



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



Gesundheit in der Schweiz Nationaler Gesundheitsbericht 2008

Kurzfassung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008.
Kurzfassung

Sprachen/PDF:

Erscheint in deutscher, französischer, italienischer und englischer Sprache.

Auch als PDF im Internet abrufbar: www.obsan.ch → Publikationen

Weitere Informationen:

www.obsan.ch → Monitoring und Daten → Gesundheitsberichte

→ Nationaler Gesundheitsbericht

Redaktion: Dr. Patrick Imhasly, Bern

Illustrationen: Bossard Grafik, Biberist

Grafik/Layout: BFS

Bestellung:

Bundesamt für Statistik

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis: gratis

Bestellnummer: 1005-0800

ISBN 978-3-907872-58-1

Herausgeber:

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Projektleitung:

PD Dr. Katharina Meyer

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2010 Neuchâtel

Produktionsbegleitung:

advocacy AG, Basel/Zürich

© 2008, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Teil I: Gesundheitsdeterminanten	6
Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten	6
Teil II: Ein gesundes Leben	8
Lebensanfang und Kindheit	8
Jugend und Adoleszenz	9
Gesundheit alleinerziehender Eltern	10
Migration und Gesundheit	11
Ältere Erwerbstätige	12
Gesundes Alter	13
Teil III: Beeinträchtigung der Gesundheit	14
Herz-Kreislauf-Krankheiten – Koronare Herzkrankheit und Hirnschlag	14
Krebserkrankungen	15
Neue infektiöse Bedrohungen	16
Psychische Gesundheitsprobleme	17
Unfälle und ihre gesellschaftlichen Folgen	18
Teil IV: Grundlegende Gesundheitsdeterminanten	19
Bildung als Gesundheitsressource	19
Umwelt als Gesundheitsressource	20
Teil V: Das Versorgungssystem	21
Ressourcen und Beanspruchung medizinischer Leistungen	21
Die wichtigsten Herausforderungen in der Versorgung	23
Teil VI: Schlussbetrachtungen	24
Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik	24

Vorwort

Die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung entwickelt sich stetig. Die Lebenserwartung steigt, manche Krankheiten treten weniger häufig auf, andere vermehrt. Für die Politik und andere Akteure im Gesundheitswesen ist es daher notwendig, sich von Zeit zu Zeit einen Überblick über diese Entwicklung zu verschaffen und ihre Ursachen zu ergründen. Zu diesem Zweck haben Bund und Kantone dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium den Auftrag erteilt, einen nationalen Gesundheitsbericht zu verfassen. Damit soll eine Basis gelegt werden, um Verbesserungen in der Prävention und Gesundheitsversorgung vorzuschlagen, um Errungenschaften langfristig zu sichern, aber auch um neue Herausforderungen angehen zu können.

In der Gesundheitsdiskussion der letzten Jahre ist man häufig davon ausgegangen, dass viele der neuen chronischen Erkrankungen in erster Linie durch individuelles Verhalten ausgelöst werden. Ganz nach der Vorstellung: Wer schlecht isst oder sich zu wenig bewegt, wird krank und ist letztlich selbst dafür verantwortlich. Die Forschung zeigt jedoch immer deutlicher, dass der Gesundheitszustand des Einzelnen auch von äusseren Einflüssen bestimmt wird. Dazu zählen sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen, bzw. soziokulturelle Determinanten wie Geschlecht, ethnische Herkunft oder gesellschaftlicher Status. Wie gesund eine Gesellschaft ist, hängt also sowohl von individuellen als auch von gesellschaftlichen Bedingungen ab.

Zusammenhänge erkennen

Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz» beschreibt erstmals die Gesundheit der Bevölkerung im Lichte dieser sozialen Gesundheitsdeterminanten. Die Schweiz ist damit nach Schweden und Finnland eines der ersten Länder in Europa, das dieses neue Konzept aufgreift. Mit diesem Vorgehen verbunden ist die Überzeugung, dass Gesundheitspolitik mehr leisten muss, als die Versorgung von erkrankten Menschen sicherzustellen. Sie sollte auch dazu beitragen, die sozialen Bedingungen so zu gestalten, dass möglichst vielen Menschen der Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems ermöglicht wird. Dabei gilt es auch, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Ein solcher Ansatz bringt aber mit sich, dass ein Gesundheitsbericht wie der vorliegende nicht einfach Daten sammelt, die den Gesundheitszustand einer Gesellschaft darstellen. Vielmehr muss er aufzeigen, wie Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen verteilt sind – für Männer und Frauen getrennt und betrachtet über die ganze Lebensspanne von der Kindheit bis ins hohe Alter. Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz» versucht dies, indem er den Einfluss von Determinanten wie Status, Bildung, soziale Ressourcen, aber auch des familiären und sozialen Umfelds auf die Gesundheit herausarbeitet. Er verweist damit auf Zusammenhänge, welche es allen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglichen sollen, Ansätze für künftige Verbesserungen im Gesundheitswesen zu entwickeln.

Im folgenden werden die Kapitel des Schweizerischen Gesundheitsberichts kurz zusammengefasst. Weitere, detailliertere Informationen finden sich im Buch «Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008» oder auf der Website www.obsan.ch.

Teil I: Gesundheitsdeterminanten

Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten

Zwei Entwicklungen haben die Lebenserwartung und den Lebensstandard der Schweizer Bevölkerung in der Vergangenheit wesentlich geprägt: Zum einen hat die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert dazu geführt, dass die Lebenserwartung stark gestiegen ist. Zum anderen ist es im Verlauf des 20. Jahrhunderts gelungen, den Menschen einen breiten Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen. Beides sind letztlich Errungenschaften der Gesellschaft. Sie machen deutlich, dass neben den Erfolgen in der Medizin auch gesellschaftliche Fortschritte stark zu einer guten Gesundheit beitragen.

Gesellschaftliche Einflüsse, die sich auf die Gesundheit auswirken, werden als soziale Determinanten bezeichnet. Dazu gehören sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebensstile, aber auch individuelle Voraussetzungen wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft, die je nach soziokulturellem Umfeld unterschiedlich stark zum Tragen kommen. Die sozialen Bedingungen, unter denen die Menschen leben und arbeiten, sind nicht nur mitverantwortlich für die Gesundheit des einzelnen, sondern auch für den Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen.

Bildung, Einkommen, Arbeit, Umwelt

Eine der wichtigsten sozioökonomischen Determinanten ist die Bildung. Sie hat eine starke Vorhersagekraft für die Gesundheit. Menschen mit einer geringeren Schulbildung leben weniger lange und verbringen mehr Jahre ihres Lebens in Krankheit als jene, die höher gebildet sind. Auch der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit ist inzwischen eindeutig belegt. Menschen mit geringerem Einkommen haben eine ungünstigere Gesundheits- und Lebenserwartung als solche mit höherem Einkommen; ausserdem ist bei ihnen das Erkrankungsrisiko für viele Leiden um ein Vielfaches erhöht. Es erstaunt daher auch nicht, dass die Schweiz als eines der reichsten Länder und mit einem gut ausgebauten Bildungssystem auch eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit aufweist.

Die Erwerbstätigkeit spielt in allen Gesellschaftsschichten eine grosse Rolle. Die Qualität der Arbeitsstelle, die Position im Beruf sowie die damit verbundene Stellung in der Gesellschaft haben bei Menschen aller Einkommensgruppen einen bedeutenden Einfluss auf ihre gesundheitlichen Risiken. Probleme entstehen auch dann, wenn die Möglichkeit zu arbeiten fehlt: mit jeder längeren Erwerbslosigkeit nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass ein Mensch krank wird.

Genauso prägt die physische Umwelt unsere Gesundheit: Luftverschmutzung, Strassenverkehr, unsauberes Wasser oder verunreinigte Lebensmittel. Solche Einflussfaktoren sind angesichts der zunehmenden Verstädterung und Umweltbelastung in den letzten Jahrzehnten wichtiger geworden. Und es ist bezeichnend, dass insbesondere Menschen mit niedrigerem Einkommen zum Beispiel in Stadtteilen mit höherer Umweltbelastung leben.

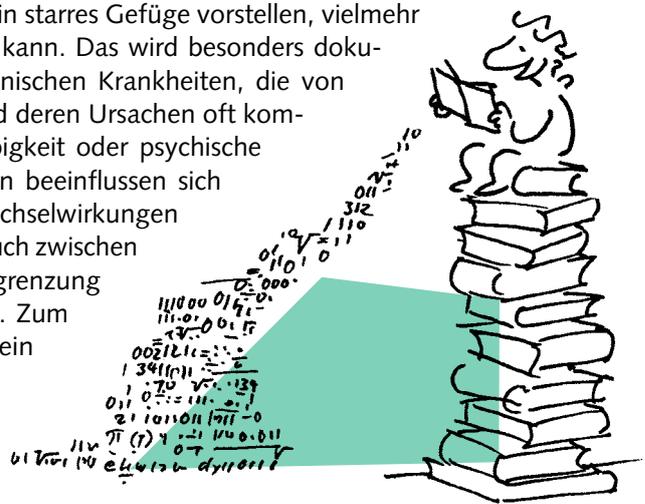
Unterstützende Gesundheitsressourcen

Die Gesundheitsforschung beschäftigt sich aber nicht nur mit jenen Determinanten, die krank machen. Ebenso versucht sie zu verstehen, welche Einflüsse den Menschen gesund erhalten. Diese so genannten salutogenen Faktoren werden bestimmt vom Verhalten und den Eigenschaften des Einzelnen wie von seinem Lebensumfeld. Zu den individuellen Ressourcen gehören Eigenschaften wie Autonomie und Selbstwertgefühl, aber auch Einstellungen, Wissen, Kompetenzen und soziales Engagement.

Solche persönlichen Fähigkeiten werden bereits früh in der kindlichen Entwicklung angelegt. Deshalb ist sehr wichtig, dass Kinder in einem intakten sozialen Umfeld aufwachsen können, zu dem neben der Familie auch Freunde und Vertraute gehören. Teil der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen sind auch die materiellen Möglichkeiten. In einer Familie haben sie starken Einfluss auf den schulischen Erfolg eines Kindes und damit seine Gesundheits- und Zukunftschancen.

Vernetzte Determinanten

Soziale Determinanten darf man sich nicht als ein starres Gefüge vorstellen, vielmehr bilden sie ein Muster, das sich laufend verändern kann. Das wird besonders dokumentiert durch die derzeitige Zunahme von chronischen Krankheiten, die von den modernen Lebensumständen geprägt sind und deren Ursachen oft komplexer Natur sind: zum Beispiel Diabetes, Fettleibigkeit oder psychische Erkrankungen. Einzelne Gesundheitsdeterminanten beeinflussen sich auch gegenseitig. Auf diese Weise entstehen Wechselwirkungen zwischen gesundheitsschädigenden Faktoren wie auch zwischen gesundheitsfördernden Umständen. Eine klare Abgrenzung der Determinanten ist dabei nicht immer möglich. Zum Beispiel sind ein niedriger Bildungsstand und ein geringes Einkommen oft eng miteinander verknüpft. Das zeigt aber auch, dass sich die Gesundheitsdeterminanten besonders im Alltag der sozial benachteiligten Menschen bündeln und negativ verstärken können.



Das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit hat in den vergangenen Jahren immer deutlicher Gestalt angenommen. Und doch bleiben grosse Herausforderungen zu bewältigen. So muss noch besser erforscht werden, auf welche Weise die Determinanten mit Krankheit und Gesundheit interagieren. Dazu gehört insbesondere ein tieferes Verständnis der schützenden Faktoren – gerade in der frühkindlichen Entwicklung und im psychosozialen Bereich.

Den Wissenslücken zum Trotz: die Forschungsergebnisse sind heute schon eindeutig genug, um künftig sowohl die *Verhältnis*-Prävention als auch die *Verhaltens*-Prävention zu berücksichtigen und aufeinander abzustimmen. Das bedeutet: Wenn man den Gesundheitszustand des Einzelnen verbessern will, sollte man auch seine Lebens- und Arbeitsbedingungen einbeziehen. Die Erforschung von sozialen Determinanten hat aber auch klar gezeigt, dass gute Gesundheit die ganze Gesellschaft angeht. Sie zu erreichen, ist die Aufgabe aller Politikbereiche und Handlungsträger in einer Gesellschaft. Damit einher geht ein neues, breiteres Verständnis von Gesundheitspolitik.

Teil II: Ein gesundes Leben

Lebensanfang und Kindheit

In der medizinischen Versorgung und Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern sind in der Schweiz markante Fortschritte erzielt worden. Die Folge davon ist ein deutlicher Rückgang der Säuglings- und Kleinkindmortalität seit den 1970er-Jahren. Heute kommen auf 1000 Lebendgeborene nur noch 4 bis 5 Todesfälle. Und im internationalen Vergleich ist der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder in der Schweiz gut.

Und doch gibt es Problembereiche. So hat sich die Zahl der übergewichtigen Kinder in den vergangenen 20 Jahren mehr als verdreifacht und diejenige der fettleibigen beinahe versechsfacht. Ein bedeutendes Gesundheitsrisiko stellt die Gewalt an Kindern dar. Laut Schätzungen wird jedes fünfte Mädchen und jeder zehnte Junge vor dem 18. Lebensjahr Opfer sexueller Gewalt. Auch chronische Erkrankungen häufen sich. Wie in anderen europäischen Ländern tritt auch in der Schweiz die Karies wieder vermehrt auf – im Milchgebiss wie auch bei den bleibenden Zähnen. Asthma, Ekzeme, Schnupfen und Augenbrennen wegen Allergien nehmen vor allem bei Kindern im frühen Schulalter weltweit deutlich zu. Und trotz verbesserter Überlebenschancen stellen Krebserkrankungen nach wie vor eine der häufigsten Todesursachen bei Kindern dar.

Studien zeigen, dass die Basis eines gesunden Lebensstils und der späteren Gesundheit im Jugend- und Erwachsenenalter bereits in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit gelegt wird. Eine wichtige gesundheitsfördernde Wirkung hat das Stillen. Kindliche Gesundheitsprobleme, Übergewicht und Bewegungsmangel können später zu chronischen Gesundheitsbeschwerden führen.

Frühkindliche Risiken

In den letzten Jahrzehnten haben die Gesundheitsrisiken von Kindern zugenommen. Die Familie bildet den wichtigsten Rahmen der Entwicklung von Kindern. Die Tendenz zur Kleinfamilie, der steigende Anteil allein erziehender Eltern sowie hohe Scheidungsraten haben entscheidenden Einfluss auf den Alltag der Kinder. Gesundheitliche Folgen ergeben sich daraus insofern, als dass der fördernde und schützende Einfluss stabiler Eltern-, Kind- und Geschwisterbeziehungen gestört wird. Seit 1991 hat sich in der Schweiz der Bedarf an externer Kinderbetreuung vervierfacht. Doch nach wie vor besteht ein Mangel an adäquaten Angeboten, die für Eltern mit geringem Einkommen bezahlbar sind. Dabei fördert eine frühe Einbindung in ausserfamiliäre, kindergerechte Betreuungsformen Kinder in ihrer sozialen, intellektuellen, körperlichen und kreativen Entwicklung.



Familiäre Armut führt zu materiellen, physischen und psychischen Einschränkungen. In der Schweiz sind 31 Prozent aller Sozialhilfeempfänger jünger als 18 Jahre. Und Kinder unter 6 Jahren haben – bezogen auf alle Altersgruppen – das höchste Risiko, von Sozialhilfe abhängig zu werden. Die meisten Kinder in einer solchen Situation stammen aus Haushalten mit allein erziehenden Müttern, ein Fünftel aus Grossfamilien mit drei oder mehr Kindern.

Die Voraussetzungen, auf diese Herausforderungen reagieren zu können, sind gegeben: Das Schweizer Gesundheitssystem bietet Kindern und Kleinkindern ein gut ausgebautes medizinisches Netz. Dieses reicht von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, über Screening-Tests auf Erkrankungen bei Neugeborenen bis zu wirksamen Schutzimpfungen. Schulärztliche Dienste ergänzen die Überwachung des Gesundheitsstatus und die Früherkennung. Daneben setzen verschiedene Programme direkt im Alltag von Kindern an: So koordiniert und finanziert das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Projekte im Bereich Kinderschutz, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelte das nationale Programm «Ernährung, Bewegung und Gesundheit» und zahlreiche Kantone sowie Gesundheitsförderung Schweiz fokussieren mit dem Programm «Gesundes Körpergewicht» auf Kinder und Jugendliche.

Jugend und Adoleszenz

Die Mehrheit der jungen Schweizerinnen und Schweizer im Alter von 10 bis 24 Jahren ist gesund. Dennoch leiden 10 bis 30 Prozent der jungen Menschen unter körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen. In den letzten Jahrzehnten sind hier zum Teil beunruhigende Tendenzen zu beobachten:

- Die Zahl junger Menschen, die an einer *chronischen Erkrankung oder einer Behinderung* leiden, steigt an. Das hat unter anderem damit zu tun, dass Kinder, die früher an Krebs oder degenerativen Krankheiten gestorben wären, heute am Leben bleiben.
- Wie in den Nachbarländern ist auch unter Jugendlichen in der Schweiz eine geradezu epidemieartige Zunahme von *Übergewicht und Fettleibigkeit* zu beobachten: Sie essen zu viel Fett und zu wenig Obst und Gemüse, sie bewegen sich immer seltener zu Fuss fort und treiben immer weniger Sport.
- Seit 20 bis 30 Jahren nimmt der Konsum von legalen *Drogen* wie Alkohol und illegalen Drogen wie Cannabis stetig zu. In keinem andern Land ist der Konsum von Cannabis unter Jugendlichen so verbreitet wie in der Schweiz.
- Die *Suizidrate* unter Jugendlichen ist im Vergleich zu den Nachbarländern relativ hoch. Bei jungen Männern beträgt sie 20 auf 100'000 Einwohner, in den Nachbarländern Frankreich und Deutschland nur die Hälfte.
- Schliesslich steigt auch die Anzahl der *Gewaltopfer*: In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen werden zwei Drittel aller Todesfälle bei jungen Mädchen und drei Viertel aller Todesfälle bei jungen Männern durch die Einwirkung von Gewalt verursacht. Im Durchschnitt sind das 26 auf 100'000 Jugendliche.

Ungleich verteilte Chancen

Die Gesundheit der jungen Menschen unterliegt vielen störenden oder fördernden Einflussfaktoren, von denen nicht alle gleich betroffen sind. So leiden Mädchen und junge Frauen häufiger unter psychischen Problemen oder Essstörungen. Ungewisse Zukunftsperspektiven schlagen sich vor allem auf die Gesundheit jener jungen Menschen negativ nieder, die aus einem benachteiligten sozioökonomischen Umfeld stammen oder schulische Schwierigkeiten haben. Besonders Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in manchen Bereichen mit erhöhten Gesundheitsrisiken konfrontiert.

Die Kantone, die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und das BAG unterstützen eine Vielfalt von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen. Trotzdem sollten sich die Einrichtungen des Gesundheitswesens vermehrt auf die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen einstellen. Es fehlt an der Möglichkeit, medizinisch-therapeutische Kontakte zu Jugendlichen für Aufklärungs- und Präventionsmassnahmen zu nutzen.

Aber auch Schulen könnten vermehrt konkrete Verhaltensregeln aufstellen, die auf die Verbesserung des gesamten Schulklimas abzielen. Dies würde sich nicht nur auf die schulischen Leistungen positiv auswirken, sondern auch auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Da der Zugang zu Bildung und Ausbildung einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat, braucht es vor allem für jene jungen Menschen besondere Anstrengungen, die schulische Schwierigkeiten haben.

Gesundheit alleinerziehender Eltern

Familien mit nur einem Elternteil bilden in der Schweiz die Ausnahme. Der Anteil der Haushalte der Alleinerziehenden an den Familienhaushalten beträgt 8,4 Prozent und an allen Haushalten 5,1 Prozent. Bei fast 90 Prozent der Einelternfamilien sind es Mütter, die alleinerziehend sind. Die folgenden Feststellungen beziehen sich in erster Linie auf Mütter, die ihre Kinder allein aufziehen, da es zur Situation alleinerziehender Väter kaum Informationen gibt.

Alleinerziehende Elternteile sind doppelt gefordert: Sie sind zumindest mitverantwortlich für die wirtschaftliche Versorgung der Familie, gleichzeitig müssen sie sich um die Erziehung der Kinder kümmern. Bisher hat sich die Forschung vor allem mit der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Familien mit nur einem Elternteil beschäftigt. Haushalte von Alleinerziehenden gehören nämlich zu jenen mit den niedrigsten Einkommen; ein Drittel der Haushaltsgelder stammt aus Leistungen der Sozialversicherungen und rund 10 Prozent der Elternteile sind «Working Poor» – also trotz Arbeit kaum in der Lage, für sich selbst aufzukommen. Welche Auswirkungen indessen die Situation des Alleinerziehens auf die Gesundheit der Betroffenen hat, ist erst wenig untersucht worden.

Geringes psychisches Wohlbefinden

Es gibt aber eine Reihe von Belegen, dass es Alleinerziehenden Müttern gesundheitlich schlechter geht als Müttern in Elternpaaren. So zeigen Befragungen, dass die Gesundheit alleinerziehender Mütter generell schlechter ist als jene von Müttern, die mit dem Vater ihrer Kinder in einer Partnerschaft leben. Das gilt insbesondere für das psychische Wohlbefinden der betroffenen Frauen. Sie klagen häufiger als verheiratete Mütter in Partnerschaften, aber auch als alleinstehende Frauen ohne Kinder, über einen Mangel an seelischem Gleichgewicht. Frauen in Paarbeziehungen – ob mit oder ohne Kinder – verfügen über eine züversichtlichere Grundhaltung dem Leben gegenüber.

Alleinerziehende Mütter rauchen häufiger als Frauen in Elternpaaren und sie treiben seltener Sport. Abgesehen davon legen diese Frauen aber keine besonderen Verhaltensweisen an den Tag, die ihre Gesundheit oder jene der Kinder beeinträchtigen würden. Alleinerziehende Frauen nehmen das Gesundheitssystem in der Regel weniger in Anspruch als andere Frauen. Wenn sie aber eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, dann ist die Anzahl der Konsultationen höher.

Häufig sind alleinerziehende Mütter nicht erwerbstätig. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme und chronische Beschwerden. Dieser Befund lässt sich auf zwei Arten erklären: entweder als Familienphänomen, bei dem die Gesundheit alleinstehender Frauen schlechter ist und dadurch ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verringert sind, oder aber als Schichtphänomen, d.h. der Gesundheitszustand dieser Frauen ist eine Folge der Erwerbslosigkeit, die einen hohen psychosozialen Druck ausübt.

Initiativen, welche die Gesundheit alleinerziehender Eltern spezifisch zu fördern versuchen, sind wenig verbreitet. Allerdings bemühen sich verschiedene nationale und kantonale Initiativen, den Zugang alleinerziehender Mütter zum Arbeitsmarkt zu verbessern und die Armut in Einelternfamilien zu bekämpfen.

Migration und Gesundheit

Rund ein Drittel der Schweizer Bevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund. Das heisst, sie sind in unser Land eingewandert, oder sie sind hier geboren, haben aber mindestens einen zugezogenen Elternteil. Obwohl ein grosser Teil der Migrantinnen und Migranten gut integriert ist und sich bezüglich Gesundheit kaum von den Schweizer Bürgerinnen und Bürgern unterscheidet, haben Studien gezeigt, dass Migrantinnen und Migranten spezifischen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

So weisen insbesondere Säuglinge afrikanischer, sri lankischer oder türkischer Nationalität, sowie jene aus Ex-Jugoslawien im Vergleich zu Schweizer Kindern eine höhere Geburtssterblichkeit auf. Mütter aus Afrika und Sri Lanka gebären am häufigsten Kinder mit geringem Geburtsgewicht, ausserdem ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit einer Totgeburt besonders hoch. In Befragungen beurteilen zudem Menschen aus der Türkei ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht. Entsprechend oft suchen sie einen Arzt auf und konsumieren Schmerz- oder Beruhigungsmittel.

Geringer Sozialstatus als Gesundheitsrisiko

Generell leben vor allem jene Migranten-Gruppen in gesundheitlichen belasteten Situationen, die in den letzten zwanzig Jahren auf der Suche nach Arbeit oder Asyl in die Schweiz gekommen sind: Personen aus Südosteuropa, Portugal, Afrika, Asien und Lateinamerika. Typisch für diese Zuwanderer ist ihr relativ tiefer sozioökonomischer Status. Sie haben eine eher geringe Bildung, arbeiten in Branchen, die stark von der Konjunktur abhängig sind und verdienen am wenigsten.

Die damit verbundenen Lebensbedingungen stellen eine wichtige Determinante für ihren Gesundheitszustand dar. Migration an sich ist nicht unbedingt ein Risiko für die Gesundheit. Indessen ist aus vielen Aufnahmeländern wissenschaftlich belegt, dass Migrantinnen und Migranten gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, zu erkranken oder frühzeitig zu sterben, wenn sie sozioökonomisch benachteiligt sind.

Gesundheitliche Benachteiligungen der Migrationsbevölkerung ergeben sich zum Teil auch aus sprachlich bedingten Kommunikationsschwierigkeiten oder Diskriminierungen durch die einheimische Bevölkerung. Hinzu kommen manchmal belastende sozial- oder arbeitsrechtliche Beschränkungen, die im Aufenthaltsstatus begründet sind. Oft bestehen auch Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung oder zur Prävention, zum Beispiel wegen sprachlicher oder kultureller Barrieren, oder weil sich die Migrantinnen und Migranten schämen, entsprechende Dienste in Anspruch zu nehmen.

Diese Problematik wurde von den Behörden erkannt. So unterstützt die vom Bund im Jahr 2001 lancierte Strategie «Migration & Gesundheit» zahlreiche Ansätze in der Gesundheitsförderung und -versorgung von Migrantinnen und Migranten, sowie in der Bildung und Forschung. Auch einzelne Kantone haben die Initiative ergriffen. Genf zum Beispiel nimmt eine Vorreiterrolle bei der Präventionsarbeit und der Erforschung von gesundheitlichen Ungleichheiten ein. Darüber hinaus gilt es aber auch zu berücksichtigen, dass in der Schweiz die Zahl der gut bis hoch gebildeten Ausländerinnen und Ausländer stetig zunimmt. Über die spezifischen psychosozialen Belastungen und deren Einfluss auf die Gesundheit dieser Migrantinnen und Migranten ist bislang wenig bekannt.

Ältere Erwerbstätige

In der Schweiz kommen die geburtenstarken Jahrgänge zunehmend ins Alter: In der Folge nimmt der Anteil der über 50-jährigen Menschen an der Erwerbsbevölkerung ständig zu. In der Schweiz werden diese als «älteren Erwerbstätige» bezeichnet. Von 1996 bis 2007 ist ihr Anteil von 25 auf 28 Prozent gestiegen; die Prognosen besagen, dass bis ins Jahr 2020 ein Drittel der Erwerbstätigen mindestens 50 Jahre alt sein wird.

Ältere Menschen erarbeiten damit einen wachsenden Anteil des Bruttosozialprodukts in unserem Land. Ihre Gesundheit als Basis der Arbeitsfähigkeit gewinnt also auch aus ökonomischen Gründen an Bedeutung. Dieser Trend könnte sich noch verstärken, zumal in der Schweiz darüber diskutiert wird, die Lebensarbeitszeit auszudehnen. Die Herausforderung der Zukunft besteht also darin, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der erwerbstätigen Menschen früh genug zu stärken und möglichst gut zu erhalten.

Derzeit gibt gut ein Fünftel der älteren Erwerbstätigen bei Befragungen an, ihre Arbeit sei körperlich anstrengend. Noch häufiger erklären sie, ihre Erwerbstätigkeit strenge sie nervlich an. Ersteres gilt vor allem für Menschen, die beruflich wenig qualifiziert sind, Führungskräfte hingegen klagen eher über hohe psychosoziale Belastungen wie Stress, Schlafstörungen oder Erschöpfung. Bemerkenswert ist, dass das Risiko einer gesundheitlich bedingten Absenz von der Arbeit mit dem Alter nicht zunimmt. Werden ältere Arbeitnehmer aber doch einmal krank, bleiben sie häufig länger von der Arbeit fern.

Hohe psychosoziale Anforderungen

Parallel zur demografisch bedingten Alterung der Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten ein markanter wirtschaftlicher Strukturwandel vollzogen, hin zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Körperliche Belastungen sind seltener geworden, dafür sind die psychischen und psychosozialen Anforderungen, die die Arbeit an die Menschen stellt, gestiegen. Typisch für moderne Arbeitsplätze ist, dass häufige Neuerungen zu bewältigen sind; dass hohe Anforderungen an die Konzentration gestellt werden oder dass oft verschiedene Arbeitsschritte gleichzeitig durchzuführen sind. Insgesamt ist der Arbeitsdruck in der Schweiz sehr hoch.

Die Arbeitsleistung älterer Erwerbstätiger muss aber keineswegs automatisch abfallen. Das passiert dann nicht, wenn es gelingt, die Kompetenzen des Einzelnen gut abzustimmen auf die Bedürfnisse, die seine Arbeit an ihn stellt. Soll die Arbeitsfähigkeit in späteren Erwerbsjahren hochgehalten werden, braucht es Erhalt bzw. Stärkung der Gesundheit sowie der beruflichen Kompetenzen einerseits, und auf der anderen Seite eine Gestaltung der Erwerbsarbeit, die dem jeweiligen Alter angepasst ist. Auf diese Weise ist es sogar möglich, die Arbeitsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen zu erhalten.

2007 publizierte der Bundesrat seine «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik». Damit bekundete er die Absicht, die Leistungspotenziale älterer Erwerbstätiger zu fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, soll die Arbeitswelt so gestaltet werden, dass Männer und Frauen ihre beruflichen Möglichkeiten über den gesamten Lebensverlauf optimal ausschöpfen können. Auch zahlreiche Schweizer Unternehmen haben diese Herausforderung erkannt und führen zu diesem Zweck neben einem Case Management auch ein umfassendes Gesundheitsmanagement durch. Mit dem Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung berät und unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz öffentliche und private Institutionen bei der Förderung von Gesundheit und Lebensqualität am Arbeitsplatz.

Gesundes Alter

Menschen in der Schweiz haben heute eine der weltweit höchsten Lebenserwartungen bei Geburt. Sie beträgt für Männer im Durchschnitt 79,1 Jahre, jene der Frauen liegt bei 84 Jahren. Und so verwundert es nicht, dass die Zahl älterer Personen – insbesondere bei den über 80-Jährigen – markant ansteigt. Laut Prognosen des Bundesamts für Statistik werden im Jahr 2050 rund 600'000 mehr Menschen über 80 Jahren in der Schweiz leben als heute.

Mit der Zahl Betagter und Hochbetagter nimmt die Häufigkeit chronischer Krankheiten zu. Die Wahrscheinlichkeit, zum Beispiel an Kreislauferkrankungen, Rheuma, Krebs oder eine Kombination solcher Leiden zu erkranken, steigt mit dem Alter. Innerhalb einer Altersgruppe bestehen allerdings grosse Unterschiede in Bezug auf den gesundheitlichen Zustand. Manche Menschen erreichen ein hohes Alter und sind vor Lebensende nur für kurze Zeit pflegebedürftig, andere bedürfen der Pflege bereits in frühem Alter und über viele Jahre hinweg.

In der Schweiz gibt es allerdings noch zu wenig Daten, die klare Schlüsse zur Pflegebedürftigkeit älterer Menschen zulassen. Dasselbe gilt für den künftigen Bedarf an Pflegeleistungen – nicht zuletzt in Bezug auf den Umgang mit Personen, die an demenziellen Erkrankungen leiden. Ab dem 65. Lebensjahr verdoppelt sich der Anteil der Menschen mit Demenz alle fünf Jahre. Unter den 65- bis 69-Jährigen sind 1 bis 2 Prozent von kognitiven Einschränkungen wegen Demenz betroffen, bei den über 90-Jährigen sind es bereits mehr als 30 Prozent. Gemäss Berechnungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums könnten sich die Langzeitpflegekosten wegen der steigenden Zahl der über 80-jährigen Menschen bis ins Jahr 2030 verdoppeln.

Biografisch geprägte Gesundheit

Die Menschen werden aber nicht einfach nur älter, auch ihre Aussicht auf ein möglichst langes Leben in Gesundheit und Behinderungsfreiheit ist gestiegen. Heute ist «alt» nicht mehr gleichzusetzen mit krank und pflegebedürftig. Deshalb hat sich in den letzten Jahren das Bild von alten Menschen zum Positiven hin gewandelt. Das Alter wird zunehmend als aktive Lebensphase wahrgenommen, die man selbst gestalten kann. Damit hängt die soziale Rolle älterer Menschen nicht mehr ausschliesslich von ihrem Alter in Lebensjahren ab, sondern vielmehr von ihren individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Aktives Altern heisst: Gesundheit als Lebensressource nutzen, seine Unabhängigkeit wahren und am sozialen Leben teilnehmen.

Es ist kein Zufall, dass die Schweiz mit ihrem hohen Lebens- und Bildungsstandard und der gut ausgebauten medizinischen Versorgung eine der weltweit höchsten Lebenserwartungen aufweist. Trotzdem: die Gesundheit im Alter ist das Ergebnis von vielen positiven und negativen Einflussfaktoren. Sie wird über den Verlauf des ganzen Lebens bestimmt und die gesundheitlichen Befindlichkeiten älterer Menschen sind so verschieden wie ihre Biographien. Bei der hohen Individualität müssen auch Prävention und Versorgung ansetzen. Das im Kanton Solothurn erstmals kantonsweit eingeführte Sanaprofil-Verfahren ist beispielsweise darauf ausgerichtet, die Gesundheit der älteren Bevölkerung in ihrem Lebensumfeld umfassend zu erfassen und individuelle Präventions- und Versorgungspläne zu erstellen.



Wenn es darum geht, die Gesundheit älterer Menschen weiter zu verbessern, braucht es zwingend mehr Wissen über die Determinanten des gesunden Alterns. Hier sind neben der medizinischen Situation auch die psychologischen, kognitiven, funktionalen und sozialen Bedingungen zu berücksichtigen und ihr Einfluss im Altersverlauf zu beobachten.

Teil III: Beeinträchtigung der Gesundheit

Herz-Kreislauf-Krankheiten – Koronare Herzkrankheit und Hirnschlag

In der Schweiz sind jährlich rund 30'000 Menschen von einem akuten koronaren Ereignis betroffen, etwa 12'500 erleiden einen Hirnschlag. Die koronare Herzkrankheit ist die häufigste Todesursache in unserem Land. Sie entsteht, wenn das Herz wegen einer Verengung der Herzkranzgefässe zu wenig durchblutet wird. Bei einer Durchblutungsstörung des Gehirns spricht man von einem Hirnschlag. Er kann verursacht werden durch den Verschluss eines Blutgefässes im Gehirn (Hirninfrakt) oder durch eine Blutung wegen eines geplatzten Blutgefässes (Hirnblutung). Der Hirnschlag stellt die dritthäufigste Todesursache dar.

Die Mortalitätsraten dieser beiden Krankheiten liegen bei den Männern deutlich und bei den Frauen leicht unter dem Durchschnitt der EU-Länder. Die Situation in der Schweiz ist also relativ gut, was vermutlich mit dem hohen Lebensstandard und der guten medizinischen Versorgung erklärt werden kann. Künftig ist indessen aufgrund der demografischen Alterung mit einer Zunahme der koronaren Herzkrankheit und des Hirnschlags zu rechnen. Es fällt auf, dass Menschen aus tieferen sozialen Schichten an beiden Krankheiten häufiger und früher versterben als solche aus höheren Schichten.

Die klassischen Risikofaktoren wie Übergewicht, hoher Blutdruck oder Bewegungsmangel erklären im Falle der koronaren Herzkrankheit nur einen Drittel der Unterschiede in Bezug auf die Sterblichkeit. Es muss also über die klassischen Risikofaktoren hinaus psychosoziale Determinanten und Faktoren geben, welche einerseits die Entstehung kardiovaskulärer Krankheiten begünstigen und andererseits als Schutzfaktoren wirken.

Bildung und Wohlstand als Schutzfaktoren

Eine hohe Bildung ist ein Schutzfaktor gegen koronaren Herztod. In der Schweiz haben bis 64-jährige Frauen mit einem obligatorischen Schulabschluss ein fast 80 Prozent höheres Risiko, an einem akuten Herzinfarkt zu sterben, als jene mit einer sekundären Schulbildung. Bei einer tertiären Ausbildung sind die Unterschiede noch grösser. Menschen mit höherer Bildung verfügen häufig über mehr soziale Ressourcen oder haben mehr Möglichkeiten, etwas gegen ihre gesundheitlichen Belastungen zu tun. In Bezug auf die Berufsarbeit erweisen sich hohe Anforderungen in Kombination mit geringem Entscheidungsspielraum als gravierender Risikofaktor für den Herzinfarkt. Auch das Einkommen spielt eine Rolle: Leben mit geringem Einkommen ist häufig mit psychosozialen Stress verbunden, der sich negativ auf viele Körperfunktionen auswirkt.

Diese Vielfalt der Risikofaktoren zeigt, dass auch die Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten breit ansetzen muss. In erster Linie sollte sie sich auf die Verbesserung der sozioökonomischen Lebensbedingungen, den Erwerb von mehr Bildung und die Förderung sozialer Ressourcen konzentrieren. Als grosses Manko erweist sich das geringe Wissen der Bevölkerung über die Bedeutung der Früherkennung von Risikofaktoren und des entsprechenden gesundheitsrelevanten Verhaltens. Insbesondere gilt es, Risikogruppen – etwa Menschen in gefährdeten Berufskategorien – zu identifizieren und ihnen Präventions- bzw. Therapiemassnahmen in einer Form zugänglich zu machen, die ihren Möglichkeiten entspricht.



Krebserkrankungen

In der Schweiz erkrankt jede dritte Person im Laufe ihres Lebens an einer Form des Krebses. Von 2001 bis 2004 waren pro Jahr durchschnittlich etwa 34'000 neue Krebsfälle zu verzeichnen. Im gleichen Zeitraum starben jährlich etwa 8500 Männer und 6900 Frauen an einem Krebsleiden. Rund ein Viertel aller Todesfälle sind auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

Trotzdem steht die Schweiz im internationalen Vergleich gut da: Bezogen auf alle Krebsarten weist sie eine relative 5-Jahres Überlebensrate von 55 Prozent bei den Männern und 61 Prozent bei den Frauen auf. Diese Zahlen sind auch Ausdruck davon, dass die Behandlung von Krebspatienten qualitativ hoch stehend ist – die spezialisierten Ärzte sind gut ausgebildet und neue Erkenntnisse fliessen rasch in die Behandlung ein.

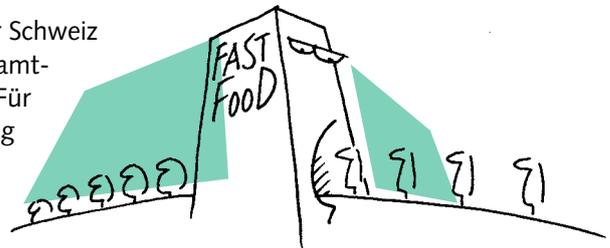
Zumindest für viele der häufigen Arten von Krebs wie Darmkrebs oder Prostatakrebs gilt, dass das Alter einer der wichtigsten Risikofaktoren ist. Allein durch die demographische Entwicklung in der Schweiz und die Zunahme der älteren Menschen über 65 Jahre wird auch die Anzahl der Krebserkrankungen in absoluten Zahlen ansteigen. Das ist selbst dann der Fall, wenn das alters- und geschlechtsspezifische Krebsrisiko gleich bleibt oder sich mit Hilfe von präventiven Massnahmen senken lässt.

Rauchen und Ernährung als Risikofaktoren

Zigarettenrauchen ist einer der wenigen Krebsrisiko-Faktoren, die sich direkt und erfolgreich beeinflussen lassen. Und so bleibt die Verminderung des Raucheranteils in der Schweizer Bevölkerung die wichtigste Stossrichtung für die primäre Prävention von Krebserkrankungen. Zumindest bei Männern konnte so in den letzten Jahren ein Rückgang der Mortalität wegen Lungenkrebs erreicht werden. Einen wichtigen Beitrag liefert dabei die Einrichtung rauchfreier, öffentlicher Räume – nicht zuletzt durch politische Massnahmen.

Zwar ist der negative Gesamteinfluss von ungünstigem Ernährungsverhalten kombiniert mit einem Mangel an Bewegung und erhöhtem Körpergewicht auf das Erkrankungsrisiko verschiedener Krebsarten wissenschaftlich erwiesen. Positive Auswirkungen durch Primärprävention sind allerdings angesichts der immer noch steigenden Tendenz dieser Risikophänomene in den nächsten 10 bis 15 Jahren kaum zu erwarten.

Wie in andern europäischen Ländern ist auch in der Schweiz der Bildungsgrad von Menschen eng mit der Gesamtsterblichkeit und der Lebenserwartung verbunden. Für die krebspezifische Mortalität ist der Zusammenhang mit dem Bildungsgrad allerdings meist nur schwach ausgeprägt oder gar nicht vorhanden. Einzig beim Lungenkrebs haben Männer und Frauen aus gering gebildeten Bevölkerungsgruppen eine deutlich erhöhte Mortalität.



Die Früherkennung des Zervixkarzinoms mittels Abstrich wird seit mehreren Jahrzehnten durchgeführt und hat zur Senkung der Sterblichkeit durch Zervixkarzinom beigetragen. Unter den zusätzlichen Früherkennungsmethoden haben bisher einzig das Brustkrebs-Screening mittels Mammographie und das Darmkrebs-Screening durch Test auf Blut im Stuhl ihre Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen. Wegen technologischer Fortschritte bei den diagnostischen Verfahren stellen sich auch in der Schweiz vermehrt die Fragen, welche Methoden der Früherkennung von Krebs breitflächig eingesetzt werden sollen und auf welche die Gesellschaft verzichten will.

Eine programmatische Bekämpfung von Krebs wie im Nationalen Krebsprogramm beschrieben, welches OncoSuisse im Auftrag von Bund und Kantonen entwickelt hat, stützt sich auf alle Ebenen der Interventionen im Gesundheitsbereich: Primärprävention, Früherkennung, Behandlung, Erhaltung der Lebensqualität, Schmerzkontrolle und humane Sterbebegleitung (Palliativmedizin).

Neue infektielle Bedrohungen

In den letzten Jahren und Jahrzehnten war die Schweizer Bevölkerung immer wieder neu oder vermehrt auftretenden Krankheitserregern ausgesetzt, auf die es angemessen zu reagieren galt. Dazu gehören das HI-Virus (Aids), das SARS-Virus, der Erreger von BSE («Rinderwahnsinn») oder die Vogelgrippe. Die Vielfalt dieser Herausforderung ergibt sich allein aus der Vielfalt der Übertragungswege: Infektionen können von ansteckenden Personen, Tieren oder Lebensmitteln ausgehen. Infektionsquellen verbergen sich aber auch in der Umwelt und in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel in Spitälern.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass durch Zecken oder Mücken übertragene Infektionen zunehmen werden. Beide Insektenarten verbreiten in der Schweiz saisonale Infektionskrankheiten, die durch Viren oder Bakterien hervorgerufen werden. Weil die globale Erwärmung die Entwicklung von Zecken und Mücken fördert, könnten neue Infektionsherde entstehen. Verhaltensweisen wie riskante Sexualkontakte oder Spritzen-tausch unter Drogenabhängigen begünstigen verstärkt die Ausbreitung von Infektionen mit Hepatitis-Viren oder HIV.

Infektionen durch resistente Keime, die in Spitälern und Altersheimen vorkommen, können vermehrt in der Bevölkerung auftreten. Stichproben an Schweizer Akutspitälern ergaben zwischen 1999 und 2002, dass 8 bis 10 Prozent der hospitalisierten Erwachsenen mindestens einen Infekt hatten, den sie sich im Spital zugezogen hatten. In der stationären und ambulanten Medizin stellen Keime wie MRSA ein Problem dar, weil sie gegen gängige Antibiotika resistent sind.

Schliesslich verstärkt der zunehmende internationale Reiseverkehr und Transport von Tieren und Lebensmitteln die Gefahr der Einschleppung resistenter und exotischer Infektionserreger. Davon zeugen die Beispiele der Vogelgrippe sowie des SARS-Virus, das 2003 in kürzester Zeit von Reisenden aus Hongkong nach Europa und Amerika verschleppt wurde.

Infektionsüberwachung und Präventionsprogramme als zentrale Elemente

Eine eingespielte Infektionsüberwachung wie in der Schweiz und energisch weitergeführte nationale Präventionsprogramme können diese Risiken reduzieren. Zu den bereits geplanten Massnahmen gehören eine verstärkte Koordination zwischen den zuständigen Bundesstellen wie dem BAG und dem Bundesamt für Veterinärwesen (BVET) sowie kantonalen Stellen. Bei der BSE-Krise oder bei SARS haben sich Arbeitsgruppen über die Ämter hinweg bereits bewährt.

2007 hat der Bundesrat angekündigt, eine eigene Einheit zur Überwachung der Lebensmittelsicherheit zu schaffen, sowie bei der Infektionskontrolle eine engere Zusammenarbeit mit der Europäischen Union anzustreben. Ausserdem plant das BAG ein Referenzzentrum für Infektionen, die von Zecken übertragen werden.

Allen politischen Bemühungen zum Trotz gibt es in der Schweiz weiterhin Handlungsbedarf. So sollte geprüft werden, ob die Überwachung auch auf die durch diverse Krankheitsüberträger, Haustiere und Gesundheitseinrichtungen weitergegebenen Infektionen ausgedehnt werden sollte. Sinnvoll wäre auch eine jährliche, gesamtschweizerische Berichterstattung über die Ergebnisse der Infektionskontrolle bei Trinkwasser, Lebensmitteln, Transplantaten und Importgütern sowie der Überwachung von Antibiotikaresistenz und beruflicher Exposition für Infektionen.

Psychische Gesundheitsprobleme

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit stellen keine Gegensätze dar, vielmehr schliessen sie einander teilweise ein. Psychisch gesund zu sein bedeutet nämlich fähig zu sein, ein sinnerfülltes Leben zu führen. Ein solches Leben schliesst auch Konflikte, Leiden und Krisen ein. Entscheidend für die psychische Gesundheit ist, über welche Möglichkeiten ein Mensch verfügt, um solche widrigen Umstände gut bewältigen zu können.

Psychische Krankheiten treten überaus häufig auf: Rund die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz leidet mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung. Und jedes Jahr erkranken 25 bis 30 Prozent der Bevölkerung neu daran. Besonders häufig sind Depressionen, Angststörungen und Substanzabhängigkeiten.

Da psychische Störungen oft früh im Leben beginnen und nicht selten einen längerfristigen Verlauf zeigen, sind ihre persönlichen, sozialen und auch volkswirtschaftlichen Folgen markant. Dies zeigt sich in der Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote sowie im starken Anstieg der IV-Renten aus psychischen Gründen. Zwischen 1986 und 2006 haben diese Renten infolge psychischer Gesundheitsprobleme um das Fünffache zugenommen, heute sind sie für rund die Hälfte aller krankheitsbedingten IV-Renten verantwortlich.

Zwischen zunehmender Ausgrenzung und steigendem Wohlbefinden

Auf der anderen Seite geben heute deutlich mehr Schweizerinnen und Schweizer als früher in Befragungen an, ihre psychische Gesundheit sei gut. Es scheint eine Polarisierung stattzufinden zwischen der zunehmenden Ausgrenzung von psychisch Kranken und dem steigenden psychischen Wohlbefinden einer Mehrheit der Bevölkerung. Ein besonderes Problem bei der Integration von Menschen mit psychischen Problemen bleibt die enorme und tief verwurzelte Stigmatisierung psychischer Krankheiten. Zwar sind die früheren Verwahranstalten verschwunden und durch eine Versorgung ersetzt worden, die etwa mit Tagesstätten und Heimen in der Gemeinde integriert ist. Trotzdem haben die gesellschaftlichen Vorurteile und die soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken nicht ausreichend abgenommen.

Wesentliche soziale Faktoren psychischer Gesundheit sind sozioökonomische Bedingungen wie Erwerbsstatus, Ausbildung, Einkommen sowie das familiäre und das weitere soziale Umfeld. Menschen ohne Partner und ohne Arbeit, geringem Bildungsstand und Einkommen sowie ohne soziale Unterstützung sind verletzlich und einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Das Risiko steigt bei mehreren Risikofaktoren – beispielsweise allein erziehend und tiefes Einkommen – überproportional.



Im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Invaliditätsprävention und der Gesundheitspolitik wurden verschiedene wichtige Einzelaktivitäten initiiert. So haben zum Beispiel Bund und Kantone eine Strategie zur psychischen Gesundheit erarbeitet. Und auch die 5. Revision des Invalidengesetzes hat neue Massnahmen wie die frühe Intervention am Arbeitsplatz und sozialberufliche Rehabilitation möglich gemacht. Psychische Gesundheit ist also zu einem der Kernthemen der Gesundheitsförderung und der Prävention geworden.

Noch mangelt es aber in der Schweiz an einem nachhaltigen Vorgehen, das ein Bewusstsein für die zentrale Bedeutung psychischer Gesundheit schafft. Menschen sind psychisch stabil und gesund, wenn sie auch ihre eigenen Defizite kennen. Erst ein Bewusstsein von psychischer Gesundheit, bei dem Höhen und Tiefen im Befinden nebeneinander existieren können, ermöglicht eine wirkliche gesellschaftliche Integration psychisch kranker Menschen.

Unfälle und ihre gesellschaftliche Folgen

Von Unfällen ist ein Grossteil der Bevölkerung betroffen. Pro Jahr wird jeder sechste Bewohner der Schweiz wegen einer Unfallverletzung ärztlich behandelt; rund 2100 Menschen verunfallen tödlich. Das Unfallgeschehen wird von demographischen und wirtschaftlichen Entwicklungen, aber auch gesellschaftlichen Trends beeinflusst.

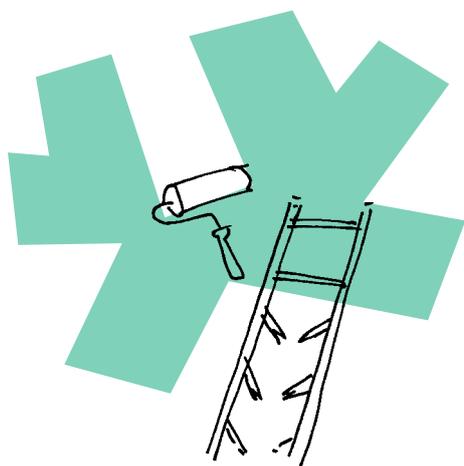
Dank Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz und als Folge des wirtschaftlichen Strukturwandels konnte die Zahl und Schwere von Berufsunfällen gesenkt werden. Auch die Zahl der Strassenverkehrstote nahm ab – trotz der deutlichen Zunahme des Verkehrsvolumens: 1996 starben 616 Menschen auf Schweizer Strassen, 2006 noch 370. Diesen positiven Entwicklungen steht allerdings ein steigender Anteil von Unfällen in Haushalt, Freizeit und Sport gegenüber. Im Jahre 2004 beispielsweise kamen bei Haushalts- und Freizeitaktivitäten dreimal mehr Menschen ums Leben als im Strassenverkehr.

Viele der Risikofaktoren, die zu Unfällen führen können, sind altbekannt. Im Strassenverkehr zählen dazu in erster Linie zu viel Alkohol und überhöhte Geschwindigkeit. Eine Rolle im Unfallgeschehen spielen daneben jedoch auch Geschlecht und Alter von Fahrzeuglenkerinnen und -lenkern. Männer haben ein deutliches höheres Unfallrisiko als Frauen, und in der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen Verkehrsteilnehmer ist die Gefahr, einen tödlichen Unfall zu erleiden, doppelt so hoch wie bei 50 bis 54-Jährigen. Ferner zeigt sich auch bei Menschen mit geringerer Schulbildung das Risiko für einen Verkehrsunfall mit tödlichen Folgen deutlich erhöht.

Lohnende Prävention

Ähnliche Zusammenhänge gelten für Unfälle in Sport, Freizeit oder im Haushalt. Neue Trendsportarten wie Snowboardfahren sind besonders unfallträchtig. Und Stürze von Senioren im Haushalt führen häufig in die Abhängigkeit oder sogar zum Tod. Diese Beispiele verdeutlichen, dass es wichtig ist, die Unfallprävention auf bestimmte Zielgruppen auszurichten.

Die jedes Jahr durch Unfälle verursachten volkswirtschaftlichen Schäden sind erheblich. Im Jahr 2003 beliefen sich die materiellen Kosten aller Unfälle auf mehr als 13 Milliarden Franken. Rechnet man die Folgekosten für die gesamte Volkswirtschaft hinzu, kommt man auf rund 54 Milliarden Franken. Diese Zahlen stehen in einem Missverhältnis zu den Summen, die in der Schweiz für die Weiterentwicklung der Unfallprävention aufgewendet werden.



Dabei lohnt sich die Prävention. Internationale Vergleiche haben nämlich gezeigt, dass Länder immer dann ein hohes Sicherheitsniveau im Strassenverkehr erreichen, wenn bei ihnen die Unfallprävention politisch gefördert wird. Die Schweiz ist diesbezüglich auf gutem Weg. Das Bundes-Programm «Via sicura» sieht eine Reihe von Massnahmen vor, mit denen die schweren Unfälle auf Schweizer Strassen reduziert werden sollen. Das Etappenziel von weniger als 300 Verkehrstote pro Jahr bis 2010 ist in greifbare Nähe gerückt.

Teil IV: Grundlegende Gesundheitsdeterminanten

Bildung als Gesundheitsressource

In der Schweiz hat in den letzten 20 Jahren eine Bildungsexpansion stattgefunden. Das bedeutet: Der Anteil der Bevölkerung mit dem höchsten Abschluss auf Sekundarstufe I ist unter 30 Prozent gesunken. Demgegenüber hat sich der Prozentsatz der Personen mit vollendeter Ausbildung auf Hochschul- oder Fachhochschulniveau fast verdoppelt und beträgt nun rund 20 Prozent.

Trotz dieser positiven Entwicklung bleibt Bildung ein ungleich verteiltes Gut mit vielfältigen Auswirkungen auf die Gesundheit. So hängt die Gesundheitskompetenz eines Menschen von seinem formalen Bildungsniveau ab: Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein und haben eine höhere Lebenserwartung als bildungsferne Bevölkerungsgruppen. Besonders gross sind diese Unterschiede zwischen Personen, die das Ausbildungssystem nach der obligatorischen Schulzeit verlassen haben, und jenen mit einem Lehrabschluss. Im Vergleich dazu erweisen sich die gesundheitlichen Differenzen zwischen der Gruppe mit Lehrabschluss und den Hochschulabsolventen und -absolventinnen als gering.

Wie fördert Bildung konkret die Gesundheit? Das Wissen um die Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, ist eine wichtige Ressource für ein gesundes Leben. Wer die Gefahren des Rauchens und die Vorzüge von regelmässigem Sporttreiben kennt, kann sich so verhalten, dass seine Gesundheit erhalten oder gar verbessert wird. Und sollte er doch einmal krank werden, helfen Wissen und Bildung auch dann weiter. Bildung hilft auch, Diagnosen und Therapieempfehlungen von Ärzten kritisch bewerten und die Packungszettel von Medikamenten korrekt interpretieren zu können. Bildung verbessert also unser Wissen und unsere Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Bessere Perspektiven dank Bildung

Neben dem Gesundheitswissen und der Gesundheitskompetenz gibt es noch weitere, weniger offensichtliche Gesundheitswirkungen von Bildung. Sie wirkt indirekt über ökonomische Stärke: Eine höhere Schulbildung eröffnet beispielsweise bessere Perspektiven in der Berufswelt. Man ist nicht gezwungen, körperlich belastende oder gefährliche Tätigkeiten auszuführen und kann sich eher gesunde Nahrungsmittel und eine ruhige Wohnumgebung leisten. Wer finanziell besser situiert ist, kann sich stärker gesundheitsfördernd verhalten und sich eine höhere Versorgungsqualität und -quantität leisten.

Der gesellschaftliche Stellenwert der Bildung ist in der Schweiz unbestritten. Davon zeugen unter anderem die trotz Finanzknappheit der öffentlichen Hand langfristig steigenden Bildungsausgaben. Auch der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit ist der Bevölkerung und der Politik durchaus bekannt und hat zu einer Reihe von meist kantonalen Ansätzen geführt, bei denen die positiven Bildungseffekte auf die Gesundheit berücksichtigt werden.

Trotzdem gibt es noch Einiges zu tun. Insbesondere sollten sich Massnahmen, die auf Bildung als Gesundheitsressource zielen, nicht nur auf die Öffnung des Bildungssystems für alle Gesellschaftsschichten, die Bildungsinhalte und die Schule beschränken. Wer lediglich die obligatorische Schule absolviert hat, profitiert von solchen Interventionen relativ wenig. Er muss über auserschulische Programme zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung direkt angesprochen werden.

Umwelt als Gesundheitsressource

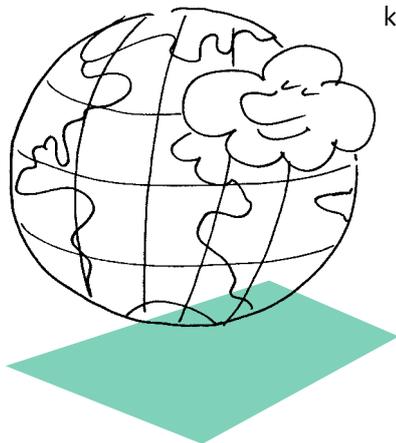
Eine intakte physische Umwelt ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Menschen gesund sind und bleiben. Weltweit betrachtet sind vor allem der Mangel an sauberem Trinkwasser sowie die Belastung der Luft und des Bodens mit Schadstoffen verantwortlich für zahlreiche Todes- und Krankheitsfälle. Für die Gesundheit der Menschen in der Schweiz sind vier Umweltfaktoren besonders relevant: Luftschadstoffe ausserhalb von Gebäuden, Tabakrauch im Innern von Gebäuden, Klimawandel und Strahlungsbelastung.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Luft, die mit Schadstoffen belastet ist, betreffen sowohl Atemwegs- als auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gemäss Studien führt die Luftverschmutzung in der Schweiz jährlich zu 3700 Todesfällen. Die volkswirtschaftlichen Kosten betragen rund vier Milliarden Franken pro Jahr. Bis 2000 hat sich die Luftqualität als Ergebnis von Luftreinhalte-Massnahmen zwar teilweise verbessert. Seither stagniert oder verschlechtert sich die Situation indessen wieder. Der Grund dafür ist die zunehmende Siedlungs- und Verkehrsdichte. Im Juli 2007 hat der Bundesrat Änderungen an der Luftreinhalte-Verordnung, welche die Grenzwerte für Luftschadstoffe festlegt, beschlossen. Ziel ist, den Ausstoss von schädlichem Feinstaub zu verringern.

Gemäss Schätzungen sterben in der Schweiz jährlich mehrere hundert Menschen an den Folgen des Passivrauchens. In den letzten Jahren ist das Bewusstsein für die gesundheitliche Belastung durch Passivrauchen gestiegen. Vermutlich auch, weil man im Ausland positive Erfahrungen mit Rauchverböten gemacht hat. In der Schweiz berät derzeit das eidgenössische Parlament über ein neues Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen in öffentlichen Räumen. Strittig ist, ob es für Gastrobetriebe Ausnahmen geben soll. In mehreren Kantonen bestehen bereits Vorschriften, die diesbezüglich strenger sind.

Reaktion in verschiedenen Politikbereichen

Der Klimawandel stellt insofern ein Risiko für die menschliche Gesundheit dar, als dass Hitzewellen künftig häufiger auftreten könnten. Unter deren Folgen leiden vor allem ältere und kranke Menschen sowie Kleinkinder. Auch die Ozonbelastung und das Risiko für tropische Erkrankungen nehmen mit steigenden Aussentemperaturen zu. Politische Massnahmen wie das CO₂-Gesetz – verbunden mit Abgaben auf fossile Brennstoffe – dienen dazu, die Emissionen des Treibhausgases Kohlendioxid zu verringern. Die gesundheitlichen Belastungen können dadurch aber nicht genügend gemindert werden. Deshalb sind verschiedene Politikbereiche wie Umwelt-, Verkehrs-, Energie-, Landwirtschaftspolitik gefordert, konsequent gegen die Ursachen des Klimawandels vorzugehen.



Die Belastung mit Strahlen geht auf verschiedene Quellen zurück: UV-Strahlung im Sonnenlicht, Radon aus dem Erdinnern und elektromagnetische Strahlung aus Strom- und Mobilfunktechnik. Bei den elektromagnetischen Feldern, die im Umfeld von Hochspannungsleitungen und oder Funkantennen entstehen, ist noch unklar, ob bzw. wie sie sich auf die Gesundheit auswirken. Zum Schutz der Bevölkerung wird die Strahlungsbelastung mittels Grenzwerten vorsorglich eingeschränkt.

Teil V: Das Versorgungssystem

Ressourcen und Beanspruchung medizinischer Leistungen

Alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz haben Zugang zu den Ressourcen, die das Gesundheitswesen bereitstellt. Dies sichert ihnen das Krankenversicherungsgesetz zu. Trotzdem sind gewisse medizinische Leistungen nicht überall gleich gut verfügbar. Der Grund dafür ist, dass diese Ressourcen – aber auch ihre Beanspruchung – je nach Kanton und Region unterschiedlich verteilt sind. Allerdings sind die bestehenden regionalen Unterschiede nicht bei allen medizinischen Leistungen gleich stark ausgeprägt. Konkret kommen solche Differenzen in der Schweiz auf drei Ebenen zum Tragen: zwischen Stadt und Land, zwischen der Ost- und der Westschweiz sowie zwischen grenznahen und grenzfernen Gebieten.

Unterschiede zwischen Stadt und Land bestehen in erster Linie in der ambulanten Versorgung. In städtischen Regionen ist das Angebot deutlich umfassender. Zwar stehen die entsprechenden Ressourcen teilweise auch Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen zur Verfügung – nämlich dann, wenn sie für eine Behandlung in die Städte reisen. Trotzdem nehmen die Menschen in den Städten ambulante medizinische Leistungen häufiger in Anspruch als jene, die in anderen Regionen leben. Ganz besonders gilt diese Feststellung für die psychiatrischen Behandlungen.

Unterschiede zwischen Ost und West, Stadt und Land

Die meisten medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich werden von Ärzten erbracht. Mehr als die Hälfte von ihnen sind Allgemeinpraktikerinnen oder Hausärzte, die sich einigermaßen regelmässig über die ganze Schweiz verteilen. Anders sieht es hingegen bei den Spezialärzten aus, einschliesslich Kinderärztinnen, Gynäkologen sowie Psychiaterinnen: Sie praktizieren häufiger in den städtischen Gebieten. Aus diesem Grund ist das Leistungsspektrum der einzelnen Ärzte in peripheren, ländlichen Regionen vermutlich umfassender als jenes der Ärzte, die in den Städten arbeiten. Dafür spricht auch die Tatsache, dass auf dem Land jede zweite psychiatrische Diagnose von einem Grundversorger gemacht wird.

Unterschiede zwischen der Ost- und Westschweiz zeigen sich in erster Linie bei chronischen Krankheiten. Dies wird umso deutlicher, je älter Patientinnen und Patienten sind, die von solchen Leiden betroffen sind. In der Ostschweiz nutzen die Menschen eher die Dienste von Pflegeheimen, während in der Westschweiz vermehrt die Spitex-Dienste in Anspruch genommen werden. Dies hat damit zu tun, dass die Westschweizer Kantone weniger Plätze in Pflegeheimen anbieten.

Schliesslich scheint es einen Zusammenhang zu geben zwischen der Nähe zur Landesgrenze einer Region und der Anzahl Spitalbetten, die dort verfügbar sind. Die grössten Bettendichten in der Schweiz weisen nämlich Basel-Stadt, Appenzell-Ausserrhodon, das Tessin und Graubünden auf. Die letztgenannten drei Kantone verfügen besonders in den Privatabteilungen über ein erhöhtes Angebot an Betten. Demgegenüber weisen Basel-Stadt und das Tessin die höchsten Hospitalisierungsraten der Schweiz aus.

Alle genannten Ungleichheiten betreffen sowohl die Ressourcen als auch die Beanspruchung von Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgedeckt werden. Bei medizinischen Leistungen, welche die Grundversicherung nicht oder nur teilweise übernimmt, sind darüber hinaus sozio-ökonomische Unterschiede festzustellen. Vor allem Präventionsleistungen wie Mammographie, medizinische Spezialbehandlungen oder Zahnpflege nehmen Personen mit einem höheren Bildungsstand bei gleichem Gesundheitszustand mehr in Anspruch.

Kosten, Finanzierung, Effizienz und Solidarität

In der Schweiz wurden im Jahr 2005 insgesamt 53 Milliarden Franken für Gesundheitsgüter und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ausgegeben. Das entsprach rund 11,4 Prozent des Bruttoinlandproduktes. Mit dieser Quote erreichte die Schweiz hinter den USA den weltweit zweithöchsten Wert. Auf stationäre Behandlungen entfielen 46 Prozent aller Ausgaben, auf ambulante Behandlungen 54 Prozent.

2005 bezahlten die privaten Haushalte 66 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Bund, Kantone und Gemeinden kamen zusammen für 27 Prozent auf, ein Grossteil dieser Aufwendungen ging in die Subventionierung der stationären Einrichtungen, insbesondere von Spitälern. 7 Prozent des gesamten Finanzierungsbedarfs und damit einen verhältnismässig kleinen Anteil decken in der Schweiz Unternehmen ab, indem sie Beiträge an die Unfallversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie die Invalidenversicherung (IV) leisten.

Innerhalb des Landes ist die Situation indessen alles andere als einheitlich. Die einzelnen Kantone unterscheiden sich nämlich deutlich von einander – sowohl hinsichtlich der Versorgungsstruktur als auch bezüglich der Kosten. In manchen Kantonen wird fast drei Mal soviel für die Gesundheit ausgegeben wie in anderen. Die Ursachen für diese regionalen Differenzen sind umstritten. Im Vordergrund der Diskussion stehen Abweichungen in der Organisation, der Struktur sowie im Angebot von medizinischen Leistungen, hinzukommen soziodemographische und sozioökonomische Unterschiede. Für überdurchschnittlich hohe kantonale Kosten wird zum Beispiel eine eher zentralisierte Versorgungsstruktur oder ein hoher Anteil an Fachärzten bzw. Spezialkliniken verantwortlich gemacht. Bemerkenswert ist, dass gesundheitliche Faktoren eine untergeordnete Rolle spielen.

Höhere Effizienz möglich

Die grossen Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind als entsprechend grosse Differenzen in den zu bezahlenden Prämien direkt spürbar. Allerdings haben die Versicherten wenigstens teilweise die Möglichkeit, ihre Prämien zu optimieren. Und zwar indem sie ihren Wohnort oder ihre Krankenkasse wechseln, den Zugang zu Leistungserbringern des Gesundheitswesens freiwillig einschränken lassen oder sich in grösserem Ausmass direkt an den Gesundheitskosten beteiligen, etwa über eine höhere Franchise.

Gesundheitsökonomische Analysen zeigen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung effizienter funktionieren könnte, als es heute der Fall ist. So könnten zum Beispiel die staatlichen Rahmenbedingungen verbessert werden. Wenn der regulierte Wettbewerb als grundlegende Idee der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tatsächlich spielen soll, sind vor allem Anpassungen beim Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringerinnen und -erbringern sowie bei der staatlichen Subventionierung von stationären Einrichtungen notwendig. Damit dürfte eine Gesundheitsversorgung erreicht werden, die auf gesamtwirtschaftlicher Ebene wirksamer ist.

Ein wichtiges Prinzip in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Solidarität unter den Versicherten. Über einheitliche Kopfprämien pro Versicherung sorgt sie für einen Kostenausgleich zwischen Gesunden und Kranken und damit zwischen Jungen und Alten, aber auch zwischen Männern und Frauen. Steuerfinanzierte Beiträge an die stationären Einrichtungen und staatliche Prämienverbilligungen gleichen Unterschiede in der finanziellen Belastung von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Einkommen aus. Noch fehlen in der Schweiz umfassende Studien zur Quantifizierung dieser Umverteilungen. Sie dürften aber deutlich kleiner sein als in vergleichbaren Gesundheitssystemen, die eher einkommensabhängig sind wie in Deutschland, oder stärker durch Steuern finanziert wie in den Niederlanden.

Die wichtigsten Herausforderungen in der Versorgung

Das Schweizer System der Gesundheitsversorgung ist in den nächsten Jahren mit grossen Herausforderungen konfrontiert. Aller Voraussicht nach wird die Beanspruchung von medizinischen Leistungen weiter zunehmen und in der Folge auch die Kosten steigen.

Verschiedene Gründe sind für diese Entwicklung verantwortlich. Die wohl wichtigste Rolle spielen demographischen Verschiebungen: Da die Zahl älterer Menschen steigt, nimmt auch die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen zu. Ausserdem ist davon auszugehen, dass gewisse chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Zukunft häufiger auftreten. Weiter dürfte der allgemeine medizinisch-technische Fortschritt dazu führen, dass sich die Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten der modernen Medizin erweitern. Schliesslich ist bekannt, dass eine Gesellschaft umso mehr medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, je höher ihr Wohlstandsniveau ist.

Vor diesem Hintergrund werden in der Schweiz die Forderungen nach einer wirksameren Kontrolle der Kosten- und Prämienentwicklung im Gesundheitswesen immer lauter. Parallel dazu verändern sich auch die Strukturen der Angebote und die Gesundheitsberufe als solche. Insbesondere ist zu beobachten, dass immer mehr medizinisches Personal Teilzeit arbeitet, und dass der Frauenanteil sowie der Anteil von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten zunimmt. Demgegenüber stagniert in der Humanmedizin die Zahl der Studienabgängerinnen und -abgänger. Setzen sich diese Trends fort, so ist künftig mit einem Rückgang des Angebots an ärztlichen Leistungen zu rechnen.

Anpassungen des Versorgungssystems

Das alles bedeutet, dass die Anpassungen des Versorgungssystems nicht nur in Bezug auf die Menge der beanspruchten medizinischen Leistungen, sondern auch strukturell erfolgen müssen. Vor allem wirksame und kosteneffektive Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden immer wichtiger. Beide Ansätze haben nämlich nicht nur das Potenzial, die Lebensqualität der Menschen zu verbessern, sie können auch einen wichtigen Beitrag zur Dämpfung der Kosten im Versorgungssystem leisten.

In den vergangenen Jahren hat die Politik in der Schweiz auf einige der Herausforderungen bereits reagiert. Bei der Kosten- und Prämienentwicklung zum Beispiel wurde der Wettbewerbsdruck erhöht – etwa durch die Einführung eines höheren Selbstbehalts bei Original-Medikamenten, wenn ein Generikum existiert; die Vereinfachung des Kassenwechsels oder die Anpassung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen. Andere Massnahmen wie die Senkung der Laborpreise zielen direkt auf die Dämpfung der Kostenentwicklung. Weitergehende Interventionen sind diskutiert, aber bisher noch nicht umgesetzt worden. Dazu gehört auch die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern und -erbringern.



Insgesamt fällt die Bilanz solcher Bemühungen aber noch ernüchternd aus. Das hat damit zu tun, dass sich zwei fast gleich grosse politische Lager gegenüber stehen, die sich nicht einig sind, in welche Richtung grundsätzliche Reformschritte gehen sollen. Die einen möchten die Wettbewerbselemente in der obligatorischen Krankenversicherung stärken, die anderen setzen eher auf staatliche Steuerung. Hinzu kommt, dass die Lobbyarbeit jener Berufsverbände, die den Status Quo erhalten möchten, besonders erfolgreich ist.

Teil VI: Schlussbetrachtungen

Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik

In internationalen Vergleichen zur Gesundheits- und Lebenserwartung nimmt die Schweiz seit vielen Jahren eine führende Stellung ein. Wie der Human Development Report der Vereinten Nationen belegt, lässt sich diese Tatsache insbesondere mit dem günstigen Zusammenwirken von drei zentralen Faktoren erklären: wirtschaftliche Entwicklung, Bildung und Gesundheit. Die Schweiz verfügt also über eine gute Grundlage in Bezug auf die wichtigsten sozialen Determinanten der Gesundheit.

Handlungsbedarf beim Versorgungssystem

Das Versorgungssystem ist in der Schweiz sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich grundsätzlich gut ausgebaut und qualitativ hoch stehend. Es dürfte somit in den vergangenen Jahrzehnten zusammen mit anderen Gesundheitsdeterminanten dazu beigetragen haben, dass sich wichtige Indikatoren wie zum Beispiel die Lebenserwartung positiv entwickelt haben. Die guten Leistungen des Versorgungssystems haben aber ihren Preis: Nach den USA leistet sich die Schweiz das zweitteuerste Gesundheitswesen der Welt.

In den nächsten zehn Jahren kommen in verschiedenen Bereichen grosse Herausforderungen auf das Versorgungssystem zu, die einen entsprechenden politischen Handlungsbedarf auslösen werden. Dem kann einerseits ruhig entgegen gesehen werden. Andererseits erfordern Entwicklungen wie die Kostensteigerung oder strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen eine frühzeitige Beschäftigung mit der entsprechenden Problematik.

Die Schweiz ist von all jenen Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheit betroffen, die auch die andern hoch entwickelten Länder zu bewältigen haben. Dazu gehören: der demographische Wandel in einer alternden Gesellschaft, die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen, zum Teil vermeidbaren physischen oder psychischen Krankheiten; die Individualisierung der gesundheitlichen Bedürfnisse; die zunehmenden Ungleichheiten bei der Prävention und Gesundheitsversorgung; die neuen Bedrohungen durch globale Infektionskrankheiten oder Epidemien sowie die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.

Gesundheitsdeterminanten als Wegweiser nutzen

In der Folge dieser Trends nehmen bereits heute die wichtigsten Volkskrankheiten zu – ob Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychische Gesundheitsprobleme. Ausserdem sind sie ungleich in der Bevölkerung verteilt: In der Regel sind sozial benachteiligte Schichten stärker davon betroffen. Viele dieser chronischen Erkrankungen könnten durch Prävention vermieden oder zumindest reduziert werden. Doch die Prävention, die versucht, das Verhalten des Einzelnen in eine gesundheitsfördernde Richtung zu lenken, stösst an Grenzen. Denn es zeigt sich, dass auch das individuelle Gesundheitsverhalten stark vom Bildungsstand, von den Umweltfaktoren und von gesellschaftlichen und kulturellen Normen und Erwartungen geprägt ist.

Mit anderen Worten: die sozialen Determinanten der Gesundheit sind mindestens so wichtig wie das individuelle Verhalten. Für die Gestaltung einer erfolgreichen Gesundheitspolitik und die Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung sollte deshalb künftig die *Verhältnis*-Prävention im Vergleich zur *Verhaltens*-Prävention stärker gewichtet werden als das heute der Fall ist.

In der Forschung – und neuerdings auch in der Gesundheitspolitik einiger Länder – stehen folgende Gesundheitsdeterminanten im Blickfeld: Einkommen und sozialer Status; soziale Unterstützung und soziale Netze; Bildung und Ausbildung; Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen; soziale und physische Lebensumwelt; persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien; gesunde frühkindliche Entwicklung; Geschlecht und kulturelles Umfeld. Die Erforschung dieser sozialen Determinanten von Gesundheit liefert die Grundlage für neue Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie dient als Wegweiser, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

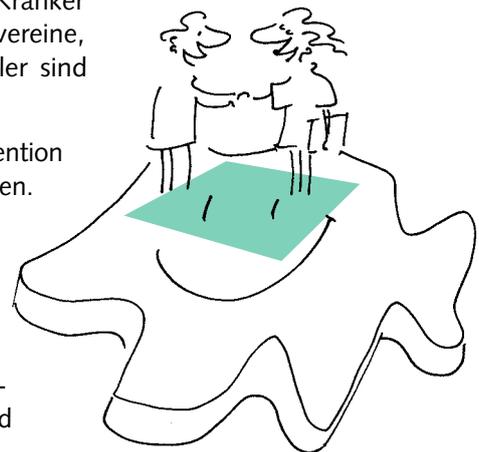
Gesundheitspolitik als multisektorale Aufgabe angehen

Um diese Möglichkeiten auszuschöpfen, ist auch die Gesundheitspolitik gefordert, denn die Zusammenhänge zwischen den sozialen Determinanten und der Gesundheit machen deutlich, dass Gesundheit eine Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche ist. Das bedeutet: Die Lösung vieler gesundheitlicher Probleme betrifft nicht nur die Gesundheitspolitik im engeren Sinn. Vielmehr ist das Ziel eines gesunden Lebens eine multisektorale Aufgabe, die viele gesellschaftliche Entscheidungsträger in die Verantwortung nimmt.

Handlungsbedarf besteht zum Beispiel im Konsumentenschutz, am Arbeitsplatz, bei der Bildungspolitik oder in der Sozialpolitik – um nur einige Bereiche zu nennen. Es geht beispielsweise darum, die frühkindliche Förderung zu optimieren oder Arbeitsplätze ergonomischer zu gestalten. Die Gesundheitskompetenz der Bürger sollte verbessert und das Versorgungssystem noch mehr auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.

Die Erhaltung der Gesundheit und die optimale Versorgung Kranker ist nicht alleine Aufgabe des Staates. Auch Arbeitgeber, Sportvereine, Altersheime, Ärzte, Versicherungen oder Lebensmittelhersteller sind gefordert, sich daran zu beteiligen.

Das öffentliche und politische Interesse an Gesundheit und Prävention hat in der Schweiz in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Das zeigt sich beispielsweise in den Volksentscheiden zur Tabakgesetzgebung und in einem politischen Vorstoss für ein neues Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung. Auf der Ebene des Bundes fehlt jedoch weiterhin eine nationale, kohärente Gesundheitspolitik, die Gesundheit in allen Politikbereichen verankert und es damit erlaubt, auch die Gesundheitsdeterminanten systematischer als bisher in Betracht zu ziehen und Handlungsprioritäten zu setzen.





GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali 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
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS
Ufficio federale di statistica UST

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.