *The European Journal of Public Health*, 18(1): 38–43.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction*, 106(12): 2086–2109.
- Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).
- Läubli, T. & Müller, C. (2009). Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Lawrence, D., Hancock, K.J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research*, 19(3): 278.
- Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1): 9.
- Lüthy, J., Hayer, A. & Jaquet, M. (2012). Aktuelle Ernährungsempfehlungen. In: U. Keller, R. E. Battaglia et al. (Hrsg.), Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W. & Joung, I.M. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1162–1168.
- Malatesta, D. (2013). Gültigkeit und Relevanz des Body-Mass-Index (BMI) als Massgrösse für Übergewicht und Gesundheitszustand auf individueller und epidemiologischer Ebene. Bern: Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine, Gesundheitsförderung Schweiz
- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A. et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4): 430–439.
- Marmet, S. (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction info suisse.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F. & Chiolerio, A. (2010). Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC public health*, 10(1): 87.
- Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- McMahon, E.M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E.-M., Rost, F. et al. (2012). Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs. *International journal of family medicine*, 2012.
- McPherson, K., Steel, C. & Dixon, J. (2000). ABC of breast diseases: breast cancer – epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7261): 624.
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: World Health Organization (WHO).
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Eine Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.

- Ministerium für Gesellschaft Fürstentum Liechtenstein (2014). Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG) und weiterer Gesetze. Vaduz: Ministerium für Gesellschaft.
- Moreau-Gruet, F. (2013). Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit der Jahre 2008–2013». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Moreau-Gruet, F. & Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit. Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2013). Gesundheitswirksame Bewegung – Grundlagendokument. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz, bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung, Suva.
- Niemann, S. & Achermann Stürmer, Y. (2014). Gesamtunfallgeschehen in der Schweiz. bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung, Report, Bern, Nr. 70.
- OECD (2013). Health at a glance: OECD Indicators 2013. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014a). Die OECD in Zahlen und Fakten 2014, Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014b). Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris: OECD Publishing.
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: OECD Publishing.
- OSTLUFT (2012). Luftqualität 2012, Bericht. Zürich: OSTLUFT - Die Luftqualitätsüberwachung der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein, Juni 2013.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3: 31–56.
- Perret-Guillaume, C., Joly, L. & Benetos, A. (2009). Heart rate as a risk factor for cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 52(1): 6–10.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In: A. Holenstein, R. Meyer Schweizer et al. (Hrsg.), *Glück* (S. 241–254). Bern: Haupt.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*. Washington D.C.: Department of Health and Human Services.
- Regan, C.O., Kearney, P.M., Savva, G.M., Cronin, H. & Kenny, R.A. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(12): 1280–1287.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5): 817–843.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (S. 13–34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rösli, M., Frei, P., Mohler, E. & Hug, K. (2010). Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations. *Bull World Health Organ*, 88(12): 887–896.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4): 489.
- Roy, J.-P. (2004). Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective. *Medical Hypotheses*(62): 222–227.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29: 292–295.
- Schleiniger, R. & Blöchliger, J. (2012). Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.
- Schmid, A., Schneider, H., Golay, A. & Keller, U. (2005). Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(2): 87–94.

- Schmidhauser, S., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). Environmental determinants of overweight and obesity: Extended international literature review. Final report. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Schneider, H. & Venetz, W. (2014). Cost of obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sermet, C., Tubeuf, S., Devaux, M. & Jusot, F. (2008). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des Affaires sociales*, 1: 29–47.
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S. & Viikari-Juntura, E. (2010). The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2): 135–154.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2006). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Oxford: Oxford University Press.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. (2008). Health of Immigrants in European Countries. *International Migration Review*, 42(4): 861–876.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3): 457–502.
- Subramanian, S., Huijts, T. & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2): 131–138.
- Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N. & Oyama, H. (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: reciprocity and community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6): 652–661.
- Taylor, A.W., Price, K., Gill, T.K., Adams, R., Pilkington, R., Carrangis, N. et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC public health*, 10(1): 718.
- Taylor, R., Najafi, F. & Dobson, A. (2007). Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *International Journal of Epidemiology*, 36(5): 1048–1059.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta U.S. Department of Health and Human Services.
- Van Doorslaer, E. & Gerdtham, U.-G. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social science & medicine*, 57(9): 1621–1629.
- Veit, C.T. & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(5): 730.
- Whiting, D.R., Guariguata, L., Weil, C. & Shaw, J. (2011). *IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030*. *Diabetes research and clinical practice*, 94(3): 311–321.
- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
- WHO (2000a). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: World Health Organization (WHO), Department of Mental Health and Substance Dependence.
- WHO (2000b). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Geneva: World Health Organization (WHO), Centre for Health Development.
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organisation (WHO).

- WHO (2011a). Burden of disease from environmental noise – Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2011b). Environmental burden of disease associated with inadequate housing – A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2011c). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2011d). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2013). Air pollution and Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- WHO (2014). RC63. Faktenblatt zu psychischer Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wiegand, D., Stamm, H. & Lamprecht, M. (2012). Analyse von Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S).
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Kopenhagen: WHO.
- Wirtz, A., Nachreiner, F., Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2009). Lange Arbeitszeiten und Gesundheit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Wolff, J.L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20): 2269–2276.
- Zimmermann, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution et à domicile. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Zronek, M., Sanker, H., Newcomb, J. & Donaldson, M. (2013). The influence of home exercise programs for patients with non-specific or specific neck pain: a systematic review of the literature. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*.

Anhang

Tabelle A-2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	(sehr) gut		mittelmässig		(sehr) schlecht		Stichprobe		
	FL	CH	FL	CH	FL	CH	FL	CH	
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	
1992	85,6	88,2	85,2	85,2	11,8	11,2	12,3	15 288	
1997	-	-	83,9	83,9	12,8	12,2	13,5	13 000	
2002	-	-	85,2	86,4	10,7	10,2	11,3	19 701	
2007	-	-	86,7	86,1	9,8	9,3	10,4	18 750	
Total	85,9	88,2	83,4	83,4	11,8	11,2	12,3	1 023	
Geschlecht	85,6	88,7	82,2	82,2	13,6	13,0	14,2	21 571	
Frauen	85,6	88,7	80,4	82,2	15,0	14,2	15,9	4,1	
Männer	86,3	89,7	83,5	85,2	11,2	11,4	12,9	542	
Altersgruppen	93,3	89,4	91,9	93,7	4,7	5,6	7,3	10 274	
15–34 Jahre	94,2	91,7	96,8	97,2	6,4	7,9	9,0	254	
35–49 Jahre	94,2	91,7	96,8	97,2	6,4	7,9	9,0	5 609	
50–64 Jahre	77,3	82,5	78,3	86,3	4,9	8,9	10,8	3,4	
65+ Jahre	71,3	78,2	76,8	79,7	19,0	14,0	17,3	5 900	
Bildung	75,7	82,0	69,4	73,3	25,9	24,3	27,4	280	
Obligatorische Schule	86,0	89,1	81,8	83,5	11,4	13,2	14,8	7,1	
Sekundarstufe II	92,5	88,9	96,1	91,4	6,2	7,1	8,6	178	
Tertiärstufe	87,6	85,1	83,7	83,1	13,3	13,2	13,8	188	
Inland	82,9	87,4	81,3	81,3	13,5	13,6	16,6	3 854	
Ausland	77,1	80,1	78,0	78,0	15,1	15,1	16,6	11 561	
Nationalität	82,9	87,4	81,3	81,3	13,5	13,6	16,6	275	
Inland	82,9	87,4	81,3	81,3	13,5	13,6	16,6	6 047	
Ausland	77,1	80,1	78,0	78,0	15,1	15,1	16,6	17 919	
Regionaler Vergleich	(sehr) gut	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	(sehr) schlecht	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n
Sprachregionen ¹⁾	85,0	84,3	85,8	12,0	11,3	12,7	3,0	2,6	13 919
Deutschschweiz	78,0	76,8	79,3	16,8	15,7	17,9	5,2	4,5	6 104
Französische Schweiz	74,0	71,5	76,4	22,0	19,6	24,3	4,1	3,0	1 548
Italienische Schweiz	84,7	83,0	86,5	12,7	11,1	14,3	2,6	1,8	2 226
Kantone ²⁾	83,5	81,6	85,5	13,4	11,6	15,2	3,1	2,2	1 715
ZH	88,0	86,1	89,9	9,2	7,6	10,9	2,8	1,8	1 280
BE	89,6	86,9	92,2	8,3	6,0	10,7	2,1	0,8	513
LU	90,5	88,0	93,0	7,2	4,9	9,4	2,3	1,1	598
UR	88,4	86,3	90,6	8,8	6,9	10,7	2,7	1,5	995
SZ	79,8	76,9	82,7	16,2	13,5	18,9	4,0	2,5	1 026
ZG	82,4	79,7	85,0	14,3	11,8	16,8	3,3	2,3	1 011
FR	81,1	78,1	84,0	14,4	11,7	17,0	4,6	3,0	846
BS	88,7	85,8	91,5	9,2	6,5	11,8	2,2	1,0	509
BL	86,1	83,2	89,0	11,3	8,6	14,0	2,6	1,3	666
GR	86,5	84,4	88,5	10,8	8,9	12,6	2,7	1,7	1 270
AG	84,5	82,2	86,8	12,2	10,2	14,3	3,3	2,1	1 125
TC	74,0	71,5	76,4	22,0	19,6	24,3	4,1	3,0	1 548
TI	77,3	75,1	79,4	16,5	14,6	18,4	6,2	4,9	1 738
VD	80,9	78,3	83,6	14,8	12,4	17,2	4,3	2,9	1 063
VS	75,1	71,3	79,0	18,5	15,1	21,8	6,4	4,1	621
NE	77,4	74,4	80,3	17,9	15,2	20,6	4,7	3,2	1 147
GE	77,1	73,1	81,1	19,0	15,3	22,8	3,9	2,3	509
JU									

1) Deutschschweiz ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-2.2 Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)										Stichprobe			
	FL					CH					FL		CH	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n			
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2007	-	-	-	27,3	26,5	28,1	-	72,7	71,9	73,5	-	18 742		
Total	31,7	28,6	34,8	31,9	31,1	32,6	65,2	68,3	67,4	68,9	1 023	21 560		
Geschlecht	32,8	28,7	36,9	33,8	32,7	35,0	63,1	67,2	65,0	67,3	542	11 292		
Männer	30,6	26,0	35,2	29,8	28,7	30,9	64,8	69,4	69,1	71,3	481	10 268		
Altersgruppen	16,6	11,1	22,0	18,1	16,8	19,4	83,4	83,4	80,6	83,2	254	5 604		
15–34 Jahre	28,7	23,2	34,1	26,3	24,9	27,7	65,9	71,3	72,3	75,1	311	5 891		
35–49 Jahre	43,7	37,6	49,8	40,0	38,3	41,7	50,2	56,3	58,3	61,7	280	5 272		
50–64 Jahre	45,6	37,9	53,3	49,1	47,4	50,9	46,7	54,4	49,1	52,6	178	4 793		
65+ Jahre	30,7	24,0	37,5	32,6	30,7	34,5	62,5	67,4	65,5	69,3	188	3 864		
Bildung	32,8	28,7	37,0	33,1	32,0	34,1	63,0	67,2	65,9	68,0	558	11 548		
Obligatorische Schule	30,1	24,1	36,1	29,1	27,7	30,5	69,9	69,9	69,5	72,3	275	6 040		
Sekundarstufe II	30,5	26,8	34,2	34,1	33,2	35,0	65,8	69,5	65,0	66,8	679	17 909		
Tertiärstufe	34,0	28,6	39,4	24,4	22,6	26,1	60,6	66,0	73,9	77,4	344	3 651		
Inland														
Ausland														
Regionaler Vergleich	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)										Stichprobe			
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n			
Sprachregionen ¹⁾	33,1	32,1	34,1	66,9	66,9	65,9	67,9	65,9	67,9	13 903	13 903			
Deutschschweiz	29,2	27,9	30,5	70,8	70,8	69,5	72,1	69,5	72,1	6 107	6 107			
Französische Schweiz	27,4	24,9	29,8	72,6	72,6	70,2	75,1	70,2	75,1	1 550	1 550			
Italienische Schweiz	33,2	30,9	35,4	66,8	66,8	64,6	69,1	64,6	69,1	2 222	2 222			
Kantone ²⁾	36,6	34,0	39,1	63,4	63,4	60,9	66,0	60,9	66,0	1 711	1 711			
ZH	30,3	27,6	33,1	69,7	69,7	66,9	72,4	66,9	72,4	1 276	1 276			
BE	21,8	18,2	25,4	78,2	78,2	74,6	81,8	74,6	81,8	513	513			
LU	27,1	23,3	30,9	72,9	72,9	69,1	76,7	69,1	76,7	598	598			
UR	28,8	25,7	31,8	71,2	71,2	68,2	74,3	68,2	74,3	994	994			
SZ	30,1	26,9	33,3	69,9	69,9	66,7	73,1	66,7	73,1	1 027	1 027			
ZG	36,9	33,6	40,3	63,1	63,1	59,7	66,4	59,7	66,4	1 010	1 010			
FR	37,5	34,0	41,0	62,5	62,5	59,0	66,0	59,0	66,0	845	845			
BS	27,4	22,9	32,0	72,6	72,6	68,0	77,1	68,0	77,1	509	509			
BL	30,0	26,2	33,9	70,0	70,0	66,1	73,8	66,1	73,8	665	665			
AR	31,1	28,3	33,9	68,9	68,9	66,1	71,7	66,1	71,7	1 269	1 269			
GR	32,3	29,3	35,3	67,7	67,7	64,7	70,7	64,7	70,7	1 127	1 127			
AG	27,4	24,9	29,8	72,6	72,6	70,2	75,1	70,2	75,1	1 550	1 550			
TG	28,5	26,1	30,9	71,5	71,5	69,1	73,9	69,1	73,9	1 739	1 739			
TI	27,5	24,5	30,5	72,5	72,5	69,5	75,5	69,5	75,5	1 064	1 064			
VS	33,0	29,0	37,0	67,0	67,0	63,0	71,0	63,0	71,0	621	621			
VD	29,1	26,1	32,1	70,9	70,9	67,9	73,9	67,9	73,9	1 148	1 148			
VN	32,1	27,1	37,2	67,9	67,9	62,8	72,9	62,8	72,9	508	508			
JU														

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.3 Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Starke Einschränkungen						Leichte Einschränkungen						Nicht eingeschränkt						Stichprobe	
	Starke Einschränkungen			Leichte Einschränkungen			Nicht eingeschränkt			Starke Einschränkungen			Leichte Einschränkungen			Nicht eingeschränkt			FL	CH
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n		
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1992	5,5	4,0	6,9	4,8	4,4	5,1	19,8	17,2	22,5	19,7	19,0	20,3	74,7	71,8	77,6	74,8	74,8	1 021	21 566	
1997	4,9	2,9	6,9	5,0	4,5	5,5	22,4	18,7	26,0	22,3	21,3	23,2	72,7	68,8	76,7	71,6	73,7	540	11 295	
2002	-	-	-	-	-	-	17,2	13,5	21,0	17,0	16,1	17,9	76,7	72,5	80,9	77,5	79,5	481	10 271	
2007	-	-	-	7,2	6,7	7,7	-	-	-	18,8	18,1	19,5	-	-	-	74,0	73,2	-	17 207	
Total																				
Geschlecht																				
Frauen	4,9	2,9	6,9	5,0	4,5	5,5	22,4	18,7	26,0	22,3	21,3	23,2	72,7	68,8	76,7	71,6	73,7	540	11 295	
Männer	6,0	3,8	8,2	4,5	4,0	5,0	17,2	13,5	21,0	17,0	16,1	17,9	76,7	72,5	80,9	77,5	79,5	481	10 271	
Altersgruppen																				
15-34 Jahre	2,0	0,2	3,9	1,7	1,3	2,2	13,1	7,8	18,5	13,3	12,2	14,5	84,8	79,3	90,3	83,7	86,1	254	5 607	
35-49 Jahre	4,2	1,8	6,6	3,4	2,8	4,1	16,2	12,0	20,3	16,1	14,9	17,2	79,6	75,0	84,3	79,2	81,8	311	5 898	
50-64 Jahre	8,7	5,0	12,4	6,9	6,0	7,8	26,0	20,7	31,3	20,9	19,5	22,3	65,3	59,5	71,2	70,7	73,7	278	5 267	
65+ Jahre	9,0	4,7	13,3	8,4	7,4	9,4	28,9	22,0	35,8	31,7	30,1	33,4	62,1	54,6	69,5	58,1	61,6	178	4 794	
Bildung																				
Obligatorische Schule	10,0	5,4	14,6	8,2	7,0	9,4	20,8	14,9	26,7	23,3	21,6	25,0	69,2	62,3	76,1	66,5	70,4	187	3 854	
Sekundarstufe II	4,6	2,8	6,5	4,8	4,3	5,2	22,6	18,8	26,5	20,8	19,8	21,7	72,7	68,7	76,8	74,5	73,5	558	11 555	
Tertiärstufe	3,8	1,3	6,3	2,5	2,0	3,0	14,2	9,9	18,6	15,4	14,3	16,5	82,0	77,1	86,8	82,1	80,9	678	6 048	
Nationalität																				
Inland	4,3	2,7	5,9	4,8	4,4	5,2	20,2	17,0	23,4	20,4	19,7	21,2	75,5	72,1	79,0	74,7	73,9	274	17 919	
Ausland	7,6	4,6	10,6	4,6	3,7	5,4	19,3	14,6	23,9	17,1	15,5	18,6	73,2	68,0	78,3	76,6	80,0	343	3 647	
Regionaler Vergleich																				
Starke Einschränkungen	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n		
Deutscheschweiz	4,7	4,2	4,6	4,2	5,1	20,4	19,6	20,4	21,3	74,9	74,0	75,8	74,9	74,0	75,8	75,8	13 913	6 103		
Französische Schweiz	5,2	4,6	4,7	4,6	5,9	17,9	16,8	18,2	19,0	76,9	75,7	78,1	76,9	75,7	78,1	78,1	6 103	6 103		
Italienische Schweiz	3,7	2,7	4,7	2,7	4,7	18,2	16,0	18,2	20,3	78,2	75,9	80,4	78,2	75,9	80,4	80,4	1 550	1 550		
ZH	4,2	3,3	5,1	3,3	5,1	20,5	18,6	20,5	22,3	75,3	73,3	77,3	75,3	73,3	77,3	77,3	2 223	2 223		
BE	4,2	3,1	5,2	3,1	5,2	22,9	20,7	22,9	25,0	73,0	70,7	75,3	73,0	70,7	75,3	75,3	1 713	1 713		
LU	3,9	2,8	5,0	2,8	5,0	20,3	17,8	20,3	22,7	75,8	73,3	78,4	75,8	73,3	78,4	78,4	1 280	1 280		
UR	4,5	2,6	6,4	2,6	6,4	16,1	12,7	16,1	19,4	79,4	75,8	83,1	79,4	75,8	83,1	83,1	513	513		
SZ	3,1	1,7	4,4	1,7	4,4	18,8	15,2	18,8	22,3	78,1	74,5	81,8	78,1	74,5	81,8	81,8	599	599		
ZG	3,3	1,9	4,6	1,9	4,6	16,1	13,7	16,1	18,5	80,7	78,1	83,3	80,7	78,1	83,3	83,3	993	993		
FR	4,9	3,4	6,5	3,4	6,5	18,7	16,0	18,7	21,4	76,4	73,4	79,3	76,4	73,4	79,3	79,3	1 027	1 027		
BS	5,5	4,0	7,0	4,0	7,0	23,4	20,4	23,4	26,4	71,1	67,9	74,3	71,1	67,9	74,3	74,3	1 011	1 011		
BL	6,0	4,3	7,6	4,3	7,6	24,0	20,9	24,0	27,1	70,0	66,7	73,3	70,0	66,7	73,3	73,3	847	847		
AR	3,9	2,0	5,7	2,0	5,7	18,8	14,8	18,8	22,9	77,3	73,0	81,6	77,3	73,0	81,6	81,6	509	509		
GR	4,2	2,7	5,7	2,7	5,7	18,5	15,2	18,5	21,9	77,2	73,7	80,8	77,2	73,7	80,8	80,8	664	664		
AG	4,9	3,5	6,2	3,5	6,2	17,6	15,4	17,6	19,8	77,5	75,0	80,0	77,5	75,0	80,0	80,0	1 270	1 270		
TG	4,6	3,3	5,9	3,3	5,9	19,1	16,6	19,1	21,7	76,2	73,5	79,0	76,2	73,5	79,0	79,0	1 128	1 128		
TI	3,7	2,7	4,7	2,7	4,7	18,2	16,0	18,2	20,3	78,2	75,9	80,4	78,2	75,9	80,4	80,4	1 550	1 550		
VD	5,2	4,3	6,7	4,3	6,7	18,3	16,3	18,3	20,4	76,2	73,9	78,4	76,2	73,9	78,4	78,4	1 741	1 741		
VS	5,5	4,3	6,7	4,3	6,7	14,3	12,1	14,3	16,5	80,5	77,9	83,0	80,5	77,9	83,0	83,0	1 060	1 060		
NE	6,9	4,3	9,5	4,3	9,5	18,5	15,3	18,5	21,7	74,7	70,9	78,5	74,7	70,9	78,5	78,5	621	621		
GE	4,3	3,0	5,6	3,0	5,6	18,7	15,9	18,7	21,4	77,0	74,1	79,9	77,0	74,1	79,9	79,9	1 148	1 148		
JU	5,1	3,0	7,2	3,0	7,2	20,1	16,1	20,1	24,1	74,8	70,5	79,2	74,8	70,5	79,2	79,2	506	506		

1) Deutscheschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsten 2015

Tabelle A-2.4 Einschränkungen bei grundlegenden (BADL) oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

	Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer grundlegenden Aktivität				Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer instrumentellen Aktivität				
	Schwach		Mittel		Schwach		Mittel		
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	
Vorjahresvergleich	1997	-	-	-	-	-	-	-	-
	2002	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2012	12,3	7,1	9,3	8,2	10,4	37,7	30,0	35,1
	Frauen	12,4	5,2	11,3	9,6	12,9	41,7	31,0	41,4
Altersgruppen	15-34 Jahre	12,1	4,8	6,8	5,5	8,1	32,6	22,0	30,1
	35-49 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-
Bildung	50-64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-
	65+ Jahre	12,3	7,1	9,3	8,2	10,4	37,7	30,0	35,1
Nationalität	Obligatorische Schule	17,3	5,0	16,1	12,9	19,2	60,2	44,8	51,8
	Tertiärstufe	4,5	0,0	6,4	4,4	8,3	35,5	18,3	22,1
Regionaler Vergleich	Inland	14,0	7,6	8,7	7,6	9,8	41,2	50,2	37,8
	Ausland	7,1	0,3	13,8	10,1	19,4	27,2	14,0	39,8
Sprachregionen ¹⁾	Deutschschweiz	8,3	7,0	9,6	9,6	14,0	33,7	31,4	35,9
	Französische Schweiz	11,8	9,5	14,0	14,0	15,2	43,1	39,9	46,3
Kantone ²⁾	ZH	8,0	7,9	10,8	10,8	12,9	32,3	27,0	37,6
	BE	9,7	6,4	12,9	12,9	14,2	34,3	29,2	39,3
Regionale Vergleich	LU	10,1	6,0	14,2	14,2	16,6	37,3	30,8	43,7
	UR	7,2	1,4	13,0	13,0	14,2	33,5	22,8	44,2
Regionale Vergleich	SZ	7,5	2,7	12,3	12,3	13,3	33,3	23,8	42,8
	ZG	5,2	1,8	8,6	8,6	11,3	28,3	21,4	35,1
Regionale Vergleich	FR	9,0	2,9	15,2	15,2	16,6	41,0	32,2	49,7
	BS	10,1	6,1	14,2	14,2	16,6	41,3	35,0	47,6
Regionale Vergleich	BL	8,0	4,3	11,7	11,7	12,9	31,1	24,9	37,2
	AR	10,4	3,7	17,2	17,2	18,4	33,5	24,0	43,1
Regionale Vergleich	GR	6,7	1,8	11,7	11,7	13,3	33,3	24,9	41,7
	AG	3,6	1,4	5,8	5,8	6,6	32,9	26,2	39,7
Regionale Vergleich	TG	7,2	3,6	10,8	10,8	11,9	26,1	22,0	32,3
	TI	11,6	7,9	15,2	15,2	16,6	53,2	47,7	58,7
Regionale Vergleich	VD	10,2	6,9	13,6	13,6	14,1	42,7	37,4	48,0
	VS	9,3	4,9	13,6	13,6	14,1	36,6	29,4	43,9
Regionale Vergleich	NE	17,7	9,1	26,4	26,4	27,1	42,4	33,2	51,6
	GE	14,6	9,0	20,1	20,1	26,7	47,6	40,1	55,2
Regionale Vergleich	JU	10,1	3,9	16,3	16,3	17,4	48,1	36,1	60,1

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-2.5 Körperliche Beschwerden (ohne Fieber), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Keine/kaum Beschwerden			Leichte Beschwerden			Starke Beschwerden			Stichprobe				
	FL	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	CH	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe	
													FL	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	41,4	42,4	33,3	30,1	34,1	33,2	35,0	23,6	22,8	24,4	14	163
1997	-	-	33,7	34,7	37,5	35,6	38,5	37,5	39,5	26,8	25,9	27,7	11	871
2002	-	-	40,3	41,2	34,8	36,6	35,7	34,8	36,6	23,1	22,3	23,8	18	458
2007	-	-	39,4	40,3	36,4	36,4	35,5	34,6	36,4	24,2	23,4	25,0	17	421
Total	47,5	44,1	50,9	46,0	45,2	46,9	33,2	32,4	34,0	19,2	16,6	21,9	962	20 426
Geschlecht	37,0	32,6	41,5	36,2	35,0	37,3	36,2	35,0	37,3	27,7	26,6	28,8	511	10 722
Frauen	58,5	53,4	63,6	56,4	55,1	57,7	29,5	24,7	34,3	12,0	8,8	15,2	451	9 704
Männer	52,0	44,8	59,2	45,3	43,5	47,1	33,9	27,1	40,7	34,5	36,1	19,0	231	5 168
Altersgruppen	43,0	37,0	49,0	46,5	44,8	48,1	38,0	32,0	44,1	33,8	32,3	35,4	19,7	18,4
15–34 Jahre	50,8	44,5	57,1	47,8	46,1	49,6	30,4	28,8	31,9	21,2	15,9	26,5	21,8	20,4
35–49 Jahre	43,5	35,7	51,4	44,5	42,7	46,3	31,5	24,1	38,8	33,7	32,0	35,4	21,8	20,2
50–64 Jahre	42,0	34,0	50,0	42,3	40,2	44,4	30,8	23,6	37,9	33,1	31,1	35,1	27,2	24,6
65+ Jahre	44,5	40,0	49,1	44,4	43,2	45,6	35,1	30,7	39,6	33,4	32,2	34,5	20,3	16,7
Bildung	56,0	49,3	62,6	51,3	49,7	52,9	31,6	25,4	37,9	33,0	31,5	34,5	12,4	8,0
Obligatorische Schule	48,2	44,0	52,3	45,5	44,5	46,4	33,9	29,9	37,9	34,4	33,2	35,3	18,0	14,8
Sekundarstufe II	46,2	40,3	52,2	47,9	45,8	50,1	32,3	26,7	37,9	29,1	27,2	31,0	21,5	16,7
Tertiärstufe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nationalität	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Keine/kaum Beschwerden			Leichte Beschwerden			Starke Beschwerden			Stichprobe				
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	FL	CH	n	
Sprachregionen ¹⁾	46,6	45,5	47,7	33,3	32,3	34,3	20,1	19,2	21,0	13	180			
Deutschschweiz	44,8	43,3	46,3	33,2	31,8	34,7	22,0	20,8	23,2	5	787			
Französische Schweiz	43,6	40,7	46,4	32,0	29,3	34,6	24,5	22,0	26,9	1	459			
Italienische Schweiz	45,1	42,7	47,6	32,8	30,5	35,0	22,1	19,9	24,3	2	101			
Kantone ²⁾	45,1	42,5	47,8	37,3	34,7	40,0	17,5	15,5	19,5	1	635			
BE	49,4	44,3	50,5	32,6	29,7	35,5	19,9	17,5	22,3	1	218			
LU	49,4	44,5	54,2	35,1	30,5	39,7	15,5	12,3	18,7	1	498			
UR	54,6	50,1	59,2	27,8	23,8	31,8	17,5	13,9	21,2	1	565			
SZ	49,9	46,4	53,4	33,9	30,6	37,3	16,2	13,7	18,7	1	939			
ZG	43,7	40,2	47,2	32,7	29,4	35,9	23,7	20,6	26,8	1	989			
FR	46,2	42,7	49,8	30,2	27,0	33,4	23,6	20,5	26,6	1	801			
BS	44,9	41,1	48,7	31,3	27,8	34,7	23,8	20,5	27,1	1	480			
BL	49,5	44,5	54,5	33,3	28,7	37,8	17,2	12,8	21,6	1	640			
AR	48,1	43,8	52,4	33,2	29,2	37,3	18,6	15,2	22,1	1	193			
GR	48,9	45,7	52,1	31,9	28,8	34,9	19,3	16,8	21,7	1	1061			
AG	45,4	42,1	48,7	37,6	34,4	40,8	17,0	14,6	19,4	1	459			
TG	43,6	40,7	46,4	32,0	29,3	34,6	24,5	22,0	26,9	1	1629			
TI	43,7	41,0	46,5	33,5	30,9	36,1	22,8	20,5	25,1	1	1013			
VD	47,8	44,3	51,3	32,3	29,1	35,6	19,8	17,2	22,5	1	595			
VS	43,2	38,8	47,7	33,4	29,3	37,6	23,3	19,5	27,2	1	637			
NE	45,9	42,4	49,4	34,1	30,7	37,4	20,1	17,4	22,7	1	1076			
GE	42,0	37,0	47,1	31,6	26,9	36,4	26,3	21,3	31,4	1	485			
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft. (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tabelle A-2.6 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten: Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2002–2012

	Bluthochdruck						Hoher Cholesterinspiegel						Diabetes									
	FL		CH		Stichprobe		FL		CH		Stichprobe		FL		CH		Stichprobe					
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n				
Vojjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Total	17,8	15,3	20,4	18,8	18,1	19,5	993	10,0	14,3	11,9	11,4	10,5	9,8	11,3	10,5	11,1	9,6	16,903	16,903			
Geschlecht	16,0	12,6	19,4	18,0	17,1	19,0	527	11,009	8,5	14,5	10,5	9,8	11,3	10,5	11,1	9,6	10,5	9,70	20,079			
Männer	19,7	16,0	23,5	19,6	18,7	20,6	466	9,850	11,8	9,7	16,0	14,3	12,6	14,3	12,6	14,3	12,6	5,12	10,638			
Altersgruppen	4,2	1,1	7,4	2,8	2,2	3,3	244	5,329	1,8	0,0	4,4	1,1	1,9	0,0	0,0	0,4	0,9	236	5,080			
15–34 Jahre	7,1	3,7	10,5	7,2	6,4	8,1	297	5,653	4,8	2,2	7,5	5,2	4,4	5,9	2,85	1,8	1,4	2,3	291			
35–49 Jahre	22,8	17,8	27,8	23,6	22,1	25,1	276	5,141	19,5	14,6	24,4	15,4	14,2	16,6	26,7	18,8	14,2	267	5,352			
50–64 Jahre	51,0	43,2	58,9	49,2	47,4	51,0	176	4,736	31,1	23,9	38,4	29,5	27,9	31,1	38,4	29,5	31,1	267	4,966			
65+ Jahre	26,9	20,0	33,8	22,7	20,9	24,6	182	3,654	18,5	12,6	24,5	11,2	9,9	12,6	17,7	11,7	17,6	176	4,681			
Bildung	16,5	13,2	19,7	19,6	18,7	20,5	543	11,255	10,5	7,9	13,2	12,6	11,9	13,4	12,6	11,9	13,4	523	10,601			
Obligatorische Schule	13,8	9,4	18,2	14,8	13,7	15,9	266	5,858	11,2	7,0	15,5	11,2	10,2	12,2	12,2	10,2	12,2	258	5,403			
Sekundarstufe II	18,7	15,6	21,8	20,5	19,7	21,2	657	17,436	13,0	10,3	15,7	12,9	12,3	13,6	13,6	12,3	13,6	639	16,395			
Tertiärstufe	16,3	12,1	20,6	13,0	13,0	14,4	336	3,423	10,6	7,0	14,2	8,5	7,4	9,6	8,5	7,4	9,6	321	3,224			
Nationalität	18,7	15,6	21,8	20,5	19,7	21,2	657	17,436	13,0	10,3	15,7	12,9	12,3	13,6	13,6	12,3	13,6	639	16,395			
Inland	18,7	15,6	21,8	20,5	19,7	21,2	657	17,436	13,0	10,3	15,7	12,9	12,3	13,6	13,6	12,3	13,6	639	16,395			
Ausland	16,3	12,1	20,6	13,0	13,0	14,4	336	3,423	10,6	7,0	14,2	8,5	7,4	9,6	8,5	7,4	9,6	321	3,224			
Regionaler Vergleich	Bluthochdruck						Hoher Cholesterinspiegel						Diabetes									
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)		Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)		Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)		Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)		Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)				
Sprachregionen ¹⁾	18,8	18,0	19,6	13 478	18,0	17,6	19,6	13 478	10,9	10,2	11,6	10,2	11,6	12 613	10,9	10,2	11,6	12 613	4,1	4,1	4,5	13 069
Deutsche Schweiz	18,8	17,6	20,0	5 880	17,6	16,7	20,0	5 880	14,4	13,4	15,5	13,4	15,5	5 677	14,4	13,4	15,5	5 677	5,0	4,8	5,6	5 555
Französische Schweiz	18,9	16,7	21,1	1 501	16,7	15,5	21,1	1 501	14,6	12,6	16,5	12,6	16,5	1 429	14,6	12,6	16,5	1 429	4,8	4,8	5,9	1 455
Italienische Schweiz	19,5	17,5	21,5	2 142	17,5	17,2	21,5	2 142	11,3	9,8	12,7	9,8	12,7	2 004	11,3	9,8	12,7	2 004	4,1	4,1	5,1	2 081
Kantone ²⁾	19,2	17,2	21,2	1 670	17,2	17,2	21,2	1 670	13,7	11,8	15,6	11,8	15,6	1 655	13,7	11,8	15,6	1 655	5,1	5,1	6,3	1 624
BE	17,8	15,5	20,1	1 241	15,5	15,5	20,1	1 241	9,0	7,3	10,7	7,3	10,7	1 165	9,0	7,3	10,7	1 165	3,4	3,4	4,4	1 210
LU	15,2	11,9	18,4	505	11,9	11,9	18,4	505	8,3	5,8	10,8	5,8	10,8	470	8,3	5,8	10,8	470	1,7	1,7	2,7	485
UR	16,8	13,6	19,9	578	13,6	13,6	19,9	578	10,8	7,9	13,7	7,9	13,7	533	10,8	7,9	13,7	533	4,7	4,7	6,8	555
SZ	14,9	12,6	17,3	952	12,6	12,6	17,3	952	8,8	8,8	10,9	8,8	10,9	886	8,8	8,8	10,9	886	2,3	2,3	3,2	917
ZG	16,8	14,2	19,5	979	14,2	14,2	19,5	979	10,9	8,8	12,9	8,8	12,9	936	10,9	8,8	12,9	936	4,5	4,5	6,1	933
FR	21,3	18,6	23,9	818	18,6	18,6	23,9	818	12,2	10,0	14,5	10,0	14,5	927	12,2	10,0	14,5	927	5,0	5,0	6,5	956
BS	22,4	19,4	25,3	818	19,4	19,4	25,3	818	13,8	11,3	16,4	11,3	16,4	789	13,8	11,3	16,4	789	4,6	4,6	6,0	800
BL	18,4	14,7	22,1	491	14,7	14,7	22,1	491	8,9	5,8	11,9	5,8	11,9	447	8,9	5,8	11,9	447	4,2	4,2	5,1	471
AR	16,0	13,1	19,0	647	13,1	13,1	19,0	647	10,8	8,2	13,3	8,2	13,3	590	10,8	8,2	13,3	590	3,9	3,9	5,5	618
GR	19,2	16,7	21,7	1 236	16,7	16,7	21,7	1 236	11,0	8,9	13,2	8,9	13,2	1 167	11,0	8,9	13,2	1 167	3,6	3,6	4,7	1 204
AG	18,0	15,6	20,4	1 086	15,6	15,6	20,4	1 086	8,3	6,5	10,1	6,5	10,1	1 026	8,3	6,5	10,1	1 026	4,5	4,5	5,8	1 059
TG	18,9	16,7	21,1	1 501	16,7	16,7	21,1	1 501	14,6	12,6	16,5	12,6	16,5	1 429	14,6	12,6	16,5	1 429	4,8	4,8	5,9	1 455
TI	17,5	15,1	19,7	1 674	15,1	15,1	19,7	1 674	15,6	13,7	17,5	13,7	17,5	1 583	15,6	13,7	17,5	1 583	4,8	4,8	6,0	1 572
VD	16,3	13,8	18,8	1 021	13,8	13,8	18,8	1 021	11,6	9,6	13,7	9,6	13,7	970	11,6	9,6	13,7	970	5,4	5,4	6,9	958
VS	21,0	17,5	24,5	596	17,5	17,5	24,5	596	15,5	12,5	18,6	12,5	18,6	572	15,5	12,5	18,6	572	5,6	5,6	7,6	567
NE	19,1	16,3	21,9	1 115	16,3	16,3	21,9	1 115	16,5	14,0	19,1	14,0	19,1	1 055	16,5	14,0	19,1	1 055	4,8	4,8	6,4	1 059
GE	21,2	18,6	25,9	495	18,6	18,6	25,9	495	12,9	9,6	16,3	9,6	16,3	461	12,9	9,6	16,3	461	5,2	5,2	7,6	466
JU	18,7	15,6	21,8	657	15,6	15,6	21,8	657	13,0	10,3	15,7	10,3	15,7	639	13,0	10,3	15,7	639	4,3	4,3	5,9	646

¹⁾ Deutscheschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe des SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-2.7 Unfälle und Stürze, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012 (Stürze: 65-jährige und ältere Personen)

	Unfall (letzte 12 Monate)				Stichprobe				Stürze (letzte 12 Monate): Personen ab 65 Jahren				Stichprobe	
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	17,9	17,0	18,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	18,4	17,5	19,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	17,2	16,4	18,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	17,7	16,8	18,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	22,6	19,4	18,9	18,1	19,6	848	18 052	25,9	18,9	32,9	20,9	19,4	22,4	4 343
Geschlecht	18,3	14,5	15,1	14,2	16,1	457	8 524	26,6	16,7	36,5	25,2	23,5	26,4	4 488
Männer	27,1	22,0	22,7	21,5	23,9	391	8 528	25,0	15,3	34,7	28,0	25,6	30,4	4 794
Altersgruppen	29,4	22,2	25,6	23,9	27,3	212	4 504	-	-	-	21,5	19,4	23,6	2 220
15–34 Jahre	19,4	14,1	17,5	16,1	18,9	258	5 055	-	-	-	-	-	-	-
35–49 Jahre	17,3	12,3	16,5	15,0	18,0	232	4 555	-	-	-	-	-	-	-
50–64 Jahre	24,4	16,8	13,7	12,3	15,1	146	3 938	25,9	18,9	32,9	25,2	23,5	26,8	4 794
65+ Jahre	28,2	19,7	20,7	18,6	22,9	133	2 682	27,7	13,0	42,3	24,7	21,3	28,1	1 040
Bildung	21,6	17,4	17,7	16,7	18,7	471	9 861	25,9	16,5	35,3	24,6	22,3	26,8	2 787
Obligatorische Schule	21,6	15,4	19,9	18,5	21,3	244	5 470	24,5	10,0	38,9	27,7	24,2	31,2	939
Sekundarstufe II	21,1	17,4	18,8	18,0	19,6	570	15 436	25,1	17,2	32,9	25,6	23,9	27,3	4 312
Tertiärstufe	25,4	19,4	19,0	16,9	21,1	278	2 616	28,4	13,6	43,2	21,4	16,4	26,4	482
Nationalität														
Ausland														
Regionaler Vergleich														
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	
Sprachregionen ¹⁾	18,8	17,8	18,2	19,8	11 681	24,9	22,8	22,8	26,9	3 099	22,8	28,8	1 318	
Deutschschweiz	19,6	18,2	13,4	20,9	5 096	25,8	22,9	22,9	28,8	1 318	22,9	28,8	1 318	
Französische Schweiz	15,7	13,4	16,6	18,0	1 275	26,1	20,9	20,9	31,2	377	20,9	31,2	377	
Italienische Schweiz	18,9	16,6	17,7	21,2	1 894	27,8	22,6	22,6	33,0	543	22,6	33,0	543	
Kantone ²⁾	20,2	17,7	15,9	22,6	1 434	24,9	20,3	20,3	29,4	411	20,3	29,4	411	
BE	18,6	14,7	15,7	21,3	1 065	24,3	18,7	18,7	29,8	261	18,7	29,8	261	
LU	19,7	14,7	15,7	23,7	438	23,3	14,8	14,8	31,7	100	14,8	31,7	100	
UR	18,6	14,7	14,7	22,4	502	21,6	12,9	12,9	30,2	113	12,9	30,2	113	
SZ	22,4	19,1	16,7	25,7	832	23,6	17,4	17,4	29,7	188	17,4	29,7	188	
ZG	19,7	16,7	13,7	22,7	872	23,9	16,6	16,6	31,2	165	16,6	31,2	165	
FR	16,7	16,2	16,2	19,7	827	21,6	16,4	16,4	26,9	266	16,4	26,9	266	
BS	19,4	16,2	17,3	22,7	711	26,6	20,8	20,8	32,3	238	20,8	32,3	238	
BL	21,8	15,7	15,7	26,2	436	26,7	17,1	17,1	35,7	113	17,1	35,7	113	
AR	19,4	15,7	15,7	23,1	569	23,4	15,8	15,8	31,0	138	15,8	31,0	138	
GR	17,8	15,1	15,1	20,6	1 060	22,8	17,7	17,7	27,9	279	17,7	27,9	279	
AG	18,5	15,6	13,4	21,3	954	23,6	17,1	17,1	30,0	219	17,1	30,0	219	
TG	15,7	13,4	18,0	18,0	877	26,1	20,9	20,9	31,2	377	20,9	31,2	377	
TI	20,4	18,0	18,0	22,9	1 468	26,3	21,5	21,5	31,1	410	21,5	31,1	410	
VD	18,1	15,1	15,1	21,0	877	24,0	17,9	17,9	30,2	218	17,9	30,2	218	
VS	20,5	16,4	16,4	24,6	523	29,1	21,0	21,0	37,3	145	21,0	37,3	145	
NE	18,8	15,8	15,8	21,8	918	26,7	19,5	19,5	33,9	266	19,5	33,9	266	
GE	19,7	15,3	15,3	24,1	438	19,8	11,7	11,7	27,9	114	11,7	27,9	114	
JU														

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-2.8 Energie und Vitalitätsniveau (letzte 4 Wochen), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

	Tief			Mittel			Hoch			Stichprobe		
	FL		CH	FL		CH	FL		CH	FL		CH
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)										
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	20,2	17,5	22,9	23,7	15,9	13,3	18,4	17,6	16,9	60,7	59,5	60,4
Geschlecht	22,6	18,9	26,3	28,1	17,3	13,6	21,0	18,6	17,7	64,5	54,4	53,2
Männer	17,6	13,6	21,5	19,7	14,3	10,7	17,9	16,4	15,5	72,9	64,9	63,7
Frauen	19,6	14,1	25,0	27,1	21,2	15,2	27,2	19,8	18,5	52,3	54,7	52,9
Altersgruppen	21,3	16,3	26,2	25,0	14,0	9,5	18,4	19,0	17,6	70,6	55,8	59,0
15-34 Jahre	20,0	15,0	25,1	22,6	14,1	10,2	18,1	15,2	14,0	60,0	61,9	65,2
35-49 Jahre	19,4	13,2	25,7	20,2	12,5	7,2	17,8	15,0	13,7	60,7	64,8	63,0
50-64 Jahre	23,4	17,0	29,9	31,3	22,0	14,7	29,2	19,3	17,6	62,6	51,4	49,2
65+ Jahre	18,3	13,3	23,9	24,5	13,8	10,6	17,1	17,4	16,5	61,6	59,1	57,9
Bildung	20,5	17,2	23,8	22,1	14,6	11,6	17,5	17,1	16,4	61,0	60,8	61,7
Obligatorische Schule	19,4	14,8	24,1	24,1	18,3	13,3	23,2	19,3	17,6	68,2	54,7	52,4
Sekundarstufe II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tertiärstufe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nationalität	20,5	17,2	23,8	22,1	14,6	11,6	17,5	17,1	16,4	61,0	60,8	61,7
Inland	19,4	14,8	24,1	24,1	18,3	13,3	23,2	19,3	17,6	68,2	54,7	52,4
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Tief			Mittel			Hoch			Stichprobe		
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)										
Sprachregionen ¹⁾	21,6	20,7	22,6	16,2	15,4	17,0	62,2	61,1	63,3	61,1	61,1	63,3
Deutschschweiz	25,5	24,2	26,8	21,0	19,8	22,2	53,6	52,0	55,1	52,0	52,0	55,1
Französische Schweiz	29,3	26,7	32,0	20,0	17,7	22,2	50,7	47,8	53,6	47,8	47,8	53,6
Italienische Schweiz	23,1	20,9	25,3	16,4	14,5	18,3	60,5	58,0	63,0	58,0	58,0	63,0
Kantone ²⁾	21,9	19,7	24,1	18,5	16,3	20,6	59,6	57,0	62,3	57,0	57,0	62,3
BE	18,8	16,4	21,2	14,5	12,3	16,6	66,7	63,8	69,6	63,8	63,8	69,6
LU	12,4	9,4	15,4	16,3	12,4	20,2	71,3	66,9	75,8	66,9	66,9	75,8
UR	17,8	14,2	21,4	15,5	13,0	19,9	65,7	61,4	70,1	61,4	61,4	70,1
SZ	19,9	17,1	22,7	15,5	13,0	18,1	64,6	61,2	67,9	61,2	61,2	67,9
ZG	24,4	21,3	27,6	19,6	16,7	22,5	59,5	52,4	65,4	52,4	52,4	65,4
FR	26,2	23,0	29,4	18,0	15,2	20,8	55,8	52,2	59,4	52,2	52,2	59,4
BS	23,0	19,7	26,3	17,4	14,6	20,2	59,6	55,8	63,3	55,8	55,8	63,3
BL	17,9	13,7	22,1	14,5	11,1	17,9	67,6	62,8	72,4	62,8	62,8	72,4
AR	18,8	15,5	22,2	14,1	11,1	17,2	67,0	63,0	71,1	63,0	63,0	71,1
GR	19,5	17,1	22,0	14,4	12,2	16,5	66,1	63,1	69,0	63,1	63,1	69,0
AG	20,3	17,7	23,0	16,2	13,7	18,6	63,5	60,3	66,7	60,3	60,3	66,7
TG	29,3	26,7	32,0	20,0	17,7	22,2	50,7	47,8	53,6	47,8	47,8	53,6
TI	27,4	25,0	29,8	20,2	18,0	22,4	52,4	49,7	55,1	49,7	49,7	55,1
VD	20,5	17,7	23,2	22,9	20,0	25,9	56,6	53,2	60,0	53,2	53,2	60,0
VS	26,4	22,4	30,4	25,3	21,3	29,3	48,3	43,8	52,7	43,8	43,8	52,7
NE	26,0	23,1	29,0	20,4	17,6	23,1	53,6	50,2	57,1	50,2	50,2	57,1
GE	27,2	22,3	32,1	18,9	15,1	22,6	54,0	48,8	59,1	48,8	48,8	59,1
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-2.9 Psychische Belastung und depressive Symptome, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Mittlere bis hohe psychische Belastung				Mittlere bis schwere depressive Symptome				Stichprobe		
	FL		CH		FL		CH		FL	CH	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall II (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	14,5	12,1	17,0	16,3	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	17,7	16 980
Geschlecht	15,7	12,4	18,9	17,3	18,7	18,7	18,7	18,7	18,7	18,7	8 828
Frauen	13,3	9,9	16,8	15,1	14,2	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	373
Männer	11,1	6,9	15,3	18,0	16,6	19,3	24,5	5 413	6,4	2,8	10,7
Altersgruppen	18,1	13,3	22,9	18,5	17,3	19,8	29,7	5 676	2,5	0,4	4,7
15–34 Jahre	14,8	10,3	19,3	19,1	17,8	20,5	27,1	5 066	2,5	0,3	4,6
35–49 Jahre	13,5	8,1	19,0	16,1	14,6	17,5	16,6	4 497	1,6	0,0	3,3
50–64 Jahre	15,3	9,9	20,6	25,1	23,2	26,9	17,1	3 463	1,6	0,0	3,9
65+ Jahre	16,7	13,2	20,2	18,2	17,2	19,1	538	11 185	4,6	2,5	6,8
Bildung	10,2	6,4	14,0	13,6	12,5	14,6	269	5 927	2,6	0,3	4,9
Obligatorische Schule	13,3	10,6	16,1	16,5	15,8	17,2	657	17 429	3,7	1,8	5,5
Sekundarstufe II	16,8	12,3	21,2	23,6	21,7	25,4	322	3 223	3,2	1,2	5,3
Tertiärstufe											
Nationalität											
Inland											
Ausland											
Regionaler Vergleich	Mittlere bis hohe psychische Belastung	Mittlere bis schwere depressive Symptome		Stichprobe		Mittlere bis schwere depressive Symptome		Stichprobe			
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n		
Sprachregionen ¹⁾	15,7	14,9	16,6	13 389	5,5	4,9	6,2	11 108			
Deutschschweiz	23,0	21,7	24,3	5 802	8,7	7,7	9,8	4 687			
Französische Schweiz	25,7	23,2	28,3	1 461	9,4	7,5	11,3	1 185			
Italienische Schweiz	17,9	15,9	20,0	2 138	6,2	4,9	7,4	1 803			
ZH	15,7	13,8	17,7	1 653	5,0	3,5	6,6	1 366			
BE	13,5	11,4	15,6	1 232	4,6	3,1	6,1	1 014			
LU	11,7	8,7	14,7	500	1,6	0,5	2,7	417			
UR	14,9	11,4	18,4	573	6,1	2,7	9,4	480			
SZ	14,4	11,9	16,8	951	5,2	3,3	7,0	801			
ZG	23,1	20,0	26,2	980	7,8	5,6	10,0	819			
FR	19,5	16,7	22,3	966	5,7	4,1	7,75	775			
BS	17,0	14,1	20,0	817	5,7	3,8	7,6	671			
BL	13,1	9,9	16,2	490	2,4	1,0	3,8	414			
AR	13,8	10,7	16,8	641	4,4	2,3	6,5	536			
GR	13,6	11,5	15,7	1 227	5,8	4,1	7,5	1 012			
AG	16,4	14,0	18,7	1 090	4,8	3,3	6,4	904			
TC	25,7	23,2	28,3	1 461	9,4	7,5	11,3	1 185			
TI	24,0	21,7	26,4	1 653	10,1	8,2	12,0	1 352			
VD	20,0	17,3	22,8	1 011	7,3	5,2	9,3	818			
VS	24,9	21,0	28,8	583	7,6	4,9	10,3	480			
NE	23,0	20,1	25,9	1 083	8,9	6,4	11,4	828			
GE	21,7	17,6	25,8	492	7,1	4,5	9,8	390			
JU											

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Tabelle A-2.10 Tiefe Kontrollüberzeugung, geringe soziale Unterstützung und Einsamkeitsgefühle, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Tiefe Kontrollüberzeugung				Geringe soziale Unterstützung				Einsamkeitsgefühle: manchmal bis sehr häufig				Stichprobe		
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil «ja» in %	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil «ja» in %	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	FL Anteil «ja» in %	Stichprobe n	Vertrauensintervall (95%)	CH Anteil «ja» in %	Stichprobe n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	21,7	20,7	22,7	8 947	11,8	11,8	11,1	12 987	32,7	32,7	30,1	3 094	14,7	14,7	18,0
1997	28,4	27,3	29,4	10 087	12,3	12,3	11,4	12 987	44,0	44,0	44,3	4 413	34,6	34,6	36,5
2002	21,3	20,5	22,2	14 359	22,3	22,3	19,8	5 885	45,6	45,6	45,6	4 413	29,8	29,8	30,6
2007	20,4	19,5	21,4	12 992	13,6	13,6	11,9	2 082	34,3	34,3	34,4	3 094	30,3	30,3	31,2
Total	17,9	17,9	21,4	8 18	11,1	11,1	9,4	1 622	34,4	34,4	34,4	3 094	31,9	31,9	37,0
Ceschlecht	15,2	12,6	17,9	436	10,0	10,0	11,8	13,0	27,1	27,1	27,1	9 921	24,1	24,1	30,2
Frauen	16,6	12,9	20,3	382	13,5	10,1	12,9	10,455	30,4	26,2	34,6	505	30,4	26,2	34,6
Männer	13,9	10,2	17,6	382	10,8	8,0	11,9	11,1	23,7	19,3	28,2	446	29,5	28,4	40,6
Altersgruppen	14,9	9,8	20,0	209	7,7	3,4	11,9	6,6	30,9	24,3	37,5	443	41,3	44,7	52,9
15–34 Jahre	14,7	10,0	19,4	255	10,0	6,5	13,4	10,2	24,6	19,5	29,8	36,4	33,3	34,9	47,2
35–49 Jahre	19,3	13,7	24,8	223	15,5	11,1	19,9	12,4	25,1	19,7	30,4	33,4	31,8	35,0	47,2
50–64 Jahre	10,6	5,3	15,9	131	19,6	13,3	20,4	18,9	28,0	20,8	35,1	170	29,5	33,0	47,2
65+ Jahre	19,4	12,1	26,6	121	13,5	6,9	20,2	18,7	25,3	18,7	31,9	173	41,1	45,3	53,4
Bildung	14,2	10,7	17,7	452	12,5	9,5	15,4	12,4	28,5	24,3	32,7	35,8	34,6	36,9	54,2
Obligatorische Schule	15,0	10,2	19,7	245	11,0	7,4	14,5	8,7	25,9	20,1	31,6	31,2	31,2	34,2	27,1
Sekundarstufe II	15,3	12,0	18,6	547	11,1	8,6	13,6	11,3	25,5	21,9	29,1	662	33,0	34,8	53,5
Tertiärstufe	15,2	10,8	19,5	271	14,3	10,0	18,6	14,7	30,1	24,6	35,6	311	42,1	46,4	50,0
Nationalität	15,2	10,8	19,5	271	14,3	10,0	18,6	14,7	30,1	24,6	35,6	311	42,1	46,4	50,0
Inland	15,2	10,8	19,5	271	14,3	10,0	18,6	14,7	30,1	24,6	35,6	311	42,1	46,4	50,0
Ausland	15,2	10,8	19,5	271	14,3	10,0	18,6	14,7	30,1	24,6	35,6	311	42,1	46,4	50,0
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe n
Sprachregionen ¹⁾	17,6	16,6	18,6	11 218	11,8	11,8	11,1	12 987	32,7	32,7	30,1	3 094	14,7	14,7	18,0
Deutschschweiz	27,3	25,8	28,9	4 852	12,3	12,3	11,4	12 987	44,0	44,0	44,3	4 413	34,6	34,6	36,5
Französische Schweiz	32,0	28,9	35,1	1 197	22,3	22,3	19,8	5 885	45,6	45,6	45,6	4 413	29,8	29,8	30,6
Italienische Schweiz	18,2	16,1	20,4	1 813	13,6	13,6	11,9	2 082	34,3	34,3	34,4	3 094	30,3	30,3	31,2
Kantone ²⁾	18,2	14,7	19,3	1 370	11,1	11,1	9,4	1 622	34,4	34,4	34,4	3 094	31,9	31,9	37,0
ZH	16,8	14,1	19,5	1 023	9,6	9,6	7,7	1 199	29,0	29,0	26,2	2 082	26,2	26,2	1 237
BE	17,2	13,1	21,3	420	7,4	7,4	4,9	489	30,3	30,3	30,3	34,7	25,8	25,8	500
LU	13,0	9,5	16,5	481	10,5	10,5	13,4	563	29,4	29,4	25,3	34,7	33,5	33,5	581
SZ	16,2	13,3	19,2	805	11,4	11,4	9,2	919	31,9	31,9	28,7	35,2	28,7	35,2	954
UR	28,5	24,9	32,1	832	12,0	12,0	9,5	949	42,1	42,1	44,4	974	38,6	38,6	988
FR	18,5	16,5	20,5	783	15,0	15,0	12,4	923	37,9	37,9	34,5	41,4	34,5	41,4	974
BS	19,8	16,3	23,3	682	12,4	12,4	9,9	787	34,2	34,2	30,5	821	30,5	30,5	821
BL	8,8	8,8	15,2	427	10,1	10,1	7,3	474	27,9	27,9	23,6	494	23,6	23,6	494
AR	12,0	10,8	17,4	547	12,6	12,6	9,7	623	30,7	30,7	26,7	642	26,7	26,7	642
GR	14,1	14,1	19,5	1 029	10,7	10,7	10,5	1 176	30,3	30,3	27,4	1 236	27,4	27,4	1 236
AG	16,8	14,1	17,4	918	12,8	12,8	8,7	1 064	32,5	32,5	29,3	33,3	29,3	33,3	1 094
TC	14,7	12,0	17,4	1 197	10,7	10,7	9,8	1 349	45,6	45,6	42,8	1 489	42,8	42,8	1 489
TI	27,0	28,9	35,1	1 394	22,3	22,3	19,8	1 598	44,5	44,5	41,8	1 677	41,8	41,8	1 677
VD	26,2	24,3	29,6	842	11,4	11,4	9,2	977	41,0	41,0	38,1	1 023	38,1	38,1	1 023
VS	27,5	22,6	29,8	486	13,1	13,1	9,9	565	46,5	46,5	45,4	594	45,4	45,4	594
NE	27,9	24,3	31,5	877	13,0	13,0	10,7	1 015	49,1	49,1	43,0	1 103	43,0	43,0	1 103
CE	27,9	24,3	31,5	877	13,0	13,0	10,7	1 015	49,1	49,1	43,0	1 103	43,0	43,0	1 103
JU	27,3	22,4	32,3	421	13,6	13,6	9,1	481	49,1	49,1	43,9	500	43,9	43,9	500

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.1 Gesundheitseinstellung, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Leben, ohne sich um Folgen für Gesundheit zu kümmern (unbekümmert)				Gedanken an Erhaltung der Gesundheit beeinflussen Lebensstil (beachtend)				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Leben (orientiert)				Stichprobe	
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	12,8	12,0	13,5	-	-	66,0	67,1	-	-	21,2	20,3	22,1
1997	-	-	12,3	11,6	13,0	-	-	65,4	66,4	-	-	22,3	21,4	23,2
2002	-	-	11,8	11,2	12,5	-	-	66,8	67,7	-	-	21,4	20,6	22,2
2007	-	-	12,3	11,5	13,0	-	-	68,4	69,4	-	-	19,4	18,5	20,2
2012	10,7	8,4	13,1	13,7	15,1	71,6	68,3	67,0	67,9	17,6	14,8	18,6	17,9	19,4
Geschlecht	6,4	4,1	8,6	11,2	13,0	71,5	66,9	76,0	68,7	22,2	17,9	26,4	20,5	21,6
Männer	15,3	11,2	19,5	16,8	17,9	71,8	66,9	76,8	65,2	67,9	12,8	16,3	16,7	17,8
Altersgruppen	17,1	11,5	22,8	20,9	24,2	73,2	66,5	80,1	64,6	62,7	9,7	4,8	14,5	11,4
15–34 Jahre	10,1	6,0	14,2	12,1	10,9	77,2	71,7	82,6	71,7	70,0	73,3	12,8	8,6	16,9
35–49 Jahre	5,1	2,2	8,1	10,4	9,3	72,6	66,7	78,6	69,7	68,0	71,5	22,2	16,8	27,7
50–64 Jahre	8,9	3,6	14,3	10,4	9,1	57,7	48,8	66,5	61,0	59,0	63,0	33,4	24,8	42,0
65+ Jahre	11,0	5,4	16,7	23,3	21,0	62,4	53,2	71,7	52,0	49,4	54,6	26,5	17,7	35,3
Bildung	9,4	6,5	12,3	14,7	13,7	71,3	66,8	75,8	66,0	64,8	67,3	19,3	15,4	23,2
Obligatorische Schule	12,9	7,8	17,9	8,9	8,0	77,2	71,4	83,0	76,9	75,6	78,3	9,9	6,4	13,5
Sekundarstufe II	11,7	8,7	14,8	13,6	12,9	70,2	66,1	74,3	68,7	67,7	69,6	18,1	14,8	21,4
Tertiärstufe	9,0	5,3	12,6	17,1	15,1	74,3	68,4	80,2	61,3	58,8	63,8	16,7	11,6	21,9
Inland	9,0	5,3	12,6	17,1	15,1	74,3	68,4	80,2	61,3	58,8	63,8	16,7	11,6	21,9
Ausland	9,0	5,3	12,6	17,1	15,1	74,3	68,4	80,2	61,3	58,8	63,8	16,7	11,6	21,9
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)
Sprachregionen ¹⁾	11,6	10,8	12,5	12,5	12,5	69,8	68,6	70,9	18,6	17,7	19,6	17,7	17,7	19,6
Deutschschweiz	22,3	20,8	23,7	23,7	23,7	58,7	57,1	60,4	19,0	17,7	20,3	17,7	17,7	20,3
Französische Schweiz	13,5	11,3	15,7	15,7	15,7	69,5	66,5	72,4	17,0	14,6	19,4	14,6	14,6	19,4
Italienische Schweiz	10,3	8,5	12,0	12,0	12,0	71,2	68,6	73,8	18,5	16,3	20,7	16,3	16,3	20,7
Kantone ²⁾	12,3	10,4	14,3	14,3	14,3	69,8	67,0	72,5	17,9	15,6	20,2	15,6	15,6	20,2
ZH	10,8	8,6	13,0	13,0	13,0	70,1	66,9	73,3	19,1	16,4	21,9	16,4	16,4	21,9
BE	11,9	8,3	15,4	15,4	15,4	69,0	64,1	73,9	19,1	15,1	23,2	15,1	15,1	23,2
LU	15,5	11,7	19,3	19,3	19,3	68,2	63,5	72,9	16,3	12,6	20,0	12,6	12,6	20,0
UR	11,2	8,6	13,9	13,9	13,9	71,5	67,8	75,1	17,3	14,3	20,3	14,3	14,3	20,3
SZ	18,5	15,5	21,4	21,4	21,4	60,8	57,0	64,5	20,7	17,6	23,9	17,6	17,6	23,9
FR	11,3	8,5	14,1	14,1	14,1	67,3	63,5	71,1	21,4	18,2	24,6	18,2	18,2	24,6
BS	10,0	7,6	12,5	12,5	12,5	72,1	68,4	75,8	17,9	14,7	21,1	14,7	14,7	21,1
BL	13,2	8,7	17,6	17,6	17,6	65,2	59,7	70,6	21,7	17,1	26,3	17,1	17,1	26,3
AR	12,9	9,7	16,0	16,0	16,0	70,0	65,7	74,2	17,2	13,8	20,5	13,8	13,8	20,5
GR	12,5	9,8	15,2	15,2	15,2	68,0	64,6	71,5	19,5	16,6	22,3	16,6	16,6	22,3
AG	11,2	9,0	13,4	13,4	13,4	71,0	67,7	74,2	17,8	15,2	20,5	15,2	15,2	20,5
TG	13,5	11,3	15,7	15,7	15,7	69,5	66,5	72,4	17,0	14,6	19,4	14,6	14,6	19,4
TI	22,7	20,2	25,3	25,3	25,3	58,0	55,0	60,9	19,3	17,0	21,6	17,0	17,0	21,6
VD	22,2	18,8	25,5	25,5	25,5	59,9	56,0	63,7	18,0	15,1	20,9	15,1	15,1	20,9
VS	22,2	17,8	26,6	26,6	26,6	58,8	53,9	63,8	18,9	15,1	22,7	15,1	15,1	22,7
NE	23,3	19,9	26,7	26,7	26,7	58,2	54,4	62,1	18,5	15,6	21,4	15,6	15,6	21,4
GE	27,0	21,4	32,6	32,6	32,6	56,5	50,8	62,1	16,5	12,6	20,5	12,6	12,6	20,5
JU	27,0	21,4	32,6	32,6	32,6	56,5	50,8	62,1	16,5	12,6	20,5	12,6	12,6	20,5

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Tabelle A-3.2 Körpergewicht (Body Mass Index), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012 (18-jährige und ältere Personen)

	Untergewicht				Normalgewicht				Übergewicht				Adipositas				Stichprobe	
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	3,0	4,1	4,4	3,3	64,2	63,3	65,1	60,0	59,0	55,1	52,9	54,0	54,0	52,9	52,9	32,2	31,2	11,5
2002	3,0	3,5	3,9	4,5	57,6	56,7	58,5	57,6	56,7	57,5	54,5	56,0	56,0	54,5	54,5	30,1	28,7	11,5
2007	3,0	3,3	3,3	4,0	57,8	56,9	58,7	57,8	56,9	56,1	54,5	53,2	53,2	54,5	54,5	31,1	28,5	10,9
Total	3,2	4,4	4,4	3,6	53,6	50,2	57,0	54,5	53,6	60,4	55,5	57,9	57,9	55,5	55,5	29,6	27,3	11,3
Geschlecht	5,4	3,4	7,5	5,8	60,7	56,2	65,2	61,4	60,2	60,4	49,0	51,7	51,7	52,2	49,0	34,6	32,0	11,0
Männer	0,8	0,0	2,1	0,8	46,3	41,1	51,4	47,3	46,1	58,4	52,2	58,4	58,4	52,2	49,0	34,6	32,0	12,4
Alleisgruppen	7,5	3,7	11,2	4,7	62,0	54,5	69,6	67,4	65,7	69,2	64,3	67,4	67,4	62,0	64,3	39,1	37,4	10,3
18–34 Jahre	2,1	0,6	3,6	2,2	58,4	52,6	64,3	56,5	54,9	58,1	52,7	56,3	56,3	52,7	52,7	27,4	25,8	11,1
35–49 Jahre	1,3	0,0	2,6	2,1	48,8	42,7	55,0	47,0	45,3	48,7	42,1	42,1	42,1	42,1	42,1	36,4	34,0	12,8
50–64 Jahre	1,7	0,0	4,2	2,8	39,8	32,1	47,6	44,1	42,4	45,9	44,1	42,4	42,4	44,1	44,1	37,1	34,0	13,2
65+ Jahre	3,2	0,4	6,0	3,5	42,9	34,1	51,8	45,9	43,6	48,3	39,0	37,1	37,1	45,9	45,9	31,8	30,6	14,0
Bildung	2,0	0,8	3,1	2,8	55,4	50,9	59,9	54,6	53,4	55,8	53,4	53,4	53,4	54,6	54,6	32,7	31,6	13,3
Obligatorische Schule	5,4	2,3	8,5	3,4	55,2	48,7	61,7	58,6	57,1	60,2	58,6	48,7	48,7	58,6	58,6	38,5	36,6	14,7
Sekundarstufe II	3,8	2,1	5,5	3,4	51,8	47,6	56,0	55,1	54,1	56,0	55,1	47,6	47,6	55,1	55,1	33,6	31,4	13,2
Tertiärstufe	2,0	0,6	3,5	3,0	56,7	50,9	62,6	52,5	50,4	54,6	52,5	50,9	50,9	52,5	52,5	30,9	32,4	10,7
Ausland	2,0	0,6	3,5	3,0	56,7	50,9	62,6	52,5	50,4	54,6	52,5	50,9	50,9	52,5	52,5	30,9	32,4	10,7
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Normalgewicht Anteil in %	Übergewicht Anteil in %	Adipositas Anteil in %	Normalgewicht Anteil in %	Übergewicht Anteil in %	Adipositas Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Anteil in %					
Sprachregionen ¹⁾	3,0	2,6	3,2	3,3	54,0	56,0	55,1	52,9	54,0	55,1	32,2	32,2	33,2	33,2	10,8	10,8	9,1	11,5
Deutsche Schweiz	2,9	4,6	4,6	4,5	56,0	56,0	55,1	54,5	54,5	57,5	30,1	30,1	31,5	31,5	10,0	10,0	9,1	10,9
Französische Schweiz	6,0	2,2	2,2	7,4	53,2	53,2	56,1	50,4	50,4	56,1	29,6	29,6	33,8	33,8	9,7	9,7	8,0	11,3
Kantone ²⁾	3,0	2,0	2,0	3,7	51,7	51,7	54,4	55,5	55,5	60,4	29,6	29,6	31,9	31,9	9,5	9,5	8,0	11,3
ZH	2,9	2,0	2,0	3,7	51,7	51,7	54,4	55,5	55,5	60,4	29,6	29,6	31,9	31,9	9,5	9,5	8,0	11,3
BE	3,0	2,0	2,0	4,0	55,3	55,3	58,4	49,0	49,0	54,4	32,3	32,3	35,2	35,2	10,8	10,8	9,2	12,4
LU	3,0	2,0	2,0	4,0	55,3	55,3	58,4	49,0	49,0	54,4	32,3	32,3	35,2	35,2	10,8	10,8	9,2	12,4
UR	3,2	1,4	1,4	5,0	49,7	49,7	54,6	44,8	44,8	54,6	36,7	36,7	41,5	41,5	10,4	10,4	7,7	11,1
SZ	2,7	1,3	1,3	4,0	50,5	50,5	55,1	45,9	45,9	55,1	36,7	36,7	41,5	41,5	10,4	10,4	7,7	11,1
SG	4,9	3,2	3,2	6,5	56,1	56,1	59,6	52,6	52,6	59,6	30,5	30,5	33,7	33,7	10,1	10,1	7,5	12,8
ZG	4,2	2,7	2,7	5,7	56,3	56,3	59,6	52,7	52,7	59,6	28,9	28,9	32,0	32,0	10,1	10,1	7,5	12,8
FR	4,2	2,7	2,7	5,7	56,3	56,3	59,6	52,7	52,7	59,6	28,9	28,9	32,0	32,0	10,1	10,1	7,5	12,8
BS	3,6	2,2	2,2	5,0	53,3	53,3	56,9	49,8	49,8	56,9	28,9	28,9	32,0	32,0	10,6	10,6	8,2	13,0
BL	3,1	1,7	1,7	4,5	53,5	53,5	57,3	49,6	49,6	56,9	31,2	31,2	34,5	34,5	11,8	11,8	9,6	14,0
AR	3,9	2,1	2,1	5,6	54,6	54,6	59,6	49,6	49,6	59,6	32,5	32,5	36,1	36,1	10,9	10,9	8,5	13,3
GR	2,6	1,2	1,2	3,9	57,1	57,1	61,4	52,7	52,7	61,4	29,9	29,9	33,9	33,9	10,5	10,5	5,2	9,9
AG	2,8	1,5	1,5	4,2	52,0	52,0	55,2	48,8	48,8	55,2	25,9	25,9	30,6	30,6	11,5	11,5	9,4	13,7
TC	2,1	1,3	1,3	3,0	52,7	52,7	56,0	49,4	49,4	56,0	33,7	33,7	36,8	36,8	11,5	11,5	9,4	13,7
TI	2,1	1,3	1,3	3,0	52,7	52,7	56,0	49,4	49,4	56,0	33,7	33,7	36,8	36,8	11,5	11,5	9,4	13,7
VD	6,0	4,6	4,6	7,4	53,2	53,2	56,1	50,4	50,4	56,1	31,1	31,1	35,8	35,8	9,7	9,7	8,0	11,3
VS	3,6	2,7	2,7	4,6	58,7	58,7	61,4	50,4	50,4	61,4	27,8	27,8	32,0	32,0	10,0	10,0	7,9	12,1
NE	2,6	1,5	1,5	3,7	52,8	52,8	56,3	49,4	49,4	56,3	31,2	31,2	35,9	35,9	10,0	10,0	6,9	11,9
GE	3,7	2,1	2,1	5,3	58,2	58,2	62,6	53,8	53,8	62,6	28,7	28,7	32,8	32,8	9,4	9,4	7,9	12,1
JU	5,3	3,5	3,5	7,1	53,8	53,8	57,3	50,3	50,3	57,3	31,2	31,2	34,5	34,5	9,7	9,7	7,7	11,7
	1,8	0,5	0,5	3,1	50,2	50,2	55,4	45,1	45,1	55,4	35,6	35,6	40,7	40,7	12,4	12,4	9,3	15,5

1) Deutsche Schweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGP 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012
 © Obsan 2015

Tabelle A-3.3 Ernährungsbewusstsein, Einhaltung der Empfehlung «5 Mal Früchte/Gemüse am Tag» und Flüssigkeitskonsum, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Auf Ernährung achten				Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag»				Stichprobe weniger pro Tag				Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum von einem Liter oder weniger pro Tag				Stichprobe		
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	67,8	66,9	68,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	68,6	67,7	69,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	69,1	68,2	69,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	70,5	69,7	71,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	71,1	68,0	74,1	70,9	68,7	1,022	21,577	14,7	12,2	17,1	19,2	18,5	19,8	985	20,769	22,1	19,3	24,9	25,5
Geschlecht	80,8	77,3	84,4	79,9	75,9	541	11,304	19,7	16,0	23,3	26,0	25,0	27,0	523	10,907	25,5	21,5	29,5	29,5
Frauen	61,0	56,1	65,8	60,6	59,4	481	10,273	9,5	6,3	12,7	12,1	11,2	12,9	462	9,862	18,5	14,7	22,4	22,4
Männer	58,0	51,2	64,8	58,3	56,6	253	5,606	11,0	7,0	15,1	18,4	17,1	19,8	247	5,418	15,3	10,4	20,2	20,2
15-34 Jahre	77,2	72,2	82,3	71,0	69,5	311	5,898	18,6	13,5	23,7	19,0	17,7	20,3	296	6,696	22,2	16,9	27,4	27,4
35-49 Jahre	77,9	72,7	83,0	72,2	70,7	280	5,274	15,3	10,5	20,1	20,8	19,5	22,2	272	5,118	21,1	16,1	26,1	26,1
50-64 Jahre	72,4	65,3	79,5	72,5	70,9	178	4,799	13,2	7,7	18,6	18,6	17,2	20,0	170	4,537	34,9	27,1	42,6	42,6
65+ Jahre	63,9	56,5	71,2	56,5	54,5	187	3,859	10,3	5,7	15,0	15,2	13,6	16,7	173	3,511	31,2	23,5	39,0	39,0
Obligatorische Schule	71,9	67,6	76,1	68,2	67,1	693	5,588	15,5	10,2	18,8	19,0	18,1	19,9	541	11,231	20,0	16,5	23,5	23,5
Sekundarstufe I	74,2	68,4	79,9	74,7	73,4	275	6,049	15,7	10,6	20,8	21,8	20,5	23,1	270	5,949	20,5	15,2	25,9	25,9
Tertiärstufe	70,4	66,6	74,2	68,9	68,0	697	6,797	12,9	10,2	15,7	19,5	18,8	20,2	662	17,474	22,5	19,1	25,9	25,9
Inland	72,2	66,9	77,4	64,7	62,7	343	3,653	17,9	13,1	22,6	18,0	16,3	19,7	323	3,295	21,2	16,3	26,2	26,2
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Sprachregionen ¹⁾	72,3	71,4	73,3	71,4	13 917	17,8	17,0	18,7	17,0	18,7	17,0	18,7	17,0	13 453	24,1	23,2	25,1	25,1	
Deutschschweiz	54,6	53,1	56,0	53,1	6 112	22,8	21,6	24,1	21,6	24,1	21,6	24,1	21,6	5 832	41,8	40,3	43,2	43,2	
Französische Schweiz	73,6	71,2	76,1	71,2	1 548	19,9	19,9	22,2	17,7	22,2	22,2	22,2	22,2	1 484	37,8	35,0	40,5	40,5	
Italienische Schweiz	76,6	74,6	78,6	74,6	2 221	18,0	16,1	20,0	16,1	20,0	20,0	20,0	20,0	2 152	25,1	22,8	27,3	27,3	
Kantone ²⁾	71,9	69,5	74,2	69,5	1 716	18,2	16,2	20,3	16,2	20,3	16,2	20,3	16,2	1 658	26,0	23,7	28,4	28,4	
BE	70,1	67,3	73,0	67,3	1 280	16,6	14,3	18,8	14,3	18,8	14,3	18,8	14,3	1 234	22,4	19,8	24,9	24,9	
LU	60,0	55,3	64,7	55,3	514	12,4	9,4	15,4	9,4	15,4	9,4	15,4	9,4	500	23,0	19,1	26,8	26,8	
UR	66,2	62,0	70,5	62,0	599	18,6	15,2	22,1	15,2	22,1	15,2	22,1	15,2	579	21,0	17,4	24,7	24,7	
SZ	73,0	71,0	77,2	71,0	994	18,9	16,2	21,6	16,2	21,6	16,2	21,6	16,2	956	23,2	20,2	26,3	26,3	
ZG	56,3	52,9	59,8	52,9	1 027	23,4	20,4	26,5	20,4	26,5	20,4	26,5	20,4	984	36,0	32,6	39,3	39,3	
FR	74,2	71,0	77,4	71,0	1 010	15,7	13,1	18,2	13,1	18,2	13,1	18,2	13,1	970	23,7	20,7	26,6	26,6	
BS	73,9	70,5	77,2	70,5	847	19,4	16,5	22,4	16,5	22,4	16,5	22,4	16,5	822	26,9	23,6	30,2	30,2	
BL	71,7	67,1	76,3	67,1	508	21,0	17,0	24,9	17,0	24,9	17,0	24,9	17,0	493	20,8	17,0	24,7	24,7	
AR	67,5	63,5	71,5	63,5	665	16,1	12,8	19,4	12,8	19,4	12,8	19,4	12,8	640	22,4	18,8	25,9	25,9	
GR	73,6	70,8	76,3	70,8	1 271	19,8	17,2	22,4	17,2	22,4	17,2	22,4	17,2	1 235	21,5	18,8	24,2	24,2	
AG	72,5	69,6	75,4	69,6	1 126	19,7	17,1	22,3	17,1	22,3	17,1	22,3	17,1	1 096	21,8	19,1	24,5	24,5	
TG	73,6	71,2	76,1	71,2	1 548	22,5	19,9	27,2	19,9	27,2	19,9	27,2	19,9	1 484	37,8	35,0	40,5	40,5	
TI	54,1	51,4	56,7	51,4	1 743	22,5	20,3	24,7	20,3	24,7	20,3	24,7	20,3	1 667	43,1	40,4	45,7	45,7	
VD	54,2	50,8	57,6	50,8	1 065	21,1	18,3	23,8	18,3	23,8	18,3	23,8	18,3	1 018	36,5	33,2	39,8	39,8	
VS	52,4	48,0	56,8	48,0	622	24,7	20,8	28,5	20,8	28,5	20,8	28,5	20,8	587	43,8	40,5	48,2	48,2	
NE	55,6	52,2	59,0	52,2	1 148	23,7	20,9	26,5	20,9	26,5	20,9	26,5	20,9	1 082	46,4	42,9	49,9	49,9	
GE	52,0	46,9	57,0	46,9	507	21,9	17,9	25,9	17,9	25,9	17,9	25,9	17,9	494	39,5	34,6	44,4	44,4	
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012
 © Obsan 2015

Tabelle A-3.4 Körperliche Aktivität, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2002–2012

	Inaktiv				Teilaktiv				Ausreichend aktiv				Stichprobe	
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n						
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	17,7	19,1	-	-	18,4	19,8	-	-	-	61,6	63,4
2002	-	-	-	14,1	15,5	-	-	17,9	19,3	-	-	-	65,7	67,5
2007	-	-	14,8	10,7	11,3	-	-	16,8	17,4	78,3	75,4	81,1	72,5	73,2
2012	6,6	4,8	8,3	10,2	11,3	15,2	12,7	17,6	19,0	73,6	69,5	77,8	69,1	70,2
Geschlecht	8,8	5,9	11,7	11,9	13,5	17,6	14,1	21,1	18,2	73,6	69,5	77,8	69,1	70,2
Frauen	4,3	2,4	6,2	8,7	9,4	12,7	9,3	16,2	15,4	83,0	79,1	86,8	75,9	77,0
Männer	3,7	0,4	7,0	6,9	5,9	7,8	14,0	18,7	14,6	82,2	76,8	87,7	78,6	80,0
Altersgruppen	4,7	2,2	7,2	9,2	8,2	10,1	16,6	11,9	21,3	78,7	73,6	83,8	71,3	72,8
15–34 Jahre	7,1	3,9	10,4	10,8	9,7	11,9	14,1	9,6	18,6	78,8	73,6	84,0	70,7	72,2
35–49 Jahre	14,0	8,1	19,8	18,2	16,7	19,6	16,2	10,3	22,2	69,8	62,3	77,3	67,3	65,6
50–64 Jahre	14,5	7,8	21,2	19,0	20,7	14,9	9,4	20,4	13,9	70,6	62,9	78,3	67,1	69,1
65+ Jahre	4,8	3,0	6,7	10,9	10,1	11,7	14,0	10,9	17,1	81,2	77,7	84,7	72,9	74,0
Bildung	5,1	2,3	7,9	5,8	5,1	6,5	17,6	12,3	22,9	77,3	71,6	83,0	74,6	76,0
Obligatorische Schule	6,0	4,0	7,9	9,4	8,9	10,0	16,2	13,1	19,3	77,8	74,3	81,3	73,5	74,3
Sekundarstufe II	7,7	4,2	11,2	15,6	14,0	17,2	13,2	9,3	17,1	79,1	74,2	84,1	68,5	70,5
Tertiärstufe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nationalität	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)						
Sprachregionen ¹⁾	8,7	8,1	13,4	13,4	15,6	15,0	14,3	15,8	17,2	76,2	75,3	77,2	75,3	77,2
Deutschschweiz	14,5	14,5	19,1	15,6	17,7	21,6	20,4	22,8	22,8	63,9	62,4	65,3	62,4	65,3
Französische Schweiz	21,5	8,8	7,4	10,3	16,4	17,7	15,6	19,9	19,9	60,8	58,0	63,6	58,0	63,6
Italienische Schweiz	8,5	6,9	6,9	10,0	15,4	15,4	14,5	18,2	17,4	76,1	73,8	78,4	73,8	78,4
Kantone ²⁾	7,6	5,9	5,9	9,2	14,9	12,8	13,5	17,0	17,0	77,5	75,0	80,1	75,0	80,1
ZH	7,4	4,5	4,5	10,3	12,7	12,7	9,7	15,8	17,0	79,9	75,9	83,8	75,9	83,8
BE	7,8	5,2	5,2	10,3	12,7	17,2	13,6	20,7	20,7	75,1	71,0	79,1	71,0	79,1
LU	7,8	5,9	5,9	9,7	11,1	17,1	14,5	19,7	19,7	75,2	72,1	78,2	72,1	78,2
UR	7,8	5,9	5,9	9,7	11,1	17,1	14,5	19,7	19,7	75,2	72,1	78,2	72,1	78,2
SZ	11,5	9,1	9,1	13,9	13,9	23,8	20,7	26,8	26,8	64,7	61,3	68,2	61,3	68,2
GR	11,3	9,1	9,1	13,4	13,4	15,5	12,8	18,3	18,3	73,2	70,0	76,4	70,0	76,4
BL	9,5	7,2	7,2	11,9	11,9	13,9	11,3	16,5	16,5	76,6	73,3	79,8	73,3	79,8
AR	9,1	6,2	6,2	12,1	12,1	14,4	11,2	17,7	17,7	76,4	72,3	80,5	72,3	80,5
VS	8,2	5,8	5,8	10,6	10,6	15,1	12,0	18,2	18,2	76,7	73,0	80,4	73,0	80,4
AG	7,7	5,9	5,9	9,5	9,5	14,1	11,9	16,3	16,3	78,2	75,5	80,8	75,5	80,8
TI	8,1	6,2	6,2	9,9	9,9	14,9	12,5	17,2	17,2	77,1	74,3	79,9	74,3	79,9
VD	21,5	19,1	19,1	23,9	23,9	17,7	15,6	19,9	19,9	60,8	58,0	63,6	58,0	63,6
NE	10,3	8,3	8,3	12,3	12,3	22,6	19,7	25,5	25,5	63,3	60,8	65,9	60,8	65,9
GE	16,8	13,2	13,2	20,4	20,4	22,7	19,0	26,4	26,4	60,5	56,1	64,9	56,1	64,9
JU	17,0	14,2	14,2	19,7	19,7	19,4	16,6	22,2	22,2	63,6	60,2	67,0	60,2	67,0
	15,3	11,6	11,6	19,0	19,0	23,3	18,6	28,1	28,1	61,4	56,2	66,5	56,2	66,5

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.5 Tabakkonsum, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Nie regelmässig geraucht			Ex-Raucher/innen			Raucher/innen			Stichprobe	
	FL			CH			FL			CH	
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	51,4	47,8	55,1	49,2	48,2	50,1	20,8	20,0	21,5	30,1	29,2
1997	47,8	46,1	49,3	47,6	46,6	48,5	19,2	18,5	20,0	33,2	32,3
2002	46,1	45,1	48,8	49,6	48,7	50,5	19,9	19,2	20,6	30,5	29,7
2007	51,9	49,3	54,5	50,9	50,0	51,9	21,2	20,5	21,9	27,9	27,0
Total	52,6	49,3	55,5	50,3	49,4	51,1	22,3	19,6	20,8	28,2	27,4
Geschlecht	59,4	55,0	63,7	57,3	56,1	58,4	18,6	17,6	19,5	19,0	15,6
Altersgruppen	45,7	40,8	50,6	43,0	41,8	44,2	23,1	19,1	21,1	31,2	26,5
15–34 Jahre	60,5	53,7	67,2	53,5	51,8	55,2	9,9	8,8	11,0	31,8	25,2
35–49 Jahre	51,4	45,5	57,4	49,7	48,1	51,3	22,1	17,0	20,3	26,5	21,3
50–64 Jahre	43,6	37,5	49,7	43,7	42,0	45,3	32,8	27,1	30,2	23,5	18,3
65+ Jahre	54,4	46,6	62,2	53,7	52,0	55,5	32,5	25,0	30,2	13,1	8,3
Bildung	66,2	59,1	73,3	55,1	53,0	57,1	18,9	13,1	17,5	14,9	9,5
Obligatorische Schule	48,3	43,8	52,7	47,7	46,5	48,9	22,9	19,2	21,7	28,8	24,6
Sekundarstufe II	52,2	45,7	58,7	52,1	50,6	53,7	23,2	17,9	20,4	24,6	19,0
Nationalität	57,0	53,0	61,0	51,4	50,5	52,4	21,2	17,9	20,9	21,8	18,5
Ausland	44,7	38,9	50,5	46,4	44,3	48,5	24,5	19,6	22,9	30,9	25,4
							19,3	17,7	20,9	34,3	32,3
											3,44
											3,660
Regionaler Vergleich	Nie regelmässig geraucht			Ex-Raucher/innen			Raucher/innen			Stichprobe	
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Sprachregionen ¹⁾	51,4	50,3	52,5	50,3	48,2	50,6	20,3	22,1	22,1	26,4	28,4
Deutschschweiz	47,8	46,4	49,3	46,4	46,6	48,5	21,0	23,4	23,4	28,6	31,4
Französische Schweiz	46,1	45,1	48,8	49,6	48,7	50,5	19,6	23,4	23,4	28,1	33,3
Italienische Schweiz	52,1	49,7	54,5	49,3	49,4	51,1	19,2	23,4	23,4	24,3	28,5
Kantone ²⁾	51,9	49,3	54,5	49,3	49,4	51,1	19,2	23,4	23,4	24,4	29,2
ZH	52,5	49,5	55,5	49,5	49,4	51,1	18,8	23,7	23,7	23,5	28,9
BE	58,3	53,6	63,0	53,6	52,0	55,2	11,7	18,0	18,0	22,5	31,2
LU	53,6	49,1	58,0	49,1	48,9	51,3	15,5	22,3	22,3	23,6	31,6
UR	57,3	53,9	60,7	53,9	52,7	55,4	17,3	22,6	22,6	19,7	25,8
ZG	51,1	47,6	54,5	47,6	46,6	49,3	19,1	24,8	24,8	23,8	30,2
BS	47,1	43,6	50,6	43,6	43,0	45,6	19,7	25,4	25,4	27,1	33,6
BL	52,8	49,1	56,5	49,1	48,2	50,9	16,5	25,1	25,1	21,5	28,1
AR	51,2	47,6	56,0	47,6	46,6	49,3	17,4	24,0	24,0	23,7	32,4
GR	51,9	48,2	56,1	48,2	47,3	50,0	18,0	23,0	23,0	25,3	31,3
AG	52,3	49,1	55,5	49,1	48,8	51,1	17,2	22,1	22,1	25,0	31,0
TG	46,1	43,3	48,8	43,3	43,0	45,6	21,0	25,5	25,5	28,1	33,3
TI	47,3	44,6	50,0	44,6	44,2	46,8	19,8	24,1	24,1	28,2	33,2
VD	49,6	46,2	53,0	46,2	45,7	48,3	18,1	23,3	23,3	26,6	32,8
VS	46,1	41,8	50,5	41,8	41,2	43,8	19,3	26,6	26,6	26,9	35,0
NE	46,6	43,2	50,0	43,2	43,2	45,8	20,3	26,1	26,1	27,2	33,4
GE	44,9	39,8	50,0	39,8	38,9	41,5	19,7	28,0	28,0	26,6	35,9
JU											

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.6 Passivrauchen bei der Arbeit, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit)										Stichprobe	
	FL					CH					FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	8,0	5,4	10,5	14,4	16,7	15,5	9,9	9,1	10,6	92,0	83,3	85,6
Geschlecht	4,6	1,6	7,5	5,1	6,8	5,9	5,1	5,1	6,8	95,4	92,5	98,4
Männer	10,7	6,7	14,6	13,2	12,0	13,2	12,0	14,4	89,3	85,4	93,3	86,8
15–34 Jahre	13,2	7,2	19,2	14,5	12,9	14,5	12,9	16,1	86,8	80,8	92,8	85,5
35–49 Jahre	5,0	1,7	8,3	8,5	7,4	8,5	7,4	9,6	95,0	91,7	98,3	91,5
50–64 Jahre	6,6	3,1	10,0	5,9	4,8	5,9	4,8	6,9	93,4	90,0	96,9	94,1
65+ Jahre	(0,0)	-	-	8,8	5,4	8,8	5,4	12,2	(100,0)	-	-	93,1
Bildung	15,0	3,6	26,4	18,9	16,0	18,9	16,0	21,7	85,0	73,6	96,4	81,1
Obligatorische Schule	9,8	6,1	13,5	11,5	10,4	11,5	10,4	12,7	90,2	86,5	93,9	88,5
Sekundarstufe II	3,3	0,9	5,6	4,2	3,4	4,2	3,4	4,9	96,7	94,4	99,1	95,8
Tertiärstufe	7,0	4,2	9,8	9,1	8,3	9,1	8,3	9,9	93,0	90,2	95,8	90,9
Nationalität	9,5	4,7	14,4	12,1	10,2	12,1	10,2	14,1	90,5	85,6	95,3	87,9
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	518											
59	1 263											
298	6 009											
193	4 178											
356	9 708											
194	1 767											
Regionaler Vergleich												
Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit)												
Anteil «ja» in %												
Vertrauensintervall (95%)												
Anteil «nein» in %												
Vertrauensintervall (95%)												
n												
Sprachregionen ¹⁾	9,3	8,4	10,2	90,7	89,8	91,6	7 685					
Deutschschweiz	11,6	10,2	13,0	88,4	87,0	89,8	3 064					
Französische Schweiz	9,9	7,3	12,5	90,1	87,5	92,7	726					
Italienische Schweiz	10,5	8,3	12,7	89,5	87,3	91,7	1 219					
Kantone ²⁾	8,8	6,5	11,1	91,2	88,9	93,5	930					
BE	9,4	6,7	12,1	90,6	87,9	93,3	735					
LU	8,0	4,4	11,7	92,0	88,3	95,6	295					
UR	9,8	5,9	13,7	90,2	86,3	94,1	345					
SZ	8,6	5,6	11,7	91,4	88,3	94,4	560					
ZG	8,7	6,0	11,4	91,3	88,6	94,0	561					
FR	8,0	5,0	11,0	92,0	89,0	95,0	506					
BS	8,2	5,1	11,3	91,8	88,7	94,9	414					
BL	8,3	4,5	12,2	91,7	87,8	95,5	288					
AR	9,2	5,7	12,6	90,8	87,4	94,3	374					
GR	7,3	5,0	9,5	92,7	90,5	95,0	720					
AG	11,8	9,0	14,6	88,2	85,4	91,0	652					
TG	9,9	7,3	12,5	90,1	87,5	92,7	726					
TI	11,2	8,7	13,7	88,8	86,3	91,3	868					
VD	14,3	10,9	17,7	85,7	82,3	89,1	557					
VS	12,3	8,2	16,4	87,7	83,6	91,8	313					
NE	11,9	8,4	15,3	88,1	84,7	91,6	502					
GE	11,6	7,3	16,0	88,4	84,0	92,7	263					
JU	-	-	-	-	-	-	-					

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-3.7 Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2002–2012

	Kein Risiko			Geringes Risiko			Mittleres bis hohes Risiko			Stichprobe		
	FL			CH			FL			CH		
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	23,0	22,3	23,8	73,2	72,3	74,0	-	-	3,8	4,1
2007	-	-	26,2	25,4	27,0	68,7	67,8	69,5	-	-	5,1	4,7
Total	25,0	22,1	27,9	26,8	27,6	68,4	67,6	69,2	3,5	2,2	4,8	4,5
Geschlecht	32,9	28,6	37,2	35,0	33,8	63,7	59,3	62,1	3,4	1,6	5,2	4,6
Frauen	16,9	13,3	20,6	18,2	17,2	79,5	75,6	77,3	3,5	1,8	5,3	5,0
Männer	26,5	20,4	32,7	28,2	26,6	70,3	63,9	68,3	3,2	0,9	5,5	5,1
Altersgruppen	24,8	19,7	29,8	25,3	23,9	70,9	65,5	72,4	4,3	1,8	6,8	3,2
15–34 Jahre	22,3	17,0	27,5	22,5	21,1	75,9	70,6	81,2	1,8	0,5	3,1	4,9
35–49 Jahre	26,8	20,0	33,7	31,4	29,6	62,9	61,1	64,8	4,9	0,7	9,0	6,5
50–64 Jahre	40,2	32,3	48,2	42,3	40,2	55,0	47,0	63,1	4,7	0,9	8,6	3,7
Bildung	26,3	22,3	30,2	28,1	27,0	70,7	66,7	74,8	3,0	1,5	4,5	4,3
Obligatorische Schule	14,0	9,7	18,2	15,3	14,2	82,4	77,6	87,2	3,6	1,2	6,1	4,4
Sekundarstufe II	23,2	19,8	26,7	24,3	23,5	74,4	70,9	77,9	2,4	1,2	3,5	5,0
Tertiärstufe	28,4	23,1	33,7	35,8	33,7	66,1	60,5	71,7	5,6	2,7	8,5	4,1
Nationalität												
Inland												
Ausland												
Regionaler Vergleich												
Kein Risiko	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)
Geringes Risiko	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)
Mittleres bis hohes Risiko	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)
Stichprobe	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Deutschschweiz	25,9	24,9	26,9	70,2	69,2	71,2	3,9	3,5	4,3	3,9	3,5	4,3
LU	28,8	27,4	30,2	64,2	62,7	65,7	7,0	6,3	7,8	7,0	6,3	7,8
FR	29,8	27,2	32,4	63,6	60,9	66,4	6,6	5,1	8,1	6,6	5,1	8,1
CH	26,3	24,0	28,6	69,9	67,6	72,3	3,8	2,9	4,7	3,8	2,9	4,7
BE	23,3	21,0	25,6	72,5	70,2	74,9	4,2	3,1	5,3	4,2	3,1	5,3
LU	24,0	21,3	26,7	71,6	68,7	74,4	4,4	3,1	5,7	4,4	3,1	5,7
UR	28,0	23,4	32,5	69,1	64,5	73,7	3,0	1,6	4,3	3,0	1,6	4,3
SZ	26,2	22,1	30,3	71,3	67,1	75,5	2,5	1,1	3,9	2,5	1,1	3,9
ZG	24,5	21,5	27,5	71,3	68,1	74,5	4,2	2,7	5,6	4,2	2,7	5,6
FR	26,3	23,1	29,5	67,8	64,5	71,2	5,8	4,2	7,5	5,8	4,2	7,5
BS	26,5	23,4	29,6	66,8	63,4	70,1	6,7	4,9	8,5	6,7	4,9	8,5
BL	24,8	21,6	28,1	72,5	69,1	75,9	2,6	1,5	3,8	2,6	1,5	3,8
AR	27,3	22,6	32,0	68,8	64,0	73,6	3,9	2,2	5,6	3,9	2,2	5,6
GR	30,3	26,5	34,2	65,3	61,3	69,3	4,4	2,6	6,2	4,4	2,6	6,2
AG	27,3	24,4	30,3	69,3	66,3	72,4	3,3	2,2	4,4	3,3	2,2	4,4
TC	27,2	24,4	30,1	68,3	65,3	71,4	4,4	3,1	5,8	4,4	3,1	5,8
TI	29,8	27,2	32,4	63,6	60,9	66,4	6,6	5,1	8,1	6,6	5,1	8,1
VD	28,5	26,0	31,0	64,7	62,1	67,3	6,8	5,5	9,2	6,8	5,5	9,2
VS	27,6	24,3	30,8	64,9	61,5	68,3	7,6	5,9	9,2	7,6	5,9	9,2
NE	28,2	24,1	32,3	65,4	61,1	69,7	6,4	4,3	8,5	6,4	4,3	8,5
CE	32,6	29,3	35,9	59,7	56,2	63,1	7,8	5,9	9,7	7,8	5,9	9,7
JU	24,2	19,4	29,0	68,1	63,1	73,1	7,7	5,0	10,4	7,7	5,0	10,4

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.8 Konsum irgendeines Medikaments und Schmerzmittelkonsum, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Medikamentenkonsument (letzte 7 Tage)				Schmerzmittel (letzte 7 Tage)				Stichprobe		
	FL		CH		FL		CH		FL	CH	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	37,4	38,3	39,2	-	15 278	-	11,8	13,0	-	15 274
1997	-	39,8	40,7	41,7	-	12 999	-	16,0	17,4	-	12 995
2002	-	39,9	40,8	39,9	41,6	19 688	-	13,9	15,1	-	19 665
2007	-	45,4	46,3	47,2	47,2	18 733	-	19,4	20,9	-	18 711
Total	44,8	41,6	48,1	49,4	1 023	21 585	20,8	22,7	24,1	1 012	21 360
Geschlecht	45,5	41,1	50,0	54,4	542	11 307	23,1	27,4	29,5	532	11 089
Männer	44,1	39,3	43,8	42,6	45,0	481	10 278	18,4	14,6	22,2	480
15–34 Jahre	32,6	26,4	32,5	30,9	34,1	254	5 606	21,7	16,2	27,2	245
35–49 Jahre	33,4	27,9	39,4	37,8	40,9	311	5 899	19,8	15,2	24,4	310
50–64 Jahre	50,4	44,2	56,5	51,4	54,8	280	5 278	21,8	16,6	26,9	279
65+ Jahre	77,8	71,1	84,5	77,7	76,3	178	4 802	19,6	13,8	25,4	178
Bildung	55,6	48,0	63,3	52,9	50,8	188	3 864	27,2	20,6	33,7	187
Obligatorische Schule	46,0	41,5	50,4	49,2	48,0	558	11 564	22,2	18,5	25,9	550
Sekundarstufe II	35,5	29,5	44,8	43,3	46,4	275	6 051	13,8	9,5	18,2	273
Nationalität	45,3	41,3	49,3	49,7	48,8	679	17 929	19,3	16,3	22,4	669
Inland	44,0	38,3	44,9	42,8	46,9	344	3 656	23,4	18,5	28,3	343
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n
Sprachregionen ¹⁾	47,3	46,2	48,4	48,4	13 924	22,0	21,0	22,9	21,0	22,9	13 797
Deutschschweiz	52,0	50,5	53,5	53,5	6 112	27,5	26,2	28,8	26,2	28,8	6 028
Französische Schweiz	49,9	47,1	52,7	52,7	1 549	23,0	20,7	25,4	20,7	25,4	1 535
Italienische Schweiz	47,9	45,4	50,3	50,3	2 225	21,3	19,3	23,3	19,3	23,3	2 209
Kantone ²⁾	50,6	48,0	53,3	53,3	1 716	24,2	22,0	26,5	22,0	26,5	1 703
ZH	45,5	42,5	48,5	48,5	1 279	20,6	18,2	23,1	18,2	23,1	1 265
BE	37,2	32,7	41,6	41,6	514	15,6	12,4	18,8	12,4	18,8	509
LU	41,6	37,2	45,9	45,9	599	16,3	12,9	19,7	12,9	19,7	589
UR	40,4	37,0	43,7	43,7	995	19,7	16,9	22,6	16,9	22,6	986
SZ	49,0	45,5	52,5	52,5	1 026	26,1	23,0	29,2	23,0	29,2	1 006
FR	53,7	50,2	57,2	57,2	1 011	24,5	21,5	27,5	21,5	27,5	998
BS	56,4	52,7	60,1	60,1	847	28,4	25,0	31,8	25,0	31,8	836
BL	35,8	31,3	40,4	40,4	509	16,2	12,8	19,6	12,8	19,6	508
AR	42,6	38,4	46,8	46,8	665	18,1	14,8	21,4	14,8	21,4	659
GR	47,5	44,4	50,6	50,6	1 272	22,2	19,6	24,8	19,6	24,8	1 260
AG	46,3	43,1	49,5	49,5	1 126	20,6	18,0	23,2	18,0	23,2	1 116
TG	49,9	47,1	52,7	52,7	1 549	23,0	20,7	25,4	20,7	25,4	1 535
VD	52,2	49,6	54,9	54,9	1 743	27,9	25,5	30,4	25,5	30,4	1 721
VS	48,5	45,1	51,9	51,9	1 065	25,2	22,4	28,1	22,4	28,1	1 048
NE	58,0	53,7	62,4	62,4	619	27,2	23,2	31,2	23,2	31,2	612
NF	53,9	50,5	57,3	57,3	573	29,4	26,3	32,5	26,3	32,5	569
GE	50,5	45,4	55,5	55,5	509	27,4	23,0	31,8	23,0	31,8	505
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.9 Konsum von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Antidepressiva, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 1992–2012

	Beruhigungsmittel (letzte 7 Tage)				Schlafmittel (letzte 7 Tage)				Antidepressiva (letzte 7 Tage)				Stichprobe	
	FL	CH	FL	CH	FL	CH	FL	CH	FL	CH	FL	CH	FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauens- intervall (95%)	n	n
Vorjahres- vergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	4.1	3.8	4.5	5.0	4.6	5.3	15 273	15 272	4.1	4.6	5.3	15 272	-	-
1999	4.3	3.9	4.7	5.4	4.9	5.8	12 993	12 995	5.4	4.9	5.8	12 995	-	-
2002	4.3	3.5	4.1	4.1	3.8	4.4	19 673	19 679	4.1	3.8	4.4	19 679	-	-
2007	4.3	4.0	4.7	5.2	4.9	5.6	18 706	18 714	5.2	4.9	5.6	18 714	-	-
Total	3.8	2.6	5.0	4.3	3.9	4.6	10 13	10 13	5.0	4.3	4.6	10 13	10 13	18 717
Geschlecht	4.4	2.6	6.2	5.4	3.3	7.5	11 090	11 095	5.4	3.3	7.5	11 095	532	21 364
Frauen	3.1	1.6	4.7	3.1	2.7	3.5	481	10 372	4.5	2.7	3.5	10 372	481	11 092
Männer	1.5	0.0	3.1	1.7	1.3	2.2	245	5 446	1.2	0.0	2.6	5 446	245	10 272
Alters- gruppen	2.4	0.8	4.1	4.1	3.5	4.8	310	5 848	1.9	0.5	3.2	5 850	310	5 445
15–34 Jahre	3.4	1.1	5.7	5.1	4.4	5.8	280	4 275	5.4	2.5	8.3	4 275	280	5 278
35–64 Jahre	10.4	5.8	15.1	6.9	6.0	7.7	178	4 785	15.9	10.3	21.6	4 798	178	5 278
65+ Jahre	6.9	3.4	10.5	6.6	5.6	7.7	187	3 825	9.4	4.9	13.8	3 825	187	4 789
Bildung	4.2	2.4	6.0	4.2	3.7	4.6	551	11 437	4.8	3.0	6.7	11 444	551	11 446
Obligatorische Schule	0.7	0.0	1.5	2.9	2.4	3.4	273	5 987	2.1	0.6	3.5	5 989	273	5 988
Sekundarstufe II	3.4	1.9	4.9	4.2	3.9	4.6	670	17 741	5.7	3.9	7.6	17 752	670	17 749
Tertiärstufe	4.5	2.4	6.6	4.4	3.5	5.3	343	3 613	3.6	1.6	5.5	3 615	343	3 615
Nationalität														
Inland	3.3	2.9	3.7	2.9	2.5	3.3	13 794	13 799	4.2	3.4	4.2	13 799	13 799	13 800
Ausland	6.6	3.3	9.9	6.6	4.7	8.6	6 026	6 032	6.1	4.2	8.0	6 032	6 032	6 031
Regionaler Vergleich														
Sprach- regionen ¹⁾	6.1	4.8	7.4	4.8	6.8	7.3	1 534	1 536	5.5	6.1	7.6	1 536	1 536	1 533
Deutschschweiz	3.3	2.3	4.2	2.3	5.1	4.3	2 209	2 209	4.0	4.0	6.2	2 209	2 209	2 210
Französische Schweiz	3.2	2.3	4.4	2.3	4.4	4.4	1 701	1 701	3.3	3.3	5.4	1 701	1 701	1 702
Italienische Schweiz	2.6	1.7	3.6	1.7	4.4	3.6	1 265	1 266	3.1	3.1	4.8	1 266	1 266	1 265
Kantone ²⁾	3.2	1.6	4.8	1.6	3.3	4.8	509	509	1.7	1.7	5.6	509	509	508
ZH	2.2	1.0	3.4	1.0	2.5	3.4	589	589	1.3	1.3	2.8	589	589	589
BE	3.3	2.2	4.5	2.2	3.9	4.5	986	986	2.6	2.6	3.4	986	986	986
LU	6.1	4.5	7.7	4.5	6.1	7.7	1 007	1 007	4.4	4.4	4.1	1 007	1 007	1 007
UR	4.1	2.8	5.3	2.8	5.8	5.3	1 002	1 002	4.2	4.2	3.8	1 002	1 002	999
SZ	3.8	2.5	5.1	2.5	5.9	5.1	834	835	4.3	4.3	3.7	835	835	837
GR	3.4	2.0	4.8	2.0	3.9	4.8	506	507	2.0	2.0	2.5	507	507	508
AG	2.5	1.7	3.4	1.7	4.6	3.4	1 259	1 260	3.9	3.9	1.6	1 260	1 260	1 260
TC	2.8	1.9	3.8	1.9	4.5	3.8	1 116	1 117	3.2	3.2	4.5	1 117	1 117	1 117
TI	6.1	4.8	7.4	4.8	6.9	7.4	1 534	1 536	5.5	5.5	5.3	1 536	1 536	1 533
VD	6.7	5.4	8.0	5.4	7.5	8.0	1 719	1 720	6.1	6.1	4.6	1 720	1 720	1 719
VS	5.9	4.4	7.5	4.4	5.3	7.5	1 046	1 049	3.8	3.8	4.0	1 049	1 049	1 049
NE	7.6	5.2	10.0	5.2	6.6	10.0	613	612	4.3	4.3	6.6	612	612	613
GE	7.0	5.4	8.7	5.4	7.2	8.7	1 137	1 139	5.4	5.4	4.2	1 139	1 139	1 139
JU	6.2	4.1	8.3	4.1	8.6	8.3	504	505	4.8	4.8	3.9	505	505	504

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-4.1 Störungen im Wohnbereich, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Keine Störung			1. Störung			2 und mehr Störungen			Stichprobe	
	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH
	Anteil	Anteil	intervall (95%)	Anteil	Anteil	intervall (95%)	Anteil	Anteil	intervall (95%)	n	n
Vorjahres-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
vergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	63,5	59,9	67,0	22,1	26,2	25,2	27,3	27,0	25,9	28,0	13 337
Total	62,6	57,8	67,5	22,7	25,1	24,2	25,9	18,7	18,0	19,5	17 895
Geschlecht	64,3	59,1	69,5	21,4	24,5	23,3	25,7	18,6	17,8	19,8	9 450
Männer	67,9	60,7	75,1	19,9	25,4	23,7	27,2	10,6	10,6	11,8	4 449
Alters-	67,4	61,2	73,5	17,8	22,7	22,2	26,4	12,1	12,1	13,7	2 088
gruppen	57,4	50,6	64,1	28,4	34,7	33,6	37,0	14,8	14,8	16,0	4 989
15–34 Jahre	57,2	48,5	66,0	24,5	32,1	32,1	36,4	14,2	14,2	15,1	2 232
35–49 Jahre	61,7	52,2	71,2	22,2	29,9	22,8	27,5	16,1	16,1	17,2	4 524
50–64 Jahre	62,2	57,4	66,9	20,3	25,8	24,2	27,1	11,3	11,3	12,2	3 904
65+ Jahre	66,6	60,1	73,1	22,5	26,3	23,9	25,6	12,2	12,2	13,3	2 671
Bildung	65,3	61,0	69,5	22,5	26,3	24,7	23,9	18,6	17,8	19,4	4 666
Obligatorische Schule	60,2	53,8	66,7	21,2	26,4	26,1	28,4	13,3	13,3	15,1	9 760
Sekundarstufe II											5 426
Tertiärstufe											5 666
Inland											5 292
Nationalität											2 603
Ausland											2 279
Regionaler Vergleich	Keine Störung	1. Störung	2 und mehr Störungen	Keine Störung	1. Störung	2 und mehr Störungen	Keine Störung	1. Störung	2 und mehr Störungen	Keine Störung	1. Störung
	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %
	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-	Vertrauens-
	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)	intervall (95%)
Sprach-	57,4	56,2	58,6	24,4	23,4	25,5	25,5	18,2	17,3	19,1	11 622
regionen ¹⁾	53,8	52,1	55,4	26,7	25,2	28,2	28,2	19,5	18,2	20,9	4 988
Deutschschweiz	51,3	48,1	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	23,1	20,5	25,7	1 285
Französische Schweiz	52,7	50,0	55,4	27,6	25,1	30,0	30,0	19,8	17,7	21,8	1 881
Italienische Schweiz	60,5	57,7	63,3	22,8	20,3	25,2	25,2	16,7	14,7	18,8	1 429
Kantone ²⁾	57,0	53,6	60,3	23,9	21,1	26,7	26,7	19,1	16,4	21,8	1 052
ZH	58,7	53,5	63,8	23,9	19,5	28,4	28,4	17,4	13,4	21,3	431
BE	62,3	57,6	67,0	21,1	17,1	25,1	25,1	16,6	13,1	20,0	499
LU	60,2	56,4	63,9	22,9	19,7	26,0	26,0	17,0	14,1	19,9	828
UR	55,8	52,0	59,7	26,8	23,4	30,1	30,1	17,4	14,4	20,4	852
SZ	52,2	48,2	56,1	22,9	19,6	26,2	26,2	24,9	21,6	28,3	824
ZG	57,0	52,9	61,1	24,4	20,9	27,9	27,9	18,6	15,3	21,8	714
FR	66,5	61,2	71,8	21,9	16,9	26,9	26,9	11,6	8,5	14,6	438
BS	63,6	59,0	68,1	23,1	19,1	27,1	27,1	13,3	10,1	16,6	563
BL	60,6	57,1	64,1	21,8	18,7	24,8	24,8	17,6	15,0	20,2	1 062
AR	61,9	58,4	65,4	22,7	19,6	25,7	25,7	15,4	12,8	18,0	951
GR	51,3	48,1	54,4	25,6	22,9	28,4	28,4	23,1	20,5	25,7	1 285
AG	55,8	52,8	58,8	26,5	23,9	29,2	29,2	17,7	15,4	20,0	1 440
TC	57,7	53,8	61,5	22,5	19,3	25,7	25,7	19,8	16,7	22,9	869
TI	54,6	49,5	59,6	22,2	18,7	31,3	31,3	14,7	12,7	17,8	511
VD	45,0	41,1	48,9	30,8	27,2	34,3	34,3	24,2	20,8	27,6	898
VS	62,3	56,8	67,9	21,0	16,5	25,4	25,4	16,7	12,5	21,0	418
NE											
GE											
JU											

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-4.3 Physische Belastungen bei der Arbeit (mind. 1/4 der Arbeitszeit), Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

	Keine Belastung				1-2 Belastungen				3 und mehr Belastungen				Stichprobe								
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH							
	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n							
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Total	14,0	10,9	17,1	12,6	11,8	13,4	45,4	40,7	50,1	36,2	35,0	37,3	40,6	45,2	51,2	50,0	52,5	537	11 065		
Geschlecht	16,5	11,9	21,1	11,8	10,8	12,9	51,0	44,4	57,6	40,7	39,0	42,4	32,5	26,4	38,6	47,4	45,7	49,2	264	5 457	
Frauen	12,1	8,0	16,3	13,2	12,1	14,4	41,0	34,5	47,6	32,2	30,7	33,8	46,8	40,2	53,4	54,5	52,8	56,2	273	5 608	
Männer	11,3	6,3	16,4	9,7	8,5	10,9	40,9	31,8	50,0	30,6	28,6	32,6	47,8	38,8	56,7	59,7	57,5	61,8	155	3 345	
Altersgruppen	15,2	10,0	20,5	13,8	12,4	15,1	47,2	39,9	54,6	39,3	37,4	41,2	37,5	30,3	44,7	46,9	45,0	48,9	212	4 319	
15-34 Jahre	15,7	9,9	21,4	14,7	13,2	16,2	48,5	40,6	56,3	39,0	36,9	41,1	35,9	28,2	43,5	46,3	44,1	48,5	170	3 401	
35-49 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-64 Jahre	8,8	1,7	16,0	5,9	4,4	7,5	43,4	28,2	58,5	24,0	20,7	27,3	47,8	33,1	62,6	70,1	66,6	73,5	58	1 227	
Bildung	11,7	7,9	15,5	8,9	7,9	9,8	39,7	33,7	45,7	32,0	30,5	33,6	48,6	42,4	54,8	59,1	57,4	60,7	293	5 800	
Obligatorische Schule	18,8	12,9	24,8	20,5	19,0	22,1	53,8	45,8	61,8	46,5	44,5	48,4	27,4	20,2	34,6	33,0	31,2	34,9	186	4 014	
Sekundarstufe II	14,9	10,9	19,0	13,1	12,3	13,9	46,9	41,2	52,7	37,8	36,6	39,0	38,1	32,5	43,8	49,1	47,8	50,4	346	9 298	
Tertiärstufe	12,6	7,7	17,4	11,2	9,4	13,0	43,0	35,0	51,0	31,5	28,8	34,2	44,4	36,5	52,4	57,3	54,3	60,3	191	1 767	
Nationalität	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Keine Belastung	1-2 Belastungen		3 und mehr Belastungen		Vertrauensintervall (95%)		Vertrauensintervall (95%)		Vertrauensintervall (95%)		Vertrauensintervall (95%)		Stichprobe							
	Anteil in %	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	n																	
Sprachregionen ¹⁾	12,0	11,1	13,0	37,1	35,6	37,1	35,6	38,5	35,6	38,5	35,6	38,5	49,4	52,4	49,4	52,4	52,4	52,4	7 375		
Deutschschweiz	14,5	13,0	15,9	33,0	31,0	33,0	31,0	35,0	31,0	35,0	31,0	35,0	50,4	50,4	50,4	50,4	50,4	50,4	2 995		
Französische Schweiz	11,8	9,3	14,4	38,8	34,6	38,8	34,6	43,0	34,6	43,0	34,6	43,0	45,1	45,1	45,1	45,1	45,1	45,1	695		
Italienische Schweiz	17,0	14,5	19,6	38,8	35,6	42,0	35,6	44,1	44,1	44,1	44,1	44,1	40,7	40,7	40,7	40,7	40,7	40,7	1 166		
Kantone ²⁾	9,0	7,0	10,9	37,4	33,7	41,0	33,7	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	49,9	57,4	49,9	57,4	57,4	57,4	894		
ZH	10,5	8,0	13,1	34,9	31,0	38,7	31,0	38,7	38,7	38,7	38,7	38,7	50,4	58,7	50,4	58,7	58,7	58,7	713		
LU	10,7	6,3	15,1	35,6	29,6	41,7	29,6	41,7	41,7	41,7	41,7	41,7	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	286		
UR	15,0	10,7	19,4	33,0	27,5	39,0	27,5	39,0	39,0	39,0	39,0	39,0	52,0	58,1	52,0	58,1	58,1	58,1	332		
SZ	19,4	15,6	23,2	39,0	34,3	43,6	34,3	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	534		
ZG	11,9	8,8	15,1	35,7	31,0	40,3	31,0	40,3	40,3	40,3	40,3	40,3	47,6	57,2	47,6	57,2	57,2	57,2	554		
FR	14,0	10,4	17,6	41,5	36,3	46,7	36,3	46,7	46,7	46,7	46,7	46,7	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	49,8	479		
BS	14,6	10,3	18,9	39,7	34,2	45,2	34,2	45,2	45,2	45,2	45,2	45,2	40,0	51,4	40,0	51,4	51,4	51,4	383		
BL	10,9	7,0	14,7	35,5	29,1	41,8	29,1	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	46,8	60,6	46,8	60,6	60,6	60,6	277		
AR	8,7	5,7	11,7	32,0	26,4	37,5	26,4	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	53,4	65,2	53,4	65,2	65,2	65,2	360		
GR	10,0	7,7	12,2	35,8	31,7	39,9	31,7	39,9	39,9	39,9	39,9	39,9	49,9	58,5	49,9	58,5	58,5	58,5	694		
AG	9,9	7,3	12,5	34,4	30,3	38,5	30,3	38,5	38,5	38,5	38,5	38,5	51,3	60,1	51,3	60,1	60,1	60,1	633		
TG	11,8	9,3	14,4	38,8	34,6	43,0	34,6	43,0	43,0	43,0	43,0	43,0	45,1	53,6	45,1	53,6	53,6	53,6	695		
TI	16,0	13,2	18,8	34,6	30,9	38,3	30,9	38,3	38,3	38,3	38,3	38,3	49,4	66,7	49,4	66,7	66,7	66,7	836		
VD	9,6	7,0	12,2	28,3	24,1	32,6	24,1	32,6	32,6	32,6	32,6	32,6	50,8	63,6	50,8	63,6	63,6	63,6	548		
VS	12,2	8,4	15,9	30,6	24,7	36,5	24,7	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	42,0	52,1	42,0	52,1	52,1	52,1	302		
NE	19,5	15,5	23,5	33,5	28,7	38,3	28,7	38,3	38,3	38,3	38,3	38,3	47,0	65,7	47,0	65,7	65,7	65,7	492		
GE	10,3	6,2	14,3	30,8	24,5	37,2	24,5	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	58,9	65,7	58,9	65,7	65,7	65,7	263		
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-4.4 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

	Keine Belastung			1-2 Belastungen			3-4 Belastungen			5 und mehr Belastungen			Stichprobe		
	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	Vertrauens-	FL	CH	
	in %	in %	intervall (95%)	in %	in %	intervall (95%)	in %	in %	intervall (95%)	in %	in %	intervall (95%)	n	n	
Vorjahres-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
vergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13,1	12,1	11,4	29,9	38,9	30,6	26,2	22,2	30,2	24,9	27,0	22,2	30,3	29,1	31,4
Geschlecht	16,1	11,4	12,3	37,0	30,5	31,5	24,7	19,2	30,2	25,1	23,5	22,1	17,1	27,1	27,0
Männer	10,7	6,3	15,2	11,0	10,0	12,0	27,4	21,7	33,1	26,7	25,2	29,6	23,6	35,6	33,4
Alters-	14,4	7,7	21,0	34,2	25,6	42,9	26,4	19,0	33,8	28,6	26,5	25,0	17,4	32,5	31,8
gruppen	9,3	4,9	13,6	11,3	10,2	12,5	28,9	22,3	35,5	24,8	23,1	26,1	19,9	32,2	31,7
35-49 Jahre	17,4	11,4	23,3	32,6	25,5	39,8	21,8	15,4	28,1	24,2	22,3	28,2	20,8	35,7	21,4
50-64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65+ Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bildung	14,0	4,6	23,4	46,1	31,6	60,6	21,5	11,2	31,8	24,6	21,2	18,4	6,7	30,2	33,2
Obligatorische Schule	14,8	10,4	19,3	31,5	27,7	37,2	27,1	21,6	32,6	26,1	24,6	26,6	21,2	32,1	29,9
Sekundarstufe II	10,6	5,0	16,1	34,5	26,7	42,4	26,5	19,6	33,5	26,2	24,5	28,4	21,4	35,4	29,7
Tertiärstufe	13,4	9,3	17,4	36,0	30,5	41,6	26,9	21,8	31,9	26,3	25,2	23,7	19,0	28,5	27,4
Nationalität	12,8	7,3	18,3	31,9	24,2	39,6	25,1	18,5	31,7	24,9	22,2	30,2	23,1	37,4	38,3
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich															
Keine Belastung	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil in %
1-2 Belastungen	11,6	10,7	12,5	32,2	30,8	33,6	26,7	26,1	25,3	28,0	28,1	29,5	29,6	31,0	28,1
3-4 Belastungen	13,4	12,0	14,9	30,7	28,7	32,6	24,3	23,1	22,4	26,1	26,1	31,6	29,6	33,7	29,6
5 und mehr Belastungen	13,7	10,9	16,5	27,7	23,9	31,6	23,1	23,1	19,5	26,1	26,1	35,5	31,4	39,5	31,4
Deutschschweiz	11,7	9,6	13,8	29,5	26,5	32,4	25,7	27,9	22,7	28,7	28,7	33,2	29,9	36,4	29,9
Frankzösische Schweiz	11,8	9,4	14,1	33,6	30,1	37,2	27,9	24,6	24,6	31,2	31,2	26,7	23,3	30,1	23,3
Italienische Schweiz	10,7	8,2	13,1	33,2	29,3	37,1	28,9	25,1	25,1	32,8	32,8	27,2	23,4	31,0	23,4
ZH	20,9	15,5	26,4	29,5	24,0	35,1	28,3	22,3	22,3	34,2	34,2	21,3	16,2	26,4	16,2
ZH	12,1	8,2	15,9	34,2	28,5	40,0	24,2	19,2	19,2	29,2	29,2	29,5	23,6	35,4	23,6
LU	12,3	9,0	15,6	30,4	26,0	34,9	25,9	21,6	21,6	30,1	30,1	31,4	26,8	35,9	26,8
LU	9,8	7,1	12,5	37,0	32,4	41,7	23,9	19,8	19,8	28,1	28,1	29,3	24,9	33,6	24,9
UR	13,9	10,4	17,5	29,6	24,8	34,5	22,1	17,7	17,7	26,4	26,4	34,4	29,3	39,5	29,3
UR	11,9	8,5	15,2	34,6	29,2	40,0	23,3	18,5	18,5	28,0	28,0	30,3	24,9	35,6	24,9
SZ	12,1	8,0	16,2	32,3	25,8	38,8	22,0	16,8	16,8	27,2	27,2	33,6	26,3	40,8	26,3
SZ	12,6	8,8	16,4	33,5	27,9	39,1	32,1	22,0	22,0	37,9	37,9	21,9	16,6	27,2	16,6
GR	11,9	9,2	14,6	31,5	27,6	35,5	28,6	24,5	24,5	32,7	32,7	27,9	24,0	31,9	24,0
GR	11,7	8,8	14,5	31,0	26,9	35,1	25,9	22,2	22,2	29,6	29,6	31,5	27,1	35,8	27,1
AG	13,7	10,9	16,5	27,7	23,9	31,6	23,1	23,1	19,5	26,7	26,7	35,5	31,4	39,5	31,4
AG	13,9	11,3	16,5	30,2	26,6	33,8	23,6	20,1	20,1	27,0	27,0	32,3	28,6	36,1	28,6
TC	13,9	10,0	15,8	29,7	25,3	34,0	27,1	22,5	22,5	31,6	31,6	30,4	25,7	35,0	25,7
TC	12,9	10,0	15,8	29,7	25,3	34,0	27,1	22,5	22,5	31,6	31,6	30,4	25,7	35,0	25,7
VD	14,9	11,1	18,8	29,0	24,6	33,4	22,7	18,4	18,4	27,1	27,1	33,3	28,5	38,1	28,5
VD	14,6	9,9	19,3	30,0	23,7	36,4	25,5	19,3	19,3	31,7	31,7	29,9	23,4	36,3	23,4
VS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGP 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-5.2 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2002–2012

	Blutdruckmessung (letzte 12 Monate)				Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monate)				Messung Blutzucker (letzte 12 Monate)				Stichprobe											
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL		CH									
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n								
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Total	76,0	73,1	79,0	79,0	46,8	43,4	50,3	50,3	46,1	45,1	47,0	47,0	51,8	48,3	55,2	55,2	51,9	52,9	51,0	52,9	16 927			
Geschlecht	77,7	74,1	81,3	79,6	49,3	44,7	53,9	53,9	46,0	44,8	47,2	47,2	50,9	48,3	59,2	59,2	51,8	50,6	53,0	53,0	959	16 817		
15–34 Jahre	74,3	69,7	79,0	70,1	44,3	39,2	49,3	49,3	43,1	41,8	44,3	44,3	44,8	48,9	54,0	54,0	46,4	45,1	47,6	47,6	461	10 135		
35–49 Jahre	63,2	56,3	70,0	65,7	64,1	67,3	24,4	24,4	30,5	23,9	37,0	37,0	23,0	36,0	47,4	47,4	36,0	34,3	37,7	37,7	238	5 146		
50–64 Jahre	75,1	70,0	80,2	68,4	66,8	69,9	296	296	41,1	35,0	47,2	47,2	289	39,9	52,4	52,4	40,5	38,3	41,5	41,5	290	5 515		
65+ Jahre	81,3	76,5	86,1	80,1	78,8	81,5	273	273	58,3	52,2	64,4	64,4	271	50,4	65,0	65,0	58,8	54,0	57,5	57,5	264	5 050		
Obligatorische Schule	91,9	87,3	96,6	90,7	89,5	91,8	169	169	66,3	58,6	74,0	74,0	167	49,9	77,8	77,8	70,0	62,3	70,3	70,3	167	4 470		
Sekundarstufe II	79,2	72,7	85,6	76,8	75,0	78,6	171	171	51,6	43,4	59,8	59,8	165	37,7	69,0	69,0	54,8	52,7	57,0	57,0	168	3 900		
Tertiärstufe	76,8	72,9	80,6	76,3	75,3	77,3	539	539	42,8	36,3	49,4	49,4	527	10,9	56,4	56,4	50,1	48,9	51,3	51,3	527	10 901		
Inland	72,7	66,6	78,8	71,4	69,9	72,8	271	271	42,8	36,3	49,4	49,4	264	5,8	56,4	56,4	43,9	42,3	45,5	45,5	263	5 771		
Nationalität	74,5	70,9	78,2	74,8	74,0	75,6	658	658	47,2	43,0	51,3	51,3	639	16,9	46,8	46,8	50,9	48,9	47,9	47,9	642	16 942		
Ausland	78,9	73,9	83,9	75,3	73,4	77,2	324	324	46,2	40,2	52,2	52,2	318	3,2	47,2	47,2	53,3	50,0	47,8	47,8	317	3 193		
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Sprachregionen ¹⁾	75,0	74,0	75,9	75,9	74,0	75,4	13 414	13 414	42,5	41,4	43,6	43,6	12 980	48,2	48,2	48,2	47,1	47,1	49,3	49,3	13 049	5 622		
Deutschschweiz	73,8	72,5	75,2	75,2	72,5	73,8	5 819	5 819	47,9	46,4	49,4	49,4	5 717	49,7	49,7	49,7	48,1	48,1	51,2	51,2	5 622	2 077		
Französische Schweiz	80,5	78,2	82,8	82,8	78,2	80,5	1 485	1 485	57,8	54,9	60,6	60,6	1 468	61,4	61,4	61,4	58,6	58,6	64,2	64,2	1 464	599		
Italienische Schweiz	74,7	72,6	76,9	76,9	72,6	74,7	2 142	2 142	43,8	41,3	46,3	46,3	2 084	48,7	48,7	48,7	46,2	46,2	51,2	51,2	2 077	1 195		
ZH	76,1	73,8	78,5	78,5	73,8	76,1	1 658	1 658	43,9	41,2	46,6	46,6	1 600	50,3	50,3	50,3	47,6	47,6	53,0	53,0	1 619	482		
BE	74,5	71,8	77,3	77,3	71,8	74,5	1 229	1 229	41,1	38,0	44,2	44,2	1 178	47,3	47,3	47,3	44,2	44,2	50,4	50,4	1 195	599		
LU	66,1	61,4	70,8	70,8	61,4	66,1	499	499	35,8	31,2	40,3	40,3	478	42,8	42,8	42,8	38,0	38,0	47,6	47,6	482	559		
UR	71,3	67,2	75,4	75,4	67,2	71,3	577	577	38,9	34,5	43,4	43,4	560	45,5	45,5	45,5	41,0	41,0	50,1	50,1	559	921		
SZ	72,0	68,9	75,2	75,2	68,9	72,0	952	952	38,3	34,8	41,7	41,7	917	47,9	47,9	47,9	41,7	41,7	48,8	48,8	921	936		
ZG	73,1	70,0	76,2	76,2	70,0	73,1	972	972	45,1	41,5	48,6	48,6	952	44,2	44,2	44,2	41,0	41,0	51,5	51,5	947	947		
FR	73,7	70,4	77,0	77,0	70,4	73,7	967	967	45,5	42,0	49,1	49,1	946	51,2	51,2	51,2	47,6	47,6	54,8	54,8	947	947		
BS	78,2	75,1	81,4	81,4	75,1	78,2	819	819	48,1	44,3	52,0	52,0	783	52,5	52,5	52,5	48,9	48,9	56,3	56,3	799	799		
BL	69,4	64,9	74,0	74,0	64,9	69,4	491	491	40,9	38,8	46,8	46,8	475	45,5	45,5	45,5	40,5	40,5	50,6	50,6	479	479		
AR	73,1	69,2	77,0	77,0	69,2	73,1	644	644	43,1	38,8	47,4	47,4	626	46,8	46,8	46,8	42,4	42,4	51,1	51,1	623	623		
GR	75,8	73,1	78,5	78,5	73,1	75,8	1 233	1 233	43,6	40,5	46,8	46,8	1 193	48,5	48,5	48,5	45,3	45,3	51,7	51,7	1 201	1 201		
AG	72,8	69,8	75,9	75,9	69,8	72,8	1 088	1 088	39,2	35,9	42,4	42,4	1 065	48,3	48,3	48,3	45,0	45,0	51,7	51,7	1 066	1 066		
TC	80,5	78,2	82,8	82,8	78,2	80,5	1 485	1 485	57,8	54,9	60,6	60,6	1 468	61,4	61,4	61,4	58,6	58,6	64,2	64,2	1 464	1 464		
TI	71,7	69,2	74,2	74,2	69,2	71,7	1 665	1 665	46,6	43,9	49,3	49,3	1 624	47,9	47,9	47,9	45,1	45,1	50,6	50,6	1 613	1 613		
VD	73,9	70,8	77,1	77,1	70,8	73,9	1 006	1 006	47,2	43,8	50,7	50,7	995	50,7	50,7	50,7	47,1	47,1	54,2	54,2	970	970		
VS	75,3	71,5	79,1	79,1	71,5	75,3	591	591	47,2	46,1	51,6	51,6	580	51,9	51,9	51,9	47,4	47,4	56,5	56,5	572	572		
NE	77,4	74,4	80,5	80,5	74,4	77,4	1 089	1 089	51,6	48,1	55,2	55,2	1 075	52,7	52,7	52,7	49,2	49,2	56,3	56,3	1 048	1 048		
GE	70,3	65,5	75,0	75,0	65,5	70,3	496	496	44,2	39,1	49,3	49,3	491	46,1	46,1	46,1	41,2	41,2	51,1	51,1	483	483		
JU	70,3	65,5	75,0	75,0	65,5	70,3	496	496	44,2	39,1	49,3	49,3	491	46,1	46,1	46,1	41,2	41,2	51,1	51,1	483	483		

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGP 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-5.3 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2002–2012

	Gebärmutterhals (letzte 12 Monate, Frauen 20+)				Mammografie (letzte 12 Monate, Frauen 50+)				Prostata (letzte 12 Monate, Männer 40+)				Stichprobe					
	FL		CH		FL		CH		FL		CH		FL	CH				
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n				
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Total	43,5	38,8	48,2	42,1	40,9	43,3	47,3	10,102	16,1	10,9	21,3	21,6	20,3	22,9	21,6	5,174	5,174	
Geschlecht	43,5	38,8	48,2	42,1	40,9	43,3	47,3	10,102	16,1	10,9	21,3	21,6	20,3	22,9	21,6	5,174	5,174	
Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Altersgruppen	42,6	31,3	53,8	47,1	44,3	49,9	92	1,992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
20-34 Jahre	53,8	45,9	61,8	51,4	49,2	53,6	165	2,974	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35-40-49 Jahre	47,9	39,1	56,8	44,3	42,0	46,6	133	2,687	19,7	12,3	27,1	26,6	24,6	28,6	134	2,710	2,710	
50-64 Jahre	22,5	13,5	31,5	24,6	22,5	26,6	83	2,449	11,5	4,5	18,5	16,8	15,1	18,5	82	2,464	2,464	
65+ Jahre	28,5	18,5	38,6	29,5	26,3	32,6	82	1,467	20,6	10,4	30,9	17,7	15,0	20,4	61	1,071	1,071	
Bildung	45,6	39,7	51,5	42,4	40,9	44,0	306	6,207	15,4	8,7	22,2	22,2	20,5	23,9	130	3,220	3,220	
Obligatorische Schule	51,2	40,1	62,2	49,6	47,1	52,1	85	2,391	(8,5)	0,0	20,0	24,6	21,1	28,1	25	859	859	
Sekundarstufe II	49,4	40,5	54,9	41,4	40,1	42,7	323	8,658	18,6	12,3	24,8	21,1	19,7	22,4	156	4,730	4,730	
Tertiärstufe	49,4	40,5	54,9	41,4	40,1	42,7	323	8,658	18,6	12,3	24,8	21,1	19,7	22,4	156	4,730	4,730	
Nationalität	49,4	40,5	54,9	41,4	40,1	42,7	323	8,658	18,6	12,3	24,8	21,1	19,7	22,4	156	4,730	4,730	
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)
Gebärmutterhals (letzte 12 Monate, Frauen 20+)	39,9	41,5	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0	41,0
Gebärmutterhals (letzte 12 Monate, Frauen 50+)	15,6	15,6	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5
Mammografie (letzte 12 Monate, Frauen 50+)	15,6	15,6	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5
Prostata (letzte 12 Monate, Männer 40+)	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9	22,9
Sprachregionen ¹⁾	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1
Deutschschweiz	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1
Französische Schweiz	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3
Italienische Schweiz	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8
Kantone ²⁾	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5
BE	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5
LU	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9	31,9
UR	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
SG	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3
ZG	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8	45,8
VS	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3
FR	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3	44,3
BS	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8	44,8
BL	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8	41,8
AR	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1
GR	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1	39,1
AG	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2
SG	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3
TI	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3
VD	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6	44,6
VS	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5	40,5
NE	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4
VS	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4
NE	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4	40,4
GE	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9	44,9
JU	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8	29,8

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-5.4 Grippeimpfung, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

	Grippeimpfung (letzte 12 Monate)										Stichprobe	
	FL					CH					FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	7,2	5,3	9,0	13,7	15,0	92,8	91,0	94,7	85,7	85,0	848	18 052
Geschlecht	5,9	3,6	8,1	14,9	15,9	94,1	91,9	96,4	85,1	84,1	457	9 545
Männer	8,5	5,6	11,5	13,7	14,6	91,5	88,5	94,4	86,3	85,4	391	8 507
Altersgruppen	2,3	0,0	4,9	4,6	3,9	97,7	95,1	100,0	95,4	94,6	210	4 443
15–34 Jahre	0,8	0,0	1,8	6,5	7,3	99,2	98,2	100,0	93,5	92,7	259	5 048
35–49 Jahre	7,0	3,7	10,2	12,8	11,6	93,0	89,8	96,3	87,2	85,9	233	4 575
50–64 Jahre	27,8	20,0	35,7	39,9	38,0	72,2	64,3	80,0	60,1	58,1	146	3 986
65+ Jahre	10,2	5,0	15,4	13,7	17,2	89,8	84,6	95,0	84,6	82,8	133	2 678
Bildung	7,1	4,6	9,6	14,5	15,4	92,9	90,4	95,4	85,5	84,6	467	9 862
Obligatorische Schule	5,7	2,6	8,8	13,4	14,5	94,3	91,2	97,4	86,6	85,5	248	5 473
Sekundarstufe II	6,9	4,6	9,3	15,5	16,2	93,1	90,7	95,4	84,5	83,8	573	15 441
Tertiärstufe	7,6	4,7	10,5	10,6	9,2	92,4	89,5	95,3	89,4	88,0	275	2 611
Nationalität												
Inland												
Ausland												
Regionaler Vergleich												
Grippeimpfung (letzte 12 Monate)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Sprachregionen ¹⁾												
Deutschschweiz	13,6		12,8	14,4	86,4	86,4	87,2	85,6	85,6	87,2	11 661	11 661
Französische Schweiz	16,5		15,3	17,7	83,5	83,5	84,7	82,3	82,3	84,7	5 098	5 098
Italienische Schweiz	14,4		12,3	16,4	85,6	85,6	87,7	83,6	83,6	87,7	1 293	1 293
Kantone ²⁾												
ZH	15,9		13,8	17,9	84,1	84,1	86,2	82,1	82,1	86,2	1 878	1 878
BE	14,5		12,5	16,6	85,5	85,5	87,5	83,4	83,4	87,5	1 442	1 442
LU	10,5		8,5	12,5	89,5	89,5	91,5	87,5	87,5	91,5	1 058	1 058
UR	8,8		6,2	11,4	91,2	91,2	93,8	88,6	88,6	93,8	437	437
SZ	12,3		9,0	15,6	87,7	87,7	91,0	84,4	84,4	91,0	503	503
ZG	10,9		8,6	13,3	89,1	89,1	91,4	86,7	86,7	91,4	825	825
FR	12,8		10,1	15,4	87,2	87,2	89,9	84,6	84,6	89,9	871	871
BS	18,9		16,0	21,8	81,1	81,1	84,0	78,2	78,2	84,0	829	829
BL	18,1		15,0	21,2	81,9	81,9	85,0	78,8	78,8	85,0	713	713
AR	11,7		8,0	15,3	88,3	88,3	92,0	84,7	84,7	92,0	436	436
GR	13,6		10,5	16,8	86,4	86,4	89,5	83,2	83,2	89,5	573	573
AG	12,0		9,9	14,1	88,0	88,0	90,1	85,9	85,9	90,1	1 063	1 063
TG	11,2		9,0	13,3	88,8	88,8	91,0	86,7	86,7	91,0	946	946
TI	14,4		12,3	16,4	85,6	85,6	87,7	83,6	83,6	87,7	1 293	1 293
VD	18,0		15,8	20,1	82,0	82,0	84,2	79,9	79,9	84,2	1 462	1 462
VS	12,8		10,3	15,3	87,2	87,2	89,7	84,7	84,7	89,7	878	878
NE	18,3		14,3	22,3	81,7	81,7	85,7	77,7	77,7	85,7	521	521
GE	19,1		16,0	22,2	80,9	80,9	84,0	77,8	77,8	84,0	921	921
JU	12,8		9,3	16,2	87,2	87,2	90,7	83,8	83,8	90,7	445	445

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tabelle A-5.5 Komplementärmedizinische Leistungen, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Komplementärmedizinische Leistungen (letzte 12 Monate)										Stichprobe	
	FL					CH					FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	29,2	25,9	32,6	22,1	23,9	70,8	67,4	74,1	77,9	76,1	77,9	13 154
Geschlecht	37,8	33,0	42,6	23,3	24,8	62,2	57,4	67,0	76,0	75,2	76,7	18 072
Frauen	20,3	15,8	24,9	15,5	17,4	79,7	75,1	84,2	83,5	82,6	84,5	9 562
Männer	27,8	20,9	34,7	21,6	23,1	72,2	65,3	79,1	78,4	76,9	79,8	8 510
Altersgruppen	28,6	22,7	34,5	28,2	31,4	71,4	65,5	77,3	70,2	68,6	71,8	4 499
15–34 Jahre	33,0	26,6	39,4	24,1	27,2	67,0	60,6	73,4	74,4	72,8	75,9	5 049
35–49 Jahre	27,6	19,5	35,6	17,9	19,3	72,4	64,4	80,5	82,1	80,7	83,5	4 563
50–64 Jahre	28,0	19,5	36,4	15,2	16,8	72,0	63,6	80,5	84,8	83,2	86,4	3 961
65+ Jahre	30,7	26,1	35,4	24,1	23,0	69,3	64,6	73,9	75,9	74,9	77,0	2 676
Bildung	27,3	21,3	33,3	27,4	30,4	72,7	66,7	78,7	71,1	69,6	72,6	9 875
Obligatorische Schule	27,1	23,2	30,9	25,1	26,7	72,9	69,1	76,8	74,1	73,3	74,9	5 480
Sekundärstufe II	33,2	26,8	39,5	17,8	19,6	66,8	60,5	73,2	82,2	80,4	84,0	15 462
Tertiärstufe												
Inland												
Ausland												
Nationalität												
Regionaler Vergleich	Komplementärmedizinische Leistungen (letzte 12 Monate)										Stichprobe	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Sprachregionen ¹⁾	22,0	21,0	22,9	78,0	77,1	79,0	79,0	79,0	79,0	11 666	11 666	
Deutschschweiz	30,1	28,6	31,6	69,9	68,4	71,4	71,4	71,4	71,4	5 122	5 122	
Französische Schweiz	22,9	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	79,7	79,7	79,7	1 284	1 284	
Italienische Schweiz	21,0	18,9	23,0	79,0	77,0	81,1	81,1	81,1	81,1	1 890	1 890	
Kantone ²⁾	21,9	19,5	24,3	78,1	75,7	80,5	80,5	80,5	80,5	1 437	1 437	
ZH	26,8	23,9	29,7	73,2	70,3	76,1	76,1	76,1	76,1	1 063	1 063	
BE	27,1	22,5	31,7	72,9	68,3	77,5	77,5	77,5	77,5	436	436	
LU	20,3	16,6	24,0	79,7	76,0	83,4	83,4	83,4	83,4	500	500	
UR	26,2	23,0	29,5	73,8	70,5	77,0	77,0	77,0	77,0	832	832	
SZ	34,5	31,0	38,1	65,5	61,9	69,0	69,0	69,0	69,0	878	878	
ZG	23,1	19,8	26,3	76,9	73,7	80,2	80,2	80,2	80,2	822	822	
FR	22,4	19,0	25,7	77,6	74,3	81,0	81,0	81,0	81,0	708	708	
BS	25,6	21,0	30,2	74,4	69,8	79,0	79,0	79,0	79,0	440	440	
BL	23,8	19,9	27,7	76,2	72,3	80,1	80,1	80,1	80,1	569	569	
AR	19,3	16,7	21,9	80,7	78,1	83,3	83,3	83,3	83,3	1 064	1 064	
GR	24,0	20,8	27,1	76,0	72,9	79,2	79,2	79,2	79,2	952	952	
AG	22,9	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	79,7	79,7	79,7	1 284	1 284	
TG	30,4	27,8	33,0	69,6	67,0	72,2	72,2	72,2	72,2	1 470	1 470	
TI	30,1	26,7	33,5	69,9	66,5	73,3	73,3	73,3	73,3	890	890	
VD	31,1	26,6	35,6	68,9	64,4	73,4	73,4	73,4	73,4	523	523	
VS	26,8	23,6	30,0	73,2	70,0	76,4	76,4	76,4	76,4	926	926	
NE	28,4	23,6	33,1	71,6	66,9	76,4	76,4	76,4	76,4	435	435	
GE												
JU												

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-5.6 Ambulante und stationäre Spitalleistungen, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2007–2012

	Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation (letzte 12 Monate)				Stationäre Spitalbehandlungen (letzte 12 Monate)				Stichprobe	
	FL		CH		FL		CH		FL	CH
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	14,5	12,1	16,2	15,5	16,9	14,7	11,5	10,9	12,0	18 745
2012	14,5	12,1	16,8	18,1	16,8	18,1	11,7	11,1	12,3	21 585
Geschlecht	12,9	9,6	16,2	17,2	19,0	15,9	13,1	12,2	13,9	11 304
Frauen	16,2	12,5	19,9	16,7	17,6	13,4	10,2	9,5	11,0	10 281
Männer	17,7	12,0	23,4	20,0	21,3	11,3	6,7	8,6	10,6	5 609
Altersgruppen	7,9	4,9	11,0	16,3	15,1	12,0	8,2	15,8	10,1	5 902
15–34 Jahre	15,2	10,8	19,6	15,5	14,3	12,8	8,7	16,9	12,6	5 274
35–49 Jahre	19,7	13,3	26,1	17,4	16,1	27,8	21,0	34,7	17,8	4 800
50–64 Jahre	16,5	10,0	23,0	19,7	18,1	18,4	11,8	24,9	13,5	3 865
65+ Jahre	14,8	11,5	18,1	17,0	16,2	15,0	11,9	18,2	13,1	11 561
Bildung	12,9	8,7	17,2	16,5	15,4	11,4	7,7	15,2	11,0	6 052
Obligatorische Schule	13,2	10,4	15,9	16,8	16,1	13,6	11,0	16,3	11,1	17 925
Sekundarstufe II	17,0	12,2	21,7	19,6	18,0	16,6	12,1	21,1	12,8	3 660
Tertiärstufe										
Inland										
Ausland										
Regionaler Vergleich	Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation (letzte 12 Monate)				Stationäre Spitalbehandlungen (letzte 12 Monate)				Stichprobe	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Stichprobe	
			n			n			n	
Sprachregionen ¹⁾	16,1	15,3	13 925	16,9	12,0	11,3	12,8	12,8	13 919	
Deutschschweiz	20,4	19,1	6 116	21,6	10,7	9,8	11,7	11,7	6 116	
Französische Schweiz	21,8	19,6	1 550	24,0	11,5	9,7	13,3	13,3	1 550	
Italienische Schweiz	17,0	15,2	2 225	18,8	11,5	9,8	13,3	13,3	2 224	
Kantone ²⁾	15,9	14,0	1 715	17,8	13,1	11,4	14,8	14,8	1 716	
ZH	13,8	11,8	1 280	15,8	10,4	8,5	12,2	12,2	1 279	
BE	11,5	8,7	514	14,2	8,7	6,2	11,3	11,3	514	
LU	14,7	11,5	599	17,8	11,9	9,2	14,6	14,6	599	
UR	17,8	15,2	996	20,5	12,2	10,0	14,4	14,4	995	
SZ	19,5	16,6	1 026	22,4	10,9	8,5	13,3	13,3	1 027	
ZG	20,2	17,4	1 011	23,0	12,9	10,6	15,3	15,3	1 007	
FR	18,8	15,9	846	21,6	13,6	11,1	16,0	16,0	847	
BS	15,0	11,6	509	18,4	14,0	10,7	17,2	17,2	509	
BL	16,5	13,2	666	19,8	13,9	10,9	16,9	16,9	666	
AR	16,1	13,7	1 272	18,5	12,8	10,7	14,8	14,8	1 272	
AG	16,0	13,7	1 126	18,3	12,4	10,4	14,4	14,4	1 125	
TG	21,8	19,6	1 550	24,0	11,5	9,7	13,3	13,3	1 550	
TI	22,0	19,8	1 744	24,2	9,8	8,1	11,5	11,5	1 744	
VD	15,6	13,2	1 065	18,0	11,2	9,0	13,3	13,3	1 065	
VS	22,0	18,3	622	25,7	14,2	10,8	17,7	17,7	621	
NE	21,5	18,5	1 150	24,4	10,6	8,6	12,7	12,7	1 150	
GE	17,9	14,1	509	21,6	10,0	7,1	12,9	12,9	509	
JU										

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-5.7 SpiteX-Hilfe und informelle Hilfe, Fürstentum Liechtenstein, Schweiz und Kantone, 2012

	Bezug von SpiteX-Hilfe (letzte 12 Monate)				Bezug von informeller Hilfe (letzte 12 Monate)				Stichprobe		
	FL		CH		FL		CH		FL	CH	
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2,1	1,2	2,9	2,5	2,8	2,5	3,0	1 023	21 595	1 023	21 591
Geschlecht	3,0	1,6	4,5	3,7	4,2	3,7	4,7	542	11 313	542	11 312
Frauen	1,1	0,1	2,0	1,0	1,3	1,0	1,5	481	10 282	481	10 279
Männer	0,3	0,0	1,0	0,7	1,1	0,7	1,4	254	5 610	254	5 609
Altersgruppen	0,1	0,0	0,4	1,1	1,5	1,1	1,9	311	5 903	311	5 902
15–34 Jahre	2,9	0,6	5,2	1,4	1,4	1,0	1,7	280	5 278	280	5 277
35–49 Jahre	7,2	3,6	10,8	7,1	8,1	7,1	9,1	178	4 804	178	4 803
50–64 Jahre	4,6	1,7	7,5	3,6	2,9	2,9	4,4	188	3 867	188	3 867
65+ Jahre	1,7	0,6	2,8	3,0	3,0	2,6	3,4	558	11 568	558	11 565
Bildung	1,2	0,0	2,5	1,8	1,8	1,4	2,2	275	6 052	275	6 051
Obligatorische Schule	2,2	1,1	3,3	3,0	3,0	2,7	3,3	679	17 934	679	17 933
Sekundarstufe II	1,9	0,5	3,2	1,9	1,9	1,3	2,5	344	3 661	344	3 658
Tertiärstufe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nationalität	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Bezug von SpiteX-Hilfe (letzte 12 Monate)		Bezug von informeller Hilfe (letzte 12 Monate)		Bezug von SpiteX-Hilfe (letzte 12 Monate)		Bezug von informeller Hilfe (letzte 12 Monate)		Stichprobe		
	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Vertrauensintervall (95%)	n	n	
Sprachregionen ¹⁾	2,1	2,4	1,8	2,4	14,2	14,2	13,4	15,0	13 928	13 928	
Deutschschweiz	4,5	5,2	3,9	5,2	13,2	13,2	12,2	14,3	6 117	6 114	
Französische Schweiz	3,0	3,9	2,0	3,9	13,6	13,6	11,7	15,5	2 226	2 225	
Italienische Schweiz	2,0	2,7	1,3	2,7	13,5	13,5	11,8	15,2	1 716	1 716	
Kantone ²⁾	2,7	3,6	1,9	3,6	15,0	15,0	13,1	16,9	1 280	1 280	
BE	3,3	4,3	2,2	4,3	15,0	15,0	12,8	17,2	514	514	
LU	3,3	5,1	1,6	5,1	12,9	12,9	9,4	16,3	599	599	
UR	1,7	3,0	0,4	3,0	11,2	11,2	8,4	14,0	996	996	
SZ	1,9	2,7	1,1	2,7	10,3	10,3	10,3	15,0	1 027	1 027	
ZG	3,3	4,9	1,6	4,9	13,2	13,2	10,7	15,7	1 011	1 011	
FR	2,3	3,2	1,4	3,2	13,7	13,7	11,2	16,2	847	847	
BS	2,0	3,0	0,9	3,0	14,8	14,8	12,2	17,4	509	509	
BL	3,5	5,4	1,7	5,4	13,5	13,5	10,3	16,7	666	666	
AR	1,3	2,2	0,4	2,2	10,6	10,6	8,1	13,2	1 272	1 272	
GR	1,4	2,1	0,6	2,1	14,0	14,0	11,9	16,1	1 127	1 127	
AG	2,4	3,3	1,5	3,3	14,7	14,7	12,5	17,0	1 549	1 549	
TG	3,0	3,9	2,0	3,9	13,6	13,6	11,7	15,5	1 744	1 744	
TI	4,2	5,3	3,2	5,3	12,8	12,8	11,5	15,2	1 065	1 065	
VD	3,6	4,9	2,3	4,9	14,7	14,7	11,5	17,8	621	621	
VS	4,3	6,3	2,3	6,3	13,0	13,0	10,7	15,3	1 149	1 149	
NE	6,6	8,6	4,6	8,6	12,5	12,5	9,2	15,8	508	508	
GE	4,2	6,2	2,3	6,2	13,0	13,0	9,2	15,8			
JU											

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

