



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



Panorama Gesundheit

edition obsan

Die Schweiz
im europäischen Vergleich

o b s a n o b s a n

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine neue Institution von Bund und Kantonen, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist. Das Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik hat zum Ziel, die Ausrichtung und die Leitplanken einer zukünftigen, von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen schweizerischen Gesundheitspolitik zu definieren. Weitere Informationen auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheitspolitik.ch.

«Panorama Gesundheit» ist im Rahmen der «Highlights on Health» beim WHO-Büro Europa erschienen. Der vorliegende Bericht wurde unter dem Titel «Highlights on Health in Switzerland» im September 2001 durch das Regional Office of the World Health Organization herausgegeben. Für die Korrektheit der Übersetzung ist das Schweizerische Gesundheitsobservatorium verantwortlich. Die «Highlights» geben einen Überblick über die gesundheitliche Situation in einem bestimmten Land und die damit zusammenhängenden Gegebenheiten. Soweit möglich, wird die Position dieses Landes mit anderen Ländern der WHO-Region Europa verglichen. Die Highlights wurden für operationale Zwecke in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten entwickelt und stellen keine offizielle statistische Publikation dar. Sie beruhen auf Informationen, die durch die Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt werden, und weiteren, im Dokument erwähnten Quellen.

Panorama Gesundheit –
Die Schweiz im
europäischen Vergleich

ISBN 3-907872-00-2

© 2003 WORLD HEALTH
ORGANIZATION

Schweizerisches
Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel



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



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Politique nationale suisse de la santé
Politica nazionale svizzera della sanità
Politica nazionale svizzera de la sanidad



Panorama Gesundheit –

Die Schweiz im europäischen Vergleich

Inhalt

Überblick	4
Technische Anmerkungen	5
Land und Leute	6
Gesundheitszustand	10
Lebensstil	22
Umwelt	27
Gesundheitssystem	30
Bibliographie	38
Glossar	39



Überblick

Unter den Ländern der Europäischen Region der WHO¹ hat die Schweiz heute die höchste Lebenserwartung zu verzeichnen. Dazu haben beachtliche Erfolge bei der Verringerung der erhöhten Sterblichkeit von Männern beigetragen.

Die Lebenserwartung ist allerdings nur eines von vielen Kriterien zur Bewertung des Gesundheitszustandes. So darf man nicht übersehen, dass trotz des generellen Trends abnehmender Sterblichkeit bei vielen Krankheiten die Lungenkrebssterblichkeit der Frauen stetig zunimmt. Auch die Raten der durch Unfälle und Gewalt verursachten Todesfälle bleiben hoch und liegen sowohl für Frauen als auch für Männer deutlich über den entsprechenden Durchschnittswerten der Europäischen Union. Dies alles weist darauf hin, dass noch immer ein Potenzial zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebenserwartung vorhanden ist.

Ungeachtet der hohen Lebenserwartung lässt das häufige Auftreten körperlicher Beschwerden, vor allem in der weiblichen Bevölkerung, auf ein hohes Mass an psychosozialen Belastungen schliessen. Auch von einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens sind relativ grosse Anteile der Bevölkerung betroffen, unter den Jüngeren bis zu einem Drittel. Die Suizidraten von Frauen und Männern gehören zu den höchsten innerhalb der Europäischen WHO-Region.

Was den Lebensstil betrifft, ist Übergewicht relativ verbreitet und die Zahl der Übergewichtigen nimmt tendenziell zu. Zudem ist der Anteil der Menschen mit regelmässiger körperlicher Aktivität eher rückläufig. Der Alkoholkonsum – in der Tendenz sinkend – entspricht etwa dem EU-Durchschnitt, während das Land bezüglich des Konsums von Zigaretten und der Raucherrate an dritter Stelle steht. Diese Trends könnten die Häufigkeit von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, welche massgeblich sind für die Mortalität und damit die Lebenserwartung, erhöhen. Bemerkenswerte Verbesserungen sind bei drogeninjizierenden Personen zu verzeichnen: weniger Todesfälle, höhere Lebensqualität, weniger HIV-Neuinfektionen.

Bei der Arbeitsplatzsicherheit sind nach wie vor Verbesserungen möglich: Die Rate der bei Berufsunfällen Verletzten liegt etwas über, die der Getöteten knapp unter dem EU-Durchschnitt.

Die gesundheitliche Versorgung ist sowohl im Hinblick auf Zugänglichkeit als auch auf Qualität hoch entwickelt. Mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von gut 10% ist das schweizerische Gesundheitswesen allerdings eines der teuersten unter den Vergleichsländern und liegt bei den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung (gut die Hälfte des Gesamtaufwands) und deren jährlichem Wachstum an der Spitze. Dies mag unter anderem mit einer noch immer hohen Bettendichte und einer weit überdurchschnittlichen Verweildauer zusammenhängen.

¹ Die 15 Länder der EU sowie Island und Norwegen

Technische Anmerkungen

Die «Highlights on Health» der WHO geben einen Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung eines Landes und die wichtigsten damit zusammenhängenden Faktoren. Sofern möglich, wird ein internationaler Vergleich herangezogen, um die relativen Stärken und Schwächen eines Landes zu identifizieren und in groben Zügen zu beurteilen, was bisher erreicht worden ist und was künftig noch verbessert werden kann. Die jeweils als «Vergleichsländer» bezeichnete Ländergruppe wird konstituiert

- aufgrund ähnlicher Trends bezüglich der gesundheitlichen und sozioökonomischen Entwicklung oder
- als geopolitisches Gebilde wie zum Beispiel die Europäische Union (EU), die GUS-Staaten, die zentralasiatischen Republiken oder die EU-Beitrittsländer.

Für die Schweiz werden die 15 EU-Länder sowie Island und Norwegen als Vergleichsländer herangezogen.

Um die Vergleiche auf eine möglichst verlässliche Basis zu stellen, werden in der Regel pro Indikator nur Daten aus einer einzigen internationalen Quelle (wie WHO, Eurostat, OECD oder ILO) verwendet. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Daten hinreichend harmonisiert worden sind. Die Vergleichbarkeit von Daten kann jedoch noch durch andere Faktoren wie Erhebungs- und Kodierverfahren oder kulturelle Unterschiede beeinträchtigt sein. Soweit nicht anders vermerkt, sind die in Tabellen und Diagrammen enthaltenen Daten der statistischen HFA-Datenbank der WHO (*WHO, 2001*) entnommen. Weitere Information stammt aus nationalen Quellen oder beruht auf persönlicher Mitteilung der Partner im betreffenden Land.

Eine Form des Vergleichs besteht darin, jedem Land eine Position innerhalb einer Rangordnung unter den Ländern zuzuordnen. Es handelt sich dabei zwar um ein griffiges Kriterium, bei dessen Interpretation jedoch insofern Vorsicht geboten ist, als dass die Rangfolge auf minimalen Unterschieden basieren kann. Wenn sich mit einer solchen Rangordnung zudem eine Aussage über zeitliche Entwicklungstrends verbindet (wie dies in der Übersichtstabelle zu Beginn des Kapitels über den Gesundheitszustand der Fall ist), so kann dies darüber hinwegtäuschen, dass sich in einem gegebenen Land die absoluten Werte beträchtlich verändert haben.

Für den Vergleich werden hauptsächlich Histogramme verwendet, aus denen die Position eines Landes unter den Vergleichsländern ersichtlich ist, während die zeitlichen Trends in der Regel seit 1970 durch Kurven abgebildet werden. Diese Diagramme enthalten die Kurven aller Vergleichsländer, jedoch sind nur die Werte der Schweiz und der Durchschnittswert der EU-Staaten identifizierbar (Legende). Diese Darstellungsweise erlaubt es, den landesspezifischen Entwicklungsverlauf innerhalb der Trends der Vergleichsländer oder von Ländergruppen (Clusters) zu lokalisieren bzw. mit dem generellen Trend (Mittelwert) zu vergleichen. Um durch kleine Fallzahlen bedingte starke jährliche Schwankungen auszugleichen, werden gegebenenfalls über drei Jahre gleitende Mittel verwendet. Dies ist beispielsweise bei der Müttersterblichkeit für alle Vergleichsländer der Fall.

Vergleiche beziehen sich sinnvollerweise auf den gleichen Zeitpunkt. Die für ein Land jeweils verfügbaren aktuellsten Daten stammen jedoch nicht immer aus demselben Jahr. Dies sollte beachtet werden, denn die Position eines Landes kann sich verändern, wenn neue Daten vorliegen.

Land und Leute

Die Schweiz ist ein Bundesstaat, dessen Verfassung auf das Jahr 1848 zurückgeht. Die gesetzgebende Gewalt auf Bundesebene beruht auf einem Zweikammer-System, dem Nationalrat und dem Ständerat. Der Nationalrat wird aus 200 Volksvertretern gebildet, deren Sitze entsprechend der Wohnbevölkerung auf alle Kantone verteilt werden. In den Ständerat entsenden die Kantone je zwei Volksvertreter, er hat 46 Mitglieder. Die Vertreter beider Kammern werden durch allgemeine Volkswahl für jeweils vier Jahre gewählt.

Die Exekutive, der Bundesrat, setzt sich aus sieben Ministern zusammen, die alle den gleichen Rang haben und einzeln vom Parlament für eine vierjährige Amtszeit gewählt werden. Jedes Jahr wird eines der Bundesratsmitglieder für die Dauer eines Kalenderjahres zum Bundespräsidenten gewählt: ein Amt, mit dem repräsentative Funktionen, jedoch keine erweiterten Kompetenzen verbunden sind. Im Bundesrat sind die vier grössten politischen Parteien vertreten, die allerdings keine Koalition, sondern ein kollegiales Organ bilden, dessen Beschlüsse durch alle Bundesräte vertreten werden.

Die nächste politische Ebene bilden die 23 Kantone, von denen drei in so genannte Halbkantone aufgeteilt sind, so dass meist von 26 Kantonen die Rede ist. Obwohl diese von ganz unterschiedlicher Grösse (in Bezug auf Fläche und Einwohnerzahl) sind, haben sie jeweils eine eigene Verfassung sowie eine Legislative und eine Exekutive, welche in der Regel alle vier Jahre durch allgemeine Volkswahl gewählt werden. Auch in den Kantonsregierungen sind die grösseren Parteien vertreten und bilden wie auf Bundesebene ein kollegiales System. Die Kantone erheben Steuern und haben wesentliche politische Kompetenzen etwa im Gesundheits-, im Justiz- und im Bildungswesen.

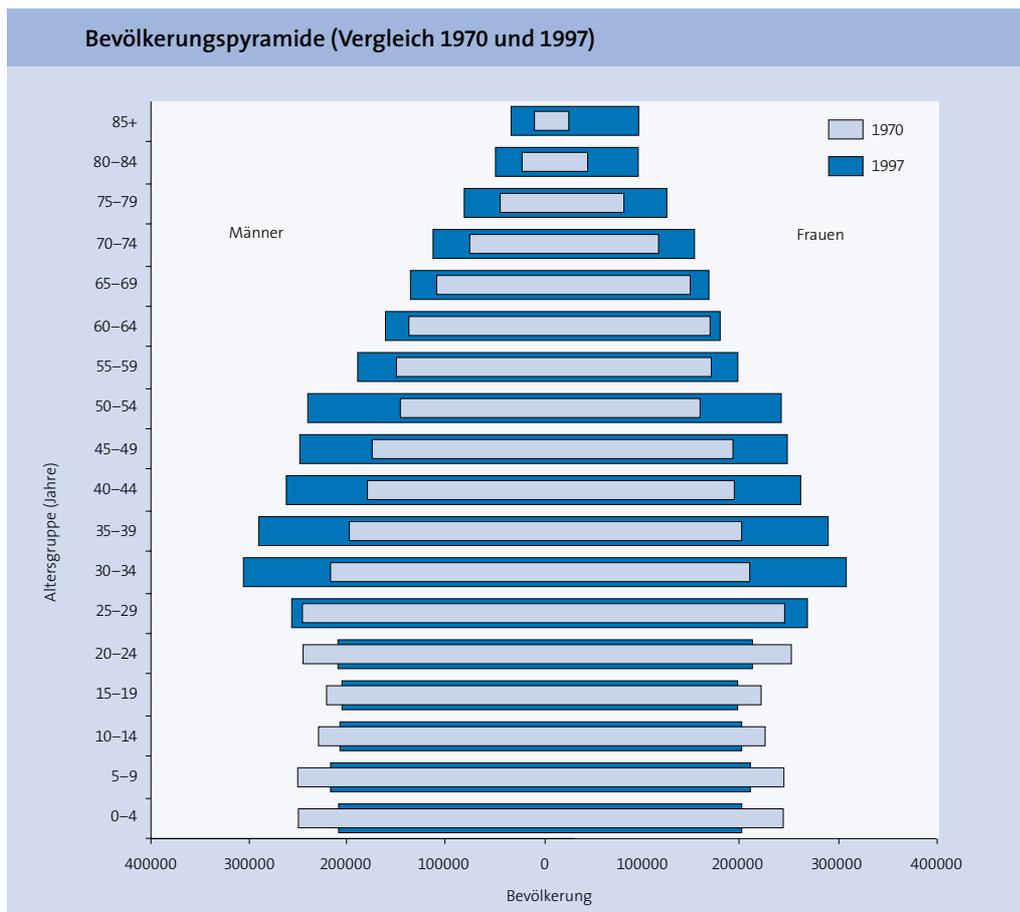
Die Schweiz ist Mitglied der Europäischen Freihandelszone EFTA.

Demographie

Die Schweiz zählt gut 7 Millionen Einwohner, die sich hinsichtlich der vier Landessprachen wie folgt verteilen: Deutsch 65%, Französisch 18%, Italienisch 10% und Romansch (Rätoromanisch) knapp 1%. Mit einem Bevölkerungswachstum von 0.17% in 1997 belegt die Schweiz einen der letzten Plätze innerhalb der europäischen Vergleichsländer. Dieser niedrige Wert ist das Ergebnis eines sehr geringen natürlichen Wachstums (Geburten abzüglich der Sterbefälle) von 0.25% und eines (vorübergehend negativen) Wanderungssaldos von -0.08% (*Europarat, 1998*). Die zusammen-

Demographische Struktur 1997				
	Schweiz	EU	Minimum eines EU-Landes	Maximum eines EU-Landes
Bevölkerung (in Millionen)	7.081	374.566	0.424	82.060
• 0–14 Jahre (%)	17.7	17.4	16.0	24.4
• 15–64 Jahre (%)	67.4	67.0	63.7	68.4
• 65+ Jahre (%)	14.9	15.6	11.4	17.5
Bevölkerungsdichte (Einw./km ²)	172	117	15	380
Städtische Bevölkerung (%)	61	79	36	97
Geburten pro 1000 Einwohner	11.4	10.8	9.1	14.4
Todesfälle pro 1000 Einwohner	8.9	9.9	8.6	10.7
Natürliches Wachstum (Pers./1000 Einw.)	2.5	0.9	-0.6	5.7
BIP pro Person in US-\$ KKP	26 261	20 588	13 560	36 009

BIP: Bruttoinlandsprodukt; KKP: Kaufkraftparität



gefasste Geburtenziffer weist weiterhin eine sinkende Tendenz auf und hat 1998 mit 1.46 das bisher niedrigste Niveau erreicht.

Die Bevölkerungspyramide stellt die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur in der Schweiz seit 1970 anschaulich dar. Besonders auffallend ist die Bevölkerungsabnahme (um rund 15%) in den jüngeren Altersgruppen (bis 24 Jahre) und die deutliche Zunahme in den Gruppen der 30- bis 54-Jährigen sowie derjenigen ab 80 Jahren. Die absolute Zahl der Frauen und Männer der letzten Gruppe hat sich zwischen 1970 und 1997 verdoppelt bis verdreifacht (85-jährige und ältere Frauen), wobei der Anteil der Frauen mehr als doppelt so hoch ist wie der der Männer.

Haushaltszusammensetzung und Familienstruktur

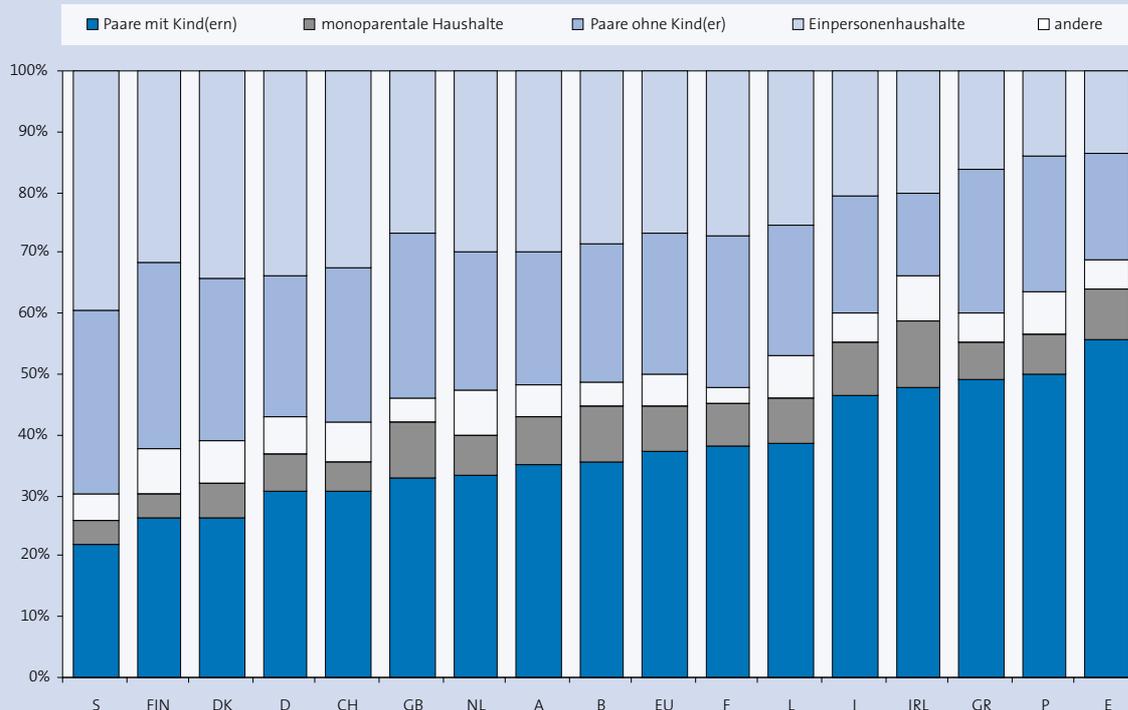
Der demographische und soziokulturelle Wandel hat in der Schweiz wie in den europäischen Nachbarländern zu beträchtlichen Veränderungen in der Haushalts- und Familienstruktur geführt.

In den letzten Jahrzehnten ist die mittlere Haushaltsgrösse ständig gesunken und lag anfangs der 90er Jahre bei 2.3 Personen pro Haushalt. Dies ist einerseits einer zunehmenden Zahl von Einpersonenhaushalten und andererseits der abnehmenden Kinderzahl zuzuschreiben. So belegt die Schweiz in Bezug auf den Prozentanteil der Haushalte mit Kindern den viertletzten Platz unter den Vergleichsländern. Ehepaare mit minderjährigen Kindern stellen nur 30.6% der privaten Haushalte dar. Der Anteil der monoparentalen Haushalte an allen Privathaushalten beträgt 5.1%. Das bedeutet, dass in einem von sieben Haushalten mit minderjährigen Kindern nur ein Elternteil vertreten ist.

Die Einpersonenhaushalte machten 1990 32.4% aller privaten Haushalte aus, was einen der höchsten Anteile unter den Vergleichsländern darstellt. In etwa zwei Dritteln dieser Haushalte (19.1%) leben (ältere) allein stehende Frauen (*Bundesamt für Statistik, 1998*).



Privathaushalte nach Typ bzw. Zusammensetzung (1990–1991)



Quelle: Eurostat, 1996 (für die EU); Bundesamt für Statistik, 1998 (für die Schweiz)

Migration und ethnisches Profil

Bei Immigranten und Angehörigen ethnischer Minoritäten können spezifische gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse auftreten, und zwar aufgrund kultureller, sozioökonomischer oder psychosozialer Faktoren sowie aufgrund der Situation und der Bedingungen in ihrem Herkunftsland. Zudem kann das Angebot von Leistungen der Gesundheitsdienste, die diesen spezifischen Bedürfnissen Rechnung tragen, beschränkt und deren Zugänglichkeit in kultureller oder kommunikativer Hinsicht (sprachliche Verständigung) erschwert sein. Darüber hinaus ist in diesem Bevölkerungssegment das Risiko, in relativer Armut oder am Rande der Gesellschaft zu leben, erhöht, was im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergehen kann. Insbesondere für illegale Einwanderer ist es schwierig, bei gesundheitlichen Problemen Hilfe zu finden, und auch die Nachsorge kann problematisch sein. Der Anteil der Einwohner mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist in der Schweiz mit gut 19% nach Luxemburg mit Abstand der höchste unter den europäischen Vergleichsländern. Dies ist vor allem auf eine restriktive Einbürgerungspolitik zurückzuführen. So stellen die in den Nachkriegsjahren eingewanderten Italiener 1997 noch immer das stärkste Segment (25%) dar, gefolgt von Bürgern des ehemaligen Jugoslawien (23%). Die nächstgrösseren Kontingente stellen Portugiesen (10%), Spanier und Deutsche (je 7%). Rund 60% der ausländischen Wohnbevölkerung kommen aus den Staaten der EU sowie Norwegen und Island.

Bildung

Die generelle Bedeutung des Bildungsniveaus in Bezug auf die Gesundheit ist in der Literatur gut belegt. In Europa, wo alle mindestens die Primarschule besucht haben, kann der Anteil der Bevölkerung mit einer über die Sekundarstufe I hinausgehenden Bildung als Indikator für das in einem Land erreichte Bildungsniveau gelten.

Der Vergleich der Schweiz mit den Ländern der EU ist methodisch nicht unproblematisch, insofern nicht nur die Datenquellen unterschiedlich sind, sondern in der Schweiz die Daten auch in anderer Weise erhoben wurden als in der EU, wo dies im

Rahmen einer speziellen Studie geschah (*Eurostat, 1995*). Die für alle Altersgruppen und beide Geschlechter deutlich höheren Werte der Schweiz im Vergleich zu den EU-Durchschnittswerten sind deshalb mit Vorsicht zu interpretieren.

Vergleicht man die Anteile der Männer und Frauen, die mindestens das Bildungsniveau der Sekundarstufe II erreicht haben, so findet man bei den Älteren, den 55- bis 59-Jährigen, ein deutliches Gefälle zuungunsten der Frauen, und zwar sowohl in der EU als auch in der Schweiz. Während dieses Gefälle in der EU im Laufe der letzten 30 Jahre abgebaut worden ist – in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen sind die Anteile beider Geschlechter nahezu gleich –, hat es sich in der Schweiz zwar verringert, die Differenz betrug 1993 jedoch immer noch 10%. Eine detailliertere Betrachtung ergibt, dass dies hauptsächlich auf den weitaus geringeren Anteil der Frauen mit einem höheren (tertiären) Bildungsabschluss (12% unter den 25- bis 29-Jährigen gegenüber 28% der gleichaltrigen Männer) zurückgeht. Zudem haben weit mehr Frauen (17%) als Männer (7%) nur die obligatorische Schulbildung absolviert (*Bundesamt für Statistik, 1993*).

Anteil der Personen mit einer mindestens auf Sekundarstufe II-Niveau abgeschlossenen Schulbildung (1993)				
Alter	Männer (%)		Frauen (%)	
	Schweiz	EU*	Schweiz	EU*
Total (25–59 Jahre)	89	64	75	54
55–59 Jahre	87	52	61	35
25–29 Jahre	93	70	83	69

* ohne Italien (Daten nicht kompatibel)

Quellen: Eurostat, 1995 (für die EU) und SAKE, 1993 (für die Schweiz)

Wirtschaft

Mitte 1996 waren 4.6% der Erwerbstätigen in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt, 28% in der Industrie und 67.5% im Dienstleistungssektor. Der Anteil der drei Sektoren am Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrug 1991 3% für den primären*, 33.5% für den sekundären** und 63.5% für den tertiären*** Sektor (*OECD, 1998*). Die Frauen stellten 1996 insgesamt 41% der auf dem zivilen Arbeitsmarkt Tätigen, und der Anteil der ausländischen Staatsbürger betrug 26% (*Bundesamt für Statistik, 1998*).

Mit 3.9% Arbeitslosen (Jahresmittel 1998) hat die Schweiz eine der niedrigsten Quoten unter den europäischen Vergleichsländern, die zwischen den Kantonen allerdings beträchtlich variiert und im Einzelfall über 6% betragen kann. Frauen (4.4%) sind stärker betroffen als Männer (3.5%), besonders hoch ist jedoch die Arbeitslosenquote der ausländischen Arbeitnehmer (8.1%). Bei 30% der Arbeitslosen dauerte die Arbeitslosigkeit länger als ein Jahr (*Bundesamt für Statistik, 1999*).

* Land und Forstwirtschaft, **Industrie, *** Dienstleistung

Gesundheitszustand

Zusammenfassend lässt sich über die Position der Schweiz unter den Vergleichsländern seit 1980 Folgendes feststellen:

- Generell hat die Schweiz ihre Position deutlich verbessert, was darin zum Ausdruck kommt, dass die Lebenserwartung in der Schweiz am höchsten ist.
- Obschon in Bezug auf die meisten Indikatoren eine bessere Position erreicht wurde, hat sich die Position bei Todesfällen aufgrund von äusseren Einwirkungen (Unfälle und Gewalt) verschlechtert: die Schweiz hat diesbezüglich eine der höchsten Mortalitätsraten.
- Bei der Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie der Brustkrebs-Todesrate nimmt die Schweiz eine durchschnittliche Position ein.

Die Position der Schweiz unter den Vergleichsländern 1980 und nach den neuesten verfügbaren Daten (1995–1999)																							
Position	Beste																		Schlechteste		Vergleichsländer ^e		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	CH	Average	Min ^a	Max ^b	
Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	☺				●														79.5	78.2	75.4	79.5	
Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeborene		●						☹											4.8	5.3	3.8	7.6	
Müttersterblichkeit pro 100 000 Lebendgeburten ^c										☹									5.3	5.9	0.0	10.8	
Sterbeziffer ^d Herz-Kreislaufkrankheiten (0–64 Jahre)		☹																	37.0	49.3	34.1	73.1	
Sterbeziffer ischämische Herzkrankheiten (0–64 Jahre)				☺	●														18.5	25.0	12.7	47.7	
Sterbeziffer Hirngefässkrankheiten (0–64 Jahre)	☹																		5.4	9.2	5.4	20.3	
Sterbeziffer Krebskrankheiten (0–64 Jahre)				☺				●											67.3	78.6	61.2	95.3	
Sterbeziffer Bronchial- und Lungenkrebs (0–64 Jahre)				☺				●											14.6	17.3	11.3	24.6	
Sterbeziffer Gebärmutterhalskrebs (0–64 Jahre)				☺										●					1.2	2.0	0.7	3.8	
Sterbeziffer Brustkrebs (0–64 Jahre)										☺	●								17.1	17.5	12.4	24.3	
Sterbeziffer Verletzungen und Vergiftungen ^f											●					☹			57.8	41.0	28.2	73.5	
Sterbeziffer Strassenverkehrsunfälle				☺						●									6.6	10.2	3.4	20.1	
Sterbeziffer Suizid												☺			●				17.1	11.1	3.5	23.3	

- Position 1980
- ☺ Position seit 1980 verbessert bei 8 Indikatoren
- ☹ Position seit 1980 unverändert bei 3 Indikatoren
- ☹ Position seit 1980 verschlechtert bei 2 Indikatoren

- ^a Niedrigster in einem der 18 Vergleichsländer erhobener Wert
- ^b Höchster in einem der 18 Vergleichsländer erhobener Wert
- ^c Müttersterblichkeit 1980–1982 und letzte drei Jahre: gleitende Mittel
- ^d Sterbeziffer: standardisierte Todesrate
- ^e Deutschland 1980 = nur Bundesrepublik
- ^f 1994er Daten

Die Bevölkerung der Schweiz ist insgesamt gesehen bei sehr guter Gesundheit, wie aus der Gesundheitsbefragung von 1997 hervorgeht. Dies stimmt mit der guten Position überein, die die Schweiz in Bezug auf viele Indikatoren zum Gesundheitszustand unter den Vergleichsländern einnimmt. Unter den Jüngeren (15–34 Jahre) schätzen neun von zehn Personen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein, und beim Eintritt ins Pensionsalter sind es immer noch rund vier Fünftel der Männer und drei Viertel der Frauen.

Es bestehen kaum Unterschiede in der Einschätzung der Gesundheit zwischen den geographischen und den Sprachregionen. Hingegen zeigen sich deutliche Unterschiede, wenn man Kriterien der sozialen Schicht, vor allem das Bildungsniveau, anlegt. Während nur knapp drei Viertel der Einwohner, die lediglich die Pflichtschule absolviert haben, ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, sind es 90% der Personen mit dem höchsten (tertiären) Bildungsstand.

In einem gewissen Gegensatz dazu steht das relativ häufige Auftreten von körperlichen Beschwerden wie Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen, von Schlafstörungen oder allgemeiner Schwäche. Solche Beschwerden sind oft Ausdruck hoher bzw. häufiger psychosozialer Belastungen (Spannung, Stress). Bereits unter den 15- bis 34-Jährigen berichten rund 15% der Männer und gut 25% der Frauen, im Laufe von vier Wochen mehrmals von solchen Beschwerden betroffen zu sein, und ab dem 35. Lebensjahr trifft dies etwa auf jeden fünften Mann und jede dritte Frau zu.

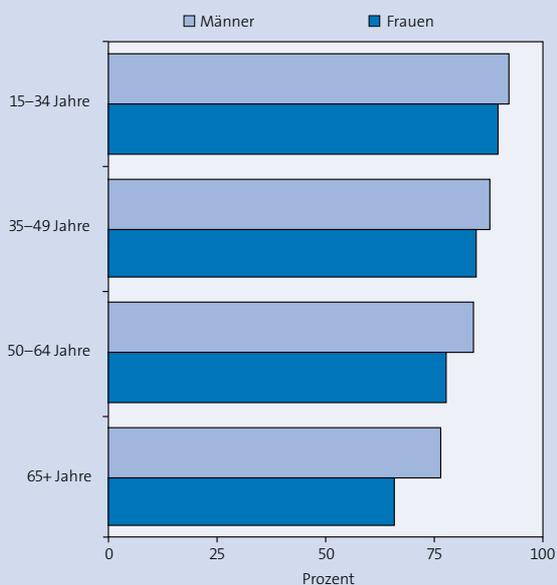
Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist auch in den letzten Jahren stetig angestiegen, und zwar vor allem bei der männlichen Bevölkerung. Was die Lebenserwartung bei der Geburt angeht, nahmen die Männer 1997 mit 76.4 Jahren – hinter Island und Schweden – den dritten Platz unter den europäischen Vergleichsländern ein und die Frauen mit 82.3 Jahren den 2. Platz, gleich hinter Frankreich. Bei der durchschnittlichen Lebenserwartung für beide Geschlechter platziert sich die Schweiz auf dem 1. Platz.

Auch bezüglich der im 65. Lebensjahr noch verbleibenden Lebenserwartung finden sich die Frauen der Schweiz mit 21.4 Jahren an zweiter Stelle (nach Frankreich mit 22.6 Jahren), wobei allerdings seit 1994 eine Stagnation zu verzeichnen ist. Bei den Männern hingegen ist gerade in den 90er Jahren eine Zunahme auf knapp 16.7 Jahre zu verzeichnen, wodurch sie auf den dritten Platz nach Frankreich und Griechenland vorrücken.

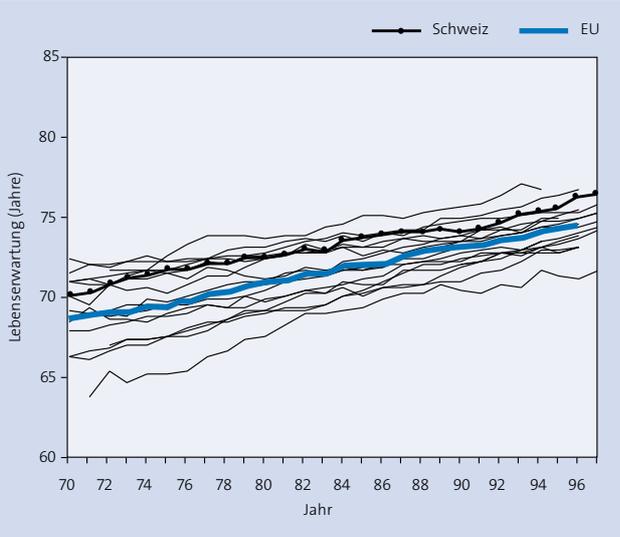
Hervorzuheben ist jedoch vor allem, dass heute weniger Männer in der Schweiz vor dem 65. Lebensjahr sterben. Während sich die Lebenserwartung der Männer in den 80er Jahren durch solchen frühzeitigen Tod um rund 6.5 Jahre verkürzte, waren es 1997 nur noch 5.3 Jahre. Dies hat auch wesentlich dazu beigetragen, dass der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Frauen und der Männer seit 1991 erstmals geringer wird und von über 7 auf unter 6 Jahre gefallen ist.

Anteil der Frauen und Männer, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, nach Altersgruppen

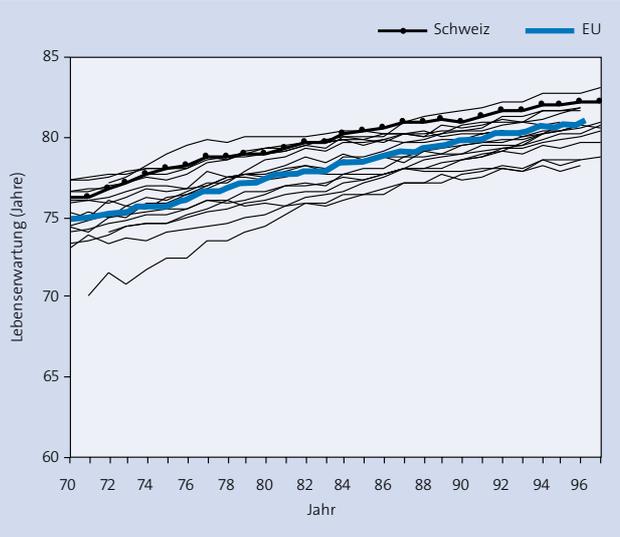


Quelle: Bundesamt für Statistik. Unveröffentlichte Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997

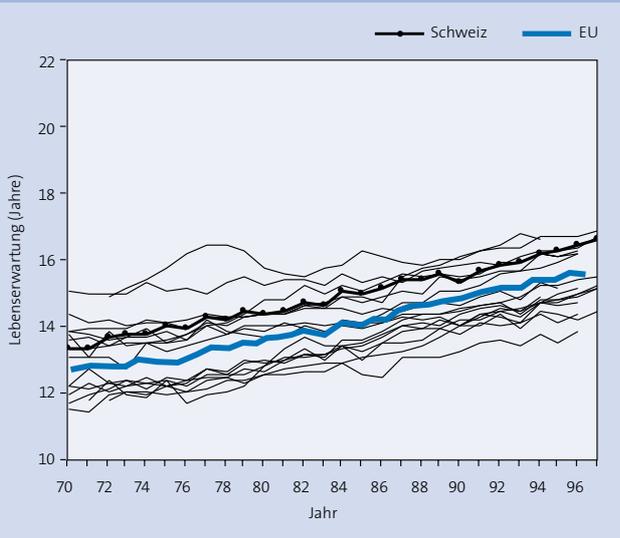
Lebenserwartung bei Geburt, Männer



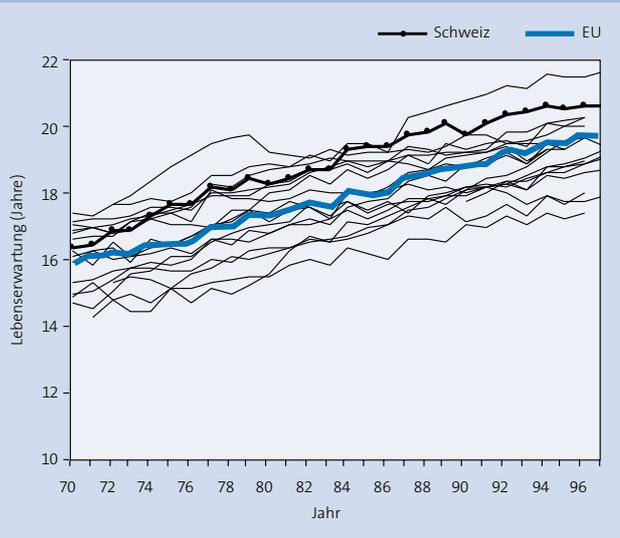
Lebenserwartung bei Geburt, Frauen



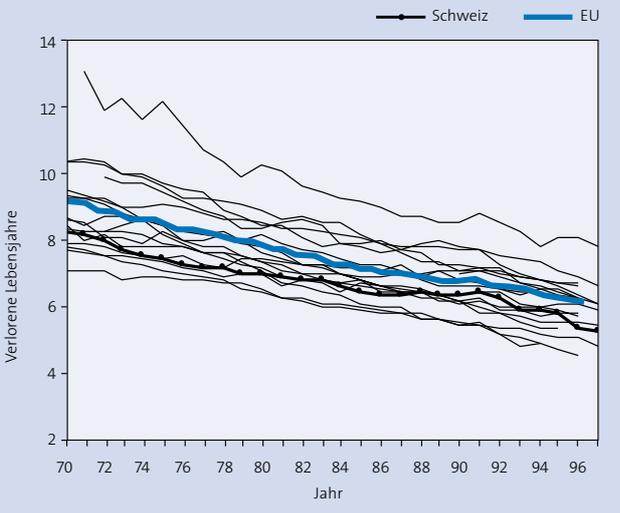
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, Männer



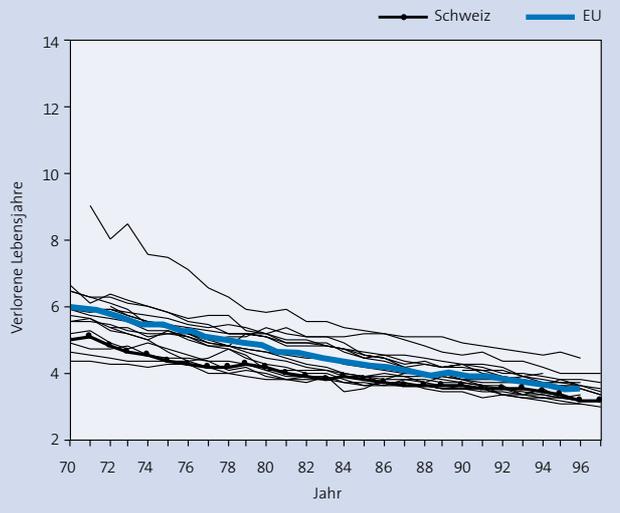
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, Frauen



Verkürzung der Lebenserwartung der Männer durch Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr



Verkürzung der Lebenserwartung der Frauen durch Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr

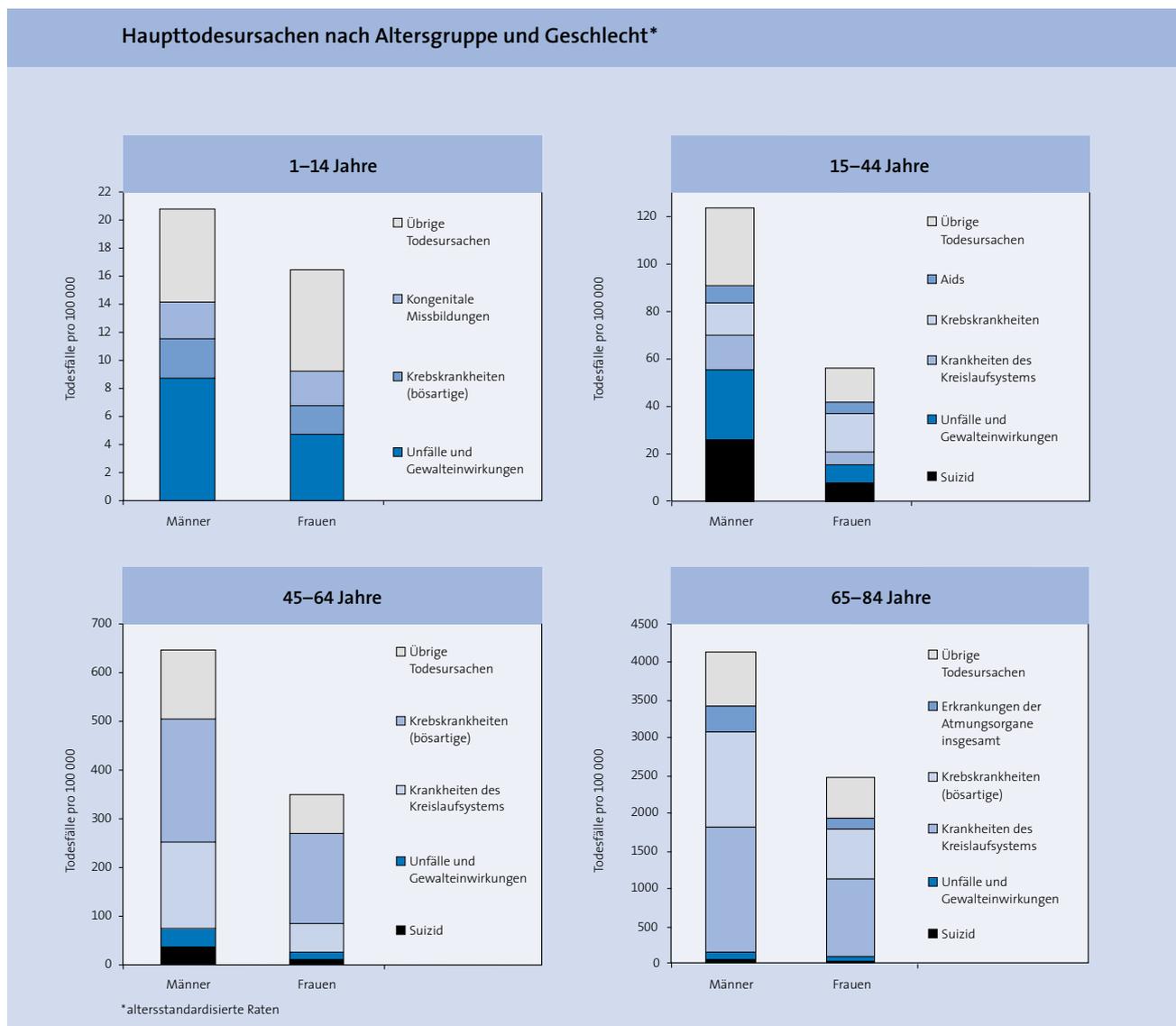


Haupttodesursachen

Rund drei Viertel aller Todesfälle lassen sich auf die drei häufigsten Gruppen von Todesursachen zurückführen: Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebskrankheiten sowie Unfälle und Gewalteinwirkungen einschliesslich Suizid. Auf diese Ursachen ist nicht nur eine noch immer grosse Zahl von Todesfällen vor dem 65. Lebensjahr zurückzuführen, sondern mit ihnen ist auch eine beträchtliche Krankheitslast (Leiden, Behinderungen) verbunden. Da sie zudem wesentlich mit individuellen und kollektiven Gewohnheiten und Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen, die gesundheitliche Risiken beinhalten, gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung, mit denen sich solche Risiken verringern lassen. Um dieses Potenzial abzuschätzen, soll im Folgenden die Situation in den verschiedenen Altersgruppen beleuchtet werden.

Im Alter von 1–14 Jahren ist das Sterblichkeitsrisiko im Vergleich zu den anderen Altersgruppen mit Abstand am geringsten. Die absolute Zahl der Todesfälle liegt in dieser Altersgruppe bei etwas über 200 pro Jahr, wobei die höhere Sterblichkeit der Jungen vor allem unfallbedingt ist. Unfälle und Gewalteinwirkungen fordern bei beiden Geschlechtern am meisten Todesopfer, gefolgt von kongenitalen Missbildungen und Krebskrankheiten.

Im Alter von 15–44 Jahren erhöht sich die Sterblichkeit der Männer deutlich und ist bis zum Alter von 64 Jahren rund doppelt so hoch wie die der Frauen. In absoluten Zahlen ausgedrückt, sterben in der Schweiz pro Jahr etwas mehr als



2000 15- bis 44-jährige Männer und knapp 1000 Frauen dieses Alters. Die höhere Sterblichkeit der Männer erklärt sich hauptsächlich durch wesentlich höhere Unfall- und Suizidraten sowie ein etwas höheres Risiko, an Herz-Kreislaufkrankheiten zu sterben.

Im Alter von 45–64 Jahren stehen Krebskrankheiten an erster Stelle der Todesursachen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems. Es besteht weiterhin eine starke höhere Sterblichkeit der Männer, bedingt durch eine etwas höhere Krebsmortalität und vor allem eine gut dreimal höhere Sterbeziffer bei Herz-Kreislaufkrankheiten. Ein gewaltsamer Tod kommt in dieser Altersgruppe zwar nicht seltener vor (rund 800 Männer und gut 200 Frauen pro Jahr), sondern sogar etwas häufiger bei den Männern und fast doppelt so häufig bei den Frauen. Der relative Anteil dieser unfallbedingten Todesfälle und Suizide verringert sich jedoch aufgrund der sich mehr als verzehnfachenden Sterbeziffern der Krebs- und Kreislaufkrankheiten.

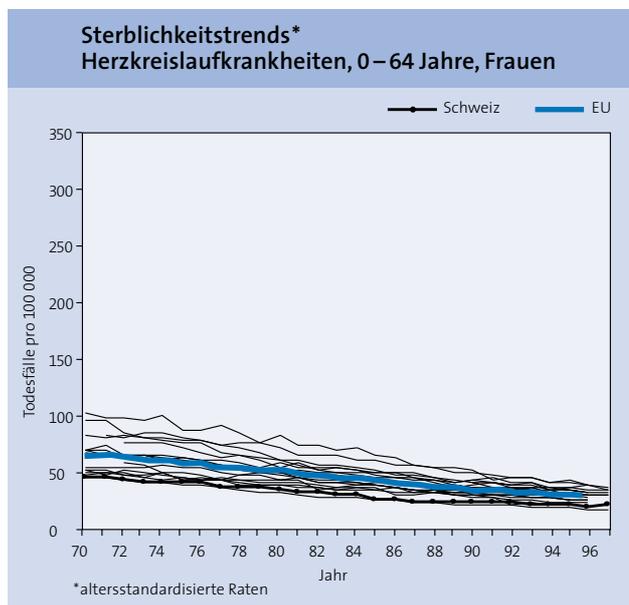
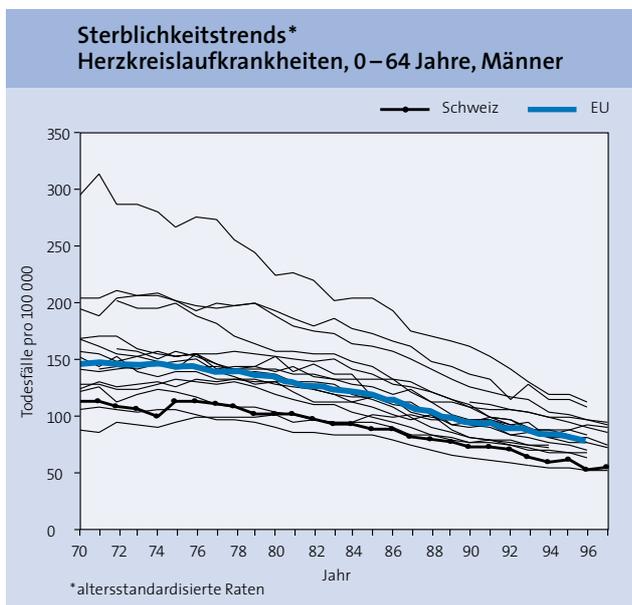
In der Altersgruppe 65–84 Jahre setzt sich diese Entwicklung weiter fort, wobei Krankheiten des Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die häufigste Todesursache sind, gefolgt von Krebs und Krankheiten der Atmungsorgane.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich Verbesserungen vor allem durch eine Reduktion der Unfall- und Suizid-todesfälle von 15- bis 44-jährigen Männern und durch ein zeitlich verzögertes Auftreten von Herz-Kreislaufkrankheiten sowie eine Verringerung der Sterblichkeit bei diesen und bei Krebs (die Haupttodesursachen im Alter von 45–64 Jahren) erreichen liessen.

Herz-Kreislaufkrankheiten

Krankheiten des Kreislaufsystems sind, insgesamt gesehen, die häufigste und bei den unter 65-Jährigen die zweithäufigste Todesursache. Die Sterbeziffern der Herz-Kreislaufkrankheiten bei 0- bis 64-Jährigen sind in den vergangenen Jahrzehnten in allen europäischen Vergleichsländern kontinuierlich gesunken, nicht zuletzt als Folge intensiver präventiver Massnahmen und therapeutischer Fortschritte. Die Schweiz hat in der Altersgruppe 0–64 Jahre seit langem sehr niedrige Sterbeziffern zu verzeichnen – bei den Hirngefässkrankheiten sogar die niedrigsten überhaupt. 1997 schnitt bezüglich aller Herz-Kreislauf-todesfälle bei beiden Geschlechtern nur Frankreich etwas besser ab.

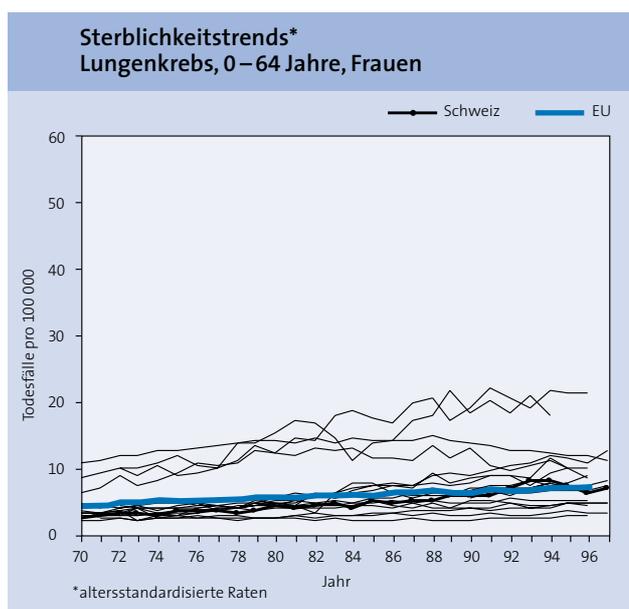
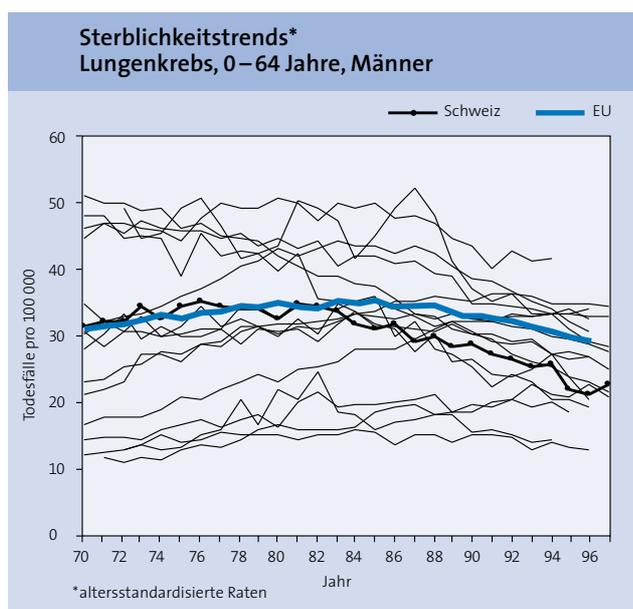
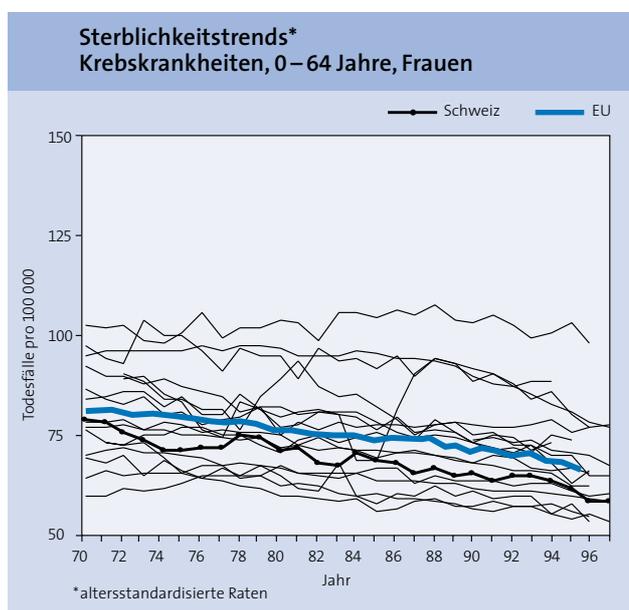
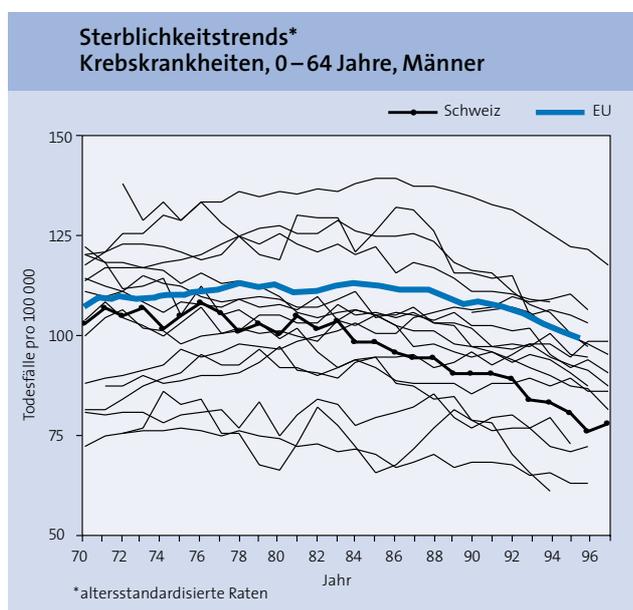
Daraus folgt allerdings nicht, dass diesbezüglich kaum mehr weitere Fortschritte zu erwarten sind, denn eine niedrige Sterblichkeit lässt nicht notwendig auf eine niedrige Auftretenshäufigkeit (Inzidenz) dieser Krankheiten schliessen. Zudem weist die Prävalenz der entsprechenden Risikofaktoren (s. Kapitel Lebensstil) darauf hin, dass durchaus noch Verbesserungen möglich sind.



Krebskrankheiten

Die Sterblichkeit der Männer im Alter von 0–64 Jahren ist, wenn man alle Krebserkrankungen zusammennimmt, seit 1980 deutlich zurückgegangen. 1997 weisen nur Island, Schweden, Finnland und Norwegen niedrigere Sterbeziffern auf. Ähnlich ist die Situation bezüglich der am häufigsten vorkommenden Art, dem Lungenkrebs: Hier sind die Werte in der Schweiz ab 1980 – früher als im EU-Durchschnitt – gesunken. Neben den genannten vier Ländern weisen nur noch Irland und Grossbritannien bessere Werte auf.

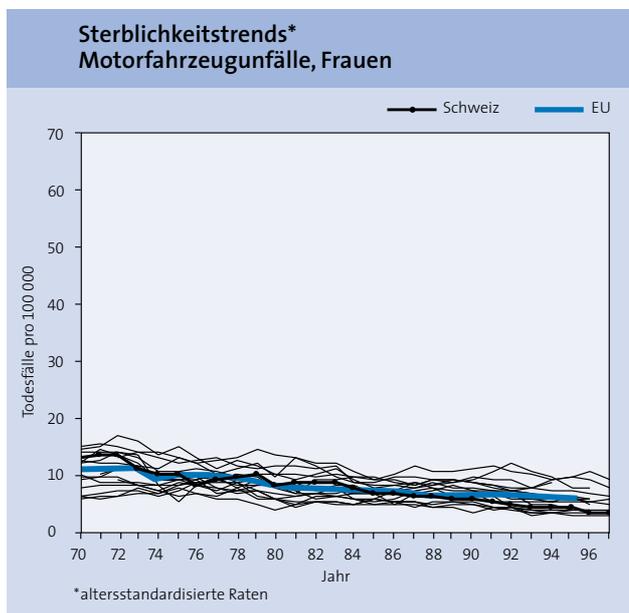
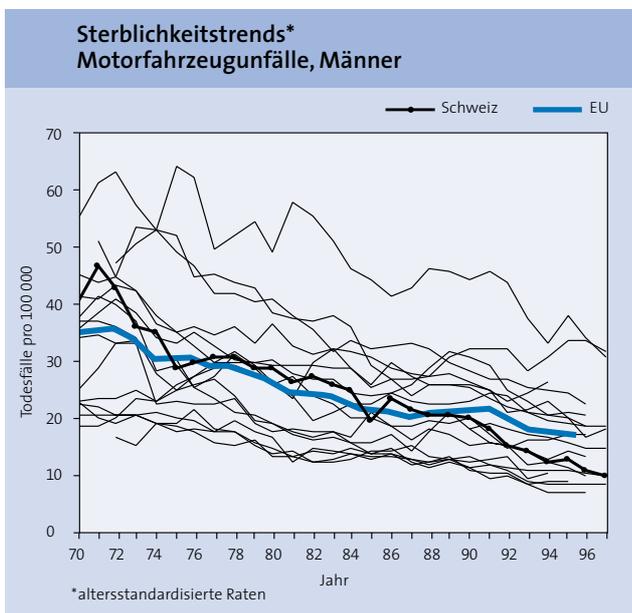
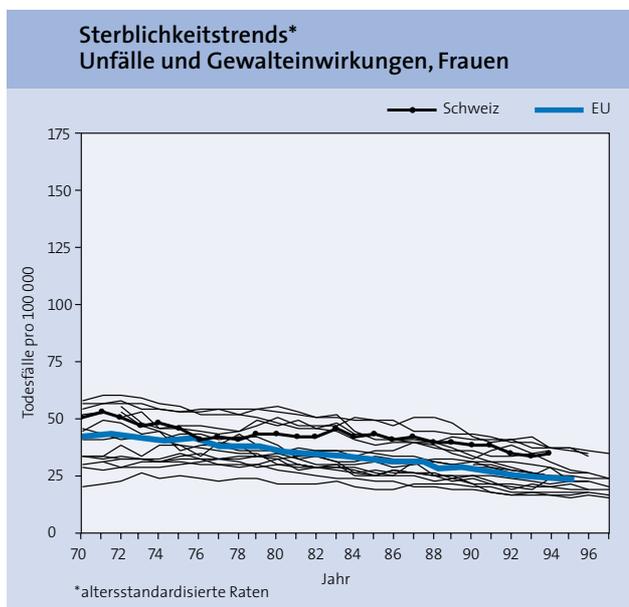
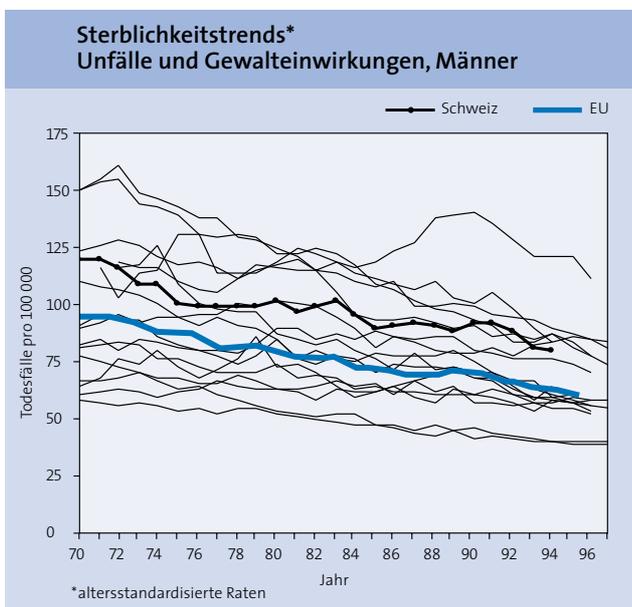
Bei den 0- bis 64-jährigen Frauen findet sich die Schweiz bezüglich der Krebssterblichkeit insgesamt auf dem sechsten Platz, hinter Finnland und Griechenland, Spanien, Portugal sowie Frankreich. Auch hier hat um 1980 eine rückläufige Entwicklung eingesetzt. Umgekehrt ist die Situation beim Lungenkrebs, wo seit mehreren Jahrzehnten eine Zunahme der Sterblichkeit zu verzeichnen ist. Während die Schweiz bis Ende der 80er Jahre unter dem EU-Durchschnitt lag, bewegt sie sich nun um dieses Mittel.



Unfälle und Gewalteinwirkungen

Hier werden alle Todesfälle zusammengefasst, die nicht durch organische Störungen wie Krankheiten verursacht worden sind, sondern auf Unfälle, (unfallmässige) Vergiftungen, Gewalttätigkeit (Homizid) und Suizid zurückzuführen sind. Generell ist das Risiko, durch einen Unfall, insbesondere im Strassenverkehr, oder durch Gewalteinwirkung zu sterben, in der EU seit 1970 deutlich gesunken. Auch in der Schweiz ist dieser Trend zu beobachten, jedoch liegen die Sterbeziffern sowohl der Frauen als auch der Männer nach wie vor um einiges über dem Durchschnitt der EU. Nach den letzten verfügbaren Daten weisen unter den Vergleichsländern nur Finnland, Belgien, Frankreich und bei den Frauen noch Luxemburg höhere Sterbeziffern auf.

Die überdurchschnittlichen Sterbeziffern in der Schweiz hängen vermutlich mit einer sehr hohen Suidzidrate (s. unten) zusammen. Denn bemerkenswerterweise deckt sich die schweizerische Rate der bei Motorfahrzeugunfällen Getöteten (die einen grossen Teil dieser Todesfälle ausmachen) weitgehend mit den Durchschnittswerten der EU und liegt seit Ende der 80er Jahre bei beiden Geschlechtern sogar unter den EU-Durchschnittswerten. So waren 1997 die Frauen nur in Grossbritannien seltener von solchen Todesfällen betroffen als in der Schweiz, und die Männer fanden sich auf dem fünften Platz unter den Vergleichsländern.

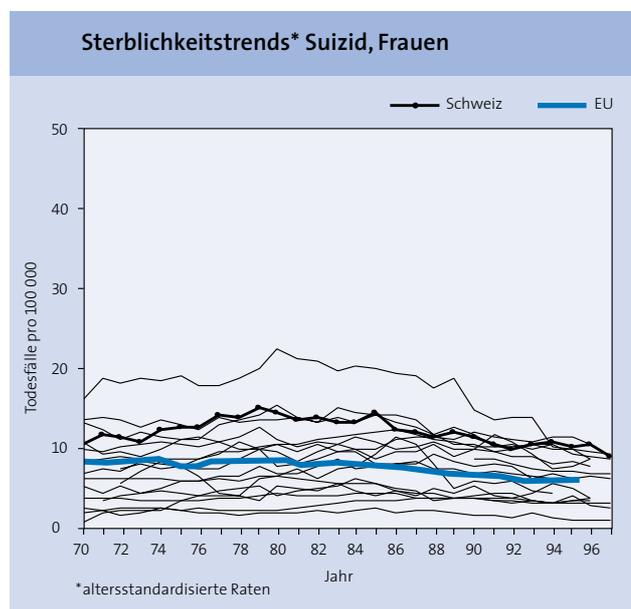
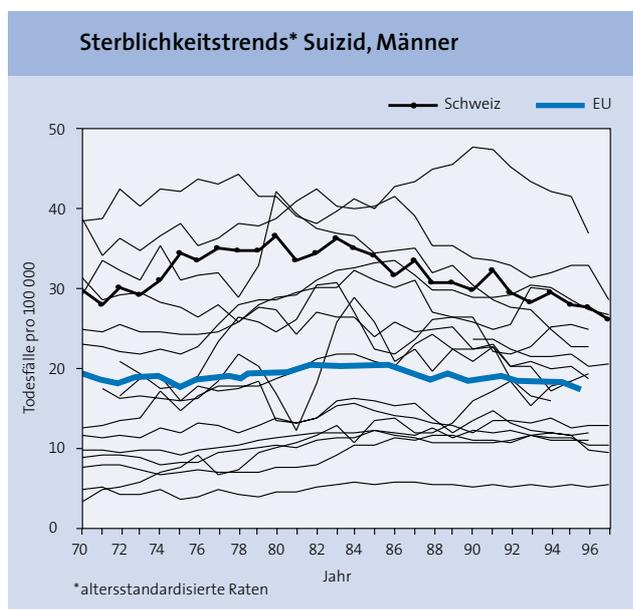


Psychische Gesundheit

Obwohl das psychische Wohlbefinden einen wesentlichen Aspekt der gesundheitlichen Lebensqualität darstellt, ist in der Regel wenig Information vorhanden, um diese Dimension auf der Bevölkerungsebene zuverlässig beschreiben und mit der Situation in anderen Ländern vergleichen zu können. Suizid kann zumindest als ein indirekter Indikator psychischer Störungen bzw. mangelnden psychischen Wohlbefindens betrachtet werden.

Wie in anderen Ländern werden auch in der Schweiz Suizidversuche häufiger von Frauen unternommen, während die Rate des vollendeten Suizids bei den Männern fast dreimal höher ist. Obwohl etwa seit 1980 bei beiden Geschlechtern ein rückläufiger Trend zu beobachten ist, findet sich die Schweiz mit Finnland, Belgien, Österreich und Frankreich auch 1997 noch unter den Vergleichsländern mit den höchsten Suizidraten. Pro Jahr sterben in der Schweiz rund 1000 Männer durch Suizid (über 700 im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) und rund 400 Frauen (knapp 300 zwischen 15 und 64 Jahren).

Das Niveau des psychischen Wohlbefindens und die Prävalenz psychischer Probleme in der Schweizer Bevölkerung sind 1997 zum zweiten Mal im Rahmen der Gesundheitsbefragung erhoben worden. Dabei zeigte sich wie schon in früheren Untersuchungen, dass das psychische Wohlbefinden mit dem Alter zunimmt bzw. der Anteil der Männer und Frauen mit beeinträchtigtem Wohlbefinden von rund 30% unter den 15- bis 34-Jährigen auf unter 20% bei den über 65-Jährigen abnimmt. 3–4% der 15- bis 64-Jährigen begeben sich im Laufe eines Jahres wegen psychischer Probleme in Behandlung; nach dem 65. Lebensjahr ist dies kaum mehr der Fall. Häufiger kommt es wegen einer Depression zu einer Behandlung, und zwar vor allem im mittleren Alter: 4% der Männer zwischen 35 und 64 Jahren und rund 7% der Frauen ab 35 sind deswegen im Laufe eines Jahres in ärztlicher Behandlung.

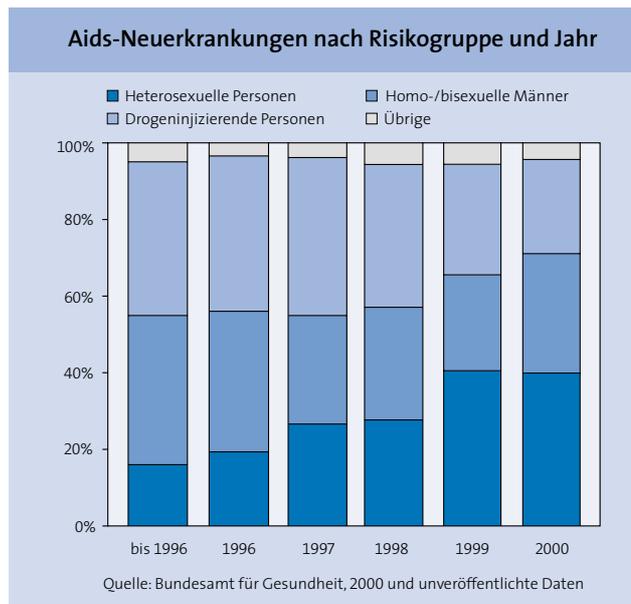
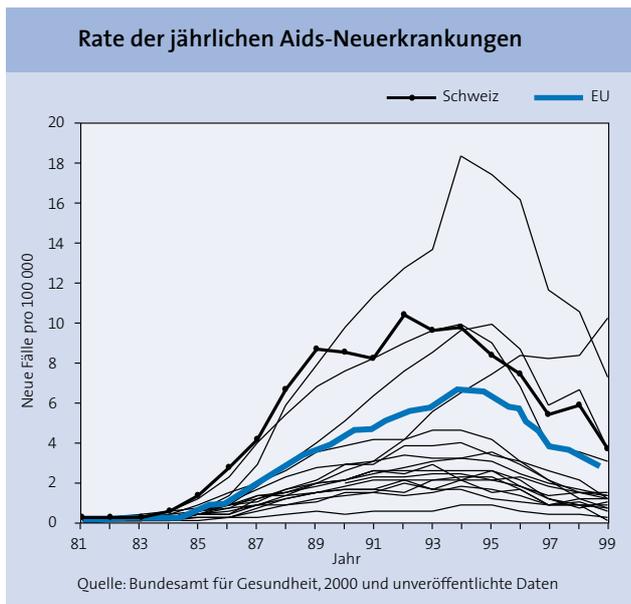


HIV-Infektion und Aids

Die Immunschwächekrankheit Aids wird durch das HI-Virus verursacht, welches auf drei Arten übertragen wird: durch sexuellen Kontakt, durch Transfusion von infiziertem Blut oder Blutprodukten und Verwendung nicht steriler Spritzen sowie von der Mutter aufs Kind. Die Inkubationszeit beträgt bis zu 10 Jahre oder mehr.

Nach einem rapiden Anstieg in den 80er Jahren nimmt die Rate der neu diagnostizierten Aidsfälle seit 1994 in der Schweiz und den meisten Vergleichsländern wieder deutlich ab. Mit 3.6 Fällen pro 100 000 Einwohner weist die Schweiz 1999 nach Spanien, Portugal und Italien die vierthöchste Rate auf, was 240 neu erkrankten Personen entspricht. Diese Reduktion ist das Ergebnis der Behandlung mit neuen





Medikamenten, durch die sich der Ausbruch der Krankheit verzögern lässt. Gleichzeitig ist auch die Zahl der Aids-todesfälle (1998 ca. 120) stark zurückgegangen, wozu die wirksameren Therapien wesentlich beigetragen haben. Deshalb nimmt, trotz der rückläufigen Inzidenz, die Zahl der lebenden Personen mit Aids zu (1998 schätzungsweise 2000).

Auch die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen (1999 rund 600) nimmt seit 1991/92 kontinuierlich ab, und zwar vor allem bei drogeninjizierenden Personen und Männern, die Sex mit Männern haben. Heterosexueller Kontakt ist seit 1990 der dominierende Übertragungsweg, dessen Anteil seit 1997 bei über 50% liegt. Diese Tendenz wird auch bei den Neuerkrankungen sichtbar, bei denen der Anteil heterosexueller Personen von 20% in 1996 auf 40% in 1999 angestiegen ist. Ende 1999 betrug die Anzahl lebender Personen mit einer HIV-Diagnose (noch nicht Erkrankte) schätzungsweise 15 000, wovon rund ein Drittel Frauen waren (UNAIDS/WHO, 2000; Bundesamt für Gesundheit, 2000).

Behinderung und lang dauernde Krankheit

Die Verbreitung von lang dauernder Krankheit und Behinderungen stellt ein wichtiges Kriterium der gesundheitlichen Lebensqualität der Bevölkerung dar. Dennoch erlaubt die Datenlage vorläufig kaum zuverlässige internationale Vergleiche. So sind etwa Angaben über die Zahl der Invaliditätsrentner von den nationalen Sozialhilfesystemen und der entsprechenden Gesetzgebung abhängig. In der Schweiz stehen Invaliditätsrentnern Renten «für Personen mit eingeschränkter Bildungs- und Erwerbsfähigkeit» zu, mithin nur bis zum Erreichen der Erwerbsaltersgrenze. Danach kommt für alle Einwohner die gesetzliche Altersversicherung (AHV) auf.

Da Frauen aufgrund der generellen Beschäftigungssituation seltener als Männer einen Erwerbsausfall geltend machen können, beziehen nur 2.5% der weiblichen Bevölkerung (Alter 0–62 Jahre) eine Invalidenrente gegenüber 3.3% der männlichen (0–65 Jahre). Über die Prävalenz von Behinderungen und Gebrechen oberhalb dieser Altersgrenze ist aufgrund dieser Daten keine Aussage möglich.

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung waren 1997 rund 15% der Bevölkerung von einem chronischen oder länger als ein Jahr dauernden Gesundheitsproblem betroffen. Die Häufigkeit solcher Probleme nimmt mit dem Alter zu – von gut 10% bei den 15- bis 34-Jährigen auf über 20% bei den 55- bis 64-Jährigen –, wobei die Anteile der Frauen in allen Altersgruppen höher sind als die der Männer. Auch Anghörige der sozialen Unterschicht sind bei beiden Geschlechtern deutlich häufiger betroffen.

Lang dauernde Krankheiten sind im höheren Alter besonders verbreitet. Ab dem 65. Lebensjahr hat gut ein Viertel der in einem unabhängigen (privaten) Haushalt lebenden Männer ein solches gesundheitliches Problem, und unter den Frauen sind

es gut 30%. Bei beiden Geschlechtern waren rund 60% im Laufe eines Jahres wegen einer chronischen Krankheit in ärztlicher Behandlung.

Auch körperliche Behinderungen sind ab dem höheren Alter häufiger, wobei eingeschränkte Mobilität zumindest bei den noch im eigenen Haushalt Lebenden im Vordergrund steht, gefolgt von Seh- und Hörbehinderungen. Ab dem 75. Lebensjahr sind 5% der Männer und 4% der Frauen in den Verrichtungen des täglichen Lebens (ADL) wie Essen oder Körperpflege eingeschränkt.

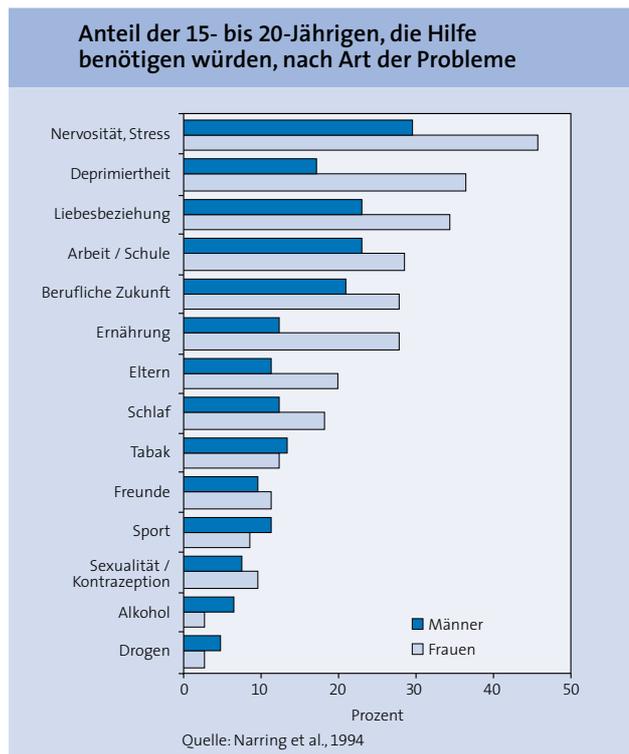
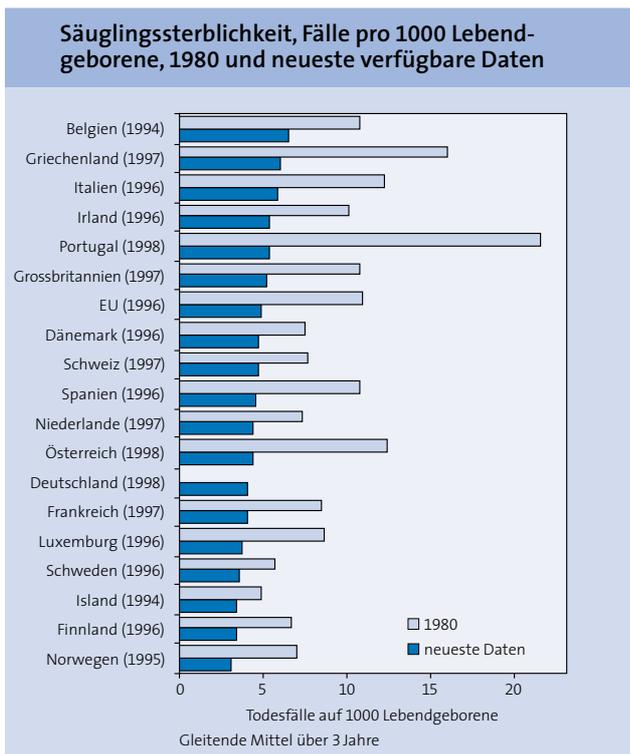
Kinder und Jugendliche

Das erste Lebensjahr ist hinsichtlich des Sterberisikos eine der «gefährlichsten» Phasen des Lebens. Erst um das Alter von 55 Jahren steigen die Sterbeziffern wieder auf dieselbe Höhe an. Dieses Risiko ist in den vergangenen 20 Jahren im Durchschnitt der EU-Länder um mehr als 50% gesunken. Die Schweiz, welche schon 1980 einen vergleichsweise niedrigen Wert aufwies, liegt heute mit knapp 5 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburtens etwas unter diesem Durchschnitt. Ein niedriges Geburtsgewicht ist ein bedeutender Faktor für die neonatale Sterblichkeit (bis zum 28. Tag). In der Schweiz liegt der Anteil der Neugeborenen mit einem Gewicht unter 2500g weiterhin bei gut 5%, was auch mit der häufigeren Anwendung reproduktionsmedizinischer Methoden im Zusammenhang steht, die öfter zu Mehrfachgeburten führen.

Grosse Fortschritte sind bezüglich der oralen Gesundheit von Kindern erzielt worden, was sich längerfristig auf den Gesundheitszustand und insbesondere auf das Verdauungssystem positiv auswirken wird. Mit nur etwas mehr als durchschnittlich einem beschädigten oder fehlenden Zahn nehmen die 12-jährigen Schweizer Kinder diesbezüglich einen der besten Plätze unter den Vergleichsländern ein.

In der Adoleszenz haben die Jugendlichen den Übergang in die Erwachsenenrolle zu bewältigen, was u.a. mit verhaltensmässigem Experimentieren und Imitieren einhergeht. Dies beinhaltet auch eine gewisse Vulnerabilität: Akute Gesundheitsprobleme können aus Unfällen, Drogenexperimenten, unsicheren sexuellen Praktiken oder ungewollten Schwangerschaften resultieren. Langfristig kann die Gewöhnung an spezifische Lebensstilmuster zu chronisch-degenerativen Krankheiten führen.

Welche Probleme bei Jugendlichen im Vordergrund stehen, zeigte eine Befragung von 15- bis 20-Jährigen (Narring et al., 1994): Fast die Hälfte der Mädchen und knapp ein Drittel der Jungen sagten, sie bräuchten Hilfe zur Bewältigung von Spannungen



und Stress, gefolgt von Problemen emotionaler Art (Niedergeschlagenheit, Liebesbeziehungen), Schwierigkeiten in der Schule, mit der beruflichen Zukunft, den Eltern usw. Die hohe Prävalenz emotionaler Probleme wird auch durch eine internationale Studie zur Gesundheit von Schülern (*Currie et al., 2000*) belegt. Danach berichten 51% der 15-jährigen Schweizer Mädchen, sie fühlten sich mindestens einmal pro Woche niedergeschlagen, womit sie sich unter 28 Vergleichsländern auf dem fünften Platz und die Jungen (22%) im Mittelfeld finden.

Frauen

Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer und haben innerhalb der Vergleichsländer bei allen Haupttodesursachen niedrigere Sterblichkeitsraten. Hingegen berichten sie bei Befragungen über häufigere Beeinträchtigungen durch Krankheit und Beschwerden und nehmen in höherem Masse die Gesundheitsdienste in Anspruch, insbesondere im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

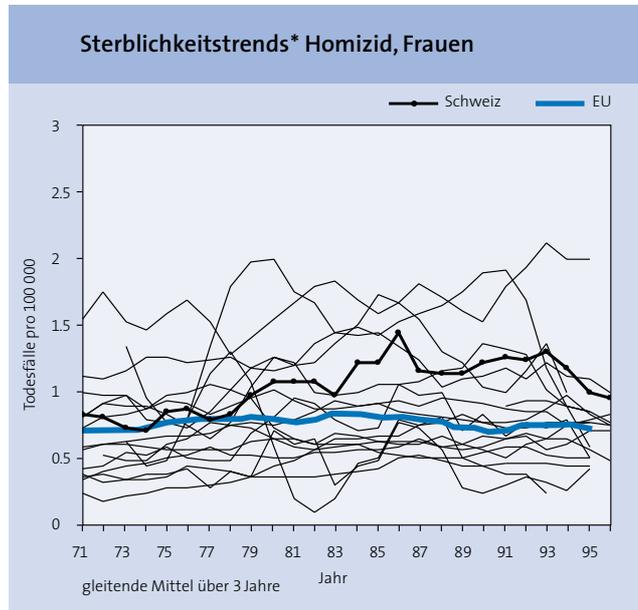
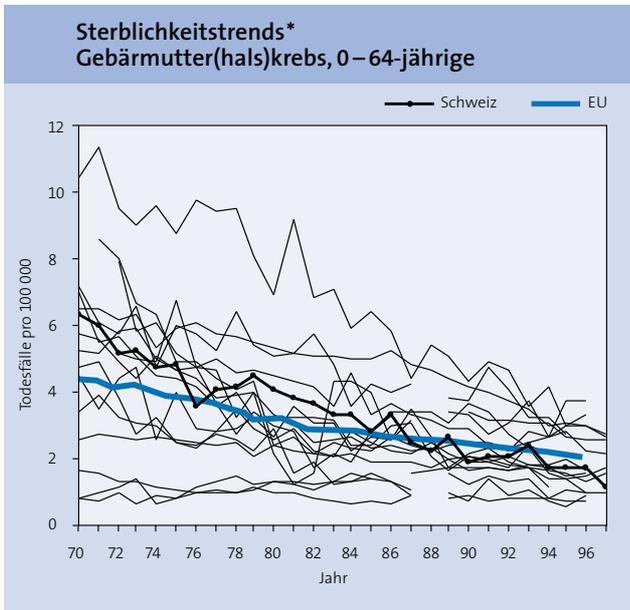
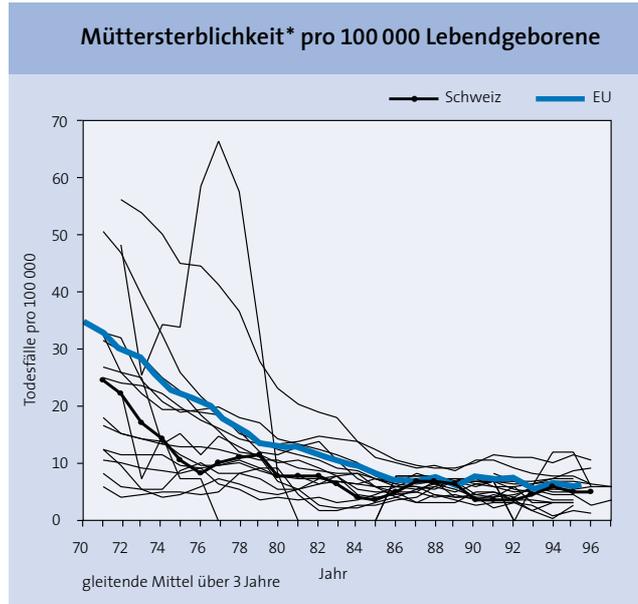
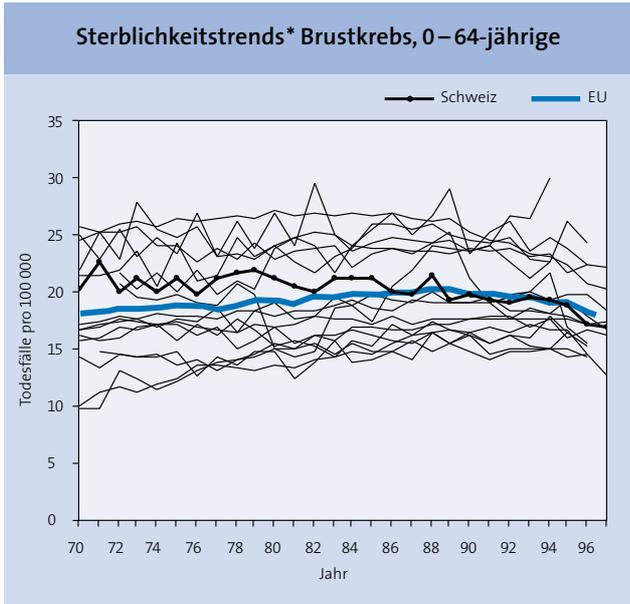
Ab dem 35. Lebensjahr ist gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 etwa jede dritte Frau durch häufige bzw. starke körperliche Beschwerden wie Kopf-, Kreuz/Rücken-, Bauchschmerzen oder Schlafstörungen betroffen, während dies nur auf jeden 5. Mann zutrifft. Zudem scheint die Häufigkeit solcher Beschwerden zugenommen zu haben. Auch chronische Probleme, etwa Rheuma und hoher Blutdruck, sind bei Frauen stärker verbreitet, und zwar besonders im Alter. Unter den 65-Jährigen und Älteren lassen sich im Laufe eines Jahres um die 40% wegen solcher Probleme ärztlich behandeln, und ein gutes Drittel der Frauen in diesem Alter nimmt regelmässig Medikamente gegen Bluthochdruck.

In Bezug auf die Lebenserwartung belegen die Frauen in der Schweiz den zweiten Platz innerhalb der Vergleichsländer und weisen dementsprechend niedrige Sterbeziffern auf. Ausnahmen stellen etwa die durch Gewalt verursachten Todesfälle, vor allem Suizide, und die Krebskrankheiten dar. Brustkrebs ist die häufigste Todesursache der unter 65-jährigen Frauen in der Schweiz und fordert in dieser Altersgruppe rund 500 Tote pro Jahr (rund 1400 über alle Altersgruppen). Eine Verbesserung zeichnet sich insofern ab, als in der Schweiz – früher als im EU-Durchschnitt – ein rückläufiger Trend eingesetzt hat, so dass die Sterbeziffern des Landes in jüngster Zeit unter diesem Durchschnitt liegen. Zudem sind in der Westschweiz, wo die Sterblichkeit bei dieser Krebsart besonders hoch war, Früherkennungsprogramme ange laufen. Auch beim Gebärmutterhalskrebs, der allerdings viel weniger häufig auftritt, ist eine markante Reduktion der Sterblichkeit erreicht worden.

Die Müttersterblichkeit ist bis etwa 1980 in der Schweiz wie im Durchschnitt der EU-Länder stark zurückgegangen, und seither bewegt sich die Schweiz mit durchschnittlich fünf Todesfällen pro 100 000 Lebendgeborene leicht unterhalb dieses Durchschnitts.

Gewalt gegen Frauen wird erst in jüngerer Zeit als ein Problem wahrgenommen, mit dem sich «Public Health» auseinander zu setzen hat. Entsprechend schlecht ist der Informationsstand bezüglich der Formen und des Ausmasses bzw. der Häufigkeit solcher Gewalt. Neuere Schätzungen der Weltbank (*Heise, 1994*) weisen darauf hin, dass in den Ländern mit marktwirtschaftlichem System bei Frauen im reproduktiven Alter etwa 20% der Tage mit beeinträchtigter Gesundheit auf das Konto geschlechtsspezifischer Gewalt gehen. Bei einer landesweiten Befragung einer Stichprobe von 20- bis 60-jährigen Frauen (*Gillioz et al., 1997*), die in einer Partnerschaft lebten, sagten 1996 6% aus, dass sie im Laufe der 12 Monate vor der Befragung physische oder sexuelle Gewalt erlebt hätten. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung hielten es 1997 ebenfalls 6% der über 15-jährigen Frauen für wahrscheinlich, in den kommenden 12 Monaten sexuellen Belästigungen ausgesetzt zu sein, und 3.5%, zu sexuellen Handlungen gezwungen zu werden. Unter den 15- bis 20-Jährigen haben nach eigener Aussage 18% schon einmal eine Form sexueller Aggression erlebt (*Narring et al., 1994*).

Ein Hinweis auf die Bereitschaft zu Gewalttätigkeit besteht darin, dass Frauen relativ häufig Opfer von Tötungsdelikten werden. Die Schweiz belegt diesbezüglich den dritten Platz unter den Vergleichsländern.



*altersstandardisierte Raten



Lebensstil

Unter den zahlreichen Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen (z.B. genetische Disposition, materielle und soziale Lebensverhältnisse), kommt dem Verhalten eine entscheidende Bedeutung zu. Lebensstilmerkmale wie Ernährungsgewohnheiten, Ausmass an körperlicher Bewegung, Rauchen oder übermässiger Alkoholkonsum spielen eine wesentliche Rolle im Hinblick auf Krankheitsanfälligkeit und das Risiko, früher zu sterben, hauptsächlich an Herz-Kreislauf- und Krebskrankheiten. Diese Krankheiten stellen in den meisten Ländern die Haupttodesursachen in der Bevölkerung unter 65 Jahren dar. Eine ungesunde Lebensweise führt darüber hinaus zu einer Vielzahl von chronischen Erkrankungen, mithin zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität generell und vor allem im Alter.

Der individuelle Lebensstil ist geprägt durch die kollektiven Verhaltensmuster der Bezugsgruppe einer Person sowie durch die sozioökonomischen Lebensbedingungen. So hat sich gezeigt, dass Verbesserungen des Lebensstils zumindest in den westeuropäischen Ländern im Wesentlichen auf die Angehörigen ökonomisch privilegierter sozialer Schichten beschränkt blieben, die über bessere Voraussetzungen verfügen, um gesund zu leben und gesundheitsfördernde Botschaften aufzunehmen (WHO 1993, 1999).

Risikofaktoren

Das Ausmass, in dem Lebensstilmuster das Krankheitsgeschehen und die Sterblichkeit in einer Bevölkerung beeinflussen, lässt sich an der Häufigkeit von Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel oder Übergewicht abschätzen. Für keines dieser Kriterien liegen für die Schweiz repräsentative und aktuelle medizinische Daten vor. Die folgenden Angaben beruhen auf Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 1997 (Calmonte et al., 2000).

Erhöhte Blutdruck- und Blutfettwerte treten ab dem Alter von 40 Jahren häufiger auf. Unter den 55- bis 64-Jährigen war oder ist eine von vier Frauen und einer von fünf Männern im Laufe eines Jahres wegen Bluthochdruck in Behandlung und 18% bzw. 17% nehmen aus diesem Grund täglich Medikamente. Bei rund einem Fünftel der Männer und einem Viertel der Frauen dieses Alters ist ein erhöhter Cholesterinspiegel festzustellen.

Übergewicht wird durch den so genannten Body Mass Index (BMI) beschrieben, der aus dem Verhältnis von Gewicht und Grösse errechnet wird. Übergewicht ist

Prävalenz von Bluthochdruck und erhöhtem Blutfettspiegel (Cholesterin), nach Alter und Geschlecht				
Alter	Geschlecht	Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel, ärztlich diagnostiziert (%)
		In Behandlung (%)	Einnahme von Arzneimitteln (%)	
35–44 Jahre	Männer	5	1	11
	Frauen	4	3	5
45–54 Jahre	Männer	15	10	19
	Frauen	12	8	13
55–64 Jahre	Männer	21	17	24
	Frauen	25	18	19
65–74 Jahre	Männer	35	27	24
	Frauen	42	29	25

Quelle: Bundesamt für Statistik. Unveröffentlichte Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997

Prävalenz (%) von Übergewicht gemäss dem Body Mass Index (BMI)*, nach Alter und Geschlecht			
Alter	Geschlecht	Übergewicht (BMI 25-<30)	Adipositas (BMI ≥30)
25–34 Jahre	Männer	26	6
	Frauen	13	4
35–44 Jahre	Männer	36	5
	Frauen	18	6
45–54 Jahre	Männer	48	9
	Frauen	24	7
55–64 Jahre	Männer	49	12
	Frauen	31	13
65–74 Jahre	Männer	48	11
	Frauen	35	13

* BMI : Gewicht in kg / (Grösse in m)²
Quelle: Bundesamt für Statistik. Unveröffentlichte Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997

unter den Männern besonders verbreitet: Bereits unter den 25- bis 34-Jährigen gilt fast jeder Dritte als leicht oder sogar stark übergewichtig (adipös). Ab dem mittleren Lebensalter ist bei knapp der Hälfte (leichteres) Übergewicht und bei rund 10% Adipositas festzustellen. Bei den Frauen ab 55 Jahren weisen rund ein Drittel Übergewicht und gut 10% Adipositas auf. Mit steigendem Bildungsniveau nimmt bei beiden Geschlechtern der Anteil der Normalgewichtigen zu und jener der Adipösen ab. Verglichen mit den Befragungsergebnissen von 1992/93 zeichnet sich eine Tendenz zunehmender Verbreitung von Übergewicht und Adipositas ab.

Körperliche Aktivität

Da das Ausmass an körperlicher Bewegung im Lebens- und Arbeitsalltag des grössten Teils der Bevölkerung in Westeuropa abgenommen hat, kommt körperlichen Aktivitäten in der Freizeit eine grössere Bedeutung für die Gesunderhaltung zu.

In der Schweizer Bevölkerung geht der Anteil derjenigen, die mindestens ein- bis zweimal pro Woche eine körperlich anstrengende, zum Beispiel sportliche Aktivität ausüben, bereits ab dem 25. Lebensjahr zurück. Knapp ein Drittel der Männer im Alter von 35–44 Jahren (31%) hatte 1997 keine solche Aktivität und bei den 65- bis 74-Jährigen traf dies auf 45% zu. Für die Frauen liegen die entsprechenden Werte bei 40% und 63%. Seit 1992/93 sind bei beiden Geschlechtern die Anteile derer, die dreimal oder öfter pro Woche körperlich aktiv sind, unter den Jüngeren tendenziell zunehmend und unter den Älteren weitgehend gleich geblieben. Hingegen ist der Anteil der Personen mit ein- bis zweimaliger körperlicher Aktivität pro Woche rückläufig, und zwar vor allem bei den Frauen (*Bundesamt für Statistik, 1997*).

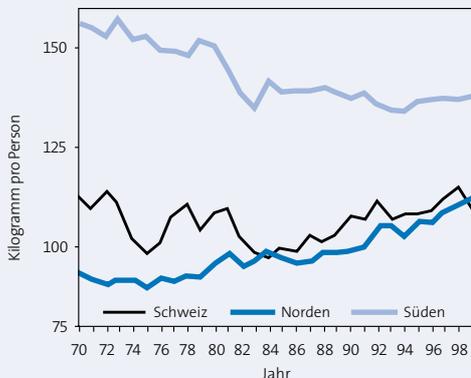
Ernährung

Ernährungsgewohnheiten sind in kulturellen Traditionen verankert und durch die landwirtschaftliche bzw. die Lebensmittelproduktion beeinflusst. Sie haben sich jedoch infolge der Globalisierung des Lebensmittelmarktes, rascherer Transportmöglichkeiten, effizienterer Konservierungstechniken und gestiegener Kaufkraft zumindest bei grossen Teilen der Bevölkerung beträchtlich verändert. Dies führt tendenziell zu einer gewissen Angleichung unterschiedlicher Ernährungsmuster, wie sie etwa zwischen Nord- und Südeuropa bestehen.

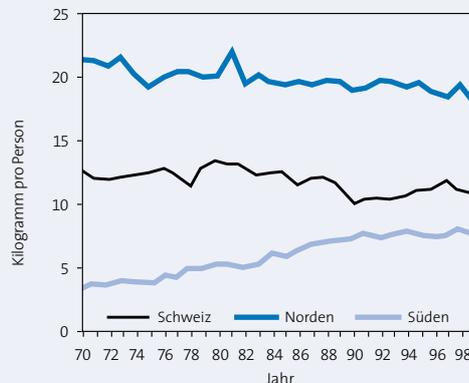
Die Unterschiede zwischen den Ernährungsgewohnheiten im Norden und Süden von Westeuropa werden auch durch die Lebensmittelverbrauchsdaten belegt, welche die FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) seit den 60er

Ernährungsverhalten 1970–1999: Verzehr ausgewählter Lebensmittel

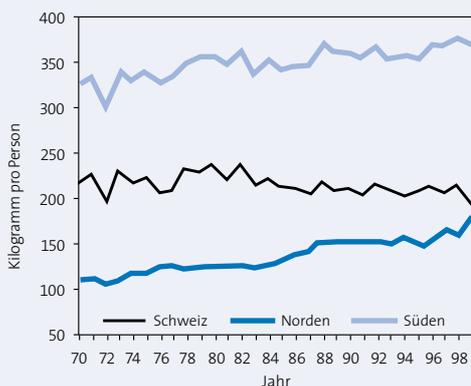
Getreide



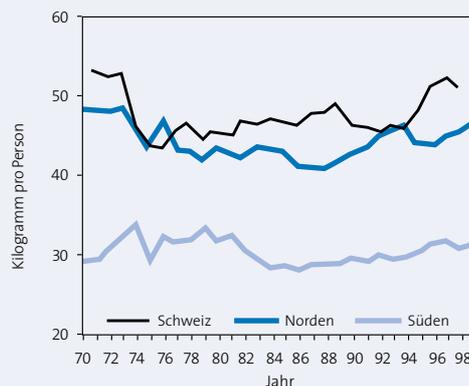
Tierisches Fett



Früchte und Gemüse



Zucker*



Süden: Durchschnittswert für Griechenland, Italien, Spanien und Portugal (gewichtet nach Bevölkerung)
 Norden: Durchschnittswert für Dänemark, Finnland, Schweden, Norwegen und Island (gewichtet nach Bevölkerung)
 *) Daten der Schweiz: über 3 Jahre gleitende Mittel

Jahren national und international erhebt.² Danach ist für den Norden Europas ein hoher Konsum gesättigter Fette, der mit einem geringen Konsum von Früchten und Gemüse einhergeht, typisch, während auf den Süden das Gegenteil zutrifft.

Der Verbrauch von Getreide in der Schweiz entspricht etwa dem Durchschnitt der nordischen Länder und zeigt ebenfalls steigende Tendenz. Ein ähnlicher Trend lässt sich beim Zuckerkonsum beobachten, wobei das Verbrauchsniveau der Schweiz über dem nordischen Durchschnitt liegt. Hingegen liegt die Schweiz hinsichtlich des Konsums von tierischen Fetten sowie von Früchten und Gemüse zwischen den beiden Durchschnittswerten des Nordens und des Südens. Während jedoch der Verbrauch von tierischen Fetten seit 1980 kontinuierlich abnimmt und sich dem südländischen Durchschnitt nähert, nimmt auch der Konsum von Früchten und Gemüse ab und erreichte am Ende der 90er Jahre das niedrige Niveau der nordischen Länder.

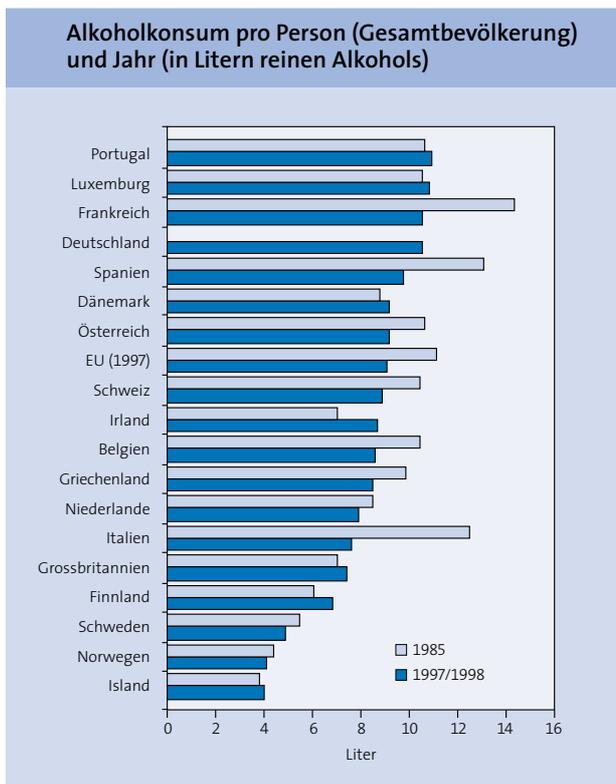
² Die rasche Ausbreitung des internationalen Handels wurde 1994 durch die Ausdehnung des internationalen Freihandelsabkommens auf Lebensmittel (GATT Uruguay Round) noch beschleunigt. Dieser Prozess hat sich auf die Zuverlässigkeit nationaler Lebensmittelstatistiken ausgewirkt, so dass internationale Vergleiche seit 1994 schwieriger geworden sind.

Fisch kommt im Binnenland Schweiz noch immer vergleichsweise selten auf den Tisch: nur bei 6% der Bevölkerung (Alter 15–74 Jahre) mindestens dreimal pro Woche. Fleisch und Wurstwaren isst fast jeder zweite Mann an 5–6 Tagen pro Woche (19%) oder täglich (30%), bei den Frauen sind es je 15%. Seit 1992/93 scheint der Anteil des weissen Fleisches (Geflügel, Kalb) zuzunehmen. Rund ein Drittel der Bevölkerung zieht dieses dem roten Fleisch vor, Frauen (45%) mehr als Männer (26%). Knapp 80% der Frauen und knapp 70% der Männer essen täglich Früchte (*Bundesamt für Statistik, 1997*).

Alkoholkonsum

In der EU insgesamt ist der Konsum alkoholischer Getränke nach einem Anstieg in den 70er Jahren seit 1980 stetig zurückgegangen. In der Schweiz setzte dieser Rückgang 1985 ein, bei Bier und Wein besonders deutlich ab 1990. Seit 1985 reduzierte sich der Gesamtkonsum um rund 15% und lag 1997 mit 9.2 Litern (reinem) Alkohol pro Kopf der Bevölkerung und Jahr knapp unter dem EU-Mittel. Zwischen 1996 und 2000 lag der mittlere Pro-Kopf-Verbrauch bei jährlich 59 Litern Bier (72 Liter Pro-Kopf-Verbrauch der Bevölkerung ab 15 Jahren), 43 Litern Wein (53 Liter) und 3.7 Litern gebrannten Wassern (4.5 Liter). Bier machte rund 30% des gesamten Konsums an (reinem) Alkohol aus, Wein 52% und Spirituosen 16% (*Eidgenössische Alkoholverwaltung, 2001*).

Gemäss der Gesundheitsbefragung von 1997 nimmt jeder vierte Mann und jede zehnte Frau täglich alkoholische Getränke zu sich und weitere 15% bzw. 6% mehrmals pro Woche, während 11% der Männer und 26% der Frauen keinen Alkohol trinken. Für den weitaus grössten Teil der Bevölkerung, gut 80% der Männer und knapp 70% der Frauen, stellen die durchschnittlichen Konsummengen pro Tag zumindest im Hinblick auf chronische Gesundheitsprobleme kein Risiko dar (<20g reiner Alkohol pro Tag für Frauen bzw. <40g für Männer). Um die 4% der Frauen und Männer gehen aufgrund ihrer Alkoholkonsumgewohnheiten ein mittleres gesundheitliches Risiko ein (20–40g/Tag bzw. 40–60g/Tag), und bei gut 3% der Männer sowie knapp 1% der Frauen ist dieses Risiko hoch ≥40g bzw. ≥60g/Tag).



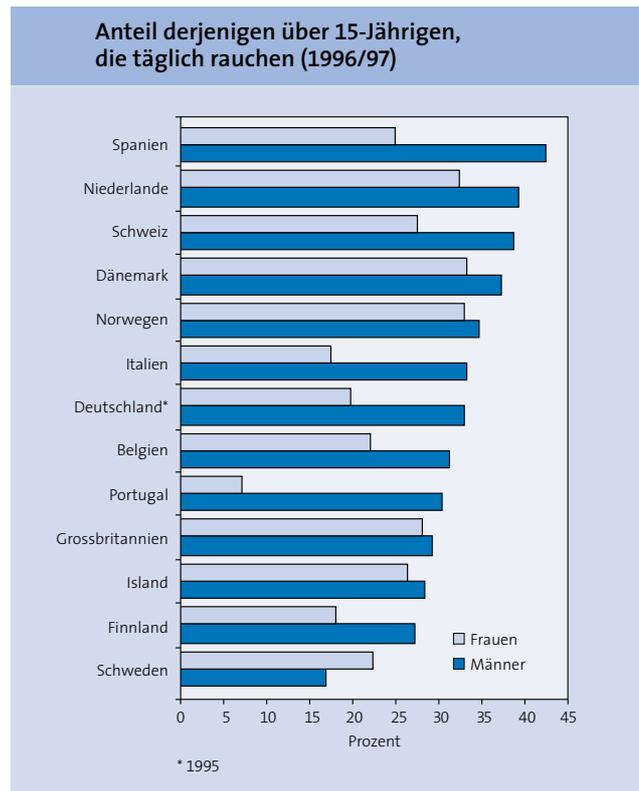
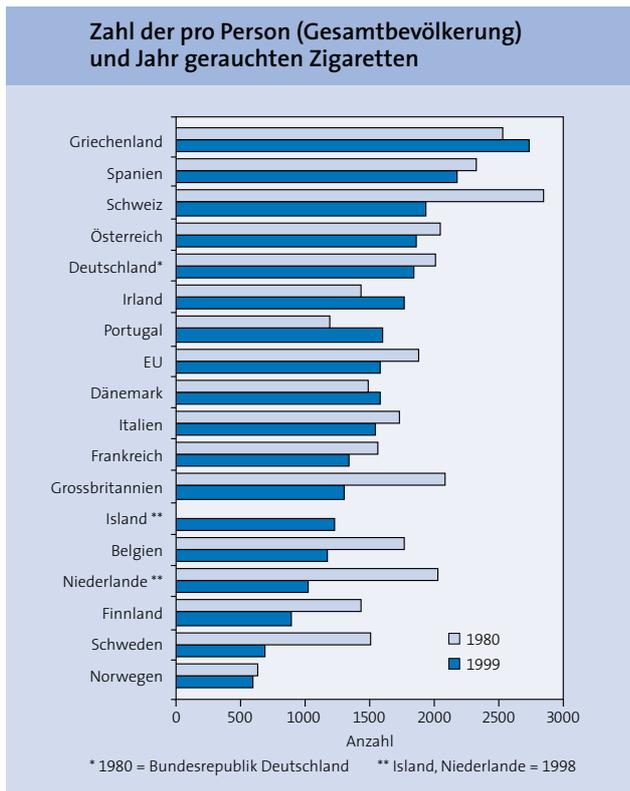
Rauchen

Rund ein Drittel der über 15-jährigen Schweizer Bevölkerung, nämlich 38% der Männer und 27% der Frauen rauchten 1997 gelegentlich oder regelmässig. Seit 1992/93 hat der Raucheranteil besonders bei den 15- bis 24-jährigen Frauen und Männern deutlich zugenommen. Im Alter von 15 bis 44 Jahren rauchten 1997 rund 45% der Männer und gut 35% der Frauen.

Innerhalb der europäischen Vergleichsländer nimmt die Schweiz sowohl bezüglich der pro Kopf der Bevölkerung täglich gerauchten Zigaretten als auch bezüglich der Rate der täglich rauchenden Männer – soweit entsprechende Surveydaten vorliegen – den dritten Platz ein. Was die Rate der regelmässig rauchenden Frauen angeht, zählt die Schweiz zwar nicht zu der Spitzengruppe, belegt aber doch einen der vorderen Plätze.

Die Schweiz hat in jüngster Zeit verstärkte Anstrengungen zur Kontrolle des Tabakkonsums unternommen. So ist im Juni 2001 ein entsprechendes Dokument zu einer nationalen Tabakpolitik vorgelegt worden. Auch die europäischen und globalen Anstrengungen in diesem Bereich hat die Schweiz aktiv unterstützt.





Konsum illegaler Drogen

Unter den 15- bis 39-Jährigen hatte 1997 jeder dritte Mann und jede fünfte Frau mindestens einmal im Leben Haschisch konsumiert, und 9.5% bzw. 4.5% konsumierten es noch im Befragungsjahr. Besonders unter den 15- bis 24-Jährigen hat die Prävalenz des Konsums zugenommen: sie betrug 16% bei den Männern und 9% bei den Frauen. In der Regel beginnt dieser Konsum vor dem 18. Lebensjahr (*Gmel, 2000*).

Die Lebenszeitprävalenz so genannter harter Drogen liegt zum gleichen Zeitpunkt bei 4.6%, nämlich 6% unter den Männern und 3.3% unter den Frauen im Alter von 15 bis 39 Jahren. Sie ist am höchsten beim Kokain (3.2%), gefolgt von Ecstasy (2.1%), Amphetaminen (1.2%) und Heroin (1%). Seit 1992/93 ist sowohl bezüglich der Lebenszeitprävalenz als auch des aktuellen Konsums eine leichte Zunahme zu verzeichnen. 1997 erklärten knapp 1% (1.3% der Männer und 0.5% der Frauen), solche Drogen noch immer zu konsumieren.

Die drogenbedingten Todesfälle, die anfangs der 90er Jahre jährlich über 400 betragen, sind ab 1995 stetig zurückgegangen, im Jahre 1998 auf 210, also fast auf die Hälfte (*Bundesamt für Polizei, 1999*). Diese positive Entwicklung wird vor allem auf die Programme der ärztlich kontrollierten Heroinverschreibung zurückgeführt, mit denen auch wesentliche Verbesserungen etwa bezüglich des sozial unerwünschten Verhaltens (z.B. Kriminalität, Prostitution) und vor allem der sozialen und beruflichen Integration, mithin der Lebensqualität der drogenabhängigen Personen erzielt worden sind (*Uchtenhagen, 1996*).

Umwelt

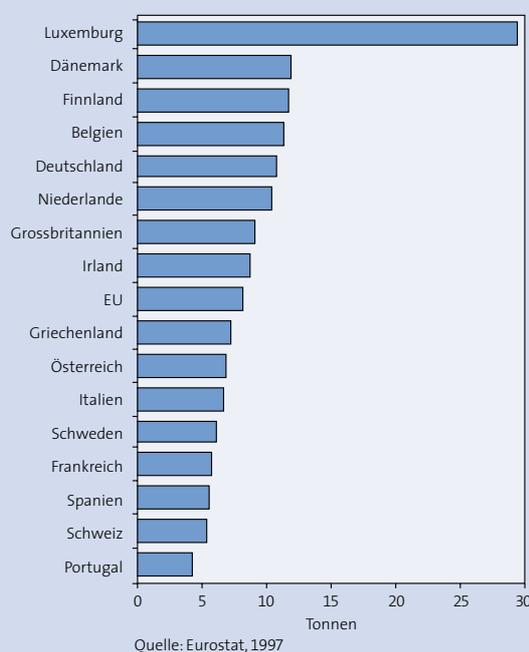
Die Gesundheit des Menschen ist Gefährdungen durch akute und lang dauernde Auswirkungen von schädlichen Substanzen in der Umwelt ausgesetzt. In langfristiger Perspektive geht es darum, für eine nachhaltige, der Gesundheit förderliche Entwicklung zu sorgen und insbesondere die Nahrungskette (Wasser, agrarische Produkte) vor einer Belastung mit schädlichen Substanzen zu schützen. Kurzfristig haben Umweltschutzbemühungen zum Ziel, potenziell schädliche Situationen zu vermeiden oder mindestens zu begrenzen. Dabei hat man der Tatsache Rechnung zu tragen, dass nicht alle Menschen bzw. soziale Gruppen in gleichem Masse Belastungen aus der Umwelt ausgesetzt oder durch deren Auswirkungen gefährdet sind. So werden etwa Kinder, schwangere Frauen und ältere oder kranke Personen durch die Luftverschmutzung oder kontaminierte Nahrung mit grösserer Wahrscheinlichkeit beeinträchtigt als andere Gruppen.

Zudem beobachtet man eine Häufung von bestimmten Umweltbedingungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen. Zum Beispiel geht ein niedriges Einkommen oft mit belastenden Umweltfaktoren am Arbeitsplatz (schädliche Substanzen, erhöhtes Unfallrisiko) und mit schlechten Wohnverhältnissen (hohe Wohndichte, Luftverschmutzung, Lärm usw.) einher. Solche Bedingungen können Gesundheit und Wohlbefinden sowohl in direkter als auch in indirekter Weise beeinflussen, insofern sie akuten Stress oder chronische Belastungen verursachen, die wiederum Anlass für ungesunde Bewältigungsstrategien wie Einnahme von Medikamenten oder exzessiven Konsum von Alkohol geben.

Luftqualität

Unter den Stoffen, die durch menschliche Aktivität in die Atmosphäre gelangen, ist das bei der Verbrennung fossiler Energieträger entstehende Kohlendioxid (CO₂) von besonderer, globaler Bedeutung. In der Schweiz sind etwa 90% der Emissionen klimaverändernder sogenannter Treibhausgase auf solche Verbrennungsprozesse zurückzuführen, wozu Haushalte, Industrie/Gewerbe und Strassenverkehr etwa zu gleichen Teilen beitragen. Die Menge des pro Jahr und Einwohner produzierten CO₂ ist seit Beginn der 80er Jahre etwa konstant geblieben. Absolut gesehen ist jedoch ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der vor allem auf den Strassenverkehr zurückzuführen ist (*AefU, 1997; Bundesamt für Statistik, 1998*). Die Schweiz zählt unter den europäischen Nachbarn zu den Ländern mit den niedrigsten CO₂-Emissionen pro Kopf der Bevölkerung. Wie in den meisten europäischen Ländern wurden die Schwefeldioxidemissionen in den letzten Jahrzehnten deutlich reduziert, so dass heute die geltenden Immissionsgrenzwerte nicht überschritten werden. Was die übrigen Luftschadstoffe angeht, stellt der Luftverschmutzungsgrad jedoch noch immer ein Problem dar. So liegen die Belastungen bei Stickstoffdioxid und Ozon zum Teil erheblich über den Grenzwerten, wobei wie auch beim Feinstaub (PM10) eher die mittleren als die Spitzenbelastungswerte bedeutsam sind (*AefU, 1997*).

Kohlendioxid-Emissionen aus fossilen Brennstoffen (Tonnen pro Einwohner) 1994



Wasserqualität und Gewässerschutz

Das Trinkwasser wird zu je rund 40% aus Quell- und Grundwasser und zu ca. 20% aus Seen gewonnen. Nur 29% des über das öffentliche Versorgungsnetz verteilten, im Wesentlichen den Oberflächengewässern entnommenen Wassers wird in einem

mehrstufigen Verfahren aufbereitet. Das Wasser ist generell von hygienisch guter Qualität, während der Grad der Belastung, etwa mit Nitrat, regional variiert. Es liegen jedoch zur Zeit noch keine systematischen Messwerte vor. Seit 1970 liegt der mittlere Trinkwasserverbrauch im Haushalt weitgehend stabil bei ca. 180 Litern pro Einwohner und Tag. Die meisten Haushalte sind an ein öffentliches Trinkwassernetz angeschlossen; vereinzelte Haushalte, vor allem in entlegenen Berggebieten, haben eigene Brunnen. Anfangs der 90er Jahre wurde das Abwasser von gut 90% der Einwohner einer zentralen Abwasserreinigungsanlage zugeführt (*Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft, 1994*).

Abfälle

Die in den industrialisierten Ländern in hohen Mengen entstehenden Abfälle stellen wegen der damit verbundenen Schadstoffbelastung von Luft, Wasser und Böden eine Bedrohung der Gesundheit dar. Nach einem massiven Anstieg in den 80er Jahren sind in der Schweiz aufgrund einer neuen Gesetzgebung und verstärkter Recyclingmassnahmen die jährlichen Abfallmengen seit Beginn der 90er Jahre rückläufig. Lag das Land 1990 mit 439 kg Siedlungsmüll pro Einwohner deutlich über dem Durchschnitt der EU-Länder in Höhe von 388 kg (*Eurostat, 1997*), so waren es 1996 nur noch 352 kg (*Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft, 1998*). Was die Entsorgung angeht, werden heute rund drei Viertel aller Abfälle bzw. 80% der Siedlungsabfälle Verbrennungsanlagen zugeführt.

Der Anteil wiederverwerteten Materials am Gesamtverbrauch beträgt gut 60% bei Papier, je rund 80% bei Glas und PET, 55% bei Weissblech (*Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft, 1998*).

Wohnen – Wohnumwelt

Die Wohnverhältnisse – Wohnqualität, Wohnzone und Infrastruktur – haben generell Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen. Besonders problematisch ist jedoch die gesundheitliche Situation von Obdachlosen. Sie leiden häufig unter gesundheitlichen Problemen, die typischerweise mit Armut einhergehen: Ernährungsmangel, Infektionskrankheiten, psychosozialer Stress aufgrund von sozialer Isolation und Unsicherheit usw.

Während in den meisten Mitgliedstaaten der EU in den letzten Jahren Studien über das Ausmass von Obdachlosigkeit und prekärer Wohnverhältnisse entstanden sind, kann man sich in der Schweiz nur auf Schätzwerte über die Situation in den grösseren Städten stützen. Obdachlosigkeit im eigentlichen Sinne dürfte relativ selten sein; eine neuere Studie (*Leu et al., 1997*) weist jedoch darauf hin, dass u.a. aufgrund der gestiegenen Arbeitslosigkeit und einer sich verschärfenden ökonomischen Situation bedeutende Anteile spezifischer Bevölkerungsgruppen in kritischen Wohnverhältnissen (Überbelegung, schlechte Wohnqualität usw.) leben. Während insgesamt 11% der Bevölkerung in überbelegten Wohnungen leben, sind es je gut ein Viertel der jungen Familien und der Ausländer, von den Familien mit mehr als zwei Kindern sogar 44% (*Bundesamt für Statistik, 1998*).

Was die Wohnverhältnisse generell betrifft, betrug 1990 die Wohnfläche pro Person 39m² (1980: 34m²) und die Wohndichte lag bei 0.63 Personen pro Zimmer. Allerdings waren 28% der Wohnungen mit mindestens einer Person pro Zimmer belegt (*Bundesamt für Statistik, 1998*).

Mit der fortschreitenden Verstädterung sowie zunehmendem Strassen- und Flugverkehr ist der Lärm und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit zu einem Problem geworden. So steht unter den Störungen im Wohnbereich weiterhin der Verkehrslärm an erster Stelle. Je 28% der 1997 im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung befragten Frauen und Männer empfinden in ihrer Wohnung den Verkehrslärm als lästig und 19% werden durch Lärm aus Nachbarwohnungen gestört.

Schutz vor der Gefahr, zu Hause oder bei Freizeitaktivitäten zu verunfallen, ist im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung ein wichtiger Faktor, zumal es in diesem Bereich zu mehr Verletzungen kommt, als durch Berufs- und Strassenverkehrsunfälle verursacht werden.

Wegen eines Sport- oder anderen Freizeitunfalls mussten 1997 2.3% der männlichen und 1% der weiblichen Bevölkerung (ab 15. Lebensjahr) im Krankenhaus und weitere 5.9% bzw. 3.5% ambulant ärztlich behandelt werden. Wegen eines Unfalls im Haushalt (Wohnung, Haus und Garten) waren 0.5% der Männer und 0.8% der Frauen in Krankenhaus- sowie je weitere 1.7% bzw. 2.9% in ambulanter ärztlicher Behandlung (*Calmonte et al., 2000*). Während Haushaltsunfälle mit steigendem Alter häufiger auftreten, sind von Sport- und anderen Freizeitunfällen vor allem die jüngeren Altersgruppen betroffen.

Arbeitsplatz

Gefährdungen und Belastungen am Arbeitsplatz sind noch immer eine nennenswerte Ursache von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Todesfällen. Dennoch ist im Allgemeinen wenig über Formen, Häufigkeit und Ausmass gefährlicher Arbeitsbedingungen sowie über die Zahl der Arbeitsplätze bzw. betroffenen Personen bekannt. Die Häufigkeit von anerkannten Berufskrankheiten, bei denen eine Invalidenrente zugesprochen wird, gibt einen Hinweis auf die Höhe des Risikos, obwohl diese Zahlen das wahre Ausmass generell unterschätzen. In der Regel wird nur ein kleiner Teil der gemeldeten Fälle anerkannt, und zwischen der Meldung und einer Anerkennung kann sehr viel Zeit verstreichen.

In der Schweiz scheint bei den Berufskrankheiten ein leicht rückläufiger Trend vorzuliegen. 1997 wurden 2844 Neuerkrankungen von Männern und 814 von Frauen gemeldet, was einer rohen Rate von 14.1 bzw. 6.8 pro 10 000 Vollbeschäftigte entspricht (*Bundesamt für Statistik, 1999*).

Das Risiko, bei der Berufsausübung einen Unfall zu erleiden, ist hingegen beträchtlich höher. Obwohl die Rate der in der Schweiz bei Berufsunfällen Verletzten seit 1980 substanziell reduziert worden ist, war sie 1996 mit 870 Verletzten (1127 Männer und 420 Frauen) bezogen auf 100 000 Versicherte (in Vollzeitstellen ausgedrückt) noch immer hoch (*Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG, 1996*). Bei den Berufsunfällen lassen sich keine direkten Vergleiche mit den Vergleichsländern anstellen, da die Erhebungsmethoden voneinander abweichen. So weist zum Beispiel die Eurostat-Statistik nur Unfälle aus, die eine Arbeitsplatzabwesenheit von mehr als drei Tagen zur Folge hatten.

Gut 100 Personen kommen jährlich bei einem Berufsunfall ums Leben. Dies entspricht einer Rate von 3.2 Todesfällen pro 100 000 Versicherte (1996). Gemessen an den Raten von anfangs der 90er Jahre stellt dies eine deutliche Reduktion dar. Da jedoch in Ländern wie Grossbritannien oder den Niederlanden geringere Raten verzeichnet werden, lässt sich folgern, dass in der Schweiz diesbezüglich noch Fortschritte möglich sind.

Gesundheitssystem³

Struktur und Organisation

Das schweizerische Gesundheitswesen trägt einen ausgeprägt föderalistischen Charakter, so dass nicht von einem einheitlichen Gesundheitssystem gesprochen werden kann. Der gesamte Bereich der Gesundheitsversorgung ist vielmehr – entsprechend der Anzahl der Kantone und Halbkantone – in 26 mehr oder weniger unterschiedliche Systeme gegliedert. Die Aufsicht der Gesundheitsdienste obliegt den kantonalen Gesundheitsdirektoren (Ministern), deren Kompetenz allerdings durch die Gesetzgebung auf Bundesebene, insbesondere das Krankenversicherungsgesetz (KVG), begrenzt wird. Zudem gilt die verfassungsmässig garantierte Niederlassungs- und Gewerbefreiheit auch für die Leistungserbringer des Gesundheitswesens (ambulanter und stationärer Sektor). Die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sind in der «Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)» zusammengeschlossen, die durch Empfehlungen und gemeinsame Stellungnahmen eine gewisse Koordination und Harmonisierung der Gesundheitspolitik anstrebt.

Die Kompetenzen des Bundes beschränken sich auf die Bereiche der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung sowie des öffentlichen Gesundheitswesens (public health). Sie werden mit Ausnahme des Umweltbereichs durch das Eidg. Departement des Innern wahrgenommen. Der Bund erlässt in der Regel Rahmengesetze, während Ausführungsbestimmungen und Vollzug den Kantonen und Gemeinden übertragen werden. Die Aufsicht wird durch das dem Innenministerium unterstellte Bundesamt für Gesundheit wahrgenommen. Zu den hauptsächlichen Aufgaben dieses Amtes zählen:

- Überwachung übertragbarer Krankheiten
- Strahlenschutz und Kontrolle chemischer Produkte
- Lebensmittelsicherheit
- Betäubungsmittelgesetzgebung und -kontrolle
- Prävention von Abhängigkeit (Alkohol, Tabak, Arzneimittel, illegale Drogen)
- Prüfungswesen für medizinische Berufe (Humanmedizin, Zahnärzte, Apotheker)
- Berufsbildungsgesetzgebung (Ausbildung in den paramedizinischen Berufen)

Im Bereich der Krankenversicherung hat der Bund Gesetzgebungs- und Aufsichtskompetenz, welche durch das ebenfalls dem Innenministerium unterstehende Bundesamt für Sozialversicherung ausgeübt wird. Seit 1996, dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG), besteht für alle in der Schweiz wohnhaften Personen für die Grundversicherung Versicherungspflicht. Die im Bereich der Grundversicherung tätigen Versicherungsgesellschaften sind bei dem genannten Bundesamt registriert und diesem gegenüber rechenschaftspflichtig. Darüber hinaus darf mit diesen Aktivitäten kein Gewinn erwirtschaftet und niemandem der Abschluss dieser obligatorischen Grundversicherung verweigert werden. Ein gewisses Mass an Solidarität wird durch eine alters- und geschlechtsunabhängige, einheitliche Prämie erreicht, deren Höhe allerdings zwischen den Kantonen und innerhalb des Kantons zwischen den Versicherern variiert. Dies hängt unter anderem mit unterschiedlichen Kostenniveaus in den Kantonen und dem Wettbewerb unter den Versicherern zusammen. Die Versicherungsprämien sind unabhängig von der Einkommenshöhe, jedoch erhalten einkommensschwache Personen bzw. Familien von Bund und Kanton einen Beitrag zu den Prämien. Im schweizerischen Durchschnitt kamen 1998 gut 30% der Versicherten in den Genuss einer solchen Prämienverbilligung, wobei bezüglich dieser Quote deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen (*Bundesamt*

³ Eine detailliertere Beschreibung findet sich in dem Dokument «Health Care Systems in Transition (HiT) Switzerland» (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

für Sozialversicherung, 2000). Erwachsene Versicherte haben einen gesetzlichen Selbstbehalt (Franchise) an ambulanten Behandlungskosten und Medikamenten von 230 Franken pro Jahr zu tragen. Versicherungsnehmer können durch Wahl einer höheren Franchise, mithin Beteiligung am Risiko, oder einer alternativen Versicherungsform (z.B. HMO, Bonussysteme) eine Prämienreduktion erwirken.

Bei der Festlegung der im Rahmen der Grundversicherung zu erbringenden Pflichtleistungen kommt den Bundesbehörden insofern eine gewisse Steuerungskompetenz zu, als diese gemäss Gesetzesvorgabe «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen. Das Spektrum umfasst hauptsächlich Leistungen zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen im ambulanten und stationären Bereich einschliesslich der Pflege zu Hause und in Heimen, notwendige Transportkosten, gewisse Präventionsmassnahmen sowie wenige zahnärztliche Behandlungen.

Knapp 40% der Bevölkerung haben eine freiwillige Zusatzversicherung für komfortablere Unterbringung im Krankenhaus. Im Unterschied zur Grundversicherung haben Versicherer bei diesen Zusatzversicherungen die Möglichkeit, Antragsteller abzulehnen oder deren Aufnahme mit Vorbehalten zu verbinden.

Alle Arbeitnehmer sind seit 1984 gemäss Bundesgesetz zur Unfallversicherung obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und anderen Unfällen sowie von Berufskrankheiten versichert. Ebenso besteht seit 1959 eine für die gesamte Bevölkerung obligatorische Invalidenversicherung, die für Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation (Wiedereingliederung) und für Erwerbsausfallrenten aufkommt. Beide Versicherungen werden gemäss dem Modell der Sozialversicherung über Lohnprozente (arbeitgeber- und arbeitnehmerseitig) finanziert.

Die ambulante Diagnostik, Behandlung und Pflege wird weitgehend von privaten Leistungserbringern (hauptsächlich niedergelassenen Ärzten) auf der Basis von Einzelleistungstarifen («fee-for-service») erbracht. Die Krankenhäuser werden von öffentlichen (Kantone, Gemeinden) oder privaten, zum Teil durch die Öffentlichkeit subventionierten Trägern betrieben. Die Tarifsätze werden auf kantonaler Ebene zwischen dem Krankenkassenverband und den (privatrechtlichen) Organisationen der Leistungserbringer (z.B. Ärztevereinigung, Krankenhausverband) meist unter Beteiligung der Gesundheitsdirektion ausgehandelt. Unfallversicherung und Invalidenversicherung entschädigen alle Leistungserbringer nach landesweit einheitlichen Tarifen.

Primäre Gesundheitsversorgung

Die ambulante medizinische Versorgung wird weitgehend durch Ärzte in freier Praxis (Allgemeinpraktiker und Spezialisten), die zum Teil auch Hausbesuche durchführen, und durch Ambulatorien öffentlicher Krankenhäuser (z.B. Polikliniken) oder privater Kliniken wahrgenommen. Für Patienten besteht prinzipiell freie Arztwahl und unbeschränkter, direkter Zugang auch zu Spezialisten. Die Wahl ist eingeschränkt, wenn bei der Grundversicherung eine spezielle Variante (z.B. HMO) gewählt wurde.

Die ärztlichen Leistungen werden nach den im Kanton zwischen dem Krankenkassenverband und der Ärztevereinigung ausgehandelten Tarifen («fee-for-service») dem Patienten in Rechnung gestellt und diesem von der Versicherung zurückerstattet oder dem Leistungserbringer direkt vergütet. Künftig werden in der ganzen Schweiz die Leistungen nach einer einheitlichen Anzahl von Taxpunkten pro Leistungsart verrechnet. Für alle im Laufe eines Kalenderjahres anfallenden Kosten für ambulante Behandlung und Medikamente haben erwachsene Patienten eine Franchise von minimal Fr. 230.– zu übernehmen sowie für alle Kosten oberhalb dieser Franchise einen Selbstbehalt von 10% bis maximal Fr. 600.– zu tragen. Für 0- bis 18-Jährige entfällt die Franchise, und die Zuzahlung von 10% ist für Kinder desselben Haushalts kumuliert auf Fr. 300.– begrenzt.

Kantone und Gemeinden sorgen für einen schulärztlichen Dienst, der in regelmässigen Abständen in den öffentlichen Schulen Kontrolluntersuchungen vornimmt, den Immunstatus überwacht, Impfprogramme durchführt usw.

Zahnärztliche Versorgung

Für die zahnärztliche Versorgung kommen hauptsächlich frei praktizierende Zahnärzte sowie öffentliche Zahnkliniken auf. Die obligatorische Grundversicherung erstattet nur die Kosten für bestimmte, vor allem chirurgische Massnahmen, jedoch nicht für präventive und konservierende Leistungen.

Schulzahnärztliche Dienste untersuchen die Zahngesundheit aller Schüler mehrmals während der Pflichtschuljahre und schlagen gegebenenfalls Massnahmen vor, deren Kosten jedoch in der Regel voll von den Betroffenen zu tragen sind.

Häusliche Krankenpflege

Die Bedeutung der häuslichen, so genannten spitalexternen Krankenpflege (Spitex) ist in den letzten Jahren von der Gesundheitspolitik aufgewertet worden, was auch darin zum Ausdruck kommt, dass Pflegeleistungen und Haushaltshilfen in begrenztem Umfang von der Pflichtversicherung übernommen werden.

Die Bereitstellung solcher Leistungen obliegt den Gemeinden, die diese Aufgaben jedoch oft an privatrechtliche Vereine delegieren. Der Ausbau dieser Pflegedienste, mithin der Zugang zu diesen Leistungen und der Versorgungsgrad, ist entsprechend unterschiedlich sowohl zwischen den Kantonen als auch zwischen den Gemeinden.

Arzneimittelversorgung

Im Jahre 1997 wurden 70% der ausserhalb des Krankenhauses verbrauchten Medikamente von privaten Apotheken verkauft. 23% wurden von niedergelassenen Ärzten, die eine entsprechende Berechtigung haben (rund 1/4 aller frei praktizierenden Ärzte), abgegeben und 7% von Drogerien (*Pharma Information, 1998*).

Knapp ein Drittel der zum Handel zugelassenen Medikamente befindet sich auf der so genannten Spezialitätenliste, der von der obligatorischen Grundversicherung bis auf einen Selbstbehalt von 10% zu vergütenden Arzneien. Diese nur gegen ärztliche Verordnung erhältlichen Präparate kamen 1997 auf einen Marktanteil von nahezu 60%. Medikamente ausserhalb dieser Positivliste sind vom Patienten selbst oder gegebenenfalls von einer Zusatzversicherung zu übernehmen.

Weder die Behörden noch die Versicherungen treffen Vereinbarungen in Bezug auf die Preise. Das für die Erstellung der Spezialitätenliste zuständige Bundesamt für Sozialversicherung übt jedoch insofern eine gewisse Einflussnahme und Preiskontrolle aus, als unter den Kriterien zur Aufnahme eines Präparats auch dessen Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen ist. Liegen Hinweise für eine missbräuchliche Preisgestaltung vor, kann der Preisüberwacher intervenieren.

Krankenhausversorgung

Die Krankenhäuser werden von öffentlichen Körperschaften, den Kantonen oder Gemeinden bzw. Gemeindeverbänden, betrieben sowie von privaten Trägern, bei denen es sich um gemeinnützige Organisationen oder profitorientierte Unternehmen handeln kann. Bau- und Investitionskosten der öffentlichen Einrichtungen werden durch die Kantone und Gemeinden aufgebracht, die auch Subventionen an die Betriebskosten öffentlicher und privat-gemeinnütziger Krankenhäuser leisten und oft Defizitgarantien übernehmen.

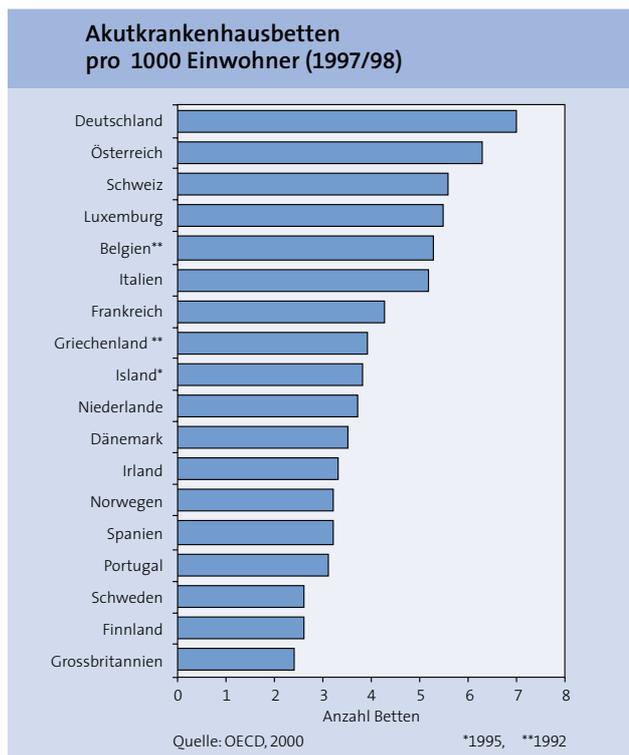
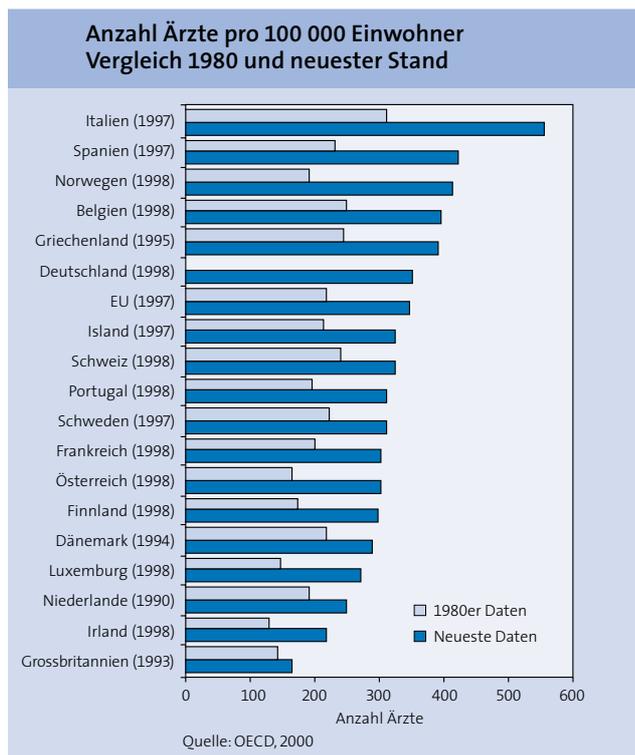
Die Patienten haben im Rahmen der Grundversicherung die Wahl zwischen den öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern ihres Wohnkantons. Zusatzversicherungen übernehmen gegebenenfalls die höheren Kosten bei Behandlung ausserhalb des Kantons oder in einer privaten Klinik. In der ganzen Schweiz müssen sich die Patienten, die nicht mit anderen Familienmitgliedern in einem Haushalt wohnen, mit einer Zuzahlung von Fr. 10.- pro Tag an den Krankenhauskosten beteiligen (ausgenommen bei Schwangerschaft). Damit wird dem reduzierten Aufwand für die Führung des eigenen Haushalts während des Krankenhausaufenthalts Rechnung getragen.

Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die Kantone zur Planung ihrer Krankenhauskapazitäten und zur Erstellung einer Liste der Einrichtungen, die gemäss Plan dem Bedarf entsprechen. Nur die in diesen Listen aufgeführten Krankenhäu-

ser haben Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten durch die Pflichtversicherung. Das Gesetz schreibt ferner die routinemässige Erhebung eines minimalen Datensatzes über die Krankenhausaktivitäten vor, auf dessen Basis die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch Vergleich der Einrichtungen innerhalb des Kantons und mit den Einrichtungen der Kantone zu evaluieren ist.

Der Finanzierungsmodus für die Behandlungs- bzw. Betriebskosten der Krankenhäuser variiert beträchtlich zwischen den Kantonen. Grob gesagt werden im Durchschnitt um 50% der Betriebskosten von den Krankenversicherungen gedeckt, und zwar auf der Grundlage von Tagespauschalen, die jährlich zwischen dem kantonalen Krankenkassenverband und den Krankenhäusern bzw. deren Verband vereinbart werden. Im Interesse einer besseren Kostenkontrolle sind in den letzten Jahren mehrere Kantone dazu übergegangen, ihre Krankenhäuser per Globalbudget zu finanzieren. In diesem sind Kantons- und Versicherungsbeiträge enthalten, wobei zunächst der von jeder Seite zu leistende Gesamtanteil festgelegt wird. Danach wird aufgrund des den Versicherungen zukommenden Finanzvolumens ein Tagestarif errechnet, der sich auf die Nutzungswerte des Vorjahres stützt. Zur Zeit läuft in einigen Kantonen ein breit angelegter Versuch mit dem Ziel, bei der Finanzierung auf Fallpauschalen, die auf Patienten- bzw. Diagnosekategorien (APDRGs) basieren, umzustellen.

Anzahl Vertreter der Medizinalberufe pro 1000 Einwohner				
	Schweiz		EU	
	Anzahl 1997/1998	% Zunahme seit 1980	Anzahl 1997/1998	% Zunahme seit 1980
Ärzte insgesamt	3.2	36	3.5	59
Ärzte mit eigener Praxis	1.8	56		
Allgemeinpraktiker	0.6	39	1.0	15
Zahnärzte	0.5	09	0.7	37
Apotheker	0.6	77	0.8	48



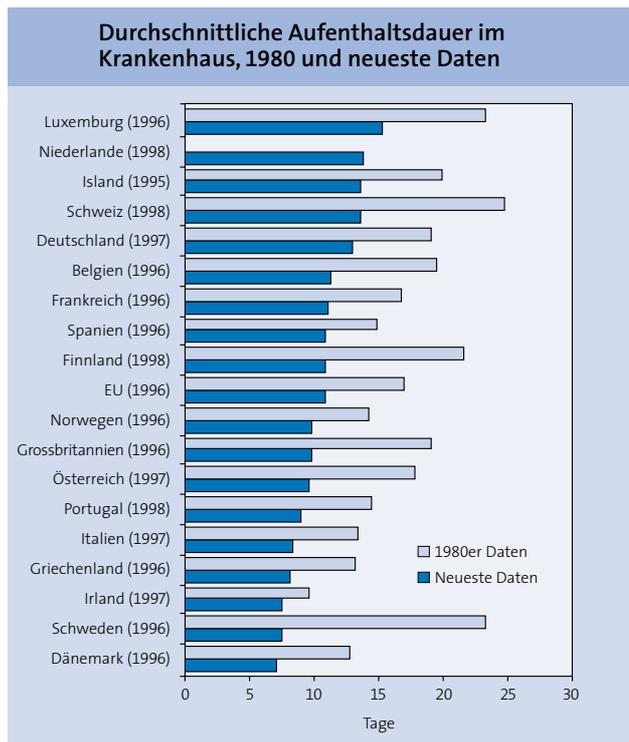
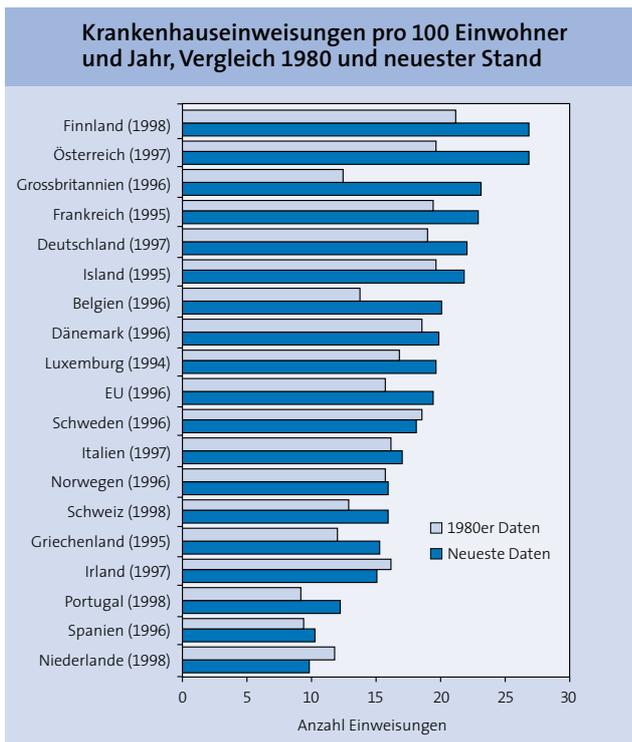
Ressourcen und deren Inanspruchnahme

Hinsichtlich der Arztdichte liegt die Schweiz unter dem Durchschnitt der EU, da die Zunahme seit 1980 insgesamt geringer ausgefallen ist. Eine stärkere Zunahme ist bei den Ärzten in freier Praxis zu verzeichnen, wobei hier Vergleichswerte für die EU fehlen. Bei den Allgemeinpraktikern liegt die Dichte trotz eines vergleichsweise starken Wachstums noch deutlich unter dem EU-Mittel. Dies gilt auch für die Zahnärzte, bei denen der Zuwachs sehr niedrig ausgefallen ist. Am höchsten ist die Wachstumsrate bei den Apothekern, jedoch ist die Dichte noch immer unter dem entsprechenden Durchschnittswert der EU, vor allem in Kantonen, in denen auch Ärzte Medikamente abgeben.

Gemäss der Gesundheitsbefragung von 1997 begeben sich drei Viertel der über 15-jährigen Schweizer Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr zu einem Arzt. Unter den Frauen sind es gut 80%, unter den Männern knapp 70%. Im Jahres- und Landesdurchschnitt entfallen auf einen Einwohner vier Arztkonsultationen. Den Zahnarzt nehmen 65% in Anspruch und 14% einen Physiotherapeuten.

Was die Ressourcen im Krankenhaus angeht, so liegt die Schweiz bezüglich der Bettendichte mit 5.6 Akutbetten pro 1000 Einwohner (*OECD, 2000*) noch immer auf dem dritten Platz unter den Vergleichsländern. Auch wenn man im Hinblick auf die Unsicherheit der Definition den Akutbereich auf die Allgemeinkrankenhäuser beschränkt, findet sich die Schweiz mit 4.3 Betten pro 1000 Einwohner zusammen mit Frankreich noch auf dem sechsten Platz. In der Psychiatrie hingegen ist die Zahl der Betten seit 1980 um nahezu die Hälfte reduziert worden: Mit 1.2 Betten pro 1000 Einwohner ist die Dichte in der Schweiz zwar noch deutlich höher als etwa in Italien, Spanien oder Schweden, sie liegt jedoch auf einem mittleren Niveau.

Die hohe Bettendichte in der Akutpflege lässt sich nur partiell durch die Einweisungsrate erklären, denn mit 15–16 Einweisungen pro 100 Einwohner und Jahr liegt die Schweiz im Mittelfeld der Vergleichsstaaten, leicht unter dem Durchschnittswert der EU-Länder. Hingegen weist die Schweiz in Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus trotz einer massiven Reduktion in den vergangenen 20 Jahren mit 13.7 Tagen noch einen der höchsten Werte auf. Selbst wenn man wiederum nur die Aufenthalte in den Häusern für allgemeine Pflege berücksichtigt, findet sich die Schweiz mit 10.2 Tagen pro Fall (*Bundesamt für Statistik, 2000*) nur knapp unter dem EU-Mittel.



Gesundheitsausgaben

Die Aufwendungen für das Gesundheitswesen der Schweiz beliefen sich 1997 auf insgesamt 38 Milliarden Franken. Dies entspricht einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 10.2% (Rosset, 1999), womit die Schweiz hinter Deutschland den zweiten Platz unter den Vergleichsländern einnimmt.

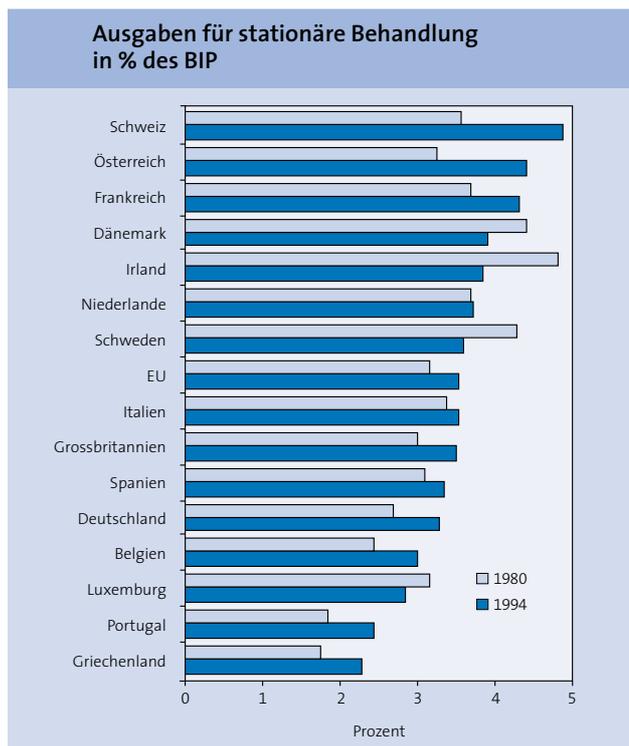
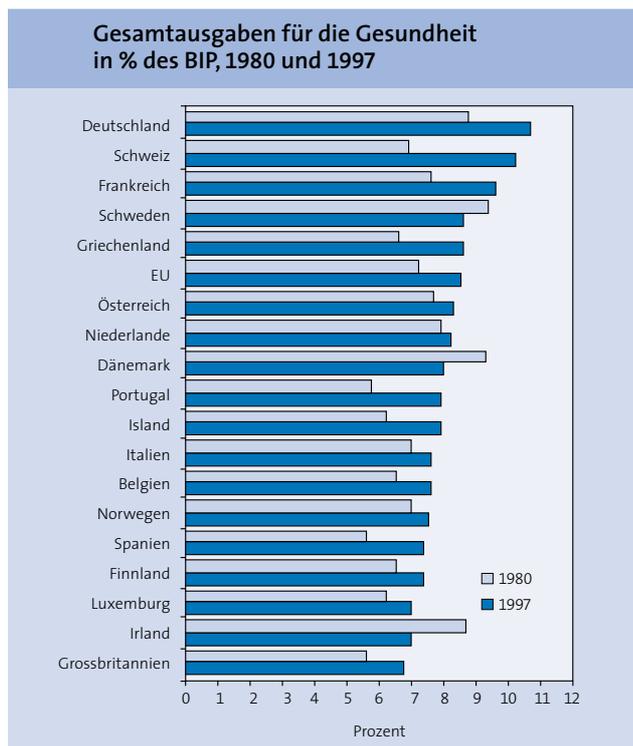
Der internationale Vergleich der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung ist problematisch, da den in der Gesundheitsstatistik verwendeten Indikatoren nicht selten unterschiedliche Definitionen zugrunde liegen und auch das Rechnungswesen zwischen den Ländern variieren kann. So bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern, welche Ausgaben jeweils zur Gesundheitsversorgung gerechnet werden. Dänemark zum Beispiel zählt die Kosten für die Pflege Betagter in Pflegeheimen nicht zu den Gesundheitsausgaben. Die folgenden Daten zu den Gesundheitsausgaben sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine neuere Studie (Schneider et al., 1998) versucht, den in internationalen Vergleichen üblicherweise verwendeten Indikatorensatz anhand zusätzlicher nationaler Daten zu konsolidieren und dadurch die Vergleichbarkeit zu verbessern. In den folgenden Vergleichen werden, wenn nicht anders vermerkt, diese Daten verwendet.

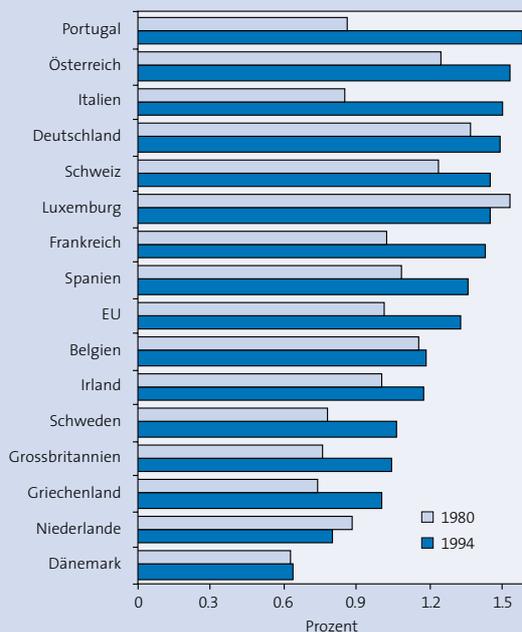
Eine detaillierte Betrachtung zeigt, dass das mit Abstand höchste Wachstum zwischen 1980 und 1994 bei der stationären Behandlung zu verzeichnen ist. Mit einer jährlichen Wachstumsrate von 2.3% seit 1980 und einem Anteil am BIP von 4.9% (1994) steht die Schweiz an der Spitze der Vergleichsländer.

Die Kosten für ambulante ärztliche Leistungen (knapp 1.5% des BIP) liegen etwas über dem EU-Durchschnitt, die Wachstumsrate war mit 1.2% jedoch relativ gering. Der Anteil der Medikamentenkosten ist annähernd konstant geblieben und fällt mit knapp 1% des BIP vergleichsweise niedrig aus. Auch für die Pflege ist der Aufwand mit 0.8% des BIP noch immer unterdurchschnittlich, trotz einer hohen Zuwachsrate. Was die Zahnbehandlung angeht (0.8% des BIP), findet sich die Schweiz in der Spitzengruppe.

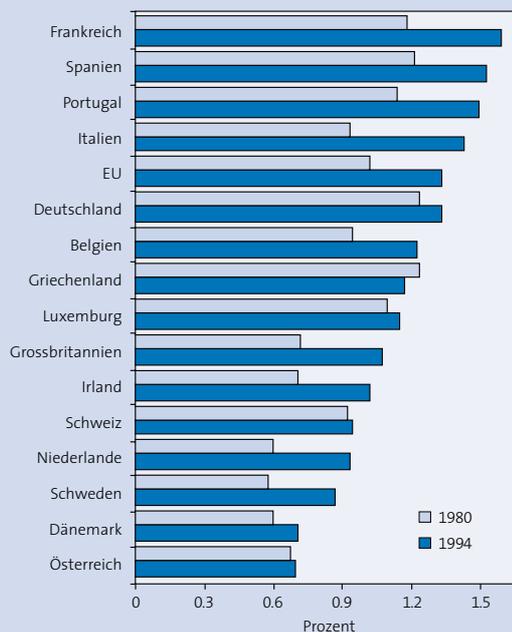
Diese Kostenstruktur spiegelt sich auch in der Aufteilung des Gesundheitsbudgets nach Gütern und Leistungsarten. Gut die Hälfte des Gesamtaufwands (52%) entfiel 1994 auf die Krankenhausbehandlung gegenüber einem Mittel der EU-Länder von 41%. Der Anteil der ambulanten ärztlichen Behandlung entspricht dagegen dem EU-Mittel, während die Anteile der Arzneimittel- und Pflegekosten niedriger ausfallen. Die Entwicklung bezüglich des relativen Anteils der Kosten für die stationäre



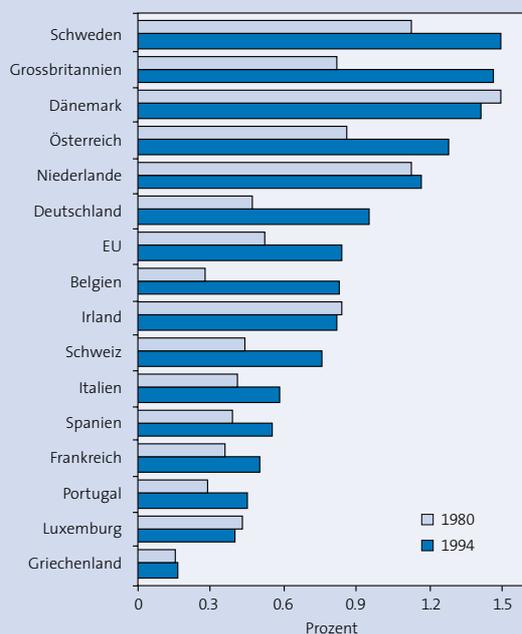
Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in % des BIP



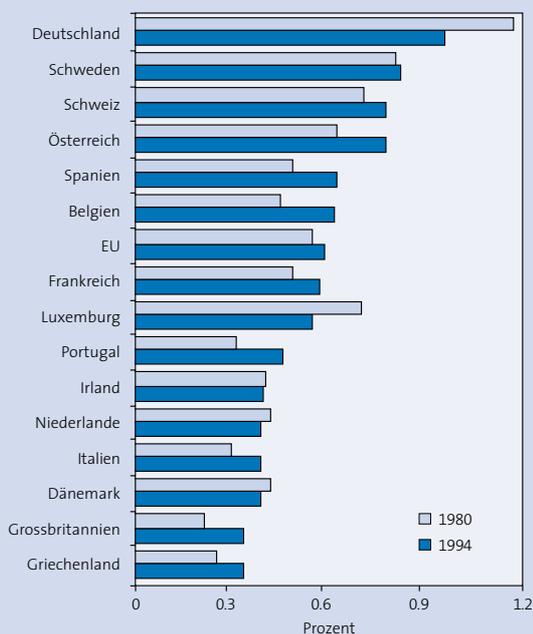
Ausgaben für Medikamente in % des BIP



Ausgaben für Krankenpflegeleistungen in % des BIP



Ausgaben für zahnärztliche Behandlung in % des BIP



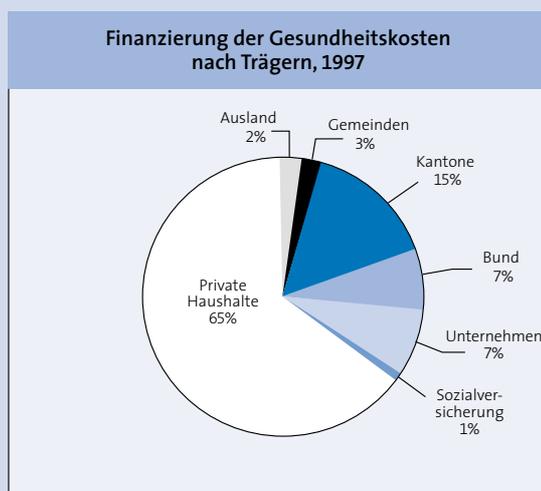
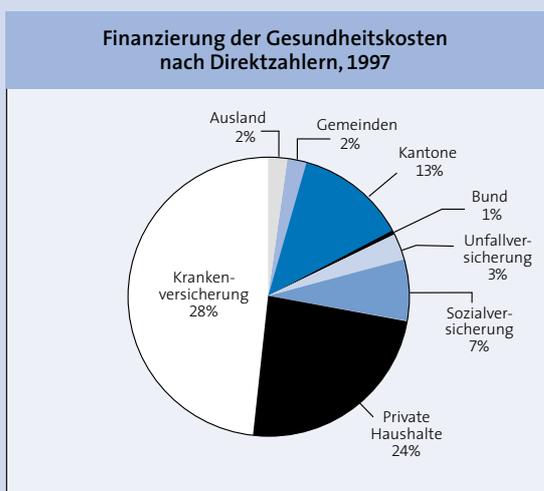
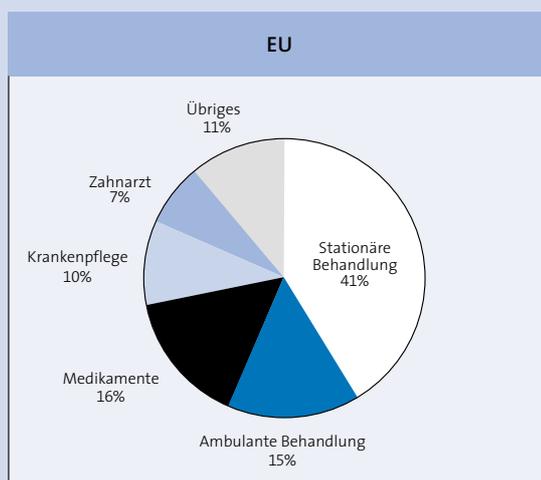
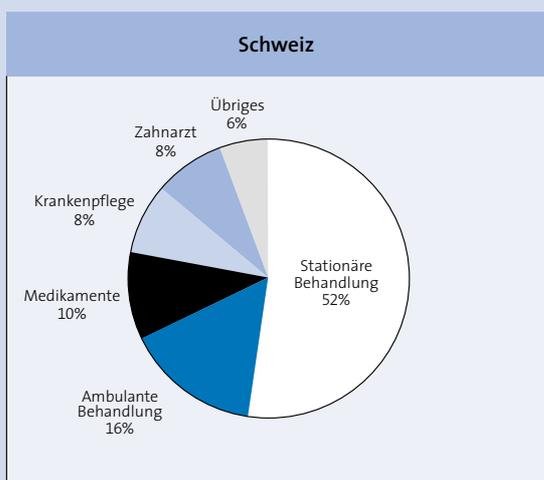
Behandlung weist zwischen 1980 und 1994 im EU-Mittel eine rückläufige Tendenz auf, während in der Schweiz eine Zunahme (von 48% seit 1980) verzeichnet wird, der eine Abnahme der prozentualen Anteile der ambulanten Behandlung und der Medikamente gegenübersteht.

Finanzierung

Hinsichtlich der Finanzierungsstruktur ergibt sich ein unterschiedliches Bild je nachdem, ob man nach Direktzahlern oder Kostenträgern fragt. Bei der direkten Kostenerstattung übernahmen 1997 die Krankenversicherungen mit 48% den Hauptanteil, gefolgt von den privaten Haushalten (Franchisen, Zuzahlungen usw.) mit 24%, den Kantonen und Gemeinden (zusammen 15%), der Alters- und Invalidenversicherung sowie der Unfallversicherung (zusammen 10%).

Bei einer Aufgliederung nach tatsächlichen Kostenträgern stehen die privaten Haushalte mit 65% an erster Stelle, gefolgt von den Kantonen (15%), dem Bund und den Unternehmen (je rund 7%) sowie den Gemeinden (knapp 3%). In den 90er Jahren haben die Sparbemühungen der öffentlichen Hand zu einem Rückgang der Ausgaben der Kantone und Gemeinden geführt, während die Ausgaben der Krankenversicherung deutlich anstiegen. Dies hatte massive Prämien erhöhungen, mithin eine Mehrbelastung der privaten Haushalte zur Folge.

Struktur der Gesundheitskosten: Vergleich der Situation in der Schweiz und der Europäischen Union, 1994



Quelle: Rossel, 1999



Bibliographie

- AefU Schweiz (1997). *Luftverschmutzung und Gesundheit. Eine Publikation der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz*. Basel.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). *Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 1998*. Bern.
- Bundesamt für Polizei (1999). Unveröffentlichte Daten.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2000). *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (1993). *Schweizerische Arbeitskräfte Erhebung*. Bern.
- Bundesamt für Statistik (1997). *Schweizerische Gesundheitsbefragung, unveröffentlichte Daten*.
- Bundesamt für Statistik (1998). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1998*. Zürich, Verlag NZZ.
- Bundesamt für Statistik (1999). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000*. Zürich, Verlag NZZ.
- Bundesamt für Statistik (2000). *Informationen über das Projekt «Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens», BFS aktuell*. Neuchâtel (StatSanté 1/2000).
- Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (1994). *Daten zum Gewässerschutz in der Schweiz*. Bern (Umwelt-Materialien Nr. 22, Gewässerschutz).
- Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (1998). *Abfallstatistik 1996*. Bern (Umwelt-Materialien Nr. 90, Abfälle).
- Calmonte, R. et al. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Currie, C. et al., ed. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series, no. 1) (document EUR/ICP/IVST 06 03 05 [A]).
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (2001). *Alkoholverbrauch 1880–2000*. Bern.
- Europarat (1998). *Recent demographic developments in Europe – 1998*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health care systems in transition: Switzerland*. Copenhagen.
- Eurostat (1995). *Education across the European Union – statistics and indicators*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (1996). *Demographic statistics*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (1997). *Basic statistics of the European Union. Comparison with the principal partners of the Union*, 33rd edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Gillioz, L. et al. (1997). *Domination masculine et violence envers les femmes dans les couples*. Lausanne, Edition Payot.
- Gmel, G. (2000). Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. In: Calmonte, R. et al. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Heise, L.L. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington D.C., World Bank (World Bank Discussion Papers, No. 255).
- Leu, R. et al. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern, Paul Haupt.
- Narring, F. et al. (1994). *La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Cah Rech doc IUMSP no 113a).
- OECD (1998). OECD in figures – 1998 edition. *OECD observer*: No.212, June–July 1998 (Supplement).
- OECD (2000). *OECD health data 2000. A comparative analysis of 29 countries*. Paris.
- Pharma Information (1998). *La santé publique en Suisse. Prestations, coûts, prix*. Basel.
- Rossel, R. (1999). *Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG (1996). *Statistik der Unfallversicherung*. Luzern.
- Schneider, M. et al. (1998). *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997*. Augsburg, BASYS.
- Uchtenhagen, A. (1996). *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht des Forschungsbeauftragten. Kurzfassung*. Zürich, Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- UNAIDS/WHO (2000). *Switzerland epidemiological fact sheet. 2000 update*. Geneva.
- WHO Regionalbüro für Europa (1993). *Health for all targets: the health policy for Europe. Updated edition, September 1991*. Copenhagen (European Health for All Series, No.4).
- WHO Regionalbüro für Europa (1999). *Health 21 – the health for all policy framework for the WHO European Region* [http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm]. Copenhagen (European Health for All Series, No. 6).
- WHO Regionalbüro für Europa (2001). *Health for all statistical database, June 2001* [http://www.who.dk/country/country.htm]. Copenhagen.

Glossar

Inzidenzrate: Die Anzahl der in einer Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) neu auftretenden Fälle einer Krankheit pro 100 000 Einwohner.

Kaufkraftparität: Ein standardisiertes Mass der Kaufkraft einer Landeswährung, die auf dem Vergleich der Einheiten beruht, welche für den Erwerb eines repräsentativen Korbs von Gütern und Dienstleistungen in dem betreffenden Land und in einem Vergleichsland mit dessen Währung (in der Regel US-Dollar) ausgegeben werden müssen. Die EU verwendet dazu den Kaufkraft-Standard.

Lebenserwartung bei Geburt: Geschätzte Zahl der Jahre, die ein Neugeborenes zu leben erwarten kann, unter der Annahme, dass die zum Geburtszeitpunkt gegebenen altersspezifischen Sterbeziffern über die gesamte Lebensdauer dieses Neugeborenen gleich bleiben.

Prävalenzrate: Die Gesamtzahl von Personen einer Bevölkerung, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über eine bestimmte Zeitperiode eine Krankheit oder irgendein anderes Merkmal aufweisen (pro 100 000 Einwohner dieser Bevölkerung).

Säuglingssterblichkeit: Die jährliche Anzahl Sterbefälle von Kindern im Alter von unter einem Jahr pro 1000 Lebendgeborene.

Standardisierte Sterbeziffer: Eine Todesrate (in der Regel pro 100 000 Einwohner), die entsprechend der Altersstruktur der europäischen Standardbevölkerung angepasst worden ist.

Zusammengefasste Geburtenziffer: Die durchschnittliche Anzahl von (lebendgeborenen) Kindern, die pro Frau geboren würden, wenn diese über ihre ganze gebärfähige Zeit das Fortpflanzungsverhalten der verschiedenen Altersgruppen im Beobachtungsjahr aufweisen würde.



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



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Politique nationale suisse de la santé
Politica nazionale svizzera della sanità
Politica naziunala svizra de la sanidad

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Institution im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik