



OBSAN BERICHT
09/2023

Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen

Bericht im Auftrag des Bundesamts
für Gesundheit (BAG)

Laila Burla



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

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

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autorin

– Laila Burla, Obsan

Unter Mitarbeit von

– Nicole Fasel, BAG

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 09/2023

Zitierweise

Burla, L. (2023). Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen (Obsan Bericht 09/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel
obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Originaltext

Deutsch

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

[iStock.com / Matjaz Slanic](https://iStock.com/MatjazSlanic)

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2023

Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2309

ISBN

978-2-940670-38-3



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

Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen

Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Autorin	Laila Burla
Herausgeber	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Auftraggeber	Bundesamt für Gesundheit

Neuchâtel 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3		
1.1	Hintergrund und Ziel der Publikation	3		
1.2	Gesundheitlicher Chancengleichheit	3		
2	Mögliche Datenquellen für Analysen	4		
2.1	Um was geht es?	4		
2.2	Aufbau des Kapitels	4		
2.3	Datenbanken und mögliche Analyse im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit	6		
A	Gesundheitserhebungen: Befragungsdaten	6		
2.3.1	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	6		
2.3.2	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)	9		
2.3.3	International Health Policy Survey (IHP)	12		
2.3.4	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	15		
2.3.5	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	17		
2.3.6	Schweizer Haushalt-Panel (SHP)	19		
2.3.7	Schweizerische Arbeitkräfteerhebung (SAKE)	21		
2.3.8	Erhebung Gesundheit und Lifestyle	24		
2.3.9	European Social Survey (ESS)	26		
2.3.10	Health Literacy Survey Schweiz	26		
2.3.11	Bevölkerungskohorten & Biobanken	26		
B	Gesundheitserhebungen: Administrativdaten	28		
2.3.12	Medizinische Statistik (MS)	28		
2.3.13	Patientendaten Spital ambulant (PSA)	31		
2.3.14	Statistik der Todesursachen und Totgeburten (TU)	33		
C	Gesundheitserhebungen: weitere Datenquellen	35		
2.3.15	Daten der schulärztlichen Dienste	35		
2.3.16	ETH Studie: Erhebung bei Kindern	36		
2.3.17	Nationale Krebsstatistik (NKS)	37		
2.3.18	Krankenversicherungsdaten	39		
2.3.19	Unfallstatistik UVG	41		
2.3.20	Ein Blick in die Zukunft: Die ANQ-Daten	42		
D	Datenerhebungen für Verknüpfungen	43		
2.3.21	Strukturerhebung (SE)	43		
2.3.22	Swiss National Cohort (SNC) – eine Analyse- und Verknüpfungsdatenbank	45		
2.3.23	Individuellen Konten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS)	47		
2.3.24	Weitere mögliche Verknüpfungsdatenbanken	47		
3	Datenlücken	48		
3.1	Ältere Personen	48		
3.2	Kinder und Jugendliche	48		
3.3	Menschen mit Behinderungen und besonderen Bedürfnissen	49		
3.4	LBGTIQ+-Personen	49		
3.5	Sans-Papiers	49		
3.6	Personen im Asylprozess	50		
3.7	Obdachlose	50		
3.8	Personen in Gefängnissen	50		
	Literaturverzeichnis	51		
	Anhang	55		
A.1	Sozioprofessionelle Kategorien	55		
A.2	Berufliche Stellung/ Berufshauptgruppen CH-ISCO-19	55		
A.3	Wirtschaftsbranche des Unternehmens nach NOGA	55		
A.4	Kantonale Krebsregister: Beginn der Datenerhebung	56		

1 Einführung

1.1 Hintergrund und Ziel der Publikation

Die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und des chancengleichen Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sind Leitmotive der Schweizer Gesundheits- und Integrationspolitik (BAG, 2019).

Regelmässig aktualisierte Zahlen zur gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz bilden die Grundlage für die Planung, Finanzierung und Umsetzung von Massnahmen, die zu mehr Gerechtigkeit beitragen. Dies ermöglicht den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen, angemessener auf die Herausforderungen und Ungleichheiten im Gesundheitssystem zu reagieren.

Die vorliegende Publikation wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Rahmen einer Machbarkeitsanalyse für einen Health Equity Report erstellt. Sie gibt einen Überblick über bestehende Datenquellen in der Schweiz, die für Analysen im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit genutzt werden können. Der Fokus liegt dabei auf regelmässig erhobenen, national repräsentativen Daten, die sich auch für ein Monitoring eignen würden. Zudem werden wichtige Datenlücken beschrieben.

1.2 Gesundheitlicher Chancengleichheit

Unter gesundheitlicher Chancengleichheit ist das (gesundheits)politische Ziel zu verstehen, dass möglichst alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben (Weber, 2020).

Die soziale Lage einer Person bestimmt die verfügbaren Ressourcen und Belastungen. Diese wirken sich wiederum auf die Gesundheit aus. Existieren im Gesundheitszustand systematische Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, so spricht man von gesundheitlicher Ungleichheit.

Die soziale Lage bezieht sich auf vorhandene Ressourcen, Macht und Anerkennung einer Person. Als Indikatoren für die soziale Lage werden häufig «vertikale» Merkmale wie Bildung oder Einkommen verwendet, mit der Annahme, dass dadurch der sozioökonomische Status (SES) abgebildet werden kann (vgl. auch Kasten K 1.1). Für die Darstellung der sozialen Lage ist es aber auch wichtig, «horizontale» Ungleichheitsmerkmale wie Geschlecht, Migrationshintergrund inkl. Sprachschwierigkeiten und Aufenthaltsstatus, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Haushaltstyp usw. zu berücksichtigen.

K 1.1 Ein Index zum sozioökonomischen Status?

Der sozioökonomische Status (SES) kann nicht immer genau mit einem Merkmal wie Bildung oder Einkommen erfasst werden, da es Statusinkonsistenzen gibt. Aus diesem Grund wäre ein Index, der sich aus den Merkmalen Bildung, Einkommen und berufliche Situation/Stellung zusammensetzt, hilfreich, um den SES besser abbilden zu können. Das Robert Koch-Institut (RKI) in Deutschland verwendet seit Jahren einen solchen Index (Lampert et al., 2013).

Im Rahmen des vorliegenden Mandats wurden erste Abklärungen getroffen, ob ein SES-Index für die Analyse von Schweizer Gesundheitsdaten (z. B. für die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB) realisierbar wäre.

Die Einkommensvariable der SGB – eine der wichtigsten Datenquellen im Gesundheitsbereich – wird auch mit den Daten 2022 nicht verwendet werden können. Daher müsste der Index für eine andere Datenquelle entwickelt werden, z. B. für SILC oder die Strukturhebung.

Ein Austausch mit dem RKI hat gezeigt, dass ein solcher Index nicht einfach übernommen werden kann, sondern für die jeweils verwendeten Daten konzeptualisiert und methodisch umgesetzt werden muss. Eine zentrale Herausforderung dabei ist z. B. die Frage, wie das Alter in einem solchen Index angemessen berücksichtigt werden kann. So sind junge Menschen häufig noch nicht erwerbstätig. Bei Personen im Ruhestand stellt sich eine ähnliche Problematik, wenn der frühere Beruf nicht erhoben wird. Auch das Einkommen ist meist nur für Personen im erwerbsfähigen Alter aussagekräftig. Ein weiteres Problem stellen z. B. Personen dar, die zu Hause die Betreuung von Kindern übernehmen: Sie verfügen meist über kein bzw. nur geringes Einkommen und z. T. über keinen Beruf. Für die Bestimmung des sozialen Status braucht es für diese Personen idealerweise Kenntnisse über den Partner bzw. die Partnerin.

2 Mögliche Datenquellen für Analysen

2.1 Um was geht es?

Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, welche der zurzeit zur Verfügung stehenden Daten in der Schweiz für Analysen im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit verwendet werden können und welche Analysen bzw. Indikatoren damit möglich sind. Der Fokus liegt dabei auf Daten, die für die Schweiz repräsentativ sind, regelmässig erhoben werden und somit für ein Monitoring verwendet werden können. Andere Daten (z. B. regionale Erhebungen) werden jedoch, wo sinnvoll, ebenfalls berücksichtigt – insbesondere dann, wenn in einem bestimmten Themenfeld oder für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe keine anderen Daten zur Verfügung stehen.

Der Bericht umfasst auch zukünftige Möglichkeiten aufgrund neuer oder veränderter Daten sowie neuen bzw. vereinfachten Verknüpfungsmöglichkeiten. Die zentralen Datenlücken im Bereich gesundheitlicher Chancengleichheit werden im Kapitel 3 beschrieben.

Anzumerken ist, dass es sich hier um einen Überblick über existierende Daten und mögliche Analysen handelt. Basis dafür waren primär die jeweils erhobenen Variablen in den Erhebungen sowie – falls vorhanden – Kenntnisse von früheren Analysen. In vielen Fällen kann jedoch erst bei konkreten Berechnungen abschließend geklärt werden, welche Analysen tatsächlich durchführbar sind (z. B. aufgrund der Fallzahlen oder der Datenqualität).

2.2 Aufbau des Kapitels

Es folgt eine Auflistung der Datenbanken mit einer allgemeinen kurzen Beschreibung der Erhebung, wobei die wichtigsten Informationen auch in tabellarischer Form aufgeführt sind. Darauf folgen Ausführungen sowie eine tabellarische Übersicht zu den möglichen Analysen im Bereich gesundheitlicher Chancengleichheit. Folgende Punkte werden dabei beleuchtet:

- Darlegung, ob es für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank braucht.
- Beschreibung, welche Variablen nach welchen Merkmalen der sozialen Lage ausgewertet werden können. Grundlage dafür waren bestehende Dokumente zu den Datenquellen, zur Verfügung stehende Variablenlisten und Fragebögen sowie Kenntnisse des Obsan und publizierte Analysen.

Die Beschreibung erfolgt nach folgenden Aspekten:

- Merkmale der sozialen Lage (vertikale und horizontale)
- Gesundheitsdeterminanten (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung)
- Gesundheitszustand (Morbidität und Mortalität)

Bei Datenbanken mit vielen Variablen (z. B. zur Gesundheit oder Arbeitssituation) wurde versucht, eine sinnvolle Balance zwischen Vollständigkeit und Übersichtlichkeit zu finden. Aus diesem Grund wurde der Schwerpunkt auf die Variablen gelegt, die im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten als relevant erachtet wurden. Zudem wurden bestimmte Variablen zu Oberbegriffen zusammengefasst um nicht jede Variable separat aufzulisten.

- Informationen zu Aktualisierungsmöglichkeiten und Datenverfügbarkeit.

K 2.1 Welche Indikatorensysteme gibt es in der Schweiz im Bereich Chancengleichheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung?

In der Schweiz existieren verschiedene Monitoringsysteme, die für Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Chancengleichheit relevant sein können. Im Folgenden werden einige davon im Bereich der sozialen Chancengleichheit sowie im Bereich der Versorgungsqualität beschrieben.

Indikatorensysteme zur Chancengleichheit

Integrationsindikatoren: Die 68 Integrationsindikatoren des BFS beleuchten sowohl die Lebensbedingungen von Personen mit Migrationshintergrund bzw. von Ausländerinnen und Ausländer als auch die Wirksamkeit von politischen Massnahmen zur Integrationsförderung. Sie beziehen sich auf verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens.

Webseite: [Integrationsindikatoren](#)

Legislaturindikatoren: Die Legislaturindikatoren dienen der Beobachtung der Ziele, die der Bundesrat und das Parlament alle vier Jahre in der Legislaturplanung festlegen. Das Monitoring umfasst rund 150 Indikatoren aus den Bereichen Wohlstand, Zusammenhalt und Sicherheit.

Webseite: [Monitoring der Legislaturplanung 2019–2023](#)

Obsan Gesundheitsindikatoren: Das Indikatorensystem des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) umfasst über 160 Indikatoren zur Gesundheit der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem. Die Kennzahlen werden – soweit möglich – nach Alter, Bildung und Region dargestellt.

Webseite: [Indikatoren | Obsan](#)

MonAM: Das Schweizer Monitoring-System Sucht und nicht-übertragbare Krankheiten (MonAM) des Obsan und des BAG umfasst rund 110 Indikatoren. Die Kennzahlen werden – soweit möglich – nach Alter, Bildung und Region dargestellt.

Webseite: [MonAM – Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten](#)

Nationales Armutsmonitoring: Das Nationale Armutsmonitoring befindet sich im Aufbau. Der erste Bericht ist für Ende 2025 geplant. Das Monitoring soll die Lage der Bevölkerung in unterschiedlichen Lebensbereichen untersuchen, Risikogruppen identifizieren und aufzeigen, wie sich die Armut im Zeitverlauf entwickelt. Es soll aber auch Strategien gegen Armut sowie – soweit möglich – ihre Wirkung beschreiben.

Webseite: [Nationales Armutsmonitoring \(admin.ch\)](#)

Indikatorensysteme zur Qualität in der Gesundheitsversorgung

Qualitätsindikatoren ANQ: Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen im stationären Bereich der Akutsumatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Webseite: [ANQ](#)

Weitere Ausführungen zu den ANQ-Indikatoren finden sich im Abschnitt 2.3.20.

Qualitätsindikatoren CH-IQI: Die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler CH-IQI beinhalten Angaben zu den Behandlungen in den Schweizer Spitälern ab 2008. Ausgewiesen werden Fallzahlen, Anteilswerte, Mortalitätszahlen, Angaben zur Aufenthaltsdauer und Verlegungsraten für 65 Krankheitsbilder und Behandlungen.

Webseite: [Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler](#)

PRIORITY: Im Rahmen des Projekts PRIORITY (Panorama of Indicators of Equity in Healthcare) wurden Chancengerechtigkeitsindikatoren für das Spitalsetting mittels eines Delphi-Verfahrens ausgewählt und in drei Sprachregionen pilotgetestet (Courvoisier et al., in prep.).

2.3 Datenbanken und mögliche Analyse im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

A Gesundheitserhebungen: Befragungsdaten

2.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die SGB in Kürze

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) ist eine Befragung zu gesundheitsbezogenen Themen und wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Die telefonische Befragung wird durch eine schriftliche Befragung ergänzt.

Grundgesamtheit der SGB ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz (Schweizerinnen und Schweizer sowie Ausländerinnen und Ausländer mit einer Anwesenheitsbewilligung bzw. Aufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten) ab 15 Jahren in privaten Haushalten (BFS, 2019a). In Kollektivhaushalten (z. B. Strafvollzugsanstalten, Spitälern, Alters- und Pflegeheimen) lebende Personen sowie Personen im Asylprozess werden nicht miteinbezogen.

Die nationale Stichprobe der SGB enthält 10 000 Interviews, die auf die Kantone verteilt sind. Um auf kantonaler Ebene repräsentative Auswertungen durchführen zu können, haben die Kantone die Möglichkeit, ihre Stichprobe zu erhöhen. 2022 haben insgesamt 17 Kantone sowie die Stadt Zürich die Stichprobe erhöht. Im Jahr 2017 (Zahlen für 2022 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht vor) nahmen insgesamt 22 134 Personen an der Erhebung teil, was einer Teilnahmequote von 50,6% (BFS, 2019a) entspricht.

Die wichtigsten Stärken und Grenzen der Erhebung sind in T 2.1 aufgelistet. Von zentraler Bedeutung ist, dass die SGB Aussagen zur Gesamtbevölkerung ermöglicht und nicht nur Personen abdeckt, die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen.

Um die Daten auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochzurechnen, wurden Gewichtungen berechnet. Dabei wurden insbesondere die Wohnregion, das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, der Zivilstand sowie die Haushaltsgrösse berücksichtigt (BFS, 2019a). Bestimmte Personengruppen (Migrantinnen/Migranten, Personen in prekären Lebenssituationen usw.) sind dennoch untervertreten.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die SGB stellt eine zentrale Datenbank für Analysen im Bereich sozialer Ungleichheit dar. Sie umfasst eine grosse Anzahl an Variablen zum Gesundheitszustand, zu Verhaltensweisen und bestehenden Belastungen und Ressourcen. Aufgrund dieser Fülle ist in Tabelle T 2.2 lediglich eine Auswahl von Indikatoren bzw. Themenbereichen aufgelistet. Es handelt sich dabei um zentrale Indikatoren, die häufig verwendet werden und die sich bewährt

haben bzw. im Hinblick auf Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit relevant sein könnten. Sämtliche Fragen der SGB finden sich auf der Webseite des BFS (BFS, 2022a).

In der SGB werden folgende Merkmale der sozialen Lage erhoben:

- Vertikale Merkmale: u. a. Bildung und Arbeitsmarktstatus.
- Horizontale Merkmale: u. a. Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Haushaltstyp. Seit 2010 sind auf der Grundlage des Moduls zum Sexualverhalten Rückschlüsse auf die sexuelle Orientierung möglich. 2022 wurde auch die Geschlechtsidentität erhoben.

Das Einkommen wird zwar in der SGB erhoben. Die Qualität der Variable ist jedoch aufgrund fehlender und auch ungenauer Angaben ungenügend. Für die Daten 2012 hat das BFS die fehlenden Werte noch imputiert. Für die Erhebungen 2017 und 2022 wurde aber auf diese Imputation verzichtet, da der Aufwand enorm und das Ergebnis nicht befriedigend ist.

Um dennoch Auswertungen nach Einkommen zu machen, könnten die SGB-Daten mit den Daten der individuellen Konten der Zentralen Ausgleichskasse (ZAS, vgl. 2.3.23) verknüpft werden. Dabei ist zu beachten, dass diese ZAS-Daten erst zwei Jahre nach dem Erhebungsjahr vorliegen. Zudem haben frühere Studien gezeigt, dass die so erhaltene Einkommensvariable bei Selbstständigen und Pensionierten nicht so gut funktioniert. Zudem zeigten sich Probleme bei Personen mit grossem Vermögen.

Als Alternative zur Einkommensvariable bietet die SGB 2022 eine neue Frage zur Einschätzung der finanziellen Situation («Im Hinblick auf das Gesamteinkommen: kommt Ihr Haushalt mit seinen Mitteln aus?»).

Folgende Themenbereiche werden hinsichtlich Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsindikatoren abgedeckt:

- Psychosoziale Faktoren wie z. B. soziale Unterstützung, Einsamkeit und Kontrollüberzeugung
- Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen wie z. B. körperliche Aktivität, Ernährung, Konsum von Tabak, Alkohol usw.
- Wohn- und Arbeitssituation wie z. B. körperliche und psychosoziale Belastungen bei der Arbeit
- Körperliche und psychische Gesundheit wie z. B. selbst wahrgenommene Gesundheit und psychische Belastung

Anzumerken ist, dass die SGB 2027 stark gekürzt wird – damit werden einige Fragen, die in der SGB 2022 gestellt wurden, zukünftig nicht mehr auswertbar sein. Welche dies sind, war zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht bekannt.

Die SGB-Daten liegen jeweils ca. im Dezember des Folgejahrs der Erhebung vor. Die Indizes stehen spätestens im darauffolgenden Januar zur Verfügung. Somit kann spätestens ab Januar/Februar 2024 mit der Analyse der SGB-Daten 2022 begonnen werden.

Aufgrund der Grösse der Stichprobe sind Auswertungen nach mehreren Merkmalen (z. B. Geschlecht und Bildung) möglich, was eine differenzierte Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit ermöglicht. Des Weiteren sind auch regionale Analysen möglich

(z. B. nach Grossregion oder Kantonen mit erhöhten Stichproben). Allerdings muss für jede Variable überprüft werden, ob ausreichend Fälle vorhanden sind, damit überhaupt eine differenzierte Aussage getroffen werden kann.

Zu beachten ist, dass mit der SGB gewisse Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend abgebildet werden können, die in Bezug auf

gesundheitliche Ungleichheit von zentraler Bedeutung wären: So sind z. B. Personen im Asylprozess sowie in Institutionen lebende Personen nicht teil der Grundgesamtheit. Weiter sind Personen in prekären Lebenssituationen, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie Ausländerinnen und Ausländer ohne Kenntnisse einer Landessprache untervertreten.

T 2.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit der Bevölkerung
Befragte	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten
Periodizität/ Zeitreihen	alle 5 Jahre: 1992/1997/2002/2007/2012/2017/2022 (Daten liegen Ende 2023 vor); nächste Befragung: 2027 ☞ Datenbrüche bei verschiedenen Variablen (Zeitreihen sind oft nicht über alle Jahre möglich) ☞ die SGB wird ab 2027 stark gekürzt: Damit werden bestimmte Variablen wegfallen.
Stichprobe	Nationale Stichprobe: 10 000 Interviews verteilt auf die Kantone. Kantone können ihre Stichprobe erhöhen, um kantonale Auswertungen durchzuführen. 2022 haben dies 17 Kantone, die Stadt Zürich sowie Liechtenstein gemacht. SGB 2017: 22 134 Personen nahmen an der Befragung teil. 18 832 Personen füllten den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. ☞ SGB 2017 und SGB 2022: Zusatzstichprobe von 1000 Interviews mit Personen ausländischer Staatsbürgerschaft.
Regionalisierung	Schweiz, Grossregionen und gewisse Kantone, die ihre kantonale Stichprobe erhöht haben
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Aussagen zur Gesamtbevölkerung und nicht nur zu Personen, die Gesundheitswesen in Anspruch nehmen. – Verhaltensweisen, Belastungen und Ressourcen können mit dem Gesundheitszustand in Bezug gesetzt werden. – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen.
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt. – Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen, mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quellen: BFS, 2022a, 2019a

© Obsan 2023

T 2.2 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein*	* Für Analysen nach Einkommen: Verknüpfung z. B. mit den AHV-Daten der Zentralen Ausgleichskasse (ZAS; vgl. Abschnitt 2.3.23)
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung	höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.)
	<input checked="" type="checkbox"/> Einkommen	Einkommen wird zwar erhoben, die Qualität ist jedoch ungenügend
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus	erwerbstätig, erwerbslos (auf Arbeitssuche), nicht erwerbstätig (IV, in Ausbildung usw.)
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung	Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw. (vgl. Anhang A.2)
	<input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1; es muss noch geklärt werden, ob der Index in der SGB 2017/2022 erstellt wurde/wird.
	<input checked="" type="checkbox"/> Finanzielle Situation	«Im Hinblick auf das Gesamteinkommen: kommt Ihr Haushalt mit seinen Mitteln aus?»
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht	binär – siehe aber auch Ausführungen zum Merkmal «Geschlechtsidentität»
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität ¹	bei Geburt und aktuell; Erfassung der Nationalität nach Land
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund ¹	ohne Migrationshintergrund (MH), mit MH 1. Generation, mit MH 2. Generation
	<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse	
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus	
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlechtsidentität	ab SGB 2022: Mann, Frau, non-binär, anderes, weiss nicht
	<input checked="" type="checkbox"/> sexuelle Orientierung	ab SGB 2017: heterosexuell, schwul/gay, lesbisch, bisexuell, anderes, weiss nicht ab SGB 2010: Geschlechtsverkehr mit gleichgeschlechtlichen Partnerinnen und Partnern
	<input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp	Einpersonenhaushalt, Paar ohne bzw. mit Kinder(n), Einelternhaushalt mit Kind(ern) usw.
	<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt	Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw.
	<input type="checkbox"/> Regionen	Kanton (sofern Stichprobe erhöht wurde), Sprach-/Grossregionen, Urbanisierungsgrad
¹ Vertiefte Analysen zu Ausländerinnen und Ausländer sind mit der SGB 2017 aufgrund der Zusatzstichprobe möglich		
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand (Basis: Erhebung 2022)	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)*	Gesundheitszustand (Auswahl)*
	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrollüberzeugung – Soziale Unterstützung – Gesundheitseinstellungen – BMI – Ernährungseinstellung/-gewohnheiten – Körperliche Aktivität – Konsum von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten nach Typ und Internetkonsum, Glücksspiel – Störungen im Wohnbereich – Physische/psychische Arbeitsbelastungen – Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit – Arbeitszufriedenheit – Angst, Arbeit zu verlieren – Leistung und Erhalt informeller Hilfe – Arztkonsultation: Allgemeinpraktiker/in; Gynäkologin/Gynäkologe; Spezialärztin/-arzt – Einschätzung der Qualität dieses Arztbesuchs – Einschätzung, ob Allgemeinpraktiker/in a) sich genügend Zeit genommen hat und b) verständlich erklärt hat – Letzter Frauenarztbesuch – Messung Knochendichte – Früherkennungsuntersuchung wie z. B. Prostata-Untersuchung, Gebärmutterabstrich, Mammographie, Darmkrebs- und Hautkrebs-Untersuchungen – Grippeimpfung, Corona-Impfung – Kinder: Stillen 	<ul style="list-style-type: none"> – Selbst wahrgenommene Gesundheit – Lang andauerndes Gesundheitsproblem – Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems – Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens; 65-Jährige und Ältere – Erkrankungen (mit/ohne Diagnose): Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Asthma, chron. Bronchitis/COPD, Allergien, Depression, Angststörung, Inkontinenz – Körperliche Beschwerden: Rückenschmerzen, Schwäche/ Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Durchfall/ Verstopfung usw. – Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes – Unfälle und Stürze – Zahngesundheit – Covid-Erkrankung – Einsamkeitsgefühle vor/nach Corona – Energie und Vitalität – Psychische Belastung – Depressionssymptome – Lebensqualität – Vers. Indikatoren (allg. Gesundheitszustand, physische & psychische Gesundheit, Körpergewicht, Aktivität...) vor/nach Corona – Gesundheit der Kinder im Haushalt: Stillen, Schlafdauer, allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Gesundheitsprobleme, Schwierigkeiten mit Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umwelt; psychiatrische/psychologische Behandlung, Behinderungen
	Aktualisierungsmöglichkeiten/Verfügbarkeit der neuen Daten	alle 5 Jahre (Anmerkung: starke Kürzung des SGB Fragebogens 2027) Verfügbarkeit der neuen Daten: Dezember im Folgejahr der Erhebung; Indizes spätestens im darauffolgenden Januar.

Quellen: BFS, 2022a, 2019a

© Obsan 2023

2.3.2 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)

SILC in Kürze

Die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) des BFS ist eine europaweit koordinierte Erhebung, die seit 2007 jedes Jahr in über 30 Ländern durchgeführt wird. Ziel der Erhebung ist die Untersuchung der Einkommensverteilung, der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand von europaweit vergleichbaren Indikatoren (BFS, 2022b). Grundgesamtheit ist die ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten. Informationen zur sozialen Ausgrenzung und den Wohnbedingungen werden auf Haushaltsebene erhoben. Informationen zur Arbeit, Ausbildung und Gesundheit werden bei Personen ab 16 Jahren erfragt.

Die Erhebung umfasst einerseits ein Basismodul mit Fragen zu Bildung, wirtschaftlichen und beruflichen Situation, Gesundheit, Werten und Zufriedenheit, Vertrauen in Institutionen, soziale Beziehungen und Kinderbetreuung (BFS, 2022b). Zusätzlich gibt es jedes Jahr ein spezifisches Modul zu einem bestimmten Themenbereich, welches z. T. nach einigen Jahren wiederholt werden (vgl. T 2.3). Im Jahr 2021 wurde ein Modul zu den Themen Wohnsituation und Lebensbedingungen von Kindern in getrennten und Patchwork-Familien sowie Covid-19 integriert. 2022 umfasst das Zusatzmodul Fragen zu Gesundheit/Lebensqualität (Wohlbefinden und soziale und kulturelle Partizipation). Gemäss BFS ist vorgesehen, dieses Modul alle drei Jahre zu wiederholen.

Eine Besonderheit von SILC ist, dass die teilnehmenden Personen während mehreren Jahren (jedoch max. 4 Jahren) befragt werden. Dies erlaubt Längsschnittanalysen, mit denen Veränderungen im Zeitlauf und z. B. der Einfluss von bestimmten Ereignissen im Lebenslauf untersucht werden können.

T 2.3 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die europäische Erhebung SILC (Statistics on Income and Living Conditions) untersucht die Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz. Die teilnehmenden Haushalte werden jährlich zu einem breiten Themenspektrum befragt. Es werden Querschnittsdaten wie auch Längsschnittsdaten erhoben.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS) in Zusammenarbeit mit DemoSCOPE SILC wird in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) koordiniert durchgeführt.
Befragte	Grundgesamtheit ist die ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten Die teilnehmenden Personen werden während mehreren Jahren befragt (max. während 4 Jahren).
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich; seit 2007; Längsschnittanalysen sind ab 2016 möglich. Nebst einem Basismodul gibt es pro Jahr spezifische Module. Module seit 2018: 2018: Wohlbefinden / Wohnungslosigkeit / materielle Entbehrung / Vermögen 2019: Intergenerationelle Übertragung von sozialen Benachteiligungen 2020: Vermögen / Verschuldung / Konsum / Arbeit 2021: Gesundheit & Gesundheitszustand der Kinder / Wohnsituation und Lebensbedingungen von Kindern in getrennten und Patchwork-Familien / Covid-19 2022: Gesundheit / Lebensqualität <i>☞ Modul zur Gesundheit wird zukünftig alle 3 Jahre wiederholt</i> 2023: Arbeits- und Wohnsituation / Intergenerationale Übertragung von Benachteiligungen / Wohnungsnot / Energie & Umwelt 2024: Gesundheit und Gesundheitszustand der Kinder / Zugang zu Dienstleistungen
Stichprobe	8000 Haushalte; entspricht etwa 18 000 befragten Personen
Regionalisierung	Schweiz und Grossregionen
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet und mit der sogenannten Kalibrierung, werden die Stichprobengewichte so ausgeglichen, dass sich die Summe der sozioökonomischen Merkmale der gewichteten Stichprobe und die Summe der bekannten Merkmale der Wohnbevölkerung der Schweiz möglichst entsprechen. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Befragung mit einem breiten Themenspektrum und jährlichen (z. T. sich wiederholenden) Modulen – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Möglichkeit von Längsschnittanalysen
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt. – in prekären Verhältnissen lebende Personen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quelle: BFS, 2022b

© Obsan 2023

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

SILC ist eine breite Befragung zu den Lebensbedingungen und umfasst auch Variablen zur Gesundheit.

In der Erhebung SILC wird nebst anderen Merkmalen der sozialen Lage v. a. das Einkommen sehr genau erhoben (T 2.4). Zudem werden Fragen zu materiellen Entbehnungen (z. B. sich bestimmte Güter wie beispielsweise einen PC, Möbel, Essen oder Ferien nicht leisten können) gestellt, die zu einem Deprivationsindex zusammengefasst werden können.

In der Befragung SILC wird eine grosse Anzahl an Variablen zur Arbeitssituation erhoben. Aufgrund dieser Fülle ist in der Tabelle T 3.4 lediglich eine Auswahl von Indikatoren bzw. Themenbereiche aufgelistet. Sämtliche Fragen von SILC finden sich auf der Webseite des BFS (BFS, 2022b). Das jährlich durchgeführte Basismodul umfasst einige gesundheitsspezifische Variablen, u. a. zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen. Nebst SILC wird der International Health Policy Survey (IHP; vgl. 2.3.3) häufig verwendet, um dieses Themengebiet zu analysieren.¹ Die Ergebnisse zum Verzicht unterscheiden sich jedoch deutlich zwischen diesen beiden Erhebungen. Sie sind eher als komplementär zu betrachten und sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da sich das Konzept der Entbehrung von medizinischer Leistung in SILC vom Konzept des Verzichts auf medizinische Leistung in der IHP-Befragung inhaltlich und methodisch unterscheidet (Pahud, 2021): Der in der IHP-Befragung gemessene Verzicht aus Kostengründen sagt nichts über die Notwendigkeit einer Behandlung aus (z. B. dringliche Wurzelbehandlung aufgrund starker Schmerzen versus alljährliche Dentalhygiene) und beinhaltet einen gewissen

Grad an Freiwilligkeit. Folglich entspricht der Verzicht eher einer Kosten-Nutzen-Abschätzung und einer Einstellung gegenüber den potenziell anfallenden Kosten, als dass dieser die tatsächliche problematische finanzielle Situation der befragten Person widerspiegelt. Im Gegensatz hierzu stellt die Entbehrung in SILC einen Indikator für ebendiese problematische Situation (d. h. Armut) der befragten Person dar, da es sich hier um einen unfreiwilligen Verzicht auf eine notwendige Behandlung aus Mangel an finanziellen Mitteln handelt.

Im Zusatzmodul zu Gesundheit werden alle 3 Jahre noch weitere Fragen zum gesundheitsrelevanten Verhalten und Gesundheitszustand erhoben.

Die Daten liegen jeweils ca. im November/Dezember des Folgejahrs der Erhebung vor. Somit kann ab Ende 2023 mit der Analyse der SILC-Daten 2022 begonnen werden.

Aufgrund der Grösse der Stichprobe sind Auswertungen nach mehreren Merkmalen (z. B. Geschlecht und Bildung) möglich. Dies ermöglicht es, gesundheitliche Ungleichheit differenzierter zu betrachten. Es müsste aber jeweils noch geprüft werden, welche Analysen wie differenziert aufgrund der Fallzahlen möglich sind.

Zu beachten ist, dass mit SILC gewisse Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend abgebildet werden können, die in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit von zentraler Bedeutung wären: So sind z. B. Personen im Asylprozess sowie in Institutionen lebende Personen nicht teil der Grundgesamtheit. Weiter sind Personen in prekären Lebenssituationen, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie Ausländerinnen und Ausländer ohne Kenntnisse einer Landessprache untervertreten.

¹ In der Erhebung SHARE (vgl. 2.3.4) sowie dem SHP (vgl. 2.3.6) hat es auch Fragen zu diesem Thema.

T 2.4 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung	höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.)
	<input checked="" type="checkbox"/> Einkommen	verfügbares Äquivalenzeinkommen → Index zu Armutsgefährdung
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus	erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung	Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw. (vgl. Anhang A.2)
	<input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Finanzielle Situation:	u. a. Schulden, sich Sache leisten können (PC, Möbel, Mahlzeiten, Ferien usw.)
	<input checked="" type="checkbox"/> Finanzielle Belastung	durch Zahnarztbehandlung/Medikamente/medizinische Versorgung
	<input checked="" type="checkbox"/> z. B. Index zur sozialen und materiellen Deprivation	
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht	binär
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität	bei Geburt und aktuell; Erfassung der Nationalität nach Land
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund	ohne Migrationshintergrund (MH), mit MH 1. Generation, mit MH 2. Generation
	<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse	
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus	
<input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität		
<input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung		
<input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp	Einpersonenhaushalt, Paar ohne bzw. mit Kinder(n), Einelternhaushalt mit Kind(ern) usw.	
<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt	Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw.	
<input checked="" type="checkbox"/> Regionen	Schweiz und Grossregionen	
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand (Basis: Erhebung 2022)	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)* BMI Körperliche Aktivität Gemüse-/Obstkonsum (Häufigkeit) Tabakkonsum und Alkoholkonsum (Häufigkeit) Anzahl Erwerbstätigkeiten und Total Anzahl Arbeitsstunden Arbeitszeiten / Nachtschicht Arbeitszufriedenheit/-sicherheit Nach Arbeit zu erschöpft um Sachen zu machen Wohnsituation (Lärm, Kriminalität, Wärme) Bedrohungsgefühl durch Kriminalität/Gewalt Sicherheitsgefühl bei Dunkelheit Partizipation in Vereinen, Clubs, Gruppen Gefühl der sozialen Ausgrenzung Hilfe von anderen Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, Freizeit, Zusammenleben Verzicht auf notwendigen Zahnarztbesuch	Hauptgrund für Verzicht auf Zahnarztbesuch Verzicht auf notwendige medizinische Behandlung/ Untersuchung und Hauptgrund für Verzicht Anzahl Konsultationen bei a) Zahnärztin/-arzt b) Hausärztin/-arzt c) Spezialistin/Spezialist Gesundheitszustand Selbst wahrgenommene Gesundheit Zufriedenheit mit der Gesundheit Lang andauerndes Gesundheitsproblem Grund für dieses Gesundheitsproblem (angeborene Behinderung, Berufskrankheit, Arbeitsunfall, Alter, psychische Beschwerden usw.) Einschränkungen wegen Gesundheitsproblem Einschränkungen Aktivitäten des täglichen Lebens Einsamkeitsgefühle Entmutigt oder deprimiert Wohlbefinden
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Variablen des Basismoduls: jährlich; Variablen des Zusatzmoduls zu Gesundheit: ab 2022 alle drei Jahre Verfügbarkeit der neuen Daten: November/Dezember im Folgejahr der Erhebung	

Quelle: BFS, 2022b

© Obsan 2023

2.3.3 International Health Policy Survey (IHP)

Der IHP in Kürze

Der International Health Policy Survey (IHP) ist eine Befragung der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF), die seit 1998 international vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen lässt (BAG, 2023). Die Befragungen beziehen sich abwechselungsweise auf eine der folgenden drei Zielgruppen, wobei für die vorliegende Studie v. a. die Befragungen zur Wohnbevölkerung von Interesse sind:

- Wohnbevölkerung ab 18 Jahren
- Wohnbevölkerung 65-Jährige und Ältere
- Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung.

Die Schweiz nimmt seit 2010 an den IHP-Befragungen teil (BAG, 2023). Damit erhält die Schweiz zu gesundheitspolitischen Themen international und zeitlich vergleichbare Daten, die für die Gestaltung unseres Gesundheitssystems nutzbar sind. Neben der

Schweiz sind Australien, Deutschland, Frankreich, Kanada, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Schweden, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten regelmässig an den IHP-Befragungen des CWF beteiligt.

Kantone können ihre Stichprobe erhöhen um repräsentativere Auswertungen durchzuführen. Bei den Befragungen der 18-jährigen und älteren Bevölkerung umfassen die Gesamtstichproben zwischen rund 1300 und 2290 Personen, bei den Befragungen der 65-jährigen und älteren Bevölkerung rund 1090 bis 3240 Personen.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die IHP-Befragungen beinhalten ein sehr breites Spektrum an Fragen zu gesundheitsrelevanten Themen, wobei Themen wie körperlicher oder psychischer Gesundheitszustand, Zugang zu und Qualität von medizinischen Leistungen sowie Bewertung von verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems aufgegriffen werden (T 2.6). Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Befragungen der Wohnbevölkerung (18+Jahre und 65+ Jahre) – die

T 2.5 International Health Policy Survey (IHP): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Befragung des IHP ist eine international sowie zeitlich vergleichende, gesundheitspolitische Befragung, welche jährlich stattfindet, wobei sich die befragte Zielgruppe alle drei Jahre wiederholt.
Produzent	Kernfinanzierung und Koordination: Stiftung Commonwealth Fund. Co-Finanzierung und technische Unterstützung von Organisationseinheiten in den teilnehmenden Ländern. Für die Schweiz: Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Befragte	Abwechslungsweise: <ul style="list-style-type: none"> – Wohnbevölkerung ab 18 Jahren in Privathaushalten (2010, 2013, 2016, 2020) – Wohnbevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten (2014, 2017 und 2021) – Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung (2012, 2015, 2019 und 2022)
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich; die Schweiz nimmt seit 2010 regelmässig teil; Zielgruppen werden periodisch in einem Turnus von drei Jahren befragt (vgl. Ausführungen oben unter «Befragte»)
Stichprobe	Je nach Zielgruppe unterschiedlich und Kantone können ihre Stichprobe erhöhen um repräsentativere Auswertungen durchzuführen. Befragungen zur Wohnbevölkerung 18+: rund 1300 und 2290 Personen Befragungen zur Wohnbevölkerung 65+: rund 1090 bis 3240 Personen Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung (2019 und 2022): rund 1090 bis 3240 Befragte
Regionalisierung	Schweiz, Sprachraum, z. T. Kanton (falls Kanton Stichprobe erhöht hat)
Aussagekraft	Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien gewichtet: geschlechtsabhängige Altersklassen, Bildungsniveau und Kanton damit die Ergebnisse repräsentative sind für die jeweilige Zielgruppe in der Schweiz.
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Aussagen zur Gesamtbevölkerung und nicht nur zu Personen, die Gesundheitswesen in Anspruch genommen haben. – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Internationaler Vergleich möglich – Breiter Themenbereich mit dem Nachteil
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Eher kleine Stichprobe – Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt – Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen, mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quellen: BAG, 2023; Pahud 2020, Merçay et al., 2023

© Obsan 2023

Befragungen der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung ist für Analysen im Bereich sozialer Ungleichheit im Moment weniger verwendbar.² Falls spezifische Fragen zu Diversität der Patientinnen und Patienten oder zu Wissen, Einstellungen und Praktiken der Ärztinnen und Ärzten rund um das Thema Chancengleichheit aufgenommen würden, wären diese Daten durchaus relevant.

Mit dem IHP können Analysen nach Geschlecht, Alter, Bildung und Migrationshintergrund und Region (Sprachregion, Urbanisierungsgrad) gemacht werden. Der Migrationshintergrund wird jedoch nur basierend auf dem Geburtsort der befragten Person sowie der Eltern erhoben und ist daher nicht ganz vergleichbar mit dem Index des BFS.³ Die Befragten werden auch gefragt, ob sie sich Sorgen machen, genügend Geld zu haben, um z. B. Lebensmittel oder Rechnungen für Strom und Heizung zahlen zu können. Das Einkommen wird zwar erhoben, jedoch ungenau (monatliches Bruttoeinkommen des Haushalts) und eignet sich daher nur bedingt für Analysen.

Der IHP enthält neben einigen Fragen zum Gesundheitszustand v. a. Fragen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der erlebten Qualität dieser Versorgung. So werden etwa die Wartezeiten, verschiedene Aspekte der Qualität der Behandlung (Einbezug in Entscheidungen, verständliche Erklärungen usw.) und die erlebte Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringenden (z. B. Hausarztpraxis und Spital/Spezialarztpraxis) thematisiert. Zentraler Bestandteil des IHP sind die Fragen zum Verzicht auf medizinische Leistungen. Nebst dem IHP wird die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC; vgl. 2.3.2) häufig verwendet, um dieses Themengebiet zu analysieren.⁴ Die Ergebnisse zum Verzicht unterscheiden sich jedoch deutlich zwischen diesen beiden Erhebungen. Sie sind eher als komplementär zu betrachten und nicht direkt miteinander vergleichbar, da sich das Konzept der Entbehrung von medizinischer Leistung in SILC vom Konzept des

Verzichts auf medizinische Leistung in der IHP-Befragung inhaltlich und methodisch unterscheidet (Pahud, 2021): Der in der IHP-Befragung gemessene Verzicht aus Kostengründen sagt nichts über die Notwendigkeit einer Behandlung aus (z. B. dringliche Wurzelbehandlung aufgrund starker Schmerzen versus alljährliche Dentalhygiene) und beinhaltet einen gewissen Grad an Freiwilligkeit. Folglich entspricht der Verzicht eher einer Kosten-Nutzen-Abschätzung und einer Einstellung gegenüber den potenziell anfallenden Kosten, als dass dieser die tatsächliche problematische finanzielle Situation der befragten Person widerspiegelt. Im Gegensatz hierzu stellt die Entbehrung in SILC einen Indikator für ebendiese problematische Situation (d. h. Armut) der befragten Person dar, da es sich hier um einen unfreiwilligen Verzicht auf eine notwendige Behandlung aus Mangel an finanziellen Mitteln handelt.

Die Daten liegen jeweils ca. im August des Erhebungsjahres vor.

Aufgrund der eher kleinen Stichprobe sind einfache Auswertungen auf nationaler Ebene möglich. Vertiefende Analysen mit Kreuzungen mehrerer Variablen (z. B. Geschlecht und Bildung) sind dagegen nur bedingt möglich. Aufgrund der eher niedrigen Fallzahlen muss geprüft werden, welche Analysen wie differenziert möglich sind.

Zu beachten ist, dass mit der IHP-Erhebung gewisse Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend abgebildet werden können, die in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit von zentraler Bedeutung wären: So sind z. B. Personen im Asylprozess sowie in Institutionen lebende Personen nicht teil der Grundgesamtheit. Weiter sind Personen in prekären Lebenssituationen, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie Ausländerinnen und Ausländer ohne Kenntnisse einer Landessprache untervertreten.

² Anmerkung: in der Befragung 2022 der Grundversorgerinnen/-versorger wurden folgende zwei Fragen gestellt: 1. «Wie häufig, falls überhaupt, denken Sie, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt?»; 2. Hat Ihnen ein Patient schon einmal gesagt, dass er aufgrund seiner Rasse oder ethnischen Herkunft ungerecht behandelt wurde oder das Gefühl hatte, dass seine gesundheitlichen Anliegen von einem Gesundheitsdienstleister nicht ernst genommen

³ Vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Bevölkerung > Migration und Integration > [Bevölkerung nach Migrationsstatus](#) (Zugriff am 13.9.2023)

⁴ In der Erhebung SHARE (vgl. 2.3.4) sowie dem SHP (vgl. 2.3.6) hat es auch Fragen zu diesem Thema.

T 2.6 International Health Policy Survey (IHP): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <input checked="" type="checkbox"/> (Einkommen) monatliches Brutto-Haushaltseinkommen; Variable nur bedingt verwendbar <input type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung allgemein; um gesundes/genügend Essen kaufen; Miete & Hypothek zahlen; Rechnung für Strom, usw. zahlen; stabile/r Job/Einkommensquelle haben. <input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <input checked="" type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht männlich, weiblich, anderes Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Nationalität <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund nicht mit dem BFS-Index vergleichbar <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp nur sehr begrenzt: Anzahl Personen und Anzahl Kinder <18 Jahren im Haushalt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt <input checked="" type="checkbox"/> Regionen Urbanisierungsgrad, Sprachregionen, Ländervergleich	
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand	<p>Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabak-, Alkohol-, Cannabis-, Drogen-, Schmerzmittelkonsum – benötigte/erhaltene Behandlung deswegen¹ - Zufriedenheit mit Qualität der eigenen Versorgung - Verzicht auf medizinische Leistungen aufgrund der Kosten - Wie einfach oder schwierig, medizinische Versorgung am Abend/Wochenende/Feiertagen zu bekommen? - Wartezeiten für medizinisches Anliegen - Vorhandensein einer Hausarztpraxis (Hausärztin/ Hausarzt bzw. Praxis, die regelmässig aufgesucht wird) - Hausarztpraxis: Kontaktaufnahme am gleichen Tag - Qualität der Behandlung (Informationen über medizinische Vorgeschichte, genügend Zeit aufgebracht, Einbezug bei Entscheidungen, verständliche Erklärungen) - Häufigkeit der Erbringung von Koordinationsaufgaben durch Hausarztpraxis mit anderen Leistungserbringenden. - Widersprüchliche Angaben von Leistungserbringenden; medizinischer Fehler; falsche/s Medikament/Dosierung¹ - Wartezeit a) Spezialist/in; b) für planbare OP¹ - Koordination zwischen Hausarzt- und Spezialarztpraxis - Informierung Hausarztpraxis durch Spital¹ - Einnahme verschiedener rezeptpflichtiger Medikamente - Überprüfung Medikamente durch Fachpersonal - Spitalaufenthalt: Miteinbezug in Entscheidungen; freundliche/respektvolle Behandlung¹ - Nachsorge nach Spitalaufenthalt: Erhalt von schriftlichen Informationen, Klärung Folgebehandlung, genügend Unterstützung zur Bewältigung des Gesundheitsproblems, Prüfung der Medikamente vor Entlassung - Im Rahmen einer Behandlung einer der Diagnosen (Bluthochdruck, Herzkrankheit, Diabetes usw.): Festlegen der Prioritäten/Ziele der Behandlung; klare Anweisungen auf welche Symptome zu achten ist; Möglichkeit der Umsetzung des Behandlungsplans im täglichen Leben; leichte Kontaktaufnahme bei Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung ob Personen aufgrund ethnischer Zugehörigkeit im Gesundheitssystem diskriminiert werden. - Nutzung von eHealth: E-Mail an Fachperson geschickt, Daten zur Gesundheit mit Fachperson geteilt usw. - Probleme, medizinische Rechnungen zu zahlen¹ - Verweigerung Versicherung, medizinische Behandlung (ganz) zu zahlen¹ - Verzicht auf medizinische Leistungen und Grund dafür - Nach Verzicht: Entwicklung Gesundheitsproblem - Zuversicht bezüglich Kontrolle des Gesundheitsproblems - Behandlungsmöglichkeiten für seelische Belastungen - Corona: Ersparnisse aufgebraucht; Arbeit/Rente verloren - Regelung Behandlungswünsche am Lebensende - Krankenversicherung: Versicherungsmodelle und selbst getragene Kosten - Corona-Impfung und Gründe für Nichtimpfung
<p>(Basis: Befragungen der Wohnbevölkerung 18+ und 65+ 2020/2021)</p> <p>Die Fragen unterscheiden sich z. T., je nachdem welche Zielgruppe (Bevölkerung ab 18 Jahren/Bevölkerung ab 65) befragt wird.</p> <p><i>* Aufgrund der grossen Anzahl von auswertbaren Variablen wird bei den Gesundheitsdeterminanten nur eine Auswahl präsentiert.</i></p> <p><i>Anmerkung: in der Befragung 2022 der Grundversorgerinnen/-versorger wurden folgende zwei Fragen gestellt: 1. «Wie häufig, falls überhaupt, denken Sie, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt?»; 2. Hat Ihnen ein Patient schon einmal gesagt, dass er aufgrund seiner Rasse oder ethnischen Herkunft ungerecht behandelt wurde oder das Gefühl hatte, dass seine gesundheitlichen Anliegen von einem Gesundheitsdienstleister nicht ernst genommen</i></p>		<p>Gesundheitszustand</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbst wahrgenommene Gesundheit - Einschränkungen Aktivitäten des täglichen Lebens - Angewiesen auf Hilfe bei Hausarbeit, Zubereitung von Mahlzeiten - Diagnosen: Bluthochdruck, Herzkrankheiten/Herzinfarkt, Diabetes, Asthma/ Lungenkrankheit, Depression/ Angstzustände/ andere psychische Störungen, Krebs, Gelenkschmerzen/Arthritis, Schlaganfall, Neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer - Aktuelle Behandlung aufgrund einer dieser Diagnosen - Gefühl der Isoliertheit von anderen - seelischen Belastungen wie Angstzuständen oder grosser Traurigkeit gelitten <p>¹ nur bei Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren</p>
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Pro Zielgruppe: alle 4 Jahre Verfügbarkeit der neuen Daten: generell im August im Folgejahr der Erhebung für Analysen; Publikation erst nach Veröffentlichung durch das BAG möglich (zwischen November und Februar darauf)	

Quellen: BAG, 2023; Pahud 2020, 2021, Merçay et al., 2023

© Obsan 2023

2.3.4 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Die Studie SHARE in Kürze

Die Studie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ist eine international vergleichende Befragung zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken. Befragt werden Personen ab 50 Jahren in Europa (FORS & Unil, 2023; Börsch-Supan et al., 2013): Unterdessen nehmen 27 Ländern aus Europa und Israel an der Studie teil. In der Studie wird ein breites Themenspektrum abgefragt: Gesundheit, Lebensqualität, Konsum von Pflegeleistungen, Arbeit, verwandtschaftliche Beziehungen, Wohnung, Einkommen und Ersparnisse, soziale Aktivitäten usw.

Die SHARE-Studie wurde 2004 zum ersten Mal durchgeführt. Seitdem wird sie rund alle zwei Jahre wiederholt (FORS & Unil, 2023). Es handelt sich um eine Panelbefragung, d. h. dieselben Personen werden immer wieder befragt. SHARE verfügt über eine Stichprobe von etwa 2180 Personen, wovon die Mehrheit in Rente ist. Der Rückgang in den SHARE-Stichproben wird durch regelmäßige Auffrischung der nationalen Stichproben korrigiert, um die Verluste auszugleichen, den SHARE wie jede Längsschnitterhebung erfährt.

Als Langzeitstudie können mit den SHARE-Daten Veränderungen und Entwicklungen in der Gesellschaft und der Bevölkerung beobachtet werden (FORS & Unil, 2023).

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die SHARE-Studie beinhaltet ein sehr breites Spektrum an Fragen zu Lebenssituation.

Mit den SHARE-Daten können Analysen nach Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Nationalität, Migrationshintergrund und Region (Sprachregion) gemacht werden. Sie umfassen auch zahlreichen Angaben zum Vermögen, zu Renten, Lebensversicherungen usw.

Die SHARE-Daten umfassen auch zahlreiche Fragen zu Gesundheitsdeterminanten: So wird der Alkohol- und Tabakkonsum, die körperliche Aktivität, das Essverhalten, die Wohnsituation, die Freizeitaktivitäten aber auch die (früheren) Arbeitssituation und die Arbeitsbedingungen. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der Verzicht von Leistungen wird ebenfalls thematisiert.

Der SHARE-Fragebogen enthält auch zahlreiche Fragen zur psychischen wie auch körperlichen Gesundheit: Neben der Erfassung von Selbstangaben (z. B. selbst wahrgenommene Gesundheit, lang andauernde Gesundheitsprobleme, Diagnosen, Einschränkungen, Schmerzen, Medikamentenkonsum, Traurigkeit), werden auch kurze kognitive und körperliche Test (z. B. Rechenaufgaben, Gedächtnistests, Laufgeschwindigkeit) durchgeführt.

T 2.7 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Steckbrief

Kurzbeschreibung	SHARE ist eine international vergleichende Befragung zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken von Personen ab 50 Jahren in ganz Europa.
Produzent	In der Schweiz wird die SHARE Studie von der Universität Lausanne (Unil) und dem Schweizer Kompetenzzentrum der Sozialwissenschaften (FORS) durchgeführt
Befragte	Personen ab 50 Jahren wohnhaft in der Schweiz sowie ihre Partner (wenn diese mit der Teilnahme einverstanden sind). Die Partnerin/der Partner ist die einzige befragte Person, die unter 50 Jahre alt sein darf. Personen in Pflegeheimen werden ebenfalls befragt, doch beim Übertritt in eine Institution nehmen die meisten der Befragten nicht mehr teil. Wenn eine teilnehmende Person stirbt, wird eine nahestehende Person über das letzte Lebensjahr befragt.
Periodizität/ Zeitreihen	seit 2004; alle 2 Jahre
Stichprobe	ca. 4600 Personen
Regionalisierung	Schweiz, Sprachregion, Urbanisierungsgrad
Aussagekraft	Komplexe Gewichtungsschemata um repräsentative Querschnitts- wie auch Längsschnittanalysen zu ermöglichen
Stärken	– Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Möglichkeit von Längsschnittanalysen
Grenzen	– Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden zwar befragt, aber die Stichprobe umfasst nur ganz wenige Fälle. – Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen, mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quellen: FORS & Unil, 2023; Höglinger et al., 2019 ; Börsch-Supan et al., 2013

© Obsan 2023

T 2.8 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung	höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.) Bei Personen im Ruhestand: ehemaliger Beruf; Bildung des Partners/der Partnerin sowie der Eltern werden auch erhoben
	<input checked="" type="checkbox"/> Einkommen	verfügbares Äquivalenzeinkommen
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus	erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung	Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw. (vgl. Anhang A.2)
	<input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1
	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Fragen zu Renten, Immobilien/Wohneigentum, Altersvorsorge, Lebensversicherungen, Anlagen/Vermögen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Fragen zur finanziellen Lage, Heizkosten sparen um Lebenskosten zu senken usw.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht	binär
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität	bei Geburt und aktuell; Erfassung der Nationalität nach Land
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund	Geburtsland der Eltern
	<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus		
<input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität		
<input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung		
<input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp		
<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt	Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw.	
<input checked="" type="checkbox"/> Regionen	Schweiz, Grossregionen, Sprachregion	
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand (Basis: Erhebung 2022)	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)	Gesundheitszustand
	<ul style="list-style-type: none"> - BMI - Gewichtsverlust und Gründe dafür - Tabakkonsum - Alkoholkonsum - Körperliche Aktivität - Konsum von Milchprodukten, Eier/Hülsenfrüchte, Fleisch, Gemüse/Obst, - Einsamkeit - Zusatzversicherung, Versicherung für Langzeitpflege - Arztbesuche - Vorsorgeuntersuchungen: Augenkontrolle, Darmkrebs, Mammografie - Grippeimpfung - Zahnarztbesuch - Spitalaufenthalt: geplant oder notfallmässig - Aufenthalt in Reha-Klinik, Kur usw. - Verzicht auf Gesundheitsleistungen: aufgrund der Kosten, Zugänglichkeit - Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen/Bezahler Hilfe - Inanspruchnahme informeller Hilfe - Arbeitssituation: Anerkennung und Unterstützung - Wohnsituation: Wohnungstyp, Treppen, Lift, - Wohnumgebung (Kriminalität, Sauberkeit, Zugehörigkeit) - Aktivitäten: ehrenamtliche Tätigkeit, Verein, Rätsel lösen, Lesen usw. - Freizeitaktivitäten - Big-Five-Persönlichkeitsmerkmale - Leben im Griff haben, machen können, was man will usw. 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbst wahrgenommene Gesundheit - Chronisches Gesundheitsproblem - Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten/ Erwerbstätigkeit wegen chronischem Gesundheitsproblem - Diagnosen von Erkrankungen: Herzinfarkt, Bluthochdruck, Lungenkrankheit, Diabetes, Krebs, Alzheimer, Arthrose, Arthritis, affektive Störungen, Nierenkrankheit usw. - Bei Krebs: betroffenes Organ/Körperteil - Zeitpunkt/Dauer Diagnose - Angst, hinzufallen; Schwindel/Ohnmacht, chronische Müdigkeit/Erschöpfung - Bestehen/Stärke/betroffenes Körperteil von Schmerzen - Medikamente gegen Bluthochdruck, Diabetes, Schlafstörungen usw. - Einnahme mindestens 5 verschiedener Medikamente - Seh-, Hör, Lese- und Schreibfähigkeit - Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens - Verschiedene Test zu Orientierung bezüglich Datums, Rechnen, flüssiges Reden, Erinnerung von Worten usw. - Psychische Gesundheit: Traurigkeit/Niedergeschlagenheit, Zukunftshoffnungen, Wunsch zu sterben, Schuldgefühle und Gründe dafür, Reizbarkeit, Interesse an Umwelt, Appetit, Energie, - Schlafstörungen
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Alle 2 Jahre Verfügbarkeit der neuen Daten: Welle 9 (2021/2022): ca. Mitte/Ende 2023	

Quelle: FORs, 2022

© Obsan 2023

2.3.5 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Die HBSC-Studie in Kürze

Das Projekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) ist eine internationale, alle 4 Jahre stattfindende Untersuchung über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Sie steht unter der Schirmherrschaft der WHO. Zurzeit nehmen mehr als 40 (grösstenteils europäische) Länder an dieser Untersuchung teil. Die Schweiz nimmt, vertreten durch Sucht Schweiz, seit 1986 an der Untersuchung teil (HBSC, 2022).

Hauptziel dieser internationalen Studie ist es, Daten zu den Lebensumständen und Lebensstilen sowie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zu erheben (HBSC, 2022). In der Studie geht es unter anderem um Ernährung, körperliche Aktivität, den Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen, Gewaltbereitschaft, Sexualität, Verletzungen und das Verhältnis zu Familie und Peers. Die Daten können einerseits mit den Daten anderer teilnehmender Länder, andererseits mit den Daten aus vergangenen Befragungen (Langzeitvergleiche, also Vergleiche über die Jahre hinweg) verglichen werden. Die Studie stellt eine wichtige Grundlage dar für die Entwicklung neuer nationaler und kantonaler Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme im Bereich Kinder und Jugendliche.

Im Jahr 2018 nahmen 715 zufällig ausgewählte Klassen in der Schweiz teil, was ca. 11 000 befragte Schülerinnen und Schüler ergab (Ambord et al., 2020). Die Zahlen für die Erhebung 2022 lagen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts noch nicht vor. Die älteren Jugendlichen (8. und 9. Schuljahr) erhalten jeweils eine umfassendere Fragebogenversion, die Jüngeren (5. bis 7. Schuljahr) eine kürzere Fassung (Ambord et al., 2020).

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Der HBSC-Studie umfasst zwar viele gesundheitsrelevante Fragen, es werden aber nur einige wenige Merkmale der sozialen Lage erhoben. Der Grund dafür ist, dass Informationen zur Bildung, Arbeitssituation und finanziellen Lage der Eltern bei Kindern und Jugendlichen nicht genau erfasst werden können. In den HBSC-Daten enthalten ist der Geburtsort der Kinder bzw. Jugendlichen selber sowie derjenige der Eltern. In der Befragung 2022 wurde zudem neu bei den älteren Jugendlichen (14- bis 15-Jährigen) eine Frage zur Geschlechtsidentität mit non-binären Optionen gestellt. Ebenfalls neu ist eine Frage zur sexuellen Orientierung für die älteren Jugendlichen.

Im Fragebogen wird weder ein Personenidentifikator noch der Name erfasst – damit sind Verknüpfungen mit anderen Datenbanken nicht möglich.

Die HBSC-Daten umfassen zahlreiche Informationen zu Gesundheitsdeterminanten. So werden Fragen zum sozialen Umfeld und der erlebten sozialen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie Eltern gestellt. Der Fragebogen umfasst auch Fragen zur Schule und zu Lehrpersonen. Weiter werden die Ernährungsgewohnheiten sowie der Konsum verschiedener Substanzen abgefragt. Die Nutzung von Online-Aktivitäten sowie sozialen Netzwerken sind ebenfalls ein zentrales Thema. Im Hinblick auf den Gesundheitszustand wird u. a. der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit, Einsamkeitsgefühle, das Bestehen bestimmter Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Müdigkeit) und das Vorliegen von Erkrankungen wie Asthma, Zöliakie oder ADHS/ADS abgefragt.

T 2.9 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Studie «Health Behaviour in School-aged Children» ist eine internationale Untersuchung über Gesundheit und Gesundheitsverhalten 11- bis 15-jähriger Schülerinnen und Schüler. Zurzeit nehmen mehr als 40 grösstenteils europäische Länder an dieser Untersuchung teil.
Produzent	Sucht Schweiz; Das Projekt wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von der Mehrheit der Kantone finanziert. Studie steht unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Regionalbüro für Europa)
Befragte	11- bis 15-jähriger Schülerinnen und Schüler: Schulklassen des 5., 6., 7., 8. und 9. Schuljahres (7. bis 11. Jahr HarmoS)
Periodizität/ Zeitreihen	Alle 4 Jahre: 1986, 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014, 2018, 2022
Erhebungsart/ Stichprobe	Ca. 11 000 Befragte; Kantone können Stichprobe zu erhöhen, um repräsentativere Auswertungen durchzuführen
Regionalisierung	Schweiz, Grossregion, Kanton (falls Kanton Stichprobe erhöht haben)
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden nach Geschlecht und Alter gewichtet.
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Aussagen zu Kindern und Jugendlichen – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Internationaler Vergleich möglich
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher: Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind die Angaben wohl mit Unsicherheiten verbunden.

Quellen: HBSC, 2022 ; Ambord et al., 2020

© Obsan 2023

T 2.10 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung		
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (ist nicht möglich, da kein Personenidentifikator enthalten ist)		
Merkmale sozialer Lage	<input type="checkbox"/> Bildung		
	<input type="checkbox"/> Einkommen		
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus	Frage, ob Eltern arbeitstätig sind oder nicht und der Grund, falls nicht erwerbstätig	
	<input type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung	Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw.; vgl. Anhang A.2	
	<input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1	
	<hr/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht		
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter		
	<input type="checkbox"/> Nationalität		
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund	Geburtsort der Jugendlichen und ihrer Eltern	
	<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse		
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus		
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlechtsidentität	seit 2022 Frage mit non-binäre Optionen für die 14- bis 15-Jährigen	
<input checked="" type="checkbox"/> sexuelle Orientierung	seit 2022: Frage wird lediglich den 14- bis 15-Jährigen gestellt		
<input type="checkbox"/> Haushaltstyp			
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt			
<input type="checkbox"/> Regionen			
<hr/>			
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand (Basis: Erhebung 2022)	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)	Gesundheitszustand	
	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen und Familie - Elterliches Bescheidwissen - Einstellung zur Schule/Stress wegen Schule - Beziehung zu Mitschülerinnen und Mitschülern - Beziehung zur Lehrperson - Schlägerei / Mobbing in der Schule (auch online) - Schlafdauer - Konsum von Tabak (inkl. E-Zigaretten), Alkohol, Cannabis und weiteren Substanzen - Körperliche Aktivität - Essgewohnheiten: Konsum von Süssgetränken, Früchten /Gemüse, Fast Food, Chips usw. - Anzahl Portionen Gemüse und Früchte am Tag - Häufigkeit Online-Aktivitäten und Nutzung sozialer Medien - Gaming-Verhalten (z. B. lieber gegamt als sich mit Kolleginnen/Kollegen zu treffen) - Körpergewicht - Wahrnehmung Körpergewicht und Körper - Häufigkeit Zähneputzen - Sexualverhalten - Auswirkungen der COVID-19 Pandemie 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand - Lebenszufriedenheit - Einsamkeitsgefühle - Chronische psychoaffektive und physische Beschwerden (Kopf-, Rücken-, Bauchschmerzen, Schlafprobleme, Wut/Verärgerung, Traurigkeit, Müdigkeit, Schwindel, Nervosität, Angst usw.) - Diagnose für chronische Krankheiten oder körperliche Behinderungen (Heuschnupfen, Asthma, Diabetes, Zöliakie, körperliche Behinderung, ADHS/ADS, Essstörungen, Kurzsichtigkeit) - behandlungsbedürftige Verletzungen - Befinden: froh und guter Laune; ruhig und entspannt, energiegeladent und aktiv, frisch und ausgeruht, Alltag voller Dinge, die mich interessieren. - «Wie oft schaffst du es, das zu tun, was du dir vorgenommen hast?» - Gefühl, wichtige Dingen im Leben kontrollieren zu können, Gefühl, dass sich Probleme so aufgestaut haben, dass nicht mehr bewältigbar usw. 	
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Alle 4 Jahre Verfügbarkeit der neuen Daten: Für Sekundäranalysen durch Sucht Schweiz liegen die Daten im Sommer des Folgejahres der Erhebung vor; für Dritte stehen die Daten erst Ende des Befragungszyklus zur Verfügung (d. h. 2025 für die Daten 2022).		

Quelle: Ambord et al., 2020

© Obsan 2023

2.3.6 Schweizer Haushalt-Panel (SHP)

Das SHP in Kürze

Das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) ist eine sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie, die seit 1999 jährlich private Haushalte und ihre Mitglieder befragt (FORS, 2022). Das Hauptziel ist es, den sozialen Wandel und die Veränderungen der Lebensbedingungen in der Schweiz zu beobachten. Es handelt sich um eine Panelbefragung, das heisst, es werden jedes Jahr dieselben Haushalte befragt, wobei alle Mitglieder des Haushalts von 14 Jahren und darüber befragt werden (Tillmann et al., 2022). Die Datenerhebung startete im Jahr 1999 mit einer ersten Stichprobe von 5074 Haushalten (7799 Befragte). Im Jahr 2004 wurde eine zweite, 2013 eine dritte und 2020 eine vierte Stichprobe hinzugefügt. Im Jahr 2020 wurden insgesamt gut 9800 Haushalte bzw. 15 900 Haushaltsmitglieder befragt.

Seit 2020 handelt es sich um eine Mixed-Mode-Befragung, die eine Befragung per Internet ermöglicht, z. B. für Personen, für die keine Telefonnummer vorliegt (Voorpostel et al., 2022). Bis 2008

wurden jedes Jahr alle Fragen gestellt. 2009 wurde eine Modularisierung eingeführt: Die Fragen des Kernfragebogens werden jährlich gestellt, die anderen Fragen nur alle drei Jahre im Rahmen eines Zusatzfragebogens (Tillmann et al., 2022; Voorpostel et al., 2022).

Die genannten Stichproben wurden in den letzten Jahren mit Zusatzstichproben für die Untersuchung bestimmter Themen ergänzt (Tillmann et al., 2022). 2013–2019 wurden zusätzlich Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation befragt (LIVES-FORS Cohort). 2013–2018 wurde eine zusätzliche Stichprobe mit Haushalten mit niedrigem Einkommen im Kanton Waadt realisiert. 2020 wurden noch zusätzlich Fragen zu Covid-19 gestellt.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Mit den SHP-Daten werden eine Vielzahl von Merkmalen der sozialen Lage erhoben: Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Beruf, Nationalität, Migrationshintergrund usw.

T 2.11 Schweizer Haushalt-Panel (SHP): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Das Schweizer Haushalt-Panel (SHP) ist eine jährlich stattfindende Haushaltspanelstudie mit dem Ziel, den sozialen Wandel und die Veränderungen der Lebensbedingungen der Schweizer Bevölkerung zu beobachten.
Produzent	FORS – Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften Das SHP wird durch den Schweizerischen Nationalfonds finanziert.
Befragte	Privathaushalte in der Schweiz. Es werden jeweils dieselben Haushalte befragt, wobei alle Mitglieder des Haushalts über 14 Jahre befragt werden. Gegenwärtig besteht das SHP aus vier Stichproben: SHP_I: Stichprobe der 1999 erstmals befragten Haushalte und Personen (5074 Haushalten/7799 befragte Personen) SHP_II: erstmals 2004 befragt (2538 Haushalte / 3654 Personen) SHP_III: erstmals 2013 befragt (3989 Haushalte / 6090 Personen) SHP_IV: erstmals 2020 befragt (4380 Haushalte / 7557 Personen) Zusätzlich zu diesen vier Stichproben gibt es Zusatz-Stichproben: LIVES-FORS Cohort: Stichprobe von Migrantinnen und Migranten der 2. Generation. Sie lief über sieben Wellen (2013– 2019) und umfasst Personen, die zwischen 1988 und 1997 geboren wurden, am 1. Januar 2013 in der Schweiz wohnhaft waren und vor dem Alter von 10 Jahren in der Schweiz zur Schule gingen. SHP LIVES-Vaud: Die SHP-Erhebung LIVES-Vaud ist eine Stichprobe der Bevölkerung des Kantons Waadt mit einer Überrepräsentation von Haushalten mit niedrigem Einkommen. Sie wurde von 2013 bis 2018 jährlich durchgeführt. SHP Covid-19 Studie: Um Erkenntnisse über die Auswirkungen des Lockdowns für die Bevölkerung zu gewinnen, wurde zwischen Mai und Juni 2020 ein zusätzlicher Fragebogen ausgearbeitet. Dabei wurden 5843 Personen befragt.
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich: seit 1999 Vier Stichproben: siehe Ausführungen oben unter «Befragte»
Stichprobe	Ca. 9800 Haushalte aus verschiedenen Stichproben (siehe oben); entspricht etwa 15 900 befragten Personen
Regionalisierung	Schweiz, Grossregionen, Kanton
Aussagekraft	Komplexe Gewichtungsschemata um repräsentative Querschnitts- wie auch Längsschnittanalysen zu ermöglichen
Stärken	– Die jährliche Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Möglichkeit von Längsschnittanalysen
Grenzen	– Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt – Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen, mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quellen: FORS, 2022 ; Tillmann et al., 2022; Voorpostel et al., 2022

© Obsan 2023

Der SHP-Fragebogen umfasst ein breites Spektrum an Fragen zu Gesundheitsdeterminanten wie z. B. BMI, körperliche Aktivität, Tabakkonsum, Arbeitsbelastungen und Lebensereignisse. Die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, dem Alleinsein, der Freizeit, dem Zusammenleben sowie – für Personen unter 25 Jahren – der Unterstützung durch die Eltern werden ebenfalls thematisiert. Weiter werden Angaben zum Versicherungsmodell sowie zum Verzicht auf Zahnarztbesuche erhoben.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand wird u. a. der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden, chronische Gesundheitsprobleme und daraus resultierende Einschränkungen, Aspekte der psychischen Gesundheit wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Depression und Energie abgefragt. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung wird auch erfasst.

T 2.12 Schweizer Haushalt-Panel (SHP): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung	höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.)
	<input checked="" type="checkbox"/> Einkommen	verfügbares Äquivalenzeinkommen
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus	erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung	Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw. (vgl. Anhang A.2)
	<input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht	binär
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter	
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität	bei Geburt und aktuell; Erfassung der Nationalität nach Land
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund	erste und zweite Nationalität der Eltern bei der Geburt hingegen schon
	<input checked="" type="checkbox"/> Sprachkenntnisse	«Was ist die Sprache, in der Sie denken und die Sie am besten beherrschen?»
	<input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus	Aufenthaltsbewilligung
	<input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität	
	<input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung	
	<input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp	Einpersonenhaushalt, Paar ohne bzw. mit Kinder(n), Einelternhaushalt mit Kind(ern) usw.
	<input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt	Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw.
<input checked="" type="checkbox"/> Regionen	Schweiz und Grossregionen	
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand (Basis: Erhebung 2022)	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)	
	– BMI	
	– Körperliche Aktivität	
	– Tabakkonsum (Häufigkeit, früherer Konsum)	
	– Ernährungsverhalten (ungesund/gesund)	
	– Arbeitszeiten / Nachtschicht	
	– Anzahl Erwerbstätigkeiten und Total Anzahl Arbeitsstunden	
	– psychosoziale Arbeitsbelastungen	
	– Arbeitszufriedenheit/-sicherheit	
	– Nach Arbeit zu erschöpft. um Sachen zu machen	
	– Partizipation in Vereinen, Clubs, Gruppen	
	– Hilfe von anderen	
	– Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, Alleinsein, Freizeit, Zusammenleben, Unterstützung durch die Eltern (<25 J)	
	– Lebensereignisse: Tod nahestehender Person, Trennung, Unfall/Erkrankung usw.	
	– Unterkunft: Lärm, schlecht geheizt, Probleme mit Verschmutzung, Vandalismus	
– Verzicht auf Zahnarztbesuch		
	– Versicherungsmodell/Zusatzversicherung/Jahresfranchise	
	– Anzahl Arztbesuche und Hausarztbesuche	
	Gesundheitszustand	
	– Selbst wahrgenommene Gesundheit	
	– Zufriedenheit mit der Gesundheit	
	– Körperliche Beschwerden: Rückenschmerzen, Schwäche/ Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen	
	– Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Depression: Häufigkeit	
	– Häufigkeit von Energie und Optimismus	
	– Erlebter Stress	
	– Chronisches Gesundheitsproblem	
	– Einschränkungen wegen Gesundheitsproblem sowie an wie vielen Tagen eingeschränkt in den letzten 12 Monaten	
	– Zufriedenheit mit hausärztlicher Versorgung / Versorgung durch Spezialärztin/-arzt	
	– Gefühl, dass Hausärztin/-arzt bzw. Spezialärztin/-arzt unnötige Behandlung oder Test vorgenommen hat	
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Fragen zur Gesundheit: jährlich (mit Ausnahmen) Verfügbarkeit der neuen Daten: ca. im Februar des Folgejahrs der Erhebung (Welle 2021/22: Publikation der Daten Februar 2023)	

Quelle: FORS, 2022

© Obsan 2023

2.3.7 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)

Die SAKE in Kürze

Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist eine seit 1991 durchgeführte Personenbefragung des BFS zur Erwerbsstruktur und zum Erwerbsverhalten der Bevölkerung. Seit 2010 erfolgt die SAKE vierteljährlich (BFS, 2022e, 2022g).

Grundgesamtheit der SAKE ist die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Seit 2003 wird die SAKE-Stichprobe durch eine Stichprobe mit ausländischen Personen ergänzt (20 000 Interviews seit 2018). Insgesamt werden jährlich rund 120 000 Interviews durchgeführt. Die Teilnehmenden werden innerhalb von anderthalb Jahren viermal befragt (Ausnahme: Personen ab 75 Jahren werden lediglich einmal befragt). Seit 2021 ist die SAKE eine Mixed-Mode-Befragung (per Internet/Telefon) mit Fokus auf die Internetbefragung.

Die Erhebung umfasst einerseits ein Basismodul mit zahlreichen Fragen zur Erwerbstätigkeit (BFS, 2022e, 2022g). Zusätzlich

gibt es jedes Jahr ein bis drei Zusatzmodule zu bestimmten Themenbereichen, wobei es sich dabei teilweise um europäische Module und teilweise um nationale Module handelt – siehe dazu die Liste in Tabelle T 2.13). Für die vorliegende Arbeit sind u. a. die Module «Unbezahlte Arbeit» und «Arbeitsunfälle und sonstige berufsbedingte Gesundheitsprobleme» von besonderem Interesse.

Die strikte Anwendung internationaler Definitionen in der SAKE ermöglicht Vergleiche mit den übrigen OECD-Ländern sowie den Staaten der Europäischen Union.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die SAKE ist eine jährlich durchgeführte grosse Bevölkerungsbefragung mit einer Zusatzstichprobe von ausländischen Personen. Es werden verschiedene Merkmale der sozialen Lage erhoben: Bildung, Einkommen, Arbeitsmarktstatus sowie Informationen zur ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Der Migrationshintergrund wird ebenfalls seit 2021 jährlich differenziert erhoben. Im Zusatzmo-

T 2.13 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist eine Personenbefragung zur Erwerbsstruktur und zum Erwerbsverhalten der ständigen Wohnbevölkerung.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS) in Zusammenarbeit mit LINK Marketing Services Luzern/Lausanne/Zürich
Befragte	Grundgesamtheit der SAKE ist die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Personen im Asylprozess sind nicht eingeschlossen). Teilnehmende werden innerhalb von eineinhalb Jahren 4x befragt (Ausnahme: Personen ab 75 J werden einmal befragt). 1991 bis 2020: telefonische Erhebung. Seit 2021: Mixed Mode-Befragung (per Internet/per Telefon)
Periodizität/ Zeitreihen	1991–2009: jährlich; seit 2010: vierteljährlich Nebst einem Basismodul gibt es pro Jahr Zusatzmodule. Zusatzmodule seit 2017: 2017: Migration / Selbständige 2018: Vereinbarkeit von Beruf und Familie 2019: Soziale Sicherheit / Internetbasierte Plattformarbeit / Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung 2020: Unbezahlte Arbeit / Arbeitsunfälle und sonstige berufsbedingte Gesundheitsprobleme 2021: Migration / Arbeitsmarktsituation von Zuwanderern 2022: Job Skills / Internetbasierte Plattformarbeit 2023: Altersrenten, Alterspensionen und Erwerbsbeteiligung (inkl. nationale Fragen über Renten) 2024: Unbezahlte Arbeit (noch zu bestätigen) / Junge Menschen auf dem Arbeitsmarkt
Stichprobe	rund 120 000 Interviews inkl. ergänzende Stichprobe (rund 20 000) mit ausländischen Personen
Regionalisierung	Schweiz und Grossregionen
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung verbessern
Stärken	– Befragung mit einem breiten Themenspektrum und jährlichen (z. T. sich wiederholenden) Modulen – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen – Möglichkeit von Längsschnittanalysen – Aufgrund der Anwendung internationaler Definitionen sind Vergleiche mit den übrigen OECD-Ländern sowie den Staaten der Europäischen Union möglich
Grenzen	– Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen oder Englisch sind de facto ausgeschlossen.

Quellen: BFS, 2022e, 2022g

© Obsan 2023

dul «Migration» (Durchführung alle 3–4 Jahre) werden der Aufenthaltsstatus und die Sprachkenntnisse der Landessprachen abgefragt.

Im Hinblick auf Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand wird in der SAKE eine grosse Anzahl an Variablen zur Arbeitssituation erhoben: aktuelle und frühere Erwerbstätigkeit, Beruf, Erwerbslosigkeit, Ruhestand, Arbeitsbedingungen, Stellensuche usw. Zu den erfassten migrationsspezifischen Informationen gehören der Vergleich der aktuellen mit der letzten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Aufgrund der Fülle der erfassten Informationen zur Arbeitssituation ist in der Tabelle T 2.14 lediglich eine Auswahl von Indikatoren bzw. Themenbereiche aufgelistet. Sämtliche Fragen der SAKE finden sich auf der Webseite des BFS (BFS, 2022g).

Im Basismodul sind auch drei Fragen zum Gesundheitszustand enthalten u. a. zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und zu lang andauernden Gesundheitsproblemen. In den verschiedenen Zusatzmodulen werden weitere Themen abgedeckt, die im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit relevant sein könnten: Das Zusatzmodul zu unbezahlter Arbeit (Durchführung alle 3–4 Jahre) erfasst z. B. relativ detailliert Hilfeleistungen für Verwandte oder Bekannte. Im Modul «Migration» (Durchführung alle 3–4 Jahre) werden migrationsspezifische Fragen rund um die Arbeit gestellt. Und das Modul zur Arbeitsgesundheit (Durchführung alle 8 Jahre) thematisiert Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme.

Die SAKE umfasst nur wenige Fragen zur allgemeinen Gesundheit – diese sind jedoch im Basismodul und werden somit jedes Jahr gestellt.

Für die meisten Variablen im Basismodul sind Zeitvergleiche über viele Jahre (2012–2022; z. T. auch länger) möglich. Welche Zeitvergleiche genau möglich sind, müsste jeweils genau geprüft werden. In der Tabelle sind für die Variablen/Themen, die Teil eines Zusatzmoduls sind, die letzten Erhebungsjahre in Klammern aufgeführt.

Die Daten liegen jeweils Ende März im Folgejahr der Erhebung vor. Sie dürfen jedoch nicht vor Ende April publiziert werden.

Aufgrund der Grösse der Stichprobe sind Auswertungen nach mehreren Merkmalen (z. B. Geschlecht und Bildung) möglich. Dies ermöglicht es, gesundheitliche Ungleichheit differenzierter zu betrachten. Es müsste aber jeweils noch geprüft werden, welche Analysen wie differenziert aufgrund der Fallzahlen möglich sind.

Zu beachten ist, dass mit der SAKE gewisse Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend abgebildet werden können, die in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit von zentraler Bedeutung wären: So sind z. B. Personen im Asylprozess sowie in Institutionen lebende Personen nicht teil der Grundgesamtheit. Weiter sind Personen in prekären Lebenssituationen (ohne festen Wohnort, ohne gültige Aufenthaltsbewilligung usw.), Personen mit schlechtem Gesundheitszustand untervertreten. Für Ausländerinnen und Ausländer (mit Aufenthaltsbewilligungen C, B und L von mindestens 12 Monaten) gibt es eine Zusatzstichprobe, Personen mit ungenügenden Sprachkenntnissen sind aber dennoch untervertreten.

T 2.14 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	Nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <input checked="" type="checkbox"/> Einkommen <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.) Erwerbseinkommen (nicht Haushaltseinkommen) erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig Führungskraft, akademische Berufe, Dienstleistungsberufe usw. (vgl. Anhang A.2) vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund <input checked="" type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp <input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsbranche <input checked="" type="checkbox"/> Regionen	binär bei Geburt und aktuell; Erfassung der Nationalität nach Land ohne Migrationshintergrund (MH), mit MH 1. Generation, mit MH 2. Generation (seit 2021 jährlich, <2021: alle 3 <Jahre im Rahmen des Moduls «Migration») im Zusatzmodul «Migration»: Sprachkenntnisse der Landessprachen vor/nach Einreise Ausweis (C, B, L und anderer Ausweis) Einpersonenhaushalt, Paar ohne bzw. mit Kinder(n), Einelternhaushalt mit Kind(ern) usw. Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw. Schweiz und Grossregionen
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl)* – Anzahl Erwerbstätigkeiten – Total Anzahl Arbeitsstunden – Arbeitszeiten / Nachtschicht/ Arbeit auf Abruf – Arbeitszufriedenheit (2017, 2021 – im Modul «Migration») – Grund der Abwesenheit von der Arbeit während der letzten Woche – Dauer der Abwesenheit von der Arbeit – Hauptgrund, keine Arbeitsstelle anzunehmen – Arbeitsvertragstyp (Befristung) – Homeoffice – Gewünschte und tatsächliche Arbeitszeit – Tages-/Wochenarbeitszeitregelung	Gesundheitszustand – Selbst wahrgenommene Gesundheit – Lang andauerndes Gesundheitsproblem – Einschränkungen wegen Gesundheitsproblem Zusatzmodul zu Arbeitsgesundheit (2013, 2020) – Arbeitsunfall in den letzten 12 Monaten – Dauer Arbeitsunfähigkeit – Durch die Arbeit verursachte oder verschlimmerte Gesundheitsprobleme – Art des arbeitsbedingten Gesundheitsproblems (Knochen-, Gelenk-, Muskelbeschwerden, Stress, Depression, Angstzustände)
(Basis: Erhebung 2022)		
* Aufgrund der grossen Anzahl von auswertbaren Variablen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation, wird bei den Gesundheitsdeterminanten nur eine Auswahl präsentiert. Die Fragen bzw. Variablen werden zudem teilweise in Oberbegriffe zusammengefasst.	Zusatzmodule zu unbezahlter Arbeit und Arbeitsgesundheit – Risiken für die körperliche Gesundheit und psychische Wohlbefinden nach Risikotyp (Arbeitshaltungen, starker Zeitdruck, Mobbing usw.) (2013, 2020) – Betreuung pflegebedürftiger/behinderter Personen im Haushalt / ausserhalb Haushaltes (2016, 2020) – Anzahl geleisteter Stunden (2016, 2020) – Art der Hilfe: Pflege (Essen geben, waschen, anziehen), Betreuung (spazieren gehen, spielen), weitere Leistungen (Bersorgungen, Transporte, Hilfe bei administrativen Tätigkeiten an) und Zeitaufwand dafür (2016, 2020)	
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Variablen Basismodul: jährlich Variablen Zusatzmodule: alle 3–4 Jahre («Unbezahlte Arbeit» und «Migration») bzw. alle 8 Jahre («Arbeitsgesundheit») Verfügbarkeit der neuen Daten: Ende März im Folgejahr für Auswertungen; vor Ende April dürfen diese nicht publiziert werden.	

Quellen: BFS, 2022f, 2022g

© Obsan 2023

2.3.8 Erhebung Gesundheit und Lifestyle

Die Erhebung Gesundheit und Lifestyle in Kürze

Die Omnibus-Erhebung «Gesundheit und Lifestyle» wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit dem BFS bisher zweimal – 2018 und 2022 – als Online-Befragung durchgeführt (BAG, 2023). Für das Jahr 2023 ist eine weitere Durchführung geplant, allerdings mit einem reduzierten Fragekatalog. Ab 2022 wird die Befragung voraussichtlich jährlich durchgeführt. Fragen der früheren Befragung CoRoLAR (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks) wurden in diese Omnibus-Erhebung integriert.

Die Befragung deckt folgende Aspekte in den Bereichen Alkohol, Tabak, Medikamente, Ernährung und Bewegung ab (BAG, 2023):

- Kenntnisse der Bevölkerung über bestimmte Verhaltensweisen für die Gesundheit;
- Meinung der Bevölkerung zu bestimmten strukturellen Massnahmen;
- Konsum von Arzneimitteln;
- nicht gerauchter Tabak (z. B. Snus), Rauchstopp und andere tabakbezogene Fragen.

Die Erhebung besteht aus mehreren Modulen, die in unterschiedlicher Häufigkeit wiederholt werden (BAG, 2023). Grundgesamtheit ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren. Im Jahr 2018 haben rund 5600 Personen an der Befragung teilgenommen.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In der Erhebung Gesundheit und Lifestyle werden folgende Merkmale der sozialen Lage erhoben: Geschlecht, Alter, Sprache und Wohnregion (städtisch, intermediär und ländlich). Informationen zu Bildung, Erwerbstätigkeit und Migrationshintergrund werden nicht erfasst.

In Bezug auf Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsindikatoren werden folgende Themen abgedeckt:

- Wissen über die Risiken und die Schädlichkeit von Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum
- Wissen über die Auswirkungen von Übergewicht und wie ein gesundes Körpergewicht erreicht werden kann
- Wissen über die Risiken des Salzkonsums
- Einstellungen zu strukturellen Massnahmen im Bereich Tabak/Alkohol/Cannabis: Werbeverbote, Rauch-/Verkaufsverbote, Jugendschutzmassnahmen usw.
- Einstellungen zu strukturellen Massnahmen im Bereich Bewegung
- Konsum von Ritalin in den letzten 12 Monaten/in den letzten 30 Tagen (inkl. Häufigkeit und Dauer der Einnahme)
- Tabakkonsum: Häufigkeit und Menge, früherer Konsum, Aufhörversuche/-wunsch, Hilfsmittel zur Entwöhnung usw.

T 2.15 Erhebung Gesundheit und Lifestyle: Steckbrief

Kurzbeschreibung	Online-Befragung zu den Themen Alkohol, Tabak, Medikamente, Ernährung und Bewegung.
Produzent	Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik (BFS)
Befragte	ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren
Periodizität/ Zeitreihen	2018, 2022, 2023 ab 2022 eventuell jährlich
Stichprobe	2018: 5600 Personen
Regionalisierung	Schweiz, Sprachraum
Aussagekraft	Die Stichprobe wurde gewichtet damit die Ergebnisse repräsentative sind für die Schweiz.
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Fragen zu Kenntnissen und Meinung der Bevölkerung zu den Themen Alkohol, Tabak, Medikamente, Ernährung und Bewegung – Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – kleine Stichprobe – Selbstangaben gehen mit Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen einher. – Personen in Institutionen (z. B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse) werden nicht befragt – Personen in prekären Verhältnissen (ohne festen Wohnort/gültige Aufenthaltsbewilligung usw.) sind untervertreten. – Personen, mit unzureichenden Sprachkenntnissen in einer der drei Amtssprachen sind de facto ausgeschlossen.

Quelle: BAG, 2023

© Obsan 2023

T 2.16 Erhebung Gesundheit und Lifestyle: Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Möglichkeit einer Verknüpfung müsste noch geprüft werden.
Merkmale sozialer Lage	<input type="checkbox"/> Bildung <input type="checkbox"/> Einkommen <input type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <input type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht binär <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Nationalität <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Haushaltstyp <input type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt <input checked="" type="checkbox"/> Regionen Schweiz, Sprachregion, Urbanisierungsgrad	
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand	Gesundheitsdeterminanten (Auswahl) <ul style="list-style-type: none"> – Konsum von Ritalin in den letzten 12 Monaten/in den letzten 30 Tagen (inkl. Häufigkeit und Dauer der Einnahme) – Tabakkonsum: Häufigkeit/Menge, früherer Konsum, Aufhörer/versuche/-wunsch, Hilfsmittel zur Entwöhnung usw. – Wissen über Risiken und Schädlichkeit von Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum – Wissen über die Auswirkungen von Übergewicht 	<ul style="list-style-type: none"> – Wissen, wie gesundes Körpergewicht erreicht werden kann – Wissen über Risiken des Salzkonsums – Einstellungen zu strukturellen Massnahmen im Bereich Tabak/Alkohol/Cannabis: Werbeverbote, Rauch-/Verkaufsverbote, Jugendschutzmassnahmen usw. – Einstellungen zu strukturellen Massnahmen zu Bewegung
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Ca. alle 1–2 Jahre Verfügbarkeit der neuen Daten: ca. im Herbst/Winter des Erhebungsjahres	

Quelle: BAG, 2023

© Obsan 2023

2.3.9 European Social Survey (ESS)

Der European Social Survey (ESS) ist eine grossangelegte wissenschaftliche Studie, die seit 2002 alle zwei Jahre in rund 30 europäischen Ländern durchgeführt wird (FORS, 2023). Die Schweiz hat bisher an allen Runden des ESS teilgenommen. Die Stichprobe besteht aus mindestens 1500 Personen ab 15 Jahren und ist repräsentativ für die in der Schweiz lebende Bevölkerung.

Der ESS wurde von der Europäischen Wissenschaftsstiftung ins Leben gerufen und wird vom Centre for Comparative Social Surveys der City University in London koordiniert. Ende 2013 wurde der ESS offiziell zum European Research Infrastructure Consortium (ERIC) ernannt und somit als führende europäische Forschungsinfrastruktur anerkannt. In der Schweiz ist FORS für die Durchführung der Erhebung verantwortlich (FORS, 2023).

Die Erhebung setzt sich aus verschiedenen Fragemodulen zusammen, die Werte, Einstellungen und das soziale Verhalten der Bevölkerung in Europa messen (FORS, 2023).

Der Fragebogen besteht aus einem fixen Kern aus sozio-politischen und sozio-ökonomischen Fragen und einem variablen Teil mit periodisch wiederkehrenden Schwerpunktthemen (FORS, 2023). Die Variablen werden im Folgenden für den ESS nur kurz beschrieben ohne Tabellen.

Im Kernmodul werden zahlreiche Merkmale der sozialen Lage erhoben, darunter Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Erwerbstätigkeit. Das Modul umfasst auch eine Frage zum allgemeinen Gesundheitszustand sowie eine Frage zu Einschränkungen der alltäglichen Aktivität aufgrund von Krankheit oder Behinderung. Zudem gibt es Fragen zur sozialen Unterstützung, zu Diskriminierungserfahrungen sowie zu Arbeitsbelastungen. 2023 wird es zwei Wechselmodule geben, die für diesen Bericht von Bedeutung sind: «Gesundheitliche Ungleichheiten» (wurde schon 2014 durchgeführt) sowie «Identität und Geschlechterrollen».

2.3.10 Health Literacy Survey Schweiz

Der Health Literacy Survey Schweiz wurde 2019–2021 durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine für die Schweiz repräsentative Bevölkerungsbefragung zur Gesundheitskompetenz, an der rund 2500 Personen teilgenommen haben. Die Daten wurden mittels CAWI (computergestützte Interviews per Web) und einige CATI (Computer Assisted Telephone Interview) erhoben. Die Studie ist Teil des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉) – ein Projekt des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Am HLS₁₉ haben neben der Schweiz 16 weitere Nationen teilgenommen. Möglicherweise wird die Schweiz an der nächsten Erhebungswelle (HLS 2024–2025) wieder teilnehmen.

2.3.11 Bevölkerungskohorten & Biobanken

Unter Bevölkerungskohorten mit Biobanken sind Langzeitstudien zu verstehen, in denen die Teilnehmenden wiederholt zu Aspekten der Gesundheit und Lebenssituation befragt werden. Eine Bevölkerungskohorte kann sich auf bestimmte Risiko- und Gesundheitsaspekte konzentrieren oder sehr breit angelegt sein. In der Regel werden nebst regelmässigen Befragungen auch Biomarker (z. B. Gesundheitsmessungen, biologische Proben, Bilder) einmal oder wiederholt erhoben (Probst-Hensch et al., 2022). Für die Schweiz sind folgende breitere Kohorten- bzw. Gesundheits-Studien im Bereich Gesundheit zu nennen:

SAPALDIA

SAPALDIA ist eine Schweizer Langzeitstudie zur Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung. Gestartet wurde die Studie 1991, um den Langzeiteinfluss der Luftverschmutzung auf die Gesundheit der Atemwege zu untersuchen (Swiss TPH, 2023; Probst-Hensch et al., 2022). Unterdessen handelt es sich um eine umfassende Gesundheitsstudie zu gesundheitlichen Auswirkungen von Umwelt- und Lebensstilfaktoren.

Bei SAPALDIA werden Daten über Umwelt, den Lebensstil und die Gesundheit anhand von Fragebogen, Gesundheitsuntersuchungen und mit mobilen Messgeräten in regelmässigen Abständen erhoben (Swiss TPH, 2023). Im Jahr 1991 nahmen bei SAPALDIA1 9651 Personen zwischen 18 und 60 Jahren aus acht verschiedenen Orten der Schweiz (Aarau, Basel, Davos, Genève, Lugano, Montana, Payerne und Wald) teil (Swiss TPH, 2023). 2002 wurden die gleichen Personen zur zweiten Runde (SAPALDIA2) eingeladen – 8047 machten wieder mit. Seitdem wurden zwei weitere Untersuchungsrounden SAPALDIA3 (2010) und SAPALDIA4 (2017) durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts erfolgte die fünfte Befragungsrunde SAPALDIA5.

CoLaus/PsyCoLaus

Die CoLaus/PsyCoLaus-Kohorte von Lausanne fokussiert auf kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen (Probst-Hensch et al., 2022). Sie untersucht die Risikofaktoren sowie die Zusammenhänge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt) und psychischen Erkrankungen (wie z. B. affektive Störungen) (CHUV, 2023).

Die Studie startete 2003 mit 6700 freiwilligen Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Lausanne im Alter von 35 bis 75 Jahren. (CHUV, 2023). Die Teilnehmenden werden seitdem regelmässig mit Fragebogen befragt und medizinisch untersucht. Bei der dritten Untersuchungsrounde im Jahr 2021 umfasste die Stichprobe noch 3754 Personen. Im Laufe der Jahre wurde die Studie um 11 Unterstudien (AktiLaus, OsteoLaus, PneumoLaus usw.) erweitert, um den Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Risikofaktoren und psychischen Erkrankungen besser zu verstehen (CHUV, 2023).⁵

⁵ www.colaus-psycolaus.ch

Bus Santé

Die seit 1992 vom HUG (Hôpitaux Universitaires Genève) durchgeführte epidemiologische Studie Bus Santé untersucht Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs in der Genfer Bevölkerung (HUG, 2023).

Seit 1992 lädt der «Bus Santé» eine Zufallsstichprobe der Genfer Bevölkerung zur Teilnahme an einer Umfrage und einem Gesundheitscheck ein (HUG, 2023). Jedes Jahr beantworten über 1000 Genfer Einwohnerinnen und Einwohner Fragebögen zu den Themen Gesundheit, körperliche Aktivität und Ernährung. Im Rahmen des Gesundheitschecks werden auch verschiedene Messungen (Grösse, Gewicht, BMI, Taille-Hüft-Verhältnis, Blutdruckkontrolle und Herzschlag) sowie ein Bluttest durchgeführt. Seit der Einführung der Studie haben bereits mehr als 20 000 Genfer Erwachsene daran teilgenommen (HUG, 2023).

K 2.2 Ein Blick in die Zukunft – Die Schweizer Gesundheitsstudie

Das BAG plant eine Schweizer Gesundheitsstudie unter Beteiligung von Partnern aus Behörden und Forschung: Diese breit angelegte Kohortenstudie soll Aufschluss über den Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung geben und den Einfluss von Umwelt, Chemikalien, Lebensstil, Infektionskrankheiten (z. B. Covid-19) und persönlichen Merkmalen auf die Gesundheit untersuchen.

Geplant ist, dass etwa 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner zu ihren Lebensgewohnheiten und ihrer Gesundheit befragt werden. Diese Befragungen werden durch medizinische Untersuchungen (Gesundheitstests, Entnahme biologischer Proben) ergänzt. Die Studie soll auch Kinder und Jugendliche einschliessen.

Zwischen 2019 und 2021 wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, um die Methoden für die nationale Studie zu testen, die nötige Infrastruktur zu entwickeln sowie erste Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung zu erhalten. Dafür wurden rund 790 Erwachsene aus den Kantonen Bern und Waadt im Alter von 20 bis 69 Jahren untersucht. Erste Ergebnisse der Pilotstudie werden 2023 veröffentlicht. Die Daten dieser Pilotstudie können für Sekundäranalysen ausgewertet werden.

Zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts war das BAG daran, einen Umsetzungsplan für die Schweizer Gesundheitsstudie zu erstellen. Die Studie inkl. Umsetzungskonzept muss vom Bundesrat bewilligt werden. Dieser Entscheid wird voraussichtlich im Jahr 2025 erfolgen. Bei einem positiven Entscheid könnte die Studie ab 2026/27 lanciert werden.

B Gesundheitserhebungen: Administrativdaten

2.3.12 Medizinische Statistik (MS)

Die MS in Kürze

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern (BFS, 2016). Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik und jedem Geburtshaus durchgeführt. Die MS erfasst sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnregion, als auch administrative Daten wie Versicherungsart, Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung, Informationen zur Hospitalisierung (Eintritt, Aufenthalt, Austritt) sowie medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Zur Kodierung der stationären medizinischen Leistungen in der Schweiz kommt die Operationsklassifikation CHOP sowie die Diagnosenklassifikation ICD-10 GM zur Anwendung.

Bei der MS handelt es sich um eine obligatorische Vollerhebung. Ein Fall entspricht in der Erhebung einer Hospitalisierung einer Patientin bzw. eines Patienten. Mit den Daten der MS sind Analysen auf Ebene MedStat-Region bzw. Kanton möglich.

Die jährliche Erhebung findet seit 1998 statt. Es gibt jedoch zwei wesentliche Datenbrüche: 2011/2012 aufgrund der Einführung von SwissDRG sowie 2017/2018 aufgrund der Einführung von TARPSY. Dies führte jeweils zu neuen Falldefinitionen, weshalb Zeitvergleiche vor 2018 mit Vorsicht zu interpretieren sind.

K 2.3 Ein Blick in die Zukunft – SpiGES

Die Daten der MS werden bis ca. 2025 in die Erhebungsplattform Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) überführt (BFS, 2022h). Das Projekt SpiGes hat zum Ziel, Datenflüsse zu harmonisieren, Belastungen der Spitäler zu reduzieren und die Datenbedürfnisse besser abzudecken. Der einheitliche SpiGES-Datensatz wird eine eindeutige Identifikation der Spitalunternehmen und -standorte ermöglichen. Zudem wird neu die AHV-Nummer (AHVN) als Patientenidentifikator erhoben. Damit können Patientenpfade besser analysiert und Verknüpfungen mit anderen Datenbanken verbessert werden. Mit der MS sind Verknüpfungen mit anderen Erhebungen zurzeit nur anhand des anonymen Verbindungscode möglich. Der anonyme Verbindungscode wird durch Umwandlung von Identifikationsangaben der Patientinnen und Patienten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) generiert. Dieses Verfahren ermöglicht nicht in jedem Falle eine Verknüpfung mit anderen Datenquellen, da einerseits die zugrundeliegenden Merkmale nicht immer eindeutig sind (z. B. bei mehreren Vornamen) und andererseits durch fehlerhafte Erfassung der betreffenden Merkmale keine erfolgreiche Verknüpfung möglich ist.

T 2.17 Medizinische Statistik (MS): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) erfasst die Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Es werden sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten, administrative Daten sowie medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen erhoben. ☞ Die MS wird mittelfristig in die Erhebungsplattform Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) überführt. Mit SpiGES wird eine eindeutige Identifikation der Spitalunternehmen und -standorte möglich sein. Zudem wird als Patientenidentifikator die AHV-Nummer (AHVN) erhoben, was die Analyse von Patientenpfade sowie Verknüpfungen mit anderen Datenquellen ermöglicht.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS)
Grundgesamtheit	Alle Krankenhäuser in der Schweiz. Als Krankenhaus werden Betriebe bezeichnet, die im 24-Stunden Betrieb Patientinnen und Patienten zur stationären Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnehmen. Die Dienste werden unter Aufsicht einer Ärztin resp. eines Arztes durch ausgebildetes Personal erbracht.
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich: seit 1998 Datenbrüche 2011/2012 sowie 2017/2018 (neue Definition der Fälle)
Stichprobe	Obligatorische Vollerhebung bei den Krankenhäusern. Ein Fall in der MS entspricht einer Hospitalisierung einer Patientin/eines Patienten
Regionalisierung	MedStat-Region, Kanton
Stärken	– Vollerhebung
Grenzen	– Die Identifikatoren zu den Leistungserbringern sind über die Zeit hinweg nicht konsistent. Dies wird sich mit der Überführung in die SpiGES verbessern (siehe Ausführungen oben). – Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie ist schwierig

Quellen: BFS, 2016, 2022h

© Obsan 2023

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In der MS werden nur wenige soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten erhoben: Geschlecht, Alter und Nationalität. Daher ist für weitere Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank erforderlich, um Variablen zur sozialen Lage anzufügen. Im Folgenden werden zwei Verknüpfungsmöglichkeiten diskutiert:

1. Mit einer *Verknüpfung der MS mit der Strukturhebung (SE)* sind u. a. Analysen nach Bildung, Arbeitsmarktstatus, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse sowie Haushaltstyp möglich – siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 2.3.21. Für die Verknüpfung können gepoolte Daten der SE verwendet werden, um eine grössere Stichprobe zu erhalten. Regionale Analysen werden aufgrund zu kleiner Fallzahlen kaum möglich sein.

Nicht alle Fälle können mit der SE verknüpft werden: Einerseits gibt es Personen, die nicht in der SE enthalten sind auch wenn die gepoolten Daten über mehrere Jahre verwendet werden. Andererseits erfolgt die Verknüpfung über den anonymen Verbindungscode, anhand von Angaben zum Namen, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht. Damit liegt kein eindeutiger Personenidentifikator vor, was in bestimmten Fällen (z. B. Namensänderung) zu einer fehlenden Übereinstimmung führen kann (vgl. Bayer-Oglesby et al., 2020). Mit SpiGES (vgl. Ausführungen dazu im Kasten K 2.3 weiter oben) und der Erfassung der AHV-Nummer wird sich dieses Problem nicht mehr stellen.

Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass deutlich mehr Fälle verknüpft werden könnten.

2. Mit einer *Verknüpfung der MS mit Geoinformationssystem (GIS)*-Daten sind u. a. Analysen nach Bildung, Einkommen, Arbeitsmarktstatus, Migrationsstatus usw. möglich – jedoch auf regionaler Ebene. D. h. die Verknüpfung erfolgt auf Ebene Region und nicht auf Ebene Person. Solche Analysen werden u. a. von einer Forschungsgruppe der Unisanté in Lausanne durchgeführt (Spycher et al., 2021). Das Forschungsteam hat auch einen Index der sozioökonomischen Benachteiligung gebildet, um soziale Ungleichheit nach Region (MedStat-Region) abzubilden. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten ist v. a. dann sinnvoll, wenn regionale Analysen angestrebt werden.

In der MS werden die medizinischen Diagnosen und Behandlungen detailliert erfasst. Dadurch ergeben sich zahlreiche Analysemöglichkeiten. In der Tabelle T 2.18 sind mögliche Indikatoren für Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit aufgelistet. Diese Liste von Indikatoren wurde auf der Basis nationaler und internationaler Studien (Bayer-Oglesby et al., 2020; Pulford & Renwick, 2019; Spycher et al., 2021; Marti, 2019; Gruer, 2019,

Cookson et al., 2016; Gay, 2011) sowie Diskussionen mit Expertinnen und Experten erstellt. Folgende Indikatoren werden in den erwähnten Studien häufig verwendet bzw. erwähnt:

- Krankenhausaufenthalte aufgrund bestimmter akuter oder chronischer Erkrankungen
- Potenziell vermeidbare bzw. unangemessene Spitalaufenthalte (PAH bzw. PIH)
- Rehospitalisierungen und wiederholte Hospitalisationen
- Mortalität nach Hospitalisierungen bzw. vermeidbare Todesfälle nach Hospitalisierungen

☞ Für diesen Indikator muss die MS auch mit den Daten zu den Todesfällen aus der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des BFS (BEVNAT) verknüpft werden.

- Indikatoren rund um Schwangerschaft und Geburt sind mit der MS zurzeit nicht möglich, weil die Qualität der Verknüpfung bei Frauen (aufgrund Namenswechsel) noch ungenügend ist. Mit SpiGES werden aber solche Auswertungen möglich sein, weil in diesem neuen Datensatz die AHV-Nummer als Personenidentifikator verwendet wird.

T 2.18 Medizinische Statistik (MS): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Für Auswertungen der MS zur gesundheitlichen Ungleichheit braucht es eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank, um mehr Informationen zur sozialen Lage (z. B. zur Bildung) zu erhalten. Dafür bietet sich die Strukturhebung (SE; vgl. Abschnitt 2.3.21) an für Informationen auf der individuellen Ebene. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten würde regionale Auswertungen ermöglichen. Um Todesfälle nach Hospitalisierungen auszuwerten, müsste die MS zusätzlich noch mit der BEVNAT verknüpft werden.
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Einkommen <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2) <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> vgl. Anhang A.1; <input type="checkbox"/> Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Regionen
Mögliche Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisierung aufgrund bestimmter akuter bzw. chronischer Erkrankungen: Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Diabetes, akuter Myokardinfarkt), Muskuloskeletale Krankheiten, psychische Störungen usw. - Potenziell vermeidbare Spitalaufenthalte (Potentially avoidable hospitalisations PAH): Spitalaufenthalte, die bei angemessenem Zugang und einer ausreichenden Qualität der ambulanten Versorgung als vermeidbar betrachtet werden. - Potenziell unangemessene Spitalaufenthalte (Potentially Inappropriate Hospitalisations PIH): Spitalaufenthalte, die nicht gerechtfertigt waren, d. h. die in einem ambulanten Setting besser behandelt werden könnten. - Rehospitalisationen und wiederholte Hospitalisationen - Konsultationen in Notfallstationen mit anschließender Hospitalisierung - Mortalität sowie vermeidbare Todesfälle (Mortality Amenable to Health Care) ☞ dafür ist eine Verknüpfung mit BEVNAT erforderlich, um die Todesfälle ausserhalb des Spitals zu erfassen. - Behandlungen: Welche Behandlungen sich für Analysen eignen, müsste noch zuerst geprüft werden. - Indikatoren rund um Schwangerschaft und Geburt: Müttersterblichkeit, Kaiserschnitt, tiefes Geburtsgewicht, Frühgeburten, Todegeburten usw. ☞ Indikatoren zu diesem Themenbereich können erst mit der Einführung von SpiGES gerechnet werden, weil zurzeit die Qualität der Verknüpfung mittels Namen sowie Geburtsjahr bei Frauen (aufgrund Namenswechsel) noch ungenügend ist.
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Jährlich, aufgrund des Aufwands der Berechnungen wäre eine Aktualisierung alle 4–5 Jahre sinnvoll. Verfügbarkeit der neuen Daten: Der definitive Datensatz liegt in der Regel bis Ende September des Folgejahres vor. Bis zur Publikation der Standardtabellen der MS durch das BFS (in der Regel Ende November) gilt ein Embargo, d. h. die Daten können zwar ausgewertet werden, Publikationen basierend darauf sind aber nicht erlaubt.

Quellen: Bayer-Oglesby et al., 2020; Pulford & Renwick, 2019; Spycher et al., 2021, Marti, 2019, Gruer, 2019, Cookson et al., 2016; Gay, 2011

© Obsan 2023

2.3.13 Patientendaten Spital ambulant (PSA)

Die PSA in Kürze

Die Patientendaten Spital ambulant (PSA) des BFS umfassen alle fakturierten ambulanten Leistungen der Kranken- und Geburtshäuser. Die Datenerhebung dient statistischen und administrativen Zwecken. Zusammen mit der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik (vgl. Abschnitt 2.3.12) zeigen sie ein umfassendes Abbild dieser Betriebe und deren Leistungen an Patientinnen und Patienten (BFS, 2019c; Pellegrini, 2018).

Die PSA-Daten enthalten soziodemografische Informationen über die Patientinnen und Patienten und die abgerechneten Leistungen, den Abrechnungszeitraum, die Instanz, die die Konsultation verordnet hat, den Garanten sowie Teillinformationen über die Diagnosen. Die Erfassung der Diagnosen ist derzeit noch nicht obligatorisch. Diese Informationen können deshalb nicht ausgewertet werden.

Die von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen werden auf der Grundlage der Rechnungsdaten erhoben. Die statistische Einheit ist also nicht der ambulante Fall, sondern die ihn betreffende Rechnung (Pellegrini, 2018).

Bei der PSA-Statistik handelt es sich um eine obligatorische Vollerhebung. Mit den Daten der PSA sind Analysen auf Ebene MedStat-Region bzw. Kanton möglich (BFS, 2019c).

Die jährliche Erhebung findet seit 2014 statt, die Daten werden seit dem Erhebungsjahr 2015 veröffentlicht. Ein wesentlicher Datenbruch besteht 2016/2017 infolge der Umstellung der Datenlieferungen von Ebene Betrieb auf Ebene Standort. Aus diesem Grund werden die Daten erst ab 2017 ausgewertet.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In den PSA-Daten sind das Geschlecht, das Alter, der Wohnort und die Nationalität der Patientinnen und Patienten enthalten. Für Analysen nach weiteren Merkmalen der sozialen Lage (z. B. Bildung) ist eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank erforderlich. Im Folgenden werden zwei Verknüpfungsmöglichkeiten diskutiert:

1. Mit einer *Verknüpfung der PSA-Daten mit der Strukturhebung (SE)* sind u. a. Analysen nach Bildung, Arbeitsmarkstatus, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse sowie Haushaltstyp möglich – siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 2.3.21. Für die Verknüpfung können gepoolte Daten der SE verwendet werden, um eine grössere Stichprobe zu erhalten. Regionale Analysen werden aufgrund zu kleiner Fallzahlen kaum möglich sein.

Nicht alle Fälle können mit der SE verknüpft werden: Einerseits gibt es Personen, die nicht in der SE enthalten sind auch wenn die gepoolten Daten über mehrere Jahre verwendet werden. Andererseits erfolgt die Verknüpfung über den anonymen Verbindungscode, anhand von Angaben zum Namen, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht. Damit liegt kein eindeutiger Personenidentifikator vor, was in bestimmten Fällen (z. B. Namenswechsel) zu einer fehlenden Übereinstimmung führen kann (vgl. dazu auch Bayer-Oglesby, 2020). Mit SpiGES (vgl. Ausführungen dazu im Kasten K 2.3 weiter oben) wird die AHV-Nummer möglicherweise auch in der PSA-Statistik eingeführt.

Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass deutlich mehr Fälle verknüpft werden könnten.

T 2.19 Patientendaten Spital ambulant (PSA): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Patientendaten Spital ambulant umfassen alle fakturierten ambulanten Leistungen der Kranken- und Geburtshäuser. Die Datenerhebung dient statistischen und administrativen Zwecken. Zusammen mit der Krankenhaus- und Medizinischen Statistik zeigen sie ein umfassendes Abbild dieser Betriebe und deren Leistungen an Patientinnen und Patienten.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS)
Grundgesamtheit	Alle Kranken- und Geburtshäuser in der Schweiz. Als Krankenhaus werden Betriebe bezeichnet, die im 24-Stunden Betrieb Patientinnen und Patienten zur stationären Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnehmen.
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich: Daten verfügbar seit 2015; Auswertungen ab 2017 Wesentlicher Datenbruch 2016/2017 infolge der Umstellung der Datenlieferungen von Ebene Betrieb auf Ebene Standort.
Erhebungsart/ Stichprobe	Obligatorische Vollerhebung bei den Krankenhäusern.
Regionalisierung	MedStat-Region, Kanton
Stärken	– Vollerhebung
Grenzen	– Die Identifikatoren zu den Leistungserbringern sind über die Zeit hinweg nicht konsistent. – Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie ist schwierig

Quelle: BFS, 2019c; Pellegrini, 2018

© Obsan 2023

2. Mit einer *Verknüpfung der PSA mit Geoinformationssystem (GIS)-Daten* sind u. a. Analysen nach Bildung, Einkommen, Arbeitsmarktstatus, Migrationsstatus usw. möglich – jedoch auf regionaler Ebene. D. h. die Verknüpfung erfolgt auf Ebene Region und nicht auf Ebene Person. Solche Analysen werden u. a. von einer Forschungsgruppe der Unisanté in Lausanne durchgeführt (Spycher et al., 2021). Das Forschungsteam hat auch einen Index der sozioökonomischen Benachteiligung gebildet, um soziale Ungleichheit nach Region (MedStat-Region) abzubilden. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten ist v. a. dann sinnvoll, wenn regionale Analysen angestrebt werden.

Die PSA-Daten bestehen aus Daten von Rechnungen für erbrachte ambulante Leistungen (Pellegrini, 2018). Auf diesen Rechnungen sind die Leistungen nach Tarifart aufgelistet. Leistungen bzw. Behandlungen müssen also über die Nomenklatur der verwendeten Tarifstruktur (z. B. TARMED) definiert werden. Die Definition von Behandlungen ist jedoch oftmals schwierig, da nicht klar ist, aus welchen Patientenkontakten/Konsultationen und Leistungen sich eine solche zusammensetzt. Zudem ist es

schwierig, nur anhand der Tarifpositionen zu erkennen, welche konkrete medizinische Behandlung durchgeführt wurde

Im Hinblick auf Analysen zu gesundheitlichen Ungleichheiten sind u. a. Auswertungen zu Notfallkonsultationen möglich (T 2.20). Dabei ist zu beachten, dass in den PSA-Daten nur Notfallkonsultationen enthalten sind, die nicht zu einer Hospitalisierung geführt haben. Wurde die Patientin bzw. der Patient darauf stationär aufgenommen, ist der Fall in der Medizinischen Statistik (MS, vgl. 2.3.12) erfasst. Zusammen mit den MS-Daten ist es möglich, unerwünschte Konsultationen in Notfallstationen nach einer Hospitalisierung zu untersuchen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Notfallkonsultationen in einer Arzt- oder Gruppenpraxis mit diesen Daten nicht abgedeckt sind.

Weiter ist auch denkbar, dass bestimmte erbrachte Leistungen/Behandlungen, die im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit relevant sein könnten, analysiert werden. Welche Leistungen dafür in Frage kommen würden, müsste mit Expertinnen und Experten noch geprüft werden und die entsprechende Tarifpositionen müssten definiert werden.

T 2.20 Patientendaten Spital ambulant (PSA): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In der PSA-Daten ist die Nationalität enthalten. Für Auswertungen z. B. nach Bildung braucht es eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank. Dafür bietet sich die Strukturhebung (SE; vgl. Abschnitt 2.3.21) an für Informationen auf der individuellen Ebene. Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch idealerweise mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten wäre ebenfalls möglich, um regionale Auswertungen zu machen.
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input type="checkbox"/> Einkommen <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <i>☞</i> erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <i>☞</i> Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2) <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <i>☞</i> vgl. Anhang A.1 <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht binär <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Regionen
Mögliche Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> – Konsultationen in Notfallstationen (nur Konsultationen ohne darauffolgende Hospitalisierung; Notfallkonsultationen mit Hospitalisierungen sind in der Medizinischen Statistik (MS, vgl. 2.3.12) enthalten. – Unerwünschte Notfallkonsultationen nach Hospitalisierung – Evtl. Leistungen/Behandlungen, die im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit relevant sein könnten. Welche Leistungen dafür in Frage kommen, müsste noch geprüft werden.
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Verfügbarkeit der neuen Daten: Der definitive Datensatz liegt in der Regel bis Ende September des Folgejahres vor. Bis zur Publikation der Standardtabellen der PSA durch das BFS (in der Regel Ende November) gilt ein Embargo, d. h. die Daten können zwar ausgewertet werden, Publikationen basierend darauf sind aber nicht erlaubt.

Quelle: BFS, 2019c, Pellegrini, 2018

© Obsan 2023

2.3.14 Statistik der Todesursachen und Totgeburten (TU)

Die TU in Kürze

Die Statistik der Todesursachen und Totgeburten, kurz auch Todesursachenstatistik (TU) genannt, liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit und der Totgeburten in der Schweiz (BFS, 2016b). Sie lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen und gibt Hinweise, durch welche präventiven oder medizinisch-kurativen Massnahmen die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht werden könnte.

In der TU werden die Todesursachen nach Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit erfasst (BFS, 2016b). Die Klassifikation der Todesursachen erfolgt in der Schweiz seit 1995 nach der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10).

Es handelt sich um eine obligatorische Vollerhebung und sie basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter sowie der Ärztinnen und Ärzte, die die Todesfälle melden (BFS, 2016b). Die Todesursachenstatistik ist seit 1969 in elektronischer Form verfügbar und wird jährlich aktualisiert.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In der TU werden einige soziodemografische Informationen erhoben: Geschlecht, Alter, Beruf und Nationalität. Für Analysen nach

Bildung oder weiteren Merkmalen der sozialen Lage ist eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank erforderlich. Im Folgenden werden zwei Verknüpfungsmöglichkeiten diskutiert:

1. Mit einer *Verknüpfung der TU mit der Strukturerhebung (SE)* sind u. a. Analysen nach Bildung, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse sowie Haushaltstyp möglich – siehe dazu auch die Ausführungen unter 2.3.21. Für die Verknüpfung können gepoolte Daten der SE verwendet werden, um eine grössere Stichprobe zu erhalten. Regionale Analysen werden aufgrund zu kleiner Fallzahlen kaum möglich sein.

Nicht alle Fälle können mit der SE verknüpft werden: Es gibt Personen, die nicht in der SE enthalten sind.

Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass deutlich mehr Fälle verknüpft werden könnten.

2. Mit einer *Verknüpfung der MS mit Geoinformationssystem (GIS)-Daten* sind u. a. Analysen nach Bildung, Einkommen, Arbeitsmarkstatus, Migrationsstatus usw. möglich – jedoch auf regionaler Ebene. D. h. die Verknüpfung erfolgt auf Ebene Region und nicht auf Ebene Person. Solche Analysen werden u. a. von einer Forschungsgruppe der Unisanté in Lausanne durchgeführt (Spycher et al., 2021). Das Forschungsteam hat auch einen Index der sozioökonomischen Benachteiligung gebildet, um soziale Ungleichheit nach Region (MedStat-Region) abzubilden. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten ist v. a. dann sinnvoll, wenn regionale Analysen angestrebt werden.

In der TU werden die Todesursachen detailliert erfasst. Dadurch ergeben sich zahlreiche Analysemöglichkeiten. In der Tabelle T 2.22 sind mögliche Indikatoren für Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit aufgelistet. Diese Liste von Indikatoren wurde auf der Basis nationaler und internationaler Studien

T 2.21 Statistik der Todesursachen und Totgeburten (TU): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Statistik der Todesursachen und Totgeburten, kurz Todesursachenstatistik (TU), liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit und der Totgeburten in der Schweiz.
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS)
Grundgesamtheit	Alle verstorbene Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung
Periodizität/ Zeitreihen	Erstes Referenzjahr der Statistik: 1876, in elektronischer Form verfügbar seit 1969 1995: Wechsel von ICD-8 auf ICD-10 und Anpassung der Codierungsregeln an den internationalen Standard
Erhebungsart/ Stichprobe	Die Todesursachenstatistik ist eine obligatorische Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter sowie Ärztinnen und Ärzten, die Todesfälle melden.
Regionalisierung	Gemeinden
Stärken	– Vollerhebung (circa 2% fehlende Angaben der Todesursache) – Lange Zeitreihen möglich – Internationale Vergleichbarkeit
Grenzen	– Änderungen der ICD führen alle 10–20 Jahren zu Brüchen in den Zeitreihen. – Die Todesursachen der im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind selten bekannt.

Quelle: BFS, 2016b

© Obsan 2023

(Lewer et al., 2020; Gruer, 2019; Mackenbach, 2019; Gay et al., 2011) erstellt. Folgende Indikatoren werden in den erwähnten Studien häufig verwendet bzw. erwähnt:

- vorzeitige Sterblichkeit aller Ursachen (Sterbefälle bei <75-Jährigen)
- Mortalität nach bestimmten Todesursachen: Lungenkrebs und weitere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, alkoholbedingte Todesfälle, COPD, Tuberkulose, Unfälle/Gewalt, Suizid usw.

- Säuglingssterblichkeit/Todgeburten (möglicherweise zu kleinen Fallzahlen)
- Müttersterblichkeit (möglicherweise zu kleine Fallzahlen in der Schweiz)
- vermeidbare Todesfälle (avoidable mortality/mortality amenable to health care): Sterbefälle, die bei angemessener Krankheitsprävention oder Therapie in der jeweiligen Altersgruppe hätten verhindert werden können.

T 2.22 Statistik der Todesursachen und Totgeburten (TU): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In der TU wird der Beruf und die Staatsangehörigkeit erfasst. Für Auswertungen z. B. nach Bildung muss die TU mit einer anderen Datenbank verknüpft werden. Dafür bietet sich die Strukturerhebung (SE; vgl. Abschnitt 2.3.21) an für Informationen auf der individuellen Ebene. Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch idealerweise mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Eine Verknüpfung mit GIS-Daten wäre ebenfalls möglich, um regionale Auswertungen zu machen.
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung † <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input type="checkbox"/> Einkommen <input type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2)
	<input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität nach Land
	<input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund † <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Sprachkenntnisse † <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus † <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität
	<input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung
	<input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp † <i>† nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Regionen MedStat-Region, Kanton
Mögliche Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> – vorzeitige Sterblichkeit aller Ursachen (Sterbefälle bei <75-Jährigen) – Mortalität nach bestimmten Todesursachen: Lungenkrebs und weitere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, alkoholbedingte Todesfälle, COPD, Tuberkulose, Unfälle/Gewalt, Suizid usw. – Säuglingssterblichkeit/Todgeburten († möglicherweise zu kleinen Fallzahlen) – Müttersterblichkeit († möglicherweise zu kleine Fallzahlen) – vermeidbare Todesfälle (avoidable mortality / mortality amenable to health care)
Aktualisierungsmöglichkeiten/ Verfügbarkeit der neuen Daten	Jährlich Verfügbarkeit der neuen Daten: Die Daten 2021 werden im April 2023 vorliegen. Die Daten 2022 Mitte Dezember 2023. Danach werden die Daten voraussichtlich jeweils im November/Dezember im Folgejahr vorliegen

Quellen: BFS, 2016b; Lewer et al., 2020; Gruer, 2019; Mackenbach, 2019; Gay et al., 2011

© Obsan 2023

C Gesundheitserhebungen: weitere Datenquellen

2.3.15 Daten der schulärztlichen Dienste

Die Daten der schulärztlichen Dienste in Kürze

Der Fokus der schulärztlichen Untersuchungen und Beratungen liegt bei schulrelevanten gesundheitlichen Fragen und Bedürfnissen. Sie ergänzen damit die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (ScolarMed, 2022). Schwerpunkte des schulärztlichen Dienstes sind die zwei bis drei Vorsorgeuntersuchungen, das Impfwesen, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Präventivmedizin und gesundheitliche Fragen im Zusammenhang mit der Schule.

Daten werden im Rahmen der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen erhoben. In den meisten Kantonen werden die Kinder zu den Untersuchungen eingeladen. Der schulärztliche Dienst stellt dabei zusammen mit der Schule sicher, dass alle Kinder an diesen Untersuchungen teilnehmen. Die Ausgestaltung sowie das Angebot der schulärztlichen Dienste sind kantonal geregelt. Entsprechend gibt es auch keine einheitliche und systematische Erfassung und Sammlung der Daten. Zum Teil werden die Angaben aus den Untersuchungen noch per Hand in sogenannte Schülerkarten eingetragen, die dann bei den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten verbleiben (Stamm et al., 2021). Somit können nur diejenigen Daten ausgewertet werden, die systematisch erfasst und in elektronischer Form zentral gesammelt werden.

Die jeweiligen schulärztlichen Dienste könnten für Datenlieferungen einzeln angefragt werden. Es ist aber möglich, auf bestehende Studien zurückzugreifen: Gesundheitsförderung Schweiz erstellt ein jährliches Monitoring für die drei Städte Basel, Zürich

und Bern (GFCH, 2022). Alle vier Jahre wird zudem ein vergleichendes Monitoring durchgeführt mit verschiedenen Kantonen und Städten, die z. T. eigens für diese Auswertungen ihre Zahlen systemisch erfassen bzw. dafür erheben (Stamm et al., 2021). Bei der letzten Durchführung dieser Studie nahmen die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St.Gallen und Uri sowie die Städte Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich teil.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die schulärztlichen Daten umfassen folgende Merkmale der sozialen Lage: Geschlecht sowie die Schulstufe bzw. das Alter. Mittels des Wohnorts können z. B. Analysen nach Urbanisierungsgrad durchgeführt werden. In einigen Kantonen bzw. Städten werden im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen auch Angaben zur Staatsangehörigkeit, zum Bildungsabschluss oder zum Beruf der Eltern erhoben. Damit können Analysen nach sozialer Herkunft der Kinder und Jugendlichen gemacht werden (Stamm et al., 2021).

Hinsichtlich Gesundheitsdeterminanten bzw. Gesundheitsoutcomes kann v. a. der BMI ausgewertet werden. Weiter werden auch Daten zum Sehvermögen (Tragen einer Brille, problematischer Visus und pathologisches Farbsehen), zu Gehörproblemen und zum Impfstatus erhoben. Je nach Kanton bzw. Stadt werden noch weitere Angaben erfasst. Auf der Oberstufe wird beispielsweise z. T. das Rauch- und Bewegungsverhalten und der Medienkonsum erfasst. Bei kleineren Kindern werden häufig die Motorik und Haltungsprobleme sowie «Verhaltensauffälligkeiten» (z. B. Konzentration) erfasst.

T 2.23 Daten der schulärztlichen Dienste: Steckbrief

Kurzbeschreibung	Während der obligatorischen Schulzeit finden bei allen Schülerinnen und Schülern obligatorische Vorsorgeuntersuchungen statt. Es werden u. a. die Körpergrösse, das Gewicht, das Seh- und Hörvermögen sowie der Impfstatus untersucht.
Produzent	Schulärztliche Dienste
Befragte	Alle Schülerinnen und Schüler in der obligatorischen Schule
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich bei den entsprechenden Jahrgängen bzw. Schulstufen: Die Untersuchungen finden zu Beginn (Kindergarten, 1. Klasse bzw. 1–3 Harnos) und am Ende (8.–9. Klasse bzw. 10–11 Harnos) der obligatorischen Schulzeit statt. In einigen Kantonen/Städten wird auch eine dritte Untersuchung in der Mitte der Schulzeit (3.–5. Klasse bzw. 5–7 Harnos) durchgeführt.
Erhebungsart/ Stichprobe	Vollerhebungen (in den meisten Kantonen)
Regionalisierung	Daten werden nur in bestimmten Kantonen/Städten systematisch erfasst.
Aussagekraft	Kanton bzw. Stadt sowie Gesamtheit aller Kantone und Städte mit auswertbaren Daten
Stärken	– Einer der wenigen Datenquelle für Analysen zu Kindern und Jugendlichen
Grenzen	– Daten werden nur in einigen Kantonen/Städten systematisch erfasst – Relativ wenig Information (Gewicht, Impfstatus, Seh- und Hörvermögen)

Quellen: Stamm et al., 2021; ScolarMed, 2022

© Obsan 2023

T 2.24 Daten der schulärztlichen Dienste: Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung [♠]	♠ Beruf oder die Bildung der Eltern wird nur in einigen Kantonen/Städten erfasst
	<input type="checkbox"/> Einkommen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus [♠]	♠ Beruf oder die Bildung der Eltern wird nur in einigen Kantonen/Städten erfasst
	<input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung [♠]	♠ Beruf oder die Bildung der Eltern wird nur in einigen Kantonen/Städten erfasst
	<input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht	
	<input checked="" type="checkbox"/> Alter	sowie Schulstufe
	<input checked="" type="checkbox"/> Nationalität [♠]	♠ Nationalität wird nur in einigen Kantonen/Städten erfasst
	<input type="checkbox"/> Migrationshintergrund	
	<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse	
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus	
	<input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität	
	<input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung	
	<input checked="" type="checkbox"/> Regionen	Kanton bzw. Stadt sowie Gesamtdaten aller Kantone und Städte mit auswertbaren Daten
Mögliche Auswertungen zu den Gesundheitsdeterminanten sowie dem Gesundheitszustand	Gesundheitszustand	
	– BMI	
	– Sehvermögen (Tragen einer Brille, problematischer Visus und pathologisches Farbsehen)	
	– Gehörprobleme	
	– Impfstatus	
	Weitere Angaben in bestimmten Kantonen/Städten (Rauch- und Bewegungsverhalten, Motorik usw.)	
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	– Zahlen für die Städte Basel, Zürich und Bern: jährlich; Veröffentlichung der Ergebnisse: im Mai des Folgejahres	
	– Vergleichendes Monitoring mit zahlreichen teilnehmenden Kantonen und Städten: alle 4 Jahre (nächste Aktualisierung: Daten 2023/2024). Veröffentlichung der Ergebnisse im Sommer 2025.	

Quellen: Stamm et al., 2021; GFCH, 2022

© Obsan 2023

2.3.16 ETH Studie: Erhebung bei Kindern

Die ETH-Erhebung in Kürze

Im Auftrag des BAG führt die ETH Zürich (Labor für Humanernährung) alle 5 Jahre eine Erhebung bei 6- bis 12-Jährigen durch. Die Kinder werden zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit befragt, wie z. B. Schlaf, Ernährung, Bewegung, Medienkonsum, Körperbild, Wohlbefinden, Lebensqualität, bestimmte Erkrankungen. Zudem werden Grösse, Gewicht, Taillenumfang und Körperfett auf der Basis der Hautfaltendicke gemessen. Die Erhebung wurde bisher 1999, 2002, 2007, 2012, 2017/2018 durchgeführt. Die neuste Erhebung erfolgt im Jahr 2023.

Für die Stichproben werden Schulen durch eine geschichtete Zufallsauswahl identifiziert. Von jeder Schule werden dann drei bis vier Klassen zufällig ausgewählt und alle Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme eingeladen. Die Rücklaufquoten waren bisher eher tief, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In der ETH-Erhebung werden folgende Merkmale der sozialen Lage erhoben: Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Schulbildung der Eltern, Berufstätigkeit der Eltern und Sprachregion.

Die Erhebung ermöglicht Analysen zum Körpergewicht (BMI, Taillenumfang und Körperfett), aber auch zu Lebensstilfaktoren wie Schlaf, Ernährung, körperliche Aktivität, Medienkonsum, Körperbild, Wohlbefinden, Lebensqualität sowie zu bestimmten nichtübertragbaren Krankheiten.

2.3.17 Nationale Krebsstatistik (NKS)

Die NKS in Kürze

Die Nationale Krebsstatistik (NKS) liefert Informationen zum Stand und zur Entwicklung der Krebssterblichkeit und der Krebsneuerkrankungen in der Schweiz.

Die Statistik ist eine Synthese aus Daten verschiedener Erhebungen (BFS, 2023): Die Daten zu Krebserkrankungen werden in den kantonalen Krebsregistern registriert. Eingeschlossen sind alle Fälle von bösartigen Primärtumoren, mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs (C00-43, C45-97, ICD-10). Diese Daten werden von den kantonalen Registern gesammelt und von der nationalen Krebsregistrierungsstelle (NKRS) zusammengestellt. Die Daten stammen von 13 Krebsregistern aus 24 Kantonen. Die Abdeckung ist in der Westschweiz und im Tessin seit 2006 und in der ganzen Schweiz seit Januar 2020 vollständig (vgl. Karte im Anhang A.4). Krebserkrankungen bei Kindern werden für die gesamte Schweiz im Kinderkrebsregister (KiKR) erfasst. Die Daten zu den Todesfällen aufgrund von Krebserkrankungen stammen aus der Todesursachenstatistik (COD) des BFS. Die Daten zur ständigen Wohnbevölkerung stammen aus der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS und beziehen sich auf die alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz.

Daten sind seit 1983 verfügbar. Die Krebserkrankungen werden aber erst seit 2020 vollständig in allen Kantonen erfasst (BFS, 2023). Für Auswertungen der früheren Jahre wurden daher die Zahlen pro Sprachregion mittels einer Gewichtung hochgerechnet. Aus diesem Grund ist die Vergleichbarkeit über die Jahre leicht eingeschränkt.

Bisher hat NKRS die aufbereiteten und validierten Daten in aggregierter Form ans BFS für die Erstellung der nationalen Krebsstatistik gesendet. Mit dem neuen Krebsregistrierungsgesetz

(KRG; SR 818.33) erhält das BFS die Daten auf individueller Ebene. Die gesetzlichen Grundlagen und die neue Datenstruktur ermöglichen unter bestimmten Voraussetzungen eine Verknüpfung der Krebsdaten mit anderen statistischen Daten durch das BFS (KRG, Art 22.).

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

In der NKS werden nur wenige soziodemografische Informationen erhoben: Geschlecht, Alter und Kanton. Für weitere Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit ist daher eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank erforderlich, um Variablen zur sozialen Lage anzufügen. Im Folgenden wird die Verknüpfungsmöglichkeit mit der Strukturhebung diskutiert:

Mit der Verknüpfung der NKS mit der Strukturhebung (SE) sind u. a. Analysen nach Bildung, Arbeitsmarkstatus, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse sowie Haushaltstyp möglich – siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 2.3.21. Für die Verknüpfung können gepoolte Daten der SE verwendet werden, um eine grössere Stichprobe zu erhalten. Regionale Analysen werden aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich sein. Die Verknüpfung erfolgt durch das BFS im Rahmen der rechtlichen Vorgaben mittels der AHV-Nummer.

Nicht alle Fälle in der NKS werden mit der SE verknüpft werden können: Es wird Personen geben, die in der SE nicht enthalten sind (die SE ist eine Stichprobenerhebung) auch wenn die gepoolten Daten über mehrere Jahre verwendet werden.

Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass deutlich mehr Fälle verknüpft werden könnten.

T 2.25 Nationale Krebsstatistik (NKS): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Nationale Krebsstatistik (NKS) liefert Informationen zum Stand und zur Entwicklung der Krebssterblichkeit und der Krebsneuerkrankungen in der Schweiz. Die Statistik ist eine Synthese aus verschiedenen verfügbaren Erhebungen.
Produzent	BFS in Zusammenarbeit mit dem Institut NICER, den KKR und dem KiKR
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz
Periodizität/ Zeitreihen	seit 1983: jährlich
Erhebungsart/ Stichprobe	seit 2020 Vollerhebung
Regionalisierung	Sprachregionen, Kantone
Stärken	– Vollerhebung (seit 2020)
Grenzen	– Vollständige Daten für die Schweiz erst seit 2020

Quelle: BFS, 2023

© Obsan 2023

T 2.26 Nationale Krebsstatistik (NKS): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Für Auswertungen der NKS zu sozialer Ungleichheit braucht es eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank, um mehr Informationen zur sozialen Lage zu erhalten. Dafür bietet sich die Strukturerhebung (SE; vgl. Abschnitt 2.3.21) an. Eine andere Möglichkeit wäre allenfalls die Verknüpfung mit Daten der Swiss National Cohort (SNC, vgl. Abschnitt 2.3.22). Dafür müssten aber die SNC-Daten noch idealerweise mit den aktuellen SE-Daten ergänzt werden.
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Einkommen <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <i>☞</i> Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2) <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <i>☞</i> vgl. Anhang A.1; <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Haushaltstyp <i>☞ nur mittels Verknüpfung!</i> <input checked="" type="checkbox"/> Regionen
Mögliche Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> – Inzidenz von Krebserkrankungen nach ICD-Kode – Mortalität aufgrund (spezifischer) Krebserkrankungen – Überlebensrate nach (spezifischen) Krebserkrankungen
Aktualisierungsmöglichkeiten	Jährlich Verfügbarkeit der neuen Daten: ca. 2 Jahre nach dem Erhebungsjahr (Daten 2020: September 2023)

Quellen: BFS, 2023

© Obsan 2023

2.3.18 Krankenversicherungsdaten

Im Bereich von Krankenversicherungsdaten ist einerseits der Datenpool der SASIS AG als mögliche Datenbank zu nennen. Der Datenpool wird im Folgenden genauer beschrieben. Daten einzelner Versicherer stellen ebenfalls mögliche Datenquellen dar. Diese werden unter «Anlysemöglichkeiten» kurz beschrieben. Weiter bietet zukünftig die sich im Aufbau befindende Datenbank des BAG mit anonymisierten Individualdaten neue Möglichkeiten – siehe dazu die Ausführungen im Kasten K 2.4.

Der Datenpool in Kürze

Im Zusammenhang mit Versicherungsdaten stellt der *Datenpool der SASIS AG* zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts eine mögliche Datenbank dar (vgl. T 2.27). Beim Datenpool handelt es sich um eine Datenbank mit allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die seit 2001 von santésuisse und seit 2009 von der SASIS AG (einer Tochtergesellschaft der santésuisse) bereitgestellt wird. Im Datenpool werden alle Rechnungen gesammelt, die bei den an der Statistik beteiligten Versicherern erfasst wurden, inklusive Kostenbeteiligung der versicherten Personen.

Der Datenpool der SASIS AG beinhaltet nur Leistungen, die über die OKP bezahlt werden. Leistungen, die über andere Direktzahlende wie beispielsweise übrige Sozialversicherungen (IV/AHV, UVG, MV), Privatversicherungen, Staat und private Haushalte finanziert werden, sind somit nicht eingeschlossen.

Der Datenpool umfasst zudem lediglich Rechnungen, die an die Krankenversicherer weitergeleitet werden. Rechnungen, die z. B. aufgrund einer hohen Franchise von den versicherten Personen zurückbehalten werden, sind nicht erfasst.

Anlysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die aktuell bestehenden Daten der Versicherer sind nur sehr begrenzt für Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit verwendbar. Mit der geplanten anonymisierten Individualdaten des BAG (vgl. K 2.4) werden sich voraussichtlich neue Anlysemöglichkeiten ergeben. Es ist jedoch noch unklar, welche Daten in welcher Form in dieser Datenbank erfasst werden.

Aufgrund der begrenzten aktuellen Möglichkeiten sowie der unklaren Ausgangssituation in Bezug auf die anonymisierten Individualdaten des BAG werden die möglichen Analysen für die Versicherungsdaten nicht in einer Übersichtstabelle präsentiert, sondern nur kurz beschrieben.

1. Datenpool SASIS AG

Der Datenpool der SASIS AG enthält aggregierte Daten (keine Individualdaten) zu den abgerechneten OKP-Leistungen der Leistungserbringer.

Folgende Merkmale werden u. a. erfasst:

- OKP-Brutto- und Nettoleistungen, Anzahl Konsultationen und Hausbesuche, Anzahl Leistungsbelege, Anzahl Erkrankte, Prämien

T 2.27 Datenpool SASIS AG: Steckbrief

Kurzbeschreibung	Der Datenpool ist eine Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
Produzent	SASIS AG – ein Unternehmen der santésuisse-Gruppe
Grundgesamtheit	alle krankenversicherten Personen in der Schweiz Aggregierte Abrechnungsdaten der Krankenversicherer. Der Datenpool verfügt über drei Betrachtungsweisen: – Detaillierte Leistungserbringer-Statistik KVG gemäss Zahlstellennummer (Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeheim, Spitex usw.). – Leistungsarten KVG (Arztleistung, Medikamente von der Apotheke, ambulant und stationär im Spital usw.). – Erfolgsrechnung der Krankenversicherer (Kantone, Prämienregionen) für das KVG im Bereich der Leistungen, Kostenbeteiligungen und der Prämien
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich: seit 1998; monatlich seit 2001
Erhebungsart/ Stichprobe	Administrative Erhebung/Vollerhebung
Regionalisierung	Kantone und Prämienregionen; Gemeinde
Stärken	– Daten aller Versicherer/Versicherten der Schweiz – Umfassende Daten zu den OKP-Kosten und OKP-Mengen medizinischer Leistungen. – Hohe Zuverlässigkeit, weil es die effektiven Abrechnungsdaten sind.
Grenzen	– Umfasst nur Leistungen, die über die OKP bezahlt werden. – Umfasst nur Rechnungen, die an die Krankenversicherer weitergeleitet werden.

Quelle: SASIS, 2022

© Obsan 2023

- Leistungen differenziert nach Leistungsart (Arztleistungen, Labor, Medikamente, MiGeL, Physiotherapie usw.), 5-Jahres-Altersgruppen, Geschlecht und Wohngemeinde der Versicherten.

Der Datenpool umfasst somit lediglich das Geschlecht und das Alter als Merkmale der sozialen Lage – jedoch nur in aggregierter Form. Analysen nach Wohnort (nach PLZ) sollten möglich sein, diese Daten müssten aber bei der SASIS AG speziell angefordert oder bei ihnen vor Ort ausgewertet werden.

Weitere Analysen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit sind nicht möglich. Damit eignet sich diese Datenbank nur sehr beschränkt für Auswertungen in diesem Themenbereich.

2. Daten einzelner Versicherer

Die einzelnen Versicherer verfügen über Daten auf Ebene der einzelnen versicherten Personen. Diese Daten können für Studie verwendet werden, wenn die entsprechenden Versicherer ihre Einwilligung geben. Zu beachten ist, dass die Zusammensetzung der Versicherten von Versicherer zu Versicherer unterschiedlich ist, so dass die Repräsentativität der Daten eingeschränkt ist bzw. entsprechend überprüft werden muss. Für aussagekräftige, qualitative gute Ergebnisse braucht es Daten von grösseren Versicherern. Zudem müssen die Daten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit verknüpft werden, um neben dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Personen weitere Merkmale der sozialen Lage (z. B. Bildung) zu erhalten.

3. Die anonymisierten Individualdaten des BAG

Die sich im Aufbau befindende Datenbank des BAG mit Versicherungsdaten (vgl. K 2.4) umfasst zurzeit Individualdaten zu den Prämien und den Gesamtkosten. Individualdaten nach Leistungserbringer oder Leistungsart stehen voraussichtlich ab Mitte 2024 zur Verfügung. Es ist noch zu prüfen, welche Analysen damit möglich sein werden.

Fest steht aber, dass für Auswertungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten eine Verknüpfung mit einer anderen Datenbank notwendig ist, um zusätzliche Merkmale der sozialen Lage – wie z. B. Bildung oder Migrationsstatus – anzuhängen. Diese Verknüpfung könnte mittels der AHV-Nummer erfolgen.

Die Möglichkeiten von Analysen und Verknüpfungen könnten abgeklärt werden, sobald der Aufbau der Datenbank weiter fortgeschritten ist (ca. Mai/Juni 2024).

K 2.4 Ein Blick in die Zukunft – anonymisierte Individualdaten des BAG

Seit 1.1.2023 ist das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der OKP sowie die entsprechende Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; Art. 28 ff. KVV und Art. 62a KVAV) in Kraft (BAG, 2022a).

Mit diesem Artikel werden die Versicherer verpflichtet, dem BAG regelmässig die für dessen Aufgaben nach KVG erforderlichen Daten in aggregierter Form weiterzugeben. Der Bundesrat kann zudem veranlassen, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, falls dies zur Erfüllung bestimmter Aufgaben nach KVG notwendig ist. Für folgende Zwecke ist die Weitergabe von individuellen Daten vorgesehen (BAG, 2022a):

- zur Überwachung der Kostenentwicklung sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;
- zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen;
- zur Evaluation des Risikoausgleichs.

Die Daten werden den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Die entsprechende Datenbank befindet sich im Aufbau. Zurzeit stehen erste Individualdaten zu den Prämien und den Gesamtkosten zur Verfügung. Individualdaten nach Leistungserbringer oder Leistungsart folgen voraussichtlich ab Mitte 2024.

2.3.19 Unfallstatistik UVG

Die Unfallstatistik UVG in Kürze

Die «Statistik der Unfallversicherung UVG» ist eine gemeinsame Statistik aller an der obligatorischen Unfallversicherung beteiligten Versicherer der Schweiz. Neben der Suva gibt es aktuell 20 weitere Unfallversicherer (KSUV, 2023). Die bei der Suva angesiedelte Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG (SSUV) sammelt die Unfalldaten aller Versicherer, wertet diese aus und veröffentlicht die Ergebnisse. Die Unfallstatistik UVG dokumentiert ausführlich:

- wie sich die Unfallzahlen und Berufskrankheiten bei UVG-Versicherten entwickeln,
- was die Unfallursachen sind,
- und zu welchen Verletzungen bzw. Krankheiten sie führen.

UVG-versichert gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden. Personen, die mindestens acht Stunden pro Woche arbeiten, sind auch obligatorisch gegen Freizeitunfälle versichert (KSUV, 2023). Etwa die Hälfte der Bevölkerung ist somit nach UVG versichert. Nicht versichert sind Kinder, Personen in Ausbildung, Hausfrauen und -männer sowie Personen in Rente, sofern sie keiner unselbständigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Strassenverkehrsunfälle, bei denen die Polizei involviert ist, werden in der Statistik des Bundesamts für Strassen (ASTRA) ausgewiesen.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Da es sich bei der Unfallversicherung UVG um eine (anonyme) Lohnsummenversicherung handelt, verfügen die Unfallversicherer über keine demografischen Informationen zum Kollektiv der Versicherten (z. B. Geschlecht, Alter, Nationalität, Beruf). Von den verunfallten (oder den von einer Berufskrankheit betroffenen) Personen sind den Versicherern hingegen ausgewählte soziodemografische Merkmale bekannt. In der Unfallversicherung werden folgende soziodemografische Informationen erhoben: Geschlecht, Alter, Nationalität, ausgeübte berufliche Tätigkeit, Branche des Arbeitgebers, Wohnort sowie auch Angaben zum versicherten Verdienst bei Verunfallten mit unfall- oder berufskrankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Für Auswertungen nach Bildung müssten die Daten allenfalls mit einer anderen Datenbank verknüpft werden.

Anzumerken ist, dass die Statistik nur Daten über UVG-versicherte Personen enthält, die einen Unfall gemeldet haben. Zu Erwerbstätigen ohne Unfall bzw. Berufskrankheit bestehen keine Daten. Um also Aussagen machen zu können, ob z. B. ausländische Arbeitnehmende häufiger von bestimmten Berufsunfällen betroffen sind, müsste ein Proxy für die Zahl und Struktur der Beschäftigten in der Schweiz verwendet werden. Dafür werden von der KSUV Daten aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) verwendet.

Im Hinblick auf Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit sind u. a. Auswertungen zur Anzahl der Unfälle und Berufskrankheiten, zur Mortalität und Invalidisierung, zur Dauer des Erwerbsausfalls, zu den Ursachen aber auch zur Art der Verletzung bzw. Krankheit möglich.

T 2.28 Unfallstatistik UVG: Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Statistik der Unfallversicherung UVG erhebt Unfälle von UVG-Versicherten. Es handelt sich um eine gemeinsame Statistik aller an der obligatorischen Unfallversicherung beteiligten Versicherer der Schweiz.
Produzent	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG (SSUV)
Grundgesamtheit	Unfälle von UVG-Versicherten
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich; seit 1985
Erhebungsart/ Stichprobe	Vollerhebung / Stichprobe (für Unfallursachen und Verletzungsfolgen)
Regionalisierung	Schweiz, Kanton
Stärken	<ul style="list-style-type: none"> – Vollerhebung aller Unfälle von UVG-Versicherten – Ausführliche Erhebung der Ursachen und Folgen (auf Basis einer Zufallsstichprobe von 5% aller Fälle)
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Erfassung der Unfälle, keine Aussagen über die Grundgesamtheit der Versicherten – Nur Unfälle von UVG-Versicherten

Quelle: KSUV, 2023

© Obsan 2023

T 2.29 Unfallstatistik UVG: Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Ausnahme: falls Auswertungen nach Bildung oder weiteren Merkmalen der sozialen Lage gewünscht sind
Merkmale sozialer Lage	<input type="checkbox"/> Bildung <input checked="" type="checkbox"/> Einkommen versicherter Verdienst <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus erwerbslos, erwerbstätig <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung vgl. Anhang A.2 <input type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Haushaltstyp <input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt <input checked="" type="checkbox"/> Regionen Abgeleitet aus dem Wohnort des Verunfallten
Mögliche Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl nichttödliche und tödliche Unfälle und Berufskrankheiten – Invalidisierung aufgrund von Unfällen bzw. Berufskrankheiten – Fälle nach Unfallursachen (nur für eine (Zufalls-)Stichprobe verfügbar) bzw. Ursache Berufskrankheit – Dauer der Erwerbsunfähigkeit – Art der Verletzung (nur für eine (Zufalls-)Stichprobe verfügbar) bzw. Berufskrankheit.
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Jährlich Verfügbarkeit der neuen Daten: 10 Monate nach Ende des Berichtsjahres / für Merkmale aus der Stichprobe: 20 Monate nach Ende des Berichtsjahres

Quellen: KSUV, 2023

© Obsan 2023

2.3.20 Ein Blick in die Zukunft: Die ANQ-Daten

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen im stationären Bereich. Die Resultate ermöglichen eine transparente und nationale Vergleichbarkeit und bieten den Spitälern und Kliniken die Grundlage für die Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Für die Bereiche der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wurden Indikatoren zur Versorgungsqualität entwickelt. Gemessen werden die Patientenzufriedenheit und verschiedene Outcome-Indikatoren (z. B. postoperativer Wundinfektionen, Rehospitalisationen).

Keine eigentliche Datenquelle aber ein System mit Potential

Bei den Qualitätsindikatoren des ANQ handelt es sich nicht um eine Datenquelle im eigentlichen Sinne, sondern um ein Indikatorensystem, das auf verschiedenen Daten basiert. Zum einen greift der ANQ auf bestehende Datenquellen zurück: Neben der Medizinischen Statistik (vgl. 2.3.12) werden Daten aus Swissnoso (Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen), dem Implantatregister für Hüft- und Knieimplantate sowie dem Implantatregister für Wirbelsäuleneingriffe verwen-

det. Darüber hinaus werden Messungen der Patientenzufriedenheit sowie bereichsspezifische Messungen durchgeführt. Auswertungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit können mit diesen Daten derzeit nicht gemacht werden. Eine Verknüpfung der verschiedenen Daten wäre aber möglich, wenngleich die Hürden dafür hoch einzustufen sind. Damit bieten aber diese Datensammlung ein grosses Potential.

D Datenerhebungen für Verknüpfungen

Im Folgenden werden einige Datenbanken beschrieben, mit denen Gesundheitsdaten verknüpft werden können, um den Datensatz mit zusätzlichen Merkmalen der sozialen Lage zu ergänzen.

2.3.21 Strukturhebung (SE)

Die SE in Kürze

Die Strukturhebung (SE) ist ein Element der seit 2010 jährlich stattfindenden eidgenössischen Volkszählung und ergänzt die Informationen aus den Registern mit zusätzlichen Statistiken zur Bevölkerungsstruktur. Dabei wird ein Teil der Bevölkerung schriftlich befragt (BFS, 2022d). Die SE ist aktuell die grösste Befragung bei Personen und Haushalten des BFS.

Die SE liefert Informationen zu Bevölkerung, Haushalten, Familien, Wohnen, Arbeit, Pendlermobilität, Bildung, Sprache und Religion und ist somit die zentrale Datenquelle, um sozioökonomische und soziokulturelle Strukturen der Bevölkerung in der Schweiz abzubilden.

Befragt werden Personen ab 15 Jahren, die in einem Privathaushalt in der Schweiz leben. Jährlich werden rund 200 000 Personen befragt. Die Umfrage kann online oder mit Papierfragebogen beantwortet werden. Die Erhebung ist obligatorisch, dennoch gibt es Antwortausfälle von rund 14% – v. a. aufgrund von Antwortverweigerungen.

Die Ergebnisse können über 3 und 5 Jahre kumuliert werden. Dies ermöglicht geografisch kleinräumigere oder thematisch detailliertere Auswertungen (BFS, 2022d): Die Ergebnisse aus kumulierten Daten beziehen sich jedoch nicht mehr auf ein bestimmtes

Jahr, sondern sind Mittelwerte für den betrachteten Zeitraum und für eine Durchschnittsbevölkerung während dieses Zeitraums. Die Stichproben werden so gezogen, dass die Überlappung von zwei aufeinanderfolgenden Erhebungen minimal ist, d. h. die gleichen Haushalte bzw. Personen werden nur in sehr seltenen Fällen mehrmals innerhalb der Zeitspanne des Poolings in die Stichprobe der SE gezogen (BFS, 2019b).

Die Daten können für folgende geografischen Ebenen ausgewertet werden: Schweiz, Grossregionen, Kantone und Gemeinden ab 15 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Erste Resultate stehen ein Jahr nach dem Stichtag zur Verfügung.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die SE umfasst keine Informationen zur Gesundheit, erfasst jedoch zahlreiche Merkmale der sozialen Lage. Es handelt sich zwar um eine Stichprobenerhebung (pro Jahr werden etwa 5% der Schweizer Wohnbevölkerung befragt), die Daten können aber über mehrere Jahre gepoolt werden. Damit stellt die SE eine zentrale Datenquelle für Verknüpfungen dar.

Die SE liefert Informationen zur Bildung, zum Migrationshintergrund, Arbeitsmarktstatus und Haushaltstyp. Die Verknüpfung kann über die anonymisierte AHV-Nummer oder über einen anonymen Verbindungscode (basierend auf Angaben zum Namen, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) erfolgen.

T 2.30 Strukturhebung (SE): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Strukturhebung (SE) wird seit 2010 im Rahmen der neuen, jährlichen Volkszählung realisiert. Das Hauptaugenmerk der SE liefert Informationen zu Bevölkerung, Haushalten, Familien, Wohnen, Arbeit, Pendlermobilität, Bildung, Sprache und Religion der Bevölkerung in der Schweiz
Produzent	Bundesamt für Statistik (BFS)
Befragte	Personen ab 15 Jahren der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten (Aufenthaltsstatus mindestens 12 Monate für Personen im Asylbereich)
Periodizität/ Zeitreihen	Jährlich; seit 2010
Stichprobe	Stichprobenerhebung bei 200 000 Personen Ergebnisse können über 3 und 5 Jahre kumuliert werden
Regionalisierung	Schweiz, Grossregionen, Kantone und Gemeinden ab 15 000 Einwohnerinnen und Einwohner
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz verbessern.
Stärken	– grösste Befragung bei Personen und Haushalten des BFS – Möglichkeit mehrere Datenjahre zu poolen
Grenzen	– Begrenzte Anzahl erfasster Merkmale

Quellen: BFS, 2022d, 2019b

© Obsan 2023

T 2.31 Strukturhebung (SE): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung
Datenverknüpfung	Die SE stellt eine Datenbank dar, mit welcher andere Erhebungen verknüpft werden können, um Merkmale der sozialen Lage anzuhängen. Die Verknüpfung kann über die AHV-Nummer oder über einen sogenannten anonymen Verbindungscode (basierend auf Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) erfolgen.
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung höchste, abgeschlossene Ausbildung (obligatorische Schule, Berufslehre, Maturität usw.) <input type="checkbox"/> Einkommen <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2) <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht Binär <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität nach Land <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund ohne Migrationshintergrund (MH), mit MH 1. Generation, mit MH 2. Generation <input checked="" type="checkbox"/> Sprachkenntnisse Hauptsprache, zu Hause gesprochene Sprache(n) <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung Einpersonenhaushalt, Paar ohne bzw. mit Kinder(n), Einelternhaushalt mit Kind(ern) usw. <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw. <input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt Schweiz und Grossregionen; kantonale Analysen <input checked="" type="checkbox"/> Regionen
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Jährlich Verfügbarkeit der neuen Daten: gestaffelt, zwischen 13 und 15 Monaten nach dem Stichtag (31.12) Die kumulierten Datensätze werden von der Sektion POP vorbereitet und zur Verfügung gestellt.

Quelle: BFS, 2022d

© Obsan 2023

2.3.22 Swiss National Cohort (SNC) – eine Analyse- und Verknüpfungsdatenbank

Die SNC in Kürze

Die Swiss National Cohort (SNC) ist eine bevölkerungsbasierte Kohorte (BFS, 2022i). Aktuell beruht die SNC auf den Volkszählungsdaten der Jahre 1990 und 2000, die bis 2019 mit den Statistiken der Todesfälle und Geburten, den Migrationsdaten sowie mit den registerbasierten Zensusdaten und jährlichen Strukturhebungen ab 2010 verknüpft wurden. Die umfangreiche Kohorte SNC ist eine Plattform für vielfältige Forschungsprojekte.

Die SNC basiert auf der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen der Universitäten Bern und Zürich sowie Basel, Genf und Lausanne. Sie wurde bis 2021 vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) finanziert. Seit 2022 ist das Bundesamt für Statistik (BFS) verantwortlich für die SNC-Daten (BFS; 2022i).

Der Hauptdatensatz der SNC umfasst derzeit mehr als 12 Millionen Personen und enthält zahlreiche Informationen zu jeder Person aus verschiedenen Datenquellen des BFS. Die SNC-Datenbank setzt sich aus folgenden Datensätzen zusammen:

- Eidgenössische Volkszählung 1990 und 2000 (Personen, Haushalte, Gebäude, Wohnungen)
- STATPOP seit 2010 (Bevölkerungszahl/-veränderung, Haushalte)
- Mortalitätsdaten von BEVNAT von 1991 bis 2019
- Daten der Todesursachenstatistik (TU) über Todesursachen sowie Begleiterkrankungen bis 2018

- Vitalstatistiken von BEVNAT seit 2010 über Lebendgeburten, Totgeburten, Eheschliessungen und Scheidungen
- Strukturhebung (SE) seit 2010
- Gebäude- und Wohnungsstatistik (GWS) seit 2010
- Schweizerischer Quartierindex (Swiss-SEP)

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die SNC ist zwar ein Datensatz, mit dem Auswertungen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit gemacht werden können. Er verfügt sowohl über Informationen zu Merkmalen der sozialen Lage (Daten der Volkszählung bzw. der SE sowie PETRA bzw. STATPOP⁶) wie auch Daten zu Mortalität und Todesursachen (Daten aus BEVNAT und TU). Die Grösse des Datensatzes ermöglicht differenzierte Analysen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit. Die Einschränkung ist jedoch, dass die SNC nur Daten bis 2019 einschliesst und nicht weiter aktualisiert wird. Daten aus Gesundheitserhebungen können mit den SNC-Daten verknüpft werden, um so Merkmale der sozialen Lage anzuhängen. Mögliche Verbindungs-codes sind: anonymisierte AHV-Nummer bzw. Geburtsdatum sowie weitere Merkmale für eine probabilistische Verknüpfung. Zu beachten ist auch hier, dass der Datensatz nur Daten bis 2019 umfasst. Eine Möglichkeit wäre, die SNC-Daten mit aktualisierten Daten der SE (Jahre ≥ 2020) zu ergänzen. Damit könnte ein Datensatz erstellt werden, der soziodemografische Merkmale derjenigen Personen umfasst, die an einer der SE seit 2010 teilgenommen haben. Zudem hätte man auch Informationen der Personen aus der Volkszählung 2000.

T 2.32 Swiss National Cohort (SNC): Steckbrief

Kurzbeschreibung	Die Swiss National Cohort (SNC) ist eine langfristige bevölkerungsbasierte Kohorte. Aktuell beruht sie auf den Volkszählungsdaten der Jahre 1990 und 2000, die bis 2019 mit den Statistiken der Todesfälle und Geburten, den Migrationsdaten sowie mit den registerbasierten Zensusdaten und jährlichen Strukturhebungen ab 2010 verknüpft wurden.
Produzent	Die SNC wurde als Kooperationsprojekt zwischen den Gesundheitseinrichtungen der Universitäten Bern und Zürich in Zusammenarbeit mit Basel, Genf und Lausanne aufgebaut. Seit 2022 ist das Bundesamt für Statistik (BFS) verantwortlich für die SNC-Daten.
Grundgesamtheit	Wohnbevölkerung der Schweiz
Periodizität/ Zeitreihen	seit 1990: 1990, 2000, ab 2010 jährlich
Erhebungsart/ Stichprobe	Vollerhebung (Strukturhebungen ab 2010 liefern nur Angaben zur befragten Stichprobe)
Regionalisierung	Kanton, MedStat-Regionen ab 2010
Stärken	– Vollerhebung
Grenzen	– Probabilistische Verknüpfung der Datensätze 1990 und 2000 – Keine Aktualisierungen ab 2019

Quellen: BFS, 2022i, 2022j

© Obsan 2023

⁶ PETRA: Statistik der ausländischen Wohnbevölkerung; Ab 2010 wurde PETRA in die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) integriert

T 2.33 Swiss National Cohort (SNC): Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Aspekt	Beschreibung	
Datenverknüpfung	<ul style="list-style-type: none"> – Die SNC enthält Daten zu Mortalität und den Todesursachen. Damit kann die SNC für Analysen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit verwendet werden. Der Datensatz umfasst jedoch nur Daten bis 2019 und wird nicht weiter aktualisiert. – Die SNC stellt auch eine Datenquelle dar, mit welcher Gesundheitsdaten verknüpft werden können, um Merkmale der sozialen Lage anzuhängen. Mögliche Verbindungscode: anonymisierte AHV-Nummer bzw. Geburtsdatum und weitere Merkmale für eine probabilistische Verknüpfung. Zu beachten ist, dass der Datensatz nur Daten bis 2019 umfasst. – Um aktualisierte Daten zu erhalten, wäre es möglich, die SNC-Daten z. B. mit aktuellen Erhebungen der Strukturerhebung (SE 2020+) zu ergänzen. Verknüpfungen mit weiteren Datenbanken, z. B. der BEVNAT oder der Todesursachenstatistik wären ebenfalls denkbar <p>Die Verknüpfung kann über die AHV-Nummer oder über einen sogenannten anonymen Verbindungscode (basierend auf Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht) erfolgen.</p>	
Merkmale sozialer Lage	<input checked="" type="checkbox"/> Bildung <input type="checkbox"/> Einkommen <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsmarktstatus <input checked="" type="checkbox"/> Beruf/Berufliche Stellung <input checked="" type="checkbox"/> Sozioprof. Kategorien	erwerbstätig, erwerbslos, nicht erwerbstätig Beruf sowie ISCO-Kategorien der beruflichen Stellung (vgl. Anhang A.2) vgl. Anhang A.1
	<input checked="" type="checkbox"/> Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> Alter <input checked="" type="checkbox"/> Nationalität <input checked="" type="checkbox"/> Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> sexuelle Orientierung <input checked="" type="checkbox"/> Haushaltstyp <input checked="" type="checkbox"/> Wirtschaftsabschnitt <input checked="" type="checkbox"/> Regionen	nach Land Landwirtschaft, Baugewerbe, Gesundheits- und Sozialwesen, Gastgewerbe usw. MedStat-Region (ab 2010), Kanton
Mögliche Indikatoren	<p>Daten vorhanden nur bis 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesamtmortalität – Mortalität nach bestimmten Todesursachen: Lungenkrebs und weitere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, alkoholbedingte Todesfälle, COPD, Tuberkulose, Unfälle/Gewalt, Suizid usw. – Säuglingssterblichkeit/Todgeburten (≠ möglicherweise zu kleinen Fallzahlen) – Müttersterblichkeit (≠ möglicherweise zu kleine Fallzahlen) <p>vermeidbare Todesfälle (avoidable mortality / mortality amenable to health care): Sterbefälle, die bei angemessener Krankheitsprävention oder Therapie in der jeweiligen Altersgruppe hätten verhindert werden können.</p>	
Aktualisierungsmöglichkeiten / Verfügbarkeit der neuen Daten	Der SNC umfasst Daten bis 2019. Der Datensatz wird vom BFS nicht weiter aktualisiert	

Quellen: BFS, 2022i, 2022j; Lewer et al., 2020; Gruer, 2019; Mackenbach, 2019; Gay et al., 2011

© Obsan 2023

2.3.23 Individuellen Konten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS)

Die AHV-Daten der ZAS in Kürze

Auf dem individuellen Konto der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) werden für jede Person jährlich die beitragspflichtigen Einkommen, die Beitragszeiten und die Betreuungsgutschriften aufgezeichnet. Das individuelle Konto bildet die Grundlage für die spätere Berechnung einer Alters-, Hinterlassenen oder Invalidenrente.

Analysemöglichkeiten im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit

Die Daten der Individuellen Konten der ZAS enthalten Angaben zum beitragspflichtigen Einkommen, zu den Beitragszeiten sowie zu den Betreuungsgutschriften. Durch die Verknüpfung mit den AHV-Daten der ZAS ist es somit möglich, Gesundheitserhebungen mit Informationen zum Einkommen zu ergänzen. Die Verknüpfung kann über die AHV-Nummer erfolgen.

K 2.5 Ein Blick in die Zukunft – das Projekt «Steuerdatenerhebung»

Das BFS ist zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Berichts am Abklären, ob ein Datensatz mit kantonalen Steuerdaten für natürliche Personen erstellt werden kann. Eine solche Datenbank würde u. a. folgende Möglichkeiten bieten (BFS, 2020):

- vollständigere Analyse (auch zeitliche Entwicklung) der finanziellen Situation von Privathaushalten;
- Ergänzung der statistischen Grundlagen über das Einkommen oder die Armut;
- Ersetzen von Erhebungsdaten durch Registerdaten (u. a. um Private zu entlasten);
- Beantwortung neuer Fragestellungen anhand der Steuerdaten (ohne zusätzliche Befragungen);
- die Nutzung der Steuerdaten für die Verbesserung von Gewichtung und Kalibrierung von Stichprobenbefragungen.

Im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit könnten Gesundheitsdaten mit dieser Datenbank differenziert nach der finanziellen Situation analysiert werden.

Im April 2023 hat der Bundesrat eine Erhebung von Steuerdaten für statistische Zwecke befürwortet. Sobald die Erhebung in die Statistikerhebungsverordnung aufgenommen ist, können Daten geliefert werden. Ein Datensatz würde frühestens im Laufe des Jahres 2026 für Analysen zur Verfügung stehen.

2.3.24 Weitere mögliche Verknüpfungsdatenbanken

Im Folgenden werden einige weitere Datenquellen aufgelistet, welche für Verknüpfungen mit Gesundheitsdaten verwendet werden können:

Sozialhilfeempfängerstatistik (SHS)

Die Sozialhilfeempfängerstatistik des BFS gibt unter anderem Auskunft über die Zahl der Sozialhilfebeziehenden, die Art der bezogenen bedarfsabhängigen Sozialleistungen, die Dauer des Bezugs sowie die Familienstruktur der Leistungsempfangenden (BFS, 2021b). Sie umfasst sowohl die wirtschaftliche Sozialhilfe (WSH), die Sozialhilfe im Flüchtlingsbereich (SH-FlüStat) und die Sozialhilfe im Asylbereich (SH-AsylStat).

Bei den Erhebungen vor 2010 wurde nur die AHV-Nummer des Dossierträgers erhoben, nicht aber jene der weiteren unterstützten Personen. D. h. vor 2010 kann ein Sozialhilfebezug der mitunterstützten Personen nicht identifiziert werden.

Verknüpfungsvariable: AHV-Nummer

Periodizität: jährlich

Regionalisierung: Schweiz, Kanton, Gemeinde

IV-Statistik

Die IV-Statistik des Bundesamts für Sozialversicherungen liefert Angaben über die Finanzen der IV sowie über Leistungsbezüger und -bezügerinnen, aufgeschlüsselt nach verschiedenen Merkmalen. Unter anderem werden folgende Merkmale erhoben: Geschlecht, Alter, Nationalität (Schweiz/Ausland), Wohnort (Kanton), Invaliditätsmerkmale: Gebrechen, Funktionsausfall, IV-Grad, Massnahmenmerkmale.

Verknüpfungsvariable: AHV-Nummer

Periodizität: jährlich

Regionalisierung: Schweiz, Kanton

3 Datenlücken

Kapitel 2 gibt einen Überblick über regelmässig erhobene, quantitative, meist national repräsentative Daten, die sich für Analysen im Bereich gesundheitlicher Ungleichheit eignen. Diese Datenquellen decken eine Vielzahl von Themen ab und geben damit ein gutes und breites Bild der Gesundheit in der Bevölkerung. Dennoch gibt es Bevölkerungsgruppen, die mit diesen Daten nicht oder nur unzureichend abgebildet werden können. Dies hängt mit folgenden Punkten zusammen:

- Bei vielen der präsentierten Datenquellen handelt es sich um Bevölkerungsbefragungen. Dies hat zur Folge, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen oft nicht erfasst oder unterrepräsentiert sind, obwohl sie im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten von zentraler Bedeutung sind: Personen im Asylprozess, in Institutionen (Pflegeheime, Gefängnisse) lebende Personen, Personen in prekären Lebenssituationen (Personen ohne festen Wohnsitz oder ohne gültige Aufenthaltsbewilligung) sowie Migrantinnen und Migranten mit unzureichenden Kenntnissen einer der drei Amtssprachen. Weiter ist zu beachten, dass kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder in der Lage sind, einen Fragebogen auszufüllen oder an einem Telefoninterview teilzunehmen.
- Gewissen Personengruppen werden in den Erhebungen zwar befragt, sind aber nicht als solche identifizierbar, da z. B. die Geschlechtsidentität, die sexuelle Orientierung oder eine bestehende Behinderung nicht erfasst werden. Zudem besteht das Problem, dass – selbst wenn entsprechende Merkmale der sozialen Lage erhoben werden – die Fallzahlen für aussagekräftige Analysen oft zu klein sind.

Im Folgenden wird auf Bevölkerungsgruppen eingegangen, die mit den in Kapitel 2 präsentierten Daten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können. Soweit vorhanden, werden quantitative oder auch qualitative Schweizer Studien aufgeführt, die sich mit der Gesundheit dieser Personen befassen. Dabei handelt es sich jedoch um eine erste Sichtung und nicht um eine systematische Literaturrecherche.

3.1 Ältere Personen

Aussagen zu älteren Menschen und gesundheitlicher Chancengleichheit in der Schweiz sind mit den bestehenden Daten durchaus möglich, z. B. mit Auswertungen der Medizinischen Statistik oder auch mit grösseren Bevölkerungsbefragungen wie der

Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) oder mit Bevölkerungsbefragungen, die sich an ältere Menschen richten (SHARE, IHP: 65+-Jährige). Bei diesen Befragungen ist jedoch zu berücksichtigen, dass jeweils nur Personen in Privathaushalten befragt werden. Der Gesundheitszustand von Personen in Pflegeheimen kann daher nicht abgebildet werden und somit sind auch keine Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit möglich.

Zur Gesundheit von Pflegeheimbewohnenden gibt es nur wenige Studien. 2008/2009 hat das BFS eine Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen durchgeführt (BFS, 2012). Diese Befragung wurde aber bisher nicht wiederholt. Die Berner Fachhochschule hat 2015 nationale Ergebnisse zur Lebens- und Pflegequalität in Pflegeheimen veröffentlicht (Sommerhalder et al., 2015). Inwieweit dabei auch Merkmale der sozialen Lage erhoben wurden, müsste noch geklärt werden.

3.2 Kinder und Jugendliche

Gesundheitsrelevante Verhaltensmuster, aber auch Gesundheitsprobleme (z. B. psychische Störungen), die sich in jungen Jahren entwickeln, setzen sich häufig bis ins Erwachsenenalter fort. Daten über Kinder und Jugendliche sind daher von zentraler Bedeutung.

Auswertungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen sind u. a. mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) möglich. Diese richtet sich an Personen ab 15 Jahren. Das Problem ist, dass der sozioökonomische Status nicht wirklich erfasst werden kann, da sich die Mehrheit der Jugendlichen noch in der Ausbildung befindet. In der SGB werden auch einige gesundheitsbezogene Fragen zu den im Haushalt lebenden, minderjährigen Kindern gestellt. Ein umfassendes Bild ist damit aber nicht möglich. Eine weitere Datenquelle stellt die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC; vgl. 2.3.5) dar. Bei dieser Befragung von Schulkindern werden allerdings kaum Merkmale der sozialen Lage erhoben. Des Weiteren sind schulärztliche Daten zu nennen, die jedoch sowohl zur sozialen Lage als auch zur Gesundheit nur wenige Daten erheben. Als administrative Vollerhebungen enthalten die Medizinische Statistik (MS), die Patientendaten Spital ambulant, die Todesursachenstatistik (TU) sowie die Nationale Krebsstatistik (NKS) Daten zu Kindern und Jugendlichen.

Dennoch ist festzustellen, dass die verfügbaren Daten kaum ausreichen, um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen zu zeichnen.

3.3 Menschen mit Behinderungen und besonderen Bedürfnissen

Menschen mit Behinderungen – v. a. mit geistigen und mehrfachen Behinderungen – haben besondere Bedürfnisse hinsichtlich der Gesundheitsversorgung (Chastonay et al., 2018). Das Gesundheitswesen ist insbesondere auf Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten und herausfordernden Verhaltensweisen nicht gut vorbereitet. Beispielsweise kann die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus oft nur mit Hilfe von Angehörigen oder Betreuenden gewährleistet werden.

Ein Beispiel sind Gehörlose und hörgeschädigte Menschen: Zahlen zur Anzahl Betroffener gibt es nicht. Gemäss Schätzung leben in der Schweiz rund 10 000 vollständig gehörlose Personen; 600 000 Personen sind leicht bis hochgradig schwerhörig.

Die Kommunikation zwischen ihnen und Gesundheitsfachpersonen ist ohne Gebärdensprachdolmetschende oft schwierig: Sie erhalten oft nicht genügend Informationen, sie verstehen nicht alles und können nicht genügend nachfragen. Dies führt zu Missverständnissen aber auch zu Angst und Stress bei den Betroffenen.

Bevölkerungsbefragungen und andere Erhebungen decken die gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderungen nur unzureichend ab – insbesondere auch zur Gesundheitsversorgung können keine Aussagen gemacht werden. Aus diesem Grund muss auf die wenigen existierenden Einzelstudien bzw. auf die Erfahrungen und Einschätzungen von Fachpersonen zu diesem Thema zurückgegriffen werden: Eine Masterarbeit hat beispielsweise die Sicht der Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung von gehörlosen Patientinnen und Patienten untersucht (Blanc, 2017). Das Universitätsspital Genf HUG bietet ein niederschwelliges Informations- und Unterstützungsangebot an für Menschen mit einer Hörbehinderung durch eine gehörlose Pflegefachfrau an.⁷

3.4 LBGTIQ+-Personen

Verschiedene internationale und nationale Studien zeigen, dass LBGTIQ+-Personen in bestimmten Aspekten eine schlechtere Gesundheit aufweisen und dass sie einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung haben – u. a. aufgrund von Diskriminierung im Gesundheitswesen sowie Unwissenheit seitens der Fachpersonen bezüglich LBGTIQ+-spezifische Themen (Krüger et al., 2022).

Die bestehende Bevölkerungsbefragungen und Erhebungen erfassen zwar LBGTIQ+-Personen ab, ermöglichen aber aus verschiedenen Gründen aber kein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans, intergeschlechtliche und queere Personen in der Schweiz. So können LBGTIQ+-Personen in vielen Erhebungen nicht identifiziert

werden, weil die sexuelle Orientierung und/oder die Geschlechtsidentität nicht erhoben wird. In einigen Befragungen werden diese Variablen zwar erhoben, die Fallzahlen sind jedoch meist zu klein, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Aus diesem Grund muss auf andere Daten zurückgegriffen werden. So hat die Hochschule Luzern 2021 eine Online-Befragung von rund 2000 in der Schweiz lebenden LGBT-Personen durchgeführt («LGBT Health Survey»). Zu erwähnen ist auch das LBGTIQ+ Panel (Hässler & Eisner, 2022). Es handelt sich dabei um eine Längsschnittstudie, die seit 2019 jährlich die Situation von LBGTIQ+ (lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans, intergeschlechtlichen und queeren) Personen in der Schweiz untersucht. Im Jahr 2022 haben 2500 LBGTIQ+ und 900 cis-heterosexuelle (d. h. heterosexuelle Personen, deren Geschlechtsidentität mit dem ihnen zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt) Personen die Umfrage ausgefüllt.

3.5 Sans-Papiers

Als Sans-Papiers werden Personen bezeichnet, die sich ohne Aufenthaltserlaubnis länger als einen Monat und für eine nicht absehbare Zeit in der Schweiz aufhalten (Morlok et al., 2015).

Es scheint evident, dass Sans-Papiers aufgrund ihrer Lebenssituation (prekäre Arbeitsverhältnisse, Leben in der Illegalität, finanzielle Situation) besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Zudem ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung stark erschwert, da Sans-Papiers häufig nicht krankenversichert sind und Angst vor der Weitergabe ihrer Daten an die Migrationsbehörden haben. In grösseren Städten wurden inzwischen Gesundheitsambulatorien oder Netzwerke von Ärztinnen und Ärzten aufgebaut, in denen sich Sans-Papiers kostenlos oder gegen ein geringes Entgelt untersuchen und behandeln lassen können (Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers, 2022).

Bevölkerungsbefragungen und andere Erhebungen erfassen diese Bevölkerungsgruppe aufgrund ihrer Lebenssituation nicht. Aus diesem Grund muss auf die wenigen existierenden Einzelstudien bzw. auf die Erfahrungen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten zu diesem Thema zurückgegriffen werden: Eine Studie aus dem Jahr 2020 geht von 13 600–24 900 Sans-Papiers allein im Kanton Zürich aus (Ecoplan & KEK-Beratung, 2020). Aktuell wird die Zahl der Betroffenen in der Schweiz auf 90 000–100 000 geschätzt (BAG, 2022b).

Es gibt einige wenige Schweizer Studien, die die Gesundheit von Sans-Papiers quantitativ und oder qualitativ untersuchen. Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie zeigt Probleme in der Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers auf (Jossen, 2018). Die Genfer Langzeitstudie Parchemins untersucht seit 2017, wie sich eine Aufenthaltserlaubnis auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensbedingungen von Sans-Papiers auswirkt. Erste Ergebnisse wurden bereits publiziert (Fakhoury et al. 2021; Fak-

⁷ <https://www.hug.ch/sourds-malentendants> (Zugriff am 13.09.2023)

Literaturverzeichnis

- Ambord, S., Eichenberger, Y. & Delgrande Jordan, M. (2020). Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung - Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) (Forschungsbericht Nr. 113). Lausanne: Sucht Schweiz. Lausanne: Addiction Suisse.
- BAG (2023). International Health Policy Survey (IHP) der Stiftung Commonwealth Fund. URL: [International Health Policy Survey \(IHP\) der Stiftung Commonwealth Fund \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BAG (2022a). Erläuternder Bericht zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2022b). Gesundheitsversorgung der Sans-Papiers. Bern: Bundesamt für Gesundheit. [Gesundheitsversorgung der Sans-Papiers \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BAG (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2012). Gesundheit im Gefängnis. Spectra 91. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Balik, C. H. A., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N. & Zumbrunn, A. (2020). Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen (Obsan Bericht 11/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers (2022). Zugang zur Gesundheitsversorgung (Bulletin Nr. 24). Bern: Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers.
- Blanc, A. (2017). *Prise en charge des patients sourds et malentendants locuteurs de la langue des signes : perceptions de médecins du CHUV et de la PMU. Mémoire de Maîtrise en médecine No 4377.* Lausanne : Université de Lausanne.
- BFS (2023). Nationale Krebsstatistik. URL: [Nationale Krebsstatistik | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BFS (2022a). Schweizerische Gesundheitsbefragung. URL: [www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/sgb.html](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BFS (2022b). Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC). URL: [Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen \(SILC\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BFS (2022d). Strukturhebung. URL: [Strukturhebung | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 13.09.2023)
- BFS (2022e). Themen der Zusatzmodule der SAKE. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022f). SAKE: Fragebogen 2022 – Fragebogen ohne Modul. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022g). Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). URL: [www.sake.bfs.admin.ch](#) (Zugriff am 21.11.2022)
- BFS (2022h). Projekt Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes). Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB). Factsheet. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022i). Swiss National Cohort (SNC). URL: [Swiss National Cohort \(SNC\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#) (Zugriff am 19.12.2022)
- BFS (2022j). Beschreibung des «Public use file» (PUF) zum Datensatz der Swiss National Cohort (SNC) Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2021). Sozioprofessionelle Kategorien (SPK) 2021. Operationalisierung der Variablen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020). Bericht «Programm Nationale Datenbewirtschaftung: Projekt Steuerdaten natürliche und juristische Personen». Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019a). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019b). Strukturhebung der eidgenössischen Volkszählung Stichprobenplan und -ziehung, Gewichtung, Schätzverfahren und Pooling 2010–2018. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019c). Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitälern und Geburtshäusern – Steckbrief. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016a). Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS): Steckbrief. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016b). Statistik der Todesursachen und Totgeburten (CoD): Steckbrief. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- BFS (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bilger, V., Hollomey, C., Wyssmüller, C. & Efonyi-Mäder, D. (2011). Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland. Policies – People – Practices. Vienna: International Center for Migration Policy Development.
- Braveman, P. (2022). Defining health equity. *Journal of the National Medical Association*, 114(6), 593–600.
- Chastonay, O., Blanchard, J., Cantero, O., Carmes, M., Michel, P., Singy, P., Bodenmann, P. & Mongourdin, B. (2018). Die Gehörlosen: eine vulnerable, von Gesundheitsfachleuten verkaante Population. *Swiss Medical Forum*: 38.
- CHUV (2023). CoLauS|PsyCoLauS. URL: <https://www.colaus-psycolaus.ch> (Zugriff am 02.02.2023)
- Cignacco E., Berger A., Sénac C., Wyssmüller D., Hurni A. & zu Sayn-Wittgenstein F. (2017). Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. Bern: Berner Fachhochschule.
- Cookson R, Asaria M, Ali S, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, et al. (2016). Health Equity Indicators for the English NHS: a longitudinal whole-population study at the small-area level. *Health Serv Deliv Res*, 4(26).
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., Stringhini, S. (2022). Forgoing Healthcare in Switzerland Prevalence, determinants and consequences. Report mandated by the Swiss Federal Office of Public Health 2022. Bern: FOPH.
- Dittmann, J., Dietrich, S., Stroezel, H., Drilling, M., Young, C. & Roudit, S. (2022). Ausmass, Profil und Erklärungen der Obdachlosigkeit in 8 der grössten Städte der Schweiz. SNF-Studie. LIVES Working Paper No. 93.
- Duvoisin, A., Jackson, Y. -L. J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Fakhoury, J., & Lachat, S. (2022). Confinement et conditions de vie des migrant-es sans-papiers ou récemment régularisé-es à Genève. In: Rosenstein, E. & Mimouni, S. (dir.). COVID-19: Tome II. Les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie. Zürich, Genève: SEISMO.
- Ecoplan & KEK-Beratung (2020). Sans-Papiers im Kanton Zürich. Anzahl, Profile und Situation. Zürich: Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich und Migrationsamt des Kantons Zürich.
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A. & Jackson, Y. (2022). Association Between Residence Status Regularization and Access to Healthcare for Undocumented Migrants in Switzerland: A Panel Study. *Front. Public Health* 10:832090.
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L. et al. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 21:175.
- FORS (2023). European Social Survey. URL: [European Social Survey | FORS \(forscenter.ch\)](https://european-social-survey.ch) (Zugriff am 31.07.2023)
- FORS (2022). Schweizer Haushalt-Panel. URL: <https://forscenter.ch/projekte/swiss-household-panel/?lang=de> (Zugriff am 21.11.2022)
- FORS & Unil (2023). SHARE. URL: [SHARE - SHARE Switzerland \(unil.ch\)](https://share.unil.ch) (Zugriff am 03.02.2023)
- Gay, J. et al. (2011). Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. *OECD Health Working Papers*, No. 55. OECD Publishing: Paris.
- Geisen, T., Widmer, L. (2019). Refugees and Health in Switzerland. In: Krämer, A., Fischer, F. (eds) *Refugee Migration and Health. Migration, Minorities and Modernity*, vol 4. Cham: Springer.
- Gesundheitsdienste Stadt Zürich (2022). Die Prävalenz psychisch kranker Menschen in Wohnrichtungen der Stadt Zürich für Erwachsene. Daten und Analyse der WOPP-Studie. Ergebnisse 2021 und Vergleich mit 2013. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich.
- GFCH (2022). Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2020/21 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich» (Faktenblatt 69). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gruer, Laurence (2019). Scottish Ethnicity and Health Linkage Study (SHELS) [Konferenzbeitrag]. Tagung zur Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung: Bern.
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglings, D., Bischof, S., Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schlussbericht. Forschungsmandat im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Bern: BASS.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S., Müller, C. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Bundesamts für Migration. Bern: BASS.
- Hagose, M. (2022). Occupational health among undocumented and newly documented migrants in Geneva. Genève: Université de Genève. Mémoire de Master en Études de développement.
- Hässler, T. & Eisner, L. (2022). Schweizer LGBTIQ+ Panel – 2022 Abschlussbericht. <https://doi.org/10.31234/osf.io/b9d58>.

- HBSC (2022). Die HBSC-Studie in der Schweiz. URL: [Die HBSC-Studie in der Schweiz - hbsc.ch](https://www.hbsc.ch) (Zugriff am 21.11.2022)
- Herter-Aeberli, I. (2018). BMI, waist circumference and body fat measurements as well as NCD risk factors in 6 to 12 year old children in Switzerland. Final report for the attention of the Federal Office of Public Health (BAG). BAG Dossier Nr: 17.006758/204.0001/-1600. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Höglinger, M., Seiler, S., Ehrler, F., Maurer, J. (2019). Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz. Eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Lausanne und Winterthur: ZHAW und FORS.
- HUG (2023). Bus Santé. URL: www.hug.ch/medecine-premier-recours/bus-sante (Zugriff am 02.02.2023)
- Jossen, Marianne (2018). Undocumented Migrants and Healthcare: Eight Stories from Switzerland. Cambridge: Open Book Publishers.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2022). Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- KSUV (2023). Unfallstatistik UVG 2022. Luzern: Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung UVG.
- Lachat, S. (2020). How vulnerable migrants in Geneva cope (or don't cope) with the current COVID-19 crisis. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., & Kroll, L.E. (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lampert T., Kroll L.E., Müters S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell» (GEDA). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(1):131–143.
- Lewer D., Jayatunga W., Aldridge R.W., Edge C., Marmot M., Story A., Hayward A. (2020). Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*, 5(1).
- Mackenbach J.P., Valverde J.R., Bopp M., Brønnum-Hansen H., Deboosere P., Kalediene R., Kovács K., Leinsalu M., Martikainen P., Menvielle G., Regidor E., Nusselder W.J. (2019). Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health*.
- Marmot, M. (2010). Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). The Marmot Review.
- Marti, Joachim (2019). Informative indicators on healthcare equity in Switzerland [Konferenzbeitrag]. Tagung zur Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung: Bern.
- Merçay, C. Fasel, N. & Taczanowski, M. (2023). Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Erkenntnisse aus dem International Health Policy Survey 2020. (Obsan Bericht 08/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Mielck, A. & Wild, V. (2022). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – von Daten zu Taten. *GGW Jg. 22, Heft 1 (Januar)*, 7–15.
- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Morlok, M., Meier, H., Oswald, A., Efonyai-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D., & Wanner, P. (2016). *Sans-Papiers in der Schweiz 2015*. Bern: Staatssekretariats für Migration (SEM).
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., Gianola, G. (2018). Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2020). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 12/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pellegrini, S. (2018). Données des patients de l'hôpital ambulatoire (Statistique PSA). Concept d'analyse. Nicht veröffentlichter Bericht im Auftrag des BAG. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Probst-Hensch N., Bochud M., Chiolerio A., Crivelli L., Dratva J., Flahault A., Frey D., Kuenzli N., Puhon M., Suggs L.S. and Wirth C. (2022). Swiss Cohort & Biobank – The White Paper. *Public Health Rev* 43:1605660.

- Pulford, A. & Renwick, L. (2019). Development of health and social care inequalities indicators for Scotland: Indicator specifications. Glasgow: NHS Health Scotland.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- ScalarMed (2022). Der Schulärztliche Dienst. URL: [Schulärztlicher Dienst \(scalarmed.ch\)](https://www.scalarmed.ch) (Zugriff am 13.09.2023)
- SASIS (2022). Datenpool (DP). URL: <https://www.sasis.ch/de/Angebot/Produkt/ProductDetail?topMenuId=472> (Zugriff am 13.09.2023)
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C., Hahn, S. (2015). Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS). Bern: Berner Fachhochschule.
- Spycher, J., Morisod, K., Egli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH
- Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. (2021). Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St.Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich. Arbeitspapier 58. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Swiss TPH (2023). Die SALPALDIA-Kohorte. URL: [SAPALDIA_de \(swisstph.ch\)](https://www.swisstph.ch) (Zugriff am 13.09.2023)
- Tillmann, Robin, Voorpostel, Marieke, Antal, Erika, Dasoki, Nora, Klaas, Hannah, Kuhn, Ursina, Lebert, Florence, Monsch, Gian-Andrea and Ryser, Valérie-Anne (2022). The Swiss Household Panel (SHP). Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Vol. 242, no. 3. S. 403–420. <https://doi.org/10.1515/jbnst-2021-0039> (Zugriff am 13.09.2023)
- Voorpostel, M., Tillmann, R., Lebert, F., Kuhn, U., Lipps, O., Ryser, V.-A., Antal, E., Monsch, G.-A., Dasoki, N., Klaas, H.S. & Wernli, B. (2022). Swiss Household Panel Userguide (1999-2020), Wave 22. Lausanne: FORS.
- Wang, J., Häusermann, M., Vounatsou, P., Aggleton, P., & Weiss, M. G. (2007). Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Preventive Medicine, 44(1), 70–75.
- Wang, J., Häusermann, M., Wydler, H., Mohler-Kuo, M., & Weiss, M. G. (2012). Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. Journal of Psychiatric Research, 46(8), 980–986.
- Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.

Anhang

A.1 Sozioprofessionelle Kategorien

Die sozioprofessionellen Kategorien (SPK) erfassen die soziale Stellung einer Person anhand des ausgeübten Berufs, der beruflichen Stellung und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung (BFS, 2021).

- Oberstes Management
- Freie und gleichgestellte Berufe
- Andere Selbstständige
- Akademische Berufe und oberes Kader
- Intermediäre Berufe
- Qualifizierte nichtmanuelle Berufe
- Qualifizierte manuelle Berufe
- Ungelernte Angestellte und Arbeiter/innen
- Lernende in dualer beruflicher Grundbildung
- Nicht zuteilbare Erwerbstätige (fehlende Daten)
- Erwerbslose
- Nichterwerbspersonen in Aus-/Weiterbildung
- Nichterwerbspersonen im Ruhestand
- Invalide Nichterwerbspersonen
- Nichterwerbstätige Hausfrauen/-männer
- Andere Nichterwerbspersonen
- Personen unter 15 Jahren

A.2 Berufliche Stellung/ Berufshauptgruppen CH-ISCO-19

- Führungskräfte
- Intellektuelle und wissenschaftliche Berufe
- Techniker/innen und gleichrangige nichttechnische Berufe
- Bürokräfte und verwandte Berufe
- Dienstleistungsberufe und Verkäufer/innen
- Fachkräfte in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei
- Handwerks- und verwandte Berufe
- Bediener/innen von Anlagen und Maschinen und Montageberufe
- Hilfsarbeitskräfte
- Keine Angabe/Weiss nicht

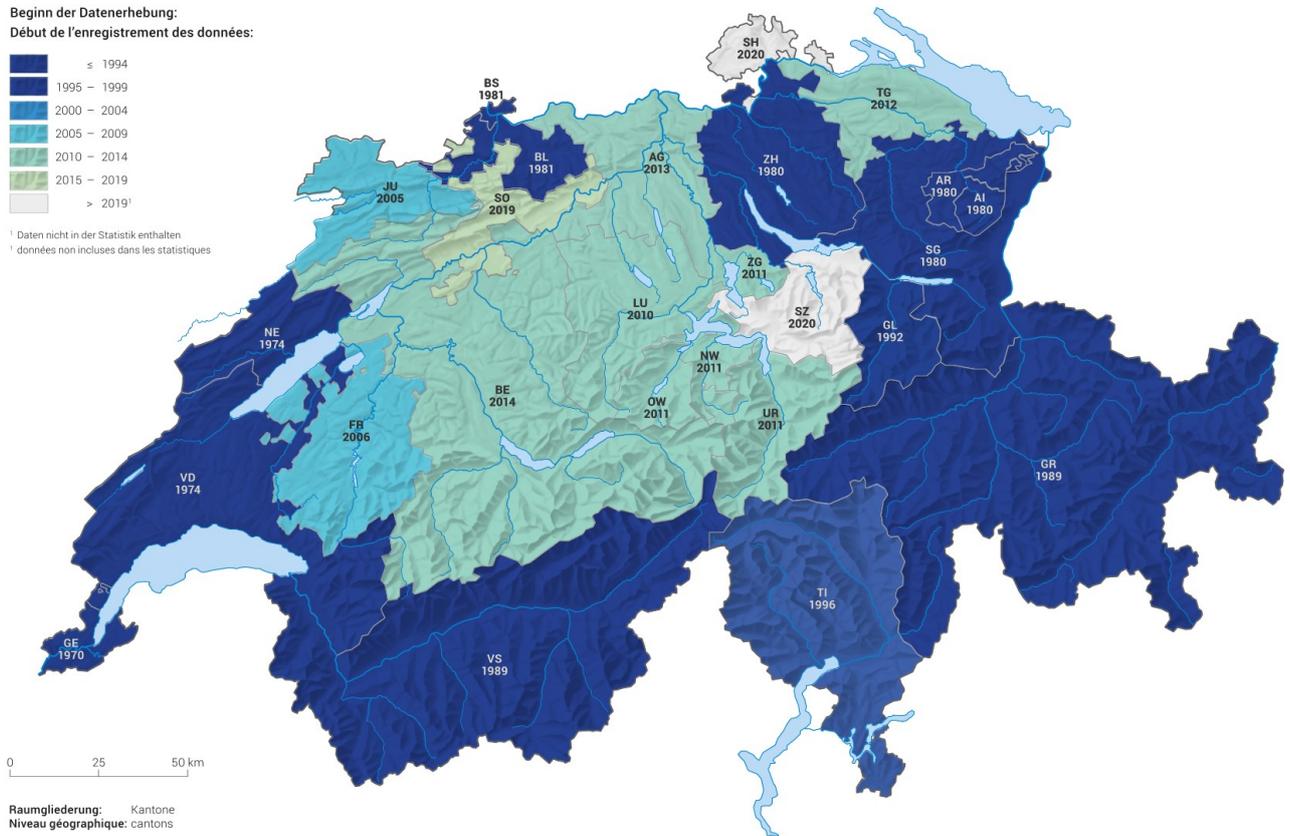
A.3 Wirtschaftsbranche des Unternehmens nach NOGA

Aggregierte Kategorien (ursprünglich 22 Kategorie):

- Land- und forstwirtschaftliche Berufe, Berufe der Tierzucht
- Produktionsberufe in der Industrie und im Gewerbe (ohne Bau)
- Technische Berufe sowie Informatikberufe
- Berufe des Bau- und Ausbaugewerbes und des Bergbaus
- Handels- und Verkehrsberufe
- Berufe des Gastgewerbes und Berufe zur Erbringung persönlicher Dienstleistungen
- Berufe des Managements und der Administration, des Bank- und Versicherungsgewerbes und des Rechtswesens
- Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe, Wissenschaftler
- Nicht klassierbare Angaben

A.4 Kantonale Krebsregister: Beginn der Datenerhebung

Kantonale Krebsregister: Beginn der Datenerhebung



Quelle: BFS, 2023

© Obsan 2023



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.