



edition obsan

Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft

Ergebnisse aus der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2002

Herausgeber:
Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion
des Kantons Basel-Landschaft in
Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen
Gesundheitsobservatorium

Autorinnen und Autoren:

- Claudia König, Markus Lamprecht und Hanspeter Stamm, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich
- Marc Bühlmann, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern und Fritz Sager, Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
- Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Steuerungsgruppe:

- Dominik Schorr, Kantonsarzt, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Johann Christoffel, Statistisches Amt Kanton Basel-Landschaft
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Luzern
- Gian Antonio Paravicini, Amt für Statistik des Kt. Luzern
- Hanspeter Vogler, Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern
- Nicole Bachmann, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Amt für wissenschaftliche Auswertungen
- Gaudenz Bachmann, Gesundheitsdepartement St. Gallen, Gesundheitsvorsorge
- Thomas Steffen, Gesundheitsdienste Basel-Stadt, Gesundheitsförderung und Prävention

Koordination:

Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb, Maik Roth, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Externe Reviewer/innen des gesamten Berichts oder einzelner Kapitel:

- Wally Achtermann, Bundesamt für Gesundheit
- Ursula Ackermann-Liebrich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Basel
- Semya Ayoubi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK
- Matthias Bopp, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich
- Roland Calmonte, Bundesamt für Statistik
- Christoph Junker, Bundesamt für Statistik
- Roland Unternährer, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK
- Philippe Wanner, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
- Walter Weiss, Bundesamt für Statistik

Weitere Informationen:

Weitere Tabellen zur Gesundheitsbefragung (BL)
www.bl.ch/gesundheitsbefragung

Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, Gesundheitsförderung
Irène Renz, Dr. sc. nat, MPH
Rheinstrasse 22, 4410 Liestal
Tel. 061 925 62 86, Fax 061 925 69 34
www.gesundheitsfoerderung.bl.ch, E-Mail: irene.renz@vsd.bl.ch

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft
Rufsteinweg 4, 4410 Liestal
Tel. 061 925 56 32, Fax 061 925 69 87
www.statistik.bl.ch, E-Mail: statistisches.amt@fkf.bl.ch

Weitere Informationen zu den kantonalen Daten:

Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Standardtabellen Kantone, www.statistik.admin.ch

Herausgeber:

Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium
Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft
Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002
Edition Obsan
ISBN 3-907872-18-5

© 2005 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, www.obsan.ch

Umschlag: Ritz & Häfliger Visuelle Gestaltung, www.ritz-haefliiger.ch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3	2.4 Sterblichkeit und Todesursachen	35
Vorwort	7	2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft	35
1 Einleitung	9	2.4.2 Ausgewählte Todesursachen	37
1.1 Zielsetzung	9	2.4.3 Ergebnisübersicht	38
1.2 Datengrundlage	10	2.5 Zusammenfassung	39
1.3 Vorgehen	11	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	42
1.4 Der Kanton Basel-Landschaft als gesundheitsrelevanter Kontext	11	3.1 Gesundheitsbewusstsein	42
1.4.1 Kultureller Kontext	11	3.2 Körperliche Aktivität	43
1.4.2 Soziostruktureller und -demographischer Kontext	12	3.3 Bewusste Ernährung	46
1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen	13	3.3.1 Ernährungsbewusstsein	46
2 Gesundheitszustand	15	3.3.2 Ernährungsgewohnheiten	47
2.1 Körperliche Gesundheit	15	3.4 Medikamentengebrauch	48
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	17	3.5 Tabakkonsum	50
2.1.2 Körperliche Beschwerden	19	3.6 Alkoholkonsum	52
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	21	3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen	55
2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten	22	3.7.1 Cannabiskonsum	55
2.1.5 Unfälle	26	3.7.2 Konsum harter Drogen	57
2.1.6 Schwindel und Stürze	27	3.8 Zusammenfassung	59
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben	28	4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt	60
2.2 Psychische Gesundheit	29	4.1 Belastungen im Wohnbereich	61
2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit	29	4.2 Belastungen am Arbeitsplatz	63
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden	30	4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit	67
2.2.3 Schlafqualität	31		
2.2.4 Lebensbewältigung	32		
2.3 Soziales Wohlbefinden	33		
2.3.1 Einsamkeitsgefühl	33		

4.4	Angst vor Gewalt	70	7	Übersicht über die Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	109
4.5	Zusammenfassung	73	7.1	Übersicht über die Kosten der OKP im Kanton Basel-Landschaft	110
5	Zusammenhangsanalysen	75	7.1.1	Kostenentwicklung	110
5.1	Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit	75	7.1.2	Verteilung der Kosten in der OKP	111
5.2	Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen	79	7.1.3	Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP	112
5.3	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	84	7.2	Versicherungsmodelle	113
5.4	Zusammenfassung	87	7.3	Zusammenfassung	115
6	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	89	8	Literatur	117
6.1	Einleitung	89	9	Anhang	123
6.2	Determinanten der Inanspruchnahme	89	9.1	Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung	123
6.2.1	Das «Andersen-Behavioral-Model»	89	9.1.1	Beschreibung der Stichprobe	123
6.2.2	Prädispositionsfaktoren	90	9.1.2	Datenerhebung	123
6.2.3	Bedingungsfaktoren	90	9.1.3	Gewichtungsverfahren	124
6.2.4	Bedürfnisfaktoren	91	9.1.4	Auswertungsverfahren	124
6.3	Analyse	91	9.2	Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen	125
6.3.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen der ambulanten und stationären Versorgung	92	9.3	Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	126
6.3.2	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	102	Autorinnen und Autoren:		
6.3.3	Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen	104	Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich): Kap. 1.3 / 2 (ohne 2.4) / 3 / 4 / 5		
6.4	Zusammenfassung	106	Marc Bühlmann, Fritz Sager (Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern und Büro Vatter, Politikforschung und -beratung, Bern): Kap. 1.4 / 6		
6.4.1	Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	106	Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Gesundheitsobservatorium): Kap. 2.4		
6.4.2	Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	107	Maik Roth, Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind (Gesundheitsobservatorium): Kap. 7		
6.4.3	Wo steht der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	107	Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Gesundheitsobservatorium): Kap. 1.1, 1.2		

Zusammenfassung

Gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sind nur möglich, wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren bekannt sind. Im vorliegenden Bericht werden aus dem Blickwinkel des Kantons Basel-Landschaft für verschiedene Bevölkerungsgruppen Gesundheitsprobleme identifiziert, gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten aufgezeigt, gesundheitliche Belastungen im Wohn- und Arbeitsumfeld beschrieben und die Inanspruchnahme bzw. Kosten von medizinischen Leistungen abgebildet. Die Datengrundlagen bilden die Schweizerische Gesundheitsbefragung (Jahr 2002) und die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik bzw. der «Datenpool» von santésuisse. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons Basel-Landschaft erstellt.

Unterschiedliche Gesundheit von Frauen und Männern

Den grössten Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben das Geschlecht und das Alter. Männer fühlen sich allgemein besser als Frauen und leiden nur halb so oft an starken körperlichen Beschwerden wie Schwächegefühl, Schlafstörungen oder Kopf- und Rückenschmerzen – Beschwerden, welche auf psychosoziale Belastungen und Stress hinweisen. Gleichzeitig zeichnen sich Männer hinsichtlich Risikofaktoren für chronische Krankheiten durch erhöhte Cholesterinwerte und vermehrtes Übergewicht aus. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Basel-Landschaft genauso wie in der Schweiz insgesamt. Eine bemerkenswerte Abweichung vom Schweizer Durchschnitt lässt sich jedoch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen feststellen. Im Kanton Basel-Landschaft erfreuen sich die über 65-jährigen Männer eines besonders guten allgemeinen Gesundheitszustands, während die Frauen in dieser Altersgruppe überdurchschnittlich häufig an Übergewicht und schlechter psychischer Ausgeglichenheit leiden. Nicht nur körperlich, auch psychisch fühlen sich Männer besser als Frauen. Sie erfreuen sich häufiger eines sehr hohen psychischen Wohlbefindens (Freude am Leben, positive und optimistische Lebenseinstellung), leiden weniger unter

Schlafproblemen und weisen häufiger als Frauen die Überzeugung auf, das Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können (hohe Kontrollüberzeugung).

Bildung, Haushaltseinkommen und Nationalität beeinflussen den Gesundheitszustand

Neben Alter und Geschlecht beeinflussen Bildung und Haushaltseinkommen wesentlich die Gesundheit. Grundsätzlich kann für den Kanton Basel-Landschaft wie auch für die Schweiz der folgende Zusammenhang aufgezeigt werden: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser fühlt sich eine Person, und zwar sowohl körperlich als auch psychisch. Obwohl die meisten Ergebnisse für den Kanton Basel-Landschaft ähnlich wie die Gesamtschweizer Resultate ausfallen, gibt es auch hier einen bemerkenswerten Unterschied: Bezüglich des allgemeinen und psychischen Wohlbefindens und der Kontrollüberzeugung fühlen sich im Kanton Basel-Landschaft sowohl die unterste als auch die oberste Einkommensklasse besser als die Schweizer Referenzgruppe.

Das gesundheitliche Wohlbefinden hängt auch von der Nationalität ab. Dies gilt in besonderem Mass für den Kanton Basel-Landschaft. Die ausländische Bevölkerung im Baselbiet fühlt sich allgemein gesundheitlich seltener gut und hat insbesondere häufiger erhöhte Cholesterinwerte und eine schlechtere psychische Gesundheit; dies gilt sowohl im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern als auch im Vergleich zu allen in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländern.

Rückgang der Sterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft

In den letzten 20 Jahren weist die Sterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf. Sie liegt dabei unter dem Mittel der Grossregion Nordwestschweiz und nahe beim Schweizer Mittel. Zahlenmässig sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Basel-Landschaft. Die Sterblichkeit der Baselbieterinnen aufgrund von Krebs liegt im Beobachtungszeitraum signifikant über den Gesamtschweizer Werten. Die Todesfälle durch Krebsleiden

sind in präventivmedizinischer Hinsicht besonders bedeutsam, beeinträchtigen sie doch am stärksten die Lebenserwartung der Menschen. Unfälle, Gewalttaten und Suizide hingegen ereignen sich im Kanton Basel-Landschaft vergleichsweise selten.

Positives Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Baselbieterinnen und Baselbieter

Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen – insbesondere beim Bewegungsverhalten und beim Ernährungsbewusstsein – bestehen Unterschiede zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und der Gesamtschweiz. Beim Bewegungsverhalten fallen die über 65-jährigen Baselbieter positiv auf. Sie sind seltener inaktiv als der Schweizer Durchschnitt. Keine Baselbieter Besonderheit stellt dagegen der Befund dar, dass sich die Menschen bei der Arbeit und im Alltag wenig bewegen und dass der Bewegungsmangel durch Aktivitäten in der Freizeit nur ungenügend kompensiert wird. Vom Bewegungsmangel sind in besonderem Masse Personen mit einem tieferen Bildungs- und Berufsstatus sowie generell Ausländerinnen und Ausländer betroffen. Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft achten im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt häufiger auf eine gesunde Ernährung.

Übergewicht und Adipositas sind bei den Baselbieterinnen und Baselbietern ebenso ein Thema wie bei der Schweizer Bevölkerung insgesamt. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas. Dabei ist der Anteil Männer mit Übergewicht in allen Altersgruppen deutlich höher als bei den Frauen. Eine Ausnahme bilden jedoch die Baselbieterinnen. Ihr Anteil Personen mit (starkem) Übergewicht entspricht bei den über 65-Jährigen dem Niveau der Baselbieter und liegt somit deutlich über dem Durchschnitt der Frauen in der entsprechenden Altersgruppe in der Schweiz insgesamt.

Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wohn- und Arbeitssituation

Generell müssen Ausländerinnen und Ausländer mit mehr Immissionen in ihrem Wohnumfeld leben und sind mit ihrer Wohnsituation auch weniger zufrieden als Schweizerinnen und Schweizer. Dasselbe gilt auch für Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen. Werden die einzelnen Störquellen wie Verkehrslärm, Abgase oder Lärm fremder Personen verglichen, so zeigt sich, dass die Baselbieterinnen und Baselbieter in ihrem Wohnraum zwar mehr belastet sind, sich aber dennoch

über ihre Wohnsituation zufriedener äussern als die in der Schweiz lebenden Personen insgesamt.

Bei der Arbeitssituation sieht es dagegen genau umgekehrt aus. Obwohl die Erwerbstätigen im Kanton Basel-Landschaft weniger von Immissionen am Arbeitsplatz betroffen sind, sind sie mit ihrer Arbeitssituation unzufriedener als die berufstätigen Schweizerinnen und Schweizer. Weiter zeigt sich, dass Angst vor der Kündigung mit schlechtem psychischem und physischem Wohlbefinden einhergeht. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch, wenn befürchtet wird, keine vergleichbare Stelle mehr zu finden.

Angst beeinträchtigt das Wohlbefinden

Mit Ängsten zu leben, ist der Gesundheit abträglich. Dies zeigt sich beispielsweise im Zusammenhang mit Gewalttaten. Je mehr eine Person damit rechnet, in den nächsten zwölf Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden, desto schlechter ist ihre psychische Ausgeglichenheit. Im Kanton Basel-Landschaft ist diese Angst etwas weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz. Allgemein erweist sich die Angst, Opfer zu werden, bei Personen ausländischer Nationalität sowie tiefen Einkommensklassen als besonders hoch.

Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Wichtigste Erklärungsfaktoren für die unterschiedliche individuelle Inanspruchnahme im Kanton Basel-Landschaft sind der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand und die angegebenen körperlichen Beschwerden: Wer über eine schlechte Gesundheit und über starke körperliche Beschwerden klagt, nimmt medizinische Dienstleistungen eher in Anspruch. Hingegen sind bezüglich des Alters, der sozialen Lage und der Nationalität praktisch keine Unterschiede auszumachen. Das heisst also, dass im Kanton Basel-Landschaft in erster Linie die persönlichen medizinischen Bedürfnisse für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verantwortlich sind.

Einige Unterschiede in der Inanspruchnahme lassen sich teilweise beim Geschlecht feststellen: Frauen nutzen die medizinischen Angebote im Allgemeinen eher als Männer. Bezüglich des Alters zeigen sich hingegen keine Unterschiede in der Inanspruchnahme. Anders als in der Analyse der gesamten Schweiz lassen sich im Kanton Basel-Landschaft auch keine deutlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Personen unterer und oberer sozialer Lagen sowie zwischen Migrantinnen bzw. Migranten und Schweizerinnen bzw. Schweizern beobachten. Mit anderen Worten: Im Kanton Basel-Land-

schaft können kaum schicht-, kultur- oder muttersprachlich bedingte Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme ausgemacht werden.

Ausnahme: Weniger Beanspruchung zahnmedizinischer Leistungen durch untere soziale Lagen

Eine wichtige Ausnahme bildet die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen. Hier zeigen sich recht deutliche Unterschiede: Ausländerinnen und Ausländer, Personen, die aufgrund ihrer Bildungsabschlüsse eher unteren sozialen Lagen zuzuordnen sind, und Personen mit niedrigem Einkommen nehmen zahnmedizinische Leistungen und Dentalhygiene nicht in dem Umfang in Anspruch wie Personen mit hoher Bildung, hohem Einkommen und Schweizer Nationalität. Die Unterschiede dürften insbesondere auf den Umstand zurückzuführen sein, dass zahnmedizinische Leistungen in der Regel selbst bezahlt werden müssen.

Hohe Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich im Kanton Basel-Landschaft eine überaus hohe Inanspruchnahme von Krebspräventionsmassnahmen. Die höchsten Anteile an Befragten, die sich in ihrem Leben schon einmal einer Prostatavorsorgeuntersuchung unterzogen haben oder einen Gebärmutterhalsabstrich vornehmen liessen, finden sich im Kanton Basel-Landschaft. Ebenfalls weit vorne rangiert das Baselbiet bezüglich der Inanspruchnahme von Mammographie-Untersuchungen. Obwohl der Kanton kein Screening-Programm kennt, liegt er bezüglich der Anteile an Frauen, die sich in ihrem Leben schon einmal einer Mammographie unterzogen haben, vor den Westschweizer-Kantonen, die ein Screening eingerichtet haben.

Grosse Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Kanton Basel-Landschaft

Im Vergleich mit der gesamten Schweiz wie auch im Vergleich mit anderen Kantonen zeigt sich im Kanton Basel-Landschaft eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme praktisch aller hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen. Dies lässt sich auch auf strukturelle Faktoren zurückführen. Die urbanen, eher modernen Strukturen und das vergleichsweise stark ausgebaute medizinische Angebot scheinen einer stärkeren Inanspruchnahme förderlich zu sein. Neben anderen Faktoren verursacht eine grössere Nutzung medizinischer Angebote auch grössere Kosten. Die Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Basel-Landschaft sind zwi-

schen 1999 und 2003 um durchschnittlich 5,5% gestiegen. Insbesondere die Kosten für ambulante Behandlungen in den Spitälern, Leistungen in Kranken- und Pflegeheimen bzw. der Spitex und die Ausgaben für Medikamente nahmen im Untersuchungszeitraum stark zu. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten der OKP des Kantons Basel-Landschaft liegen aber nahe beim Schweizer Durchschnitt.

Die Wichtigkeit sozialer Netze

Die Analysen zeigen zudem die Wichtigkeit sozialer Netze. Personen, die nur über wenige soziale Beziehungen verfügen, nehmen deutlich häufiger ambulante Behandlungen in Anspruch und bleiben länger in Spitalbehandlung. Wer hingegen über viel Sozialkapital verfügt, sei dies in Form eines grossen Familien- und Bekanntenkreises oder der Mitgliedschaft in Vereinen, kann eher informelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die Ausstattung mit sozialem Kapital trägt somit dazu bei, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen.

Vorwort

Hauptsache Gesundheit

Die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft gibt im Jahr fast 700 Millionen Franken für die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung aus. Weitere ca. 100 Millionen Franken fliessen als Defizitgarantie in die kantonalen Spitäler. Das ist viel Geld, und es handelt sich auch noch lange nicht um alle Kosten, die wir für die Gesundheit beziehungsweise meist für die Heilung von Krankheit ausgeben. Doch was macht Gesundheit in unserem Kanton aus? Steht dieser finanzielle Aufwand in einem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden in unserem Kanton?

Der vorliegende Bericht zeigt augenfällig, dass Gesundheit weitaus mehr ist, als das, was als das Gesundheitssystem bezeichnet wird: Zwar sind die klassischen Gesundheitsfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum nach wie vor sehr bedeutend; der Bericht gibt uns aber auch erstmals Aufschluss über die psychische Ausgeglichenheit, über die Möglichkeiten der Lebensbewältigung, über das soziale Wohlbefinden, über Einsamkeitsgefühle, über Belastungen am Arbeitsplatz und zu Hause und über die Angst vor Gewalt der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft. Er bietet damit eine breitere und offenere Sichtweise auf Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen. Es geht nicht nur um körperliche Gesundheit, sondern auch um psychische und um soziale Gesundheit und um eine Umwelt, die Gesundheit fördert und erhält. Damit steht uns ein wichtiges Instrument für die Planung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung – Angebote, die einsetzen, bevor Krankheiten oder Beeinträchtigungen auftreten. Das ist das Hauptanliegen dieses Berichts.

Der grossen Mehrheit der Baselbieter Bevölkerung geht es gesundheitlich gut bis sehr gut. Das ist ein sehr positives Resultat und freut mich sehr. Bei genauerer Betrachtung der detaillierten Daten fällt jedoch auf, dass nicht alle Einwohnerinnen und Einwohner gleichermaßen von dieser guten Situation profitieren können. Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und

medizinischen Leistungen sind enorm abhängig von Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Haushaltseinkommen und Nationalität. Letzteres gilt für den Kanton Basel-Landschaft in besonderem Mass: Ausländerinnen und Ausländer fühlen sich gesundheitlich seltener gut und haben bei durchwegs allen Gesundheitsfragen schlechtere Werte. Hier liegt für unsere zukünftige Arbeit ein grosses Potenzial, um die mit diesem Bericht aufgezeigte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

Besonders ins Auge gestochen sind mir zwei weitere Themen: das Übergewicht und die Angst vor Gewalt. 46% der Männer und 32% der Frauen ab 18 Jahren weisen ein Körpergewicht auf, das ein Risiko für ihre Gesundheit darstellt. Das sind extrem hohe Werte. Das gleiche gilt für das zweite Thema: Ein Drittel der Bevölkerung im Kanton erachtet es als wahrscheinlich, im nächsten Jahr Opfer einer Gewalttat zu werden. Die Belastung durch diese Angst ist enorm.

Auffällig ist, dass der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich in Bezug auf die objektiv messbaren Faktoren wie etwa die Lebenserwartung eher überdurchschnittlich dasteht, dies sich jedoch in der subjektiven Wahrnehmung nicht widerspiegelt. Das ist erstaunlich, da wir mit den Voraussetzungen, die uns in diesem Kanton gegeben sind wie Wohlstand, urbane Infrastruktur und doch noch hier und da intakte ländliche Verhältnisse eigentlich zu den Spitzenreitern in Sachen subjektives Wohlbefinden gehören sollten.

Ich bin überzeugt, dass noch sehr viel Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens unserer Bevölkerung vorhanden ist. Deshalb werden wir auch in Zukunft mit unseren Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention immer wieder von neuem wichtige Beiträge dazu leisten, denn wir sind wie alle der Meinung: Hauptsache ist die Gesundheit!

Erich Straumann, Regierungsrat
Vorsteher Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion



1 Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung im weiteren Sinne ist ein zentraler Aufgabenbereich der kantonalen und gesamtschweizerischen Politiken. Eine Gesundheitspolitik, die sich im Sinne von Public Health für die Schaffung gesellschaftlicher Bedingungen einsetzt, unter welchen die Menschen gesund leben können, bedarf valider Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren. Repräsentative Bevölkerungsbefragungen sind diesbezüglich eine wichtige Datenquelle. Im Unterschied zu Patientendaten wie z. B. Spitalstatistiken geben bevölkerungsbezogene Erhebungen Auskunft sowohl über mehr oder weniger gesunde als auch mehr oder weniger kranke Menschen bzw. deren vorübergehende oder chronische Beschwerden, Schmerzen und Behinderungen (Weiss, 2000a). Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderliche oder -beeinträchtigende Lebensumstände, Verhaltensweisen bzw. Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Nur mit dieser Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen kann die Verbreitung von guter und schlechter Gesundheit erforscht werden.

Für die Schweiz ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik wegen ihrer Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen und ihrer nationalen Repräsentativität eine bedeutende Datenquelle. Auch für kantonale Analysen sind die Daten geeignet, haben doch nicht weniger als 16 Kantone im Jahr 2002 einen ausreichenden Stichprobenumfang für bevölkerungsbezogene Aussagen. Der vorliegende Bericht für den Kanton Basel-Landschaft schliesst an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf Basis der SGB-Daten von 1992/1993 bzw. 1997 für verschiedene Kantone erstellt wurden (z. B. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich, 1994, Weiss et al., 1996, Weiss, 2000a, Weiss, 2000b). In Anlehnung an früheres Vorgehen wurde für das Verfassen des Berichts die koordinierte Zusammenarbeit mit anderen Kantonen gesucht, namentlich mit den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Luzern und St. Gallen. Die Initiatorin des Projekts, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), er-

hielt von den fünf Kantonen den Auftrag, auf Grundlage der 2002er Daten für jeden dieser Kantone zentrale Gesundheitsindikatoren in separaten Berichten wissenschaftlich aufzuarbeiten. Ein grosser Teil der Datenanalysen und redaktionellen Arbeiten wurde in der Folge an zwei private Subakkordanten vergeben, an das Büro Lamprecht und Stamm in Zürich und an das Büro Vatter in Bern. Eine Steuerungsgruppe, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt, begleitete das Projekt. Die Mitglieder dieser Steuerungsgruppe sind im Einband des Berichts aufgelistet.

1.1 Zielsetzung

Der vorliegende Bericht zielt darauf, politische Entscheidungsträger und Gesundheitsfachleute bzw. weitere interessierte Personen über die Gesundheit der Baselbieter Bevölkerung zu informieren. Von Bedeutung ist dabei die Identifikation von Gesundheitsproblemen durch die Darstellung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands der Bevölkerung und der ärztlich behandelten Beschwerden oder auch der Verteilung und Entwicklung der Todesursachen. Gesundheitsfördernde und -schädigende Verhaltensweisen, wie eine gesunde Ernährung oder ein übermässiger Alkoholkonsum, können überdies den Gesundheitszustand und die Lebensqualität des Einzelnen nachhaltig beeinflussen und bedürfen darum ebenfalls der Beschreibung. Gerade für die Definition von Problem- und Zielgruppen bei der Ausarbeitung präventiver oder gesundheitsfördernder Aktivitäten ist dieses Wissen zentral. Neben dem Verhalten können auch Umweltbedingungen gesundheitliche Belastungen bewirken, seien dies der drohende Verlust der Arbeit, starke Verkehrsbelästigungen im Wohnbereich oder fehlende soziale Kontakte. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert schliesslich neben dem Hinweis auf gesundheitliche Probleme ebenfalls Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Regelmässige Kontrolle z. B. des Blutdrucks oder Präventivunter-

suchungen gegen Brustkrebs spielen bei der Früherkennung von Beschwerden oder Krankheiten eine wichtige Rolle. Für die Einzelne oder den Einzelnen ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aber auch mit finanziellen Belastungen verbunden, welches sich u. a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegelt.

Wie aus der Gesundheitssoziologie bekannt ist, sind nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen und von denselben Gesundheitsrisiken betroffen. Personen mit schlechter Schulbildung weisen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. ungünstigere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen auf als Personen mit hoher Schulbildung (z. B. Mielck, 2000, BFS, 2002). Ein Ziel der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation «Gesundheit 21» ist denn auch die Verringerung des Gesundheitsgefälles zwischen den sozioökonomischen Gruppen (WHO Regionalbüro für Europa, 1999). Alter, Geschlecht und Nationalität einer Person sind weitere wesentliche Faktoren, die Gesundheitszustand und -verhalten bestimmen. Für die gezielte Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitsförderung sind deshalb Informationen über einzelne Bevölkerungsgruppen unerlässlich. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Identifikation von Personen mit mehrfachen gesundheitlichen Belastungen oder kumuliertem gesundheitsfördernden bzw. schädigenden Verhalten.

Der interkantonale Vergleich liefert wertvolle Anhaltspunkte zur Einschätzung, ob ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder gesundheitsschädigendes Verhalten überdurchschnittlich häufig im eigenen Kanton vorkommt und damit besonders besorgniserregend ist. Dabei müssen demografische und strukturelle Unterschiede zwischen den Kantonen in die Analyse einfließen. Gerade auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können sich unterschiedliche kantonale Wertestrukturen, unterschiedliche soziodemografische Begebenheiten oder ein unterschiedliches medizinisches Angebot auswirken.

1.2 Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert in erster Linie auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Jahres 2002. In einige Kapiteln fliessen zudem Daten anderer Statistiken in die Analyse ein (v. a. Kapitel 2.4 und 7). Diese werden in den jeweiligen Kapiteln beschrieben. In Tabelle 1.1 sind die wichtigsten Informationen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung zusammengestellt. Weitergehende Informationen, insbesondere zur Beschreibung der Stichprobe, zur Datenerhebung und zu den Gewichtungungsverfahren, sind dem Anhang 1 oder der Literatur (BFS, 2003a, BFS, 2003b) zu entnehmen.

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung

Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.
Rechtsgrundlage	Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
Erhebungszweck	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse der Schweizer Wohnbevölkerung. Die periodische Wiederholung der SGB ermöglicht die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen in diesen Themenbereichen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.
Befragte	Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.
Stichprobe	Die Auswahl der Befragten erfolgte in zwei Schritten: 1. Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichprobe von Privathaushalten (Übergewichtung bevölkerungsarmer und Untergewichtung bevölkerungsreicher Regionen). 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts. Im Rahmen der SGB 2002 nahmen 19'706 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 16'141 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus.
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002. Nächste Befragung: 2007.

Tab. 1.2 Anzahl Personen (15 Jahre und älter) in Stichprobe SGB02 und Gesamtbevölkerung¹ des Kantons Basel-Landschaft nach Alters- und Geschlechtsgruppen

Altersgruppe	Männer		Frauen		Total	
	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung
15–34 Jahre	90	25 818	109	32 101	199	57 919
35–49 Jahre	143	31 343	137	29 317	280	60 660
50–64 Jahre	132	27 290	157	27 841	289	55 131
65 Jahre und mehr	111	19 509	140	24 461	251	43 970
Total	476	103 960	543	113 720	1 019	217 680

¹ Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), Ende 2001

Im Kanton Basel-Landschaft sind im Rahmen der SGB 2002 stellvertretend für die 217'680 Einwohnerinnen und Einwohner (15 Jahre und älter) 1019 Personen befragt worden. Aus Tabelle 1.2 geht die Anzahl befragter Personen bzw. die entsprechende Baselbieter Bevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen hervor. Sowohl das Auswahlverfahren der Befragten als auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Gültigkeit erhalten (für genauere Informationen siehe Anhang 1).

1.3 Vorgehen

Der Gesundheitsbericht für den Kanton Basel-Landschaft ist wie folgt aufgebaut: Im nachfolgenden Abschnitt 1.4 wird zunächst ein Blick auf die strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen geworfen. Ein kurzer Steckbrief gibt eine Übersicht über wichtige Faktoren der kantonalen Ausstattung und Problemstruktur.

Das Kapitel 2 ist ganz dem Gesundheitszustand gewidmet, wobei in Anlehnung an die WHO-Definition das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden untersucht werden soll. Unter dem psychischen und sozialen Wohlbefinden werden auch Aspekte thematisiert, die im Strukturmodell dem Habitus zuzuordnen sind. Bei allen wichtigen Dimensionen wird jeweils der Einfluss der sozialen Lage berücksichtigt, indem neben den regionalen Unterschieden auch die Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Haushaltseinkommen und beruflichem Status dargestellt werden. Im letzten Abschnitt des Kapitels 2 werden die Todesursachen analysiert und dargestellt.

Das Kapitel 3 befasst sich mit den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen. Dabei werden insbesondere das Gesundheitsbewusstsein, das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, der Medikamentenmissbrauch sowie der Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum untersucht, wobei auch hier nach dem Einfluss der sozialen Lage gefragt wird.

Kapitel 4 ist der konkreten Lebenssituation gewidmet. Dabei werden die Belastungen im Wohnbereich und am Arbeitsplatz dargestellt sowie die Angst vor Arbeitslosigkeit und Gewalt problematisiert. In Kapitel 5 werden die verschiedenen Ebenen – Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen, Habitus, Lebenssituation und soziale Lage – miteinander in Beziehung gesetzt und einige zentrale Zusammenhänge näher analysiert.

Das Kapitel 6 befasst sich mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, und in Kapitel 7 wird die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung dargestellt.

1.4 Der Kanton Basel-Landschaft als gesundheitsrelevanter Kontext

Zahlreiche Studien kommen zum Schluss, dass der gesellschaftliche Rahmen und das soziale Umfeld auf individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einwirken. Strukturelle und kulturelle Eigenschaften des Kantones bilden gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche ein Individuum in seinen Verhaltensweisen einschränken oder befördern (vgl. z.B. BFS 2003c; Bisig und Gutzwiller 2004a; Cardia-Vonèche und Bastard 1999; MacIntyre et al. 1993; Shaw et al. 1998). Soll der Kanton Basel-Landschaft in vergleichender Perspektive analysiert werden, so ist die Darstellung einiger der wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen zentral.

Ziel dieses Abschnitts ist es, einerseits die für das gesundheitsrelevante Verhalten, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen herauszufiltern und andererseits den Kanton Basel-Landschaft mit Hilfe dieser Faktoren als gesundheitsrelevanten Kontext steckbriefartig zu beschreiben (vgl. Tabelle 1.2). Unterschieden werden drei Gruppen unterschiedlicher Faktoren. Erstens sind es kulturelle Wertmuster, die die Basis unterschiedlicher individueller Einstellungen für unterschiedliche Verhaltensweisen bilden. Zweitens gelten unterschiedliche soziostrukturelle Grössen als zentrale Wirkungsfaktoren. Drittens hat aus ökonomischer Sicht das medizinische Angebot einen Einfluss auf gesundheitsrelevantes Verhalten, insbesondere auch im Hinblick auf die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen.

1.4.1 Kultureller Kontext

Nicht nur gesundheitsrelevantes Verhalten, Gesundheitszustand oder Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern bereits die Wahrnehmung und Bezeichnung von Gesundheitszuständen hängen von der kulturellen Basis einer Gesellschaft ab (Cardia-Vonèche und Bastard 1999; Mechanic 1963; Zola 1966). In der Schweiz ist dabei insbesondere an zwei kulturelle Faktoren zu denken: die Nationalität und die Sprache.

Die Studien zur speziellen Situation von *Ausländerinnen und Ausländern* bezüglich unterschiedlicher Gesundheitsfragen sind zahlreich (für einen Überblick vgl. Weiss 2003). Es wird dabei häufig aufgezeigt, dass aufgrund anderer kultureller Auffassungen von Gesundheit und sprachlicher Schwierigkeiten der Zugang für Migrantinnen und Migranten zum medizinischen System erschwert wird. Unterschiedliche kulturelle Einstellungen können sich aber beispielsweise auch auf unterschiedliche Reproduktionsraten und unterschiedliches Gesundheitsverhalten, insbesondere hinsichtlich des Gesundheitsrisikos auswirken (Baggott 2000; Balarajan und Raleigh 1995; HEA 1997; Harding und Maxwell 1997; Wild und McKeigue 1997; Nazroo 1997). Der Kanton Basel-Landschaft weist im Vergleich zur Schweiz einen eher unterdurchschnittlichen Anteil an Ausländerinnen und Ausländern auf (BL: 17,8%, CH: 20,3%).

Kulturelle Unterschiede lassen sich in der Schweiz auch hinsichtlich der *Sprache* feststellen. So finden etwa Bisig und Gutzwiller (2004a) höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der französischen Schweiz. Sie führen dies zurück auf die kulturell bedingte höhere Bereitschaft von Personen der lateinischen Schweiz, unabhängig von den verursachten Kosten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus lassen sich in den unterschiedlichen Sprachregionen aber auch unterschiedliches Gesundheitsverhalten – z. B. bei der Konsumation von Alkohol oder Tabak – und unterschiedliche gesundheitspolitische Massnahmen – z. B. Screening-Programme für Mammographie – beobachten.

1.4.2 Soziostruktureller und -demographischer Kontext

Auch der soziostrukturelle Kontext kann Auswirkungen auf individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Unterschiedliche Alters- und Bildungsstrukturen, vorherrschende Haushaltsformen, unterschiedliche sozioökonomische und -professionelle sowie geographische Faktoren gelten dabei als wichtigste Grössen.

Das Alter wirkt sich in vielfältiger Weise auf Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen aus. Gesundheitliche Probleme nehmen mit dem Alter zu, ältere Menschen sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt und nehmen Gesundheitsdienste stärker in Anspruch (Bisig und Gutzwiller 2004c). Im Vergleich mit der Schweiz leben im Kanton Basel-Landschaft etwas weniger junge Menschen (unter 19 Jahre alt), während

die Anteile an 20- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen leicht höher sind. Diese Unterschiede lassen sich durch unterschiedliche Geburten- und Zuwanderungsraten erklären.

Soziale Schichten unterscheiden sich in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, im Gesundheitszustand und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ungünstige Lebensbedingungen, knappe Ressourcen und schichtspezifisches Gesundheitsverhalten zeigen sich als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen unterer sozialer Lagen (Meyer und Jeanneret 1999). Die Schichtzugehörigkeit wird häufig mittels des *Bildungsgrades* gemessen (Bisig und Gmel 2004). Der Kanton Basel-Landschaft weist – verglichen mit der Schweiz – ein höheres aggregiertes Bildungsniveau auf. Der Bevölkerungsanteil mit nachobligatorischer Ausbildung ist im Baselbiet rund 5% höher als in der gesamten Schweiz.

In der Public-Health-Diskussion spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Wer über starke soziale Netze verfügt, hat eine positivere Einstellung zu seiner eigenen Gesundheit (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Als wichtigste Quelle primärer Sozialunterstützung gilt die Familie. Mit Hilfe der *Haushaltsstrukturen* in den Kantonen lässt sich die Individualisierung in den Lebensformen nachzeichnen. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und Einelternfamilien. Einpersonenhaushalte werden dabei häufig von betagten Menschen, insbesondere von betagten Frauen geführt. Freilich ist die Führung eines Einpersonenhaushaltes nicht unbedingt gleichbedeutend mit sozialer Verarmung. Die Vorsteher und Vorsteherinnen von Einelternfamilien sind Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Erwerbs- und Familienarbeit müssen vereinbart werden. Dies und das Armutrisiko, dem vor allem allein erziehende Mütter und ihre Kinder ausgesetzt sind, können sich auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirken. Im Kanton Basel-Landschaft wohnen durchschnittlich mehr Personen im gleichen Haushalt als in der gesamten Schweiz. Der Kanton weist überdies im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen geringeren Anteil an Einpersonenhaushalten auf. Hinsichtlich der Einelternfamilien liegt der Kanton Basel-Landschaft genau im schweizerischen Mittel.

Wirtschaftlich schwache Gebiete fallen durch die schlechte Gesundheit ihrer Bevölkerung auf (Baggott 2000; Carstairs und Morris 1989; Drever und Whitehead 1995). Insbesondere die *Arbeitslosigkeit* wirkt nicht nur auf die direkt Betroffenen, sondern erhöht den Stress, der sich aus einer unsicheren Beschäftigung ergibt. Die

Arbeitslosenquote erklärt sich teilweise aus der Verteilung der Beschäftigten auf die unterschiedlichen *Wirtschaftssektoren*. Darüber hinaus variieren Gesundheitsrisiken stark zwischen den einzelnen Branchen (Gubéran und Usel 2001). Trotz einem im Vergleich zur Schweiz leicht höheren Anteil an Beschäftigten im II. Sektor und damit verbunden einem leicht tieferen Anteil im III. Sektor weist der Kanton Basel-Landschaft eine eher tiefe Arbeitslosenquote auf.

Auch der Grad an Verstädterung kann Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Fragen spielt die heterogenere Zusammensetzung bevölkerungsreicher und urbaner Gebiete eine Rolle, denn sie bedingt eine grössere und spezifischere Nachfrage. Zu beachten ist aber auch das unterschiedliche, in der Regel grössere medizinische Angebot in städtischen Regionen (vgl. z. B. Bisig und Gutzwiller 2004c). Im Vergleich mit allen anderen 25 Kantonen der Schweiz weist der Kanton Basel-Landschaft einen hohen Urbanitätsgrad auf.

1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen

Das Angebot an medizinischen Einrichtungen spielt insbesondere im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine wichtige Rolle. Selbstverständlich müssen auch die kantonalen Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention mit in die Überlegungen einbezogen werden. Mangels vergleichbarer Daten wird hier allerdings lediglich der grobe Faktor «kantonale Gesundheitsausgaben» betrachtet. Im interkantonalen Vergleich gibt der Kanton Basel-Landschaft eher wenig für Gesundheit aus. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegen im Kanton Basel-Landschaft unter dem Durchschnitt der Gesundheitsausgaben pro Kopf aller Kantone.

In neuesten Studien zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Schweiz (Bisig und Gutzwiller 2004b, 2004c) werden regionale Unterschiede sehr häufig mit unterschiedlichem medizinischem Angebot erklärt. Je höher das Angebot an medizinischen Leistungen ist, desto stärker ist auch die Nachfrage. Ältere und neuere ökologische Analysen des Zusammenhangs von Gesundheitskosten und Ärztedichte weisen auf eine Abhängigkeit der Nachfrage vom Angebot hin (Crivelli et al. 2003; Domenighetti und Crivelli 2001; Domenighetti und Limoni 1994; Doppmann 1985; Haari et al. 2002; Rüefli und Vatter 2001). Im Vergleich mit der Gesamtschweiz weist der Kanton Basel-Landschaft eine eher

unterdurchschnittliche Ärzte-, aber eine überdurchschnittliche Zahnärztedichte auf. Da im vorliegenden Bericht die gesamte Bevölkerung und zahlreiche Krankheitsursachen untersucht werden, wird die Bettendichte – als weiterer Angebotsfaktor – aller Institutionen (Zentrumsversorgung, Grundversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Spezialkliniken, Alters-, Betagten- Pflege- und Behindertenheime sowie andere sozialmedizinische Institutionen) in den Steckbrief aufgenommen. Freilich ist damit nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten, ausgesagt. So gilt beispielsweise der Kanton Basel-Landschaft als Nettoexporteur von Patientinnen und Patienten (BFS: Medizinische Statistik 2002) und weist eine im Vergleich mit der Gesamtschweiz eher geringe Bettendichte auf.

In der nachfolgenden Tabelle werden die kulturellen, soziostrukturellen und -demografischen sowie die angebotsorientierten Grössen aufgelistet. Die Ausprägungen des Kantons Basel-Landschaft werden dabei mit jenen der Schweiz verglichen. Der besseren Einordnungsmöglichkeit dient die Auflistung des Ranges des Kantons Basel-Landschaft, den er in einer Kantonsrangliste bezüglich des jeweiligen Indikators einnimmt (die höchste Ausprägung entspricht jeweils dem Rang 1).

Tab. 1.3 Eckwerte des Kantons Basel-Landschaft

Indikator	BL	Schweiz	Rang BL ¹	Operationalisierung und Quelle
Allgemeine Angaben				
Bevölkerungsgrösse 2002	263 194	7 317 873	10	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP).
Bevölkerungsentwicklung 1992–2002	12,9	5,9	4	Zunahme/Abnahme in % zwischen 1992–2002 (ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)).
Kultureller Kontext				
Anteil Ausländerinnen und Ausländer in % 2002	17,8	20,3	13	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2002 in % (BFS, ESPOP).
Soziostruktureller und -demografischer Kontext				
Altersstruktur 2000				
0–19-Jährige in %	21,9	22,9	22	Wohnbevölkerung nach Altersklassen; Anteile in % (BFS; Volkszählung 2000).
20–64-Jährige in %	62,2	61,8	7	
>64-Jährige in %	15,9	15,4	12	
Bildungsniveau der 25–64-jährigen Bevölkerung 2000				
ohne nachobligatorische Ausbildung in %	20,1	22,9	24	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS; Volkszählung 2000).
Sekundarstufe II in %	53,2	49,2	4	
Tertiärstufe in %	22,0	21,5	6	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,3	2,2	16	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in % und Anteil an Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil als Anteil aller Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (alle: BFS; Volkszählung 2000).
Einpersonenhaushalte in %	32,0	35,8	15	
Einelterfamilien: Haushalte in %	13	13	8	
Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt 2002)				
Volkseinkommen in CHF pro Kopf 2001	1,9	2,5	16	Jahresdurchschnitt 2002 in % (seco, BFS, BFS; Volkszählung 2000). Netto-Volkseinkommen zu Faktorkosten in CHF pro Einwohner 2001 (BFS; Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung).
	52 477	49 012	7	
Beschäftigungsstruktur 2000/2001				
Beschäftigte im I. Sektor in %	3,9	5,7	21	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren 2000 (Sektor I) und 2001 (Sektoren II und III) als Anteile aller Beschäftigten (BFS).
Beschäftigte im II. Sektor in %	33,7	26,6	12	
Beschäftigte im III. Sektor in %	62,4	67,7	12	
Urbanitätsgrad				
	86,4	44,4 ²	3	Urbanitätsgrad der Kantone gemäss Volkszählung 1990 (BFS 1997: Die Raumgliederung der Schweiz; Vatter et al. 2004).
Angebot				
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	1,92	1,96	8	Ärztedichte: Anzahl der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker sowie der Fachärztinnen und Fachärzte in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2002 (FMH-Statistik).
Zahnärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,46	0,39	5	Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner/innen (BFS; Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind).
Bettendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	17,9	22,2	20	Anzahl Betten pro 1000 Einwohner/innen (alle Kliniken und sozialmedizinischen Anstalten; Krankenhausstatistik 2002 Tabellen D.1. und D.2.).
Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Kopf (inklusive Ausgaben der Gemeinden)	952	1065 ³	12	Ausgaben (Nettobelastung) pro Kopf gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (BFS; Finanzstatistik Bereich Gesundheit und soziale Wohlfahrt). Ausgaben im Jahr 2002 (Nettobelastung = laufende Rechnung plus Investitionsrechnung) pro Kopf gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Nettobelastung für Spitäler, Kranken- und Pflegeheime, psychiatrische Kliniken, ambulante Krankenpflege, Krankheitsbekämpfung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gesundheitsforschung, übrige Krankheiten, Schulgesundheitsdienst, Lebensmittelkontrolle, übriges Gesundheitswesen; inklusive Ausgaben der Gemeinden). BFS: Finanzstatistik Bereich Gesundheit).

¹ Rang im interkantonalen Vergleich; 1 entspricht jeweils der höchsten Ausprägung

² Diese Angaben entsprechen dem Mittelwert aus den Angaben aller Kantone.

³ Diese Angabe entspricht dem Total der Ausgaben aller Kantone gewichtet an der Anzahl Einwohner/innen der Schweiz.

2 Gesundheitszustand

Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff. Weder in der Wissenschaft noch in der Alltagssprache gibt es dafür eine einfache und einheitliche Verwendung. Während die älteren Definitionen die Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit definieren, geht man heute von einem positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff aus. In Anlehnung an die viel zitierte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1946 werden neben den körperlichen Aspekten auch das psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt. Wohlbefinden bezeichnet mittlerweile nicht nur einen statischen Zustand, sondern es wird als Voraussetzung und Resultat eines aktiven Austauschprozesses verstanden. In dem Masse wie es einer Person gelingt, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen in Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Um- und Mitwelt zu befriedigen bzw. zu verwirklichen, ist sie mehr oder weniger gesund oder auch krank. Gesundheit wird so zu einer aktiven Leistung und das Gesundheitshandeln zu einer zentralen Determinanten.

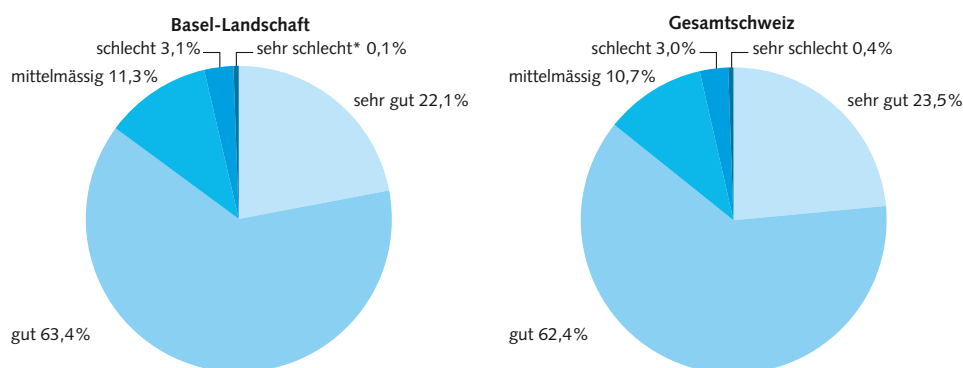
Im folgenden Kapitel werden die drei Dimensionen der Gesundheit – körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden – zunächst einzeln betrachtet. Dabei werden allfällige Geschlechterunterschiede analysiert, und es wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter

untersucht. Bei wichtigen Indikatoren werden auch sozioökonomische Merkmale wie Bildung, Berufsstellung, Einkommen und Nationalität berücksichtigt. Mit den Zusammenhängen zwischen den drei Gesundheitsdimensionen befasst sich Kapitel 5.

2.1 Körperliche Gesundheit

Nach der WHO-Gesundheitsdefinition misst sich körperliche Gesundheit am Niveau des physischen Wohlbefindens. Das heisst, der subjektiven Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands kommt eine wichtige Rolle zu. Viele Studien haben zudem gezeigt, dass der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand ein wichtiger Indikator für Mortalität und Morbidität ist (Mackenbach et al 2002, Idler und Benyamini 1997). Der folgende Abschnitt geht deshalb zunächst von der Selbsteinschätzung der Befragten bezüglich ihres allgemeinen Wohlbefindens aus. Erst in einem zweiten Schritt wird nach konkreten Beschwerden, Leistungseinschränkungen und Behinderungen gefragt. Auch in diesem Teil handelt es sich dabei ausschliesslich um selbstberichtete Angaben.

Allgemeiner Gesundheitszustand, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz **Abb. 2.1**

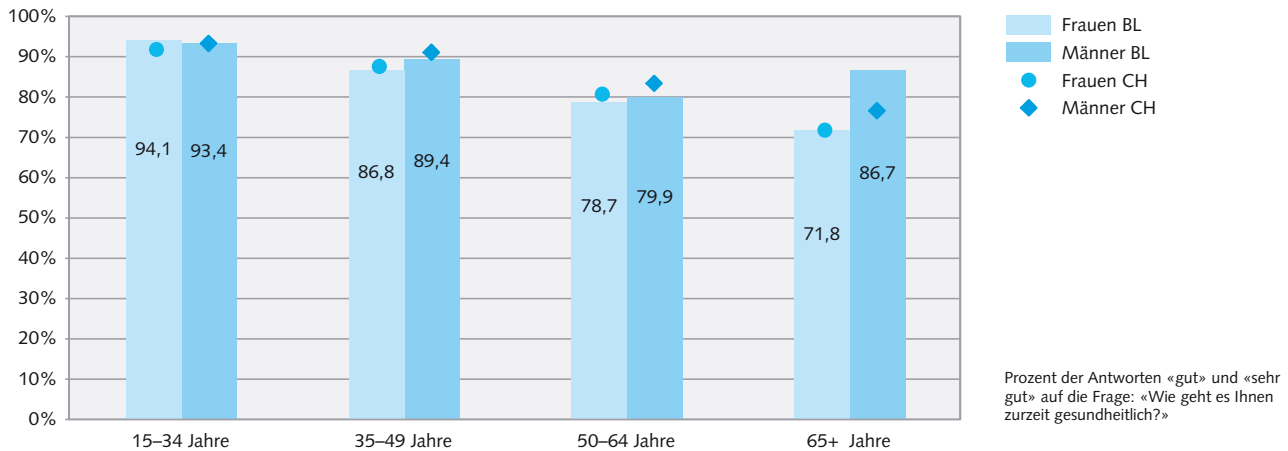


* Antworten von 0–10 Personen.

Antworten auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL), 19701 (CH). * n=1.

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz Abb. 2.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL); 19'701 (CH).

Tab. 2.1 Anteil der Personen mit (sehr) guter und (sehr) schlechter Gesundheit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		gut/ sehr gut ¹		schlecht/ sehr schlecht ²
		BL	CH	CH
Gesamtbevölkerung		85,4	85,8	3,4
Geschlecht	Frauen	83,6	84,0	3,7
	Männer	87,4	87,8	3,1
Altersgruppen	15–34	93,7	92,5	0,9
	35–49	88,1	89,4	2,7
	50–64	79,3	82,0	5,2
	65+	78,4	73,7	6,6
Bildung	obligatorische Schule	77,4	79,1	6,0
	Sekundarstufe II	85,8	87,0	2,8
	Tertiärstufe	93,7	91,4	2,0
Nationalität	Schweizer	86,4	86,4	2,9
	Ausländer	80,5	83,6	5,7
Haushaltseinkommen³	bis CHF 3000	84,1	81,8	4,7
	CHF 3000 bis 4499	83,8	86,0	3,3
	CHF 4500 bis 5999	88,4	89,2	2,0
	CHF 6000 und höher	94,3	91,6	1,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	75,6	81,2	5,1
	qualifiziert manuelle Berufe	81,7	82,7	5,0
	Kleinunternehmer	80,3	86,5	2,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	86,5	85,2	3,2
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	86,8	88,1	2,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	93,1	92,5	1,8
Regionaler Vergleich	Aargau	83,6		4,2
	Basel-Landschaft	85,4		3,3
	Basel-Stadt	80,4		6,4
	Bern	86,0		2,9
	Luzern	86,5		(3,0)
	Solothurn	83,4		3,2
	St. Gallen	86,4		2,9
	Zug	89,7		(2,0)
	Zürich	87,1		2,9
	andere Deutschschweizer Kantone	87,9		2,7
	Westschweizer Kantone	85,4		3,8
	Tessin	84,6		5,4

¹ Prozentanteil der Antworten «gut» und «sehr gut» auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

² Prozentanteil der Antworten «schlecht» und «sehr schlecht» auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»

³ Das Äquivalenzeinkommen des Haushalts berechnet sich aus dem gesamten Haushaltseinkommen, gewichtet nach der Anzahl Personen, die in diesem Haushalt wohnen.

Für detaillierte Angaben vgl. BFS 2003d: 25f.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL); 19'701 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut. Wie in der Gesamtschweiz antworten mehr als vier Fünftel aller Befragten auf die Frage «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?» mit «gut» oder «sehr gut». Nur eine kleine Minderheit gibt an, es gehe ihr momentan schlecht oder gar sehr schlecht (vgl. Abbildung 2.1).

Der Anteil der Personen mit gutem und sehr gutem allgemeinem Wohlbefinden ist bei den Männern mit 87,4% noch ein wenig höher als bei den Frauen mit 83,6%. Bei beiden Geschlechtern nimmt jedoch das gesundheitliche Wohlbefinden bei den höheren Altersgruppen ab. Auffallend ist der hohe Anteil Männer über 65 Jahren mit guter und sehr guter Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft. Er liegt deutlich über jenem der 50- bis 64-Jährigen sowie auch über demjenigen der entsprechenden Altersgruppe in der Gesamtschweiz. Ansonsten entsprechen die Werte bezüglich Alter wie auch bezüglich Geschlecht dem Gesamtschweizer Durchschnitt (Abbildung 2.2).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit variiert auch bezüglich der sozioökonomischen Merkmale. Auffällig ist, wie sehr die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der sozialen Lage der befragten Person zusammenhängt. Je höher die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen, desto besser wird der persönliche Gesundheitszustand eingeschätzt. Im Kanton Basel-Landschaft antworten 93,7% der Personen mit Tertiärbildung, es gehe ihnen gut oder sogar sehr gut. Bei Personen, die nur die obligatorische Schule besucht haben, ist dies lediglich bei 77,4% der Fall. Dieser Befund stellt allerdings keine Besonderheit des Kantons

Basel-Landschaft dar, sondern findet sich in vergleichbarem Ausmass auch in der Gesamtschweiz (Tabelle 2.1).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Personen, die angeben, es gehe ihnen schlecht oder sehr schlecht. Diese Problemgruppe ist umso grösser, je höher das Alter und je geringer die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen sind.

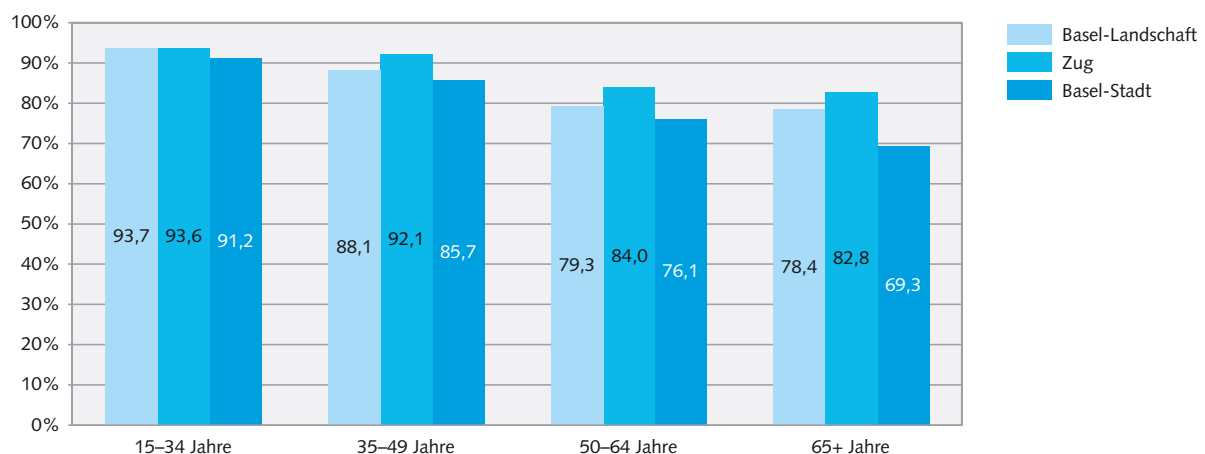
Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Basel-Landschaft bezüglich dem selbstberichteten allgemeinem Wohlbefinden genau in der Mitte. Im Kanton Zug scheint es den Leuten gesundheitlich besonders gut (89,7% gut und sehr gut), im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich etwas weniger gut (80,4% gut und sehr gut) zu gehen. Diese Aussage gilt auch, wenn man berücksichtigt, dass im Kanton Basel-Stadt (Alterdurchschnitt: 50,4 Jahre) deutlich mehr ältere Leute wohnen als in den Kantonen Basel-Landschaft (Alterdurchschnitt: 47,4 Jahre) und Zug (Alterdurchschnitt: 43,3 Jahre). Bereits im Alter von 15 bis 34 Jahren schätzen die Bewohner des Kantons Basel-Stadt ihren Gesundheitszustand als etwas weniger gut ein als in den anderen Kantonen. Mit zunehmendem Alter nehmen die interkantonalen Unterschiede zu, wobei der Kanton Basel-Landschaft in allen Altersgruppen eine mittlere Position einnimmt (vgl. Abbildung 2.3).

Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Das allgemeine Wohlbefinden ist davon abhängig, ob jemand unter einem lang andauernden Gesundheitsproblem leidet. In der Schweizer Gesundheitsbefragung wurde nach körperlichen oder psychischen Problemen gefragt, die sich auf die alltäglichen Aktivitäten einschränkend auswirken und die schon seit mindestens einem Jahr andauern.

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit, die Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Zug im Vergleich

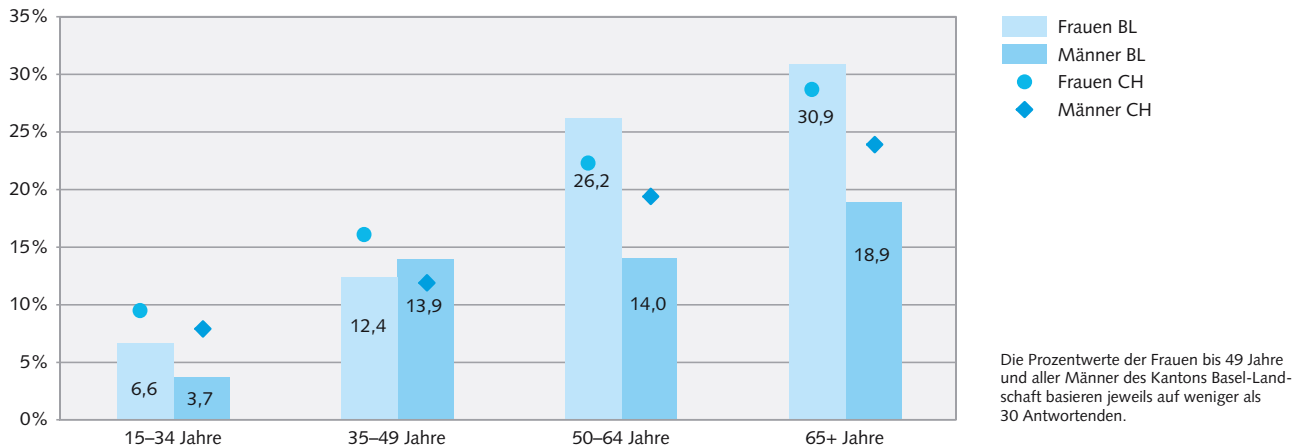
Abb. 2.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002., n=1019 (BL); 1009 (ZG); 1017 (BS)

Anteil der Frauen und Männer mit einem chronischen Gesundheitsproblem unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=938 (BL); 18'458 (CH).

Tab.2.2 Anteil der Personen mit chronischen Beschwerden sowie Art dieser Beschwerden nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Schweiz (in %)

		alle chronische Beschwerden	wovon körperlich bedingt	psychisch bedingt	beides
Gesamtbevölkerung		16,2	79,3	10,4	10,2
Geschlecht	Frauen	18,1	77,4	11,7	10,9
	Männer	14,1	82,0	8,7	9,3
Altersgruppen	15-34	8,7	73,4	14,2	12,4
	35-49	13,9	73,0	15,0	12,0
	50-64	20,9	79,7	9,8	10,4
	65+	26,7	87,2	5,4	7,5
Bildung	obligatorische Schule	19,9	78,3	9,3	12,4
	Sekundarstufe II	15,6	79,6	11,3	9,1
	Tertiärstufe	12,9	81,3	9,0	9,7
Nationalität	Schweizer	16,7	80,1	10,4	9,5
	Ausländer	14,0	75,4	10,8	13,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	18,4	79,3	10,1	10,6
	CHF 3000 bis 4499	17,0	78,3	11,5	10,2
	CHF 4500 bis 5999	14,5	78,8	11,5	9,6
	CHF 6000 und höher	11,8	85,7	9,4	4,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- u. ungelernte man. Berufe	19,2	79,7	10,1	10,2
	qualifiziert manuelle Berufe	17,1	78,3	11,9	9,8
	Kleinunternehmer	16,9	82,2	9,2	8,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	16,5	80,5	9,4	10,1
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	15,5	77,1	12,9	9,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	11,7	84,4	6,8	8,8
Regionaler Vergleich	Aargau	16,9	76,1	11,5	12,4
	Basel-Landschaft	15,3	78,4	8,5	13,1
	Basel-Stadt	23,7	80,7	6,6	12,7
	Bern	16,7	78,8	11,5	9,7
	Luzern	15,2	85,1	8,7	6,1
	Solothurn	20,1	74,7	15,3	9,9
	St. Gallen	17,8	82,7	12,2	5,1
	Zug	14,7	83,7	10,3	6,0
	Zürich	16,7	80,1	10,4	9,5
	Andere Deutschschweizer Kantone	15,2	79,8	8,0	12,3
	Westschweizer Kantone	15,1	78,6	10,5	10,8
	Tessin	12,4	77,8	9,8	12,4

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'181<n<19'703 (alle chronischen Beschwerden); 3180<n<3450 (Beschwerden differenziert).

Im Kanton Basel-Landschaft leiden 15,3% der Wohnbevölkerung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem; dieser Anteil liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt von 16,2%. Der genannte Gesamtwert ist aber nur bedingt aussagekräftig, da bei den solchen Gesundheitsproblemen grosse Geschlechts- und Altersunterschiede existieren. Der Anteil an Frauen mit lang andauernden Beschwerden liegt deutlich über demjenigen der Männer (BL 18,1% vs. 12,3%; CH 18,1% vs. 14,1%). Mit zunehmendem Alter nehmen diese gesundheitlichen Probleme erwartungsgemäss deutlich zu. Dabei verstärken sich im Kanton Basel-Landschaft auch die Geschlechtsunterschiede: Ab 50 Jahren leidet ein Viertel bis ein Drittel der Frauen unter lang andauernden Gesundheitsproblemen, bei den Männern ist – wie Abbildung 2.4 verdeutlicht – der entsprechende Anteil deutlich geringer. Dieser kombinierte Alters- und Geschlechtseffekt zeigt sich in der Gesamtschweiz nicht im selben Masse.

Wird nach der Art der Beschwerden unterschieden, so stellt man für die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft fest, dass knapp vier Fünftel (78,2%) der Probleme körperlicher Art und je rund ein Zehntel psychischer (8,5%) oder eine Kombination von körperlicher und psychischer Art (13%) sind. Der Kanton Basel-Landschaft unterscheidet sich mit diesen Werten nicht wesentlich von der Gesamtschweiz (78,6%, 10,3%, 10,2%).

Tabelle 2.2 unterstreicht, dass der Anteil Personen mit lang andauernden Beschwerden mit höherem Alter insgesamt zwar zunimmt (vgl. auch Abbildung 2.4), dass aber ein Unterschied zwischen körperlich und psychisch bedingten Beschwerden gemacht werden muss. Der Anteil an psychisch bedingten Beschwerden ist in jüngeren Jahren grösser als in den älteren Altersgruppen. Auffällig ist ferner der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status, desto seltener sind solche Beschwerden.

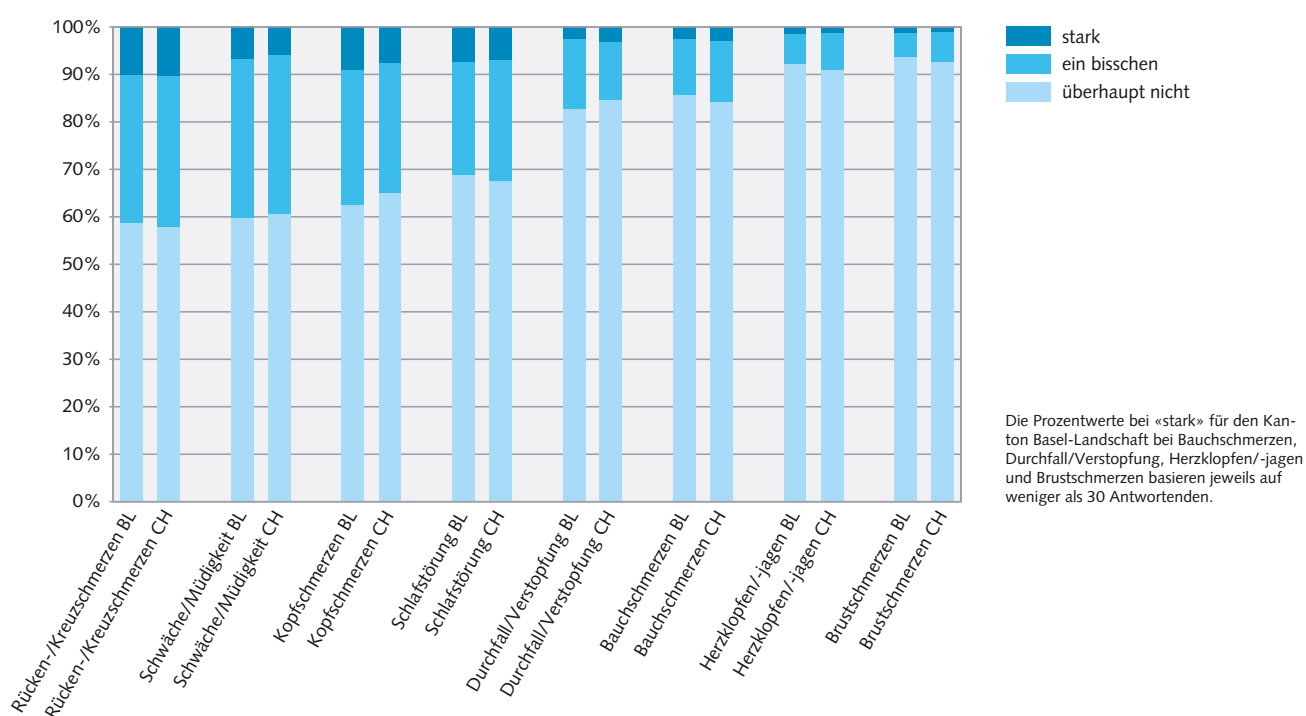
Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Basel-Landschaft mit 15,3% Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen gemeinsam mit den Kantonen Zug (14,7%) und Luzern (15,2%) im unteren Bereich. Geringer sind die Anteile lediglich in den Westschweizer Kantonen (15,1%) und im Tessin (12,4%).

2.1.2 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen Frage zu den chronischen Beschwerden gab es in der Gesundheitsbefragung auch gezielt eine nach gesundheitlichen Störungen, die häufig Symptomcharakter haben. Dazu zählen Bauch-, Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Verdauungsprobleme, Schlafstörungen und Herzklopfen/-jagen. Es wurde erhoben, ob sie in den vier

Körperliche Beschwerden, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 945<n<949 (BL); 18514<n<18524 (CH).

Wochen vor dem Interviewtermin aufgetreten sind. Die genannten Beschwerden können die Folge von starken psychosozialen Belastungen (Stress) sein, sie können aber auch im Zusammenhang mit einer akuten Krankheit stehen. Um unterscheiden zu können, was die Ursache für das Entstehen der Beschwerden war, wurde zusätzlich gefragt, ob sie von Fieber begleitet waren. In den folgenden Analysen werden ausschliesslich Beschwerden berücksichtigt, die ohne Fieber aufgetreten sind.

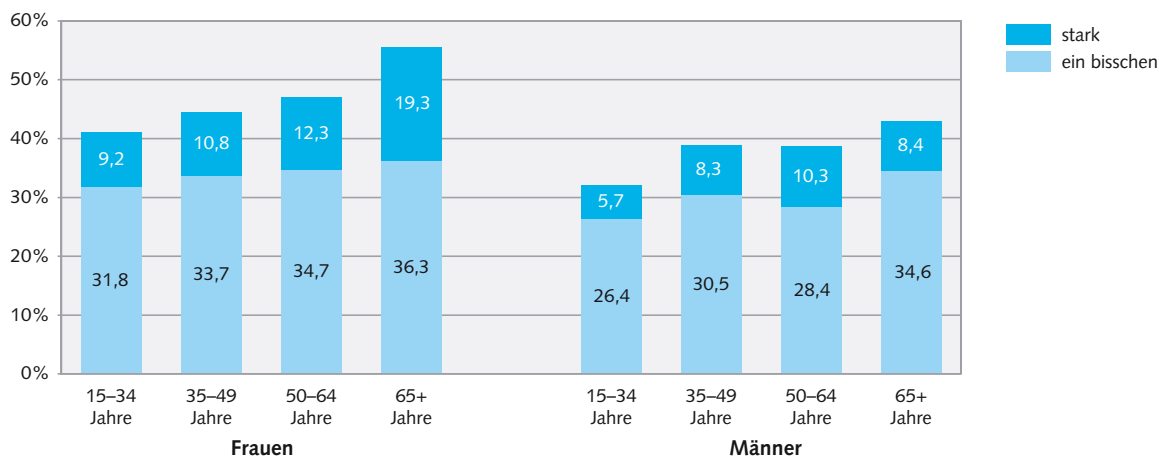
Abbildung 2.5 bietet zunächst eine Übersicht über die Häufigkeit, mit der die verschiedenen Beschwerden in der Bevölkerung auftreten. Dabei zeigt sich, dass Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Kopfschmerzen

und Schlafstörungen am häufigsten sind. Dies gilt für den Kanton Basel-Landschaft ebenso wie für die Gesamtschweiz.

Um sich über die Intensität der Beschwerden, die in einem möglichen Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen stehen, ein Gesamtbild machen zu können, wurden die acht oben genannten Beschwerden zu einem Index zusammengefasst². Dabei wird ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar. Frauen berichten unabhängig vom Alter fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen wie Männer. Weiter nehmen die starken Beschwerden mit dem Alter leicht zu (vgl. Tabelle 2.3).

Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

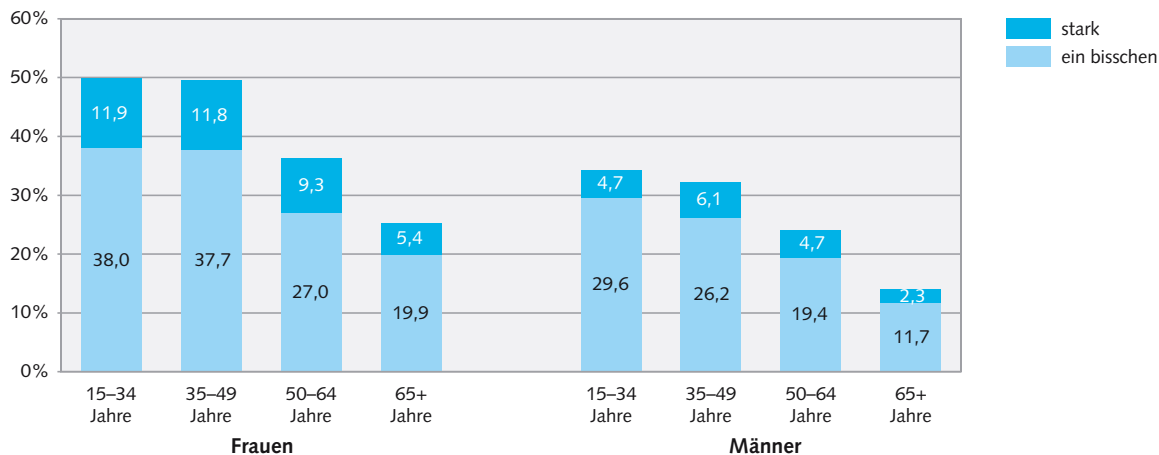
Abb. 2.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'693.

Anteil Frauen und Männer mit Kopf- oder Gesichtsschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 2.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'688.

² Als «starke körperliche Beschwerden» gelten mindestens vier starke oder sechs mittlere Beschwerden (bzw. eine entsprechende Kombination aus starken und mittleren Beschwerden).

Tab. 2.3 Anteil der Personen mit (starken) Beschwerden nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		einige Beschwerden		starke Beschwerden	
		BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		34,3	35,7	23,9	23,1
Geschlecht	Frauen	37,2	37,7	30,3	30,0
	Männer	31,2	33,6	17,1	15,7
Altersgruppen	15–34	38,2	38,8	21,8	19,7
	35–49	32,1	35,0	22,2	22,9
	50–64	34,3	33,6	27,0	23,4
	65+	32,6	34,1	24,8	28,2
Bildung	obligatorische Schule	34,7	34,3	28,3	28,2
	Sekundarstufe II	35,2	36,3	24,3	22,3
	Tertiärstufe	31,2	34,9	(18,1)	18,5
Nationalität	Schweizer	34,0	36,1	24,2	22,4
	Ausländer	35,7	34,0	(22,3)	25,9
Haushaltseinkommen	Bis CHF 3000	31,5	35,0	25,5	26,0
	CHF 3000 bis 4499	37,2	36,0	21,8	23,4
	CHF 4500 bis 5999	36,1	36,3	23,7	19,9
	CHF 6000 und höher	30,5	35,4	(21,0)	18,1
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	33,9	34,7	26,5	23,9
	qualifiziert manuelle Berufe	32,6	35,6	(25,7)	21,8
	Kleinunternehmer	25,9	33,1	(22,8)	20,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	36,4	37,6	27,0	26,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader höhere Führungskräfte, freie Berufe	38,1 28,6	36,1 32,8	21,0 (19,9)	23,2 18,0
Regionaler Vergleich	Aargau		33,6		22,3
	Basel-Landschaft		34,3		23,9
	Basel-Stadt		34,5		27,0
	Bern		37,5		21,3
	Luzern		37,2		19,5
	Solothurn		36,4		23,2
	St. Gallen		35,0		24,1
	Zug		42,2		16,4
	Zürich		35,4		22,2
	andere Deutschschweizer Kantone		35,9		20,8
	Westschweizer Schweiz		35,9		25,8
Tessin		31,5		25,7	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=938 (BL); 18'458 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Gefragt wurde, ob eine Person überhaupt nicht (1 Punkt), ein bisschen (2 Punkte) oder stark (3 Punkte) an Rückenschmerzen, Schwäche, Kopfschmerzen und weiteren 5 Beschwerden litt. Die Punkte wurden zusammengezählt. Als «einige Beschwerden» gelten 10–11 Punkte, als «starke Beschwerden» 12 und mehr Punkte.

Betrachtet man die häufigsten Symptome einzeln, so stellt man fest, dass Rückenschmerzen mit dem Alter zunehmen, Kopfschmerzen hingegen abnehmen. Dieser Befund zeigt sich bei beiden Geschlechtern, ist bei den Frauen jedoch deutlich ausgeprägter als bei den Männern (vgl. Abbildungen 2.6 und 2.7).

Untersucht man den Einfluss der sozioökonomischen und soziodemografischen Merkmale auf die Häufigkeit und Intensität der Beschwerden insgesamt, so zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung häufiger an starken Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung. Ein analoger, insgesamt aber etwas weniger starker Effekt zeigt sich mit Blick auf das Haushaltseinkommen: Mit steigendem Haushaltseinkommen nehmen die Beschwerden tendenziell ab. Beim Berufsstatus (der sozioprofessionellen Kategorie) lässt sich dagegen keine eindeutige Beziehung herauslesen: Personen in manuellen Berufen haben grundsätzlich nicht mehr Beschwerden als Personen in nicht-manuellen Berufen. Am häufigsten leiden Büroangestellte und Personen in anderen nicht-ma-

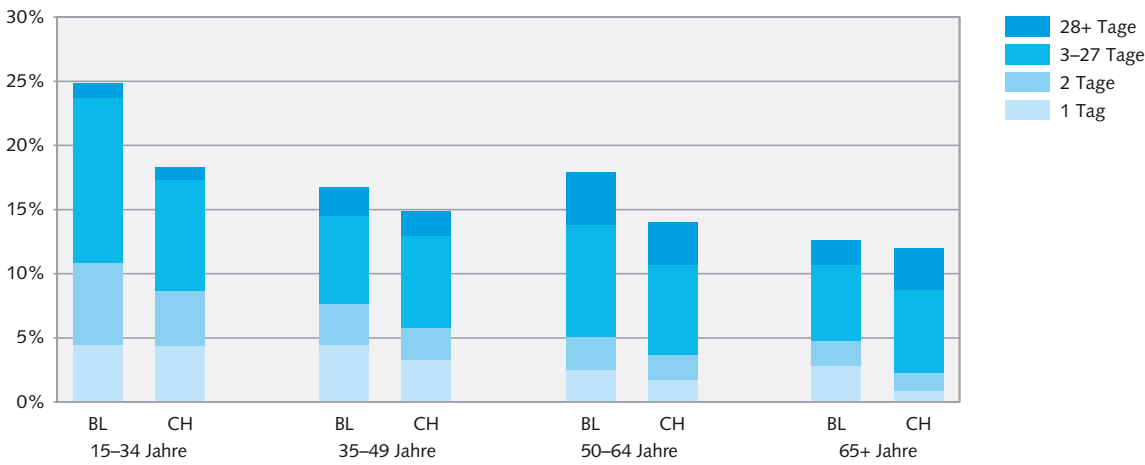
nuellen Berufen an schweren Beeinträchtigungen. Dass diese Berufsgruppe durch einen besonders hohen Frauenanteil gekennzeichnet ist, verweist wiederum auf den Geschlechtsunterschied: Frauen geben doppelt so häufig starke Beschwerden an wie Männer (vgl. Tabelle 2.3).

2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Ein sowohl individuell wie auch volkswirtschaftlich wichtiger Aspekt von Gesundheit ist die Funktions- und Leistungsfähigkeit. Deshalb wurde gefragt, wie häufig in den letzten vier Wochen aus gesundheitlichen Gründen Alltagsaktivitäten nicht ausgeübt werden konnten. 18,3% der Personen aus dem Kanton Basel-Landschaft geben an, nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen zu sein. Diese Angaben liegen etwas über dem gesamtschweizerischen Mittel von 15,2%. Bei den Frauen (BL: 22,1%; CH: 16,6%) ist der Anteil höher als bei den Männern (BL: 14,3%; CH: 13,3%). Der Anteil nur eingeschränkt leistungsfähiger Personen ist bei den 15- bis 34-Jährigen etwa doppelt so hoch wie bei den über 65-Jährigen.

Anteil der Bevölkerung, der in den vier Wochen vor dem Interview nicht voll einsatz- und leistungsfähig war, unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (BL); 19'616 (CH).

Leistungseinschränkungen kommen im Kanton Basel-Landschaft in allen Altersgruppen etwas häufiger vor als in der Gesamtschweiz. Die grösste Differenz findet sich bei den 15- bis 34-Jährigen: Im Kanton Basel-Landschaft war ein Viertel der 15- bis 34-Jährigen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatzfähig, in der Gesamtschweiz nur 18% der 15- bis 34-Jährigen. Betrachtet man diese Altersgruppe im Kantonsvergleich, so besetzt der Kanton Basel-Landschaft nach Basel-Stadt und St. Gallen den letzten Platz. Diese Differenz ist primär durch vergleichsweise häufige Leistungseinschränkungen während drei und mehr Tagen bedingt. Junge Baselbieterinnen sind davon signifikant häufiger betroffen als gleichaltrige Baselbieter.

Hauptsächlich werden Krankheiten und deutlich seltener Unfälle als Ursache der Leistungseinschränkungen angegeben (75,6 vs. 11,7%). Mit zunehmender Dauer verändert sich dieses Verhältnis allerdings. Bei Einschränkungen von einem Monat und mehr ist in jedem vierten Fall ein Unfall dafür verantwortlich.

2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten

Die WHO verwendet den Begriff Risiko unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten. Risiko ist einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankheit (z. B. Herzinfarkt) auftritt. Andererseits ist Risiko ein Faktor (z. B. Bluthochdruck), der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit steigert. Im folgenden Abschnitt geht es um drei Risikofaktoren der zweiten Art: hoher Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht. Sie

sind wesentlich mitverantwortlich für Krankheiten im Herz-/Kreislaufsystem (Schlaganfall, Herzinfarkt) und Diabetes (WHO 2002).

Sowohl Bluthochdruck als auch erhöhte Cholesterinwerte werden im Normalfall von der betroffenen Person nicht wahrgenommen. Deshalb ist es wichtig, dass diese Werte, insbesondere bei Personen mit einem Risikopotenzial wie beispielsweise Übergewicht, regelmässig kontrolliert werden.

Die folgenden Analysen stützen sich auf Selbstanfragen und nicht auf klinische Daten. Sie setzen also voraus, dass bei den befragten Personen die erwähnten Risikofaktoren gemessen wurden und dass sich die Personen daran erinnern.

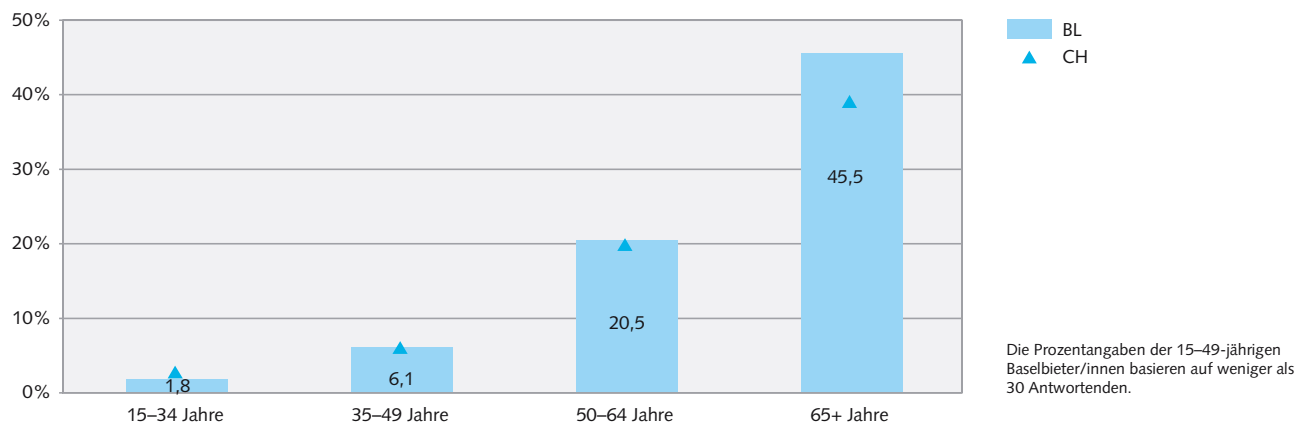
Bluthochdruck

Ein erhöhter Blutdruck ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-/Kreislaufkrankungen und Nierenschwäche. Es gibt verschiedene Einflüsse, die zu Bluthochdruck führen. Dazu gehören vermeidbare Faktoren wie Übergewicht, Fehlernährung mit zu hohem Salzgehalt und Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress sowie auch nicht beeinflussbare Faktoren wie eine erbliche Veranlagung und höheres Alter (Schweizerische Herzstiftung o. J.).

Ein niedriger Blutdruck hingegen ist kein Alarmzeichen, sondern im Gegenteil eine gute Voraussetzung für ein langes Leben. Niedriger Blutdruck ist bei jungen Leuten, vorab Frauen, verbreitet und oft konstitutionell bedingt. Folgen von tiefem Blutdruck sind häufig Schwindel oder

Aktuell zu hoher Blutdruck unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=949 (BL); 17'834 (CH).

Kollapszustände (Schwarzwerden vor den Augen) beim zu schnellen Aufstehen oder bei längerem Stehen.

Bei 24% der Baselbieter Bevölkerung wurde in einem der Befragung vorausgehendem Zeitpunkt von einer medizinischen Fachperson zumindest einmal ein zu hoher Blutdruck gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,6% einen zu niedrigen und 17% einen zu hohen Blutdruck an.

In der Gesamtschweiz werden etwas tiefere Werte angegeben. Bei 20,9% der Bevölkerung wurde in der Vergangenheit mindestens einmal ein erhöhter Blutdruck gemessen, zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,1% der Befragten einen zu niedrigen und 14,4% einen zu hohen Blutdruckwert an. Mit dem Alter nimmt der Anteil Personen mit normalem oder niedrigem Blutdruck ab, während hohe Blutdruckwerte deutlich zunehmen (vgl. Abbildung 2.9).

Der Anteil Personen mit hohem Blutdruck ist bei den Frauen und Männern etwa gleich ist. Der Anteil Personen mit zu niedrigem Blutdruck ist jedoch bei den Frauen massiv höher als bei den Männern. Bei den 35- bis 49-jährigen Frauen hat ein Viertel der Personen, die über ihren Blutdruck Bescheid wissen, einen zu niedrigen Blutdruck.

Hoher Cholesterinspiegel

Cholesterin ist eine fettähnliche Substanz, die in Blutgefässen, Organen und Nerven vorkommt. Cholesterin wird vom Körper selbst in der Leber gebildet wie auch über die Nahrung aufgenommen. Wird zu viel Cholesterin über die Nahrung zugeführt, kommt es zu einem Überschuss, den der Organismus nicht mehr verarbeiten kann. Während das «gute» HDL-Cholesterin in der Lage

ist, überschüssiges Cholesterin abzuführen, lagert sich das «schlechte» LDL-Cholesterin in den Arterien ab. Je höher der Blutfettspiegel, desto grösser ist das Risiko eines Herzinfarktes, Hirnschlages, Beinarterienverschlusses und von Diabetes. Wie der Blutdruck steigt auch der Blutfettspiegel still und schmerzlos und wird erst bei einer Blutkontrolle erkannt.

Bei 17% der Personen aus dem Baselbiet, die sich an eine Untersuchung erinnern, wurde in der Vergangenheit zu viel Cholesterin gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung haben 8,4% zu hohe Cholesterinwerte (vgl. Tabelle 2.4).

In der Gesamtschweiz werden ähnliche Werte registriert. Bei 14,6% wurde in der Vergangenheit mindestens einmal ein erhöhter Cholesterinwert gemessen, zum Zeitpunkt der Befragung haben 8,8% der Befragten einen zu hohen Cholesterinspiegel.

Der Anteil Personen mit erhöhten Cholesterinwerten nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Während Cholesterin bei den 15- bis 34-Jährigen noch kaum ein Thema ist, hat knapp jede fünfte Person über 65 Jahren einen erhöhten Cholesterinspiegel. Entsprechend sieht es auch mit dem Wissen über den eigenen Cholesterinwert aus. Junge wissen sehr oft nicht, wie es um ihr Cholesterin steht. Die Wahrscheinlichkeit für erhöhte Cholesterinwerte ist bei einer jungen Person jedoch auch vergleichsweise gering, vor allem wenn sich die Person regelmässig bewegt und nicht übergewichtig ist. Der Anteil Unwissender nimmt erwartungsgemäss mit höherem Alter ab, ist mit über 20% bei den über 56-Jährigen jedoch immer noch hoch (vgl. Tabelle 2.4).

Tab. 2.4 Anteil Personen, die ihren Cholesterinwert (C.) nicht kennen, und Personen mit hohem Cholesterinspiegel nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		kennt C. nicht		Diagnose erhöhter C.		aktuell zu hoher C.	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		39,1	40,6	17,0	14,6	8,4	8,8
Geschlecht	Frauen	42,2	40,2	16,5	13,0	7,9	7,4
	Männer	35,8	41,1	17,6	16,5	8,9	10,3
Altersgruppen	15–34	65,4	61,7	(4,5)	4,9	*	1,7
	35–49	39,6	41,6	15,8	12,2	(8,2)	5,2
	50–64	25,1	25,2	24,2	23,0	(8,0)	13,9
	65+	22,7	21,8	25,2	24,4	16,2	18,3
Bildung	obligatorische Schule	45,6	44,2	22,5	12,8	(9,1)	8,6
	Sekundarstufe II	37,4	40,4	15,1	14,7	6,8	8,2
	Tertiärstufe	38,2	36,1	18,0	17,0	(13,2)	11,3
Nationalität	Schweizer	39,6	40,8	16,7	14,8	8,4	9,0
	Ausländer	36,6	39,4	(19,1)	13,7	*	7,5
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	38,8	43,4	(15,3)	13,3	(8,6)	8,1
	CHF 3000 bis 4499	37,7	36,7	15,5	15,9	(7,1)	9,7
	CHF 4500 bis 5999	34,8	36,1	20,4	16,0	(10,7)	9,0
	CHF 6000 und höher	30,0	32,4	(18)	17,3	(9,6)	10,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte man. Berufe	35,1	37,7	(24,7)	15,5	*	9,5
	qualifiziert manuelle Berufe	43,5	43,5	(12,3)	14,7	*	8,6
	Kleinunternehmer	45,8	38,8	(22,7)	15,4	*	9,9
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	34,1	38,6	16,6	14,8	(6,9)	8,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	39,9	39,8	13,9	14,4	(8,6)	8,5
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(27,0)	33,3	(23,2)	17,8	(14,3)	11,4
Regionaler Vergleich	Aargau		43,2		15,4		7,3
	Basel-Landschaft		39,1		17,0		8,4
	Basel-Stadt		37,2		15,3		7,6
	Bern		43,6		13,3		9,0
	Luzern		46,0		15,5		9,5
	Solothurn		38,9		13,9		8,3
	St. Gallen		49,4		14,7		8,3
	Zug		42,0		14,0		6,2
	Zürich		42,5		13,4		7,4
	andere Deutschschweizer Kantone		44,6		14,5		7,2
	Westschweizer Kantone		34,9		14,8		10,6
	Tessin		26,6		18,8		11,0

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 770<n<981 (BL) und 14'558<n<18'729 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Bei «kennt C. nicht» sind Personen erfasst, die auf die Frage «Wann ist das Cholesterin bei Ihnen das letzte Mal gemessen worden?» mit «noch nie» und «weiss nicht» antworten.

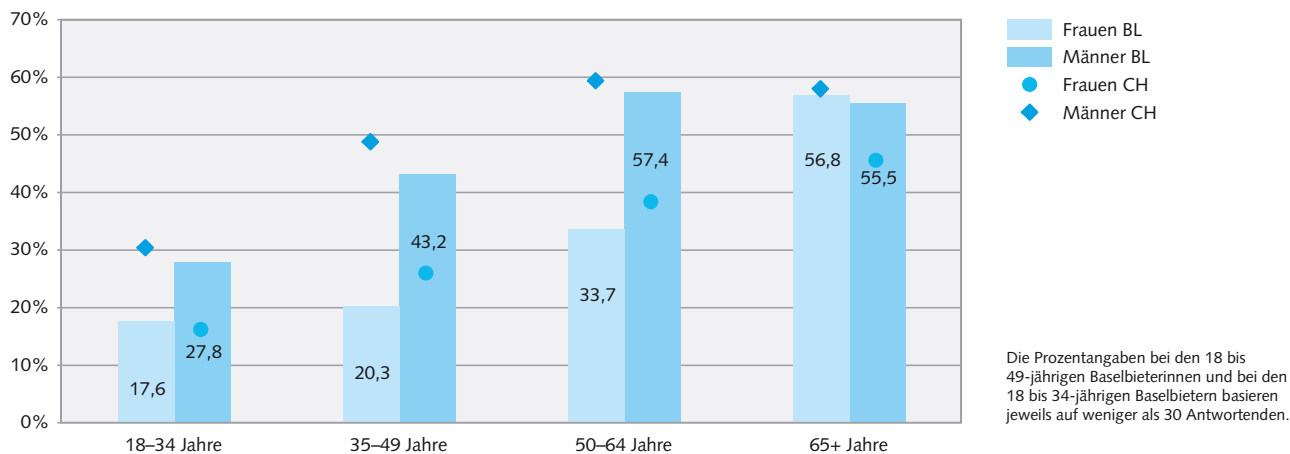
Da der Cholesterinspiegel unter anderem mit dem Gewicht zusammenhängt, ist anzunehmen, dass bei ärztlichen Kontrollen übergewichtiger Personen die Blutfettwerte regelmässig gemessen werden. Dieser Trend lässt sich auch mit den Daten der SGB bestätigen. Dennoch wurde bei über einem Viertel der Personen mit Übergewicht das Cholesterin noch nie gemessen, oder die Person kann sich nicht daran erinnern.

Bei diesen Analysen ist allgemein zu berücksichtigen, dass ein wesentlicher Teil der Cholesterinmessungen wie auch der Blutdruckkontrollen auf klinischen Untersuchungen oder Abklärungen von Beschwerden beruhen und nicht präventivmedizinisch (im Rahmen einer speziellen Vorsorgeuntersuchung) gemacht wurden.

Übergewicht

Der allgemein anerkannte Parameter zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern (kg/m^2). Die Kategorien für Personen über 18 Jahren werden dabei von der WHO wie folgt festgelegt: Untergewicht: BMI unter 18,5; normales Körpergewicht: BMI zwischen 18,5 und 24,9; Übergewicht: BMI zwischen 25 und 29,9; Fettleibigkeit (Adipositas): BMI 30 und mehr. Diese Klassifizierung basiert auf dem Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität, d. h. das Normalgewicht stellt das Gewicht mit dem niedrigsten Mortalitätsrisiko dar. Zu hohes Körpergewicht ist auch mit höherer Morbidität verbunden, sei es durch Herz-/Kreislaufkrankheiten oder Diabetes mellitus, (Eichholzer 2003). Das Morbiditätsrisiko nimmt mit zunehmendem Übergewicht und insbesondere Adipositas linear zu. Fett-

Anteil der Frauen und Männer mit Übergewicht (inkl. Adipositas), unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz Abb. 2.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=984 (BL); 18'893 (CH).

Tab. 2.5 Körpergewicht nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		3,3	4,2	59,3	58,7	29,8	29,4	7,6	7,7
Geschlecht	Frauen	(5,1)	6,4	64,7	64,3	23,3	21,8	7,0	7,5
	Männer	*	1,8	53,4	52,7	36,9	37,5	8,3	7,9
Altersgruppen	18–34	*	6,3	72,2	70,4	21,2	19,4	*	3,9
	35–49	*	3,0	65,3	59,3	23,0	29,9	(9,1)	7,8
	50–64	*	1,9	53,1	49,3	36,2	37,8	(9,4)	11,0
	65+	*	2,8	42,3	46,5	44,8	39,8	(11,4)	10,9
Bildung	obligatorische Schule	*	6,3	58,2	55,3	27,3	29,5	(9,6)	9,0
	Sekundarstufe II	(2,5)	3,6	58,2	59,3	31,9	29,2	7,4	7,9
	Tertiärstufe	*	3,2	64,1	61,2	25,7	30,5	(6,0)	5,1
Nationalität	Schweizer	3,6	4,5	58,8	59,5	29,7	28,6	7,9	7,4
	Ausländer	*	2,9	61,9	55,3	30,7	33,0	5,7	8,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	*	3,8	56,4	55,1	31,6	31,3	(9,7)	9,8
	CHF 3000 bis 4499	(3,0)	3,3	57,6	57,2	32,1	32,0	(7,4)	7,6
	CHF 4500 bis 5999	*	3,1	61,4	60,3	29,3	29,9	(7,5)	6,8
	CHF 6000 und höher	*	3,1	63,3	64,6	29,5	26,2	*	6,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	*	1,8	47,5	49,4	40,6	37,0	(10,6)	11,8
	qualif. manuelle Berufe	*	2,0	51,3	53,3	34,4	34,9	(12,7)	9,8
	Kleinunternehmer	*	2,3	54,8	52,0	(35,0)	36,3	*	9,4
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	*	5,1	61,8	61,5	28,3	26,0	(6,3)	7,4
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	*	4,0	61,6	63,4	30,3	27,0	(6,0)	5,7
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	3,4	65,6	58,5	(22,7)	32,0	*	6,1
Regionaler Vergleich	Aargau	3,3		55,9		32,8		8,0	
	Basel-Landschaft	3,3		59,3		29,8		7,6	
	Basel-Stadt	2,8		60,8		27,1		9,4	
	Bern	4,1		56,2		31,0		8,6	
	Luzern	3,5		57,8		31,5		7,1	
	Solothurn	3,3		55,3		30,1		11,3	
	St. Gallen	3,3		62,5		27,4		6,8	
	Zug	4,7		59,5		30,7		5,1	
	Zürich	3,9		61,0		28,6		6,4	
	andere Deutschschweizer Kantone	3,6		58,3		29,8		8,3	
	Westschweizer Kantone	5,3		58,8		28,1		7,8	
	Tessin	5,7		58,1		30,0		6,2	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 926<n<985 (BL); 17'816<n<18'891 (CH).
 Untergewicht: BMI<18,5; Normalgewicht: 18,5 BMI<25; Übergewicht: 25 BMI<30; Fettleibigkeit (Adipositas): 30 BMI.
 * Antworten von 0–10 Personen; die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

leibigkeit hat für die betroffene Person wie auch gesamtgesellschaftlich schwerwiegende gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen. Die WHO spricht dabei von einer sich global stark verbreitenden Epidemie, deren Ausmass und Konsequenzen nach wie vor unterschätzt würden (WHO 1997).

Im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Schweiz sind drei von zehn Personen übergewichtig, und weitere 8% sind adipös. Insgesamt haben im Kanton Basel-Landschaft 45,8% der Männer und 31,9% der Frauen ab 18 Jahren ein Körpergewicht mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (Gesamt Schweiz: Männer: 47,5%; Frauen: 30,5%).

Neben den Geschlechtsunterschieden finden sich auch deutliche Altersunterschiede: Der Anteil an Übergewichtigen nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit dem Alter deutlich zu. Er ist im Kanton Basel-Landschaft bis zum 65. Altersjahr bei den Männern klar höher als bei den Frauen, gleicht sich aber nach dem 65. Lebensjahr an. Diese Angleichung kann in der Gesamtschweiz nicht im selben Masse beobachtet werden. (vgl. Abbildung 2.10). An dieser Stelle ist jedoch kritisch anzumerken, dass für Frauen und Männer sowie alle Altersgruppen die gleichen BMI-Grenzwerte verwendet wurden, was nicht unumstritten ist.

Für das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen lässt sich ein inverser Zusammenhang nachweisen: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto kleiner ist der Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas. Dabei ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Übergewicht bei den Frauen deutlicher ausge-

prägt als bei den Männern. Dasselbe Muster zeigt sich bei den Frauen auch beim Untergewicht: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen sind, desto kleiner ist der Anteil übergewichtiger und desto grösser der Anteil untergewichtiger Frauen. Für die Bewertung des gesundheitlichen Risikos muss dazu allerdings festgehalten werden, dass leichtes Untergewicht keinen Risikofaktor darstellt, während die Bedeutung des Übergewichts für die Herz-/Kreislaufkrankheiten wie auch Diabetes gut dokumentiert ist. Als Präventionsmassnahme steht eindeutig die Reduktion des Übergewichts im Vordergrund.

2.1.5 Unfälle

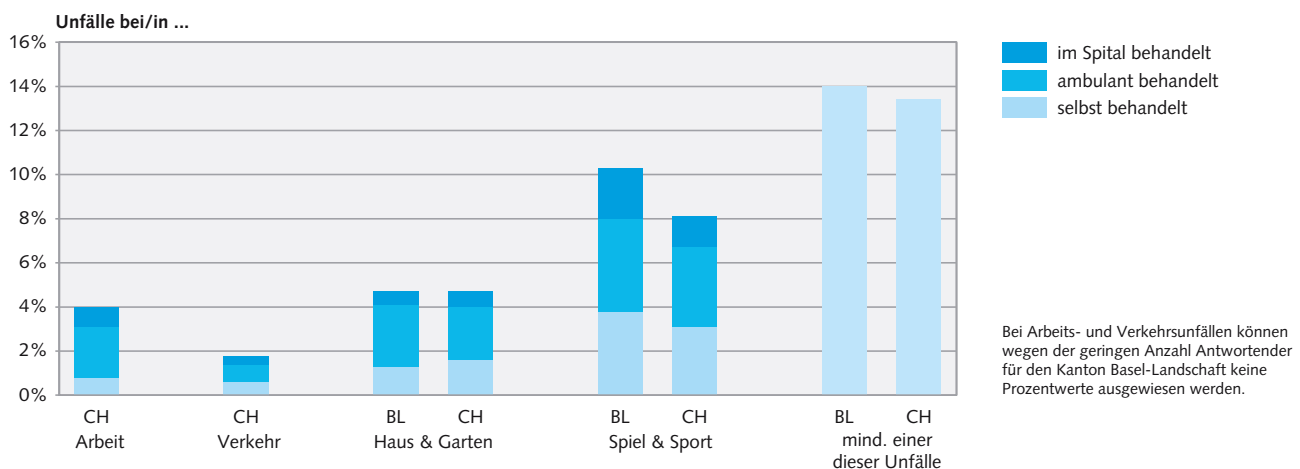
In der Schweiz ereignen sich pro Jahr über eine Million Unfälle, wobei etwa 2000 Personen tödliche Verletzungen erleiden. Dies sind 17 Todesfälle auf 10'000 Verunfallte. Die meisten Unfälle passieren dabei zu Hause und in der Freizeit. Der Anteil Getöteter ist bei den Verkehrsunfällen aber besonders hoch (BFU 2003).

14% der Personen über 15 Jahren im Kanton Basel-Landschaft erlitten im Laufe des Jahres vor der Befragung mindestens einen Unfall. Der grösste Teil dieser Unfälle ereignete sich bei Sport und Spiel (vgl. Abbildung 2.11). Jede zehnte Person im Kanton Basel-Landschaft hat solch einen Sport- oder Spielunfall erlitten, wobei zwei Drittel der Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten. Der Anteil verletzter Männer ist dabei mit 12,1% um ein Drittel höher als jener der Frauen mit 8,7%.

Am zweithäufigsten ereignen sich Unfälle in Haus und Garten. Die Mehrheit dieser Unfälle musste ambulant oder stationär im Spital behandelt werden. Im Gegensatz

Anteil der Bevölkerung, die im Laufe eines Jahres einen Unfall erlitten hat, unterschieden nach Unfall- und Behandlungsart, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL); 19'706 (CH).

zu den Sport- und Spielunfällen ist der Anteil der Frauen und Männer, die sich in Haus und Garten verletzt haben, etwa gleich hoch.

Einen Berufsunfall erlitten rund 3% der erwerbstätigen Baselbieterinnen und Baselbieter, wovon die Männer deutlich häufiger betroffen sind als die erwerbstätigen Frauen. Dieser Unterschied kann mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl erklärt werden.

Verkehrsunfälle gab es vergleichsweise wenige. Wegen den weitreichenden Folgen, die sie verursachen können, sind sie aber gleichwohl von grosser Bedeutung.

Der Fünfjahresbericht der Unfallstatistik zeigt auf, dass Berufsunfälle in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen haben. Dies ist unter anderem das Verdienst erfolgreicher Präventionsprogramme und gesetzlicher Regelungen wie etwa der Einführung der Schutzhelmpflicht auf Baustellen im Jahr 2000. Freizeitunfälle haben im Gegensatz dazu einen Höchststand erreicht. Es ist deshalb wichtig, der Verhütung von Freizeitunfällen noch grössere Aufmerksamkeit zu schenken, umso mehr, als verschiedene Kampagnen und Massnahmen der Suva oder der bfu in den letzten Jahren bewiesen haben, dass hier Prävention erfolgreich sein kann (vgl. z. B. Suva 2004).

2.1.6 Schwindel und Stürze

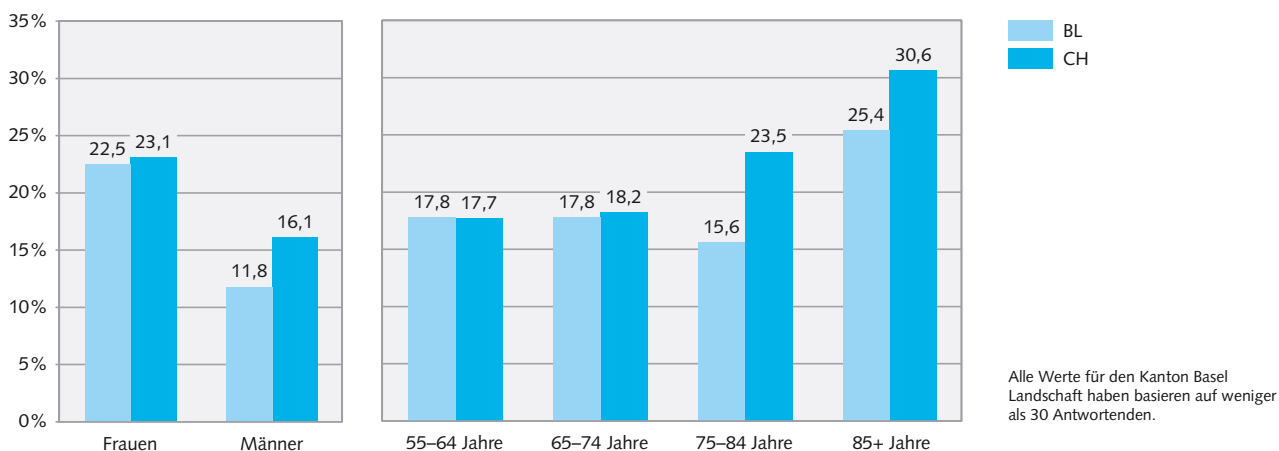
Mit zunehmendem Alter spielen Stürze als Verletzungsursache eine wichtige Rolle. Sie bedeuten oft Verlust von Eigenständigkeit und Lebensqualität, denn nicht selten bedeutet eine langsam heilende Sturzfraktur die Aufgabe des selbstständigen Wohnens.

Stürze haben unterschiedliche Ursachen, sie können sowohl umwelt- (ungünstiger Bodenbelag) als auch physisch bedingt sein. Unter physischen Bedingungen sind beispielsweise längere motorische Reaktionszeiten, Einbussen im Gleichgewichtssinn oder die Einnahme von Medikamenten, die das Gleichgewicht beeinträchtigen, zu verstehen.³ Mit zunehmendem Alter werden zudem Schwindelanfälle als Sturzursache immer häufiger. Frauen geben dabei doppelt so oft an, Schwindelprobleme zu haben, wie Männer (20,5% vs. 10,3%).

Während bei den 55- bis 64-Jährigen 18% der Befragten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt sind, ist dies bei den über 85-Jährigen⁴ bei über einem Viertel der Fall. Frauen stürzen dabei häufiger als Männer. Dies ist nur bedingt durch den grösseren Frauenanteil bei den über 85-Jährigen zu erklären, da Frauen bereits in jüngeren Jahren häufiger Stürze erleiden. Die Sturzhäufigkeit bei Frauen ist insofern problematisch, als ältere Frauen als Folge von Osteoporose ein höheres Risiko von Knochenbrüchen haben.

Anteil Personen mit mindestens einer Sturzepisode in den letzten 12 Monaten, unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=356 (BL); 5874 (CH).

³ Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Thema vgl. Höpflinger und Hugentobler (2003).

⁴ In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind ausschliesslich Personen befragt worden, die in einem Privathaushalt leben.

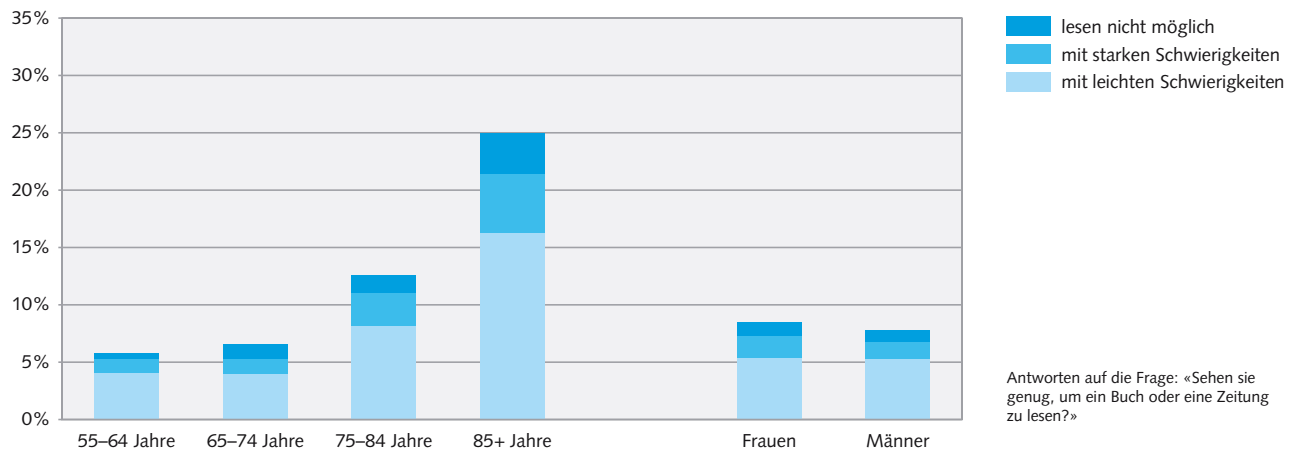
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben

In der Gesundheitsbefragung wurde auch nach Behinderungen im alltäglichen Leben gefragt. Gemeint sind dabei Einschränkungen bei einfachen Verrichtungen wie selbstständig aus dem Bett steigen, einem Gespräch folgen oder ein Buch lesen. Der grossen Mehrheit der Schweizer Bevölkerung bereiten diese Tätigkeiten keine Probleme. Lediglich etwa 3% haben leichte Schwierigkeiten beim Lesen und Hören, der Anteil Personen mit starken Schwierigkeiten liegt im Promillebereich.

Erwartungsgemäss nehmen alle Schwierigkeiten mit dem Alter deutlich zu. Ein Viertel der Personen über 85 Jahren, die in einem Privathaushalt leben, hat Probleme mit Lesen und Hören. Dies kann einerseits mit dem altersbedingten Nachlassen der Sehschärfe und Hörstärke und andererseits auch mit zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten zusammenhängen.

Anteil der Schweizer Bevölkerung über 55 Jahren mit Sehschwierigkeiten unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen

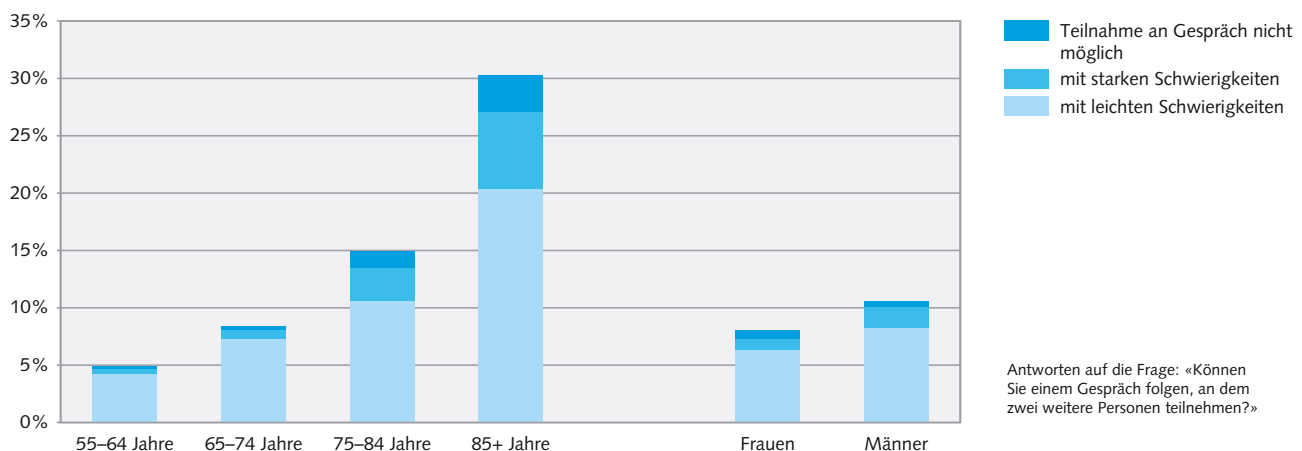
Abb. 2.13



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=7597.

Anteil der Schweizer Bevölkerung über 55 Jahren mit Hörschwierigkeiten unterschieden nach Geschlecht sowie Altersgruppen

Abb. 2.14



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=7507.

2.2 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit ist in den letzten Jahren auf der nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Agenda immer wichtiger geworden. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass allmählich psychisch Kranke nicht mehr stigmatisiert werden und andererseits damit, dass in den letzten Jahren die Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen und ambulanter psychischer oder psychotherapeutischer Behandlungen kontinuierlich zunahm. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat 2003 zu diesem Thema ein Monitoring veröffentlicht, welches eine aktuelle Übersicht über bestehende Untersuchungen in der Schweiz bietet (Rüesch/Manzoni 2003).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO widmet den World Health Report 2001 ausschliesslich der psychischen Gesundheit. Die WHO hat jedoch schon bei ihrer Gründung mit der Definition von Gesundheit als «a state of complete physical, mental and social well-being» dem psychischen Wohlbefinden den gleichen Stellenwert eingeräumt wie dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden. Im World Health Report 2001 fordert die WHO die Gesundheitspolitiker konkret auf, psychische Krankheit vermehrt in die gesundheitspolitischen Massnahmen- und Präventionsprogramme einzubeziehen. Der Report zeigt zudem auf, wie psychische Krankheiten durch eine Kombination von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren verursacht werden.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung beinhaltet eine Reihe von Fragen, die sich um psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden drehen. Aus diesen Fragen können kumulative Indices gebildet werden, die

psychische Ausgeglichenheit, psychisches Wohlbefinden, die Schlafqualität und Kontrollüberzeugung messen.

2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit

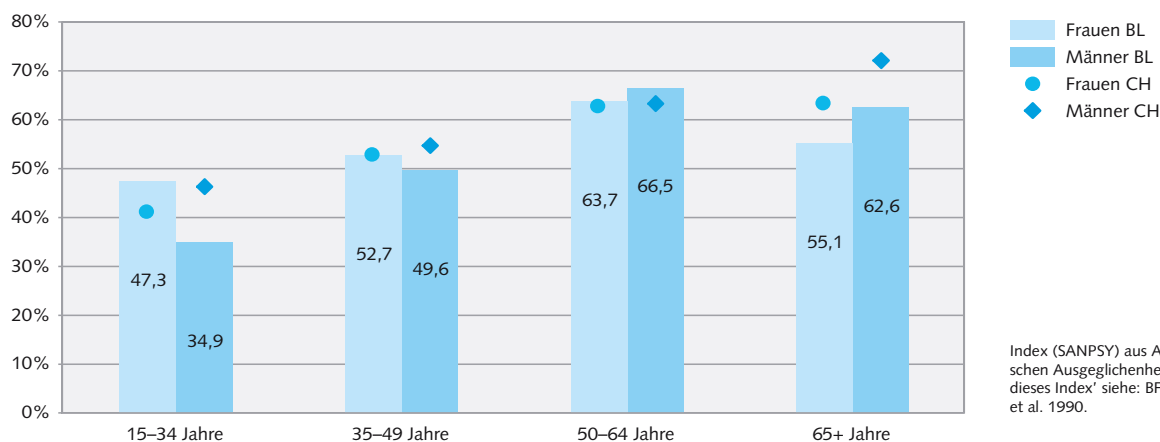
Psychisch ausgeglichene Menschen fühlen sich selten oder nie niedergeschlagen, angespannt, gereizt oder nervös. Vielmehr geben sie an, praktisch jeden Tag ruhig, ausgeglichen, gelassen, voller Kraft, Energie und Optimismus zu sein. Im Gegensatz dazu geben psychisch unausgeglichene Personen an, (fast) täglich niedergeschlagen, angespannt, gereizt, nervös, unruhig sowie ohne Kraft und Energie zu sein.

Die Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft erweist sich im Durchschnitt als psychisch etwas weniger ausgeglichen als die Gesamtschweizer Bevölkerung (53,5% vs. 55%). Lediglich die 15- bis 34-jährigen Baselbieterinnen sowie die 50- bis 64-jährigen Baselbieter sind psychisch ausgeglichener als die entsprechende Altersgruppe in der Gesamtschweiz. Mit zunehmendem Alter verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit der Frauen und der Männer sowohl im Kanton Basel-Landschaft als auch in der Schweiz insgesamt.

Baselbieterinnen im Alter von 15 bis 34 Jahren sind wesentlich ausgeglichener als die gleichaltrigen Baselbieter (47% vs. 35%). Die Differenz zwischen den Geschlechtern schwindet aber bereits bei den 35- bis 49-Jährigen, und ab dem 50. Alterjahr fühlen sich die Männer besser als die gleichaltrigen Frauen. Dies entspricht weitgehend der Situation in der Schweiz insgesamt. Der Anteil der über 65-jährigen Baselbieter Bevölkerung mit guter psychischer Ausgeglichenheit liegt etwa 10% unter dem entsprechenden Schweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.15).

Anteil Personen mit guter psychischer Ausgeglichenheit, nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.15



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 509 (Frauen BL); 446 (Männer BL); 10'170 (Frauen CH); 8123 (Männer CH)

Index (SANPSY) aus Angaben zur psychischen Ausgeglichenheit. Zur Konstruktion dieses Index' siehe: BFS 2003c und Weiss et al. 1990.

Der niedrige Grad der Ausgeglichenheit von jüngeren Personen könnte ihre Schwierigkeiten belegen, sich in die Gesellschaft der Erwachsenen einzufügen und ihren Platz im Erwachsenen-, Erwerbs- und Familienleben zu finden.

Männer, die über einen höheren Bildungsabschluss verfügen, weisen eine deutlich höhere psychische Ausgeglichenheit auf als Männer, die lediglich die obligatorische Schule besucht haben. Bei den Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht, stattdessen hat hier die Höhe des Haushaltseinkommens einen Einfluss auf die psychische Ausgeglichenheit. Bei verheirateten und verwitweten Frauen ist dieser Zusammenhang viel ausgeprägter als bei ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen. Dies mag ein Indiz dafür sein, dass bei den Frauen der soziale Status ihres Mannes nach wie vor einen grossen Einfluss auf die Lebenssituation hat.

2.2.2 Psychisches Wohlbefinden

Wie der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Grob et al. 1990) ermittelt der schriftliche Fragebogen mit acht Fragen das psychische Wohlbefinden als einen weiteren Aspekt von psychischer Gesundheit. Daraus wird erneut ein additiver Index⁵ gebildet. Psychisches Wohlbefinden lässt sich auf dieser Grundlage in die vier Kategorien «niedrig», «eher niedrig», «eher hoch» und «hoch» einteilen.

Dieses Konzept geht davon aus, dass eine Person subjektives Wohlbefinden erlebt, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen, den physischen, psychischen und sozialen

Anforderungen zu genügen. Personen mit einem hohen psychischem Wohlbefinden bejahen Statements wie: «Meine Zukunft sieht gut aus», «Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen», «Ich freue mich zu leben», «Mein Leben scheint mir sinnvoll», «Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn» oder «Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind».

Das psychische Wohlbefinden der Frauen und Männer nimmt in den mittleren Altersgruppen ab und dann wieder zu. Bei den 15- bis 49-Jährigen haben Frauen ein besseres psychisches Wohlbefinden als Männer, im Alter von über fünfzig Jahren ist es umgekehrt.

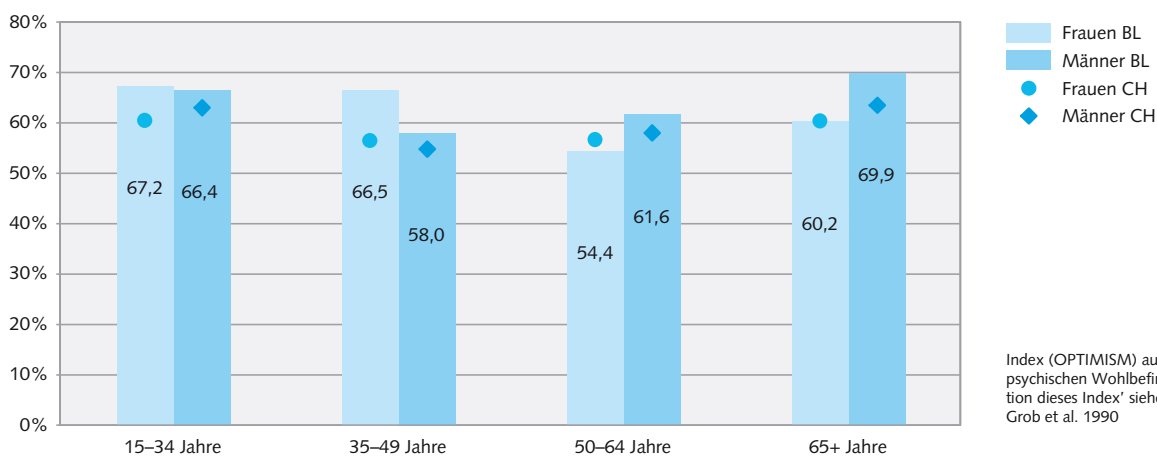
Es ist auffällig, dass sich die jungen Baselbieterinnen und die älteren Baselbieter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung durch ein überdurchschnittlich hohes psychisches Wohlbefinden auszeichnen.

Das psychische Wohlbefinden steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Haushaltseinkommen und höherer Schulbildung. Im Kanton Basel-Landschaft zeigt sich zudem eine Zunahme des psychischen Wohlbefindens in den höheren sozioprofessionellen Kategorien. Insbesondere die Gruppe der höheren Führungskräfte und der freien Berufe zeichnet sich durch einen sehr hohen Anteil (70%) von Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden aus.

Weiter lässt sich eine grosse Differenz zwischen den Nationalitäten erkennen. Der Anteil an Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden ist bei der aus-

Anteil der Bevölkerung mit hohem psychischem Wohlbefinden unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.16



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=822 (BL); 15'587 (CH).

⁵ Der OPTIMISM-Index wurde für 2002 umbenannt von «positive Lebenseinstellung» zu «psychisches Wohlbefinden». In der Befragung von 1997 wurden diese Fragen lediglich den 15–24-jährigen Personen gestellt (BFS 2003d).

ländischen Wohnbevölkerung bedeutend kleiner als bei den Schweizerinnen und Schweizern (52,9% vs. 60,1%). Die Differenz ist im Kanton Basel-Landschaft noch ausgeprägter (47,9% vs. 64,9%) als in der Schweiz insgesamt (vgl. Tabelle 2.6).

2.2.3 Schlafqualität

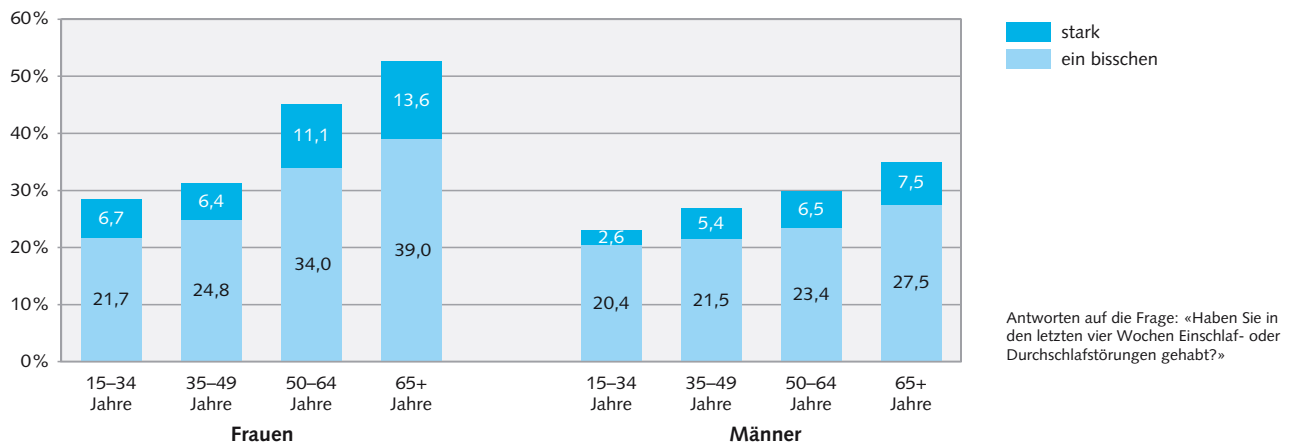
Um bei guter psychischer Gesundheit zu bleiben, ist genügend und guter Schlaf wichtig. Wie viele Stunden Schlaf konkret nötig sind, kann nicht pauschal gesagt werden. Während sich die eine Person bereits nach wenigen Stunden ausgeruht fühlt, fällt es einem anderen selbst nach zehn Stunden nicht leicht, aus dem Bett zu kommen. Problematisch wird es, wenn jemand längere Zeit an Ein- oder Durchschlafstörungen leidet, häufig vorzeitig erwacht oder generell unruhig schläft.

Es zeigt sich auch hier, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen Einfluss auf die Schlafqualität haben. Mit zunehmendem Alter häufen sich die Schlafprobleme. Dieser Befund gilt für Frauen deutlich stärker als für Männer (vgl. Abbildung 2.17).

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Konsum von Schlafmitteln, so zeigt sich deutlich: Je häufiger starke Schlafprobleme auftreten, desto regelmässiger werden Schlafmittel konsumiert. Grundsätzlich steigt analog zu den Schlafbeschwerden auch der Schlafmittelkonsum mit zunehmendem Alter an, wenn auch deutlich weniger stark. Rund jede fünfte Person über 65 Jahre nimmt gelegentlich ein solches Mittel, wobei der Konsum bei den Frauen deutlich häufiger ist als bei den Männern. 13% der Frauen über 65 Jahre schlafen täglich mit einem Schlafmittel, bei den Männern sind es 8%.

Anteile der Frauen und Männer mit mittleren und starken Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Schweiz

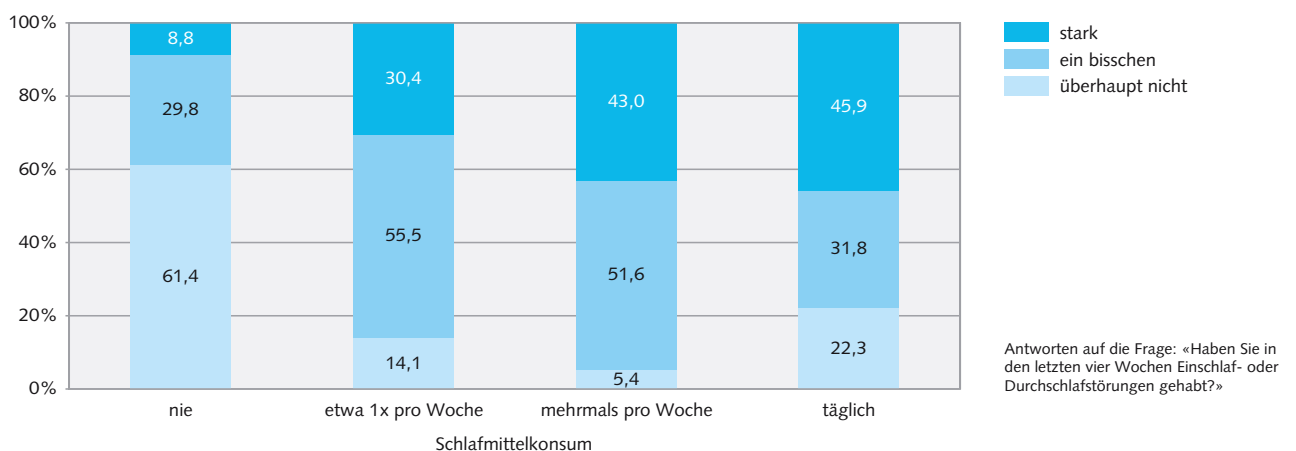
Abb. 2.17



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 19'698.

Zusammenhang Schlafmittelkonsum und Schlafprobleme, Schweiz

Abb. 2.18



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8616.

2.2.4 Lebensbewältigung

Zentral für die Lebensbewältigung ist die Überzeugung, das eigene Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Menschen mit ausgeprägten Kontrollüberzeugungen können besser mit Stress und Belastungen umgehen als Personen, die sich dem Schicksal ausgeliefert fühlen. Studien belegen, dass starke Kontrollüberzeugungen mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen verbunden sind als geringe Kontrollüberzeugungen (Rüesch und Manzoni 2003).

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geben Personen mit einer geringeren Fähigkeit zur Lebensbewältigung an, mit den eigenen Problemen nicht fertig zu werden, sich im Leben hin und her geworfen zu fühlen, keine Kontrolle über die Dinge des Lebens zu haben und ihren Problemen ausgeliefert zu sein.

Der Grad an Kontrollüberzeugung ist sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig. Im Kanton Basel-Landschaft liegt der Anteil an Personen mit hohen Kontrollüberzeugungen bei den Männern im Alter bis 65 Jahren etwas über dem Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.19). Dies bedeutet, dass Baselbieter überdurchschnittlich davon überzeugt sind, ihr Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Die über 65-jährigen Baselbieter hingegen fühlen sich im Vergleich zur gesamtschweizerischen Referenzgruppe etwas stärker dem Zufall oder Schicksal ausgeliefert. Bei den Baselbieterinnen liegt die Kontrollüberzeugung der 15- bis 34-Jährigen über dem Schweizer Durchschnitt, ab 65 Jahren leicht darunter. Es zeigt sich, dass Personen ausländischer Nationalität eine markant geringere Kontrollüberzeugung aufweisen als Schweizerinnen und Schweizer. Im Kanton Basel-Landschaft ist dieser Unterschied im Vergleich zur Schweiz insgesamt besonders ausgeprägt (vgl. Tabelle 2.6).

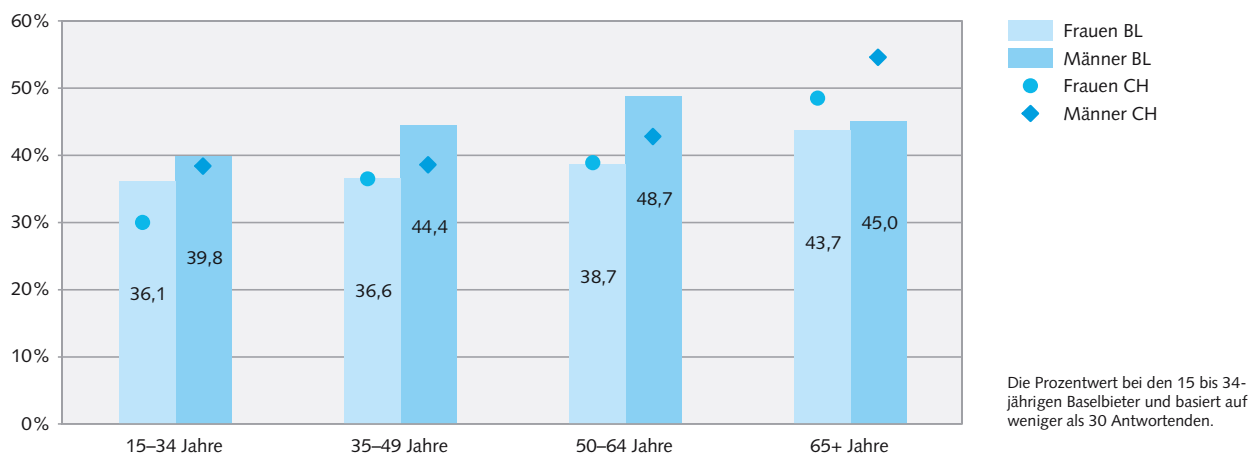
Tab. 2.6 Anteil Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit, sehr hohem psychischem Wohlbefinden und hoher Kontrollüberzeugung nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		hohe psychische Ausgeglichenheit		sehr hohes psychisches Wohlbefinden		keine Schlafprobleme		hohe Kontrollüberzeugung	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		53,7	55,0	62,7	58,9	68,6	67,1	41,4	39,3
Geschlecht	Frauen	54,4	53,7	62,2	58,5	65,3	62,0	38,2	37,0
	Männer	52,9	56,3	63,3	59,4	72,1	72,5	44,6	41,8
Altersgruppen	15–34	41,8	43,7	66,8	61,7	79,0	74,3	37,7	34,1
	35–49	51,1	53,8	62,0	55,6	71,5	71,0	40,7	37,5
	50–64	65,1	63,0	58,0	57,3	63,1	62,3	43,6	40,8
	65+	58,5	66,8	64,9	61,7	57,7	54,6	44,4	51,1
Bildung	obligatorische Schule	49,7	49,3	51,4	55,9	64,6	61,9	35,1	37,5
	Sekundarstufe II	55,1	56,3	63,1	59,0	67,6	68,1	44,8	39,6
	Tertiärstufe	53,4	58,0	71,8	62,0	76,9	71,1	36,2	40,3
Nationalität	Schweizer	54,0	55,9	64,7	60,1	68,6	67,1	43,0	39,9
	Ausländer	52,2	50,8	47,9	52,9	68,7	66,9	(29,4)	36,2
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	50,4	53,1	57,5	55,1	66,6	67,0	39,4	37,5
	CHF 3000 bis 4499	57,5	56,3	65,7	59,1	71,9	66,2	44,9	40,0
	CHF 4500 bis 5999	53,5	58,9	65,3	61,3	62,7	68,8	35,9	41,4
	CHF 6000 und höher	52,1	58,5	73,7	65,0	75,4	68,3	49,2	42,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte man. Berufe	51,9	55,1	54,4	59,0	60,5	67,7	48,3	40,0
	qualif. manuelle Berufe	49,4	54,9	66,3	57,7	66,7	70,7	46,2	41,0
	Kleinunternehmer	52,6	59,6	62,9	58,5	60,8	71,3	(44,5)	41,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	59,3	55,5	63,8	57,7	69,8	62,1	46,0	38,9
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl.Kader	52,5	54,8	64,2	59,8	67,7	67,3	35,0	38,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	56,8	58,1	69,8	63,0	79,3	70,8	36,0	40,3
Regionaler Vergleich	Aargau			53,0		62,0		70,0	41,4
	Basel-Landschaft			53,7		62,7		68,6	41,4
	Basel-Stadt			52,1		58,9		64,7	41,2
	Bern			53,6		61,0		69,0	40,1
	Luzern			53,6		63,5		70,9	45,8
	Solothurn			56,4		63,0		69,4	43,9
	St. Gallen			54,4		66,3		69,7	40,2
	Zug			58,6		65,3		70,4	44,3
	Zürich			56,2		62,8		67,4	41,9
	andere Deutschschweizer Kantone			57,2		64,2		69,2	44,7
	Westschweizer Kantone			55,6		47,1		62,8	31,9
	Tessin			51,1		59,9		63,5	32,2

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 706<n<1019 (BL); 13'434<n<18'699(CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Anteil der Bevölkerung mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 2.19



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=751 (BL); 14'359 (CH).

Geschlecht und Alter, aber auch die soziale Lage beeinflussen die psychische Gesundheit. Mehr Bildung und ein höheres Haushaltseinkommen wirken sich im Kanton Basel-Landschaft deutlich positiv auf das psychische Wohlbefinden, die Schlafqualität und die persönliche Kontrollüberzeugung aus (vgl. Tabelle 2.6).⁶

2.3 Soziales Wohlbefinden

Soziales Wohlbefinden ist der dritte Aspekt der WHO-Definition von Gesundheit. Im folgenden Abschnitt werden Faktoren dargestellt, die das soziale Wohlbefinden direkt oder indirekt beeinflussen. Das Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen erhöht beispielsweise die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen; das permanente oder häufige Gefühl der Einsamkeit ist jedoch an sich schon ein Merkmal gestörten (sozialen) Wohlbefindens (Bachmann 2000).

Es wird hier primär auf die positiven Effekte sozialer Beziehungen auf die Gesundheit eingegangen. Man darf jedoch nicht vergessen, dass soziale Beziehungen auch Quelle gesundheitlicher Beeinträchtigung darstellen können, wenn z. B. die Beziehungen konfliktrichtig sind oder gar gewalttätige Elemente enthalten. Von dem belastenden Potenzial sozialer Kontakte ist in diesem Bericht nur am Rande (Kap 4.4) die Rede.⁷

⁶ Mielck (2000) findet denselben Befund in diversen Studien.

⁷ Für eine detaillierte Auseinandersetzung vgl. Bachmann 2000: 29f.

2.3.1 Einsamkeitsgefühl

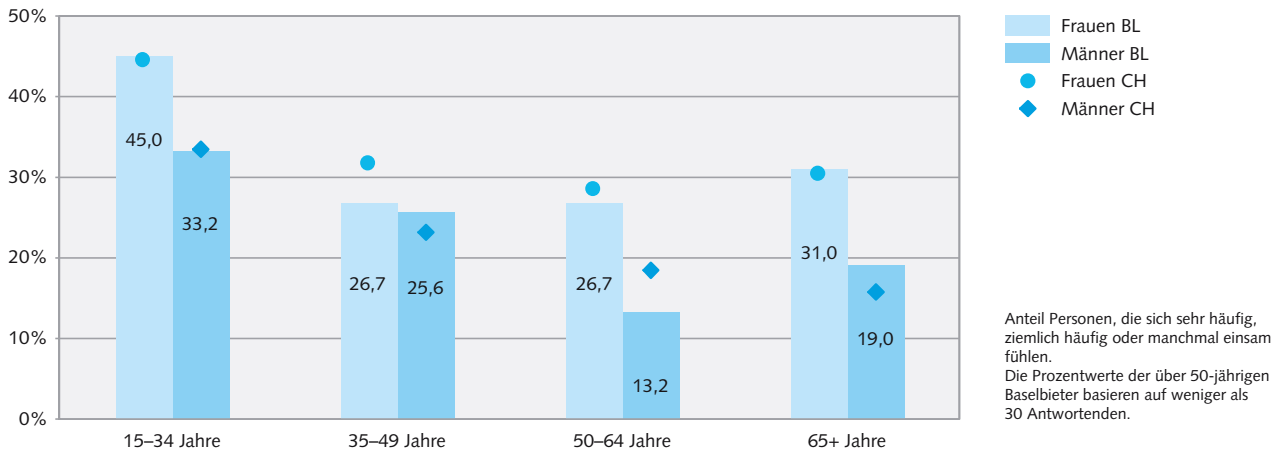
Menschen brauchen für ihr soziales und psychisches Wohlbefinden soziale Kontakte. Diese sind wesentlich für ihre geistige und soziale Entwicklung. Wird das individuelle Bedürfnis nach sozialen Kontakten nicht befriedigt, so äussert sich dies in Einsamkeitsgefühlen. Es ist dabei durchaus möglich, dass eine Person im Alltag Kontakt mit anderen Personen hat, diese Kontakte jedoch nicht die Erwartungen erfüllen. Wird dieser Mangelzustand dauerhaft empfunden, so kann dies zu einer starken Belastung für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit werden.

Wird der Zusammenhang zwischen Einsamkeitsgefühlen, psychosozial bedingten Beschwerden und psychischer Ausgeglichenheit untersucht, so zeigt sich, dass Personen, die häufig einsam sind, sehr viel öfter starke Beschwerden wie z. B. Kopf- und Rückenschmerzen haben und emotional bedeutend weniger ausgeglichen sind.

Junge Menschen leiden am häufigsten unter Einsamkeit, wobei der Anteil junger Frauen mit Einsamkeitsgefühlen bedeutend höher ist als derjenige junger Männer (45% vs. 33%). Mit zunehmendem Alter fühlt man sich tendenziell weniger einsam. Bei den über 65-Jährigen nehmen die Einsamkeitsgefühle jedoch wieder zu, was mit dem Verlust sozialer Beziehungen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und dem Ableben des Lebenspartners erklärt werden kann. Besonders bei den über 75-jährigen Personen fühlen sich immer mehr – insbesondere Frauen – einsam. Abbildung 2.20 macht deutlich, dass sich Frauen aller Altersgruppen deutlich

Anteil der Bevölkerung mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

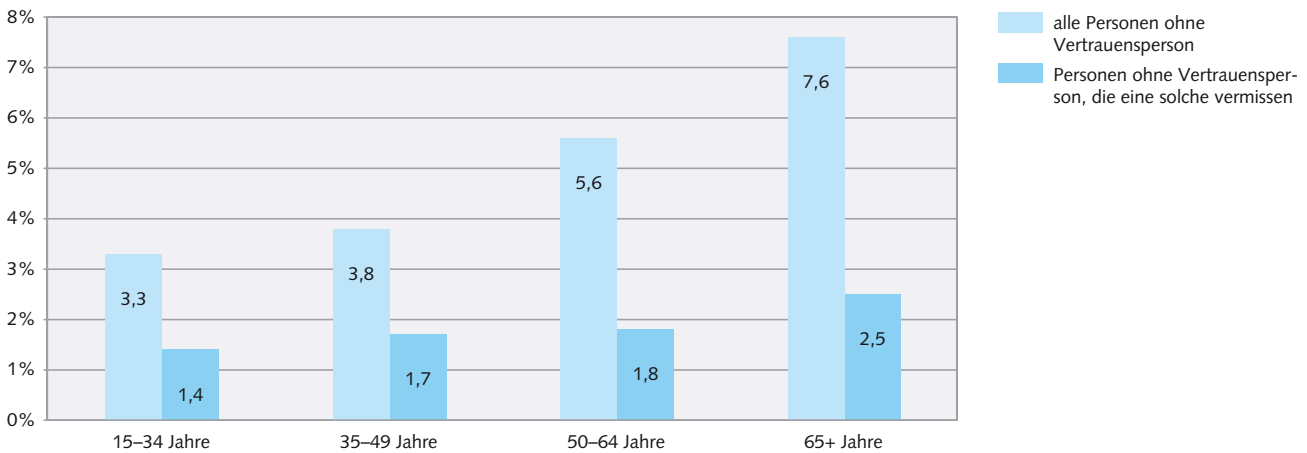
Abb. 2.20



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=981 (BL); 18'735 (CH).

Anteil Personen, die keine Vertrauensperson haben bzw. eine solche auch vermissen, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 2.21



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'716/948 (CH).

einsamer fühlen als Männer. Der Kanton Basel-Landschaft unterscheidet sich diesbezüglich kaum von der Gesamtschweiz.

Der Verlust eines Lebenspartners spielt eine zentrale Rolle für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen. Getrennt lebende (52,3%) und verwitwete Personen (47,0%) fühlen sich deutlich öfter einsam als verheiratete (20,5%). Dies zeigt sich auch, wenn die Haushaltsgrösse unterschieden wird. Jede zweite Person, die alleine wohnt, leidet mehr oder weniger regelmässig unter Einsamkeitsgefühlen. Bei Personen, die zu zweit wohnen, sind es lediglich halb so viele.

Wird konkret nach dem Vorhanden- bzw. Nichtvorhandensein von Vertrauenspersonen gefragt, so geben

gut 3% (2,9% der Frauen und 3,6% der Männer) der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft an, keine solche zu haben, was etwas unter dem gesamtschweizerischen Wert von 4,7% (4% der Frauen und 5,5% der Männer) liegt. Etwa die Hälfte dieser Frauen und ein Drittel der Männer nimmt dies auch bewusst als Mangel wahr.

Bei den 15- bis 65-Jährigen ist der Anteil der Personen ohne Vertrauensbeziehung im Kanton Basel-Landschaft geringer als in der Schweiz insgesamt. Bei den über 65-jährigen Personen gleichen sich die Anteile an. Die grösste Differenz zeigt sich bei den jungen Erwachsenen (siehe Abbildung 2.21).

2.4 Sterblichkeit und Todesursachen

Die Verteilung und Entwicklung von Todesursachen liefert wichtige Hinweise zur Häufigkeit von Krankheiten und damit zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Aus Sicht der Prävention sind vor allem jene Todesursachen von Interesse, für die wichtige Risikofaktoren bekannt sind und die somit durch entsprechendes Verhalten teilweise verhütet werden können (s. Kapitel 3). Zu bedenken ist, dass bei Krankheiten wie Krebsleiden wegen der langen Latenzzeit die heutigen Entwicklungen sterblichkeitsrelevante Verhaltensweisen in der Vergangenheit widerspiegeln (Meslé, 2004). Anders ist dies bei Verhaltensweisen mit unmittelbaren Todesfolgen wie Tod durch Unfälle und Selbstmorde. Neben den Todesursachen gilt die allgemeine Sterblichkeit als wichtiger Indikator für die Beschreibung des Gesundheitszustandes.

Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Sterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft dargestellt. Dabei werden einzelne Aspekte der Sterblichkeit, wie z. B. Differenzen nach Geschlecht und Alter untersucht, und es wird der Kanton mit der Region Nordwestschweiz und der gesamten Schweiz verglichen. Im zweiten Teil werden die wichtigsten Todesursachen analysiert, gestützt auf die Methode der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) und die standardisierte Mortalitätsrate (SMR).

2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft

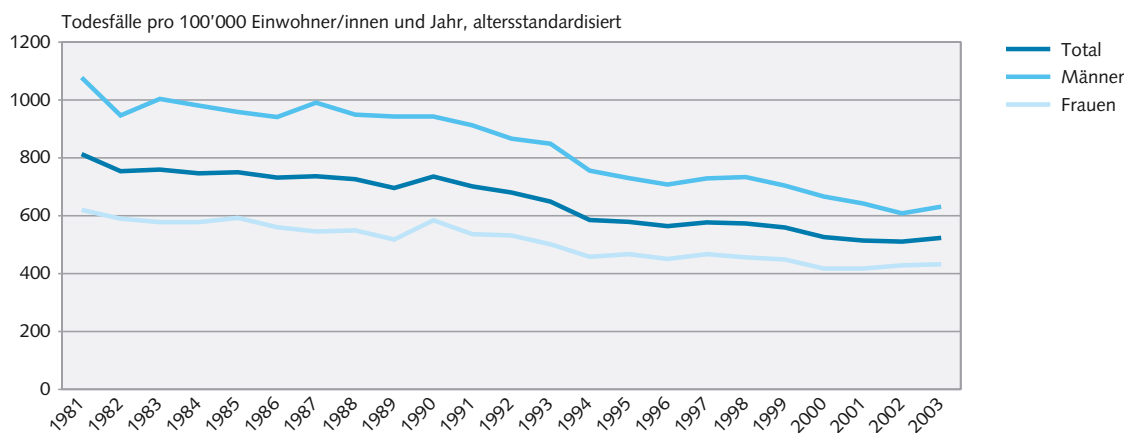
Im Jahr 2003 starben 1049 Frauen und 1021 Männer, die ihren Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft hatten. Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl Todesfälle der letzten 34 Jahre ist für den Kanton Basel-Landschaft ein Anstieg von 1491 (im Jahr 1969) auf 2070 (im Jahr 2003) zu beobachten. Dies entspricht einer Zunahme um rund 39%.

Diese Erhöhung ist im Wesentlichen der Bevölkerungsentwicklung gleichzusetzen. Die ständige Wohnbevölkerung wuchs nämlich um 33,6% von 197'400⁸ Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 1969 auf 263'655 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2003. Laut Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist im Kanton Basel-Landschaft bis zum Jahr 2040 mit einem weiteren Anstieg der Todesfälle zu rechnen (BFS, 2004a). Dies ist auf die Erhöhung der Lebenserwartung und die Überzahl an älteren Frauen zurückzuführen. Die zukünftige Entwicklung der Sterblichkeit hängt allerdings von schwer vorhersehbaren Faktoren ab wie Entwicklungen bei Mortalitätsrisiken und Verhaltensweisen, Migrationsflüsse, Geburtenziffern etc.

Bei Vergleichen der Mortalität zwischen verschiedenen Bevölkerungen oder über längere Zeiträume ist es von Vorteil, die Todesfälle auf eine gemeinsame Altersstruktur zu beziehen (BFS, 2004b, vgl. auch Anhang). Die altersstandardisierte Sterberate im Jahr 2003 liegt für die Frauen bei 433 und für die Männer bei 632 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner.

Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten im Kanton Basel-Landschaft, nach Geschlecht im Zeitraum von 1981 bis 2003

Abb. 2.22



Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

⁸ Geschätzte ständige Wohnbevölkerung der Kantone zur Jahresmitte 1969.

Tab. 2.7 Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten und altersstandardisierten Gesamtsterberaten (Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen) im Kanton Basel-Landschaft im Zeitraum von 1981/83 bis 2001/03

Geschlecht	Altersgruppe	1981/1983 ¹	1991/1993 ¹	2001/2003 ¹	Entwicklung 1981/83–2001/03 in %
Frauen	0–24	45	51	30	-33,4
	25–64	205	207	165	-19,5
	65–84	3 324	2 627	2 088	-37,2
	85+	17 064	16 493	15 091	-11,6
	Total, altersstandardisiert	596	524	424	-28,9
Männer	0–24	99	84	37	-62,7
	25–64	438	375	280	-36,1
	65–84	5 052	4 549	3 216	-36,3
	85+	21 641	19 789	16 325	-24,6
	Total, altersstandardisiert	1 009	875	624	-38,2

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für jeweils 3 Jahre verwendet. Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten beider Geschlechter im Kanton Basel-Landschaft von 1981 bis 2003 folgt dem langjährigen gesamtschweizerischen Trend und weist weiterhin eine abnehmende Tendenz auf (vgl. Abbildung 2.22). Zwischen 1981 und 2003 sank die Sterblichkeitsrate der Frauen von 621 auf 433 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Jahr (-30,3%). Bei den Männern verringerte sich die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum von 1078 auf 632 Todesfälle pro 100'000 Einwohner (-41,4%).

Die altersstandardisierte Sterberate der Männer ist im ganzen Zeitraum höher als diejenige der Frauen. Ursachen der Übersterblichkeit der Männer sind hauptsächlich physiologische und Verhaltensunterschiede (Vallin, 2002). Die geschlechtsspezifischen Sterberaten nähern sich einander an. Das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberaten zwischen Männern und Frauen 1,74 im Jahr 1981 gegen 1,46 im Jahr 2003. Laut Meslé (2004) ist der Rückgang der geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede hauptsächlich auf Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer zurückzuführen. Die Herz-/Kreislaufkrankungen bei Männern sind rückläufig. Das hat zur Folge, dass sich auch die Differenz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern verringert. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt für Männer und Frauen im Kanton Basel-Landschaft lag im Jahr 1999/2002 bei 78,7 Jahren (Schweiz: 77,3 Jahre) respektive 83,2 Jahren (Schweiz: 82,9 Jahre), also leicht über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (BFS, 2005a).

Aus Tabelle 2.7 geht die Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten im Kanton Basel-Landschaft nach Altersklassen bzw. die altersstandardisierte Gesamtsterberate hervor. Obschon die Mortalität in den jüngeren Altersklassen gering ausfällt, bildete sich die Sterberate der 0 bis 24-Jährigen zwischen 1981/83 und 2001/03 bei den Frauen von 45 auf 30 und bei den Männern von

99 auf 37 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner zurück, was einer Abnahme um 33,4% bzw. 62,7% entspricht. Ähnliches gilt für die Altersklasse der 25- bis 64-Jährigen, deren Sterblichkeit im gleichen Zeitraum bei den Frauen um 19,5% und bei Männern um 36,1% zurückging. Den höchsten Rückgang der Sterberaten in absoluten Zahlen wurde jedoch bei den 65-Jährigen und Älteren verbucht.

Durch die Altersstandardisierung der Sterbeziffern sind Vergleiche zwischen einzelnen Regionen und im Zeitverlauf möglich. Die Sterberaten des Kantons Basel-Landschaft, der Grossregion Nordwestschweiz⁹ und der Schweiz zeigen während der Zeit von 1981 bis 2001 eine parallele Entwicklung (Todesfälle pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen, 1981, BL: 813, Grossregion Nordwestschweiz: 828, CH: 806/2003, BL: 524, Grossregion Nordwestschweiz: 573, CH: 552). Ab 1994 ist die Mortalität der Frauen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft jedoch geringer als diejenige in der gesamten Region Nordwestschweiz und gleichläufig mit der gesamten Schweiz (Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen, 1994, BL: 458, Grossregion Nordwestschweiz: 645, CH: 471/2003, BL: 433, Grossregion Nordwestschweiz: 468, CH: 426). Die männliche Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zeichnet sich im Zeitraum 1981 bis 2003 durch eine fast systematische Untersterblichkeit im Vergleich zur gesamten Region Nordwestschweiz aus. Ab 1994 liegt die Sterberate der Männer zudem klar unter dem gesamtschweizerischen Mittel (Todesfälle pro 100'000 Einwohner, 1994, BL: 756, Grossregion Nordwestschweiz 873, CH: 821/2003, BL: 631, Grossregion Nordwestschweiz: 717, CH: 673).

⁹ Damit beim regionalen Vergleich die Zahlen des Referenzkantons die Analyse nicht beeinflussen, sind die altersstandardisierten Sterberaten für die Grossregion Nordwestschweiz und die Schweiz ohne den Kanton Basel-Landschaft berechnet worden.

2.4.2 Ausgewählte Todesursachen

Für einige Todesursachen sind Risikofaktoren wie Tabakkonsum oder mangelnde Bewegung bekannt und lassen sich somit durch entsprechendes Verhalten bzw. medizinische Versorgung teilweise verhüten. Darunter fallen insbesondere ischämische Herzkrankheiten, Hirngefässerkrankungen, Lungen-, Magen-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs, alkoholbedingte Krankheiten, Unfälle und Suizide (Bisig, Beer, 1996). Diese Todesursachen sollen im Folgenden für den Kanton Basel-Landschaft genauer betrachtet werden.

Wie aus Tabelle 2.8 (1. Spalte) hervorgeht, sind von 1995 bis 2001 insgesamt 6758 Frauen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft gestorben. Bezogen auf die Bevölkerungsgrösse, entspricht dies jährlich 740 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen. Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden bilden dabei die Haupttodesursachen (68,3% aller Fälle).

Aus präventivmedizinischer Sicht steht v. a. die Verhütung der «vorzeitigen» bzw. «vermeidbaren» Sterblichkeit im Vordergrund. Diese wird mit der Analyse der *verlorenen potenziellen Lebensjahre* (VPL) gemessen (vgl. Anhang). Zweck des VPL ist es, die Hauptursachen derjenigen Todesfälle zu identifizieren, welche die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung eines Kantons in erheblichem Masse beeinträchtigen. Die Analyse der VPL gibt

Aufschluss über die vorzeitige Sterblichkeit, indem Todesfälle vor dem 70. Altersjahr stärker gewichtet werden als in der üblichen Sterbeziffer.

Insgesamt gingen im Kanton Basel-Landschaft bei den Frauen im Beobachtungszeitraum knapp 19'000 Lebensjahre frühzeitig verloren (siehe Tabelle 2.11, Spalte 3). Obschon Herz-/Kreislaufkrankheiten die Haupttodesursache bei Frauen sind, geht der grösste Verlust an verlorenen potenziellen Lebensjahren auf das Konto der Krebsleiden (50,4% aller verlorenen potenziellen Lebensjahre). Krebskrankheiten sind somit die bedeutendste Ursache «vorzeitiger» Todesfälle von Frauen (9548 VPL). Brustkrebs als Todesursache trägt zu einem Viertel der verlorenen potenziellen Lebensjahre durch Krebsleiden bei.¹⁰

Um die Mortalität im Kanton Basel-Landschaft mit der in der Schweiz zu vergleichen, werden der altersstandardisierte Mortalitätsraten (SMR, vgl. auch Anhang) berechnet. Der Wert 100 in den Tabellen 2.8 und 2.9 (Spalte 5) entspricht dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Die Anzahl Todesfälle bei den Frauen im Beobachtungszeitraum liegt im Kanton Basel-Landschaft leicht unter dem Gesamtschweizer Wert (96%; dies bedeutet eine 4% geringere Sterblichkeit im Kanton). Betrachtet man wiederum die Todesfälle durch Krebsleiden, zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtschweiz höhere Sterblichkeit von 7% für die Baselbieterinnen. Eine höhere Sterblichkeit gilt für alle Krebsunterkategorien. Bei den Hirngefäs-

Tab. 2.8 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL sowie SMR nach Todesursachen im Kanton Basel-Landschaft bei Frauen, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001¹

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	2 793	41,3	2 431	12,8	94***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	1 213	17,9	789	4,2	106 *
– Hirngefässerkrankungen	524	7,8	516	2,7	84***
Tumore	1 820	26,9	9 548	50,4	107***
davon:					
– bösartige Tumore der Brust	357	5,3	2 350	12,4	104
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	172	2,5	1 128	6,0	102
– bösartige Tumore des Dickdarms	142	2,1	503	2,7	111
Krankheiten des Atmungssystems	413	6,1	604	3,2	98
Diabetes mellitus	209	3,1	103	0,5	97
alkoholische Leberzirrhose	38	0,6	475	2,5	110
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	285	4,2	2 980	15,7	92
davon:					
Suizide	95	1,4	1 535	8,1	97
übrige Todesursachen	1 200	17,8	2 806	14,8	88
Total	6 758	100,0	18 947	100,0	96***

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für den Zeitraum 1995–2001 verwendet.

² Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

³ Verlorene potenzielle Lebensjahre 1995–2001 (Todesfälle zwischen dem 1. und 69. Altersjahr).

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi2: *** p<0.005, * p<0.05.

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

¹⁰ Für die Häufigkeit von Mammographie-Untersuchungen im Kanton Basel-Landschaft, vergleiche Kapitel 6.3.2.

Tab. 2.9 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL sowie SMR nach Todesursachen im Kanton Basel-Landschaft bei Männern, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001¹

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	2 664	38,4	6 599	20,3	94***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	1 352	19,5	3 668	11,3	97
– Hirngefässerkrankungen	441	6,4	680	2,1	95
Tumore	2 124	30,6	9 089	27,9	94***
davon:					
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	463	6,7	2 240	6,9	87***
– bösartige Tumore der Prostata	341	4,9	294	0,9	105
– bösartige Tumore des Dickdarms	165	2,4	417	1,3	103
Krankheiten des Atmungssystems	473	6,8	830	2,5	84***
Diabetes mellitus	162	2,3	425	1,3	95
alkoholische Leberzirrhose	77	1,1	799	2,5	81
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	496	7,2	8 364	25,7	85***
davon:					
– Suizide	231	3,3	4 363	13,4	92
übrige Todesursachen	938	13,5	6 462	19,8	79
Total	6 934	100,0	32 568	100,0	90***

¹ Um ausreichende Fallzahlen zu haben und damit eine robuste Analyse durchzuführen, wurden zur Berechnung jedes Indikators die aggregierten Fallzahlen für den Zeitraum 1995–2001 verwendet.

² Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

³ Verlorene potenzielle Lebensjahre 1995–2001 (Todesfälle zwischen dem 1. und 69. Altersjahr).

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi2: *** p<0.005.

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

serkrankungen zeigen sich bei den Frauen klar unterdurchschnittliche Werte für den Kanton Basel-Landschaft.

Bei den Männern (Tabelle 2.9, Spalte 5) lässt sich zunächst festhalten, dass im Beobachtungszeitraum die Sterblichkeit der Männer mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft 10% unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt. Diese unterdurchschnittlichen Sterblichkeitswerte zeigen sich bei der Mehrzahl der Todesursachen. Positiv zu vermerken ist auch die im Beobachtungszeitraum 15% tiefere Sterblichkeit der Baselbieter Männer aufgrund von Unfällen, Selbstmorden und Gewalttaten im Vergleich zur Gesamtschweiz. Todesfälle aufgrund von Prostata- und Dickdarmkrebs kamen im Kanton Basel-Landschaft bei den Männern etwas häufiger vor als in der Gesamtschweiz.

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 sind 6934 Männer mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft gestorben. Dies entspricht im Durchschnitt einer jährlichen Sterberate von 788 Fällen pro 100'000 Einwohner. Wie bei den Frauen sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden die Haupttodesursachen (48,2% der Fälle). Unter den Krebsleiden ist der Lungenkrebs die häufigste Todesursache bei den Männern.

Betrachtet man wiederum die verlorenen potenziellen Lebensjahre, zeigen sich wie bei den Frauen die Krebsleiden als bedeutendste Ursache «vorzeitiger» Todesfälle von Männern (9089 VPL). Die übrigen Todesursachen

deuten eher auf geschlechtsspezifische Verhaltensunterschiede hin. So sterben Männer deutlich häufiger durch äussere Ursachen wie Unfälle, Suizid oder Gewalttaten (25,7% der VPL) als Frauen (15,7% der VPL).

2.4.3 Ergebnisübersicht

Im Zeitraum von 1981 bis 2003 weist die Sterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf, wobei die Sterblichkeit im Kanton Basel-Landschaft unter dem Mittel der Grossregion Nordwestschweiz liegt. Seit 1994 verläuft die Mortalitätsrate bei den Baselbieter Männern unter und bei den Frauen im schweizerischen Durchschnitt. Die Sterberaten der Männer und Frauen in der Schweiz wie auch im Kanton Basel-Landschaft haben sich in den letzten zehn Jahren allgemein angenähert, und die männliche Übersterblichkeit ging im ganzen Beobachtungszeitraum (1981–2003) zurück. Mögliche Ursachen für diesen Wandel sind Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer (Meslé, 2004). Die grösste Abnahme der Todesfälle in absolute Zahl verzeichneten die oberen Altersklassen (Personen ab 65 Jahren); dies geht einher mit der Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung. Dazu beigetragen hat ebenfalls die tiefere Mortalität in den jüngeren Altersklassen.

Die Analyse der Todesursachen hat gezeigt, dass Krebsleiden die Lebenserwartung der Menschen am stärksten beeinträchtigen. Ein Grossteil der verlorenen

potenziellen Lebensjahre (VPL) ist insbesondere bei den Frauen auf diese Todesursachen zurückzuführen. Rein zahlenmässig sind zwar die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Basel-Landschaft, sie fallen im Hinblick auf die VPL aber weniger stark ins Gewicht, da sie meist Menschen im fortgeschrittenen Alter betreffen. Aus präventivmedizinischer Sicht stehen zudem Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Vordergrund, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle stehen.

Die Sterblichkeit der Frauen im Kanton Basel-Landschaft aufgrund von Krebsleiden liegt im Beobachtungszeitraum signifikant über den Gesamtschweizer Werten. Der Brustkrebs als Todesursache trägt mit einem Anteil von 12,4% zum Total der verlorenen potenziellen Lebensjahre bei. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Kanton Basel-Landschaft im beobachteten Zeitraum eher unterdurchschnittlich häufig aufgetreten.

2.5 Zusammenfassung

Fragt man die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft, wie es ihnen zur Zeit gesundheitlich gehe, so antwortet die grosse Mehrheit, dass sie sich gut (63,4%) oder sogar sehr gut (22,1%) fühle. Nur eine Minderheit sagt, dass es ihr momentan schlecht (3,1%) oder sehr schlecht (0,1%) gehe. Bezüglich *selbstwahrgenommener Gesundheit* liegen die Baselbieterinnen und Baselbieter damit ziemlich genau im Schweizer Durchschnitt.

Geschlecht und Alter erweisen sich als wichtige Bestimmgrössen für das gesundheitliche Wohlbefinden. Mit zunehmenden Lebensjahren sinkt der Anteil Personen mit guter und sehr guter Gesundheit, und ab dem 35. Lebensjahr nehmen Männer ihre Gesundheit als etwas besser wahr als Frauen. Die grösste Differenz zeichnet sich bei Personen über 65 Jahren ab: Während sich 87% der Baselbieter in dieser Altersgruppe gut und sehr gut fühlen, trifft dies lediglich für 72% der Baselbieterinnen zu.

Ein Grund für die Verschlechterung des Wohlbefindens ist die Zunahme *lang andauernder Gesundheitsprobleme* mit höherem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen die grosse Mehrheit (91%) beschwerdefrei ist, so trifft dies nur noch für drei Viertel (73%) der über 65-Jährigen zu. Auch hier besteht wieder ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Frauen berichten häufiger von

lang andauernden Gesundheitsproblemen als Männer. Während knapp ein Viertel (26%) der 50- bis 64-jährigen und ein Drittel (31%) der über 65-jährigen Baselbieterinnen mit einem chronischen Leiden zu leben hat, trifft dies auf lediglich 14% der 50- bis 64-jährigen und 19% der über 65-jährigen Baselbieter zu. Die über 50-jährigen Baselbieterinnen liegen damit über und die Baselbieter unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Auffällig ist zudem der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Haushaltseinkommen und die sozioprofessionelle Kategorie, desto seltener treten lang andauernde Gesundheitsprobleme auf.

Einige *Beschwerden* können mit psychosozialen Belastungen in Verbindung gebracht werden. Am weitesten verbreitet sind dabei Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Während Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter häufiger werden, treten Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schwäche bei älteren Menschen bedeutend weniger auf. In allen Altersgruppen berichten Frauen fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen als Männer (30% vs. 17%). Ferner zeigt sich, dass Personen mit tiefer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen häufiger unter den genannten Beschwerden leiden als Personen mit hoher Bildung.

Krankheiten und Unfälle können dazu führen, dass eine Person für einige Zeit nicht mehr oder nur noch *eingeschränkt leistungsfähig* ist. Den höchsten Anteil an Personen, die mindestens während eines Tages im letzten Monat nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren, findet man unter den 15- bis 34-Jährigen. Mit 25% ist dieser Anteil im Kanton Basel-Landschaft zudem bedeutend höher als in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtschweiz (18%). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung nicht voll leistungsfähig waren, kontinuierlich ab. In den meisten Fällen ist eine Krankheit der Grund für die Leistungseinschränkung. Mit zunehmender Ausfallsdauer werden Unfälle als Ursache allerdings häufiger. Bei Leistungseinschränkungen von über einem Monat ist bei jeder vierten Person ein Unfall die Ursache.

Wichtig für die Prävention ist das Wissen um Risikofaktoren für chronische Krankheiten. Dabei spielen Blutdruck, Cholesterinspiegel und Körpergewicht eine wichtige Rolle. Bei allen Komponenten können zwar erbliche Dispositionen bestehen, das Risiko lässt sich jedoch mit einem entsprechend angepassten Lebensstil nachhaltig beeinflussen. Der Anteil Personen mit *erhöhten Blutdruckwerten* nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Das gleiche gilt auch für den *Cholesterinspiegel*.

Das Problem von hohem Blutdruck wie auch von einem erhöhten Cholesterinspiegel ist, dass beide nicht unmittelbar wahrgenommen werden können. Es ist deshalb wichtig, dass die entsprechenden Werte in regelmässigen Abständen gemessen werden. Beim Cholesterinspiegel zeigt sich, dass sehr viele Personen nicht wissen, ob ihr Cholesterin jemals untersucht wurde und was der allfällige Befund war. Der Anteil Unwissender sinkt zwar in den höheren Altersgruppen, ist mit 20% bei den über 65-Jährigen jedoch immer noch bemerkenswert. Mit höherer Bildung und höherem Einkommen steigt auch das Wissen um den persönlichen Cholesterinwert. Der Anteil Personen mit hohem Blutdruck steigt ebenfalls in den höheren Altersgruppen stark an. Bei den über 65-jährigen Personen sind im Kanton Basel-Landschaft besonders viele davon betroffen.

Übergewicht und Adipositas begünstigen sowohl Bluthochdruck als erhöhte Cholesterinwerte. Erwartungsgemäss nimmt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas mit höherem Alter stark zu. Der Anteil Übergewichtiger verdoppelt sich zwischen den 18- bis 34-Jährigen und den über 65-Jährigen von 19% auf 40%. Bei Adipositas kommt es sogar zu einer Verdreifachung von 4% auf 11%. Männer sind in der Gruppe der Übergewichtigen auf allen Altersstufen übervertreten. Mit höherer Bildung und Haushaltseinkommen nimmt der Anteil an Übergewichtigen ab. Dieser Zusammenhang findet sich bei beiden Geschlechtern, wobei er bei den Frauen noch deutlicher ausfällt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bei Personen mit geringer Bildung und niedrigem Haushaltseinkommen das Risikopotenzial kumuliert. Diese Personen sind häufiger übergewichtig, haben höhere Cholesterinwerte und häufiger Bluthochdruck. Sie leiden häufiger an lang andauernden Gesundheitsproblemen und fühlen sich gesundheitlich weniger gut.

Im Gegensatz zur körperlichen Gesundheit, die mit zunehmendem Alter als weniger gut empfunden wird, erhöht sich das psychische Wohlbefinden. Allerdings zeigt sich auch hier, dass Personen mit höherer Bildung und einem höheren Einkommen tendenziell eine höhere *psychische Ausgeglichenheit* (Gelassenheit, Ausgeglichenheit, Optimismus) angeben als Personen mit geringer Bildung und einem niedrigem Haushaltseinkommen. Bei den Frauen hat das Haushaltseinkommen den stärkeren Einfluss, während es bei den Männern das Bildungsniveau ist.

Das *psychische Wohlbefinden* nimmt gegen die Lebensmitte ab und steigt nach dem Pensionsalter wieder an. Frauen fühlen sich in jungen Jahren geringfügig bes-

ser als Männer, während es in der zweiten Lebenshälfte umgekehrt ist. Auch beim psychischen Wohlbefinden zeigt sich, dass sich ein höheres Haushaltseinkommen und eine höhere Bildung positiv auswirken. Insbesondere höhere Führungskräfte und Personen in freien Berufen fallen durch den ausserordentlich grossen Anteil an Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden auf. Der dritte wichtige Faktor für eine gute psychische Gesundheit ist, dass sich eine Person in der Lage sieht, ihr Leben bewältigen zu können. Die *Kontrollüberzeugung* nimmt mit dem Alter zu, wobei sie bei den Männern in allen Altersklassen etwas über dem Niveau der Frauen liegt. Dieser Befund bestätigt sich sowohl im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Schweiz insgesamt.

Soziales Wohlbefinden ist der dritte Aspekt von Gesundheit gemäss der WHO-Definition. Für ein gutes soziales Wohlbefinden ist das Vorhandensein von sozialen Kontakten und Vertrauenspersonen wichtig. Es zeigt sich, dass Personen, die sich häufig einsam fühlen, öfter starke körperliche Beschwerden haben als Personen, die sich nie einsam fühlen. Fast die Hälfte der jungen Frauen im Alter von 15 bis 34 Jahren fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam. Dies ist ein bedeutend höherer Anteil als bei den Männern, bei denen dies nur auf einen Drittel zutrifft. In den mittleren Altersklassen nehmen die Einsamkeitsgefühle stark ab, um bei den über 65-Jährigen wieder anzusteigen. Offensichtlich verhindert das Wissen um eine Vertrauensperson nicht, dass sich eine Person gelegentlich einsam fühlt. Während viele Personen sich gelegentlich einsam fühlen, geben nur gut 3% aller Befragten an, keine Vertrauensperson zu haben. Der Anteil steigt in höherem Alter stark an. Dies dürfte mit dem Hinscheiden des Ehepartners und von Freunden zusammenhängen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Kanton Basel-Landschaft ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit besteht. Dieser Befund ist für die Gesundheitsförderung insofern von zentraler Wichtigkeit, als Studien zeigen, dass die gesundheitliche Ungleichheit zunimmt (vgl. Mielck 2000).

Die Sterblichkeit bzw. Verteilung und Entwicklung der *Todesursachen* liefert schliesslich wichtige Hinweise zur Häufigkeit von Krankheiten und damit zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Für den Kanton Basel-Landschaft fällt bei den Männern die ab 1994 tiefere altersstandardisierte Mortalitätsrate im Vergleich zur übrigen Schweiz und zur Region Nordwestschweiz auf. Bei den Frauen verläuft die Mortalitätsrate im Gesamtschweizer Durchschnitt.

Die Analyse der ausgewählten Todesursachen hat gezeigt, dass zahlenmässig die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigsten Todesursachen im Kanton Basel-Landschaft sind, diese aber seltener als im gesamtschweizerischen Durchschnitt auftreten. Aus präventivmedizinischer Sicht sind jene Todesursachen von Interesse, für welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Verhalten teilweise verhütet werden können. Im Kanton Basel-Landschaft sind dies v. a. Krebsleiden und Unfälle, Gewalttaten und Suizide, da diese im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre (Sterbealter vor 70 Jahren) am stärksten ins Gewicht fallen. Die Sterblichkeit der Frauen wegen Krebs liegt im Beobachtungszeitraum zudem über dem Gesamtschweizer Wert.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Die Gesundheit einer Person wird von einer Vielzahl Faktoren beeinflusst. Die einen (z. B. Konstitution oder Vererbung) sind weitgehend unveränderbar, während andere mindestens teilweise beeinflussbar sind (z. B. Risikoverhalten, Lebensstil, Umweltbedingungen, Qualität der sozialen Kontakte). Für die Prävention sind die beeinflussbaren Faktoren von primärem Interesse. Wie hängen Gesundheitsverhalten und Lebenssituation zusammen? Gibt es im Kanton Basel-Landschaft auffällige Muster? Um diese Fragen geht es im vorliegenden Kapitel über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

3.1 Gesundheitsbewusstsein

Für gesundheitsrelevantes Verhalten ist ein entsprechendes Gesundheitsbewusstsein unabdingbar. Im schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung wurde deshalb nach der Wichtigkeit der Gesundheit im Lebenskonzept gefragt.

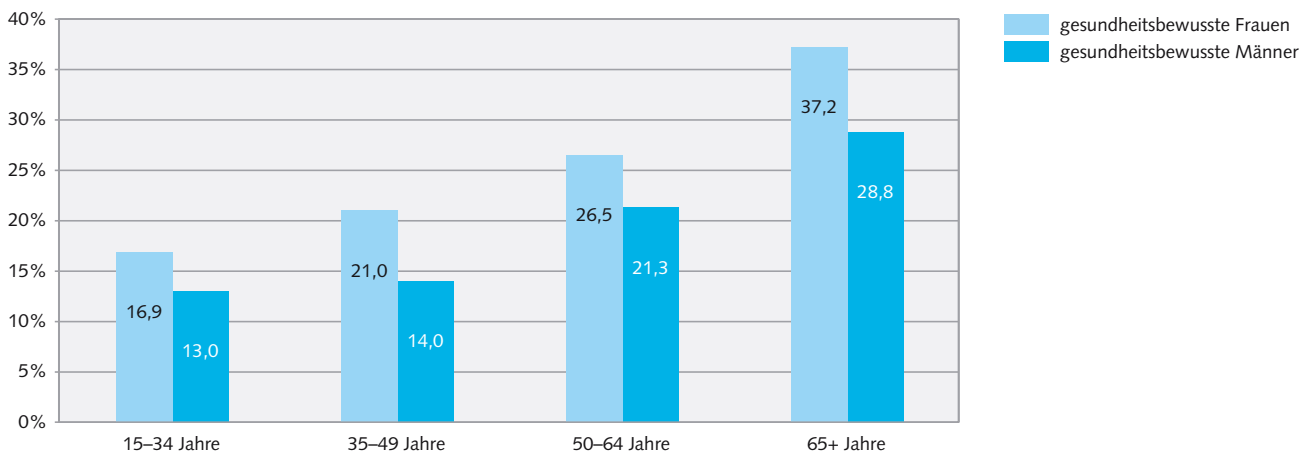
9,1% der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft stimmt der Aussage: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» zu. Die grosse Mehrheit (71,5%) lebt nach dem Motto: «Gedanken an

die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil», und schliesslich sagen 19,4% von sich: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe».

Die Verteilung dieser Meinungen variiert stark zwischen den Geschlechtern und den Alterskategorien. Personen mit einem unbekümmerten Umgang mit der eigenen Gesundheit sind mehrheitlich männlich und jünger. Mit zunehmendem Alter wird Gesundheitserhaltung als Lebenskonzept immer wichtiger (vgl. Abbildung 3.1). Insbesondere im Pensionsalter wird der Gesundheit viel Beachtung geschenkt. Zwischen der Einstellung zur Gesundheit und dem Leiden unter chronischen Beschwerden ist jedoch kein eindeutiger Zusammenhang zu erkennen. Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf das Gesundheitsbewusstsein aus, und Personen mit einem unbekümmerten Umgang mit ihrer Gesundheit verfügen über ein tieferes Haushaltseinkommen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Personen in guten Einkommensverhältnissen gesundheitsbewusster wären. Der Anteil Gesundheitsorientierter ist bei Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als Fr. 3000 am höchsten und nimmt in jeder höheren Einkommensklasse

Anteil der Gesundheitsbewussten in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8030 (Frauen); 6598 (Männer).

Tab. 3.1 Angaben zur Gesundheitseinstellung nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

		unbekümmert ¹		beachtend ²		orientiert ³		
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	
Gesamtbevölkerung		9,1	11,5	71,5	67,3	19,4	21,2	
Geschlecht	Frauen	(6,6)	9,1	74,0	66,5	19,4	24,4	
	Männer	11,8	14,1	68,9	68,2	19,3	17,7	
Altersgruppen	15–34	(16,3)	17,2	71,3	67,8	(12,4)	15,0	
	35–49	(7,3)	11,1	80,1	71,4	(12,6)	17,5	
	50–64	(7,7)	8,5	72,7	67,5	19,7	24,0	
	65+	*	6,4	59,7	59,8	35,5	33,8	
Bildung	obligatorische Schule	(18,3)	17,2	58,5	56,4	23,2	26,5	
	Sekundarstufe II	6,9	10,4	73,9	68,7	19,2	20,9	
	Tertiärstufe	(7,8)	8,4	76,1	76,0	(16,2)	15,6	
Nationalität	Schweizer	9,0	11,0	70,8	68,3	20,1	20,7	
	Ausländer	*	14,3	76,8	62,1	*	23,6	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	*	13,1	78,5	62,9	(14,2)	24,0	
	CHF 3000 bis 4499	(9,4)	9,7	66,8	68,3	23,8	22,0	
	CHF 4500 bis 5999	*	9,5	79,8	71,3	16,2	19,2	
	CHF 6000 und höher	*	8,4	75,0	77,0	(16,9)	14,6	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	12,4	63,5	62,4	(21,9)	25,2	
	qualifizierte manuelle Berufe	(14,1)	15,9	62,7	61,9	(23,2)	22,2	
	Kleinunternehmer	*	12,4	73,1	66,7	(18,6)	20,8	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(5,9)	9,8	72,2	67,4	21,8	22,8	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(7,5)	9,0	76,0	71,1	16,5	19,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	8,2	78,7	77,3	(16,5)	14,5	
Regionaler Vergleich	Aargau		10,6		67,3		22,1	
	Basel-Landschaft		9,1		71,5		19,4	
	Basel-Stadt		8,0		67,0		25,0	
	Bern		10,3		70,4		19,3	
	Luzern		8,3		68,3		23,4	
	Solothurn		8,9		70,9		20,2	
	St. Gallen		10,5		68,1		21,3	
	Zug		8,4		71,2		20,3	
	Zürich		7,1		71,0		21,9	
		andere Deutschschweizer Kantone		11,6		67,2		21,2
		Westschweizer Kantone		17,6		60,7		21,7
	Tessin		11,8		71,4		16,8	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 761 <n< 817 (BL); 14'628 <n< 15'652 (CH).

* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

¹ Zustimmung zu: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.»

² Zustimmung zu: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.»

³ Zustimmung zu: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.»

ab (vgl. Tabelle 3.1). Dies erklärt sich mitunter damit, dass die besonders gesundheitsorientierten älteren Frauen relativ häufig in prekäreren Einkommensverhältnissen leben.

3.2 Körperliche Aktivität

Bewegung und Sport sind für die Gesundheit von grosser Bedeutung. Die gesundheitsfördernde Wirkung von regelmässiger körperlicher Aktivität und ihre Schutzfunktion gegen zahlreiche Krankheiten sind wissenschaftlich gut belegt (vgl. Marti und Hättich 1999). Der Bewegungsmangel ist ebenso schädlich für die Gesundheit wie das Rauchen und sogar noch schädlicher als das Übergewicht. Man schätzt, dass der Bewegungsmangel in der Schweiz jährlich mindestens 2000 Todesfälle und 1,4 Millionen Erkrankungen verursacht, welche direkte Behandlungskosten von 1,6 Milliarden Franken nach sich

ziehen (Smala, Beeler und Szucs 2001). Dazu kommt: Personen, die sich regelmässig bewegen, leben nicht nur gesünder, sie zeigen auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein und fühlen sich generell besser. Sport und Bewegung heben nachweislich die Stimmung und verbessern die Lebensqualität.

Die aktuellen Empfehlungen des Bundesamts für Sport (BASPO), des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Netzwerks «Gesundheit und Bewegung Schweiz» gehen mit Blick auf die Gesundheitswirksamkeit von folgendem Bewegungsumfang aus:

«Frauen und Männern in jedem Lebensalter wird mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens «mittlerer» Intensität empfohlen. Diese Basisempfehlung, die sich aus fundierten wissenschaftlichen Untersuchungen ableiten lässt, verspricht bedeutende und vielfältige Wirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität.»

Personen, welche diese Basisempfehlungen erfüllen, können mit einem zusätzlichen Training von Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit noch mehr für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden tun. Diese weitergehenden sportlichen Aktivitäten bringen einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen, allerdings nimmt dieser nicht mehr in gleichem Masse zu.

Jene in den Basisempfehlungen angesprochene «mittleren» Intensität meint körperliche Aktivität, bei der man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen gerät. Schwitzen wird seinerseits als Abgrenzungskriterium für die körperlichen Aktivitäten mit «höherer» Intensität genommen. Auch mit Blick auf ein gezieltes Ausdauertraining hat das Bundesamt für Sport Richtlinien formuliert: Für bereits Aktive (Personen also, welche die Basisempfehlungen erfüllen) wird ein Training der Ausdauer oder der kardiorespiratorischen Fitness von mindestens drei Trainingseinheiten pro Woche über 20 bis 60 Minuten empfohlen.

Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen wurde in der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 die Frage gestellt, wie oft und wie lange man körperliche Aktivitäten ausübe, bei denen man zumindest ein bisschen ausser Atem komme und als Beispiele werden «zügiges Laufen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten und viele Sportarten» genannt. Zusätzlich wurde gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche man durch körperliche Betätigung während der Freizeit ins Schwitzen komme. Aus diesen beiden Angaben wurde ein Gesamtindikator zur Messung des Bewegungsverhaltens gebildet, der die Angaben zu den körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (Erhöhung der Atemfrequenz) und die Angaben zu den Aktivitäten mit höherer Intensität (Schwitzen) zusammenfasst und die in Tabelle 3.2 dargestellten Kategorien unterscheidet.

Mit Blick auf den Führungsindikator des Bundesamtes für Sport lässt sich zusammenfassend sagen, dass 36% der Baselbieterinnen und Baselbieter zumindest eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen, während 64% diese nicht erfüllen und als ungenügend aktiv bezeichnet werden müssen. Ein gutes Viertel ist zwar aktiv

und berichtet von wöchentlichen Bewegungsaktivitäten im Umfang einer der beiden Empfehlungen, die in den Bewegungsempfehlungen vorgeschriebene Regelmässigkeit wird jedoch nicht erreicht. Die Bewegungsaktivitäten verteilen sich auf zu wenige Tage. Diese Gruppe kann deshalb als unregelmässig aktiv bezeichnet werden. Ein knappes Fünftel ist teilaktiv, die Häufigkeit und/oder der Bewegungsumfang sind deutlich von einer gesundheitswirksamen «Minimaldosis» entfernt. Schliesslich erweist sich wiederum fast ein Fünftel der Personen im Kanton Basel-Landschaft damit als völlig inaktiv. Das Bewegungsverhalten im Kanton Basel-Landschaft widerspiegelt die gesamtschweizerischen Verhältnisse.

Tabelle 3.3 macht deutlich, dass die Bewegungsaktivität erwartungsgemäss mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Männer sind zudem etwas aktiver als die Frauen. Ein unterdurchschnittliches Bewegungsniveau weist die ausländische Wohnbevölkerung auf, und generell lässt sich sagen, dass das Aktivitätsniveau mit dem sozialen Status deutlich ansteigt. So zeigen Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau sowie einem überdurchschnittlichen Haushaltseinkommen ein besseres Bewegungsverhalten als Personen in tieferen sozialen Lagen. Die genannten Unterschiede zeigen sich sowohl im Kanton Basel-Landschaft als auch in der Gesamtschweiz.

Mit Blick auf die regionalen Unterschiede lässt sich zunächst feststellen, dass in den französischsprachigen Kantonen und im Tessin der Bewegungsmangel deutlich ausgeprägter ist als in der Deutschschweiz. Innerhalb der Deutschschweiz liegt der Kanton Basel-Landschaft im Mittelfeld. Überdurchschnittlich viele Inaktive finden wir im Kanton Basel-Stadt, während sich die Zugerinnen und Zuger als besonders aktiv erweisen.

Eine genauere Analyse der Faktoren Geschlecht und Alter findet sich in den Abbildungen 3.2 und 3.3. Dabei zeigt sich, dass der Rückgang der Bewegungsaktivitäten mit dem Alter nicht kontinuierlich erfolgt und sich die Männer und Frauen dabei klar unterscheiden. Die Männer sind in jungen Jahren erheblich aktiver als die Frauen. Mit den Jahren wird diese Differenz jedoch immer geringer: Im Alter zwischen 35 und 65 Jahren erfüllen in etwa

Tab. 3.2 Ausmass der Bewegungsaktivitäten gemäss Führungsindikator des BASPO

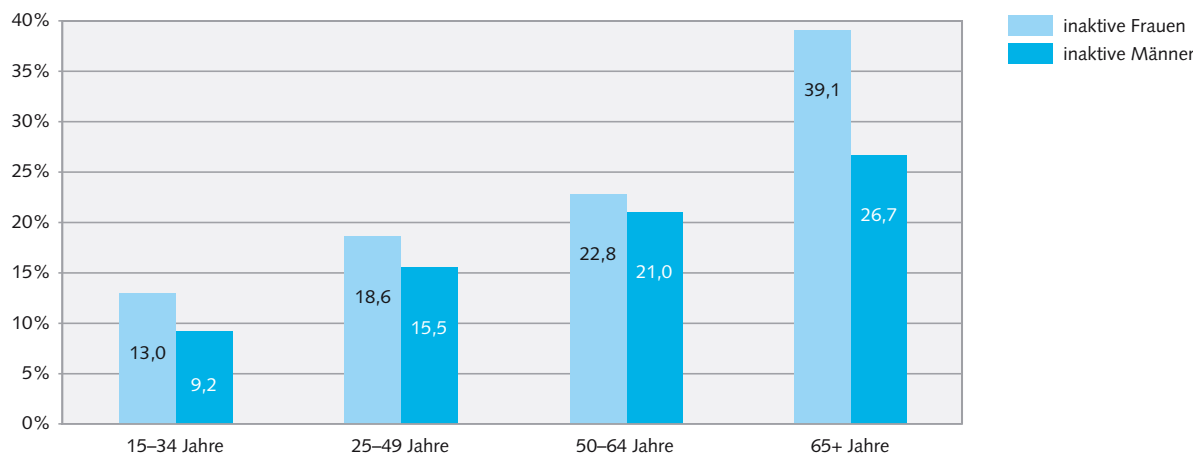
	BL	CH
trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	27,7	27,0
regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen)	8,2	8,9
unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden	27,0	25,6
teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden	18,4	19,1
inaktiv	18,7	19,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 983 (BL); 18'719 (CH).

Tab. 3.3 Bewegungsverhalten nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/ teilaktiv		inaktiv	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		35,9	35,8	45,4	44,8	18,7	19,4
Geschlecht	Frauen	33,8	32,6	45,2	45,2	21,0	22,2
	Männer	38,2	39,4	45,5	44,3	16,3	16,3
Altersgruppen	15–34	46,5	42,4	41,7	46,5	(11,8)	11,1
	35–49	35,9	33,1	50,1	49,9	14,0	17,0
	50–64	29,5	33,5	45,8	44,6	24,7	22,0
	65+	30,4	31,9	43,0	33,9	26,7	34,3
Bildung	obligatorische Schule	38,8	34,8	36,4	38,1	24,9	27,2
	Sekundarstufe II	35,4	36,2	45,8	46,0	18,9	17,7
	Tertiärstufe	34,9	35,8	52,9	49,3	12,1	14,8
Nationalität	Schweizer	36,8	37,0	46,4	45,2	16,8	17,8
	Ausländer	(31,0)	30,5	39,2	42,8	(29,8)	26,7
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	40,3	33,9	37,1	41,9	22,6	24,2
	CHF 3000 bis 4499	33,6	34,7	48,8	45,8	17,6	19,5
	CHF 4500 bis 5999	31,3	37,9	52,8	47,0	15,8	15,2
	CHF 6000 und höher	40,2	37,8	43,1	49,4	(16,7)	12,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	40,9	36,3	31,1	37,9	(28,0)	25,8
	qualifizierte manuelle Berufe	39,2	36,1	40,5	42,8	(20,4)	21,2
	Kleinunternehmer	(40,4)	35,6	38,2	39,8	(21,4)	24,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	30,0	33,8	52,0	47,1	17,9	19,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	35,3	36,4	47,9	48,0	16,8	15,6
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	31,8	33,8	54,2	51,5	(13,9)	14,8
Regionaler Vergleich	Aargau		38,3		45,9		15,8
	Basel-Landschaft		35,9		45,4		18,7
	Basel-Stadt		35,8		39,2		25,0
	Bern		39,1		41,9		19,0
	Luzern		35,5		47,9		16,6
	Solothurn		37,5		44,9		17,6
	St.Gallen		36,5		48,5		15,0
	Zug		41,5		46,1		12,4
	Zürich		37,1		45,1		17,8
	andere Deutschschweizer Kantone		39,8		47,4		12,8
	Westschweizer Kantone		30,9		44,9		24,2
	Tessin		30,2		36,4		33,4

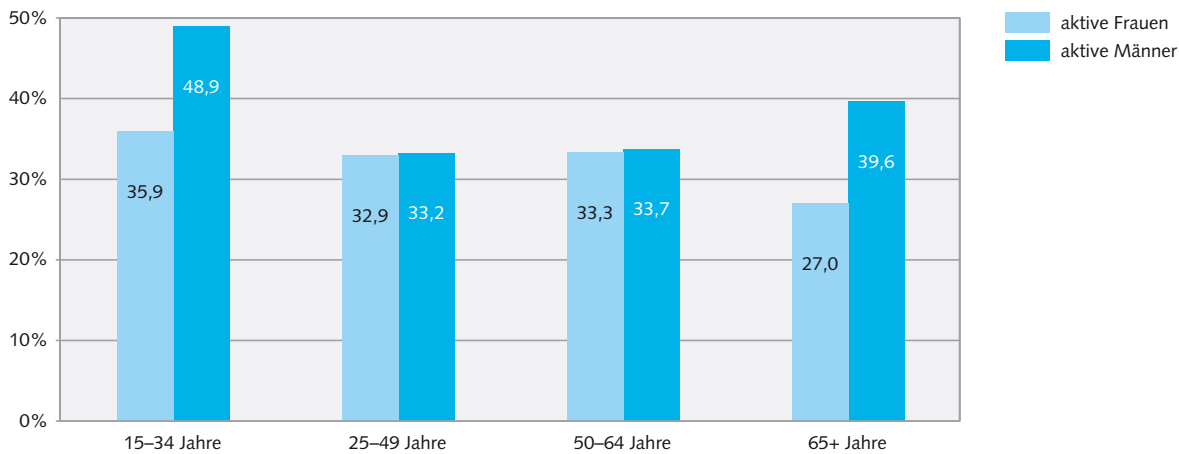
Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 911 <n< 938 (BL); 17'344 <n< 18'719 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Anteil der Inaktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz**Abb. 3.2**

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); 8272 (Männer).

Anteil der Aktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, (Personen, welche eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen), Schweiz

Abb. 3.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); 8272 (Männer).

Tab. 3.4 Verschiedene Formen von körperlicher Aktivität (in %)

		BL	CH
Sport, Fitness, Gymnastik	nie	43,9	47,0
	teilaktiv, unregelmässig aktiv	31,3	28,6
	regelmässig aktiv: mehrmals pro Woche,	24,8	24,3
Tägliche Wegstrecke (zum Arbeiten, Einkaufen, Ausgehen) zu Fuss oder mit Velo	keine körperliche Bewegung	50,3	50,5
	bis 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	21,8	22,1
	über 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	27,9	27,4
Körperliche Aktivität bei der Arbeit (inkl. Haus- und Gartenarbeit)	kein Schwitzen bei der Arbeit	47,6	43,4
	1 bis 2 Schwitzeperioden pro Woche	29,7	28,8
	3 und mehr Schwitzeperioden pro Woche	22,7	27,8

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 18'376 <n< 19'706 (CH), 972 <n< 1019 (BL).

gleich viele Frauen und Männer eine der beiden Bewegungsempfehlungen. Im Alter werden die Unterschiede wieder etwas grösser. Bei den über 65-Jährigen ist die Inaktivität bei den Frauen höher als bei den Männern.

Tabelle 3.4 gibt einen Überblick über verschiedene Formen der körperlichen Aktivität. Dabei zeigt sich, dass im Kanton Basel-Landschaft zwar etwas häufiger Sport getrieben wird als in der Gesamtschweiz, dafür liegen die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit (inklusive Haus- und Gartenarbeit) unter dem schweizerischen Durchschnitt.

3.3 Bewusste Ernährung

Eine ausgeglichene Ernährung ist neben körperlicher Aktivität der zweite zentrale Pfeiler, der die gute Gesundheit erhält. Viele Krebserkrankungen können beispielsweise in Beziehung zur Essgewohnheit der betroffenen Person gesetzt werden (Schwarzer 1992: 99). Eine ausreichende Versorgung mit bestimmten Vitaminen kann umgekehrt das Krebsrisiko vermindern. Ein besonderes

Risiko liegt im zu häufigen Konsum von tierischen Fetten, wie sie vor allem in Rind- und Schweinefleisch, Butter, Käse und Eiern vorkommen. Der übermässige Konsum dieser Produkte kann unter anderem zur Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blut führen. Gleichzeitig ist die Versorgung des Körpers mit ausreichend Eiweiss zentral für die Gesundheit (Schwarzer 1996: 120).¹¹ Was und wie viel jemand isst, kann demnach je nach Essgewohnheit und Disposition krank machen oder die Gesundheit fördern.

3.3.1 Ernährungsbewusstsein

Ernährungsbewusstsein ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für ein gesundes Ernährungsverhalten. Verschiedene Faktoren können eine Rolle bei der Umsetzung spielen. Es ist anzunehmen, dass beispielsweise prekäre Lebensverhältnisse das effektive Ernährungsverhalten beeinflussen.

¹¹ Zu Cholesterin siehe Abschnitt 3.1.4: Risikofaktoren für chronische Krankheiten.

Im Kanton Basel-Landschaft achten drei Viertel der Bevölkerung auf ihre Ernährung. Dabei erweisen sich die Frauen als ernährungsbewusster als die Männer (83,8% vs. 68%). Unabhängig vom Geschlecht sind es im Kanton Basel-Landschaft die 35- bis 49-Jährigen, die am meisten darauf achten, was sie essen.

Das Ernährungsbewusstsein steht in Zusammenhang mit Bildung und Berufsstatus, nicht aber mit dem Haushaltseinkommen. Personen mit einer höheren Bildung und Personen in nicht-manuellen Berufen achten deutlich mehr darauf, was sie essen, als Personen mit einer geringen Bildung und Personen in manuellen Berufen. Zumindest im Kanton Basel-Landschaft besteht aber keine Beziehung zwischen dem Haushaltseinkommen und dem Ernährungsbewusstsein. Das Ernährungsbewusstsein scheint also eher eine Lebensstil- als eine Geldfrage zu sein.

Bezüglich Ernährungsbewusstsein tut sich ein besonders breiter «Röstigraben» auf: In der Deutschschweiz und auch im Tessin ist das Ernährungsbewusstsein klar

ausgeprägter als in der Westschweiz. Der Anteil ernährungsbewusster Personen ist im Kanton Basel-Landschaft zusammen mit Zürich und Zug besonders hoch.

3.3.2 Ernährungsgewohnheiten

Knapp ein Viertel der Personen im Kanton Basel-Landschaft isst (fast) täglich Fleisch, während jede zwanzigste Person darauf weitgehend bis ganz verzichtet (Tabelle 3.6). Der Anteil Vegetarier und seltener Fleischesser ist bei den 15- bis 34-Jährigen mit gegen 10% am grössten.

Bei der grossen Mehrheit der Personen im Kanton Basel-Landschaft stehen täglich Gemüse und Salat auf dem Tisch (vgl. Tabelle 3.6). Bei den 15- bis 34-Jährigen essen nur 74,6% täglich Salat oder Gemüse, bei allen anderen Altersgruppen sind es mindestens 84%. Beim Fruchtekonsum zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Während in der jüngsten Altersgruppe nur 59,9% täglich Früchte essen, nimmt der Fruchtekonsum in den höheren Altersklassen kontinuierlich zu. Bei den über 65-Jäh-

Tab. 3.5 Anteil Ernährungsbewusste nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

		BL	CH
Gesamtbevölkerung		76,2	69,1
Geschlecht	Frauen	83,8	76,0
	Männer	68,0	61,6
Altersgruppen	15–34	68,8	61,9
	35–49	82,9	70,5
	50–64	77,4	73,5
	65+	75,3	73,7
Bildung	obligatorische Schule	70,2	60,5
	Sekundarstufe II	76,5	71,3
	Tertiärstufe	81,9	73,7
Nationalität	Schweizer	76,8	70,5
	Ausländer	73,4	63,3
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	76,2	65,5
	CHF 3000 bis 4499	78,9	71,1
	CHF 4500 bis 5999	76,0	74,0
	CHF 6000 und höher	76,8	75,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	66,3	66,3
	qualifizierte manuelle Berufe	65,9	61,0
	Kleinunternehmer	70,8	67,3
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	81,4	73,4
	höherqualifizierte nicht-manuelle Berufe/mittleres Kader	79,6	74,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	82,3	73,3
Regionaler Vergleich	Aargau		72,9
	Basel-Landschaft		76,2
	Basel-Stadt		75,9
	Bern		74,7
	Luzern		71,1
	Solothurn		73,9
	St. Gallen		70,6
	Zug		77,9
	Zürich		76,4
	andere Deutschschweizer Kantone		69,0
	Westschweizer Kantone		55,1
	Tessin		73,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. n = 1017 (BL); 18'378 (CH).

Tab. 3.6 Fleisch-, Gemüse-, Salat-, Früchte- und Fastfoodkonsum, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

	an 6–7 Tagen		an 4–5 Tagen		an bis zu 3 Tagen		selten bis nie	
	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Fleisch	23,1	25,2	25,3	26,2	45,7	43,7	5,8	4,8
Gemüse und Salat	85,3	85,2	8,5	8,0	6,0	6,1	*	0,7
Früchte	69,6	68,0	7,4	9,0	17,8	17,6	5,1	5,3
Fastfood	*	1,5	*	3,4	15,6	15,9	82,3	79,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1013 <n< 1018 (BL); 19'662 <n< 19'687 (CH).

* Antworten von 0–10 Personen.

rigen verspeisen 83,7% täglich Früchte. Diese Werte für den Kantons Basel-Landschaft entsprechen weitgehend jenen der Schweiz.

Mehr als vier Fünftel der Baselbieter Bevölkerung essen selten bis nie in einem Schnellimbisslokal oder auf der Strasse. Mit zunehmendem Alter wird der Anteil Personen, die sich nie auf diese Weise verpflegen, immer grösser. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind es 26,7%, bei den über 65-Jährigen schliesslich 87,7%, die weitgehend auf Fastfood verzichten. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil häufiger Snackbarbesucher im Kanton Basel-Landschaft geringer.

Bei diesen Altersdifferenzen handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Kohorteneffekt. Dies bedeutet: Es ist anzunehmen, dass sich die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch in späteren Jahren – zumindest teilweise – von Fastfood ernähren werden. Dies hängt nicht zuletzt mit den veränderten Lebensgewohnheiten zusammen. Deshalb ist es von zentraler Wichtigkeit, dass Schnellimbisslokale vermehrt vitamin- und nährstoffreiche Lebensmittel wie Früchte, Gemüse und Salate anbieten.

3.4 Medikamentengebrauch

Im Jahr 2002 wurden in der Schweiz 6933 verschiedene, von Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, registrierte Humanarzneimittel¹² angeboten, von denen gut die Hälfte (56,2%) verschrieben werden muss. Der Anteil der Medikamente an den gesamten Gesundheitskosten beträgt gegenwärtig 10,7%. Medikamente gegen Herz-Kreislauferkrankungen nehmen bezüglich ihres Marktanteils seit Jahren die Spitzenposition ein. An zweiter Stelle stehen Medikamente gegen Depressionen. Im Durchschnitt geben die Schweizerinnen und Schweizer 1,5% ihres Einkommens für Medikamente aus (Kommunikationsstelle Interpharma 2003).

¹² Humanarzneimittel, Phytotherapeutika, Homöopathika, In-vitro-Tests, Radiopharmazeutika.

Viele Arzneimittel bergen neben der erwünschten Wirkung oft auch ein Missbrauchspotenzial sowie nicht zu vernachlässigende Nebenwirkungen. Beispielsweise kann die langfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die Benzodiazepine enthalten, in die Medikamentenabhängigkeit führen (Maffli und Bahner 1999). Ähnliche Probleme stellen sich auch bei verschiedenen Schmerzmitteln (Ladewig 2000, Gmel 2000). Eine Reihe von Medikamenten beeinträchtigt zudem den Gleichgewichtssinn. Besonders bei älteren Personen kann die Einnahme solcher Präparate häufiger zu Sturzunfällen führen (Höpfinger und Hugentobler 2003).

Vier von zehn Personen im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Schweiz insgesamt haben in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Anteil bei den Frauen mit 44% (CH: 46,2%) höher liegt als der Anteil bei den Männern mit 36,9% (CH: 34,9%). Dieser Geschlechterunterschied bezüglich Medikamenteneinnahme ist ein bekanntes Phänomen und findet sich auch in ländervergleichenden Studien (Maffli und Bahner 1999).

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsum stetig an. Bei den 15- bis 34-Jährigen ist ein Viertel, bei den über 65-Jährigen sind es 71,4% (CH: 70,8%), die in den vergangenen sieben Tagen mindestens einmal ein Medikament eingenommen haben. Weiter zeigt sich, dass mit steigendem Bildungsgrad der Medikamentenkonsum abnimmt. Dieser Zusammenhang besteht auf allen Altersstufen und sowie bei den Frauen als auch bei den Männern.

Bemerkenswert ist weiter der Befund, dass Personen ausländischer Nationalität deutlich weniger Medikamente einnehmen, obwohl sie häufiger an Beschwerden leiden als Schweizerinnen und Schweizer (vgl. Kapitel 2.1 und Tabelle 3.7).

Schmerzmittel sind bei den eingenommenen Medikamenten die Spitzenreiter. 14,5% der in der Schweiz wohnhaften Personen über 15 Jahren haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen, im Kanton Basel-Landschaft waren es 14%. 4,3% der Schweizer Bevölkerung konsumierten täglich Schmerzmittel, wobei der Anteil der konsumie-

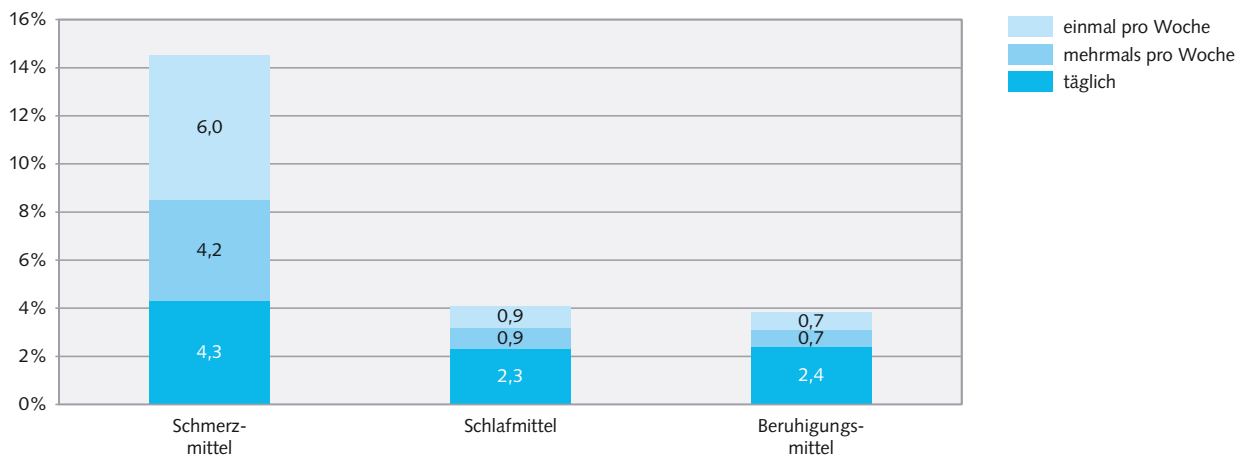
Tab. 3.7 Medikamentenkonsument nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlaf- mittel
		BL	CH	BL	CH	CH	CH
Gesamtbevölkerung		40,6	40,8	14,0	14,5	3,8	4,1
Geschlecht	Frauen	44,0	46,2	16,0	18,0	4,7	5,4
	Männer	36,9	34,9	11,8	10,8	2,8	2,7
Altersgruppen	15–34	24,3	27,3	(12,2)	12,8	1,6	0,6
	35–49	32,2	31,1	16,8	14,5	2,6	2,0
	50–64	42,6	46,9	12,3	14,2	5,7	4,3
	65+	71,4	70,8	14,9	17,7	7,0	12,9
Bildung	obligatorische Schule	44,5	44,8	(15,8)	17,5	5,3	5,8
	Sekundarstufe II	40,1	39,8	13,6	13,9	3,4	3,5
	Tertiärstufe	37,3	38,3	(12,9)	12,2	2,9	3,6
Nationalität	Schweizer	43,1	41,8	13,5	14,1	3,7	4,4
	Ausländer	27,4	36,3	(16,5)	16,3	4,2	2,9
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	39,4	40,3	16,8	16,3	4,6	4,9
	CHF 3000 bis 4499	41,1	42,9	11,0	14,2	3,9	4,1
	CHF 4500 bis 5999	43,4	41,6	(14,3)	13,1	3,2	3,4
	CHF 6000 und höher	36,0	39,4	(11,9)	12,9	2,4	2,8
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	40,5	40,4	(13,1)	16,2	4,3	4,1
	qualifizierte manuelle Berufe	33,7	38,2	(10,7)	13,1	4,1	3,6
	Kleinunternehmer	(38,8)	39,3	(17,7)	14,1	3,7	3,9
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	45,2	45,2	19,0	16,0	4,2	4,6
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	42,5	40,6	12,4	15,0	3,8	4,1
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	42,6	39,3	(13,9)	11,2	2,6	2,7
Regionaler Vergleich	Aargau		38,6		14,3	3,0	2,8
	Basel-Landschaft		40,6		14,0	3,0	3,4
	Basel-Stadt		48,0		18,3	4,5	5,5
	Bern		39,3		12,0	2,2	3,3
	Luzern		34,1		11,3	3,4	3,9
	Solothurn		41,0		13,7	2,6	3,8
	St. Gallen		36,7		10,5	2,4	3,3
	Zug		33,1		10,6	2,0	2,8
	Zürich		40,3		13,4	2,9	3,3
		andere Deutschschweizer Kantone		35,9		11,7	3,0
	Westschweizer Kantone		46,9		19,5	6,5	5,5
	Tessin		39,5		14,8	4,7	6,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 940 <n< 1020 (BL); 18'164 <n< 19'683 (CH).
 * Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Medikamentenkonsument in der Woche vor der Befragung, Schweiz

Abb. 3.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 19'681<n<19'697.

renden Frauen mit 5,1% deutlich über dem der Männer mit 3,4% lag. Mit zunehmendem Alter steigt der tägliche Schmerzmittelkonsum stark an. Während 2,6% der 15 bis 34-Jährigen in den sieben Tagen vor der Befragung täglich ein Schmerzmittel eingenommen haben, waren es bei den über 65-Jährigen 6,9%.

Schlafmittel wurden im Kanton Basel-Landschaft in der Woche vor der Befragung von 3,4% der Bevölkerung eingenommen (CH: 4,1%). Der Anteil der Frauen ist dabei unabhängig vom Alter deutlich höher als jener der Männer. Der Schlafmittelkonsum steigt stark mit zunehmendem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen nur 0,6% Schlafmittel konsumieren, ist es bei den über 65-Jährigen mehr als jeder Zehnte (12,9%). Dabei zeigen sich auch unterschiedliche Einnahmemuster: Bei den älteren Personen ist die tägliche Einnahme sehr viel verbreiteter als bei den jüngeren. Dies hängt damit zusammen, dass mit zunehmendem Alter Ein- und Durchschlafprobleme deutlich häufiger auftreten (vgl. Kapitel 2.2.3).

Beruhigungsmittel haben im Kanton Basel-Landschaft in der Woche vor der Befragung 3% der Bevölkerung eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es 3,8%. Dabei zeigt sich, dass Beruhigungsmittel in der Regel täglich eingenommen werden (vgl. Abbildung 3.4). Wie bei allen anderen Medikamenten zeigt sich auch hier der Befund, dass Frauen etwas häufiger Beruhigungsmittel konsumieren als Männer (4,7% vs. 2,8%). Mit dem Alter nimmt der Beruhigungsmittelkonsum kontinuierlich zu: 1,6% der 15- bis 34-Jährigen vs. 7% der über 65-Jährigen haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Beruhigungsmittel eingenommen.

3.5 Tabakkonsum

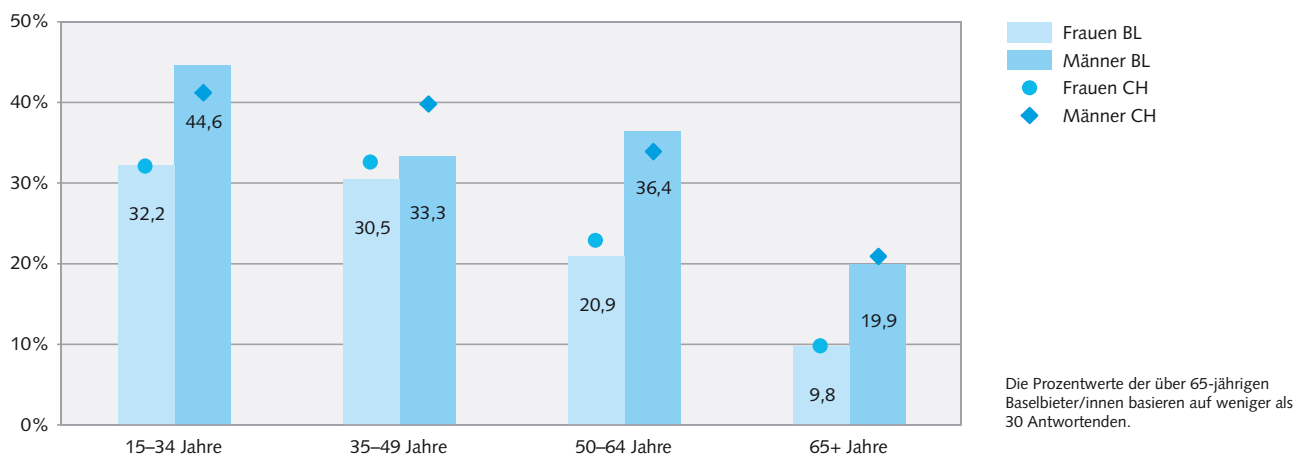
Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert, dass Rauchen in den westlichen Industriegesellschaften zu den häufigsten Ursachen von Krankheit, Invalidität und (frühzeitigem) Tod zählt. Man schätzt, dass etwa ein Drittel aller Todesfälle bei Menschen zwischen 35 und 65 Jahren direkt oder indirekt durch Tabakrauchen verursacht wird. In der Schweiz sind dies rund 8300 Todesfälle pro Jahr (SFA 2004).

Tabelle 3.8 gibt einen Überblick über den Tabakkonsum in der Bevölkerung. Zu den Rauchenden zählen alle Personen, welche während mehr als sechs Monaten zumindest ab und zu Zigaretten oder andere Tabakprodukte konsumiert haben. Ein knappes Drittel (29,1%) der Baselbieter Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren raucht, wobei gut die Hälfte davon zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten im Tag) gezählt werden kann. Der Anteil von Nichtrauchern an der Bevölkerung des Kantons ist etwas grösser als in der Schweiz insgesamt, und der Anteil starker Raucher liegt leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Der Anteil Rauchende variiert jedoch erheblich zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen. Männer rauchen deutlich mehr als Frauen (BL: 34,4% vs. 24,2%). Abbildung 3.5 zeigt, wie die Differenz zwischen den Geschlechtern auch mit zunehmendem Alter bestehen bleibt, der Anteil Rauchender insgesamt hingegen abnimmt.

Anteil rauchender Frauen und Männer, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 3.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL); 19'701 (CH).

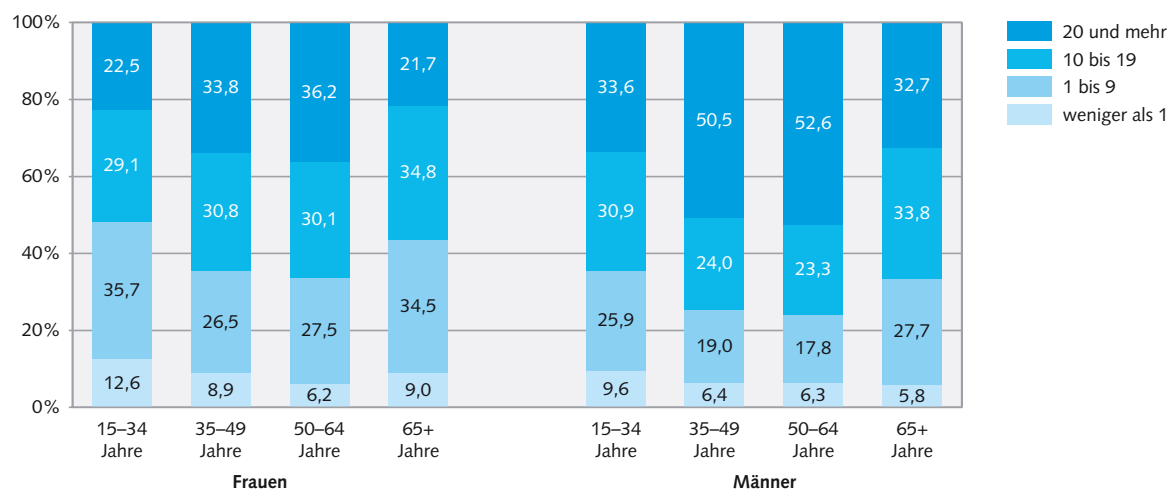
Tab. 3.8 Tabakkonsum, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

	BL	CH		BL	CH
Nichtraucher	70,9	69,5	noch nie geraucht	48,2	49,6
			Ex-Raucher	22,7	19,9
Raucher	29,1	30,5	weniger starke Raucher ¹	13,6	14,0
			starke Raucher ²	15,5	16,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1019 (BL), 19'701 (CH).
¹ bis 10 Zigaretten pro Tag; ² ab 11 Zigaretten pro Tag.

Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=5040.

Bei gut vier Fünfteln der Rauchenden handelt es sich ausschliesslich um Zigarettenkonsumenten. Dabei besteht ein deutlicher Geschlechterunterschied: Während Frauen fast ausschliesslich Zigaretten konsumieren, rauchen gegen zehn Prozent der Tabak konsumierenden Männer (auch) Zigarillos oder Pfeife, und fast ein Fünftel raucht hin und wieder eine Zigarre.

Knapp die Hälfte der rauchenden Männer und ein Drittel der rauchenden Frauen konsumieren 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Rauchern zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, raucht täglich mehr Zigaretten als die jüngeren Raucher. Das soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der hohe Anteil junger Raucherinnen und Rauchern gewissermassen eine volksgesundheitliche Zeitbombe darstellt. Sollte es dieser Generation von Rauchenden nicht gelingen, das Rauchen bald wieder aufzugeben, ist eine massive Steigerung von nikotinassoziierten Krankheiten und Todesfällen zu erwarten.

Der Anteil starker Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Bei den Männern

nimmt der Anteil Nichtraucher mit höherer Bildung leicht zu und der Anteil starker Raucher ab.

Tabak: Aktuelles Thema auf der politischen Traktandenliste

Im Kanton Basel-Landschaft sind Bestrebungen im Gange, per Gesetz den Tabakverkauf und das Passivrauchen einzuschränken. So sollen die Werbung für Tabak und der Verkauf an unter 18-Jährige verboten werden. Damit würden auch Zigarettenautomaten mit ihren frei zugänglichen Bezugsmöglichkeiten in Frage gestellt. Ein überwiesener Vorstoss im Baselbieter Parlament (1/05) fordert rauchfreie Restaurants, Schulen, Turn- und Sportanlagen, Verwaltungsgebäude, Versammlungslokale und Spitäler.

Die Lungenliga beider Basel veröffentlicht auf ihrer Homepage die ständig aktualisierte Liste der rauchfreien Restaurants und die der Restaurants mit rauchfreien Räumen.

Die Fachstelle Tabakprävention der Lungenliga beider Basel hilft beim Ausstieg aus der Nikotinsucht und unterstützt Betriebe und Organisationen bei der Einführung von Nicht-raucherregelungen. Neben Sensibilisierungskampagnen gehören der Versand von Informationsmaterialien und die telefonische Beratung zu den Dienstleistungen der Fachstelle.

Lungenliga beider Basel, www.lungenliga-bl-bs.ch

Fachstelle Tabakprävention der Lungenliga beider Basel, Kanonengasse 33, 4410 Liestal, Tel. 061 927 91 22 und info@lungenliga-bl-bs.ch

Udo Kinzel

**Tab. 3.9 Anteil der konsumierten Tabakprodukte, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz
(in %, Mehrfachnennungen möglich)**

	Zigaretten	Zigarren	Zigarillos	Pfeife
Frauen	98,5	1,7	2,1	0,5
Männer	82,4	18,4	9,8	9,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 5963.

Tab. 3.10 Anteil Nichtraucher, Raucher und starke Raucher nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz

		Nichtraucher		Raucher		starke Raucher	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Gesamtbevölkerung		74,6	64,0	11,3	17,0	14,2	19,0
Altersgruppen	15–34	67,9	58,8	16,6	18,1	15,5	23,1
	35–49	67,4	60,2	12,9	16,8	19,7	23,0
	50–64	77,1	66,1	8,5	17,6	14,4	16,3
	65+	90,2	79,1	4,7	14,1	5,1	6,8
Bildung	obligatorische Schule	75,7	62,2	11,2	20,3	13,1	17,6
	Sekundarstufe II	73,9	62,6	10,9	15,8	15,2	21,6
	Tertiärstufe	76,1	69,5	13,2	16,9	10,7	13,6
Nationalität	Schweizer	75,2	64,8	10,7	17,1	14,1	18,1
	Ausländer	71,7	61,1	13,9	16,5	14,4	22,4
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	74,0	62,7	11,1	16,3	14,8	20,9
	CHF 3000 bis 4499	74,7	65,0	10,8	16,8	14,5	18,3
	CHF 4500 bis 5999	73,5	64,5	12,2	15,4	14,2	20,1
	CHF 6000 und höher	74,6	63,3	11,9	18,2	13,5	18,5
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	73,8	59,0	12,3	17,9	14,0	23,1
	qualifizierte manuelle Berufe	72,0	60,0	11,8	15,9	16,1	24,1
	Kleinunternehmer	76,3	64,3	10,2	16,9	13,5	18,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	71,7	60,6	11,4	17,7	16,9	21,6
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	74,6	66,1	11,5	16,9	13,8	17,0
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	77,6	71,6	11,3	16,4	11,1	12,0
Regionaler Vergleich	Aargau	73,3	62,7	12,9	18,6	13,8	18,7
	Basel-Landschaft	75,8	65,6	10,5	17,0	13,6	17,4
	Basel-Stadt	71,2	62,2	11,0	15,0	17,8	22,8
	Bern	75,4	66,3	12,5	16,0	12,1	17,8
	Luzern	76,1	66,1	10,6	18,5	13,3	15,4
	Solothurn	69,6	67,5	10,8	14,9	19,6	17,6
	St. Gallen	76,5	62,7	11,9	20,6	11,6	16,7
	Zug	73,1	68,1	16,7	18,3	10,2	13,6
	Zürich	75,7	60,5	10,9	17,2	13,4	22,3
	andere Deutschschweizer Kantone	78,2	65,9	11,1	16,6	10,7	17,5
	Westschweizer Kantone	72,4	63,3	10,6	16,3	17,0	20,4
	Tessin	73,9	68,1	10,2	15,6	16,0	16,3

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 9822 <n< 10'794 (Frauen); 8356 <n< 8906 (Männer).
starke Raucher: mehr als 10 Zigaretten/Tag.

3.6 Alkoholkonsum

Die WHO kategorisiert im World Health Report 2002 übermässigen Alkoholkonsum als drittgrössten Risikofaktor für die Gesundheit in den westlichen Industrienationen. Übermässiger Alkoholkonsum birgt gesundheitliche wie auch soziale Risiken in Form von Alkoholvergiftung und Alkoholabhängigkeit. Autounfälle, Gewaltakte, (chronische) Gesundheitsprobleme sowie auch soziale Probleme können oft direkt oder indirekt mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden. Das Trinkver-

halten, die Trinkhäufigkeit wie auch das jeweils konsumierte Alkoholvolumen haben auf die Gesundheit einen wichtigen Einfluss. Während man heute davon ausgehen kann, dass geringe Mengen von Alkohol sogar einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben können, kostet übermässiger Alkoholkonsum eine Vielzahl an verlorenen Lebensjahren (WHO 2002: 65f.).

Die Zahl der alkoholabhängigen Menschen in der Schweiz wird auf 300'000 geschätzt. In einer Studie über die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz ergaben sich für das Referenzjahr 1998 die

folgenden Werte: Über 2100 Personen starben infolge erhöhten Alkoholkonsums, 40% davon durch Erkrankungen des Verdauungstrakts. Weitere häufige alkoholbedingte Todesursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und Suizid. 880'000 Arztbesuche und 500'000 Krankenhaustage gingen auf Alkoholmissbrauch zurück; die Kosten beliefen sich auf geschätzte 554 Millionen Franken. 2800 Menschen bezogen wegen Alkoholproblemen eine Invalidenrente mit einem durchschnittlichen Invaliditätsgrad von über 90%. Die sozialen Kosten – Kosten für sämtliche Schäden durch übermässigen Alkoholkonsum – betragen geschätzte 6,5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et al. 2003).

In der Gesundheitsbefragung wird auf verschiedene Aspekte des Trinkverhaltens eingegangen. Unter anderem wird gefragt, wie oft alkoholische Getränke konsumiert werden und wie viel in den einzelnen Trinkepisoden jeweils getrunken wird. Aus diesen Angaben lässt sich der Konsum reinen Alkohols in Gramm pro Tag berechnen. Allgemein geht man davon aus, dass ab einem täglichen Konsum von 20g bei Frauen und 40g bei Männern von einem mittleren Risiko gesprochen werden kann.¹³ Ein hohes Risiko wird bei Mengen ab 40g pro Tag bei Frauen und ab 60g bei Männern angenommen (Dawson und Room 2000; Rehm 1998). Als dritten Aspekt des Trinkverhaltens werden Anzeichen von Alkoholabhängigkeit und Trinken mit sozialen Konsequenzen untersucht.

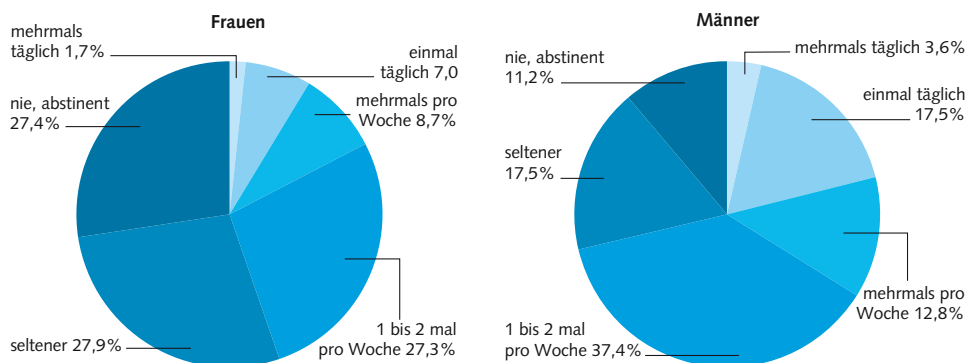
Im Kanton Basel-Landschaft trinken 14,5% der Bevölkerung täglich, 42,8% wöchentlich und 42,6% selten bis nie Alkohol. Der Anteil selten trinkender und abstinenter Frauen ist dabei um fast das Doppelte höher als jener der Männer.

97,3% der Frauen im Kanton Basel-Landschaft trinken keinen oder durchschnittlich weniger als 20g reinen Alkohol pro Tag, was bedeutet, dass knapp drei von hundert Frauen die mittlere Risikogrenze überschreiten. Bei den Männern wird der Bereich von mittlerem und hohem Risiko von 8,5% erreicht. Diese Werte liegen bei den Frauen etwas unter, bei den Männern etwas über jenen der Gesamtschweiz.¹⁴ Bei den Frauen und Männern im Kanton Basel-Landschaft ist der Anteil abstinent Lebender im Vergleich zur Schweiz insgesamt geringer, während die Konsumanteile mit geringem Gesundheitsrisiko höher sind (Abbildung 3.8).

In der Gesundheitsbefragung wurde neben der Trinkhäufigkeit und der konsumierten Menge auch (sozial) problematisches Trinkverhalten untersucht. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Person als alkoholabhängig bezeichnet werden muss (Kontrollverlust, Vernachlässigung von Pflichten, Trinken am Morgen, um Nachwirkungen zu mindern) oder dass ihr Trinkverhalten für die Umwelt schädigende Konsequenzen hat (Schuldgefühle, Blackouts, Gefährdung Dritter durch eigenen Alkoholkonsum, Bedenken von Dritten wegen des eigenen Kon-

Häufigkeit des Alkoholkonsums von Frauen und Männern, Kanton Basel-Landschaft

Abb. 3.7



* Die Prozentwerte bei «mehrmals täglich» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

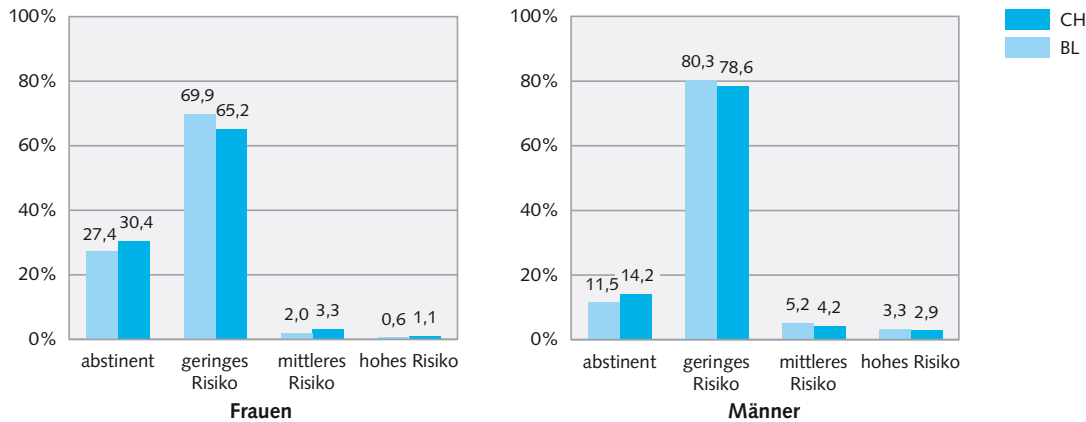
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=541 (Frauen); 476 (Männer).

¹³ Ein Glas der verschiedenen alkoholischen Getränke (3dl Bier, 1dl Wein, 25cl Spirituosen) enthält 10–12g reinen Alkohol.

¹⁴ Die Anzahl Personen mit einem mittleren und hohem Risiko ist in der Stichprobe des Kantons Basel-Landschaft sehr klein, weshalb diese Unterschiede nicht weiter analysiert werden können.

Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppen bezüglich Alkoholkonsums, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 3.8



Frauen: abstinent, geringes Risiko (<20g/Tag), mittleres Risiko (20–39,99g/Tag), hohes Risiko (>=40g/Tag).

Männer: abstinent, geringes Risiko (<40g/Tag), mittleres Risiko (40–59,99g/Tag), hohes Risiko (>=60g/Tag)

Die Prozentwerte bei mittlerem und hohem Risiko im Kanton Basel-Landschaft basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1014 (BL), 19'637 (CH).

Tab. 3.11 Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppe bezüglich des Alkoholkonsums nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Schweiz

		geringes Risiko		mittleres Risiko		hohes Risiko	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Gesamtbevölkerung		95,6	92,9	3,3	4,2	1,1	2,9
Altersgruppen	15–34	97,3	95,3	1,9	2,5	(0,8)	2,2
	35–49	95,9	93,0	3,0	4,2	1,1	2,8
	50–64	93,4	90,2	4,9	6,0	1,6	3,8
	65+	95,0	91,3	3,9	5,0	(1,1)	3,7
Bildung	obligatorische Schule	96,8	93,6	2,3	3,3	(0,9)	3,1
	Sekundarstufe II	95,3	92,2	3,5	4,7	1,2	3,2
	Tertiärstufe	94,1	94,0	4,6	3,8	(1,4)	2,2
Nationalität	Schweizer	95,3	92,8	3,4	4,3	1,2	2,9
	Ausländer	96,7	93,0	2,7	3,7	(0,6)	3,3
Haushalts-einkommen	Bis CHF 3000	96,3	92,7	2,5	4,1	1,1	3,1
	CHF 3000 bis 4499	95,4	92,0	3,5	4,8	1,2	3,3
	CHF 4500 bis 5999	95,4	93,2	3,6	4,4	(1,0)	2,4
	CHF 6000 und höher	92,4	92,6	6,1	4,4	(1,5)	3,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	96,1	92,3	2,9	4,6	*	3,1
	qualifizierte manuelle Berufe	94,8	93,5	3,9	4,0	(1,3)	2,4
	Kleinunternehmer	94,6	90,5	3,3	5,4	(2,1)	4,0
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	95,4	92,3	3,3	4,2	1,4	3,6
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	95,3	92,8	3,9	4,3	0,8	2,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	96,2	93,1	2,8	4,2	*	2,7
Regionaler Vergleich	Aargau	96,4	96,4	(2,4)	*	*	(2,3)
	Basel-Landschaft	97,3	91,6	(2,0)	(5,2)	*	(3,3)
	Basel-Stadt	94,5	93,5	4,5	(4,2)	*	(2,2)
	Bern	96,6	93,8	(2,4)	(3,8)	*	(2,4)
	Luzern	96,0	96,2	(3,4)	(2,6)	*	*
	Solothurn	96,7	93,9	(3,0)	(4,0)	*	(2,1)
	St. Gallen	96,0	92,5	(3,3)	(4,5)	*	(2,9)
	Zug	97,3	93,9	*	(3,3)	*	(2,8)
	Zürich	95,6	93,6	3,3	4,3	*	(2,1)
	andere Deutschschweizer Kantone	96,4	94,1	2,9	3,3	*	2,6
	Westschweizer Kantone	94,8	90,3	3,8	5,1	1,4	4,5
	Tessin	91,3	86,9	6,4	7,9	(2,2)	5,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 9802 <n< 10'768 (Frauen); 8327 <n< 8870 (Männer).

Frauen: geringes Risiko: <20 g/Tag, mittleres Risiko: 20–39,99 g/Tag, hohes Risiko 40 g/Tag.

Männer: geringes Risiko: <40 g/Tag, mittleres Risiko: 40–59,99 g/Tag, hohes Risiko 60 g/Tag.

sums). Es zeigt sich, dass sich bei der grossen Mehrheit der Baselbieter Bevölkerung über 15 Jahren keinerlei Anzeichen von sozial unmittelbar problematischem Alkoholkonsum abzeichnen. Knapp jede zehnte Person (9,4%) gibt jedoch an, dass sie eine oder zwei der genannten problematischen Situationen persönlich schon erlebt hat.

Tabelle 3.11 macht deutlich, dass risikoreicher Alkoholkonsum bei Männern in allen sozialen Lagen und Positionen bedeutend häufiger vorkommt als bei Frauen. Der Anteil Personen mit risikoreicher Trinkgewohnheit nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei den über 50-Jährigen den Höhepunkt. Beim Einkommen und bei den sozioprofessionellen Kategorien lassen sich bezüglich Alkoholvolumen keine eindeutigen Zusammenhänge erkennen.

Alkohol: Jugendschutz wird gross geschrieben

Der Verkauf von Alkoholika an Jugendliche unter 16 (Bier, Wein) bzw. unter 18 Jahren (Spirituosen) ist in der Schweiz verboten. Im Kanton Basel-Landschaft werden seit einigen Jahren regelmässige Testkäufe von Alkoholika in Verkaufsläden durchgeführt. Geschäfte, die alkoholische Getränke an Minderjährige verkaufen, werden zuerst verwarnt und beim zweiten Mal gebüsst. Beim dritten Mal wird das Alkoholpatent entzogen. Die Testkäufe zeigen eine deutliche Wirkung. Solange sie durchgeführt werden, bleibt das Verbot weitgehend eingehalten.

Ausserdem finanziert der Kanton verschiedene Projekte, die den Jugendschutz zum Ziel haben. Das Projekt «TALK ABOUT events» des Blauen Kreuzes bietet im Auftrag der Gesundheitsförderung BL den Veranstaltern und Organisatoren von Anlässen Beratung an und stellt auch geeignete Präventionsmaterialien zur Verfügung. Dazu gehört auch eine Talk-Box, die vor Ort aufgestellt wird und auf spielerische Art Informationen vermittelt. Die Unterstützung der Jugendarbeit in den Gemeinden erfolgt ebenfalls gestützt auf einen Leistungsvertrag der Gesundheitsförderung BL mit der Stiftung Jugendsozialwerk Blaues Kreuz.

Kontakt:

Stiftung Jugendsozialwerk Blaues Kreuz BL, Rheinstr. 21, 4410 Liestal, Tel. 061 921 51 08

Blaues Kreuz BL, Fachstelle Suchtprävention, Bleichemattweg 56, 4410 Liestal, Tel. 061 901 77 66

Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA), Goldbrunnenstr. 14, 4410 Liestal, Tel. 061 901 85 85

Udo Kinzel

3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen

3.7.1 Cannabiskonsum

Wird von Cannabiskonsum gesprochen, so ist meist von haschisch-¹⁵ oder marihuanaangereicherten¹⁶ selbst gedrehten Zigaretten (Joints) die Rede. Beide Cannabisprodukte beeinflussen sowohl das Zentralnervensystem als auch die Psyche. Ihr Konsum führt bei rund der Hälfte aller stark Cannabis Konsumierenden zu einer psychischen Abhängigkeit (WHO 1997, Müller und Gmel 1997).

Cannabiskonsum erweist sich in verschiedener Hinsicht als problematisch (SFA 2004b): (1) Jugendliche konsumieren Cannabis aus Langeweile, als Möglichkeit der Realitätsflucht und zur Unterdrückung psychischer Probleme. (2) Rauchen belastet das Atmungssystem. (3) Die Reduktion von Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis und Reaktionsfähigkeit bleibt 12 bis 24 Stunden nach dem Cannabiskonsum bestehen. Dies hat negative Auswirkungen auf die Schul- und Arbeitsleistung. Zudem erhöht Cannabiskonsum die Unfallgefahr im Strassenverkehr. (4) Cannabiskonsum erhöht das Psychose- und Schizophrenierisiko.

Im Kanton Basel-Landschaft haben 27,5% aller 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht (vgl. Abbildung 3.9). Die so genannte Lebenszeitprävalenz liegt damit im Kanton Basel-Landschaft ganz leicht unter dem Wert für die Gesamtschweiz (29,2%). Die Lebenszeitprävalenz ist beim Cannabiskonsum rund dreimal höher als der aktuelle Konsum. Es zeigt sich nämlich, dass von allen 15- bis 34-jährigen Personen, die in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal Haschisch oder Marihuana konsumiert haben, nur ein Drittel angibt, dies im Zeitpunkt der Befragung noch zu tun (vgl. Abbildung 3.9 und Tabelle 3.12). Der Anteil der Frauen ist sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch beim aktuellen Cannabiskonsum deutlich geringer als derjenige der Männer.

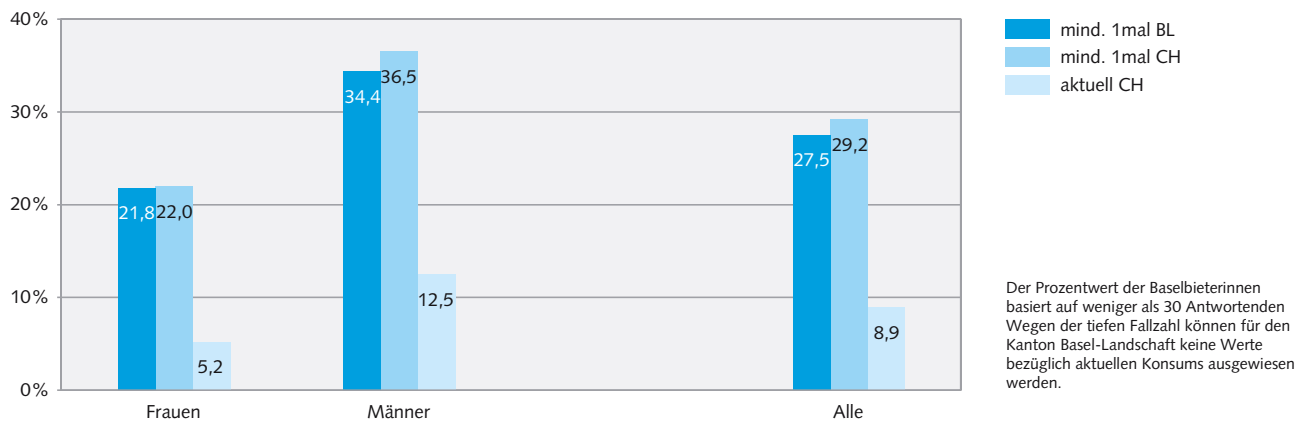
Diese Angaben aus der Gesundheitsbefragung liegen mehr als zehn Prozent unter den Befunden der Studie von Schmid et al. (2003). Bei ihrer Umfrage im selben Jahr (2002) geben 39,1% der Schülerinnen und 49,9% der Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahlen zeigen, dass Cannabis bereits in jungen Jahren konsumiert wird und der Konsum zunimmt (vgl. Abbildung 3.10).

¹⁵ Harz der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

¹⁶ Blätter, Blüten und Stängel der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

Anteil Personen von 15- bis 34 Jahren, die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, und Anteil aktuell Konsumierender, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 3.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=198 (BL), 4712 (CH).

Die Autoren bemerken denn auch, dass die Wahrscheinlichkeit, Cannabis konsumiert zu haben, zwischen 1986 und 2002 um mehr als das Sechsfache gestiegen ist. Bezüglich dieser Zunahme finden sie keine Unterschiede zwischen den Nationalitäten und den Sprachregionen der Schweiz.

Schmid et al. (2003) weisen darauf hin, dass es viele Jugendliche gibt, die lediglich einmal Cannabis probieren. Bezogen auf alle Konsumierenden macht diese Gruppe ca. 20% aus. Dieser Befund stimmt in etwa auch mit den Zahlen der Gesundheitsbefragung überein. Einmaliger Cannabiskonsum hat sich über die Untersuchungsjahre auch kaum verändert, der Anstieg in der Lebenszeitprävalenz ist eindeutig auf einen Anstieg im wiederholten Konsum zurückzuführen (Abbildung 3.10).

Die selbstberichtete Lebenszeitprävalenz liegt in allen Kantonen mit grösseren Städten über dem Schweizer Durchschnitt (vgl. Tabelle 3.12). Die höchste selbstberichtete Lebenszeitprävalenz für Cannabis findet man im Kanton Genf (Männer: 48%; Frauen: 28%), die niedrigste im Kanton Tessin (Männer: 15%; Frauen: 12%).

Untersucht man den Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Cannabiskonsum, so zeigt sich, dass 65,4% der Personen zwischen 15 und 34 Jahren, die Erfahrung mit Cannabis haben, Zigarettenraucher/innen sind. 52,3% der Personen, die Zigaretten rauchen, haben mindestens schon einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert, bei den Nicht-Raucher/innen sind es lediglich 16,0%. Es besteht also eine eindeutige Beziehung zwischen Tabak- und Cannabiskonsum, was bedeutet, dass Rauchprävention indirekt auch Cannabisprävention ist.

Trendwende bei der Cannabispolitik

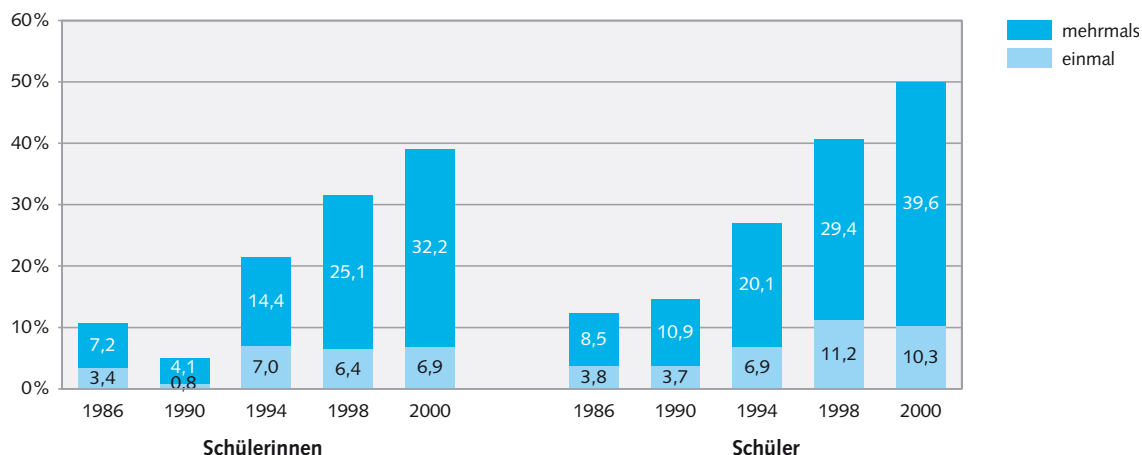
Der Cannabiskonsum von Jugendlichen in der Schweiz nimmt seit ca. fünfzehn Jahren stetig zu. So stieg der mehrmalige Konsum von Cannabis durch 15-jährige Jungen von 8,5% im Jahr 1986 auf 39,6% im Jahre 2002 (Mädchen: 7,2% auf 32,2%). Seit 1990 engagierten sich zunehmend Jugendorganisationen, Jugendparlamente, Jugendräte sowie Fachpersonen und auch einige politische Parteien für die «Legalisierung» von Cannabis. Die geplante Revision des Betäubungsmittelgesetzes löste vielfach Diskussionen über die Risiken des Cannabiskonsums in den Medien aus. Der Baselbieter Landrat verabschiedete am 16. Oktober 1997 die Standesinitiative zur gesetzlichen Neuregelung von Cannabisprodukten (Legalisierungsinitiative).

In der Zwischenzeit häuften sich psychische Erkrankungen und schulische Misserfolge bei Jugendlichen mit regelmässigem, hohem Konsum. Fachleute wiesen auf die Probleme hin. Eltern, Schulen und Behörden bestanden zunehmend auf Einhaltung der gesellschaftlichen Spielregeln und übernahmen damit wieder Verantwortung. Langsam fand ein Umdenken in der Gesellschaft bezüglich der Risiken von Cannabiskonsum durch Jugendliche statt. Die Gesundheitsförderung BL verteilt seit 1998 in einer grossen Auflage Informationen über Wirkung und Risiken von Cannabis bei Jugendlichen. Nach konsequenten Kontrollen der Baselbieter Hanfläden auf Rauschcannabis durch die Baselbieter Polizei verringerte sich die Zahl der Hanfläden im Kanton von ursprünglich 32 auf zwei. Am 16. Dezember 2003 beschloss der Landrat den Rückzug der Baselbieter Standesinitiative. Begründung: «Aufgrund neuerer Erkenntnisse sind schädliche Auswirkungen des Cannabiskonsums weit schwerwiegender, als damals anzunehmen war.»

Udo Kinzel

Einmaliger und mehrmaliger Konsum von Cannabis bei 15 bis 16-Jährigen nach Geschlecht und Untersuchungsjahr, Schweiz

Abb. 3.10



Datenquelle: Schmid et al. (2003): 23.

Tab. 3.12 Selbstberichtete Lebenszeitprävalenz und selbstberichteter aktueller Cannabiskonsum der 15- bis 34-jährigen Schweizer Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Wohnregion¹⁷

		Lebenszeitprävalenz	aktueller Konsum
Gesamtbevölkerung der 15- bis 34-Jährigen		29,2	8,9
Geschlecht	Frauen	22,0	5,2
	Männer	36,5	12,5
Nationalität	Schweizer	32,6	10,3
	Ausländer	18,2	4,0
Regionaler Vergleich	Aargau	30,0	(7,4)
	Basel-Landschaft	27,5	(8,6)
	Basel-Stadt	33,5	(10,7)
	Bern	35,2	11,1
	Luzern	29,2	(10,2)
	Solothurn	22,2	(5,1)
	St. Gallen	21,0	(7,9)
	Zug	24,4	(7,4)
	Zürich	30,9	10,7
	andere Deutschschweizer Kantone	24,7	5,6
	Westschweizer Kantone	32,7	10,1
Tessin	14,4	*	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 4712 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden. Für den Kanton Tessin kann beim aktuellen Cannabiskonsum kein Prozentwert ausgewiesen werden (n<10).

3.7.2 Konsum harter Drogen¹⁸

Knapp jede dritte Person in der Schweiz (29,7%) zwischen 15 und 34 Jahren hat in ihrem Leben mindestens einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Bei der grossen Mehrheit beschränkt sich die Erfahrung aber auf den Konsum von Cannabis. 4,3% aller 15- bis 34-Jäh-

rigen haben (zudem) mindestens einmal harte Drogen konsumiert (Abbildung 3.11). Nicht nur der Konsum von Cannabis, auch der Konsum von harten Drogen ist unter den jungen Männern (5,3%) weiter verbreitet als unter den jungen Frauen (3,2%).

Wird untersucht, welche harten Drogen von den erwähnten 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen konsumiert worden sind, so zeigt sich, dass es sich dabei in erster Linie um Kokain und Ecstasy handelte. Abbildung 3.12 gibt eine Übersicht über die Beliebtheit der konsumierten Stoffe, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.¹⁹

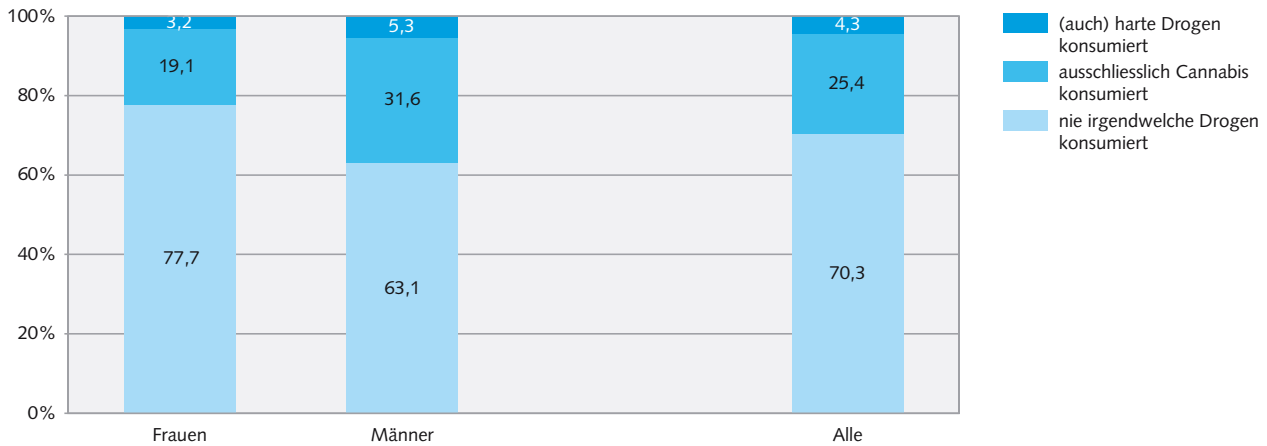
¹⁷ Diese Tabelle weicht von der Form der anderen Tabellen ab. Bei den 15 – 34-jährigen Personen macht es wenig Sinn, Bildung, Einkommen und die sozioprofessionelle Kategorie anzugeben, da sie oft noch in der Ausbildung sind und die Angaben ein verfälschtes Bild wiedergeben würden.

¹⁸ Wegen der geringen Anzahl Antwortender mit Erfahrung mit harten Drogen ist es in diesem Abschnitt nicht möglich, Analysen auf kantonaler Ebene zu machen.

¹⁹ Wegen der geringen Fallzahl ist es nicht möglich zu unterscheiden, ob es sich dabei um einmalige Abenteuer oder wiederholten Konsum handelte.

Lebenszeitprävalenz Konsum von Cannabis und harten Drogen bei 15- bis 34-Jährigen nach Geschlecht, Schweiz

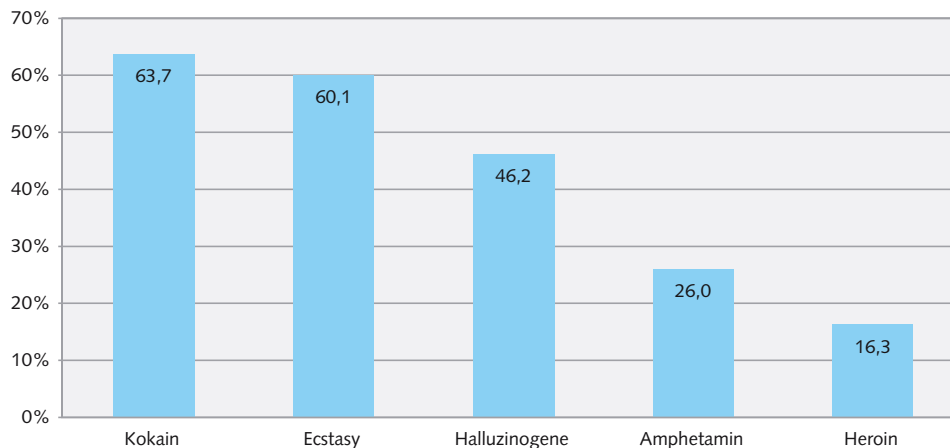
Abb. 3.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=4771.

Rangliste des Konsums von harten Drogen (in % aller in der Schweiz lebenden 15-bis 34-Jährigen, die schon harte Drogen konsumiert haben)

Abb. 3.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 233.

Sowohl Kokain als auch Ecstasy und Halluzinogene sind in gewissen (Party-)Kreisen beliebt und relativ einfach zu erhalten. Es handelt sich dabei jedoch um Stoffe mit einem starken Potenzial zur psychischen Abhängigkeit. Insbesondere Kokain ist eine der am stärksten und schnellsten abhängig machenden Drogen (SFA 2004b, SFA 2004c).

14,1% der 15- bis 34-Jährigen mit Cannabiserfahrung hatten mindestens einmal Kontakt mit harten Drogen. Umgekehrt konsumieren 96,3% der Personen, die Erfahrung mit harten Drogen haben, auch Cannabis.

3.8 Zusammenfassung

Das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten sind für die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung von hohem Interesse, denn im Gegensatz zu Konstitution und Vererbung sind diese Faktoren – zumindest teilweise – beeinfluss- und veränderbar.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft lebt nach dem moderat gesundheitsbewussten Motto: «Die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflusst meinen Lebensstil». Das Gesundheitsbewusstsein variiert jedoch stark zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen. Frauen achten mehr auf die Gesundheit als Männer, und mit zunehmendem Alter lebt man stärker bis ausgesprochen gesundheitsbewusst.

Eine wichtige Komponente des gesundheitsbewussten Lebensstils stellt das *Bewegungsverhalten* dar. Etwas mehr als ein Drittel der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft ist regelmässig aktiv, während knapp ein Fünftel als völlig inaktiv bezeichnet werden muss. Das Bewegungsverhalten nimmt mit zunehmendem Alter ab, und Männer sind generell etwas aktiver als Frauen. Der Bewegungsmangel ist zudem unter der ausländischen Wohnbevölkerung sowie in unteren sozialen Lagen besonders verbreitet.

Die soziale Situation beeinflusst auch die *Ernährungsgewohnheiten*. Bewusste Ernährung steht in Zusammenhang mit höherer Bildung und Berufsstatus, nicht aber mit dem Haushaltseinkommen. Ernährungsbewusstsein scheint demnach weniger eine Frage des Geldes als des Lebensstils zu sein. Im Kanton Basel-Landschaft ist der Anteil ernährungsbewusster Personen grösser als in der Gesamtschweiz (76% vs. 69%). Untersucht man die Ernährungsgewohnheiten genauer, so zeigt sich, dass die 15- bis 34-Jährigen deutlich weniger Gemüse, Früchte und Salat essen als die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig trifft man diese Altersgruppe am häufigsten in Schnellimbisslokalen an.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der *Umgang mit Medikamenten*. Vier von zehn Personen haben in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Medikamentenkonsum bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern. Der Medikamentenkonsum steigt zudem mit dem Alter stark an. Nahmen in der Woche vor der Befragung 15% der 15- bis 34-jährigen Personen mindestens einmal ein Medikament ein, so waren es bei den über 65-Jährigen 71%. Am häufigsten werden dabei Schmerzmittel konsumiert. Der Medikamentenkonsum im Kanton Basel-Landschaft ist zwar hoch, entspricht jedoch ungefähr dem Gesamtschweizer Durchschnitt.

Zwei prominente Themen in der Gesundheitsförderung und -prävention sind der Umgang mit *Nikotin* und *Alkohol*. Fast jede dritte Person im Kanton Basel-Landschaft raucht. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, tut dies besonders häufig. Der Anteil Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Im Kanton Basel-Landschaft leben etwas mehr Nichtraucher als in der restlichen Schweiz, und auch der Anteil an starken Rauchern liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt.

Alkoholmissbrauch wird von der WHO als drittgrösster Risikofaktor für die Gesundheit definiert. Die grosse Mehrheit der Baselbieterinnen trinkt kaum oder in moderaten Mengen alkoholische Getränke. Lediglich bei 3% der Frauen besteht ein mittleres bis hohes Risiko bezüglich ihrer täglich konsumierten Alkoholmenge. Bei den Männern ist dieser Anteil mit 8,5% bzw. 7,1% höher. Der Anteil Personen mit einer risikoreichen Trinkgewohnheit nimmt mit dem Alter zu und erreicht seinen Höhepunkt bei den 50- bis 64-Jährigen. Bezüglich des Einflusses der sozialen Lage auf den Alkoholkonsum lassen sich keine eindeutigen Zusammenhänge herauslesen.

Knapp ein Drittel der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Gesamtschweiz gibt an, Erfahrung mit *Cannabis* zu haben. Wie beim Rauchen sind die Männer unter den Konsumierenden deutlich stärker vertreten als die Frauen. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch immer Cannabis rauchten. Während dies für 9% der 15- bis 34-jährigen Männer zutrifft, sind es bei den gleichaltrigen Frauen mit 5% halb so viele.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bezüglich Gesundheitsbewusstseins und entsprechendem Verhalten eindeutige Geschlechter- und Alterseffekte nachzeichnen lassen. Frauen achten mehr auf ihre Gesundheit und Ernährung und rauchen und trinken auch weniger. Männer sind dafür körperlich aktiver und konsumieren weniger Medikamente. Der Anteil Raucher nimmt in den höheren Altersgruppen ab, während vermehrt Alkohol konsumiert wird und auch der Bewegungsmangel zunimmt. Detailliertere Analysen zu den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen finden sich im Kapitel 5.2.

4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt

Die Umwelt, in der eine Person lebt, und insbesondere die Wohn- und Arbeitsverhältnisse haben einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Ist eine Person zu Hause oder bei der Arbeit starken Immissionen ausgesetzt, so kann dies für die Gesundheit verheerende Folgen haben. Von zentraler gesundheitlicher Bedeutung sind in diesem Zusammenhang beispielsweise starke und wiederholte Lärmreize. Besonders problematisch ist es, wenn Lärmimmissionen in der Erholung- und Schlafphase andauern, da diese für die Entspannung und zur Erhaltung der Gesundheit von zentraler Bedeutung sind. Lärm beeinflusst die Regulationsmechanismen des vegetativen Nervensystems und kann zu akuten oder chronischen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens sowie zu Einbussen der Leistungsfähigkeit führen. Wiederholte Lärmreize bewirken überdies hormonale Veränderungen wie die Freisetzung von Stresshormonen, die Entwicklung von Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen. Dadurch kann das Risiko einer Herz-/Kreislaufkrankung steigen (Wanner 1993).

Weiter ist aus der Public-Health-Perspektive die Beeinträchtigung durch Autoabgase bedeutsam, weil sehr viele Menschen davon betroffen sind. Von zentralem Interesse ist

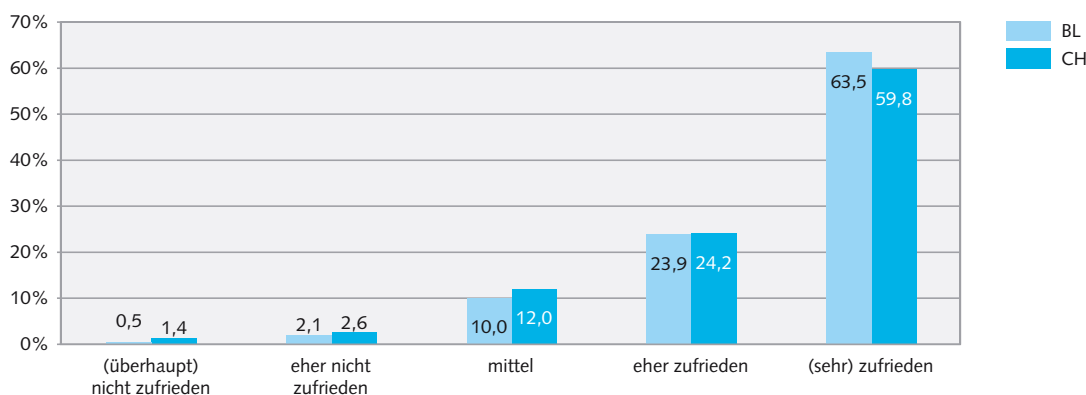
in diesem Zusammenhang der Befund der SAPALDIA-Studie, der besagt, dass in der Schweiz die für chronische Bronchitis charakteristischen Symptome gehäuft in Wohngebieten mit grosser Luftverschmutzung auftreten (Künzli et al. 1997).

Neben den genannten Umweltimmissionen können auch psychosoziale Belastungen wie Konflikte oder Mobbing das Wohlbefinden bedeutsam strapazieren. Bei der Arbeit sind es zudem Faktoren wie Überlastung, Über- wie auch Unterforderung, Monotonie, Nacht- und Schichtarbeit oder Unzufriedenheit, welche die psychische Gesundheit gefährden. Diese Faktoren können Stress hervorrufen und in der Folge die Gesundheit negativ beeinflussen.

Im vorliegenden Kapitel wird untersucht, inwiefern die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft von gesundheitsgefährdenden Umwelteinflüssen betroffen sind. Dabei wird zunächst der Wohnbereich genauer unter die Lupe genommen, um dann in einem zweiten Schritt die Belastungen am Arbeitsplatz zu untersuchen. Ein zentrales Thema hierbei ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. Diese Angst kann zu einem grossen Belastungs- und Stressfaktor werden und sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Der letzte Abschnitt befasst sich schliesslich mit der Angst vor Gewalt.

Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.1



Anteil Bewertungen auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?»: (überhaupt) nicht zufrieden (0,1), eher nicht zufrieden (2,3), mittel (4, 5, 6), eher zufrieden (7,8) und (sehr) zufrieden (9,10). Die Prozentwerte im Kanton Basel-Landschaft bei «(überhaupt) nicht zufrieden» und «eher nicht zufrieden» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1019 (BL); 19'701 (CH).

4.1 Belastungen im Wohnbereich

Zwei von drei Personen im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Gesamtschweiz sind mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden. Lediglich 2,6% bzw. 4% geben an, unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein (Abbildung 4.1).

Neben der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit wurde in der Gesundheitsbefragung nach konkreten Störungen und Belastungen im Wohnumfeld gefragt. Von Interesse waren dabei Immissionen, die regelmässig bis häufig auftreten und von den betroffenen Personen als störend empfunden werden.

Im Kanton Basel-Landschaft fühlt sich gut die Hälfte der Bevölkerung zu Hause durch mindestens eine Störquelle regelmässig belastet. Jede fünfte Person leidet unter Lärm von Autos, jede sechste unter Lärm, verursacht durch Erwachsene oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, und etwa jede zehnte klagt über Fluglärm. Von den weiteren Immissionen: Verkehrsabgase, Zuglärm, landwirtschaftliche Belästigungen, Industrieabgase und Industrielärm sind jeweils weniger als 10% der Bevölkerung betroffen. Die Werte des Kantons Basel-Landschaft liegen nahe beim Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.2).

Zwischen der Anzahl Störungen, denen jemand ausgesetzt ist, und der Wohnzufriedenheit besteht erwartungsgemäss ein starker Zusammenhang. Der Anteil Personen, die sehr zufrieden sind, nimmt mit zunehmenden Immissionen ab. Während von den unbelasteten Personen im Kanton Basel-Landschaft 71,6% mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, trifft dies auf Personen mit zwei und mehr Störungen noch mit 48,5% zu. Letztlich zeigen diese Zahlen aber auch, dass die genannten Im-

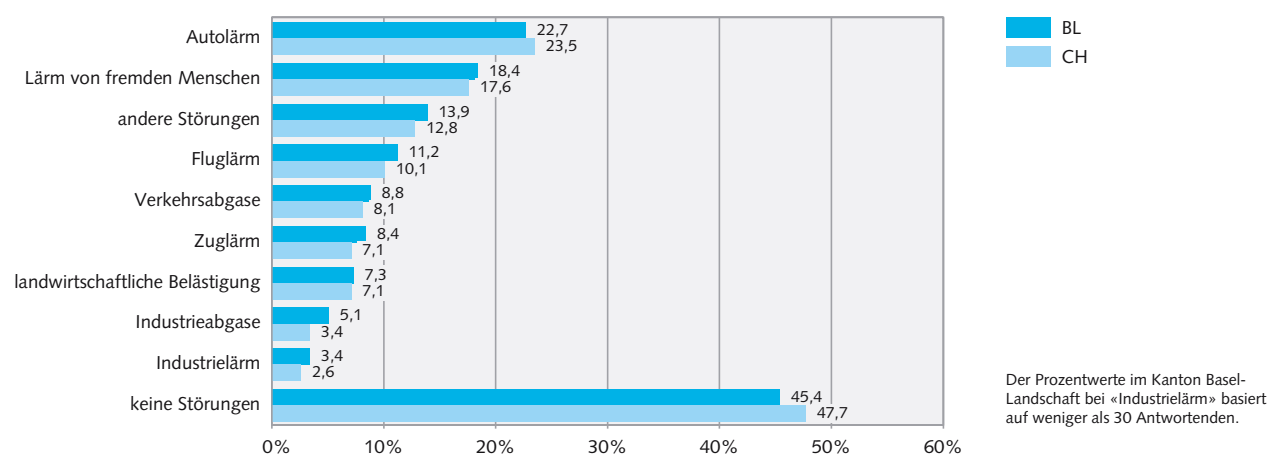
missionen im Wohnbereich die Wohnqualität nicht entscheidend beeinträchtigen müssen. Von den Personen, die zwei und mehr Störungen ausgesetzt sind, sind immer noch knapp die Hälfte mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Diese Angaben für den Kanton Basel-Landschaft widerspiegeln im Wesentlichen die Werte für die Gesamtschweiz. Lediglich die Verringerung der Wohnzufriedenheit bei mehr Immissionen ist im Schweizer Durchschnitt ausgeprägter.

Immissionen wirken sich auch auf die psychische Gesundheit aus. Mit zunehmender Anzahl Belastungsfaktoren im Wohnbereich nimmt der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit ab. Dieser Befund kann jedoch unterschiedlich interpretiert werden. Es ist durchaus plausibel, dass Störungen, wenn sie beispielsweise die Schlafqualität beeinträchtigen, die psychische Ausgeglichenheit beeinträchtigen. Wird berücksichtigt, dass die beiden am häufigsten genannten Störfaktoren Verkehrslärm und durch Menschen verursachte Geräusche sind, so lässt dies auf Wohnlagen an verkehrsreichen Strassen sowie dicht und günstig gebaute Liegenschaften schliessen. Diese Häuser und Wohnungen werden mehrheitlich von Ausländern und Personen aus unteren Einkommensklassen bewohnt. Es sind denn auch diese Personen, die im Wohnraum etwas häufiger von Immissionen betroffen sind (vgl. Tabelle 4.1). Es ist aber auch vorstellbar, dass Personen, die sich gut ausgeglichen fühlen, allfällige Immissionen als weniger störend wahrnehmen.

Bei der Anzahl Störquellen bestehen keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich soziodemografischer Merkmale. Neben der Nationalität zeigt sich lediglich beim Einkommen ein eindeutiger Trend: Bei der Immissions-

Belastungen durch Immissionen im Wohnbereich, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=795 (BL); 15'185 (CH).

intensität und der Wohnzufriedenheit besteht eine deutliche Differenz zwischen der höchsten und tiefsten Einkommensklasse. Besonders deutlich fällt dieser Unterschied im Kanton Basel-Landschaft aus. Während lediglich 55,2% der Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als 3000 Franken mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind, sind es bei Personen der höchsten Einkommensklasse 75,1%. Interessant ist der Befund, dass ältere Personen besonders glücklich über ihre Wohnsituation sind, obwohl sie tendenziell durch mehr Immissionen im Wohnbereich gestört werden.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Basel-Landschaft bezüglich wahrgenommener Störungen durch Immissionen im Wohnraum und Zufriedenheit mit der Wohnsituation gemeinsam mit den Kantonen Basel-Stadt, Zürich und Luzern im unteren Feld (vgl. Tabelle 4.1) Personen, die in städtischen Gebieten wohnen, geben viermal häufiger an, sie würden durch zwei oder mehr Immissionen gestört als Personen, die auf dem Land wohnen²⁰.

Tab. 4.1 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen im Wohnbereich und Anteil Personen, die mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen						Mit Wohnsituation sehr zufrieden ¹		
		Keine		1		2 (+)		BL	CH	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH			
Gesamtbevölkerung		45,4	47,7	27,7	27,0	26,9	25,2	62,3	59,8	
Geschlecht	Frauen	46,5	47,8	26,7	26,4	26,8	25,8	66,5	63,1	
	Männer	44,3	47,7	28,8	27,8	26,9	24,6	57,8	56,1	
Altersgruppen	15–34	48,6	48,0	22,2	28,0	29,2	24,0	47,0	50,8	
	35–49	41,2	49,9	34,5	26,5	24,3	23,6	58,6	55,7	
	50–64	46,9	45,9	30,3	27,2	22,8	26,9	70,7	65,1	
	65+	45,2	46,1	22,0	26,0	32,8	27,9	74,9	75,0	
Bildung	obligatorische Schule	45,1	46,8	27,6	27,8	27,3	25,4	54,3	60,8	
	Sekundarstufe II	46,4	48,2	27,5	26,3	26,2	25,5	63,9	59,9	
	Tertiärstufe	42,8	47,1	28,5	29,1	28,7	23,8	64,3	58,2	
Nationalität	Schweizer	46,6	49,3	26,0	26,3	27,4	24,4	64,9	62,5	
	Ausländer	(36,6)	39,8	(40,5)	31,0	(22,9)	29,2	(41,7)	45,6	
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	46,7	47,3	26,6	26,4	26,8	26,3	55,2	57,2	
	CHF 3000 bis 4499	41,8	47,1	29,8	26,7	28,3	26,2	62,0	60,3	
	CHF 4500 bis 5999	40,3	46,8	30,1	27,7	29,6	25,5	66,8	59,8	
	CHF 6000 und höher	53,5	49,4	27,3	28,2	(19,2)	22,4	75,1	62,4	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	37,6	44,6	41,6	29,1	(20,8)	26,3	57,7	58,9	
	qualifizierte manuelle Berufe	46,2	46,7	(17,5)	27,1	36,3	26,2	59,0	53,0	
	Kleinunternehmer	49,1	52,9	(34,6)	27,1	*	19,9	65,9	63,7	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	46,8	47,3	30,6	26,3	22,6	26,4	64,6	61,1	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	41,3	47,4	23,0	26,8	35,7	25,8	61,5	59,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	52,9	50,5	(32,0)	27,4	(15,2)	22,0	64,9	60,5	
Regionaler Vergleich	Aargau		51,0		22,2		26,8		59,0	
	Basel-Landschaft		45,4		27,7		26,9		62,3	
	Basel-Stadt		39,3		25,7		35,0		51,3	
	Bern		51,8		24,6		23,6		60,0	
	Luzern		46,8		26,1		27,1		58,1	
	Solothurn		55,8		22,7		21,6		62,8	
	St. Gallen		53,7		27,0		19,3		64,4	
	Zug		47,0		29,9		23,1		59,7	
	Zürich		42,8		26,5		30,8		57,8	
		andere Deutschschweizer Kantone		51,8		26,9		21,4		65,8
		Westschweizer Kantone		45,2		31,7		23,1		58,5
		Tessin		45,1		24,9		30,0		56,8

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 765 <n< 821 (BL); 14'192 <n< 15'697 (CH).

¹ Anteil Bewertungen von 9 und 10 auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?»

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

²⁰ Städtisches Gebiet: Isolierte Stadt mit 10'000 und mehr Einwohnern, Agglomerationen mit 20'000 und mehr Einwohnern, sowie Gemeinden, die in ihrer Baustruktur, ökonomisch oder sozial einen städtischen Charakter aufweisen.

4.2 Belastungen am Arbeitsplatz

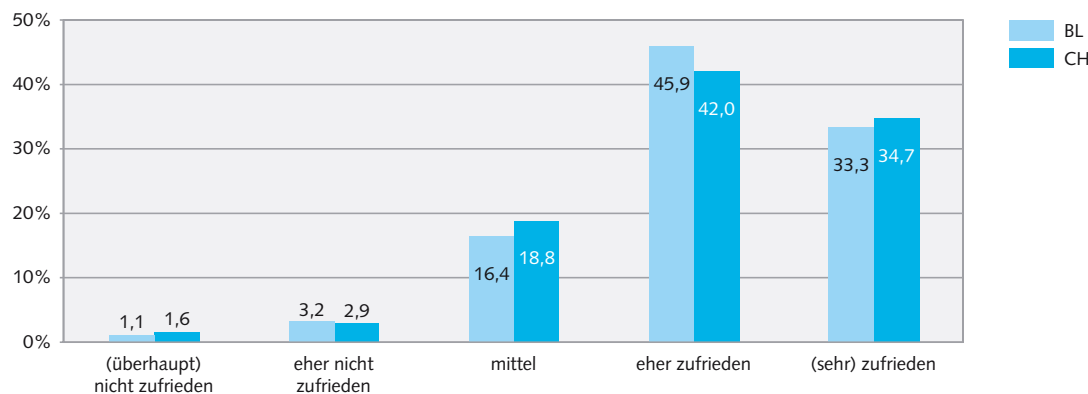
Werden die erwerbstätigen Personen²¹ nach ihrer Zufriedenheit mit der persönlichen Arbeitssituation gefragt, so zeigt sich ein anderes Bild als bei der Wohnzufriedenheit. War dort die Mehrheit zufrieden bis sehr zufrieden, so sieht die Lage hinsichtlich der Arbeit weniger positiv aus. Knapp die Hälfte der Personen im Kanton Basel-Landschaft ist eher zufrieden (Abbildung 4.3) und lediglich

ein Drittel gibt an, (sehr) zufrieden zu sein. Damit ist die Zufriedenheit der Baselbieterinnen und Baselbieter mit ihrer Arbeitssituation leicht geringer als der Schweizer Durchschnitt.

Im schriftlichen Teil der Befragung wurden erwerbstätige Personen und Lehrlinge nach Störquellen bei ihrer Arbeit befragt, die sie persönlich als belastend empfinden. Als Hauptproblem im Kanton Basel-Landschaft wie auch in der Gesamtschweiz erweist sich die Temperatur.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.3

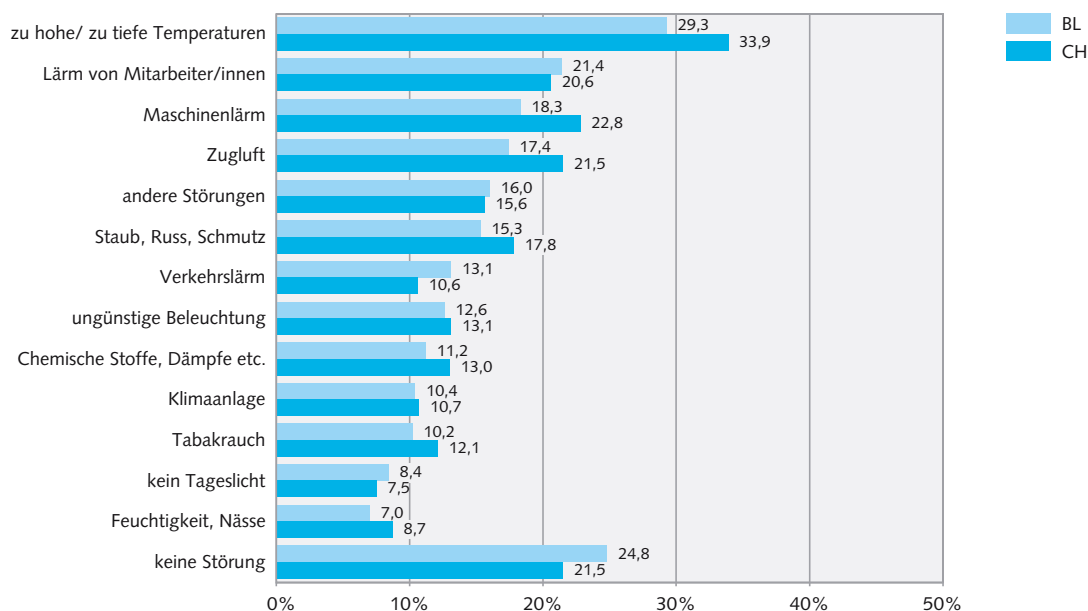


Anteil Bewertungen auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation?»: (überhaupt) nicht zufrieden (0,1), eher nicht zufrieden (2,3), mittel (4, 5, 6), eher zufrieden (7,8) und (sehr) zufrieden (9,10). Die Prozentwerte im Kanton Basel-Landschaft bei «(überhaupt) nicht zufrieden» und «eher nicht zufrieden» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=469 (BL); 9776 (CH).

Störungen bei der Arbeit, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=437 (BL); 9120 (CH).

²¹ Es wurden nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt.

Etwa ein Drittel der Erwerbstätigen empfindet sie bei der Arbeit als zu tief oder als zu hoch. Im Kanton Basel-Landschaft wird dieses Problem gesamthaft gesehen jedoch als weniger gravierend wahrgenommen als in der Schweiz insgesamt (29,3% vs. 33,9%). Darauf folgen als Störfaktoren Lärm von Mitarbeitenden, Maschinenlärm und Zugluft. Dabei fällt auf, dass die meisten Immissionen im Kanton Basel-Landschaft weniger häufig genannt werden als in der Gesamtschweiz. Es zeigt sich weiter, dass im Kanton Basel-Landschaft der Anteil Personen, die sich bei der Arbeit ungestört fühlen, höher ist als in der Schweiz insgesamt (24,8% vs. 21,5%). Arbeitnehmende im Kanton Basel-Landschaft leiden etwas häufiger unter Verkehrslärm, Mangel an Tageslicht sowie unter dem Lärm von Mitarbeitenden als der Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 4.4).

Es muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass sich im Kanton Basel-Landschaft über 10% der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz durch Tabakrauch gestört fühlen. Passivrauchen kann die Gesundheit direkt beeinträchtigen. Dasselbe Gesundheitsrisiko betrifft Personen, die bei ihrer Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz und chemischen Dämpfen zu leiden haben. Staubimmissionen können beispielsweise zu Lungenkrebs führen. Im Kanton Basel-Landschaft ist bei der Arbeit mehr als jeder Zehnte solch einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt.

Betrachtet man die Kumulation von Immissionen bei der Arbeit, so zeichnet sich ein deutliches Bild ab: Personen mit qualifizierten manuellen Berufen sind mit einem Anteil von über 40% mit vier und mehr Belastungen am stärksten betroffen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als es sich hier in der Regel um Handwerker handelt, deren Arbeitsalltag

Tab. 4.2 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen bei der Arbeit und Anteil Personen, die mit ihrer Arbeitssituation sehr zufrieden sind nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen bei der Arbeit										Mit Situation zufrieden ¹	
		Keine		1		2		3		4 (+)		BL	CH
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		24,8	21,5	26,2	25,0	18,0	19,9	12,8	13,8	18,3	19,8	33,3	34,7
Geschlecht	Frauen	29,2	25,1	27,7	27,5	17,1	21,1	(12,4)	12,1	(13,6)	14,3	35,0	35,7
	Männer	21,6	18,8	25,1	23,2	18,6	19,0	13,1	15,0	21,7	24,0	32,1	33,9
Altersgruppen	15–34	(18,6)	16,1	(26,3)	24,9	(21,0)	21,7	(15,8)	14,8	(18,4)	22,6	27,1	28,9
	35–49	27,2	22,6	25,9	25,1	(15,6)	19,7	(11,9)	12,8	19,5	19,8	27,2	33,0
	50+	27,2	27,1	26,4	25,1	(18,3)	17,7	(11,3)	13,9	(16,8)	16,2	47,0	44,3
Bildung	obligatorische Schule	*	14,5	*	26,1	*	19,0	*	16,5	*	24,0	(40,4)	34,8
	Sekundarstufe II	24,8	20,8	24,3	24,3	20,6	20,2	10,8	13,6	19,4	21,1	33,7	33,9
	Tertiärstufe	(27,9)	28,5	(32,3)	26,4	(10,9)	19,5	(18,2)	12,4	(10,8)	13,1	28,3	36,8
Nationalität	Schweizer	25,6	22,9	27,2	25,2	18,6	20,0	11,3	13,5	17,3	18,3	35,1	35,5
	Ausländer	*	15,1	*	24,0	*	19,3	*	14,8	*	26,9	*	30,6
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	(20,1)	17,2	(28,3)	23,9	(19,7)	18,8	(9,4)	15,2	(22,6)	24,9	(32,3)	37,0
	CHF 3000 bis 4499	26,5	22,2	21,8	24,3	(20,9)	19,8	(11,6)	13,8	(19,2)	19,8	29,9	33,3
	CHF 4500 bis 5999	25,2	22,4	26,4	25,0	(15,8)	21,6	(14,0)	12,6	(18,6)	18,3	32,8	32,7
	CHF 6000 und höher	(30,7)	29,2	(29,5)	27,3	(13,8)	19,5	(14,1)	11,8	(11,9)	12,2	41,4	36,0
sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	13,5	*	23,7	*	19,0	*	16,5	18,4	27,3	(32,3)	34,2
	qualifizierte manuelle Berufe	*	8,5	*	15,7	*	17,3	*	17,9	(50,9)	40,6	(40,9)	32,2
	Kleinunternehmer	(37,9)	25,7	*	25,0	*	16,9	*	13,1	*	19,3	(51,3)	52,5
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	(28,1)	20,5	(24,7)	26,7	(21,1)	23,1	(16,6)	13,8	*	15,9	28,7	29,8
	höherqual. Nicht-man. B./mittleres Kader	20,5	24,8	28,3	28,6	(21,2)	20,4	(14,4)	12,0	(15,7)	14,2	27,4	32,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(41,8)	37,2	(37,6)	25,9	*	18,4	*	10,5	*	8,1	(41,6)	38,1
Regionaler Vergleich	Aargau	20,8		25,2		16,0		15,1		22,9		35,1	
	Basel-Landschaft	24,8		26,2		18,0		12,8		18,3		33,3	
	Basel-Stadt	21,2		24,5		21,5		13,6		19,2		36,0	
	Bern	19,9		25,9		18,8		15,1		20,3		35,4	
	Luzern	24,4		20,6		18,7		15,6		20,7		34,7	
	Solothurn	20,0		23,5		21,3		14,4		20,8		36,3	
	St. Gallen	26,1		25,0		17,6		13,9		17,3		36,0	
	Zug	20,7		29,1		19,2		13,3		17,8		36,3	
	Zürich	21,4		25,7		21,1		12,7		19,2		35,4	
	andere Deutschschweizer Kantone	25,3		22,2		20,1		12,5		19,9		37,6	
	Westschweizer Kantone	18,9		25,6		21,6		14,0		19,9		32,8	
Tessin	23,1		28,3		19,3		10,9		18,4		26,3		

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 122 >n> 438 (BL); 9390 <n< 9777 (CH).

¹ Anteil Bewertungen von 9 und 10 auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) bei der Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?»

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

oft von Maschinenlärm, Staub oder chemischen Dämpfen begleitet ist. Zudem verbringen sie nicht selten einen wesentlichen Teil ihrer Arbeitszeit draussen, was bedeutet, dass sie verstärkt der Witterung ausgesetzt sind. Trotzdem sind sie mit ihrer Arbeitssituation nicht unzufriedener als Büroangestellte oder das mittlere Kader. Eindeutig am zufriedensten sind jedoch die Kleinunternehmer (vgl. Tabelle 4.2).

Mehr als ein Drittel der höheren Führungskräfte und freien Berufe sind während der Arbeitszeit keinerlei Immissionen ausgesetzt. Weiter zeigt sich, dass sich höhere Bildung, mehr Einkommen und die Schweizer Nationalität positiv auf die Betroffenheit von Immissionen auswirken. Höheres Alter scheint zudem mit sehr guter Arbeitszufriedenheit einher zu gehen.

Im Vergleich zur Gesamtschweiz werden die Erwerbstätigen im Kanton Basel-Landschaft bei der Arbeit weniger gestört. Dennoch sind sie mit der Arbeitssituation etwas weniger zufrieden. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den 35- bis 49-Jährigen und den tiefen bis mittleren Einkommensklassen (vgl. Tabelle 4.2).

Diese Befunde lassen vermuten, dass es sich bei den Immissionen im Arbeits- wie auch im Wohnbereich auch um ein Problem der sozialen Lage handelt und sich die Probleme in beiden Bereichen verstärken (vgl. Tabelle 4.3). Tatsächlich zeigt sich, dass man mit höherem Alter, mehr Bildung und Einkommen sowie Schweizer Nationalität gesamthaft betrachtet weniger Immissionen ausgesetzt ist. 16,5% der Erwerbstätigen im Kanton Basel-Landschaft fühlen sich weder bei der Arbeit noch zu Hause in irgendeiner Weise gestört. In der Gesamtschweiz sind es mit 14,1% etwas weniger. Es ist nachvollziehbar, dass Personen mit mehr finanziellen Ressourcen und einem grösseren Bildungskapital stärker beeinflussen können, wie und wo sie leben und arbeiten möchten. Besonders betroffen von Immissionen sind Personen in manuellen Berufen, Personen mit geringer Bildung und mit einem kleinen Haushaltsäquivalenzeinkommen sowie Ausländerinnen und Ausländer. Diese Personen haben wegen ihren begrenzten finanziellen Möglichkeiten häufig kaum eine andere Wahl als bei-

Tab. 4.3 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen zu Hause und bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

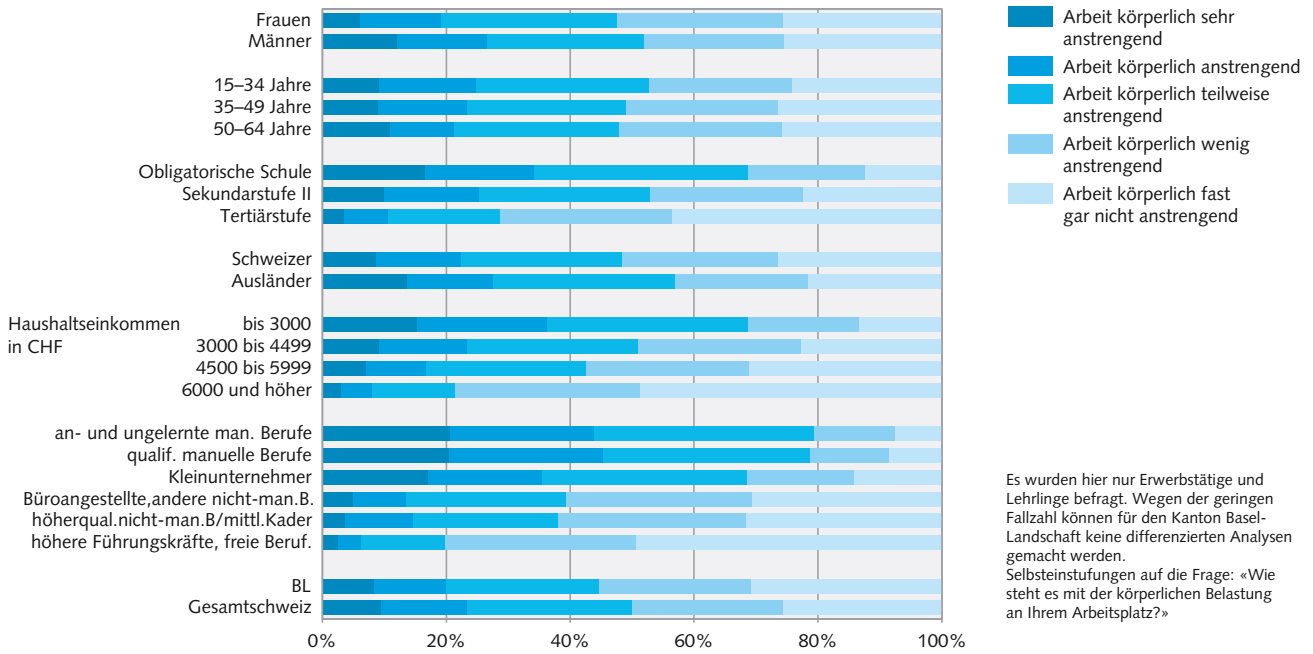
		Anzahl Störungen							
		Keine		1–2		3–4		5+	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		16,5	14,1	34,5	36,3	24,4	26,8	24,5	22,8
Geschlecht	Frauen	20,2	15,6	35,5	40,6	24,2	24,8	20,0	19,0
	Männer	13,9	12,9	33,9	33,1	24,6	28,4	27,7	25,6
Altersgruppen	15–34	(13,7)	10,3	33,5	36,2	(22,6)	27,9	30,2	25,6
	35–49	(17,1)	15,7	34,4	35,9	26,6	26,1	21,9	22,2
	50+	(18,2)	16,5	35,7	37,2	23,3	26,5	22,9	19,7
Bildung	obligatorische Schule	*	9,9	(36,9)	35,5	*	27,0	*	27,6
	Sekundarstufe II	16,7	13,5	33,5	36,3	26,2	26,3	23,6	23,8
	Tertiärstufe	(16,1)	18,6	36,4	37,0	(24,1)	28,3	(23,4)	16,1
Nationalität	Schweizer	16,8	15,4	36,6	36,9	23,5	26,2	23,1	21,4
	Ausländer	*	7,8	*	33,8	(30,8)	29,6	(34,4)	28,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(13,6)	12,1	41,8	33,9	(21,9)	27,2	(22,7)	26,7
	CHF 3000 bis 4499	(17,5)	14,4	29,9	36,1	26,4	26,7	26,2	22,8
	CHF 4500 bis 5999	(16,3)	13,5	30,5	36,6	24,9	27,8	28,3	22,1
	CHF 6000 und höher	(20,9)	19,0	(38,7)	39,0	(21,4)	26,1	(19,0)	15,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	9,3	(26,3)	34,0	(27,3)	24,8	(32,2)	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	*	5,3	*	26,3	(22,2)	29,1	(51,4)	39,2
	Kleinunternehmer	(26,6)	18,3	(35,6)	36,9	*	24,3	*	20,5
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(20,8)	12,1	30,4	39,4	(31,9)	29,6	(16,9)	18,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(11,4)	16,8	35,3	38,1	25,2	26,5	28,1	18,6
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(26,4)	24,0	(49,0)	40,1	(17,5)	23,6	*	12,3
Regionaler Vergleich	Aargau		14,0		34,3		26,0		25,7
	Basel-Landschaft		16,5		34,5		24,4		24,5
	Basel-Stadt		12,0		34,5		28,2		25,3
	Bern		13,2		36,3		27,4		23,2
	Luzern		15,7		31,4		27,6		25,3
	Solothurn		14,7		38,4		25,9		21,0
	St. Gallen		18,6		37,7		23,3		20,4
	Zug		12,3		37,5		28,4		21,8
	Zürich		12,2		35,9		27,1		24,8
	andere Deutschschweizer Kantone		16,1		39,0		26,2		18,7
	Westschweizer Kantone		13,0		36,5		28,3		22,2
	Tessin		15,8		39,1		24,5		20,6

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 412 >n> 427 (BL); 8557 <n< 8850 (CH).

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Körperliche Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.5

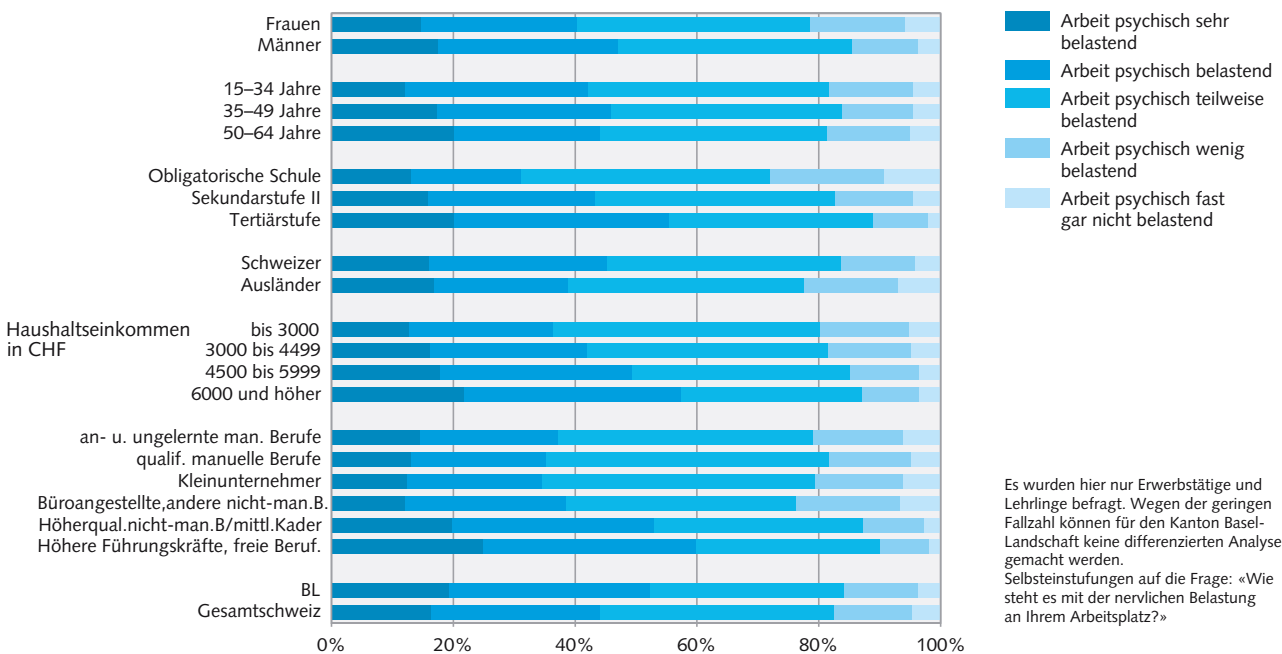


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=433 (BL); 9115 (CH).

Es wurden hier nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt. Wegen der geringen Fallzahl können für den Kanton Basel-Landschaft keine differenzierten Analysen gemacht werden. Selbsteinstufungen auf die Frage: «Wie steht es mit der körperlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz?»

Psychische Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 4.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=429 (BL); 9130 (CH).

Es wurden hier nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt. Wegen der geringen Fallzahl können für den Kanton Basel-Landschaft keine differenzierten Analysen gemacht werden. Selbsteinstufungen auf die Frage: «Wie steht es mit der nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz?»

spielsweise in verkehrsreiche oder von Fluglärm belastete Quartiere zu ziehen. Bei Personen ausländischer Nationalität geben denn auch lediglich 7,8% an, durch keinerlei Immissionen gestört zu werden, bei den Schweizern sind es mit 15,4% doppelt so viele (vgl. Tabelle 4.3).

Eine weitere Frage im Zusammenhang mit den Belastungen bei der Arbeit betrifft die körperlichen und psychischen Anforderungen im Erwerbsleben. Dabei zeichnet sich erneut ein eindeutiges Bild ab. Die Arbeit wird als körperlich anstrengender empfunden, je geringer die Bildung, das Einkommen und die Berufsstellung sind. Dies hängt damit zusammen, dass Personen in unteren sozialen Lagen in Positionen und Branchen arbeiten, die durch körperliches Arbeiten geprägt sind (vgl. Abbildung 4.5).

Umgekehrt sieht es bei der psychischen Belastung aus. Diese nimmt mit höherer Bildung und höherem Einkommen zu. Bei der sozioprofessionellen Kategorie besteht eine u-förmige Beziehung. Die psychische Belastung ist bei den höheren Führungskräften und Personen in freien Berufen am höchsten, nimmt dann ab und steigt bei den qualifizierten manuellen Berufen wieder leicht an (vgl. Abbildung 4.6).

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass anhand der Gesundheitsbefragung keine Aussagen über die körperlichen und psychischen Belastungen gemacht werden können, welche mit Haus- und Familienarbeit verbunden sind. Dies ist bedauerlich, zumal diese Arbeit oft in bedeutsamem Ausmass von spezifischen Belastungen begleitet sein kann.

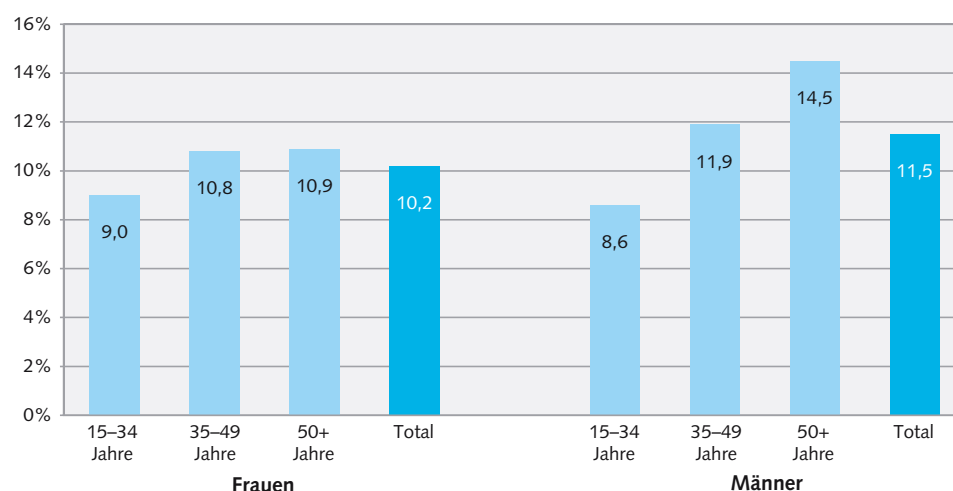
4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit

Seit 1997, als die Erwerbslosenquote der Schweiz mit 5,2% ihr Maximum erreicht hatte, nahm die Zahl der registrierten Arbeitslosen kontinuierlich ab, bis im Sommer 2001 der Wendepunkt erreicht wurde. Danach stieg die Erwerbslosenquote wieder leicht an und betrug im Befragungszeitpunkt 2002 2,5%. Im Kanton Basel-Landschaft lag die Quote zum Zeitpunkt der Befragung mit 1,9% unter dem Schweizer Durchschnitt (SECO 2002).

8,7% der Baselbieterinnen und Baselbieter haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dies ist nicht nur deutlich weniger als der Gesamtschweizer Durchschnitt von 10,9%, der Wert ist auch bedeutend tiefer als in der Befragung von 1997. Damals bangten 18% der erwerbstätigen Personen in der Schweiz um ihren Arbeitsplatz. Die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust betrifft sowohl die Frauen als auch die Männer, wenn auch nicht ganz im gleichen Ausmass. Bei den Männern kann, wie bereits 1997, eine gewisse Altersabhängigkeit festgestellt werden: Je älter die Person, desto mehr fürchtet sie, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Abbildung 4.7).²²

Die Angst vor Arbeitsplatzverlust wird wesentlich vom Bildungsgrad beeinflusst. Bangen 18,7% der Erwerbstätigen mit obligatorischem Schulabschluss und 10,3% mit einem Abschluss auf der Sekundarstufe II um ihre Stelle, so trifft dies nur für 7,8% der Personen mit Tertiärbildung zu. Die Angst, die Arbeit zu verlieren, hängt zudem wesentlich mit

Angst erwerbstätiger Frauen und Männer vor Arbeitsplatzverlust, Schweiz **Abb. 4.7**



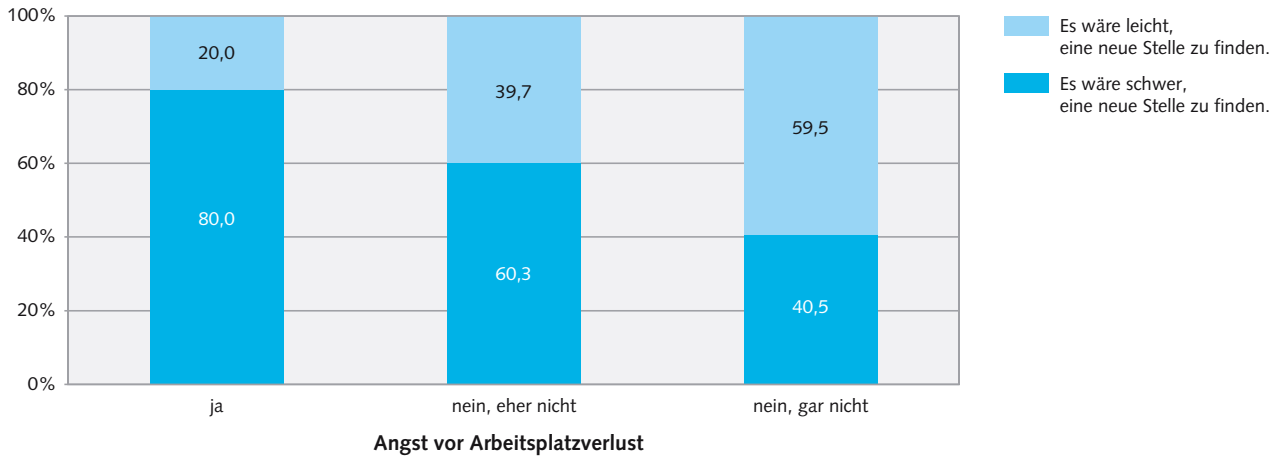
Die Antwortkategorien: «ja, sehr stark» und «ja, ziemlich» auf die Frage: «Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?»

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8916.

²² Da es sich hier um grundsätzliche Zusammenhänge ohne bedeutsame regionale Unterschiede handelt, werden die folgenden Analysen auf der Ebene der Schweizer Bevölkerung durchgeführt.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz

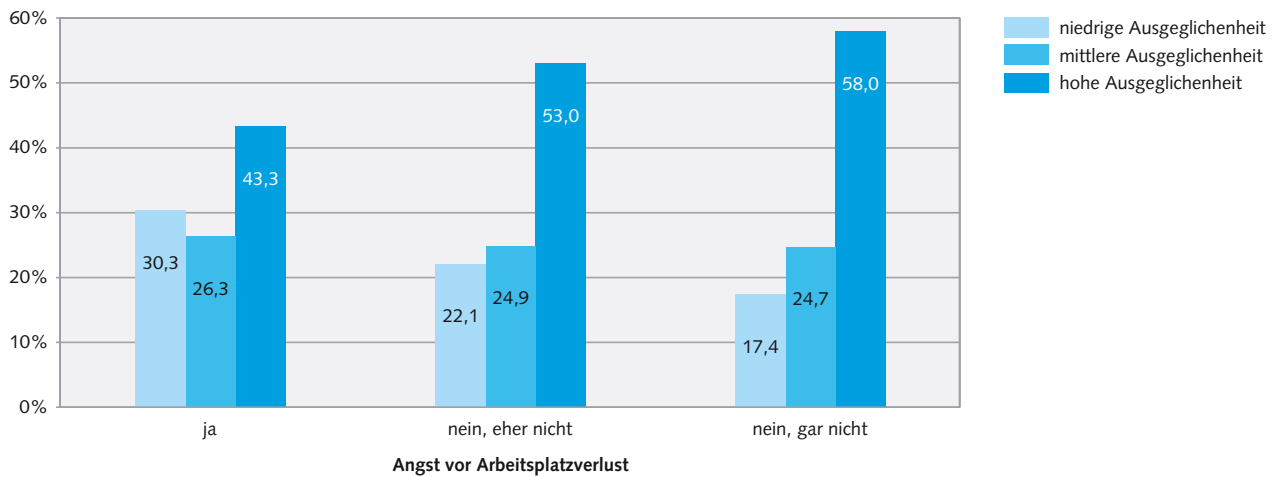
Abb. 4.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8315.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychische Ausgeglichenheit, Schweiz

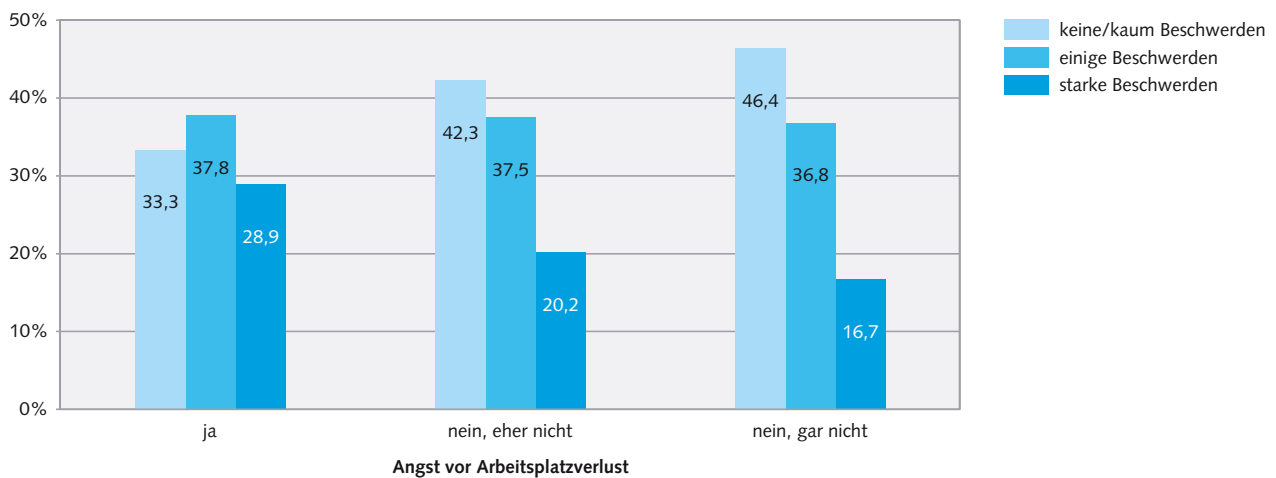
Abb. 4.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8316.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und körperliche Beschwerden, Schweiz

Abb. 4.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8316.

der Befürchtung zusammen, bei einer allfälligen Kündigung keine gleichwertige Stelle finden zu können (Abbildung 4.8). Bei Personen, die Angst haben, ihre Stelle zu verlieren, schätzen es 80% als schwierig ein, eine gleichwertige Stelle zu finden. Bei Personen, die sich um ihre Stelle keine Sorgen machen, trifft dies hingegen nur auf die Hälfte (40,5%) zu.

Abbildung 4.9 macht deutlich, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust die psychische Ausgeglichenheit strapazieren kann. Nur 43% der Personen, die sich um ihren Job sorgen, weisen eine hohe psychische Ausgeglichenheit auf. Bei Personen, die keine Kündigung befürchten, sind es mit 58% bedeutend mehr. Das gleiche Bild zeigt sich, wenn körperliche Beschwerden untersucht werden, die durch psychosozialen Stress verursacht sein können (vgl. Abbildung 4.10).

Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, sind Frauen etwas optimistischer als Männer, wenn es um die Beurteilung des Risikos geht, die Arbeitsstelle zu verlieren. Dieser Befund zeigt sich mit einer Differenz von zehn Prozent besonders deutlich bei den Baselbieterinnen und Baselbietern, die sich gar keine Sorge um ihren Arbeitsplatz machen (43,8% vs. 53,8%). Ob dies damit zusammenhängt, dass das Einkommen der Frauen allenfalls als Zweiteinkommen nicht Existenz sichernd sein muss, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Wird der Anteil Personen betrachtet, der um den Verlust seines Arbeitsplatzes fürchtet, so ergibt sich der folgende Befund: Je geringer die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto grösser ist der Anteil Betroffener. Weiter schätzen Personen ausländischer Nationalität ihre Arbeitsplatzsicherheit um ein Mehrfaches weniger optimistisch ein als Schweizerinnen und Schweizer. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Ausländerinnen und Ausländer von Ungleichstellungen im Zugang zu und auf dem Arbeitsmarkt betroffen sind. Es ist für sie bedeutend schwieriger, den Einstieg in die Arbeitswelt zu finden und dort auch zu bestehen. Dies hängt u. a. auch damit zusammen, dass sie in den tiefen Lohn- und Bildungsstufen, wo Arbeitnehmende durch ihre Auswechselbarkeit vergleichsweise leicht unter Druck gesetzt werden können, stärker vertreten sind (Egger 2003).

Tabelle 4.4 zeigt weiter, dass der Anteil Personen, die befürchten, ihre Arbeit zu verlieren, im Kanton Basel-Landschaft auf dem Niveau von Bern, Luzern und Solothurn und unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (Tabelle 4.4).

Erfahrungszahlen zur Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosigkeit im Kanton Basel-Landschaft liegt jeweils unter dem gesamtschweizerischen Wert – teilweise sogar deutlich. Die positivere Arbeitsmarktsituation im Kanton Basel-Landschaft trägt wohl zur durchschnittlich geringeren Angst der im Kanton wohnhaften Menschen vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit bei.

Im Zeitraum von 1997 bis 2002 ist ein Rückgang des Anteils der Langzeitarbeitslosigkeit zu verzeichnen. Mit dem Anstieg der Nachfrage nach Arbeitskräften fanden insbesondere auch Langzeitstellersuchende den Weg zurück in den Arbeitsmarkt. Der schleppende Konjunkturverlauf seit 2002 liess die Arbeitslosigkeit in der Schweiz wie auch im Kanton Basel-Landschaft wieder ansteigen. Die Langzeitarbeitslosigkeit im Kanton nahm aber im Vergleich zur Gesamtschweiz unterdurchschnittlich zu.

Die Dynamik auf dem Baselpolier Arbeitsmarkt zeigt sich in der hohen Zahl der monatlichen Zu- und Abgänge in die bzw. aus der Arbeitslosigkeit (vgl. Tabelle). Daraus lässt sich schliessen, dass der grösste Teil der Arbeitslosigkeit konjunkturell bedingt und nicht auf eine strukturelle Schwäche zurückzuführen ist. Es ist darum nicht davon auszugehen, dass die Aussichten der Betroffenen auf Vermittlung sinken. Der Anteil der Abmeldungen, welche mit einem Stellenantritt begründet wurde, liegt für den ganzen Beobachtungszeitraum zwischen hohen 66 und 70%.

Zu- und Abgänge; durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit, 1997–2004, BL

	Zugänge*	Abgänge*	durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit in Tagen	
			alle Abgänge	Abgänge in Arbeit
1997	613	595	218,3	180,5
1998	513	613	230,8	179,4
1999	476	557	206,4	142,2
2000	423	506	155,1	120,5
2001	466	436	125,8	110,5
2002	638	522	120,3	106,4
2003	765	646	136,2	126,5
2004	753	712	n.v. **	n.v. **

Quelle: KIGA Baselland

* im Monatsdurchschnitt

** Daten derzeit noch nicht verfügbar

Die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) des KIGA Baselland leisten für Stellensuchende einen wichtigen Beitrag. Mit einer aktiven Arbeitsmarktpolitik streben sie an, arbeitslose Personen rasch und dauerhaft wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern und – wo notwendig – mittels entsprechender Massnahmen Qualifikationslücken zu verkleinern bzw. zu schliessen. Dies unterstreicht auch der Verlauf der durchschnittlichen Dauer der Arbeitslosigkeit der Jahre 1997/98 und 2001 bis 2003, welcher bei ähnlich hoher Anzahl Arbeitsloser heute eine deutlich tiefere durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit aufzeigt.

Kantonales Amt für Industrie, Gewerbe und Arbeit:
Postfach, 4133 Pratteln, Tel. 061 826 77 77,
Fax. 061 826 77 88, www.kiga.bl.ch

Roman Zaugg

Tab. 4.4 Anteil der Personen, die sich keine, eher keine und die sich Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen, nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		ja		nein, eher nicht		nein, gar nicht		
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	
Gesamtbevölkerung		8,7	10,9	43,4	43,8	47,9	45,3	
Geschlecht	Frauen	(9,3)	10,2	36,8	41,9	53,8	47,9	
	Männer	(8,2)	11,5	48,0	45,2	43,8	43,3	
Altersgruppen	15–34	*	8,8	35,9	41,5	55,5	49,7	
	35–49	(8,8)	11,4	47,2	46,1	44,0	42,5	
	50+	(8,6)	13,0	45,3	43,2	46,1	43,8	
Bildung	obligatorische Schule	*	18,7	(36,8)	35,4	(54,0)	45,9	
	Sekundarstufe II	(9,7)	10,3	42,8	45,2	47,5	44,5	
	Tertiärstufe	*	7,8	47,5	44,9	46,8	47,3	
Nationalität	Schweizer	7,9	8,9	43,3	44,4	48,8	46,7	
	Ausländer	*	20,1	(43,9)	41,1	(41,8)	38,7	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	*	13,0	(39,2)	42,7	54,0	44,3	
	CHF 3000 bis 4499	(15,8)	11,4	39,4	43,8	44,8	44,8	
	CHF 4500 bis 5999	*	8,5	49,3	46,0	46,4	45,6	
	CHF 6000 und höher	*	8,4	45,5	45,2	52,5	46,3	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	12,5	(41,4)	43,2	(47,5)	44,3	
	qualifizierte manuelle Berufe	*	18,2	(46,1)	42,0	(36,5)	39,8	
	Kleinunternehmer	*	5,9	(39,9)	33,8	(57,7)	60,3	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe		10,2	46,5	47,8	43,7	42,0	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	*	9,7	40,7	44,2	51,6	46,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe		9,0	(45,5)	45,9	49,2	45,1	
Regionaler Vergleich	Aargau		11,3		46,3		42,4	
	Basel-Landschaft		8,7		43,4		47,9	
	Basel-Stadt		11,9		43,7		44,4	
	Bern		8,0		48,7		43,3	
	Luzern		8,3		45,8		45,9	
	Solothurn		7,6		49,6		42,8	
	St. Gallen		10,3		44,2		45,5	
	Zug		10,7		43,5		45,8	
	Zürich		12,3		40,8		46,9	
		andere Deutschschweizer Kantone		7,5		50,0		42,5
		Westschweizer Kantone		13,4		39,4		47,2
	Tessin		18,6		34,8		46,6	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 410 <n< 426 (BL); 8624 <n< 8916 (CH).

Prozent Antworten auf die Frage: «Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?»

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

4.4 Angst vor Gewalt

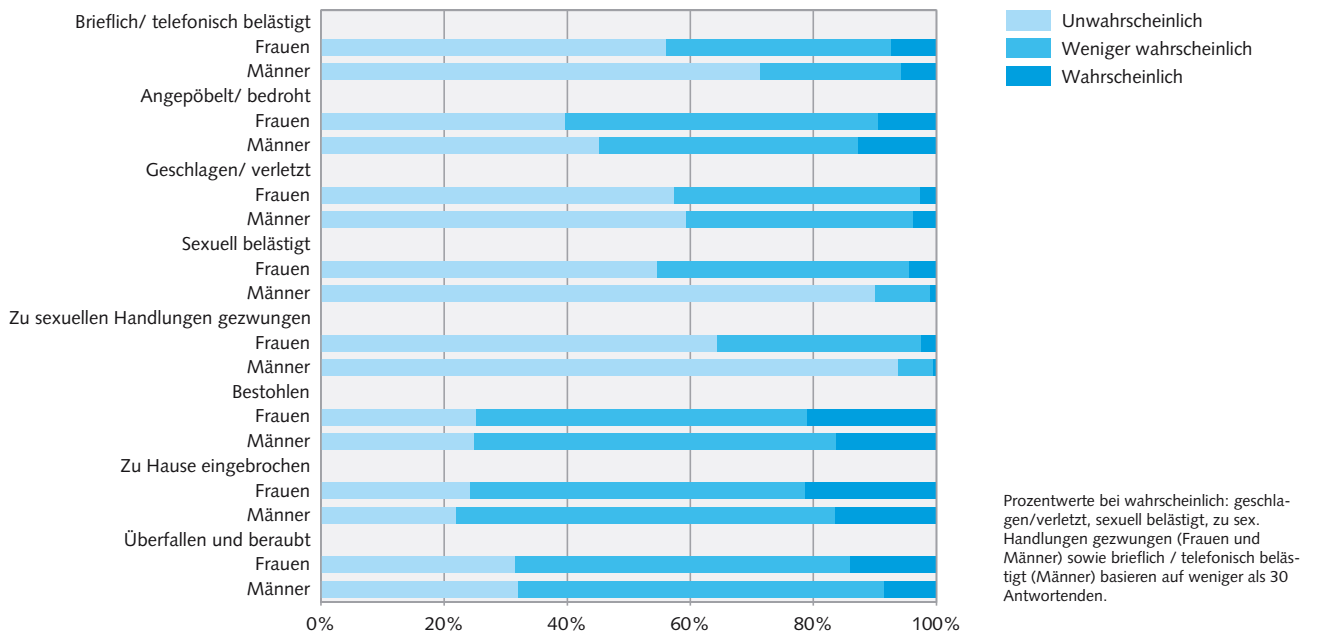
Mit der Zuspitzung der Drogenproblematik seit Mitte der 1980er Jahre ist Kriminalität und Gewalt in der Schweiz ein zentrales öffentliches Thema geworden. Die zunehmende Sensibilisierung für das Thema, persönliche Erfahrungen mit Gewalt und Einzelereignisse, welche ein breites öffentliches Echo auslösten, sind Gründe, weshalb sich ein steigendes Gefühl der Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität in der Schweizer Bevölkerung breit gemacht hat. Dabei zeigt sich, dass die Angst vor Gewalt in den letzten Jahren stärker zugenommen hat als das tatsächliche Gewaltniveau, das in der Schweiz immer noch vergleichsweise tief ist. Das bedeutet auch, dass die Angst vor Gewalt keinen direkten Zusammenhang mit dem effektiven Risiko hat, eine Gewalttat zu erleben (Eisner/Manzoni 1998; Eisner/Killias 2004).

Fast ein Drittel der Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft (31 %) erachtet es als wahrscheinlich, in den nächsten zwölf Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden. Diese Zahl liegt unter dem Schweizer Durchschnitt von 38%. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Einschätzung der absoluten Gewaltwahrscheinlichkeit, es zeigen sich aber Unterschiede bezüglich der befürchteten Gewaltformen. Frauen schätzen es als wahrscheinlicher ein, in den nächsten zwölf Monaten sexuell, verbal oder schriftlich belästigt zu werden, und zudem befürchten sie stärker als Männer, bestohlen und überfallen zu werden. Weiter rechnen Frauen eher damit, dass zu Hause eingebrochen wird. Männer hingegen erwarten häufiger als Frauen, angepöbelt oder in eine Schlägerei verwickelt zu werden (vgl. Abbildung 4.11).

Am grössten ist die Befürchtung, mit Gewalt oder Kriminalität persönlich konfrontiert zu werden, bei Ein-

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zwölf Monaten Opfer verschiedener Taten zu werden, unterschieden nach Geschlecht, Kanton Basel-Landschaft

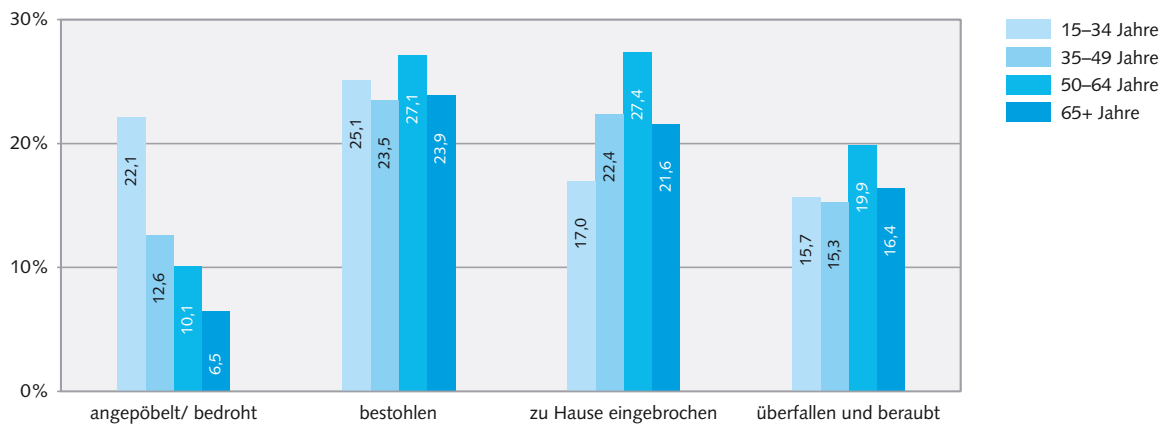
Abb. 4.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=433 (BL); 9115 (CH).

Anteil Personen, die es als wahrscheinlich einschätzen, in den nächsten zwölf Monaten Opfer folgender Taten zu werden, unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 4.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 15'350 < n < 15'452.

bruch, Diebstahl, Überfall, Bedrohung oder Pöbeleien. Diese Formen der Gewalt werden jedoch in den verschiedenen Altersgruppen als unterschiedlich wahrscheinlich eingestuft. Während die Befürchtung, in naher Zukunft angepöbelt oder bedroht zu werden, mit zunehmendem Alter abnimmt, wird mit höherem Alter als wahrscheinlicher eingeschätzt, dass zu Hause eingebrochen wird (Abbildung 4.12).

Im Kanton Basel-Landschaft liegt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für alle erhobenen Gewaltformen deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt.

Die Angst, Opfer einer Gewalttat zu werden, korreliert negativ mit der psychischen Ausgeglichenheit. Es gilt dabei: Je höher die erwartete Anzahl Gewaltverbrechen, desto tiefer ist der Anteil Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden.

Grundsätzlich gilt für die Gesamtschweiz, dass Menschen, die auf dem Land wohnen, etwas seltener als Städter damit rechnen, mit Gewalt oder einem Verbrechen konfrontiert zu werden (66% vs. 61,2%). Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf die Zuversicht aus, in der nächsten Zukunft von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden.²³ Ausländerinnen und Ausländer erachten es als wahrscheinlicher als Schweizerinnen und Schweizer, von einer oder mehreren Formen der Kriminalität betroffen zu werden. Dies hängt unter anderem

auch damit zusammen, dass mit 85,2% mehr Ausländerinnen und Ausländer in städtischen Gebieten wohnen als Schweizerinnen und Schweizer (70,7%).

Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die Baselbieter im Vergleich zum Gesamtschweizer Durchschnitt in allen Kategorien seltener mit Gewalttaten rechnen. In Tabelle 4.5 stechen zudem die Westschweizer Kantone hervor. Danach rechnen deutlich weniger Personen damit, das nächste Jahr unbeschadet zu überstehen. In der Romandie befürchten überdurchschnittlich viele zwei oder mehr Konfrontationen mit Kriminalität und Gewalttaten.

Tab. 4.5 Anzahl der verschiedenen Verbrechen oder Gewalttaten, mit denen die Person rechnet in den folgenden 12 Monaten konfrontiert zu werden nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		keine		eine		zwei und mehr		
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	
Gesamtbevölkerung		69,0	62,5	12,0	13,1	19,0	24,4	
Geschlecht	Frauen	68,7	61,2	10,4	12,7	21,0	26,1	
	Männer	69,4	63,9	13,7	13,6	16,9	22,5	
Altersgruppen	15–34	64,6	58,4	(13,9)	14,6	21,5	27,0	
	35–49	75,5	63,6	(7,1)	12,5	17,4	23,9	
	50–64	67,9	62,3	13,2	12,1	19,0	25,7	
	65+	67,4	67,6	14,2	13,2	18,3	19,2	
Bildung	obligatorische Schule	70,3	61,4	(9,0)	13,0	(20,6)	25,5	
	Sekundarstufe II	67,2	62,5	12,8	12,8	20,0	24,7	
	Tertiärstufe	73,4	63,8	(12,1)	14,6	(14,4)	21,6	
Nationalität	Schweizer	69,1	63,2	11,9	13,0	19,1	23,8	
	Ausländer	68,6	58,8	(12,8)	13,9	(18,6)	27,3	
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	79,7	64,6	(6,1)	12,4	(14,2)	23,0	
	CHF 3000 bis 4499	63,8	61,4	14,1	12,8	22,1	25,8	
	CHF 4500 bis 5999	68,6	61,5	13,8	14,5	17,5	24,0	
	CHF 6000 und höher	65,0	64,0	(13,3)	13,3	(21,7)	22,8	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	72,7	63,4	(12,2)	11,1	(15,1)	25,5	
	qualifizierte manuelle Berufe	71,1	63,7	(15,7)	12,7	(13,2)	23,6	
	Kleinunternehmer	80,1	69,7	*	10,1	*	20,2	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	71,9	61,4	(7,5)	13,2	20,6	25,4	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	62,7	61,2	15,0	13,9	22,3	24,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	66,7	62,6	(14,8)	13,9	(18,4)	23,5	
Regionaler Vergleich	Aargau		65,5		13,5		21,0	
	Basel-Landschaft		69,0		12,0		19,0	
	Basel-Stadt		64,7		14,2		21,0	
	Bern		63,6		12,3		24,1	
	Luzern		69,7		13,1		17,2	
	Solothurn		62,8		12,5		24,7	
	St.Gallen		69,4		14,9		15,8	
	Zug		70,9		11,8		17,3	
	Zürich		64,5		13,1		22,4	
		andere Deutschschweizer Kantone		73,2		11,1		15,6
		Westschweizer Kantone		50,1		14,4		35,6
		Tessin		59,7		12,6		27,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 940 <n< 1020 (BL); 15'065 <n< 16'149.

* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

²³ Inwieweit es eine Rolle spielt, ob eine Person in der Vergangenheit Erfahrungen mit Gewalt machte, kann anhand der Gesundheitsbefragung nicht beantwortet werden.

Häusliche Gewalt: Ein grosses Gesundheitsrisiko für Frauen

Eine Studie der Universität Freiburg aus dem Jahr 1998 schätzt die medizinischen und nicht-medizinischen Kosten von häuslicher Gewalt gegen Frauen pro Jahr in der Schweiz auf über 400 Millionen Franken. Jede fünfte Frau erlebt in der Schweiz im Laufe ihres Lebens psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt in der Partnerschaft. Im Kanton Basel-Landschaft musste die Polizei im Jahr 2004 1006 Mal wegen häuslicher Gewalt ausrücken. Häusliche Gewalt ist daher ein grosses Gesundheitsrisiko für Frauen.

Frauen, die Gewalt durch den Partner erfahren, wenden sich in der Regel für medizinische Hilfe an eine ihnen vertraute Person, häufig den Hausarzt oder die Hausärztin, oder sie suchen direkt die Notfallstation des nächsten Spitals auf. Umfassende Weiterbildung der betroffenen Berufsgruppen zu dieser Thematik ist darum notwendig. Eine neue Umfrage bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden im Kantonsspital Basel hat ergeben, dass das Personal der Notfallstation und der Psychiatrischen Poliklinik Betroffene von häuslicher Gewalt sehr häufig behandeln. 98 resp. 100% aller Befragten dieser beiden Abteilungen sind in den letzten drei Arbeitsmonaten dieser Problematik begegnet, aber nur 39% sind während der Ausbildung oder in einer Weiterbildung zum Thema geschult worden. Um ein sicheres, einheitliches und eindeutiges Auftreten der betroffenen Berufsgruppen, der Behörden, des Bundes und der Öffentlichkeit zu garantieren, ist weitere Schulung zum Phänomen der häuslichen Gewalt in den Grundausbildungen des Gesundheitssektors unerlässlich. Die Interventionsstelle bei der Justiz-, Polizei- und Militärdirektion übernimmt hierbei eine zentrale Rolle.

Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt des Kantons Basel-Landschaft, Tel. 061 925 62 38;
 interventionsstelle@jpm.d.bl.ch,
www.interventionsstelle.bl.ch

Christine von Salis

4.5 Zusammenfassung

Wohnung und Arbeitsplatz sind die beiden Orte, an denen eine Person gewöhnlich die meiste Zeit verbringt. Mit Blick auf das gesundheitliche Wohlbefinden ist es deshalb wichtig, dass man sich an diesen Orten wohl fühlt und möglichst frei von Belastungen ist.

Knapp zwei Drittel der Befragten sind mit ihrer *Wohnsituation* sehr zufrieden, und nur eine kleine Minderheit erweist sich als eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden (2,6% BL und 4% CH). Trotzdem fühlt sich fast jede zweite Person zu Hause gestört. Primär wird über Auto-lärm geklagt, wovon etwa jede vierte betroffen ist. Darauf folgen Lärm fremder Menschen und Fluglärm. Alle diese Immissionen werden im Kanton Basel-Landschaft etwas häufiger genannt als im Gesamtschweizer Durchschnitt.

Die Frage, wie vielen Immissionen eine Person zu Hause ausgesetzt ist, hat insofern Bedeutung, als sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl Störquellen und der Wohnzufriedenheit abzeichnet. Weiter lässt sich zeigen, dass der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit abnimmt, je mehr Immissionen im Wohnbereich wahrgenommen werden.

Die grösste Differenz bezüglich Immissionen im Wohnbereich findet sich zwischen den Nationalitäten: Ausländerinnen und Ausländer wohnen deutlich seltener störungsfrei als Schweizerinnen und Schweizer. Mit zunehmendem Alter wird die Wohnsituation generell als besser wahrgenommen, obwohl gleichzeitig die Anzahl Störquellen zunimmt.

Bei der Arbeitszufriedenheit zeigt sich ein weniger positives Bild. Nur jede dritte Person gibt an, (sehr) zufrieden mit ihrer *Arbeitssituation* zu sein. Zudem kann nur jede vierte frei von Immissionen arbeiten. Die häufigsten Probleme sind zu hohe oder zu tiefe Temperaturen, Lärm von Mitarbeitenden, Maschinenlärm, Zugluft und Schmutz. Bedenklich ist, dass in Kanton Basel-Landschaft mehr als 10% aller Erwerbstätigen während ihrer Arbeit Tabakrauch ausgesetzt sind. Passivrauchen hat einen negativen Effekt auf die Gesundheit. In einer gesundheitsgefährdenden Umgebung arbeiten zudem auch die 15% Arbeitnehmenden, die während der Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz und chemischen Gasen leiden.

Die Störfaktoren sind ungleich verteilt: Je geringer die Bildung, das Einkommen und der Berufsstatus, desto mehr Immissionen werden angegeben. Manuelle Berufe sind dabei besonders belastet. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als es sich hier um Handwerker und Arbeiter handelt, die ihren Arbeitsalltag oft draussen verbringen

und die häufig mit Lärm und Staub produzierenden Maschinen arbeiten. Im Kanton Basel-Landschaft ist die Belastungssituation bei der Arbeit geringer, dennoch sind die Erwerbstätigen etwas weniger zufrieden als im Schweizer Durchschnitt.

Ein weiterer Faktor, der gesundheitlich belastende Auswirkungen haben kann, ist die *Angst vor Arbeitsplatzverlust* und Arbeitslosigkeit. Dabei kann aufgezeigt werden, dass die Sorge um den Erhalt der Stelle stark davon abhängt, wie wahrscheinlich es eine Person einschätzt, nötigenfalls eine gleichwertige Stelle zu finden. Die Angst vor Arbeitslosigkeit geht mit vergleichsweise schlechter psychischer Ausgeglichenheit und mehr psychisch (mit-)bedingten körperlichen Beschwerden einher.

Grundsätzlich schätzen erwerbstätige Frauen das Risiko, die Arbeitsstelle zu verlieren, optimistischer ein als Männer. Diese Differenz ist im Kanton Basel-Landschaft besonders ausgeprägt. Weiter zeigt sich, dass die Angst um den Arbeitsplatz ansteigt, je geringer die Bildung und das Einkommen sind. Ausländerinnen und Ausländer sind in der Gruppe der sich Sorgenden besonders häufig vertreten. Im Kanton Basel-Landschaft ist die Angst vor Arbeitslosigkeit geringer als im Schweizer Durchschnitt.

Für das psychische Wohlbefinden ist es weiter wichtig, ob man mit der Angst lebt, in naher Zukunft *Opfer eines Verbrechens* zu werden. Im Kanton Basel-Landschaft trifft dies für 31% aller Befragten zu, wobei sich Frauen vor anderen Delikten fürchten als Männer. Frauen schätzen es als wahrscheinlicher ein, in den nächsten zwölf Monaten belästigt zu werden, sei es sexuell, verbal oder schriftlich. Zudem rechnen Frauen eher als Männer damit, überfallen und bestohlen zu werden. Männer schätzen hingegen das Risiko, angepöbelt oder in eine Schlägerei verwickelt zu werden höher ein als Frauen. Wichtig dabei ist zu bemerken, dass die selbst eingeschätzte Wahrscheinlichkeit nicht dem statistischen Risiko einer persönlichen Erfahrung mit Gewalt entspricht. Die Selbsteinschätzung wird beispielsweise nicht unwesentlich von der Intensität der Berichterstattung über Gewalt in lokalen Medien beeinflusst.

Die Befürchtung, mit Gewalt konfrontiert zu werden, ist zudem vom Alter und von der Bildung abhängig. Während die Angst, in eine Pöbelei involviert zu werden, mit zunehmendem Alter stark abnimmt, wird häufiger befürchtet, dass zu Hause eingebrochen werden könnte. Höhere Bildung wirkt sich positiv auf die Zuversicht aus, von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden. Zudem zeigt sich, dass Menschen, die in der Stadt leben, eher mit einer Gewalttat rechnen als Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen.

5 Zusammenhangsanalysen

5.1 Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit

Im Kapitel 2 wurde Gesundheit in ihren drei Dimensionen – körperlich, psychisch und sozial – detailliert analysiert. Im Folgenden werden nun die drei Dimensionen zueinander in Beziehung gesetzt, und dabei wird untersucht, inwiefern körperliche, psychische und soziale Gesundheit miteinander zusammenhängen. Diese Analyse ist für die Gesundheitsförderung insofern von Relevanz, als sich auf diese Weise die Kumulationen von guten und schlechten gesundheitlichen Bedingungen aufzeigen lassen. Tabelle 5.1 beschreibt zunächst alle Indikatoren mit ihren Prävalenzen im Kanton Basel-Landschaft und in der Gesamtschweiz, welche in die Analyse einfließen werden (vgl. dazu auch Kapitel 2).

Die Tabelle verdeutlicht, dass der Anteil Personen mit guter Gesundheit in allen Bereichen relativ hoch ist. Wie aus der Korrelationsmatrix von Tabelle 5.2 weiter ersichtlich, finden sich zwischen den verschiedenen Indikatoren

ausgeprägte Beziehungen. Dabei fällt auf, dass die stärksten Zusammenhänge innerhalb der jeweiligen Gesundheitsdimension zu finden sind. Die deutlichsten Beziehungen bestehen zwischen den Indikatoren der Dimension «körperliche Gesundheit». Dies bedeutet, dass ein guter allgemeiner Gesundheitszustand in aller Regel mit der Abwesenheit von Beschwerden einhergeht. Der Zusammenhang zwischen psychischer Ausgeglichenheit und Kontrollüberzeugung ist bereits etwas weniger stark, während die beiden Indikatoren der sozialen Gesundheit nur schwach korreliert sind. Unter Einsamkeit zu leiden, heisst also nicht zwangsläufig, dass keine Beziehung zu Vertrauenspersonen bestünde.

Die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen sind in den allermeisten Fällen ebenfalls beachtlich und statistisch hoch signifikant. Wer sich psychisch gut fühlt, erfreut sich in der Regel auch einer guten körperlichen Gesundheit und leidet weniger unter Einsamkeit und umgekehrt. Andererseits zeigt sich, dass lang andauernde Gesundheitsprobleme nicht zwin-

Tab. 5.1 Indikatoren des Gesundheitszustands und ihre Verteilung, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

Ebene	Indikator	Kategorien	BL	CH
Physische Gesundheit	Allgemeiner (selbst wahrgenommener) Gesundheitszustand ²⁴	sehr gut/gut	85,4	85,8
		mittel/schlecht/sehr schlecht	14,6	14,2
	Lang andauerndes Gesundheitsproblem	nein	84,7	83,8
		ja	15,3	16,2
Körperliche Beschwerden		keine/kaum Beschwerden	41,8	41,2
		einige Beschwerden	34,3	35,7
		starke Beschwerden	23,9	23,1
Psychische Gesundheit	Psychische Ausgeglichenheit	gut	53,7	55,0
		mittel	24,8	24,4
		schlecht	21,4	20,7
Kontrollüberzeugung		hoch	41,4	39,3
		mittel	40,9	39,8
		tief	17,7	20,9
Soziale Gesundheit	Einsamkeitsgefühle	nie	71,9	70,2
		manchmal	25,8	26,4
		häufig	2,3	3,3
Vertrauenspersonen		mehr als eine	69,7	65,9
		eine	27,1	29,3
		keine	3,2	4,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 750 <n< 1020 (BL); 14'358 <n< 19'702 (CH).

²⁴ «Allgemeiner Gesundheitszustand» beinhaltet theoretisch Aspekte aus allen drei Ebenen. Da die Korrelationen (Tabelle 5.2) mit den anderen Indikatoren für körperliche Gesundheit besonders hoch sind, kann «allgemeiner Gesundheitszustand» der physischen Gesundheit zugeteilt werden.

**Tab. 5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitszustands, Schweiz
(Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entsprechen Tabelle 5.1)**

	Allg. Gesundheitszustand	Gesundheitsproblem	Körperliche Beschwerden	Psych. Ausgeglichenheit	Kontrollüberzeugung	Einsamkeitsgefühle	Vertrauenspersonen
Allg. Gesundheitszustand	-	,82	,63	,45	,35	,36	,16
Gesundheitsproblem	,82	-	,55	,35	,33	,32	,10
Körperliche Beschwerden	,63	,55	-	,44	,37	,39	n.s.
Psych. Ausgeglichenheit	,45	,35	,44	-	,43	,45	(,03)
Kontrollüberzeugung	,35	,33	,37	,43	-	,49	,06
Einsamkeitsgefühle	,36	,32	,39	,45	,49	-	,05
Vertrauenspersonen	,16	,10	n.s.	(,03)	,06	,05	-

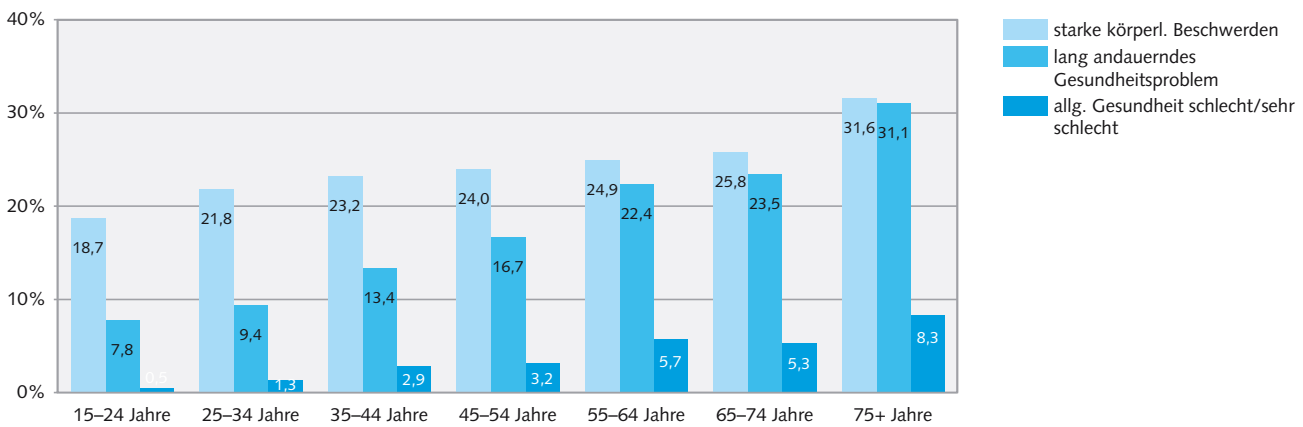
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'358 <n< 19'702 (CH).

Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau (vgl. Anhang).

Mit Ausnahme der Koeffizienten in Klammern (95%-Niveau) sind alle dargestellten Koeffizienten auf dem 99%-Niveau signifikant.
Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten.

Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden, lang andauernden Gesundheitsproblemen und (sehr) schlechter allgemeiner Gesundheit nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 18'457 <n< 19'707.

gend mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit einhergehen müssen. Wird zusätzlich zwischen psychischen und körperlichen Problemen differenziert, so zeigt sich, dass körperliche Leiden die psychische Ausgeglichenheit viel weniger stark belasten als psychische Beschwerden. Während sich fast die Hälfte aller Personen mit einem körperlichen Leiden psychisch ausgeglichen fühlt, trifft dies lediglich für ein Fünftel der Personen mit psychischen Beschwerden zu.

In Kapitel 2 wurde an verschiedenen Stellen dargestellt, wie sich die wahrgenommene Gesundheit mit dem Alter verändert. Es kann deshalb vermutet werden, dass sich das Alter als die alles bestimmende Grösse bezüglich Wohlbefinden erweist. Abbildung 5.1 belegt zunächst diese Vermutung: Der Anteil Personen mit lang andauernden Leiden und körperlichen Beschwerden nimmt mit

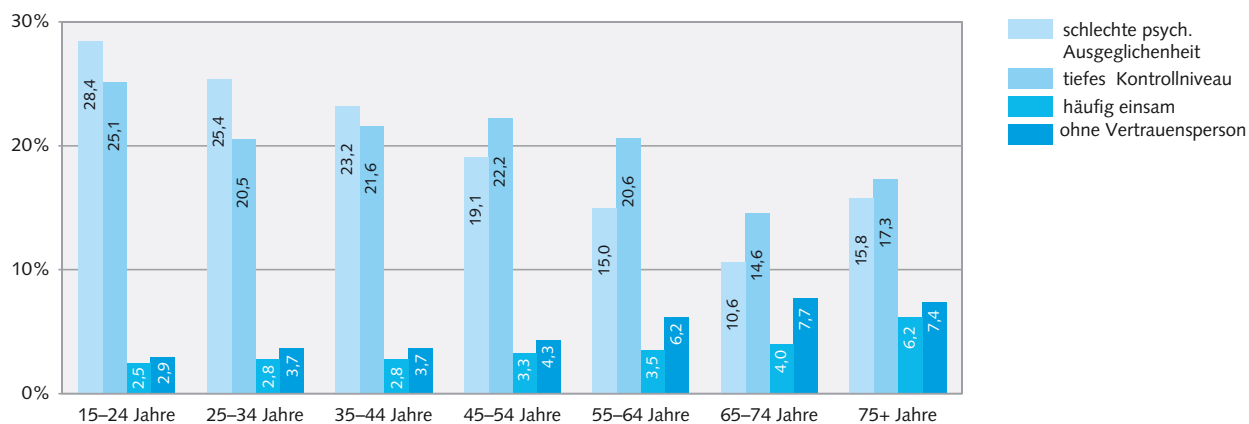
höherem Alter kontinuierlich zu. Die Darstellung macht indes gleichzeitig deutlich, dass sich selbst im hohen Alter zwei von drei Personen als beschwerdefrei bezeichnen.

Während sich das körperliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, wird die psychische Gesundheit als besser wahrgenommen. Der Anteil Personen mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit und tiefem Kontrollniveau nimmt mit dem Alter ab, um ab 75 Jahren wieder etwas zuzunehmen. Einsamkeit und das Vermissen von Vertrauenspersonen treten zwar gesamthaft bedeutend seltener auf, beides nimmt jedoch analog zu Beschwerden mit höherem Alter leicht zu (Abbildung 5.2).

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 machen deutlich, wie sich das Wohlbefinden mit zunehmendem Alter verändert. Es gibt jedoch in jedem Alter auch Personen, deren

Anteil Personen mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit, tiefem Kontrollniveau, häufiger Einsamkeit sowie ohne Vertrauenspersonen nach Altersgruppen, Schweiz

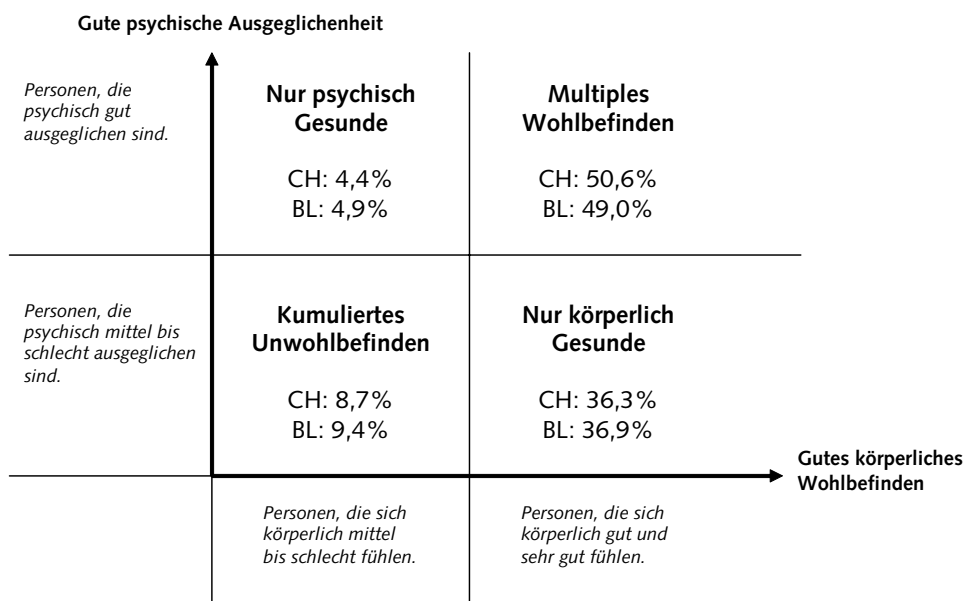
Abb. 5.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'358<n<19'702.

Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden

Abb. 5.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=955 (BL); 18'290 (CH).

Gesundheitszustand dieser Tendenz widerspricht. Sie fühlen sich in hohem Alter körperlich sehr gut oder in jungen Jahren psychisch besonders ausgeglichen. Neben dem Alter gibt es also viele andere Faktoren, welche das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit es zu einer Kumulation von gutem bzw. schlechtem Wohlbefinden kommt. Es gibt Personen, die sich sowohl physisch als auch psychisch sehr gut bzw. sehr schlecht fühlen. Neben diesen beiden konsistenten Gruppen finden sich auch zwei inkonsistente Gruppen, bei denen ein gutes psychisches

Wohlbefinden mit einem schlechten physischen Wohlbefinden einhergeht und umgekehrt (vgl. Abbildung 5.3).

Im Kanton Basel-Landschaft erfreut sich jede zweite Person eines *multiplen Wohlbefindens*. Sie fühlt sich nicht nur körperlich (sehr) gut, sondern ist auch psychisch ausgeglichen. Die über 50-Jährigen sind in dieser Gruppe am häufigsten vertreten. Mehr Bildung erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit für ein multiples Wohlbefinden. Weiter spielt die Nationalität eine Rolle: Schweizer Staatsbürger sind in dieser Gruppe übervertreten (vgl. Tabelle 5.3).

Tab.5.3 Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Schweiz (in %)

		Multiples Wohlbefinden		Nur körperlich Gesunde		Nur psychisch Gesunde		Kumuliertes Unwohlbefinden	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		49,0	50,6	36,9	36,3	4,9	4,4	9,4	8,7
Geschlecht	Frauen	49,5	49,0	35,2	36,2	(5,0)	4,7	10,3	10,1
	Männer	48,4	52,3	38,8	36,5	(4,5)	4,0	8,3	7,1
Altersgruppen	15–34	40,8	42,3	52,7	50,2	*	1,4	*	6,1
	35–49	48,3	51,5	40,8	38,5	*	2,3	(8,2)	7,7
	50–64	57,0	56,5	24,4	26,3	(8,1)	6,5	(10,5)	10,7
	65+	50,5	56,5	26,9	20,7	(8,1)	10,3	14,5	12,5
Bildung	obligatorische Schule	41,1	43,9	37,4	37,3	(8,6)	5,4	(12,9)	13,5
	Sekundarstufe II	50,8	52,0	35,1	35,8	4,3	4,3	9,8	8,0
	Tertiärstufe	51,0	54,6	42,4	37,1	*	3,4	*	4,9
Nationalität	Schweizer	50,0	51,5	36,6	36,1	4,0	4,4	9,4	8,0
	Ausländer	42,8	46,6	39,0	37,3	*	4,1	*	11,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	45,8	48,1	38,3	35,1	(4,6)	5,0	(11,4)	11,8
	CHF 3000 bis 4499	52,9	51,4	31,5	35,3	(4,5)	4,9	11,0	8,4
	CHF 4500 bis 5999	48,6	54,9	39,2	34,6	(4,9)	4,0	(7,3)	6,6
	CHF 6000 und höher	48,7	55,5	46,3	36,8	*	3,0	*	4,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	43,6	50,3	31,0	33,0	*	4,8	(17,0)	11,9
	qualifizierte manuelle Berufe	43,5	49,6	38,9	34,4	*	5,4	(11,6)	10,7
	Kleinunternehmer	48,3	54,5	31,5	33,3	*	5,0	*	7,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	55,3	51,2	32,0	34,6	(4,0)	4,3	(8,7)	9,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	47,3	50,8	40,4	37,8	(5,1)	4,0	(7,1)	7,3
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	54,7	55,1	38,0	38,2	*	3,0	*	3,7
Regionaler Vergleich	Aargau		48,3		36,5		4,7		10,5
	Basel-Landschaft		49,0		36,9		4,9		9,4
	Basel-Stadt		45,8		35,6		6,2		12,4
	Bern		49,3		38,0		4,2		8,5
	Luzern		48,8		38,2		4,8		8,2
	Solothurn		51,1		33,5		5,3		10,1
	St. Gallen		50,8		36,9		3,6		8,7
	Zug		55,3		35,3		3,3		6,1
	Zürich		51,8		35,9		4,4		7,9
	andere Deutschschweizer Kantone		53,1		36,0		4,1		6,9
	Westschweizer Kantone		51,4		35,5		4,2		8,9
	Tessin		46,4		38,7		4,6		10,3

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 954 <n< 886 (BL); 16'974 <n< 18'290.
 * Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Gut einem Drittel der Baselbieter Bevölkerung geht es körperlich zwar gut bis sehr gut, es fühlt sich aber nur mittelmässig oder schlecht psychisch ausgeglichen. Beim Alter findet sich bezüglich der Zugehörigkeit zur Gruppe der lediglich *körperlich Gesunden* der grösste Effekt: Trifft diese Kombination von körperlichem Wohlbefinden mit psychischen Problemen auf jede zweite Person im Alter von 15 bis 34 Jahren zu, so bei den über 65-Jährigen nur noch auf jede vierte.

Als nur *psychisch gesund* kann der kleinste Anteil der Bevölkerung bezeichnet werden. Diese Kombination kommt vor allem bei älteren Personen vor, die mit körperlichen Beschwerden leben müssen, sich aber dennoch psychisch gut ausgeglichen fühlen.

Die gesundheitlich am stärksten belasteten Personen leben mit mittelmässig bis schlechtem allgemeinem und psychischem Wohlbefinden. Zu dieser Gruppe gehören etwas mehr Frauen als Männer. Zudem steigern höheres Alter und ein tiefer sozialer Status die Wahrscheinlich-

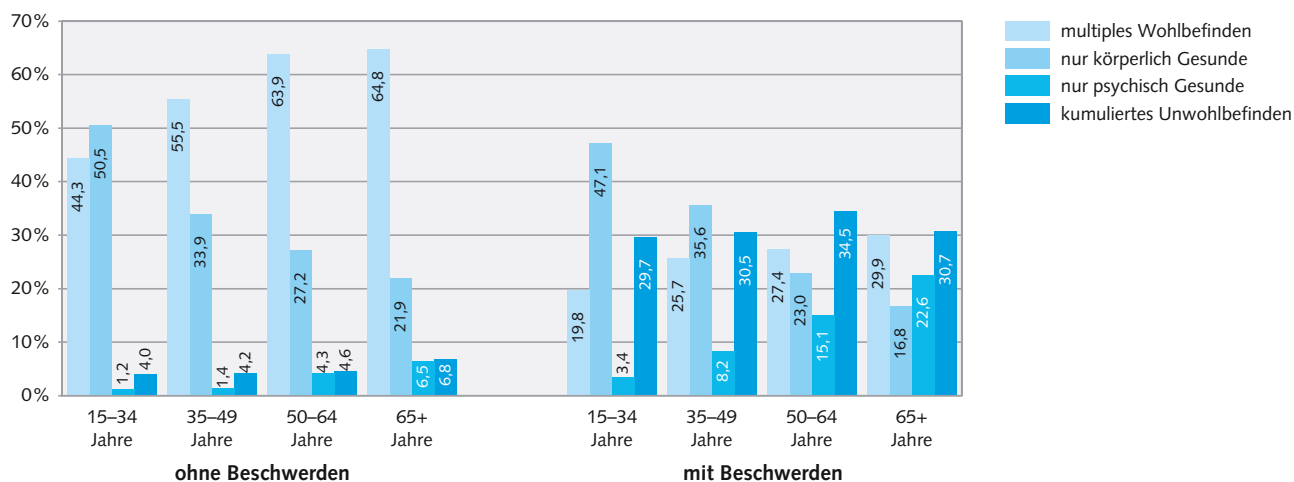
keit, dass der Gesundheitszustand sowohl körperlich als auch psychisch als nicht gut empfunden wird. *Kumuliertes Unwohlbefinden* heisst für 9% der Baselbieter Bevölkerung die gesundheitliche Diagnose.

Aus Tabelle 5.2 lässt sich ablesen, dass sich langandauernde Beschwerden negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Abbildung 5.4 unterstreicht diesen Zusammenhang und verdeutlicht, dass der Anteil Personen mit multiplem Wohlbefinden bei Personen, die frei von langandauernden Beschwerden sind, um das Doppelte höher ist. Gleichzeitig tritt bei Personen ohne solche Beschwerden kumuliertes Unwohlbefinden kaum auf, während dies bei einem Drittel der Personen mit Beschwerden der Fall ist.

Mit Blick auf das salutogenetische Gesundheitsverständnis sind Personen von besonderem Interesse, die seit mehr als einem Jahr unter körperlichen oder psychischen Beschwerden leiden, aber dennoch psychisch gut ausgeglichen sind und von sich sagen, es gehe ihnen gut

Zusammenhang zwischen lang andauernden Gesundheitsproblemen und Wohlbefinden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=15'220 (ohne Gesundheitsprobleme); 3067 (mit Gesundheitsproblemen).

oder sehr gut. Der Anteil an Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und multiplem Wohlbefinden steigt mit zunehmendem Alter. Dies bedeutet, dass im höheren Alter mit Beschwerden leichter umgegangen wird. Es ist vorstellbar, dass mit mehr Lebensjahren Wohlbefinden nicht mehr von Beschwerdefreiheit abhängig gemacht wird. Dieser Erklärungsansatz wird unterstützt, wenn man Personen betrachtet, die unter lang andauernden Beschwerden leiden und sich allgemein schlecht fühlen, aber dennoch angeben, dass es ihnen psychisch gut gehe. Auch diese Gruppe wird mit zunehmendem Alter grösser. Dieser Befund findet sich bei beiden Geschlechtern, er ist bei den Männern jedoch etwas ausgeprägter als bei den Frauen.

5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen

In Kapitel 3 wurden mit dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie dem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum verschiedene gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsschädigende Verhaltensweisen dargestellt und analysiert. Im vorliegenden Abschnitt wird nun untersucht, wie die verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens zusammenhängen und ob sich daraus typische Verhaltensmuster ableiten lassen. Der Fokus liegt dabei auf den in Tabelle 5.4 aufgeführten Verhaltensweisen.²⁵

Tab. 5.4 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

Indikator	Kategorien	BL	CH
Gesundheitsbewusstsein	gesundheitsorientiert	19,4	21,2
	beachtend	71,5	67,3
	unbekümmert	9,1	11,5
Bewegungsverhalten	trainiert / aktiv	35,9	35,9
	unregelmässig / teilaktiv	45,4	44,7
	inaktiv	18,7	19,4
Ernährungsbewusstsein	achtet auf Ernährung	76,2	69,1
	achtet nicht auf Ernährung	23,8	30,9
Tabakkonsum	Nichtraucher/innen	70,9	69,5
	weniger starker Raucher/innen	13,6	14,0
	starker Raucher (>10 Zig./Tag)	15,5	16,5
Alkoholkonsum	abstinent	20,7	23,1
	geringeres Risiko	73,9	71,2
	mittleres / hohes Risiko	5,4	5,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 982 <n< 1018, Gesundheitsbewusstsein (aus der schriftlichen Befragung) n = 817 (BL); 18'718 <n< 19'691, Gesundheitsbewusstsein n = 15'652 (CH).

²⁵ Die einzelnen Variablen wurden auf der Grundlage der Analyse in Kapitel 3 vereinfacht und zu besonders relevanten Kategorien zusammengefasst.

Tab. 5.5 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, Schweiz (Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entspricht Tabelle 5.4)

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Gesundheitsbewusstsein		,05	,39	,27	,14
Bewegungsverhalten	,05		,18	,06	-,12
Ernährungsbewusstsein	,39	,18		,22	,05
Tabakkonsum	,27	,06	,22		,22
Alkoholkonsum	,14	-,12	,05	,22	

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'505 <n< 19'687. Die Ausnahme bilden die Korrelationen mit dem nur schriftlich erhobenen Gesundheitsbewusstsein (15'512 <n< 15'650).

Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau; n.s. bedeutet nicht signifikant. Alle aufgeführten Werte sind auf dem 99%-Niveau signifikant. Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten.

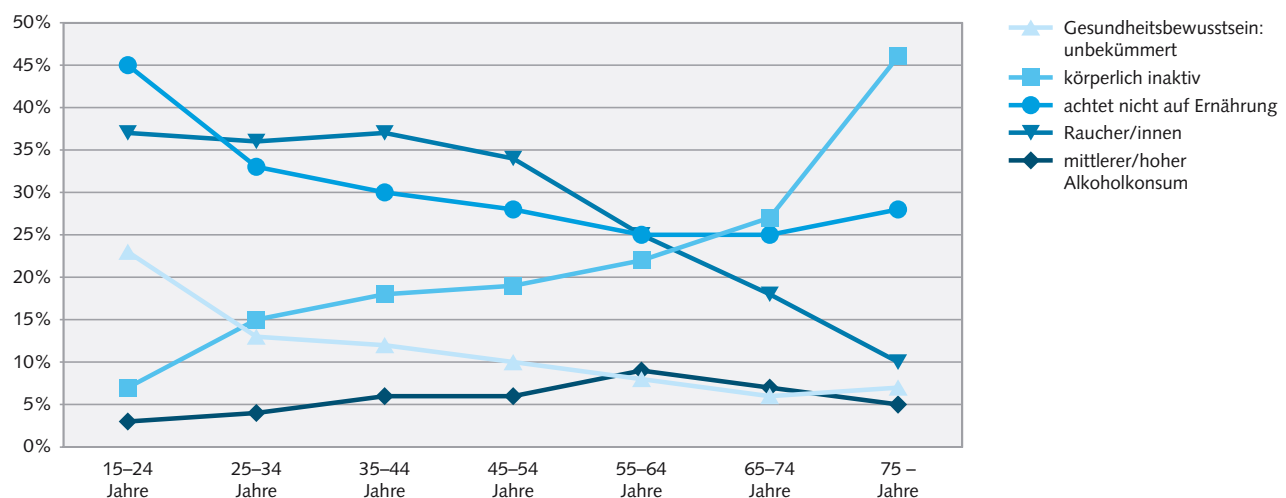
Tabelle 5.5 gibt einen ersten Überblick über die Beziehungsstrukturen der verschiedenen Verhaltensweisen. Die darin aufgeführten Gamma-Koeffizienten zeigen, dass die verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in aller Regel positiv korreliert sind. Das heisst, wer in einem Bereich ein positives Gesundheitsverhalten zeigt, verhält sich auch in anderen Bereichen eher gesundheitsbewusst. Die stärksten Zusammenhänge sind erkennbar zwischen dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, dem Ernährungsbewusstsein und dem Tabakkonsum sowie zwischen dem Ernährungsverhalten und dem Bewegungsverhalten. Wer also auf seine Ernährung achtet, der raucht auch weniger und bewegt sich noch mehr.

Zwischen Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum gibt es auch negative Korrelationen. Daraus ist abzuleiten, dass Personen, die sich häufig bewegen, eher etwas mehr Alkohol konsumieren. In diesem Ausnahmefall geht also ein negativer Verhaltensaspekt mit einem gesundheitsfördernden Verhalten einher.

Bei der Interpretation der in Tabelle 5.5 aufgeführten Zusammenhangsmasse gilt es zu berücksichtigen, dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Verhaltensweisen durch Alters- und Geschlechtereffekte überlagert werden (vgl. dazu die ausführlichen Analysen in Kapitel 3). So kann der Zusammenhang zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum auch dadurch zustande kommen, dass generell ältere Leute (und in besonderem ältere

Gesundheits- und Risikoverhalten nach Altersgruppen, Schweiz

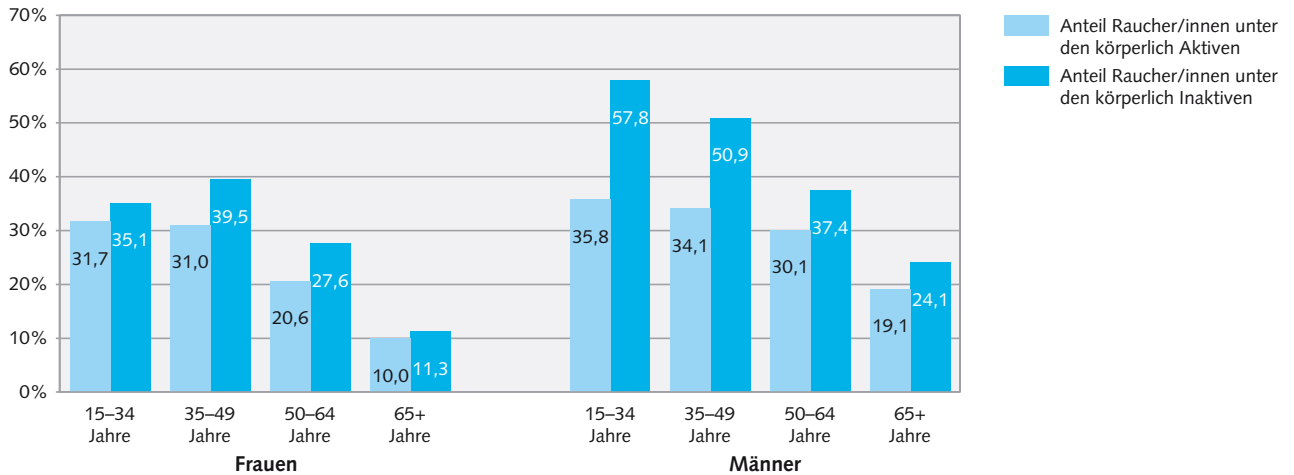
Abb. 5.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 18'718 <n< 19'691; Gesundheitsbewusstsein n=15'652.

Tabakkonsum und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'447 (Frauen); n=8270 (Männer).

Frauen) mehr auf die Ernährung achten und gleichzeitig kaum (mehr) rauchen. Es besteht also möglicherweise keine direkte Beziehung zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum, sondern der Zusammenhang erklärt sich allein dadurch, dass beide Verhaltensweisen sich mit zunehmendem Alter unabhängig voneinander verändern.

Um den Einfluss des Alters auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen besser abschätzen zu können, sind die Prävalenzen für die einzelnen Altersgruppen in Abbildung 5.5 zusammenfassend dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in jüngeren Jahren häufiger geraucht, weniger auf die Ernährung und allgemein weniger auf die Gesundheit geachtet wird. Umgekehrt leiden ältere Leute deutlich häufiger an Übergewicht und sind körperlich auch weniger aktiv. Ein mittlerer bis hoher Alkoholkonsum ist in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am stärksten verbreitet.

Dass diese Altersunterschiede auch auf Verhaltensänderungen im Lebenslauf zurückzuführen sind, lässt sich mit Blick auf das Rauchen zeigen. Abbildung 5.5 zeigt, dass von den 55- bis 64-Jährigen nur noch ein Viertel raucht. Berücksichtigt man jedoch, dass sich in dieser Altersgruppe auch 30% Ex-Raucher befinden, so wird deutlich, dass diese Alterskohorte im Alter von 25 bis 34 Jahren sogar noch mehr geraucht hat als die heute 25- bis 34-Jährigen. Der gleiche Befund zeigt sich auch mit Blick auf die über 65-Jährigen, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass die Männer heute eher weniger rauchen als früher, die Frauen aber eindeutig mehr.

Wie sich die Beziehungen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen darstellen, wenn man auch die Altersunterschiede berücksichtigt, soll in der Folge etwas näher betrachtet werden.

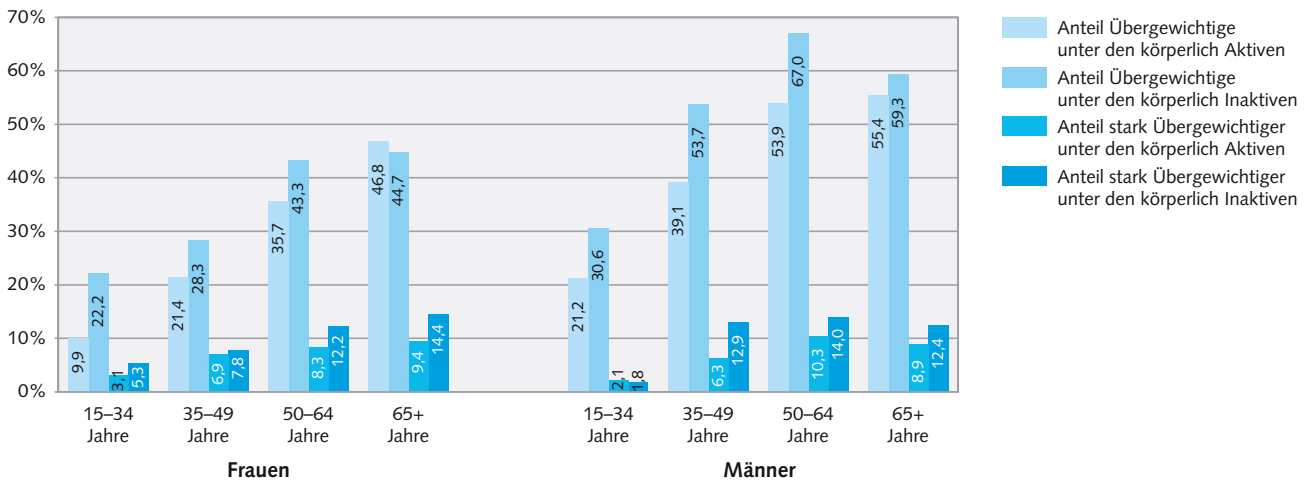
Die Gamma-Werte in Tabelle 5.5 lassen vermuten, dass zwischen Bewegungsverhalten und Tabakkonsum nur eine schwache Beziehung besteht. Tatsächlich zeigt sich, dass der Anteil an Rauchern – zumindest auf der Ebene der Gesamtbevölkerung – bei den körperlich Inaktiven (32% der Inaktiven rauchen) nur wenig höher ist als bei den körperlich Aktiven (29% der Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, rauchen). Berücksichtigt man jedoch, dass der Tabakkonsum wie auch das Bewegungsverhalten in hohem Masse vom Geschlecht und vom Alter abhängen (jüngere Männer rauchen am meisten, ältere Frauen dagegen nur sehr selten), so kommt man auf einen anderen Befund. Abbildung 5.6 zeigt, dass für Männer und Frauen bis ins höhere Alter der folgende Zusammenhang gilt: Personen, die sich regelmässig bewegen, rauchen weniger als Personen, die sich nie oder unregelmässig bewegen. In ganz besonderem Masse gilt dieser Befund für jüngere Männer.

Zwischen Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum zeigt sich nicht die gleiche Beziehung wie zwischen Bewegungsverhalten und Tabakkonsum. Körperliche Aktivität geht nicht generell mit einem geringeren Alkoholkonsum einher. Körperlich Aktive konsumieren tendenziell sogar etwas mehr alkoholische Getränke als Inaktive, allerdings tun sie dies in aller Regel mit Zurückhaltung. Übermässiger Alkoholkonsum (Frauen: über 40g; Männer über 60g/Tag) ist unter den körperlich Inaktiven nämlich etwas häufiger verbreitet als unter den Aktiven.

Ein ausgeprägter Zusammenhang zeigt sich dagegen zwischen Bewegungsverhalten und Ernährungsbewusstsein. Unabhängig von Alter und Geschlecht achten Personen, welche sich regelmässig bewegen, eher auf eine

BMI und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'276 (Frauen); n=8230 (Männer).

gesunde Ernährung als körperlich inaktive Personen. Eine analoge Beziehung gibt es auch zwischen Bewegungsverhalten und Körpergewicht: Von den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sind 31% übergewichtig (6% sind stark übergewichtig), bei den Inaktiven ist dies bei 44% der Fall (11% mit starkem Übergewicht). Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht findet sich auf allen Altersstufen bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 5.7). Bei den älteren Personen zeigt sich der Unterschied zwischen Aktiven und Inaktiven nur noch bei starkem Übergewicht. Allgemein fällt auf, dass die Unterschiede weniger deutlich als erwartet sind und dass auch unter den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, ein beträchtlicher Anteil übergewichtig bzw. sogar stark übergewichtig ist.

Nicht nur das Bewegungsverhalten, auch der Tabakkonsum hat einen Einfluss auf das Körpergewicht. Rauchende sind etwas weniger häufig übergewichtig als Nichtraucher. Eine genauere Analyse unter Einbezug der Alters- und Geschlechtsunterschiede macht jedoch deutlich, dass dies für die Frauen in höherem Masse als für die Männer sowie grundsätzlich erst im Alter von über 50 Jahren gilt. In den beiden jüngeren Alterskohorten können keine entsprechenden Zusammenhänge festgestellt werden, und für die Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren gilt sogar die umgekehrte Beziehung: In diesem Alterssegment leiden die Raucher etwas häufiger an Übergewicht als die Nichtraucher.

Misst man den Einfluss des Tabakkonsums auf das Körpergewicht (arithmetisches Mittel des BMI) unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Bewegungsverhalten, so zeigt sich Folgendes: Das Alter und das Geschlecht üben einen deutlich stärkeren Einfluss auf das

Körpergewicht aus als das Bewegungsverhalten und der Tabakkonsum. Unter den beiden letzten Faktoren ist das Bewegungsverhalten der wichtigere Prädiktor als der Tabakkonsum. Das heisst: Das Bewegungsverhalten beeinflusst das Körpergewicht stärker als das Rauchen.²⁶

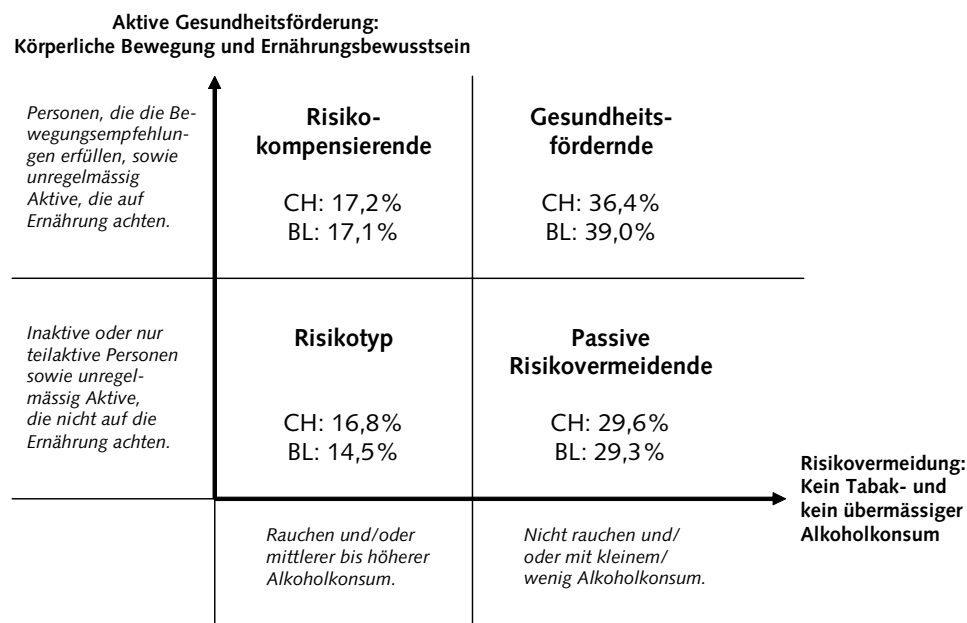
Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass es zwischen den verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen komplexe Beziehungen gibt, die durch Alters- und Geschlechtseffekte teilweise verstärkt, teilweise abgeschwächt werden. Insgesamt muss aber darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Zusammenhänge häufig nicht sehr stark sind. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung verhält sich also weder durchgängig gesundheitsbewusst noch durchgängig gesundheitsschädigend, sondern kombiniert eher positive mit eher negativen Verhaltensweisen.

Zur besseren Einordnung der verschiedenen Verhaltensweisen lassen sich grundsätzlich zwei Verhaltensstrategien unterscheiden (vgl. Lamprecht und Stamm 1999). Auf der einen Seite stehen Aktivitäten wie das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, bei denen mit einem aktiven Lebensstil (Sport treiben, häufiger Fruchtekonsum etc.) etwas für die eigene Gesundheit getan wird. Auf der anderen Seite stehen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum, mit denen Verzicht und Zurückhaltung gefragt sind. Aus der Kombination der beiden Verhaltensstrategien lassen sich die in Abbildung 5.8 dargestellten Verhaltenstypen konstruieren.

²⁶ Die Zusammenhangsstruktur wurde mittels einer multiplen Klassifikationsanalyse (MCA) mit dem BMI als abhängige Variable überprüft. Die MCA beruht auf einer Varianzanalyse, bei der die Varianzerklärung über die Abweichungen vom Gruppenmittelwert ermittelt wird (vgl. Andrews, Morgan und Sonquist, 1971).

Verhaltenstypen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz

Abb. 5.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 816 <n< 1018 (BL); 15'651 <n< 19'691 (CH)

Tab. 5.6 Verhaltenstypen nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Landschaft und Schweiz (in %)

		Risikotyp		Risiko-kompensierende		Risiko-vermeidende		Gesundheits-fördernde	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Gesamtbevölkerung		14,5	16,8	17,1	17,2	29,3	29,6	39,0	36,4
Geschlecht	Frauen	11,0	14,0	15,6	14,4	33,4	34,2	39,9	37,3
	Männer	18,4	19,9	18,7	20,3	24,9	24,4	38,0	35,5
Altersgruppen	15–34	(15,7)	16,6	23,9	21,8	20,5	23,5	39,9	38,0
	35–49	13,9	20,4	20,2	18,6	23,9	26,8	42,0	34,3
	50–64	19,2	17,4	13,4	15,9	31,4	30,4	36,0	36,3
	65+	(8,1)	10,5	(8,7)	8,8	45,7	43,3	37,5	37,4
Bildung	obligatorische Schule	(10,6)	16,6	(17,5)	15,5	34,5	35,3	37,4	32,7
	Sekundarstufe II	16,3	16,9	18,2	18,2	28,2	27,8	37,2	37,0
	Tertiärstufe	(12,8)	16,6	(13,0)	15,6	27,8	28,1	46,4	39,7
Nationalität	Schweizer	13,7	16,0	16,5	17,4	28,8	28,8	41,0	37,8
	Ausländer	(19,5)	20,4	(20,6)	16,2	32,5	32,9	(27,4)	30,5
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(12,9)	18,1	14,3	15,9	28,7	33,5	44,1	32,5
	CHF 3000 bis 4499	14,6	16,9	18,2	16,7	30,6	29,6	36,6	36,8
	CHF 4500 bis 5999	18,6	16,2	18,6	18,8	25,1	24,8	37,7	40,2
	CHF 6000 und höher	(13,9)	16,8	(16,9)	20,5	30,3	24,2	38,9	38,5
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	(22,6)	18,6	(14,3)	18,3	24,3	31,1	38,8	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	(19,7)	21,7	(21,0)	19,0	26,7	27,5	32,6	31,8
	Kleinunternehmer	(16,7)	18,2	(16,2)	18,5	(30,7)	30,5	(36,4)	32,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe.	15,7	16,6	18,2	17,7	27,7	29,2	38,4	36,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	11,8	15,2	19,4	17,4	30,8	28,1	38,0	39,4
höhere Führungskräfte, freie Berufe	(8,3)	16,4	(13,6)	14,7	34,7	29,9	43,4	39,0	
Regionaler Vergleich	Aargau		15,9		18,8		26,5		38,7
	Basel-Landschaft		14,5		17,1		29,3		39,0
	Basel-Stadt		18,1		19,4		27,9		34,7
	Bern		15,3		16,3		28,1		40,3
	Luzern		15,5		15,5		29,4		39,7
	Solothurn		16,6		17,9		27,8		37,8
	St. Gallen		15,0		18,3		26,6		40,0
	Zug		14,0		18,9		23,6		43,5
	Zürich		16,4		18,6		26,4		38,6
	andere Deutschschweizer Kantone		12,7		18,5		28,3		40,5
Westschweizer Kantone		20,5		15,6		34,7		29,2	
Tessin		20,3		15,1		35,0		29,6	

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 906 <n< 978 (BL); 17'301 <n< 18'672 (CH).

Etwa ein Siebtel der Baselbieter Bevölkerung kann dem *Risikotyp* zugeordnet werden. Der Risikotyp raucht und/oder weist häufig einen mittleren bis höheren Alkoholkonsum auf. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie körperliche Bewegung und Ernährungsbewusstsein sind ihm fremd. Männer im mittleren Alter sind besonders häufig dem Risikotyp zuzurechnen. Zudem sind die ausländische Wohnbevölkerung und Personen in manuellen Berufen hier vermehrt vertreten (vgl. Tabelle 5.6).

17% der Baselbieter Bevölkerung zählen zu den *Risikokompensierenden*. Dieser Verhaltenstyp kompensiert gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und/oder übermässigen Alkoholkonsum durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil mit Bewegung und bewusster Ernährung. Männer und generell jüngere Leute sind unter den Risikokompensierenden häufiger anzutreffen als Frauen und ältere Leute. Bezüglich sozialer Lage zeigen sich dagegen keine besonderen Auffälligkeiten.

Passive Risikovermeidende meiden zwar Tabak und Alkohol, sie bewegen sich aber auch kaum und leben nicht ernährungsbewusst. Im Kanton Basel-Landschaft gehören rund 30% der Bevölkerung zu den Risikovermeidenden. Die Strategie der Risikovermeidung verfolgen insbesondere (ältere) Frauen. Mit Blick auf den Bildungsstatus und das Haushaltseinkommen sind Risikovermeidende eher den unteren soziale Lagen zuzurechnen.

39% der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft zeigen ein durchgängig gesundheitsförderndes Verhalten. Sie verzichten auf Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum, bewegen sich regelmässig und achten auf ihre Ernährung. Bei den *Gesundheitsfördernden* sind keine starken Geschlechter- und Altersunterschiede auszumachen. Die Gesundheitsfördernden zeichnen sich aber durch eine überdurchschnittliche Bildung, einen höheren Berufsstatus, ein höheres Haushaltseinkommen und einen geringeren Ausländeranteil aus.

Im Kanton Basel-Landschaft finden wir etwas mehr Gesundheitsfördernde und etwas weniger Risikotypen als in der Gesamtschweiz.

5.3 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Nachdem in den beiden vorangegangenen Abschnitten die Beziehungen zwischen den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitszustandes und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens analysiert wurden, rückt in diesem Abschnitt die Frage ins Zentrum, inwiefern Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten miteinander in Beziehung stehen. Die in Tabelle 5.7 dargestellten Korrelationskoeffizienten geben eine erste Antwort auf diese Frage. Während sich zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens und den Indikatoren für den körperlichen Gesundheitszustand einige substantiellere Zusammenhänge feststellen lassen, sind die Beziehungen zwischen Gesundheitsverhalten und den psychischen bzw. sozialen Dimensionen von Gesundheit zwar mehrheitlich statistisch signifikant, in aller Regel aber nur schwach ausgeprägt.

Ein Blick auf die Vorzeichen macht zudem deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und körperlicher Gesundheit nicht alle in die gleiche Richtung zeigen und ein positives Gesundheitsverhalten nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. Das Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein sowie der Alkoholkonsum sind negativ mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und den körperlichen Beschwerden korreliert. Das heisst: Personen, die sich körperlich nicht vollständig gesund fühlen und von lang andauernden Gesundheitsproblemen geplagt werden, leben eher gesundheitsorientiert, achten vermehrt auf

Tab. 5.7 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitseinstellungen und Verhaltensweisen, Schweiz (Gamma-Koeffizienten)

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Allg. Gesundheitszustand	-,21	,27	-,06	n.s.	-,27
Lang andauerndes Gesundheitsproblem	-,22	,17	-,14	n.s.	-,20
Körperliche Beschwerden	-,07	,10	-,11	,04	-,08
Psych. Ausgeglichenheit	,07	,07	n.s.	,12	n.s.
Kontrollüberzeugung	,07	,06	n.s.	,11	-,04
Einsamkeitsgefühle	n.s.	,06	(-,04)	,11	-,07
Vertrauenspersonen	n.s.	,15	,16	n.s.	-,09

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'236 <n< 19'698 (CH).

Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau (vgl. Kapitel 1.4).

Mit Ausnahme der Koeffizienten in Klammern (95%-Niveau), sind alle dargestellten Koeffizienten auf dem 99%-Niveau signifikant. Die Berechnungen beruhen auf den ungewichteten Daten. Zur Kodierung der einzelnen Variablen vgl. die Tabelle 5.1. und 5.4.

die Ernährung und konsumieren weniger Alkohol als Personen, die sich einer (sehr) guten Gesundheit erfreuen. Obwohl die dargestellten Korrelationskoeffizienten keine Hinweise auf die Kausalität der Beziehungen enthalten, kann der negative Zusammenhang wohl damit erklärt werden, dass die gesundheitlichen Probleme und die physischen Beschwerden zu einem höheren Gesundheitsbewusstsein geführt haben dürften.

Genau den umgekehrten Befund finden wir mit Blick auf das Bewegungsverhalten und den Body Mass Index. Ein weniger guter Gesundheitszustand und mehr Beschwerden finden sich unter den körperlich inaktiven und den übergewichtigen Personen häufiger als unter normalgewichtigen und körperlich aktiven Personen. Auch in diesem Fall lassen sich über Ursachen und Folgen nur Vermutungen anstellen. Inwieweit die gesundheitlichen Probleme und körperlichen Beschwerden eine Folge von Bewegungsmangel und Übergewicht sind, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beurteilen. Es lässt sich nur generell feststellen, dass körperliche Aktivitäten und die Abwesenheit von Übergewicht mit einem guten Gesundheitszustand einhergehen.

Dank der hohen Anzahl an befragten Personen lässt sich aber – zumindest auf schweizerischer Ebene – bestimmen, in welchem Masse die genannten Zusammenhänge von Alters- und Geschlechtseffekten überlagert werden. Abbildung 5.9 belegt, dass sich der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen noch nicht zeigt. In allen anderen Altersgruppen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Anteil an Personen, denen es gesundheitlich nicht

gut geht, unter den gesundheitsorientierten Personen höher als unter den Personen, die leben, ohne sich gross um gesundheitliche Folgen zu kümmern. Dieser Befund spricht für die These, dass gesundheitliche Probleme mit der Zeit zu einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein führen können. Dies ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Fall. Ein eindeutiger Geschlechtsunterschied lässt sich nicht feststellen.

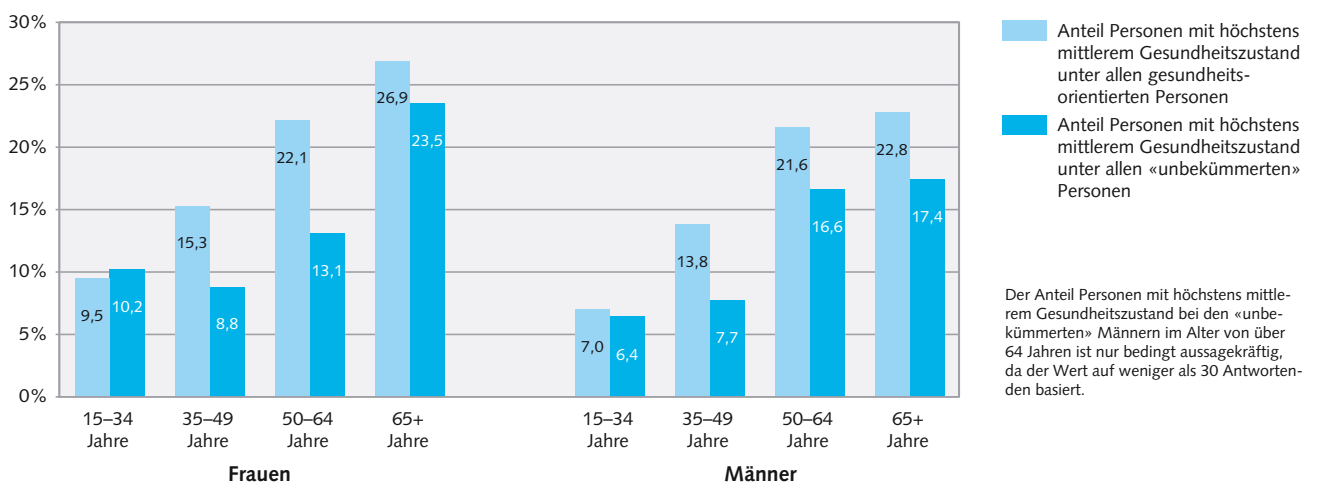
Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand zeigt sich in allen Altersgruppen (vgl. Abbildung 5.10). Unabhängig von Alter und Geschlecht schätzen Inaktive ihren Gesundheitszustand häufiger als weniger gut ein als körperlich Aktive. Den grössten Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand finden wir sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in der ältesten Altersgruppe. Bei den über 64-Jährigen hat der Bewegungsmangel nicht nur besonders gravierende Auswirkungen, auf diese Altersgruppe trifft vermutlich zu, dass ein schlechter Gesundheitszustand Bewegungsaktivitäten auch verunmöglichen kann.

Weniger ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Körpergewicht (vgl. Abbildung 5.11). Während übergewichtige Frauen ihren Gesundheitszustand in allen Altersphasen als weniger gut einschätzen als unter- und normalgewichtige Frauen, zeigt sich dieser Zusammenhang bei den Männern erst in der zweiten Lebenshälfte und auch dort in weitaus geringerer Masse.

Auch unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsunterschiede sind die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und psychischer Gesundheit

Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

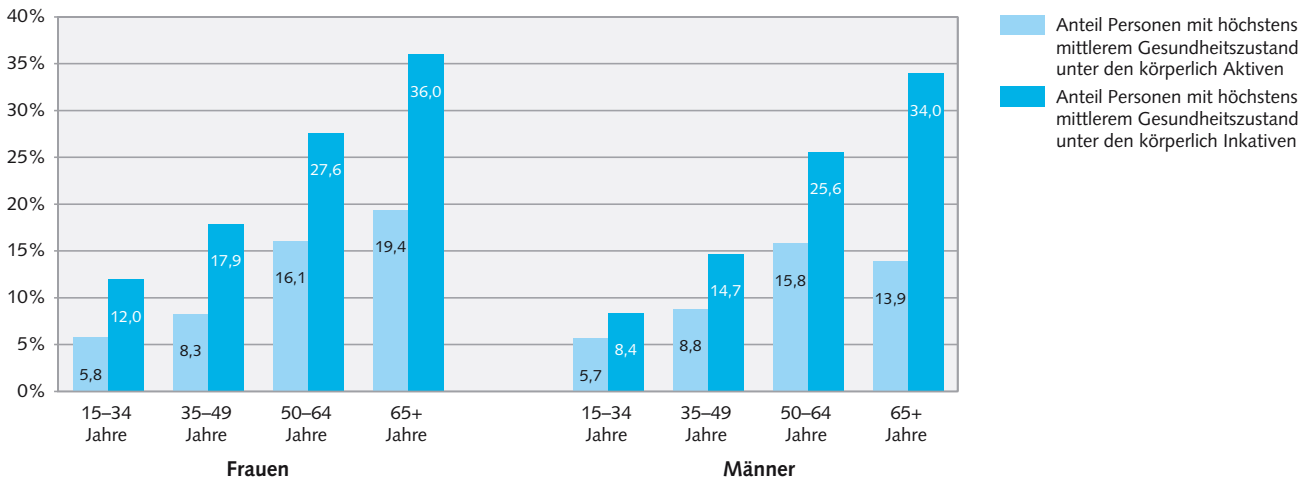
Abb. 5.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=5012.

Gesundheitszustand und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

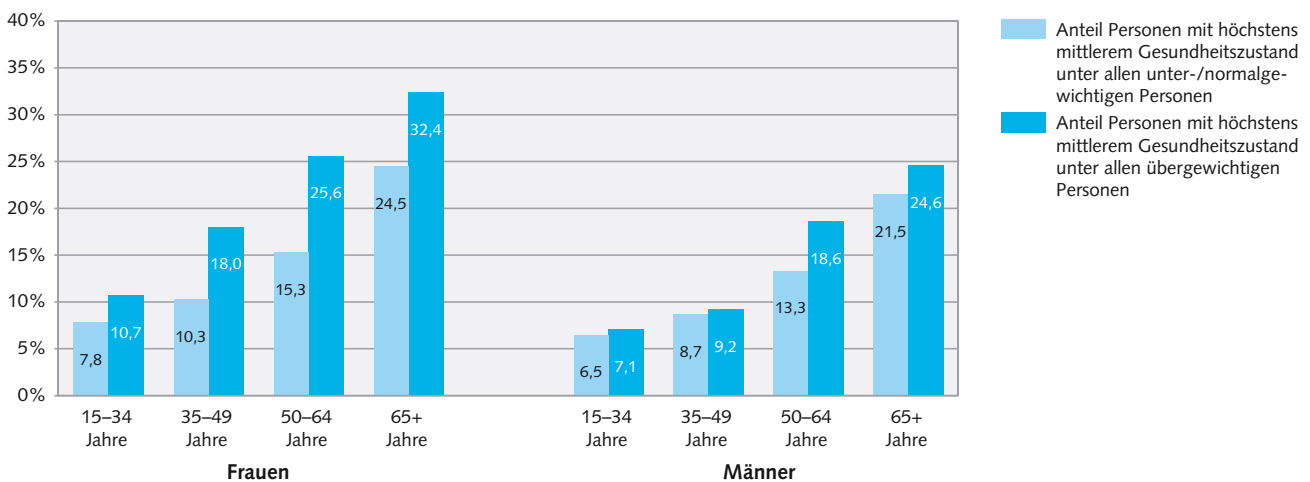
Abb. 5.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=10'150.

Gesundheitszustand und BMI nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'102.

nur gering. Übergewichtige Personen erweisen sich unabhängig von Alter und Geschlecht als psychisch ebenso ausgeglichen wie unter- und normalgewichtige Personen. Dasselbe gilt bezüglich dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein. Einzig mit Blick auf das Bewegungsverhalten lässt sich sagen, dass Aktive psychisch eher etwas ausgeglichener sind als Inaktive. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei den Frauen und generell bei älteren Personen etwas stärker als bei den Männern und den unter 34-Jährigen.

Für eine weitergehende Einschätzung des Zusammenhangs von Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten wird abschliessend betrachtet, inwiefern kumuliertes

Wohlbefinden (vgl. Abbildung 5.3) mit den unterschiedlichen Verhaltenstypen (vgl. Abbildung 5.8) zusammenhängt. Tabelle 5.8 zeigt, dass sich die Gesundheitsfördernden etwas häufiger eines multiplen Wohlbefindens erfreuen (d. h. sich sowohl körperlich wie auch psychisch gut fühlen), während ein kumuliertes Unwohlbefinden unter den Gesundheitsfördernden besonders selten vorkommt. Das umgekehrte Bild zeigt sich beim Risikotyp. Hier kommt ein multiples Wohlbefinden etwas weniger häufig vor, während kumuliertes Unwohlsein leicht überdurchschnittlich auftritt. Am häufigsten finden wir ein kumuliertes Unwohlbefinden aber nicht unter den Risikotypen, sondern unter den passiven Risikovermeidenden. Letztere

Tab.5.8 Wohlbefinden und Verhaltenstyp, Schweiz (in %)

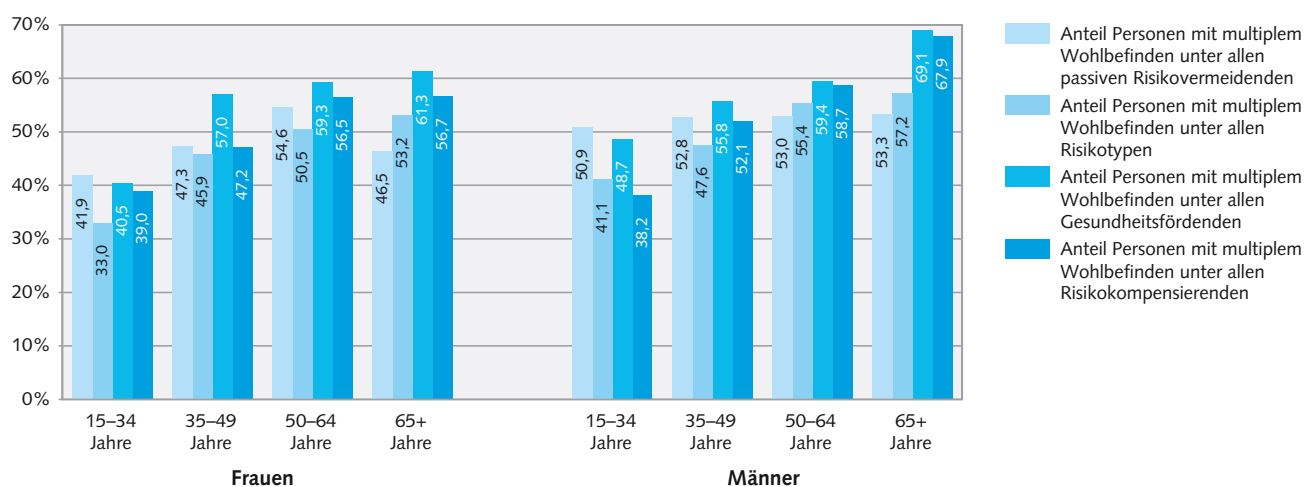
	Passive Risikovermeidende	Risikotyp	Gesundheitsfördernde	Risiko-kompensierende	Alle
Multiples Wohlbefinden	49,3	46,3	54,7	48,2	50,6
Nur körperlich Gesunde	32,8	39,4	35,5	41,2	36,4
Nur psychisch Gesunde	6,3	4,3	3,5	2,8	4,3
Kumuliertes Unwohlbefinden	11,5	9,9	6,3	7,7	8,7
Alle	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 18'221 (CH).

Kontingenzkoeffizient CC (zwischen kumuliertem Wohlbefinden und Verhaltenstyp auf der Basis ungewichteter Daten) = 11 (auf 99%-Niveau signifikant).

Wohlbefinden und Verhaltenstyp nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=18'221

sind gleichzeitig auch in der Gruppe der nur psychisch Gesunden übervertreten. Die genannten Abweichungen vom Durchschnitt sind aber nicht besonders gross. Auch unter den Risikotypen treffen wir am häufigsten auf ein multiples Wohlbefinden, während kumuliertes Unwohlbefinden nur selten vorkommt.

Die zusätzliche Differenzierung nach Alter und Geschlecht macht deutlich, dass unabhängig vom Verhaltenstyp das multiple Wohlbefinden in älteren Jahren verbreiteter ist als in jüngeren Jahren (vgl. Abbildung 5.13). Einzig bei den passiven Risikovermeidenden lässt sich dieser Anstieg des Wohlbefindens nicht beobachten. Unabhängig von Alter und Geschlecht ist ein multiples Wohlbefinden unter den Gesundheitsfördernden häufiger anzutreffen als unter den Risikotypen. Auch mit den komplexeren Typenbildungen und unter Berücksichtigung von Alter und Geschlechtsunterschieden wird somit deutlich, dass es zwar plausible Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand gibt, die Zusammenhänge aber nicht sehr ausgeprägt sind. Zudem lassen sich keine einfachen Beziehungen finden im Sinne von: je gesundheitsbewusster das Verhalten, desto besser der Gesundheitszustand.

Das Gesundheitsverhalten wirkt sich einerseits auf die Gesundheit aus, andererseits beeinflusst der aktuelle Gesundheitszustand auch das Gesundheitsverhalten. Gleichzeitig wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von einer Reihe anderer Faktoren beeinflusst, zu denen auch die in den Abschnitten 5.1 und 5.2 dargestellten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale gehören.

5.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie die verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen miteinander in Beziehung gesetzt.

Mit Blick auf die drei Dimensionen von Gesundheit – körperliche, psychische und soziale Gesundheit – fallen zunächst die engen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren innerhalb einer einzelnen Dimension auf. Personen, die sich allgemein gut fühlen, leiden weniger an lang andauernden Gesundheitsproblemen und Personen, die sich psychisch ausgeglichen fühlen,

gehen eher davon aus, den Verlauf ihres Lebens beeinflussen zu können. Deutlich schwächer sind dagegen die beiden Indikatoren zur Messung von sozialer Gesundheit korreliert. Eine Vertrauensperson zu haben, schützt also nur sehr bedingt vor Einsamkeitsgefühlen.

Zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit existiert eine recht enge Beziehung. Wer sich körperlich gut fühlt, dem geht es in der Regel auch psychisch besser und umgekehrt. Diese Beziehung ist aber keineswegs deterministisch: Lang andauernde körperliche Beschwerden müssen nicht zwingend mit einer schlechteren psychischen Ausgeglichenheit einhergehen und trotz dem Vorhandensein eines psychischen Leidens kann der allgemeine Gesundheitszustand als gut eingeschätzt werden. Die relative Unabhängigkeit der verschiedenen Gesundheitsdimensionen zeigt sich auch daran, dass sich das körperliche und soziale Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, während die psychische Ausgeglichenheit als besser wahrgenommen wird.

Vor diesem Hintergrund wurde der Frage nachgegangen, inwiefern es zu einer Kumulation von gutem bzw. schlechtem körperlichem und psychischem Wohlbefinden kommt und welche Personengruppen von diesen Kumulationen besonders betroffen sind. Dabei wird deutlich, dass sich etwa die Hälfte der Baselbieter Bevölkerung eines «multiplen Wohlbefindens» erfreut (d. h. sich sowohl psychisch als auch physisch gut fühlt), während knapp jeder Zehnte an einem kumulierten Unwohlsein leidet. Körperlich nicht, aber psychisch gesund fühlt sich ein gutes Drittel der Bevölkerung, und etwa jedem Zwanzigsten geht es zwar psychisch, nicht aber körperlich gut.

Sowohl ein multiples Wohlbefinden als auch ein kumuliertes Unwohlsein ist in den älteren Altersgruppen deutlich häufiger anzutreffen als in jüngeren Jahren. Jüngere Leute fühlen sich besonders häufig körperlich, nicht aber psychisch gesund. Neben dem Alter sind auch höheres Einkommen, mehr Bildung und Schweizer Nationalität sowie Abwesenheit lang andauernder Beschwerden förderlich für ein multiples Wohlbefinden, während ein geringerer Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus die Chance erhöht, an kumuliertem Unwohlsein zu leiden.

Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und gesundheitsrelevanten Einstellungen erweisen sich als schwächer und weniger einheitlich als diejenigen beim Gesundheitszustand. Berücksichtigt man, dass die Zusammenhänge durch Alters- und Geschlechterunterschiede überlagert werden, so lassen sich gleichwohl einige bemerkenswerte Beziehungen erkennen. Das Bewegungs-

verhalten erweist sich dabei als eigentliche Schlüsselvariable: Wer sich bewegt, achtet auch sonst vermehrt auf seine Gesundheit und sein Ernährungsverhalten, gehört eher zu den Nichttrauern und leidet auch weniger an Übergewicht.

Werden die verschiedenen Verhaltensweisen gesamtgesellschaftlich betrachtet, so lassen sich vier verschiedene Gesundheits- bzw. Risikotypen unterscheiden: Gesundheitsfördernde, passive Risikovermeidende, und eigentliche Risikotypen. Gesundheitsfördernde sind mehrheitlich gut gebildet, haben ein höheres Einkommen und einen Schweizer Pass, während beim Risikotyp Männer mittleren Alters, Personen in manuellen Berufen und die ausländische Wohnbevölkerung übervertreten sind. Bei den Risikokompensierenden handelt es sich häufig um jüngere Männer, bei den passiven Risikovermeidenden um ältere Frauen. Im Kanton Basel-Landschaft finden sich etwas mehr Gesundheitsfördernde und etwas weniger Risikotypen als in der Gesamtschweiz.

Personen mit einem positiven Gesundheitsverhalten erfreuen sich nicht zwingend auch eines besseren Gesundheitszustandes. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand sind nicht sehr stark ausgeprägt und zeigen auch nicht in die gleiche Richtung. Personen, die sich körperlich nicht oder nur bedingt eines guten Gesundheitszustandes erfreuen, leben eher etwas gesundheitsbewusster, achten vermehrt auf die Ernährung und haben einen geringeren Alkoholkonsum. Umgekehrt gehen körperliche Aktivitäten und die Abwesenheit von Übergewicht mit einem guten Gesundheitszustand einher. Der Gesundheitszustand beeinflusst also einerseits das Gesundheitsbewusstsein, andererseits wirkt sich ein gesundheitsbewusstes Verhalten positiv auf den Gesundheitszustand aus.

6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

6.1 Einleitung

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln der Gesundheitszustand und die Lebenssituation beschrieben und analysiert wurden, steht im nachfolgenden Kapitel mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein weiteres wichtiges gesundheitsrelevantes Verhalten im Vordergrund. Zentral sind dabei die Angaben der Befragten auf Fragen nach der Häufigkeit von Konsultationen bei unterschiedlichen Anbieterinnen und Anbietern medizinischer kurativer Dienstleistungen und nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von präventiven Untersuchungen und Eingriffen. Es handelt sich dabei in der Regel um die Inanspruchnahme unterschiedlicher medizinischer Dienstleistungen innerhalb der zwölf Monate vor der Befragung. Es wird also explizit die Sicht der Baselbieter Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger untersucht und nicht die Inanspruchnahme in Einrichtungen des Kantons Basel-Landschaft. Wie bei den vorangehenden Kapiteln wird auch hier das individuelle Verhalten aus unterschiedlicher Perspektive betrachtet: Die Nutzung von Gesundheitsleistungen lässt sich einerseits durch individuelle Faktoren (insbesondere durch den Gesundheitszustand, das Geschlecht, das Alter, die Ausbildung, die Konfession, den sozioökonomischen Status und weitere Faktoren) und andererseits durch sozialstrukturelle und angebotsseitige Faktoren erklären.

Drei Fragen stehen im Zentrum dieses Kapitels:

- (1) Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme präventiver und kurativer medizinischer Leistungen durch die Befragten? Lassen sich im Kanton Basel-Landschaft Auffälligkeiten in der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen in der Hinsicht feststellen, dass Personen mit bestimmten Eigenschaften spezifische Leistungen eher in Anspruch nehmen als Personen ohne diese Eigenschaften?
- (2) Haben alle Personen die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu den unterschiedlichen medizinischen Angeboten, oder werden gewisse Leistungen von bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht oder deutlich weniger in Anspruch genommen?

- (3) Lassen sich Bereiche finden, die im interkantonalen Vergleich deutlich häufiger oder weniger häufig in Anspruch genommen werden?

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt in drei Schritten. Zuerst werden auf der Basis des «Andersen-Behavioral-Models» die wichtigsten individuellen Merkmalsgrössen herausgearbeitet, denen eine wichtige Funktion bei der Erklärung unterschiedlicher Verhaltensweisen in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen attestiert wird (Abschnitt 6.2). Anschliessend werden die zentralen Indikatoren der kurativen und der präventiven Inanspruchnahme mit Hilfe der Befragungsdaten beschrieben und mit Hilfe der individuellen Merkmalsgrössen in multivariaten Modellen analysiert. Abschnitt 6.4 beantwortet die drei Fragen zusammenfassend.

6.2 Determinanten der Inanspruchnahme

6.2.1 Das «Andersen-Behavioral-Model»

Basis der Untersuchung bildet das «Andersen-Behavioral-Model» (Andersen und Laake 1983, 1987; vgl. auch Kronenfeld 1980). Dieses Modell hat sich international als Bezugsmodell für die Analyse medizinischer Inanspruchnahme bewährt (Philips et al. 1998; Thode et al. 2004). Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt gemäss diesem Modell von prädisponierenden Faktoren, Bedingungsfaktoren²⁷ und Bedürfnisfaktoren ab. Die Faktoren wirken jeweils unterschiedlich auf die individuelle Inanspruchnahme.

Nachfolgend werden die Wirkungsweisen der unterschiedlichen Faktoren kurz erörtert. Alle Faktoren entsprechen Fragen aus der Gesundheitsbefragung 2002. Die Operationalisierung der Grössen findet sich im Anhang.

²⁷ Zu den Bedingungsfaktoren zählen auch Struktur determinanten wie beispielsweise das kantonale Angebot (Ärztedichte, etc.), soziodemografische oder soziokulturelle kantonale Strukturen wie sie im Kapitel 1.4 beschrieben werden. Diese werden für die Frage nach den Unterschieden zwischen den Kantonen berücksichtigt.

6.2.2 Prädispositionsfaktoren

Zu den Prädispositionsfaktoren werden das Geschlecht, das Alter und die Nationalität einer Person gezählt. Prädispositionsfaktoren können gar nicht oder nur sehr schwer durch Personen verändert werden und stellen unterschiedliche Ausgangslagen dar, die Einstellungen gegenüber der Gesundheit beeinflussen oder unterschiedliche Krankheitsbilder bzw. -häufigkeiten bewirken können und so indirekt auf die Inanspruchnahme wirken.

Bezüglich des Geschlechts wird häufig eine unterschiedliche Nutzung der Gesundheitsleistungen beobachtet. Als ursächlich dafür werden Unterschiede in den dominanten Krankheiten, eine unterschiedliche Sensibilität für gesundheitliche Störungen, unterschiedliche Grade an Risikoverhalten und gesunden Lebensweisen sowie die unterschiedlich intensive Nutzung von sozialer Unterstützung angesehen (Weiss und Gognalons-Nicolet 1999; Bisig et al 2004; vgl. auch die vorhergehenden Kapitel). In neuesten Studien zur Schweiz zeigt sich dabei in praktisch allen Bereichen, dass Frauen medizinische Dienstleistungen häufiger in Anspruch nehmen als Männer (Bisig et al 2004).

Mit zunehmender Lebenserwartung ergeben sich auch erhöhte Anforderungen an das Gesundheitssystem. Verschiedene Studien zeigen eine mit dem Alter zunehmende Inanspruchnahme insbesondere kurativer Leistungen (z. B. Bisig und Gutzwiller 2004c; Coulton und Frost 1982; Wolinsky et al. 1986). Dies lässt sich dadurch erklären, dass ein verminderter Gleichgewichtssinn und längere motorische Reaktionszeit häufiger vor allem zu Sturzunfällen führen können, die nur langsam heilende Frakturen nach sich ziehen. Darüber hinaus führen altersbedingte demenzielle, aber auch depressive Störungen zu erhöhter Pflegebedürftigkeit. Ältere Menschen weisen zudem ein höheres Risiko für Hirnschlag, Herzkrankheiten, Rheuma und Seh- und Hörbehinderungen auf (Höpflinger und Hugentobler i. E.).²⁸

Migrantinnen und Migranten weisen «spezifische Gesundheitsrisiken und Probleme bei der Versorgung im schweizerischen Gesundheitswesen auf», was «erhöhte Gesundheitsrisiken, aber auch eine eingeschränkte Wahrnehmung eigener Interessen» zur Folge haben kann (Taskin und Bisig 2004: 83). Das höhere Gesundheitsrisiko schlägt sich also nicht unbedingt in grösserer Inanspruch-

nahme medizinischer Leistungen nieder (Livingston et al. 2002), da der Zugang zum Gesundheitssystem durch sprachliche oder kulturelle Barrieren verbaut sein kann (David et al. 1998; Taskin et al. 2002). Neuere Studien aus der Schweiz zeigen, dass Ausländerinnen und Ausländer insgesamt zwar etwas häufiger kurative, aber seltener präventive Leistungen in Anspruch nehmen als Schweizerinnen und Schweizer (Taskin und Bisig 2004).

6.2.3 Bedingungsfaktoren

Bedingungsfaktoren beeinflussen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, indem sie je nach Ausprägung fördernde oder hindernde Voraussetzungen schaffen und so Einstellungen gegenüber der Gesundheit und gegenüber der Inanspruchnahme von Leistungen beeinflussen, aber auch den Gesundheitszustand einer Person bestimmen. Zu den Bedingungsfaktoren werden hier die Schichtzugehörigkeit, das soziale Kapital und die Haltung einer Person gegenüber der eigenen Gesundheit gezählt.

In zahlreichen Studien zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Bisig et al. 2001; Weiss und Gognalons-Nicolet 1999). Dabei gelten ungünstige Lebensbedingungen, knappe Ressourcen (z. B. in Form von Bildung oder Einkommen) und schichtspezifisches Gesundheitsverhalten als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen der Unterschicht (Meyer und Jeanneret 1999). Eine grössere Häufigkeit von Krankheiten muss aber nicht zwingend zu einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen. Geringere medizinische Kenntnisse, die grössere soziokulturelle Distanz zwischen der Ärzteschaft und Patientin oder Patient und unterschiedliche Ansichten über Medizin (Rundall und Wheeler 1979) können einer häufigen Inanspruchnahme im Wege stehen.

Als soziales Kapital wird hier die Dichte des sozialen Netzes einer Person bezeichnet. Soziales Kapital kann dabei durch primäre Netzwerke (Zivilstatus, Haushaltgrösse), sekundäre Netzwerke (Freunde, Verwandte, Vertrauenspersonen, Integration am Arbeitsplatz) oder organisierte Netzwerke (Vereine) generiert werden (Bühlmann und Freitag 2004; Gabriel et al. 2002). Je dichter diese Netze sind, desto höher ist der Grad an sozialem Kapital (Bühlmann und Freitag 2004) und desto eher kann eine Person auf soziale Unterstützung zählen, die sich doppelt positiv auf die Gesundheit auswirkt: Soziale Unterstützung dient einerseits auf emotionaler Ebene als Puffer gegen krankheitsverursachenden sozialen Stress (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Andererseits stellt soziale Unterstützung auf instrumenteller Ebene eine

²⁸ Höpflinger und Hugentobler (i. E.) kommen allerdings zum Schluss, dass höhere Lebenserwartung nicht zwingend mit mehr altersbedingten Krankheiten und Unfällen, sondern auch mit mehr behinderungsfreien Lebensjahren einhergeht. Sie weisen vor allem darauf hin, dass die zunehmende demografische Alterung nicht linear mit zunehmender Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Quelle praktischer Hilfe dar (Rüesch und Manzoni 2003). Personen mit grossem sozialem Kapital werden seltener krank und nehmen medizinische Leistungen in geringerem Umfang in Anspruch (Hu und Goldmann 1990).

Die Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit ist ein wichtiger Faktor zur Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Bullinger 1997; Ellert und Knopf 1999). Personen, denen die eigene Gesundheit wichtig ist, haben ein besseres Gesundheitsverhalten und nehmen weniger kurative, aber unter Umständen mehr präventive Leistungen in Anspruch. Andererseits dürften gerade Personen, denen die eigene Gesundheit nicht wichtig ist, auch weniger auf Symptome achten und deshalb weniger häufig kurative Leistungen in Anspruch nehmen (vgl. z. B. Hessel et al. 2000). Auch die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation beeinflusst die individuellen Verhaltensweisen (Weiss und Gognalons-Nicolet 1999): Medizinische Leistungen werden von Personen, die mit ihrem Leben eher unzufrieden sind, häufiger in Anspruch genommen (Rüesch und Manzoni 2003).

Zahlreiche Studien (für eine Übersicht vgl. Freiburgerhaus et al. 2004) zeigen, dass Art und Höhe der Krankenkassenprämie einer Person ihr Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst (z. B. Bisig et al. 1998; kritisch vgl. Geil et al. 1997). Hohe Krankenkassenprämien gehen dabei mit eher tiefen Franchisen einher. Häufige Arztbesuche schlagen sich deshalb finanziell nicht so stark nieder. Mit anderen Worten: Es kostet mit kleineren Franchisen insgesamt weniger, häufiger zum Arzt zu gehen.

6.2.4 Bedürfnisfaktoren

Die Inanspruchnahme medizinischer Dienste ist letztlich abhängig vom Gesundheitszustand einer Person. Zusätzlich wird hier das Gesundheitsverhalten einer Person zu den Bedürfnisfaktoren gezählt (körperliche Aktivität, Schlaf- und Ernährungsverhalten, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum).

Der Gesundheitszustand gilt – wie nicht anders anzunehmen – als der zentrale Faktor für die Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Cameron et al. 1988): Gesunde Menschen nehmen medizinische Leistungen normalerweise nicht in Anspruch. Allerdings gestaltet sich die Messung des Gesundheitszustandes eher schwierig. Nicht nur das tatsächliche Vorhandensein von Beschwerden, sondern auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit beeinflusst die Häufigkeit und die Art kurativer und präventiver Leistungsnahme.

Das Gesundheitsverhalten ist eine zentrale Voraussetzung für den Gesundheitszustand (vgl. oben, Kapitel 3)

und wirkt sich also letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus. Gesundheitsverhalten bezieht sich dabei nicht nur auf körperliche Aktivität, sondern auch auf das Schlaf- und Ernährungsverhalten sowie den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit ist unbestritten: Regelmässige körperliche Aktivität verringert zahlreiche gesundheitliche Risikofaktoren (Mensink et al. 1996; Mensink 1999). Allenfalls kann eine erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen infolge von Unfällen erwartet werden. Genügend Schlaf und gesunde Ernährung bilden ebenfalls wichtige Voraussetzungen für den Gesundheitszustand einer Person (Mensink et al. 1999; Mensink und Ströbel 1999). Wer sich gesund ernährt und genügend Schlaf erhält, nimmt weniger medizinische Leistungen in Anspruch. Schliesslich zeigen zahlreiche Studien den gesundheitsgefährdenden Einfluss von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Hier wird der Einfluss von Passivrauchen ebenfalls untersucht (Jöckel 2000). Es ist anzunehmen, dass Personen mit häufigem Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum mehr und häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen als abstinenten oder nicht exponierte Personen, wobei sich dies insbesondere in späteren Lebensjahren zeigen dürfte (Standridge et al. 2004).

6.3 Analyse

In der Folge werden die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Dienstleistungen bzw. ihre Inanspruchnahme analysiert. Es wird dabei unterschieden zwischen ambulanten und stationären Leistungen (kurativer Aspekt) auf der einen und Vorsorgeuntersuchungen (präventiver Aspekt) auf der anderen Seite. Zusätzlich wird die Beanspruchung informeller Hilfeleistungen untersucht. Es handelt sich bei allen Indikatoren der Inanspruchnahme um Selbsteinschätzungen der Befragten.

Für jede untersuchte Leistung wird jeweils zuerst in Häufigkeitstabellen die Inanspruchnahme im Kanton Basel-Landschaft mittels soziodemographischer Merkmale beschrieben und mit den gesamtschweizerischen Befunden verglichen. Anschliessend wird in multivariaten statistischen Tests gemessen, welchen Beitrag die einzelnen Erklärungsgrössen aus dem «Andersen-Behavioral-Model» unter Berücksichtigung aller anderen Determinanten an die statistische Erklärung der individuellen Inanspruchnahme liefern. Es wird also untersucht, ob die oben beschriebenen Faktoren, wenn man sie jeweils gegenseitig kontrolliert, einen Einfluss auf die Wahr-

scheinlichkeit der Inanspruchnahme zeigen. Diese Analysen werden ebenfalls sowohl für den Kanton Basel-Landschaft als auch für die gesamte Schweiz durchgeführt, um weitergehende Vergleiche zu ermöglichen.

6.3.1 Inanspruchnahme von Dienstleistungen der ambulanten und stationären Versorgung

Anzahl Arztkonsultationen allgemein

Insgesamt suchten 79% aller Baselbieterinnen und Baselbieter in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens ein Mal einen Arzt auf. Im Schnitt zeigt sich eine Konsultationsanzahl von 3,6 Konsultationen pro Person (alle Befragten). Im Vergleich mit der Gesamtschweiz liegen diese groben Richtwerte für den Kanton Basel-Landschaft geringfügig höher. Gesamtschweizerisch haben 76,9% aller Befragten im Jahr vor der Befragung einen Arzt konsultiert, und im Schnitt sind 3,4 Arztkonsultationen zu verzeichnen.

Mit Blick auf Tabelle 6.1 lässt sich feststellen, dass mehr Frauen und Ausländerinnen und Ausländer im Kanton Basel-Landschaft angeben, mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht zu haben als Männer und Schweizerinnen und Schweizer.

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz konsultieren Männer und Personen ohne Schweizer Pass, die im Kanton Basel-Landschaft wohnen, im Schnitt häufiger eine Ärztin oder einen Arzt. Unterschiede zeigen sich auch

hinsichtlich des Alters: Auffallend ist dabei die im Vergleich zur Gesamtschweiz deutlich häufigere Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen der unter 35-Jährigen. Dieser Befund scheint mit der weiter oben gemachten Beobachtung (vgl. Kapitel 2.1.3) in Bezug zu stehen, wonach unter 35-jährige Personen im Kanton Basel-Landschaft im Vergleich viel häufiger zeitweilige Leistungseinschränkungen angeben als die Referenzgruppe im gesamtschweizerischen Sample. Kaum zu erstaunen vermag der Umstand, dass sich Unterschiede bezüglich des 'Beschwerdeindex' zeigen. Personen mit starken Beschwerden suchen deutlich häufiger einen Arzt auf als Personen, die angeben, nur wenige oder gar keine physischen Beschwerden zu haben. Hervorzuheben ist hier einzig der Umstand, dass Baselbieterinnen und Baselbieter mit starken Beschwerden deutlich häufiger einen Arzt aufsuchen als die Befragten im gesamtschweizerischen Sample, die angeben, starke körperliche Beschwerden zu haben.²⁹

Bei der Untersuchung der Wahrscheinlichkeit von Arztkonsultationen mit Hilfe des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich in der multivariaten Überprüfung³⁰ das Geschlecht, der Zivilstatus, der Gesundheitszustand, der Beschwerdeindex und die Lebenszufriedenheit als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau. Mit anderen Worten: Werden alle oben eingeführten Prädispositions-, Bedingungs- und Bedürfnisfaktoren gegenseitig kontrolliert, so lässt sich zeigen, dass verheiratete Baselbieterin-

Tab. 6.1 Anzahl Arztkonsultationen in den 12 Monaten vor der Befragung nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Bildungsniveau und Beschwerden

		nie (in %)	1–2 mal (in %)	Kanton Basel-Landschaft		Schnitt (Anzahl)	Schweiz Schnitt (Anzahl)
				3–6 mal (in %)	7 mal + (in %)		
Geschlecht	Männer	26,7	37,9	23,8	11,5	3,5	2,9
	Frauen	16,3	38,4	31,1	14,2	3,9	3,8
Alter	15–34-jährig	20,8	39,4	26,9	(13,0)	4,1	2,9
	35–49-jährig	27,8	40,7	23,3	(8,2)	2,9	2,8
	50–64-jährig	22,4	37,6	26,9	13,0	3,5	3,8
	65+ -jährig	(11,5)	33,6	35,6	19,3	4,5	4,5
Nationalität	Schweizer	23,0	38,2	25,8	13,0	3,7	3,4
	Ausländer	(12,9)	37,8	37,0	(12,3)	3,8	3,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(17,0)	31,1	36,3	(15,5)	4,3	3,9
	Sekundarstufe II	20,7	40,4	26,2	12,7	3,6	3,3
	Tertiärstufe	28,3	38,6	23,2	(10,0)	2,7	2,9
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum Beschwerden	26,9	44,6	21,6	(6,9)	2,3	2,2
	einige Beschwerden	25,3	36,0	27,5	11,2	3,1	3,2
	starke Beschwerden	(7,4)	30,8	38,5	23,3	6,3	5,5

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Schnitt = durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen aller Befragten.

Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30).

²⁹ Dabei ist keine Kumulation zu beobachten. Es ist also nicht so, dass mehr unter 35-Jährige im Kanton Basel-Landschaft über starke körperliche Beschwerden klagen als unter 35-Jährige in der gesamten Schweiz.

³⁰ Als abhängige Variable für das multivariate Logit-Modell (vgl. hierzu ausführlich das Kapitel zu den Auswertungsverfahren) wurde die Frage nach der Arztkonsultation in den letzten zwölf Monaten gewählt, die mit ja (Arzt aufgesucht) oder nein (Arzt nicht aufgesucht) beantwortet wurde.

nen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen und zudem über eher starke Beschwerden klagen sowie mit ihrem Lebensstandard eher unzufrieden sind, die höchste Wahrscheinlichkeit aufweisen, in den letzten zwölf Monaten einen Arzt aufgesucht zu haben. Diese Faktoren zeigen sich auch in der gesamten Schweiz als erklärungskräftig.

Keine signifikante Erklärungskraft für Arztkonsultationen zeigen in diesem multivariaten Modell das Alter sowie die Faktoren, die das Gesundheitsverhalten, das soziale Kapital oder die Schichtzugehörigkeit messen. Allerdings dürften diese Grössen zumindest indirekt Wirkung entfalten, zeigen doch zusätzliche Analysen, dass gerade diese Faktoren einen engen Zusammenhang mit dem Beschwerdeindex oder dem eingeschätzten Gesundheitszustand aufweisen: Hohe Bildung und ein hohes Einkommen, Vereinsmitgliedschaften und häufige körperliche Aktivität gehen Hand in Hand mit einem tiefen Beschwerdeindex und einer positiveren Einschätzung der eigenen Gesundheit.

Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen

63,0% aller Baselbieterinnen und Baselbieter konsultierten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt mindestens ein Mal ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin. Rund je ein Drittel aller Frauen (34,1%) und aller Männer (30,6%) aus dem Kanton Basel-Landschaft suchten in demselben

Zeitraum einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin auf.³¹ Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung nahmen die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft damit geringfügig häufiger haus- und spezialärztliche Leistungen in Anspruch: 62% aller gesamtschweizerisch Befragten konsultierten ihren Hausarzt, 28,4% aller Männer und 30,5% aller Frauen nahmen spezialärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Die Ausnahme bildet die Kategorie der gynäkologischen Konsultationen: Der Anteil derjenigen Frauen, die mindestens einmal ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht haben, ist im Kanton Basel-Landschaft (50,6%) etwas geringer als in der Gesamtschweiz (51,9%).

Bei Betrachtung der Tabelle 6.2, die die Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen nach soziodemographischen Merkmalen aufsplittet, zeigen sich im Vergleich mit der Gesamtschweiz insbesondere hinsichtlich des Bildungsniveaus und im Bereich der Konsultationen von Spezialärzten und Spezialärztinnen für Frauen Unterschiede. Männer im Kanton Basel-Landschaft ohne weiterführende Ausbildung scheinen häufiger Spezialärzte oder Spezialärztinnen zu konsultieren als Männer mit ähnlichem Bildungsniveau in der gesamten Schweiz. Im Gegensatz dazu scheint der Anteil an eher schlecht gebildeten Frauen, die gynäkologische Dienstleistungen in Anspruch genommen haben, im Kanton Basel-Landschaft geringer zu sein als in der gesamten Schweiz. Bezüglich der Konsultationen von Spezialärzten

Tab. 6.2 Anteile der Befragten in %, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine Hausarzt- und/oder Spezialarztkonsultation hatten, nach soziodemographischen Merkmalen

		Hausarzt		Spezialärztin/ Spezialarzt Männer		Gynäkologin/ Gynäkologe		Spezialärztin/ Spezialarzt Frauen	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Geschlecht	Männer	64,0	60,5	30,6	28,4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Frauen	62,0	63,4	n.a.	n.a.	50,6	51,9	34,1	30,5
Alter	15–34	53,5	57,0	(22,6)	23,1	61,0	61,4	28,2	27,5
	35–49	57,4	55,4	25,5	24,9	56,3	59,6	25,6	28,8
	50–64	65,2	63,5	36,3	32,2	49,1	53,3	41,8	32,2
	65+	80,4	79,2	41,4	41,6	32,2	27,6	42,7	34,9
Nationalität	Schweizer	62,6	61,7	28,9	29,3	48,9	50,8	35,1	30,8
	Ausländer	65,1	63,4	(41,0)	24,7	60,7	57,6	(28,1)	28,8
Bildungsniveau	obligatorische Schule	67,7	66,6	(38,0)	25,1	30,7	41,1	25,5	26,6
	Sekundarstufe II	64,0	61,8	30,4	27,4	57,3	55,2	38,4	31,3
	Tertiärstufe	55,1	56,3	28,3	33,5	58,9	61,4	(28,0)	35,5
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	56,7	53,5	26,7	22,4	47,1	45,4	30,1	21,5
	einige	60,6	63,0	24,6	29,1	51,5	53,6	31,8	30,0
	starke	77,4	73,9	50,1	44,7	55,2	56,4	44,7	39,6

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706; n.a. = Frage trifft für eine Gruppe nicht zu. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

³¹ In der Befragung werden Männer und Frauen getrennt nach Konsultationen bei Spezialärztinnen und Spezialärzten allgemein befragt. Es wurde nicht ausdifferenziert, was unter «Spezialarzt» verstanden wird. Frauen wurden vorgängig zusätzlich zu ihrer Inanspruchnahme von gynäkologischen Dienstleistungen befragt.

oder Spezialärztinnen durch Frauen lassen sich zudem im Vergleich mit der Gesamtschweiz Unterschiede in den Altersgruppen beobachten: Über 50-jährige Baselbieterinnen suchten mit grösserer Wahrscheinlichkeit Spezialärztinnen und Spezialärzte auf als Schweizerinnen über 50 Jahre. Ein weiterer grosser Unterschied zeigt sich bei der Inanspruchnahme spezialärztlicher Dienstleistungen von Ausländerinnen und Ausländern: Der Anteil an männlichen Ausländern, die Spezialärzte oder Spezialärztinnen aufsuchen, ist im Kanton Basel-Landschaft grösserer als in der gesamten Schweiz.

Die jeweiligen Analysen der Indikatoren auf der Basis des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen, dass das Alter eine wichtige und signifikante Rolle für die Erklärung der Inanspruchnahme haus- und spezialärztlicher Leistungen spielt: Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin konsultiert. Männer suchen mit zunehmendem Alter mit grösserer Wahrscheinlichkeit einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin auf. Bei den Frauen zeigt sich das Alter nicht für die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Spezialärztinnen und Spezialärzten im Allgemeinen, sondern beim Besuch von Gynäkologinnen und Gynäkologen als signifikant erklärungskräftig: Frauen konsultieren eher in jüngeren Jahren ihren Frauenarzt oder ihre Frauenärztin. Die Konsultationswahrscheinlichkeit nimmt hier mit zunehmendem Alter ab. Das dürfte hauptsächlich auf die höhere Konsultationshäufigkeit durch jüngere Frauen infolge von Schwangerschaften

und Geburt sowie auf die höhere Relevanz der Verhütungsthematik zurückzuführen sein (Camenzind und Meier 2004).

Der Zusammenhang mit dem Alter zeigt sich auch in der Anzahl hausärztlicher Konsultationen (vgl. Abbildung 6.1). Bei den 50- bis 64-Jährigen und insbesondere bei den über 65-Jährigen sind die Anteile, die mehr als dreimal den Hausarzt aufsuchten, wesentlich höher als bei den unter 50-Jährigen.

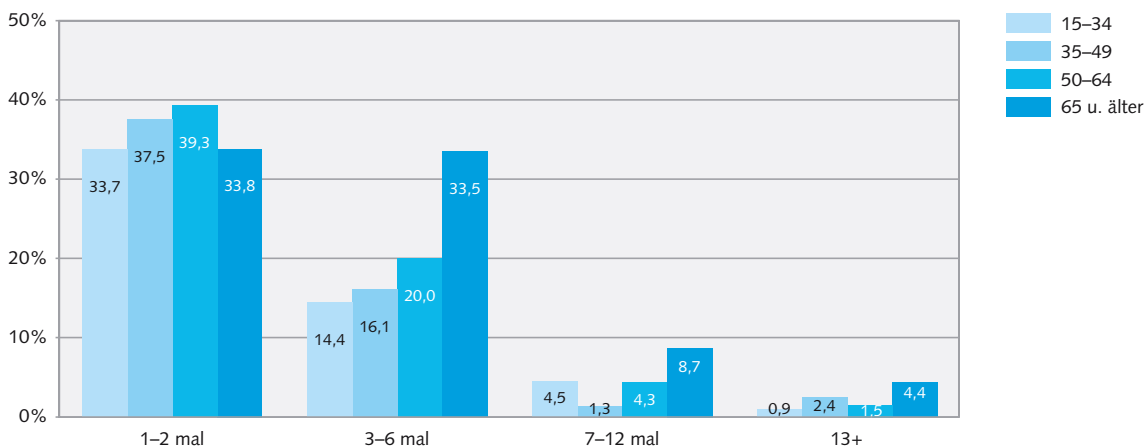
Bei den einzelnen Indikatoren zeigen sich in der multivariaten Überprüfung weitere Grössen aus dem «Andersen-Behavioral-Model» als signifikant wichtig:

Frauen im Kanton Basel-Landschaft suchen viel eher ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auf als Männer. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person innerhalb der zwölf Monate vor der Befragung einen Hausarzt oder eine Hausärztin konsultierte, ist zudem umso grösser, je mehr Krankenkassenbeiträge sie bezahlt. Da höhere Beiträge auch eine geringere Franchise bedeuten, lohnt es sich, Hausärztinnen oder Hausärzte häufiger zu konsultieren. Dies kann als Indiz für eine Barriere für Personen gewertet werden, die unteren sozialen Lagen angehören und über weniger finanzielle Ressourcen verfügen.³²

Mit zunehmenden Beschwerden erhöht sich die Wahrscheinlichkeit spezialärztlicher Inanspruchnahme durch Männer. Vereinsmitgliedschaft und hohe Krankenkassenbeiträge erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin aufsucht. Das erste Resultat dürfte sich mit einer erhöhten Unfall-

Hausarztkonsultationen der Baselbieter Bevölkerung in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Abb. 6.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1019 (BL).

³² Weiterführende Analysen für den Kanton Basel-Landschaft zeigen, dass die Höhe der Krankenkassenprämie mit der Bildung korreliert: je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto mehr Krankenkassenprämie bezahlt diese Person.

gefahr bei Aktivitäten in Sportvereinen erklären lassen. Darauf weist der starke Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Vereinsmitgliedschaft hin. Schliesslich zeigt sich auch ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch Frauen und dem Umstand, dass jemand Vertrauenspersonen in seinem Umfeld hat: Die Wahrscheinlichkeit spezialärztlicher Konsultationen sinkt mit der Zunahme der Anzahl Vertrauenspersonen.

Die aus Tabelle 6.2 ablesbaren Auffälligkeiten bei der spezialärztlichen Inanspruchnahme hinsichtlich der Bildung zeigen sich in den multivariaten Analysen für den Kanton Basel-Landschaft nicht. Auf gesamtschweizerischer Ebene kann hingegen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistung festgestellt werden. Für die Gesamtschweiz gilt: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher sucht diese Spezialärztinnen oder Spezialärzte auf. Dieses Resultat lässt sich durch die Umstände erklären, dass sich besser gebildete Patientinnen und Patienten einerseits besser verständlich machen können und andererseits auch besser durchsetzen. Es ist jedoch für den Kanton Basel-Landschaft nicht nachweisbar.

Die etwas seltenere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen, verglichen mit der gesamten Schweiz, zeigt sich auch im interkantonalen Vergleich: Im gesamtschweizerischen Schnitt werden Hausärztinnen und Hausärzte pro Jahr 3,2 Mal aufgesucht. Im Kanton Basel-Landschaft beträgt die mittlere Konsultationszahl bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern 3,0. Damit ordnet sich der Kanton im hinteren Viertel aller Kantone ein (vgl. Abbildung 6.2).

Aufgrund von Aggregatdatenanalysen kann vermutet werden, dass sich die unterdurchschnittliche Konsultationszahl von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton Basel-Landschaft auf den eher durchschnittlichen Anteil an über 65-Jährigen zurückführen lässt. Zahlreichere Hausarztkonsultationen sind zudem in Kantonen zu erwarten, die eine hohe Ärztedichte haben. Im Kanton Basel-Landschaft weist das Ärztenetz ebenfalls eine durchschnittliche Dichte auf (vgl. auch Kapitel 1.4).

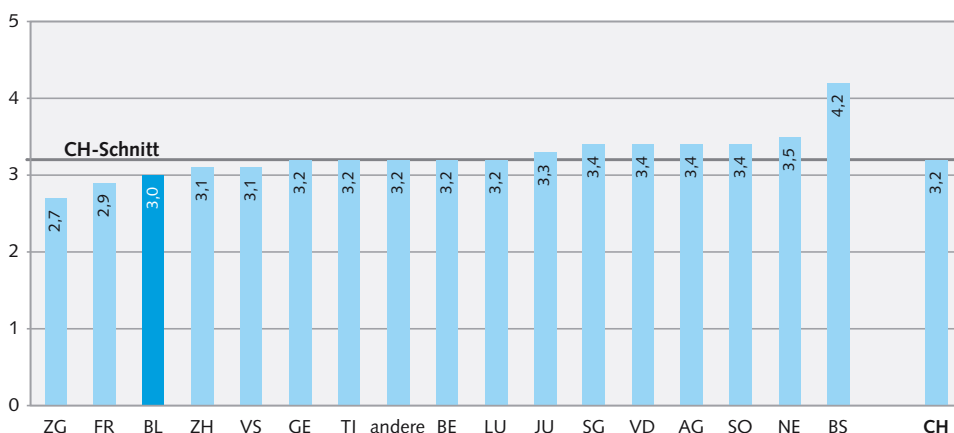
Inanspruchnahme medizinischer, alternativ- und paramedizinischer Leistungen

Im Vergleich zur gesamtschweizerischen Bevölkerung konsultiert die Baselbieter Einwohnerschaft eher Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker. Besuchten im Jahr vor der Befragung rund drei Viertel der Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft mindestens einmal die Zahnärztin oder den Zahnarzt (74,3%), beträgt der entsprechende Anteil in der Gesamtschweiz lediglich 62,1%. Eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker besuchten im Kanton Basel-Landschaft mit 38,3% ebenfalls etwas mehr Personen als in der Gesamtschweiz (36,7%).

Aus Gründen der (zu) geringen Fallzahlen wurden die Konsultationen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und bei Chiropraktikerinnen und Chiropraktikern zu einem Index «manuelle Medizin» zusammengefasst. Der Index «alternative Medizin» wurde ebenfalls summativ aus den alternativmedizinischen Konsultationen gebildet (Naturheilkunde, Akupunktur, Homöopathie, Shiatsu, Autogenes Training, Neuraltherapie, chine-

Mittlere Konsultationszahl bei Hausärztinnen und Hausärzten im Jahr vor Befragungszeitpunkt

Abb. 6.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BL=1019 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

sische Medizin, anthroposophische Medizin).³³ Auch hier zeigen sich bezüglich der Anteile an Baselbieterinnen und Baselbietern, die manuelle (19,2%) oder alternativmedizinische Dienstleistungen (14,1%) in Anspruch genommen haben, nur geringe Unterschiede zur Gesamtschweiz (manuelle Medizin in Anspruch genommen: 18,2%; alternative Medizin in Anspruch genommen: 14,5%).

Mit Betrachtung der Tabelle 6.3 und aufgrund der Analysen der Erklärungskraft der Schlüsselgrössen aus dem «Andersen-Behavioral-Model» lassen sich für die einzelnen medizinischen, alternativ- und paramedizinischen Dienstleistungen unterschiedliche Erkenntnisse ziehen:

Die Prädispositionsfaktoren «Geschlecht» und «Nationalität» zeigen sich in der multivariaten Analyse des «Andersen-Behavioral-Models» für den Kanton Basel-Landschaft als signifikant erklärungskräftig: Frauen und Personen mit einem Schweizer Pass konsultieren häufiger Zahnärztinnen und Zahnärzte als die männliche und ausländische Bevölkerung. Einen signifikanten Einfluss auf die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Zahnärztinnen und Zahnärzten zeigt zudem die Höhe des Einkommens einer Person. Gut verdienende Personen nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit zahnärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Der Grund hierfür ist im Umstand zu suchen, dass Zahnarztleistungen selbst bezahlt werden müssen und in aller Regel nicht von der Krankenkasse übernommen werden (Ausnahme bilden spezielle Zusatzversicherungen). Die im Vergleich zur Schweiz stärkeren Unterschiede in der Konsultationswahrscheinlichkeit von Zahnärztinnen und

Zahnärzten bezüglich der Bildung – der Anteil höher Gebildeter, die im Kanton Basel-Landschaft Zahnärztinnen und Zahnärzte aufsuchen, ist im Vergleich deutlich höher als der Anteil Personen mit eher geringer Bildung – zeigen in der multivariaten Überprüfung keine signifikanten Effekte.

Bildungseffekte lassen sich hingegen bei der Konsultationswahrscheinlichkeit von Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern ausmachen: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher unterzog sie sich in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einer Dentalhygiene. Zusätzlich von hoher Erklärungskraft zeigen sich die entlohnte Beschäftigung und die Ernährungsgewohnheiten: Personen, die einer entlohnten Arbeit nachgehen, und Personen, die angeben, auf ihre Ernährung zu achten, nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit dentalhygienische Dienstleistungen in Anspruch. Keine statistisch signifikante Erklärungskraft lässt sich für die Dentalhygiene – im Gegensatz zur multivariaten Analyse der Gesamtschweiz – bei den Prädispositionsfaktoren (Geschlecht, Alter, Nationalität) feststellen.

Beim interkantonalen Vergleich der Konsultationen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten ist der Kanton Basel-Landschaft an der Spitze der Rangliste anzutreffen. In keinem anderen Kanton ist der Anteil Einwohnerinnen und Einwohner, die im Jahr vor der Befragung mindestens einmal eine Zahnarztkonsultation hatten, so gross wie im Kanton Basel-Landschaft (vgl. Abbildung 6.3).

Aggregatanalysen zeigen, dass – anders als bei den Hausärztinnen und Hausärzten – die Dichte der Zahnärzte

Tab. 6.3 Anteile der Befragten in %, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine medizinische Leistung bei Spezialistinnen und Spezialisten/Alternativmedizinerinnen und Alternativmedizinern in Anspruch nahmen, nach soziodemographischen Merkmalen

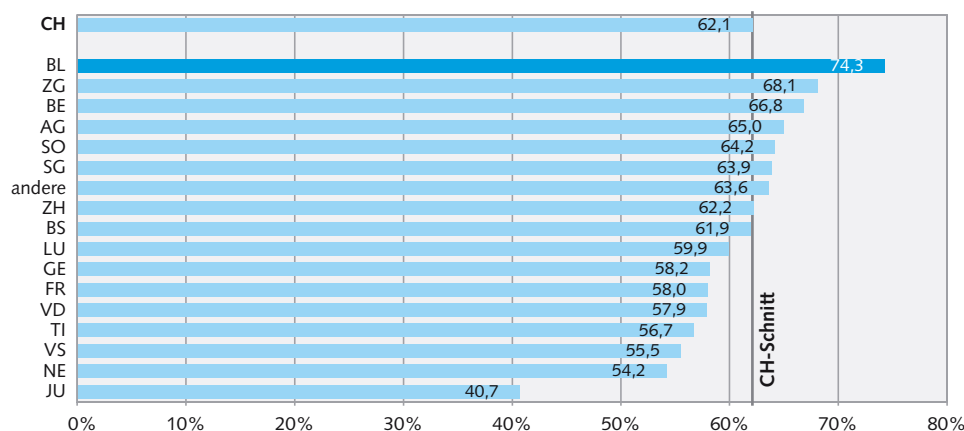
		Zahnärztin/ Zahnarzt		Dentalhygienikerin/ Dentalhygieniker		Manuelle Medizin		Alternativmedizin	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Geschlecht	Männer	71,3	59,7	36,9	33,9	17,7	15,8	11,1	10,0
	Frauen	77,1	64,3	39,7	39,3	20,6	20,4	16,9	18,6
Alter	15–34	76,5	62,5	28,5	30,0	16,7	15,8	(13,6)	14,2
	35–49	76,9	63,3	46,7	43,7	22,9	19,8	15,4	16,8
	50–64	75,5	66,1	46,4	42,8	19,2	20,1	15,3	15,4
	65+	67,1	54,9	30,0	29,9	17,5	17,5	(11,5)	10,4
Nationalität	Schweizer	76,3	63,6	40,2	38,7	18,1	18,1	14,7	15,6
	Ausländer	61,7	55,1	(26,6)	27,7	(26,1)	18,6	(10,2)	9,3
Bildungsniveau	obligatorische Schule	66,2	55,8	25,7	23,0	20,6	17,5	(10,2)	11,3
	Sekundarstufe II	75,3	63,9	38,9	39,8	19,3	18,2	15,9	14,7
	Tertiärstufe	80,0	64,2	50,5	44,9	17,2	19,3	(12,4)	18,1
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	71,3	61,1	36,8	36,2	16,7	12,4	10,6	10,5
	einige	75,4	63,4	36,8	37,4	15,8	18,3	13,4	14,9
	starke	80,2	61,5	45,6	36,9	27,9	28,0	18,3	19,8

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

³³ Nicht weiter untersucht werden aus Gründen der zu niedrigen Fallzahlen die Konsultationen bei Psychologinnen und Psychologen.

Anteil der Kantonsbewohnerinnen und -bewohner, die in den 12 Monaten vor Befragungszeitpunkt mindestens einmal eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt konsultiert haben

Abb. 6.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BL=1019 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

und Zahnärztinnen keine Rolle spielt für die Erklärung der kantonalen Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen. Hingegen scheint die Zugehörigkeit zu einer Sprachregion von einer gewissen Wichtigkeit zu sein: In den Deutschschweizer Kantonen ist der Anteil an Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung Zahnärztinnen und Zahnärzte konsultiert haben, höher als in der Westschweiz. Das Resultat scheint die besondere Aufmerksamkeit des Kantons Basel-Landschaft in der Kariesepidemiologie widerzuspiegeln, ist doch der Kanton einer der wenigen, die regelmässige Untersuchungen durchführen (Menghini 2003).

Kanton Basel-Landschaft: Ein Vorzeigekanton in Kariesprophylaxe?

Die Hälfte der Schulabgänger/innen und zwei Drittel der 12-Jährigen sind kariesfrei

Dies ergab die zahnärztliche Schüleruntersuchung im Jahr 2001, welche im Auftrag der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft vom Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel unter der Leitung von Prof. Dr. Jürg Meyer durchgeführt wurde.

Tabelle: Häufigkeit von Karies im bleibenden Gebiss der Sechst- und Neuntklässler, Kanton Basel-Landschaft

Alter (Jahre)	Jahr	DMFT*	DT**	kariesfrei
11-13	2001	0,84	0,26	66%
	1997	1,05	0,14	56%
	1992	1,62	0,22	44%
14-16	2001	1,59	0,27	50%
	1997	3,03	0,42	33%
	1992	3,25	0,32	29%

*DMFT: Durchschnittliche Zahl der geschädigten Zähne pro Kind
 ** DT: Durchschnittliche Zahl der nicht behandelten Löcher pro Kind

Nationalität und Schultyp

Wie schon bei den früheren Untersuchungen wiesen die ausländischen Schülerinnen und Schüler im Mittel zwei- bis dreimal mehr geschädigte Zähne (DMFT) auf als die schweizerischen. Auch die Zahl der nicht behandelten Löcher (DT) war bei Ausländerinnen und Ausländern grösser. Die Pro-gymnasiasten und -gymnasiastinnen hatten durchschnittlich weniger geschädigte Zähne als die Sekundarschüler und Sekundarschülerinnen und diese wiederum weniger als die Realschüler und Realschülerinnen.

90% der Kinder und Jugendlichen gehen einmal jährlich zur Zahnkontrolle

Die Kindergärten und Primarschulen im Kanton werden mindestens einmal jährlich von einer Zahnputz-Instruktorin besucht. Zudem werden ca. 80% der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 5 und 16 Jahren jährlich mindestens einmal von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt der Kinder- und Jugendzahnpflege untersucht. Von den restlichen 20% geht sicher die Hälfte zum Privatzahnarzt, so dass der Anteil der 5- bis 16-jährigen Baselbieter, welche jährlich mindestens einmal eine Zahnbehandlung konsumieren, bei 90% liegt.

Rund drei Viertel der Eltern erachteten bei einer Befragung die prophylaktischen Massnahmen der Schulzahnpflege als genügend, nur einzelne als übertrieben. Rund 20% wollten eine stärkere Prophylaxe.

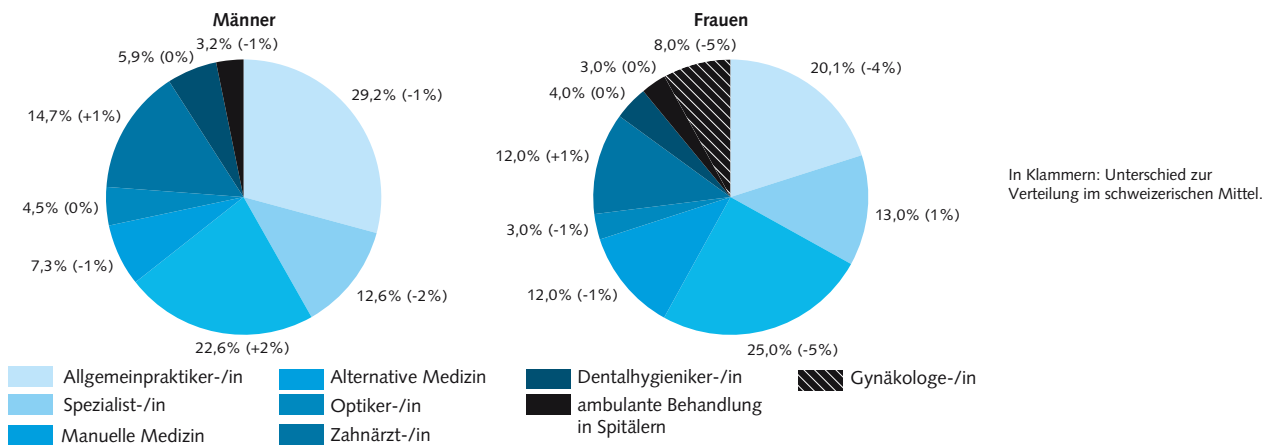
Kontakt: Kinder- und Jugendzahnpflege, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Postfach, 4410 Liestal; Tel. 061 925 60 67

Samuel Schild

Bei der Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Dienstleistungen zeigen sich mit Blick auf Tabelle 6.3 kaum Unterschiede zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und der Schweiz. Einzige Auffälligkeit ist die im Vergleich zur Gesamtschweiz stärkere Inanspruchnahme manueller Medizin von Ausländerinnen und Ausländern im Kanton Basel-Landschaft. In der multivariaten Analyse zeigt sich, dass Ausländerinnen und

Verteilung der Gesamtzahl der Konsultationen bei Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe im Laufe eines Jahres im Kanton Basel-Landschaft

Abb. 6.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Ausländer manuelle Medizin mit signifikant grösserer Wahrscheinlichkeit in Anspruch genommen haben als Schweizerinnen und Schweizer.

Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von manueller Medizin ist gemäss der multivariaten statistischen Analyse höher bei arbeitstätigen Personen, bei Ausländerinnen, Ausländern und bei Befragten, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen.

Bei der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Dienstleistungen zeigen sich neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch das Geschlecht, das Ernährungsbewusstsein und die Tabakabstinenz als wichtig: Frauen, nicht rauchende Personen, Personen, die sich bewusst ernähren, und Personen, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen, nehmen danach im Kanton Basel-Landschaft alternativmedizinische Dienstleistungen mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Anspruch als rauchende Männer, die nicht auf ihre Ernährung achten. Im Gegensatz zur gesamtschweizerischen Analyse erklärt die Ausbildung einer Person im Kanton Basel-Landschaft die Inanspruchnahme alternativmedizinischer Dienstleistungen nicht.

Werden die Kantone bezüglich der Alternativmedizin nach gesetzlicher Zulassung unterteilt, so zeigen sich keine Unterschiede in der Inanspruchnahme. Mit anderen Worten: In den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Thurgau, Schaffhausen, St. Gallen und Graubünden, in denen das Angebot von alternativmedizinischen Leistungen an Prüfungen gebunden und somit gesetzlich geregelt ist, werden nicht häufiger alternativmedizinische Leistungen in Anspruch genommen als in den restlichen Kantonen, in denen die Alternativmedizin ungeregelt geduldet wird.

In Abbildung 6.4 sind die Anteile der Konsultationen hinsichtlich der Leistungserbringer aufgeschlüsselt. Die höchsten Anteile bei den Männern nehmen die Konsultationen bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (28%), bei Anbieterinnen und Anbietern manueller Dienstleistungen (23%) und bei Zahnärztinnen und Zahnärzten (15%) ein. Bei den Frauen finden sich die grössten Konsultationsanteile bei der manuellen Medizin (25%), bei den Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (20%) und bei Spezialärztinnen und Spezialärzten (13%). Während bei diesen Verteilungen bei den Männern keine grösseren Unterschiede zur Schweiz auszumachen sind, unterscheidet sich die Verteilung der Konsultationen bei den Baselbieterinnen insbesondere hinsichtlich der Konsultationen bei Gynäkologinnen und Gynäkologen, bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern und bei der Inanspruchnahme manuell-medizinischer Dienstleistungen. Die manuelle Medizin macht im Kanton Basel-Landschaft bei den Frauen einen höheren und die Konsultationen bei Gynäkologinnen und Gynäkologen und bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern einen kleineren Anteil an der Gesamtzahl der Arztbesuche aus als bei den Frauen in der gesamten Schweiz.

Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen im Spital

Nachfolgend interessiert die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Behandlungen, die Spitäler anbieten. Es handelt sich hier wie bisher um die Angaben,

Tab. 6.4 Anteile der Befragten in %, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine ambulante Behandlung im Spital in Anspruch genommen haben, die stationär behandelt wurden (je in %) und mittlere Anzahl Krankenhaustage nach soziodemographischen Merkmalen

		Ambulante Behandlung (Anteile in %)		Stationäre Behandlung (Anteile in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (gemessen an Patientenschaft)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (gemessen an gesamter Einwohnerschaft)	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Geschlecht	Männer	13,9	12,4	11,2	10,6	9,4	8,8	1,1	0,9
	Frauen	12,6	13,3	12,1	13,0	10,0	9,6	1,2	1,2
Alter	15–34	18,3	11,7	(11,0)	10,7	(9,0)	6,0	1,0	0,6
	35–49	(8,6)	11,5	(9,3)	9,2	(9,0)	8,9	0,8	0,8
	50–64	10,6	13,6	(9,7)	11,6	(7,0)	8,6	0,7	1,0
	65+	16,1	17,0	18,4	18,0	(12,6)	13,2	2,3	2,4
Nationalität	Schweizer	13,7	13,1	11,7	11,9	8,8	9,2	1,0	1,1
	Ausländer	(10,5)	11,8	(11,7)	11,6	(14,6)	9,4	1,7	1,1
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(15,0)	13,4	(15,6)	12,5	(12,0)	10,4	1,9	1,3
	Sekundarstufe II	13,8	12,5	11,4	11,8	9,6	9,0	1,1	1,1
	Tertiärstufe	(8,6)	13,1	(7,7)	11,0	(5,8)	7,7	0,4	0,8
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	11,2	9,9	(7,6)	8,6	(8,0)	6,4	0,6	0,6
	einige	11,8	12,7	10,7	11,4	9,2	7,9	1,0	0,9
	starke	14,2	17,6	17,3	17,5	10,0	12,9	1,7	2,3

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706.

welche die Befragten gemacht haben und nicht um die tatsächliche von der Spitalstatistik erhobene Anzahl.³⁴ Im Jahr vor der Befragung liess sich etwa jede achte Baselbieterin bzw. jeder achte Baselbieter mindestens einmal ambulant in einem Spital behandeln (13,2%). Dieser Anteil ist etwas grösser als der gesamtschweizerische (12,8%). Sowohl im Kanton Basel-Landschaft als auch in der gesamten Schweiz mussten in den zwölf Monaten vor der Befragung rund 12% (BL: 11,7%; CH: 11,8%) der Bevölkerung Spitalpflege von mehreren Tagen in Anspruch nehmen. Pro Patientin und Patient betrug die Aufenthaltsdauer dabei im Schnitt 9,7 Tage (gesamtschweizerischer Schnitt: 9,2 Tage). Gemessen an der gesamten Bevölkerung des Kantons Basel-Landschaft entspricht dies 1,1 Spitalpflegetagen pro Jahr. Dieser Schnitt entspricht genau dem gesamtschweizerischen Mittel.

Der Anteil der unter 35-jährigen Baselbieterinnen und Baselbieter, die sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer ambulanten Behandlung (z. B. in Poli- oder Tageskliniken) unterzogen, ist im Vergleich zum entsprechenden gesamtschweizerischen Anteil höher. Unterschiede zeigen sich zudem bei der Inanspruchnahme durch höher Gebildete.

In der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich das Alter und die Bildung als nicht

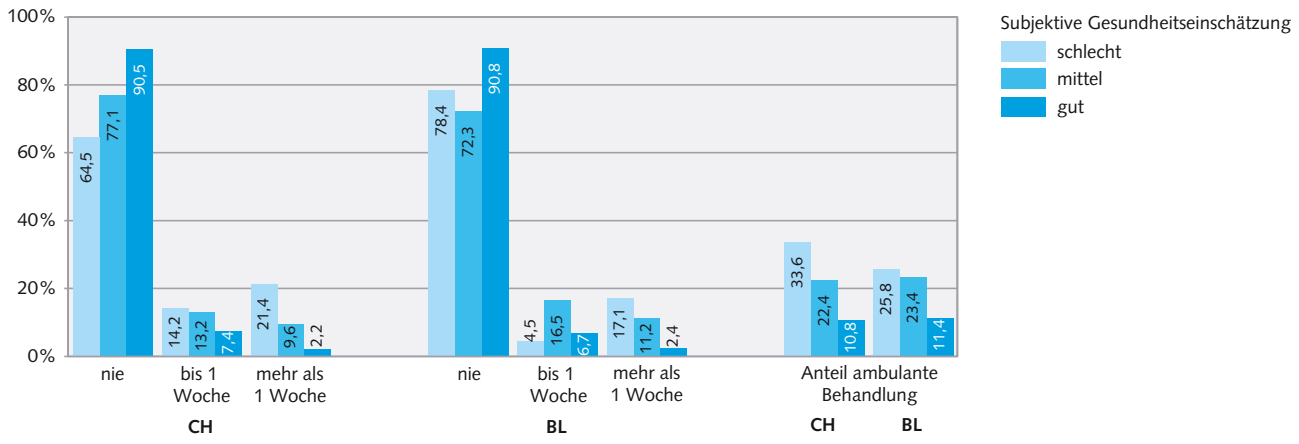
signifikant erklärungskräftige Schlüsselgrössen. Es sind vielmehr der subjektive Gesundheitszustand (Abbildung 6.5) und das Fehlen von Vertrauenspersonen, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit aufweisen, dass eine Person eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen hat: Baselbieterinnen und Baselbieter, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen und Personen, die keine sehr enge soziale Vernetzung (gemessen an der Anzahl Vertrauenspersonen) aufweisen, liessen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit ambulant behandeln. Im Gegensatz zur Analyse auf der Basis der gesamtschweizerischen Befragung zeigen sich im Kanton Basel-Landschaft die Determinanten «Bildung» und «Höhe der Krankenkassenprämie» als nicht erklärungskräftig. Für die Schweiz gilt (unter anderem): Je höher der Bildungsabschluss und die Krankenkassenprämie einer Person ist, desto eher nimmt sie ambulante Behandlungen in Anspruch.

Die Anzahl Hospitalisierungstage lassen sich im linearen multivariaten Modell mit dem Beschäftigungsgrad, der Haushaltgrösse, dem subjektiv geschätzten Gesundheitszustand und der Bedeutungszumessung der Gesundheit erklären: Je weniger Personen mit einer befragten Person zusammenleben, je schlechter eine Person ihre Gesundheit einschätzt und je höher das Gesundheitsbewusstsein einer Person ist, desto länger dauert der Aufenthalt bei einer stationären Behandlung (Abbildung 6.5). Zudem dauert die Spitalpflege bei jenen Personen signifikant länger, die keiner Beschäftigung (mehr) nachgehen. In den multivariaten Analysen nicht signifikant erklärungskräftig zeigen sich die Indikatoren «Alter», «Bildung» und «Nationalität», und zwar weder im Baselbieter noch im gesamtschweizerischen Sample.

³⁴ In der Spitalstatistik ist die Anzahl Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft ersichtlich, die sich im Jahr 2002 einer stationären Behandlung unterzogen haben (unabhängig von der Art der Klinik). Die Angaben aus der Gesundheitsbefragung sind rund 2 bis 3% tiefer als jene in der Spitalstatistik. Selbstverständlich darf ein Vergleich dieser Zahlen nur mit Zurückhaltung vorgenommen werden. Trotzdem scheinen die Angaben aus der Befragung relativ valide zu sein und leichte Unterschätzungen darzustellen. Dies ist entweder so, weil die Selbsteinschätzungen zu tief ausfallen, oder aber, weil die kranken Menschen und Personen im Spital durch die Befragung nicht erreicht werden.

Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Dienstleistungen im Spital in den 12 Monaten vor der Befragung im Kanton Basel-Landschaft und in der Schweiz, unterteilt nach subjektiver Gesundheitseinschätzung

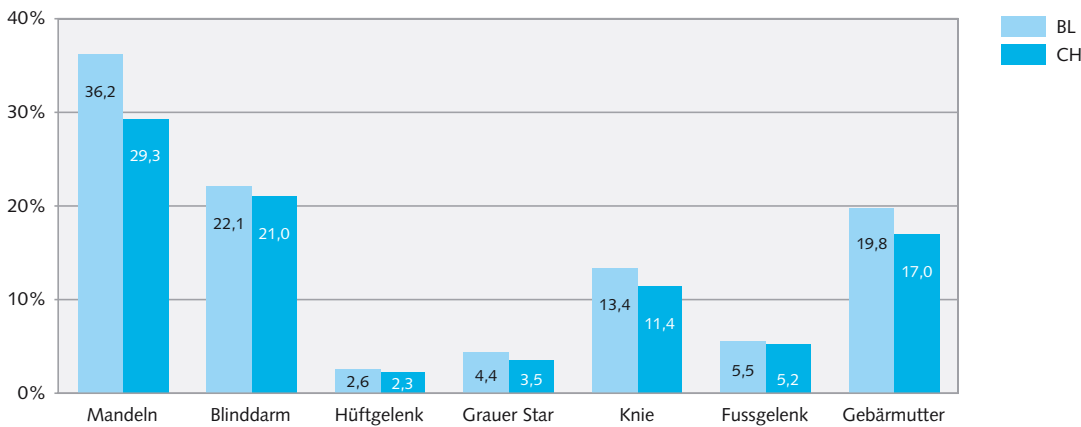
Abb. 6.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N=1019 (BL); N=19'706.

Operationen im Lebensverlauf. Anteil Baselbieterinnen und Baselbieter bzw. Schweizerinnen und Schweizer, die sich der jeweiligen Operation unterzogen haben

Abb. 6.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1019 (BL); N=19'706 (CH).

Tab. 6.5 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben ausgewählten Operationen unterzogen haben (in %) nach soziodemographischen Merkmalen

		Mandelentfernung		Blinddarmoperation		Knieoperation		Entfernung Gebärmutter	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Geschlecht	Männer	37,4	28,4	16,8	16,4	16,7	14,0	n.a.	n.a.
	Frauen	35,2	30,2	27,0	25,1	10,3	9,2	19,8	17,0
Alter	15-34	27,7	21,1	(8,1)	8,1	(10,7)	6,9	0	0,7
	35-49	40,4	33,6	18,8	17,4	14,3	12,2	*	7,7
	50-64	41,3	34,9	31,7	29,1	13,3	13,9	33,0	29,0
	65+	35,1	30,0	32,6	38,8	15,6	15,0	37,6	32,1
Nationalität	Schweizer	37,4	30,6	22,8	22,0	13,6	12,0	21,9	18,4
	Ausländer	29,7	23,7	(18,4)	16,5	(12,0)	8,8	*	9,9
Bildungsniveau	obligatorische Schule	27,2	20,6	20,1	21,2	(12,1)	7,8	29,7	23,2
	Sekundarstufe II	36,7	31,2	23,7	21,0	14,0	12,1	19,2	16,1
	Tertiärstufe	43,8	34,7	19,2	20,8	(12,7)	14,3	*	9,4
Operationsalter¹		13,2	12,9	21,2	20,3	37,9	38,3	45,0	45,3

¹ Mittleres Alter zur Zeit der Operation. Quelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30). Wegen der geringen Fallzahlen werden die Merkmalsgruppen für die Hüftgelenkoperationen, die Operationen des Grauen Stars und die Fussgelenkoperationen nicht aufgeführt.

Weitere Analysen zeigen, dass Baselbieterinnen und Baselbieter, bei denen bösartige Krebsgeschwüre, Gelenkkrankheiten, Rückenleiden und Bronchialasthma diagnostiziert wurden, sowie Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, am längsten im Spital verbleiben müssen. Im gesamtschweizerischen Sample zeigen sich Gelenkkrankheiten, Geburten und komplizierte Verletzungen als die Diagnosen, die die längste Aufenthaltsdauer im Spital nach sich ziehen.

Abbildung 6.5 sind die Zusammenhänge zwischen subjektiver Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in Spitälern zu entnehmen. Der Anteil an Befragten, die im Befragungszeitraum nicht im Spital waren, ist höher bei Personen, die ihre Gesundheit als gut einschätzen. Von den Personen, die einen Spitalaufenthalt hatten, weisen jene eine längere Aufenthaltsdauer auf, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen. Der Anteil an Personen, die ambulante Behandlungen in Anspruch genommen haben, ist ebenfalls höher bei jenen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen.

Operationen im Lebensverlauf

Abbildung 6.6 sind die Anteile der Baselbieter Bevölkerung zu entnehmen, die in ihrem Leben bereits eine der aufgelisteten Operationen über sich ergehen lassen mussten. Zum Vergleich sind die Anteile der operierten gesamtschweizerischen Bevölkerung dargestellt.

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz haben sich jeweils höhere Anteile an Baselbieterinnen und Baselbieter in ihrem Leben bereits einer der hier untersuchten Operationen unterzogen. Grössere Unterschiede zeigen sich vor allem bei den Mandelentfernungen. 36% aller Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft haben ihre Mandeln operativ entfernen lassen, während dieser Anteil in der gesamten Schweiz 29% beträgt. In Tabelle 6.5 sind die Operationen wiederum nach soziodemografischen Merkmalen unterteilt. Auch hier zeigen sich teilweise recht grosse Unterschiede im Vergleich mit der Schweiz.

Die einfachen multivariaten Untersuchungen³⁵ zeigen folgende Resultate:

Individuelle Unterschiede bei den Mandelentfernungen ergeben sich beim Bildungsniveau: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher gibt sie an, keine Mandeln mehr zu haben.

Bei den Blinddarmentfernungen zeigen sich im Kanton Basel-Landschaft Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts. Frauen geben signifikant häufiger an, keinen Blinddarm mehr zu haben als Männer.

Bei den Knieoperationen zeigen sich ebenfalls signifikante Geschlechtsunterschiede: Männer geben signifikant häufiger an, dass ihre Knie schon einmal operiert wurden.

Bei der Entfernung der Gebärmutter zeigen sich sowohl die Bildung wie auch die Nationalität als erklärendskräftig. Hohe Bildung geht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Gebärmutterentfernung einher, und Schweizerinnen haben sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit einer Hysterektomie unterzogen als Ausländerinnen.

An den Altersgruppen lässt sich aufzeigen, wie sich die Inanspruchnahme chirurgischer Dienstleistungen über die Zeit entwickelt hat. Insbesondere bei den Entfernungen von Blinddarm und Mandeln zeigt sich ein Wandel: Im Vergleich zur Schweiz werden und wurden häufiger die Mandeln entfernt, während sich die Blinddarmentfernungen in ihrer Häufigkeit dem schweizerischen Trend anzugleichen scheinen. Bei den älteren Baselbieter Generationen wurde der Blinddarm häufiger entfernt.

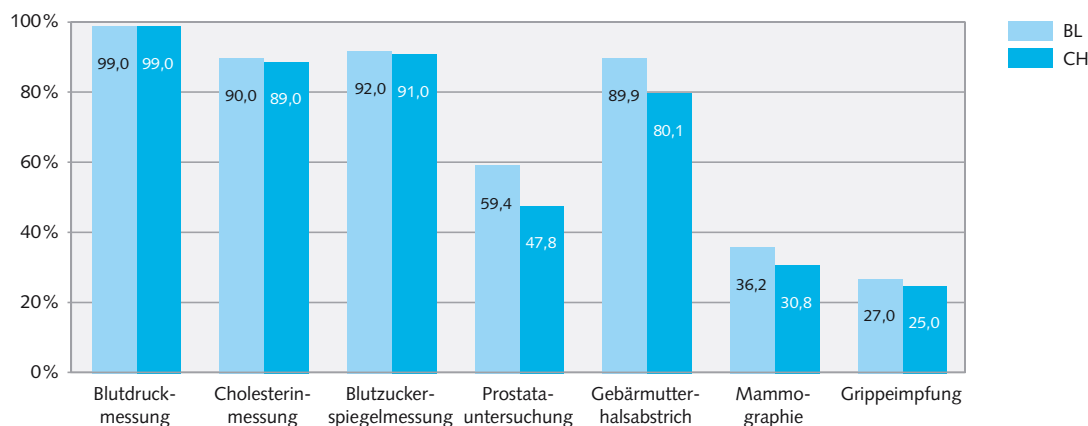
Die Operation von Hüftgelenken und des Grauen Stars werden häufiger bei betagten Personen durchgeführt. Im Schnitt unterziehen sich Baselbieterinnen und Baselbieter etwas früher einer Operation des Grauen Stars als die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz gesamt.

In allen Altersgruppen finden sich jeweils etwa gleich viele Anteile mit Knieoperationen. Eine Häufung von Fussgelenkoperationen zeigt sich sowohl im Kanton Basel-Landschaft als auch in der Schweiz bei den 35- bis 49-Jährigen. Hier scheint sich der Trend zu zunehmend weniger Eingriffen widerzuspiegeln. Ob sich hingegen der Trend zu grösserer Zurückhaltung bei der Hysterektomie in den Zahlen widerspiegelt oder ob es sich hier um den einfachen Umstand handelt, dass die Gebärmutterentfernung eher bei älteren Frauen durchgeführt wird, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Das mittlere Operationsalter scheint eher auf die zweite Erklärung hinzuweisen.

³⁵ Es wird keine Analyse der Operationen mit dem «Andersen-Behavior-Model» durchgeführt, da es sich hier ja um Lebenszeitprävalenzen handelt. Um Zusammenhänge mit den Faktoren des Modells sinnvoll interpretieren zu können, müssten entweder die Operationen höchstens ein Jahr zurückliegen, oder aber es müssten Angaben zu den einzelnen Modellindikatoren zum Zeitpunkt der Operationen vorliegen. Es werden deshalb in den multivariaten Modellen nur der Einfluss des Geschlechts, der Nationalität und der Bildung getestet.

Vorsorgeuntersuchungen. Anteil der Baselbieter Bevölkerung und der gesamtschweizerischen Bevölkerung, die sich in ihrem Leben schon einmal der jeweiligen Untersuchung unterzogen haben

Abb. 6.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1019 (BL); N=19'706 (CH).

Tab. 6.6 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben schon einmal der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben (in %) nach soziodemographischen Merkmalen

		Blutdruckmessung ¹		Cholesterinmessung ¹		Blutzuckermessung ¹		Prostata-Vorsorge-Untersuchung		Gebärmutterhalsabstrich		Mammographie		Grippeimpfung	
		BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH	BL	CH
Geschlecht	Männer	99,2	98,9	90,9	87,3	92,4	88,3	59,4	47,8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	27,8	23,5
	Frauen	98,9	99,4	88,6	88,3	90,9	90,4	n.a.	n.a.	89,9	80,1	36,2	30,8	26,3	26,4
Alter	15–34	96,8	98,1	81,4	78,5	82,0	81,5	0	0	86,1	76,2	*	7,1	(9,6)	11,7
	35–49	100,0	99,5	90,5	86,8	91,4	89,2	25,4	21,6	93,9	87,3	(21,2)	26,3	18,7	16,4
	50–64	99,5	99,7	92,4	94,4	95,9	94,6	71,7	53,4	96,5	87,0	72,4	60,8	24,9	25,2
	65+	100,0	99,8	95,7	97,3	99,0	97,1	76,2	73,4	80,7	67,5	56,2	42,4	59,9	58,5
Nationalität	Schweizer	99,4	99,2	90,0	87,8	92,3	89,9	61,0	49,4	90,9	81,5	39,3	32,0	27,4	24,9
	Ausländer	97,2	99,0	87,8	87,7	88,0	87,2	(47,3)	40,1	83,3	72,8	*	24,5	(24,7)	25,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	96,0	98,5	91,9	86,7	89,8	86,8	69,5	42,3	83,5	70,7	51,2	35,3	28,2	27,4
	Sekundarstufe II	99,9	99,4	89,3	88,2	91,8	90,2	56,9	47,1	91,2	82,3	36,0	29,8	27,2	23,8
	Tertiärstufe	99,2	99,3	88,8	87,9	93,1	90,3	61,8	52,1	93,1	86,1	*	28,3	25,3	26,4

¹ Anteil der Befragten, die auf die Frage: «Wann haben Sie das letzte Mal Blutdruck/Cholesterin/Blutzucker gemessen?» weder mit «noch nie» gantwortet haben noch keine Antwort gegeben haben. Quelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

6.3.2 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Prävention ist ein wichtiger gesundheitspolitischer Faktor. Mit Krankheits- und Krebsvorsorge lassen sich nicht nur schwere Krankheiten frühzeitig erkennen und allenfalls verhindern, sondern Präventionsmassnahmen tragen letztlich auch dazu bei, Gesundheitskosten zu sparen, da die Heilungs- oder Behandlungskosten durch gesundheitliche Vorsorge gesenkt oder eingespart werden können.

Abbildung 6.7 bietet eine Übersicht über die Inanspruchnahme der wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen im Kanton Basel-Landschaft und in der Schweiz. Es fällt dabei wiederum auf, dass die Anteile an Personen, die in ihrem Leben schon einmal Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, im Kanton Basel-Landschaft durchgehend höher sind als in der Schweiz.

90% aller Baselbieterinnen haben in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung) vornehmen lassen. Der Unterschied zur Gesamtschweiz lässt sich vor allem auf die geringere Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchung in der Westschweiz zurückführen. Von den Baselbietern haben 59% eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Auch dieser Anteil ist deutlich höher als der gesamtschweizerische. Am wenigsten häufig wird die dritte hier untersuchte Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. 36% aller Baselbieterinnen haben sich einer Mammographie (Brustkrebs-Früherkennung) unterzogen. Auch dieser Anteil ist grösser als derjenige der gesamten Schweiz.

Praktisch alle Baselbieterinnen und Baselbieter haben in ihrem Leben schon mal ihren Blutdruck messen lassen. Cholesterin- und Blutzuckerspiegelmessungen wurden

Tab. 6.7 Anteil der Kantonsbewohner/innen, die in ihrem Leben schon einmal eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung/ einen Portio-Zervix-Abstrich/ eine Mammographie vornehmen liessen

Kanton	Prostata-Vorsorgeuntersuchung	Gebärmutterhals-abstrich	Mammographie
<i>Schweiz</i>	47,8	80,1	30,8
<i>Deutschschweiz</i>			
Aargau	50,1	87,2	32,5
Basel-Landschaft	59,4	89,9	36,2
Basel-Stadt	48,4	86,5	43,2
Bern	48,9	79,9	34,0
Luzern	47,2	83,5	26,0
Solothurn	52,5	85,7	29,9
St. Gallen	38,9	83,2	22,6
Zug	46,1	84,5	25,6
Zürich	51,5	85,4	27,7
<i>Restliche Deutschschweizer Kantone</i>	46,4	85,2	26,8
<i>Romandie und Tessin</i>			
Fribourg	35,7	73,1	29,7
Genf	52,0	68,8	35,3
Jura	42,7	55,2	30,8
Neuenburg	40,8	63,2	25,5
Waadt	41,6	66,3	34,5
Wallis	46,5	71,2	32,8
Tessin	45,3	79,7	34,0

Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BL = 1019; CH = 19'706.

jeweils von etwa gleich vielen Personen, nämlich von rund 90% aller Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Landschaft, schon einmal in Anspruch genommen. Allerdings wurden diese Untersuchungen wohl nicht nur in rein präventiver Hinsicht vorgenommen, sondern wahrscheinlich häufig auch im Rahmen von Untersuchungen mit nicht primär präventivem Zweck.

In Tabelle 6.6 werden die Vorsorgeuntersuchungen wieder nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt dargestellt.

Betrachtet man die Inanspruchnahme präventiver Dienstleistungen in der Schweiz, so zeigen sich in den einfachen multivariaten Analysen³⁶ geschlechtsspezifische Unterschiede: Blutdruckuntersuchungen und Grippeimpfungen werden eher bei Frauen, Cholesterinmessungen eher bei Männern durchgeführt. Im Kanton Basel-Landschaft lassen sich Unterschiede lediglich für die Cholesterinmessungen nachweisen: Männer haben diese Vorsorgeuntersuchungen in ihrem Leben eher schon einmal in Anspruch genommen als Frauen.

Bezüglich der Nationalität ergeben sich bei den einfachen multivariaten Kontrollen im Kanton Basel-Landschaft keine signifikanten Unterschiede. In der gesamtschweizerischen Analyse zeigt sich, dass Ausländerinnen und Ausländer mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal Grippeimpfungen, Cholesterinmessungen oder Portio-Zervix-Abstriche in Anspruch genommen haben als Personen mit einem Schweizer Pass.

³⁶ Da es sich hier um Lebenszeitprävalenzen handelt, wurden keine multivariaten Analysen mit allen Faktoren des «Andersen-Behavioral-Models» durchgeführt. Insbesondere die Überprüfung der dynamischen Grössen macht keinen Sinn. Es wurde deshalb lediglich multivariat nach dem Geschlecht, dem Alter, der Nationalität und der Bildung getestet.

Schichtspezifische Unterschiede (gemessen an der Bildung) zeigen sich im Kanton Basel-Landschaft lediglich bei der Mammographie: Die Anteile an Frauen, die diese Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, sind – anders als in der Gesamtschweiz – bei den eher schlechter Gebildeten höher als bei den Baselbieterinnen mit höheren Bildungsabschlüssen.

Bezüglich der hier analysierten Krebsvorsorgeuntersuchungen zeigt sich der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich in einer Spitzenposition. Er weist jeweils die höchsten Anteile an Befragten auf, die sich schon einmal in ihrem Leben Prostatavorsorgeuntersuchungen unterzogen haben bzw. einen Portio-Zervix-Abstrich vornehmen liessen. Bei den Anteilen an Frauen, die schon einmal eine Mammographie vornehmen liessen, liegt der Kanton Basel-Landschaft lediglich hinter dem Kanton Basel-Stadt (Tabelle 6.7).

Auch bei den hier analysierten Krebsvorsorgeuntersuchungen wurden weiterführende Kantonsvergleiche durchgeführt. In eher urbanen Kantonen sind die Anteile an Männern, die sich schon einmal eine Prostatavorsorgeuntersuchung unterzogen haben, höher als in eher ländlichen Kantonen. Die Sprachregion scheint zudem bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen wichtig zu sein: In den Kantonen der Romandie werden häufiger Mammographien vorgenommen, während die Anteile an Frauen, die in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich vorgenommen haben, in der Deutschschweiz höher sind als in der französischen Schweiz. Die höheren Anteile an Mammographie-Untersuchungen in der Westschweiz sind auf das Screening zurückzuführen, das in der Romandie für Frauen ab dem

Vorsorgeuntersuchungen im Testmobil

In der Gesundheitsbefragung berichtete ein erstaunlich hoher Anteil der Bevölkerung von erhöhten kardialen Risikofaktoren: 14% gaben erhöhten Blutdruck an und 8,4% erhöhtes Cholesterin. 32% der Frauen, resp. 46% der Männer gelten als übergewichtig (Kapitel 2.1.4). Gerade bezüglich des Blutdrucks und der Cholesterinwerte ist ein Vergleich der Resultate aus der Umfrage mit gemessenen Werten interessant. Sind die Angaben aus der Bevölkerung richtig? Oder werden die Gesundheitsprobleme unter- resp. überschätzt? Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft ist in der glücklichen Lage, mit dem Testmobil der Gesundheitsförderung BL regelmässig Risikofaktoren der Bevölkerung erfassen zu können. Die Zahlen aus dem Jahr 2003 zeigen anhand der Resultate von über 1'000 untersuchten (allerdings nicht zufällig ausgewählten) Personen deutlich, dass selbst die jüngsten Altersgruppen viel häufiger hohe Blutdruckwerte aufweisen, als sie annehmen.

Abb.: Häufigkeit der gefundenen Risikofaktoren bei mit dem Testmobil im Jahr 2003 getesteten Personen im Kanton Basel-Landschaft in %

Altersgruppe	Hohes Cholesterin		Hoher Blutzucker		Hoher Blutdruck		Übergewicht	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
21–40	0,0	0,0	0,5	0,2	25,0	11,4	33,3	22,8
41–60	10,6	12,6	0,6	0,4	47,9	24,3	53,6	34,7
61–80	6,7	18,8	2,4	1,6	59,3	40,2	69,7	51,3

Grenzwerte:

Hoher Cholesterinwert: über 6,2 mmol/l

Hoher Blutzucker: über 10 mmol/l

Hypertonie: BD systolisch > 139 mmHg oder diastolisch > 89 mmHg

Übergewicht: BMI über 25

Das Testmobil kann für Gesundheitsanlässe in Gemeinden und Betrieben bei der Gesundheitsförderung BL, Tel. 061 925 69 34, www.gesundheitsfoerderung.bl.ch, gebucht werden

Dominik Schorr

50. Lebensjahr läuft. Im Fall der beiden Basel zeigt sich also, dass das Fehlen eines strukturierten Mammographie-Programms nicht notwendigerweise mit einer tiefen Untersuchungsrate verknüpft sein muss.³⁷ Die hohen Anteile an Frauen in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die sich in ihrem Leben schon einmal einer Mammographie unterzogen haben, lassen sich mit den eher urbanen und modernen Strukturen der beiden Kantone deuten.

³⁷ Es sei hier zudem darauf hingewiesen, dass sich die Sterblichkeitsunterschiede, wie sie in Kapitel 2.4 beschrieben werden, nicht mit der Mammographie erklären lassen, weil es sich um verschiedene Zeiträume handelt.

6.3.3 Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen

Neben den professionellen Gesundheitsleistungen können auch informelle Hilfeleistungen durch Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn zum Wohlbefinden einer Person beitragen.³⁸ Im Jahr vor der Befragung hat etwas mehr als jede zehnte Baselbieterin bzw. jeder zehnte Baselbieter informelle Hilfe wegen gesundheitlicher Probleme in Anspruch genommen (10,4%). Im Vergleich zur gesamten Schweiz ist dieser Anteil nur unwesentlich höher (9,6%).

Mit Blick auf Tabelle 6.8 zeigen sich einige soziodemographische Besonderheiten bei der Inanspruchnahme informeller Hilfe. Zunächst fällt auf, dass Frauen häufiger Hilfe aus ihrem Bekanntenkreis beanspruchen als Männer und dass die Beanspruchung mit dem Alter zunimmt. Ausländerinnen und Ausländer sowie Personen mit eher niedrigem Bildungsniveau zählen häufiger auf nicht professionelle Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als Schweizerinnen und Schweizer sowie Personen mit eher hohen Bildungsabschlüssen. Schliesslich ist der Anteil an Personen, die informelle Hilfe in Anspruch nehmen, bei der Gruppe mit starken Beschwerden höher als bei den Gruppen ohne oder mit geringen Beschwerden. Diese Beobachtung kann als Indiz dafür dienen, dass informelle Hilfe durchaus auch auf die Gesundheitskosten dämpfend wirken kann, da Personen mit starken Beschwerden mit Hilfe sozialer Netzwerke zu Hause bleiben können.

Bei der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich neben dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand der Zivilstand und die Haushaltsgrösse als erklärungskräftig: Frauen und nicht (mehr) verheiratete Personen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, nahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch. Zudem erweist sich, dass die Inanspruchnahme informeller Hilfe sehr von verfügbaren sozialen Netzwerken abhängig ist: Je mehr Personen in einem Haushalt zusammen leben, desto grösser ist die Chance, dass eine Person in diesem Haushalt informelle Hilfe erhält.³⁹ Es scheinen also insbesondere die primären Netzwerke zu sein, die den Erhalt informeller Hilfe erleichtern. Das Alter zeigt sich – entgegen der ersten Annahme aufgrund der Tabelle 6.8 – in der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» nicht als erklärend.

³⁸ Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass unter informeller Hilfe «Hilfe aus gesundheitlichen Gründen» verstanden wird. Als Beispiel wurden «Einkaufen», «Pflege» und «Essen bringen» erwähnt.

³⁹ Die multivariate Analyse mit der gesamtschweizerischen Befragung bestätigt diesen Befund noch eindrücklicher: hier steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person informelle Hilfe erhalten hat, wenn diese Mitglied in einem Verein ist und je mehr Vertrauenspersonen sie in ihrem sozialen Umfeld zählt.

Tab. 6.8 Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung informelle Hilfe in Anspruch genommen haben (in %) nach soziodemographischen Merkmalen

		Informelle Hilfe	
		BL	CH
Geschlecht	Männer	7,9	6,5
	Frauen	12,9	12,5
Alter	15–34	(7,6)	8,3
	35–49	10,9	8,9
	50–64	11,0	8,8
	65+	12,5	14,1
Nationalität	Schweizer	9,0	9,2
	Ausländer	(18,8)	11,6
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(12,2)	11,2
	Sekundarstufe II	11,2	9,6
	Tertiärstufe	(6,0)	7,6
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	(7,2)	5,6
	einige	(7,2)	8,3
	starke	17,2	16,5

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BL) = 1019; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

ral-Models» als nicht erklärungskräftig. Kontrolliert man mit allen Faktoren des Modells, zeigt sich also, dass es nicht vorwiegend ältere Personen sind, die informelle Hilfe in Anspruch nehmen.

«Und dann habe ich entdeckt, dass andere das gleiche haben...»

Vor über 23 Jahren wurde in Basel an der Feldbergstrasse 55 die erste Stelle zur Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz gegründet. Was als «Hinterhuus» begann, hat nun als «Zentrum Selbsthilfe» einen neuen Namen und ein neues Gesicht. Im Mittelpunkt stehen weiterhin Menschen, die sich selbst und anderen helfen wollen.

Das Zentrum Selbsthilfe ist Anlaufstelle und Drehscheibe für die rund 200 Selbsthilfegruppen in der Region. Von A wie Alkoholabhängigkeit bis zu Z wie Zwillingselftern – wer Kontaktadressen sucht oder eine neue Gruppe gründen will, ist hier an der richtigen Adresse. Die Mitarbeiterinnen des Zentrums informieren und beraten alle, die sich für Selbsthilfegruppen interessieren, begleiten Gruppen beim Start und unterstützen bestehende bei ihrer Arbeit.

Es gibt viele Aspekte, die Selbsthilfegruppen zu einem wichtigen Standbein im heutigen Gesundheitswesen machen. Eine aktuelle Schweizer Studie belegt: Durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nehmen persönliche und familiäre Belastungen ab. Gleichzeitig wächst die Fähigkeit, Fachhilfe gezielt in Anspruch zu nehmen. Die Gruppenmitglieder führen insgesamt ein aktiveres Leben und verfügen über mehr Selbstbewusstsein sowie Kompetenzen im Umgang mit den eigenen Problemen.

Die Erfahrung zeigt, dass für Menschen mit psychischen Belastungen der Schritt in eine Selbsthilfegruppe gross sein kann. Das Zentrum Selbsthilfe bietet deshalb für diesen Personenkreis ein neues Gruppenangebot an, das sich an der Arbeitsweise und an den Erfahrungen von Selbsthilfegruppen orientiert. Im Unterschied zu klassischen Selbsthilfegruppen werden die so genannten «Selbsthilfegruppen plus» von einer Beraterin begleitet. Wer aus der Isolation und Einsamkeit heraus Kontakt und Unterstützung sucht, findet hier Anschluss und Sozialberatung zu Problemen, die im Zusammenhang mit psychischen Belastungen entstehen können.

Der Kanton Baselland leistet einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung der Selbsthilfeförderung in der Region. Mit Erfolg, wie die Statistik belegt: Im Baselbiet treffen sich regelmässig 67 Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Themen. Auch die Angebote und Dienstleistungen des Zentrums Selbsthilfe werden von der Bevölkerung rege genutzt. So nahmen aus dem Kanton Baselland im letzten Jahr 316 Personen mit dem Zentrum Selbsthilfe Kontakt auf, um sich über Selbsthilfemöglichkeiten zu informieren. Auch wohnten 26 von insgesamt 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Selbsthilfegruppen plus im Baselbiet.

Zentrum Selbsthilfe; Help Point
Feldbergstrasse 55, 4057 Basel
Tel. 061 689 90 90
Fax. 061 689 90 99
mail@zentrumselbsthilfe.ch
www.zentrumselbsthilfe.ch

Michael-A. Michaelis

6.4 Zusammenfassung

In der Einleitung dieses Kapitels wurden drei Fragen gestellt, auf die nachfolgend im Sinne einer Synthese Antworten aus den Resultaten abgeleitet werden:

6.4.1 Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Mit Hilfe des «Andersen-Behavioral-Models» wurde eine Reihe von Merkmalen besprochen, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Es wurde dabei unterschieden zwischen Prädispositionsfaktoren, Bedingungsfaktoren und Bedürfnisfaktoren. Die vertieften multivariaten Analysen für den Kanton Basel-Landschaft ergeben folgende Auffälligkeiten:

- Bei den *Prädispositionsfaktoren* zeigt sich insbesondere das *Geschlecht* als wichtiger Faktor. Frauen nehmen signifikant häufiger ärztliche, hausärztliche, zahnärztliche und alternativmedizinische Dienstleistungen sowie informelle Hilfe in Anspruch als Männer. Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Frauen und Männern ist insbesondere auf unterschiedliche geschlechterspezifische soziale und biologische Faktoren zurückzuführen, die sich auf die Gesundheit von Frauen und Männern anders auswirken (z. B. unterschiedliches Risikoverhalten, Schwangerschaft, etc.). Die Gesundheit von Frauen und Männern unterscheidet sich aber nicht nur quantitativ (Krankheitshäufigkeiten, Inanspruchnahme), sondern auch qualitativ (unterschiedliche Krankheiten, unterschiedliche Gesundheitsrisiken, unterschiedliches Gesundheitsverhalten; vgl. dazu die vorhergehenden Kapitel, aber auch Camenzind und Meier 2004). Das *Alter* nimmt hingegen nicht den vermuteten Stellenwert ein: Mit dem Alter nimmt zwar die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Hausärztinnen und Hausärzten signifikant zu, Männer gehen mit zunehmendem Alter eher zu Spezialärztinnen und Spezialärzten und Frauen nehmen mit zunehmendem Alter seltener gynäkologische Dienstleistungen in Anspruch, bei allen anderen hier untersuchten Dienstleistungen spielt das Alter jedoch keine Rolle, obwohl in den vorhergehenden Kapiteln gezeigt wurde, dass mit zunehmenden Lebensjahren die Gesundheit eher schlechter wird und körperliche Beschwerden eher zunehmen. Die von den Befragten angegebene Inanspruchnahme scheint davon jedoch nicht in grossem Ausmass betroffen zu sein. Dies dürfte teilweise auf die häufigere Inanspruchnahme durch jüngere Baselbieterinnen und Baselbieter zurückzuführen sein. Auffällig ist zudem die geringe Bedeutung der *Nationalität*. Auch wenn aufgrund der sehr geringen Fallzahlen Zurückhaltung in der Interpretation angebracht ist, erstaunt es doch, dass die Nationalität lediglich bei Zahnarztbesuchen und bei der Inanspruchnahme manueller Dienstleistungen auf signifikantem Niveau erklärungskräftig ist. Es scheint, als stellten sich den Migrantinnen und Migranten im Kanton Basel-Landschaft geringere sprachliche und kulturelle Hürden für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als in der gesamten Schweiz.
- Bei den *Bedingungsfaktoren* wurde unterschieden zwischen Grössen, die die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht messen, Grössen, die soziales Kapital indizieren, Einstellungsgrössen sowie der Krankenkassenprämie. Es kann festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Leistungen praktisch nicht mit *Schichtfaktoren* erklärt werden kann. Auffällig ist insbesondere der Faktor Bildung, der sich auf gesamtschweizerischer Ebene immer wieder als erklärungskräftig zeigt. Auf kantonalem Niveau – zumindest im Kanton Basel-Landschaft – scheint er hingegen keine Rolle zu spielen. Schichtunterschiede zeigen sich einzig bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen: Baselbieterinnen und Baselbieter, die ein hohes Einkommen haben, bzw. Personen mit hohen Bildungsabschlüssen nahmen in den zwölf Monaten vor der Befragung häufiger zahnärztliche bzw. dentalhygienische Dienstleistungen in Anspruch. Wer über *soziales Kapital* verfügt, muss weniger lange im Spital gepflegt werden, nimmt mit geringerer Wahrscheinlichkeit ambulante Dienstleistungen in Spitälern wahr und kann auf mehr informelle Hilfe zählen. Eine starke Einbindung in soziale Netzwerke kann also Kosteneinsparungen nach sich ziehen (vgl. auch Hu und Goldmann 1990; Meyer und Jeanneret 1999).
- Es erstaunt nicht, dass bei den *Bedürfnisfaktoren* der von den Befragten eingeschätzte Gesundheitszustand und die angegebenen körperlichen Beschwerden für die Inanspruchnahme der hier untersuchten Dienstleistungen stark erklärungskräftig sind. Wer über *Beschwerden* oder einen schlechten allgemeinen *Gesundheitszustand* klagt, hat in den zwölf Monaten vor der Befragung mit grösserer Wahrscheinlichkeit Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen sowie Spezialärztinnen und Spezialärzte im Besonderen aufgesucht. Auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen in Spitälern, die Aufenthalts-

dauer für Spitalpflege und die Wahrscheinlichkeit des Erhalts informeller Dienstleistungen lassen sich durch starke körperliche Beschwerden und den als eher schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand erklären. Erstaunlich ist hingegen die schwache Erklärungskraft von Grössen, die das Gesundheits- und Risikoverhalten der Befragten messen. Zu erwarten wäre beispielsweise eine häufigere Inanspruchnahme kurativer Leistungen durch sportlich aktive Personen (vgl. dazu auch das Kapitel 3.2 zu den Unfällen bei Sport und Spiel). Alle in die Analyse einbezogenen Grössen tragen jedoch praktisch nicht zur Erklärung von Unterschieden in der individuellen Inanspruchnahme bei. Ausnahme bilden einzig das Ernährungsbewusstsein und die Tabakabstinenz, die zu einer höheren Inanspruchnahme alternativmedizinischer Dienstleistungen führen. Die schwache Erklärungskraft lässt sich vermutlich auf den Umstand zurückführen, dass sich positives wie negatives Gesundheitsverhalten erst im höheren Lebensalter auswirken dürfte. Die Befragten wurden aber nach ihrem jetzigen Verhalten gefragt.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass im Kanton Basel-Landschaft die individuellen Bedürfnisse gedeckt werden. Es sind der eingeschätzte schlechte Gesundheitszustand und die angegebenen körperlichen Beschwerden, die die Unterschiede in der individuellen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erklären. Hervorzuheben ist dabei, dass Frauen die Dienstleistungen intensiver nutzen als Männer, dass es aber bezüglich des Alters, der Nationalität und der Schichtzugehörigkeit keine grossen Unterschiede in der Inanspruchnahme gibt. Hervorzuheben ist schliesslich, dass soziales Kapital in Form von Eingebundenheit in soziale Netzwerke die Dauer der Spitalpflege verkürzt, mehr informelle Hilfe garantiert und ambulante Behandlungen in Spitälern weniger wahrscheinlich macht.

6.4.2 Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Es ist eine bekannte gesundheitssoziologische Erkenntnis, dass schichtspezifische Faktoren Unterschiede im Gesundheitsverhalten, in Gesundheitsrisiken und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bewirken. Zugespitzt formuliert bedeutet dies: Gebildete und reiche Schweizerinnen und Schweizer haben bessere Zugangschancen zum medizinischen System. Ausländerinnen und Ausländern sowie Personen, die kein hohes Haushaltseinkommen und keine nachobligatorische Ausbil-

dung haben, stellen sich hingegen kulturelle, sprachliche oder finanzielle Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme (BFS 2002; Mielck 1994; Taskin und Bisig 2004).

Die Resultate der hier gemachten Analysen und Ausführungen für den Kanton Basel-Landschaft sind aber bezüglich der schicht- und nationenspezifischen Unterschiede nicht alarmierend. Weder die Nationalität noch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage scheinen – teilweise anders als in der Analyse der Gesamtschweiz – die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen einzuschränken. Eine Ausnahme soll hier dennoch festgehalten werden: Schicht- und nationenspezifische Differenzen zeigen sich bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen. Ausländerinnen und Ausländer, Personen ohne nachobligatorische Bildungsabschlüsse und Personen mit niedrigem Einkommen suchen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker auf. Der Grund dürfte im Umstand zu finden sein, dass zahnmedizinische Leistungen selber bezahlt werden müssen. Obwohl der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich den grössten Anteil an Befragten aufweist, die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt aufgesucht haben, scheinen hier Barrieren für weniger Bemittelte zu bestehen. Dies ist deshalb problematisch, weil gerade bei unteren Schichten und bei der ausländischen Bevölkerung eine schlechtere Zahnhygiene festzustellen ist (Menghini 2003).

6.4.3 Wo steht der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Als auffälligstes Resultat zeigt sich im Kanton Basel-Landschaft eine im Vergleich zur Gesamtschweiz stärkere Inanspruchnahme von praktisch allen hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen. Mit anderen Worten: Die Baselbieterinnen und Baselbieter nehmen ärztliche Hilfe in grösserem Umfang in Anspruch als die gesamtschweizerische Bevölkerung.

Die Anteile an Baselbieterinnen und Baselbietern, die die entsprechenden Leistungen in Anspruch genommen haben, sind im interkantonalen Vergleich mit Ausnahme der Hausärztinnen- und Hausarzt- sowie der Frauenärztinnen- und Frauenarztconsultationen überdurchschnittlich hoch. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang insbesondere die hohen Bevölkerungsanteile, die in ihrem Leben schon einmal Krebspräventionsuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Die geringe

Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Dienstleistungen kann am ehesten durch den im Vergleich eher geringen Anteil an älteren Personen gedeutet werden. Die ansonsten eher überdurchschnittliche Inanspruchnahme insbesondere von Präventionsmassnahmen lässt sich teilweise durch strukturelle Faktoren erklären. Der im Vergleich hohe Urbanitätsgrad, die relativ moderne Beschäftigungsstruktur und die mittlere Dichte an medizinischen Angeboten scheinen die Inanspruchnahme zu fördern.

Eine häufigere Inanspruchnahme erhöht jedoch auch die Gesundheitskosten. Auf der einen Seite gibt der Kanton Basel-Landschaft im interkantonalen Vergleich zwar unterdurchschnittlich viel für Gesundheit aus, die durchschnittlichen Krankenkassenprämien liegen jedoch sowohl aufgrund der Angaben der Befragten⁴⁰ wie auch aufgrund der offiziellen Statistiken über dem schweizerischen Mittel.⁴¹ Die eher unterdurchschnittlichen kantonalen Gesundheitsausgaben könnten darauf zurückzuführen sein, dass der Kanton Basel-Landschaft insbesondere hinsichtlich interkantonomer Patientenwanderungen als Nettoexporteur gilt (vgl. BFS: Medizinische Statistik 2002), was mit geringeren Infrastrukturkosten verbunden ist.

⁴⁰ Der Kanton Basel-Landschaft liegt in einer Rangliste, die aufgrund des Mittels der von den Befragten angegebenen Krankenkassenprämien gebildet wird, auf Rang 3 (hinter Genf und Basel-Stadt).

⁴¹ Vgl. http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/1_4_2/2004/d/142.pdf. Hier wurde die durchschnittliche monatliche Prämie für die obligatorische Grundversicherung verglichen. Der Kanton Basel-Landschaft liegt bei diesem Vergleich an siebter Stelle.

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

Im Laufe der vergangenen Jahre sind die Kosten im Gesundheitswesen der Schweiz stetig angestiegen. Es finden sich die verschiedensten Faktoren zur Erklärung dieser Kostenentwicklung. Auf der Angebotsseite häufig genannt werden der medizinisch-technische Fortschritt, der Ausbau des Leistungsangebots sowie die starke Zunahme des medizinischen Personals (Gilliand, 2004; BFS, 2004d). So führt ein grösseres Angebot an medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu einer verstärkten Nachfrage nach solchen Dienstleistungen (Domenighetti, 1995). Wichtiger Einflussfaktor auf der Nachfrageseite ist die alternde Bevölkerung, welche nach mehr, nach komplexeren und damit auch nach teureren Behandlungsformen verlangt (Höpflinger und Hugentobler, 2003).

Fünf Jahre nach der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) hat der Dachverband der Krankenversicherer santésuisse im Jahr 2001 das Informationssystem «Datenpool» eingeführt. Der Datenpool von santésuisse erlaubt eine verbesserte Analyse und ein tieferes Verständnis der Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). So kann – den politischen Akteuren und allen weiteren interessierten Kreisen – detailliert gezeigt werden, wie sich die Kosten auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilen und auf welche Weise die Leistungen von den Versicherten in Anspruch genommen werden. Allerdings umfasst die OKP lediglich 32,6% der gesamten Ausgaben des schweizerischen Gesundheitswesens, welche sich im Jahr 2003 auf rund 49,9 Milliarden Franken⁴² beliefen (BFS, 2005b). Die übrigen 67,4% der Gesundheitskosten in der Schweiz werden von den privaten Haushalten als Kostenbeteiligung oder als «out-of-pocket», dem Staat (v. a. Spitalsubventionen), den Privatversicherungen sowie den weiteren Sozialversicherungen (IV-AHV, UV, MV) bezahlt. Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft für den Bereich der OKP betrachtet. Direkte Vergleiche mit vorangehenden Kapiteln des Berichtes sind schwie-

rig, da dort das generelle Gesundheitsverhalten bzw. die Inanspruchnahme aller medizinischer Leistungen besprochen werden; dies unabhängig davon, ob von der OKP eine Kostengutsprache erfolgt oder nicht. Die Analysen im vorliegenden Kapitel basieren auf dem Datenpool von santésuisse für die Jahre 1999 bis 2003. Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit den Kosten in der OKP für die verschiedenen Kategorien der Leistungserbringer. Es wird sowohl auf die Entwicklung der Kosten als auch auf deren Aufteilung eingegangen. Ebenso wird ein Vergleich zwischen den Pro-Kopf-Kosten des Kantons Basel-Landschaft und jenen der Kantone der Nordwestschweiz sowie der Schweiz insgesamt vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versichertenmodelle und die Prämienentwicklung in der OKP analysiert und präsentiert.

Welche Kosten sind im Datenpool⁴³ ausgewiesen?

Der Datenpool basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit liefern 82 Versicherer ihre Daten an den Datenpool, welche eine Marktdeckung von gut 94% der in der Schweiz versicherten Personen haben. Für den Kanton Basel-Landschaft beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2003 auf 93,5%.⁴⁴ Die offiziellen santésuisse-Statistiken werden anhand der Bestandeszahlen des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet.⁴⁵ In den Publikationen des Gesundheitsobservatoriums wird ebenso verfahren. Die absoluten Kosten werden jeweils mit dem entsprechenden Abdeckungsgrad hochgerechnet. Im Datenpool werden alle durch die am System beteiligten Versicherer er-

⁴³ Die nachfolgende Beschreibung des Datenpools von santésuisse basiert auf dem Abschnitt «Methodische Aspekte» aus dem Arbeitsdokument Nr. 10 des Obsan (vgl. Sturny, 2004).

⁴⁴ Der Abdeckungsgrad des Datenpools (im Vergleich mit der Statistik des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG) betrug für den Kanton Basel-Landschaft 93,0% im Jahr 1999, 92,8% im Jahr 2000, 93,9% im Jahr 2001 und 94,0% im Jahr 2002.

⁴⁵ Der Risikoausgleich in der OKP bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Der Risikoausgleich ist in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit Einheitsprämien je Versicherer und Prämienregion ein notwendiges Systemelement und soll verhindern, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektionen unterlaufen wird.

⁴² Die 2003 Daten sind provisorisch. Die definitiven Zahlen werden im Verlauf des Jahres publiziert (vgl. <http://www.bfs.admin.ch>).

fassten Rechnungen – inklusive die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen (Franchisen, Selbstbehalte und Beiträge an die Kosten des Spitalaufenthalts) – zusammengeführt. Damit deckt der Datenpool rund 36,0% der Kosten im Schweizer Gesundheitswesen ab. In der Datenbank sind allerdings nur diejenigen Leistungen enthalten, welche die Versicherten an die Krankenversicherung auch effektiv ein-senden oder welche durch die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise), aber auch Leistungen, welche nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Auch sind keine Angaben über die vom Staat an die Leistungserbringer bezahlten Gelder (z. B. Subventionierung des stationären Bereichs) vorhanden.

7.1 Übersicht über die Kosten der OKP im Kanton Basel-Landschaft

7.1.1 Kostenentwicklung

In Abschnitt 7.1.1 werden die Entwicklung und Verteilung der Kosten in der OKP im Kanton Basel-Landschaft über die letzten fünf Jahre nach Leistungsarten und nach Leistungserbringern untersucht. Bei den Leistungserbringern werden sieben Kategorien unterschieden, die in weitere Unterkategorien für Leistungen von Ärzten und von Spitälern (Leistungsarten) unterteilt werden können. Nach Betrachtung der globalen Kostenentwicklung wird auf die Kostenanteile der einzelnen Leistungserbringer an den Gesamtkosten der OKP eingegangen.

Der Kanton Basel-Landschaft zählte im Jahr 2003 insgesamt 265'193 Versicherte; 15,9% davon waren über 65 Jahre alt.⁴⁶ Hingegen umfasste die Grossregion⁴⁷ Nordwestschweiz, zu welcher der Kanton Basel-Landschaft gehört, im gleichen Jahr 1'015'286 Versicherte, wobei sich der Anteil der Personen im Alter von über 65 Jahren auf 15,2% betrug.

Aus Tabelle 7.1 gehen die Kosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten für den Kanton Basel-Landschaft hervor. Die Leistungen der OKP für Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft beliefen sich im Jahr 1999 auf 547,2 Millionen Franken. Im Jahr 2003 betrug diese Leistungen 676,9 Millionen Franken, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 5,5% ab 1999 entspricht. Die

höchste jährliche Wachstumsrate findet sich bei den ambulanten Behandlungen in Spitälern (+12,7%). Die Spitalkosten für stationäre Behandlungen haben in derselben Periode um 3,3% zugenommen. Gesamtschweizerisch ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten: Die Kosten für ambulante Behandlungen in Spitälern sind in der Schweiz zwischen 1999 und 2003 um jährlich 9,3% und jene für stationäre Behandlungen um 3,6% gestiegen. Dank der Spitalplanung konnten einige Überkapazitäten im stationären Bereich reduziert werden. Die Annahme, dass eine nachhaltige Umlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich der Spitäler stattgefunden hat, konnte bislang zumindest auf gesamtschweizerischer Ebene nicht nachgewiesen werden (BSV, 2004).

Im Kanton Basel-Landschaft ist der Medikamentenverkauf durch Ärztinnen und Ärzte (Selbstdispensation) relativ weit verbreitet. Der Anteil dieser von Ärztinnen und Ärzten selbst abgegebenen Medikamente am Total aller Medikamentenkosten belief sich im Jahr 2003 auf 54,1%. Die Kosten aller – von Ärztinnen, Ärzten und von Apotheken abgegebenen – Medikamente (ohne Mittel und Gegenstände) stiegen zwischen 1999 und 2003 pro Jahr um durchschnittlich 7,1% an. 2003 lagen sie bei 137,6 Millionen Franken, dies sind 20,3% der Gesamtausgaben in der OKP des Kantons. Zwischen 1999 und 2003 ist der Anteil der von den Apotheken abgegebenen Medikamente (ohne Mittel und Gegenstände) am Total der OKP-Kosten von 8% auf 9,3% gestiegen. Hingegen sind gemäss BFS (2004c) die Preise der meisten rezeptpflichtigen Medikamente im Zuge der Einführung der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) per 1. Juli 2001 gesunken. Dass die Kosten zwischen 2001 und 2003 in der Kategorie «Apotheken und Abgabestellen» trotzdem gestiegen sind, kann folgende Ursachen haben (BSV, 2004): Die Reduktion der Medikamentenpreise wurde durch die Einführung der Beratungstaxe wieder kompensiert; die demographische Entwicklung führte zur vermehrten Verschreibung von Medikamenten; die steigende Nachfrage der Patientinnen und Patienten nach Medikamenten löste eine Mengenausweitung aus; neue ambulante Behandlungen führten zu einem gesteigerten Medikamentenkonsum; ältere Medikamente wurden durch neuere, wesentlich teurere Produkte ersetzt, usw.

Mit den verschiedenen positiven Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der höheren Lebenserwartung steigen auch die Leistungs- und Pflegebedürfnisse der alternden Bevölkerung. Die Inanspruchnahme zusätzlicher geriatrischer Einrichtungen (vgl. Gilliland, 2004) ist ein entsprechender Indikator. Im Kanton Basel-Land-

⁴⁶ Gemäss Statistik Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

⁴⁷ Einteilung in Grossregionen gemäss Bundesamt für Statistik BFS.

Tab. 7.1 Kosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten für den Kanton Basel-Landschaft, gemäss Wohnkanton, 1999–2003, hochgerechnet

Leistungserbringer	Leistungsart	1999	2000	2001	2002	2003	Anteil am Total 2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung
		in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF	in %	in %
Ärzte	Behandlungen Arztpraxis	158,1	164,3	170,7	175,4	180,4	26,7	3,4
	Medikamente Arztpraxis	61,0	67,1	70,1	72,0	74,4	11,0	5,1
	übrige Leistungen	1,2	1,3	1,1	1,5	1,5	0,2	4,8
	Ärzte Total	220,3	232,6	241,9	248,9	256,3	37,9	3,9
Apotheken und Abgabestellen		45,1	49,8	54,9	63,5	65,2	9,6	9,7
Ambulante Pflege ¹		8,1	8,5	9,5	10,2	11,5	1,7	9,3
Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten ²		20,9	21,4	22,1	23,0	23,8	3,5	3,3
Laboratorien		12,8	13,3	13,6	14,0	14,6	2,2	3,4
Spitäler	Spital ambulant/teilstationär	59,0	65,6	85,4	83,0	95,3	14,1	12,7
	Spital stationär	142,5	150,9	149,4	149,3	162,1	23,9	3,3
	Krankenpflege Heim	24,1	25,3	26,2	34,4	31,5	4,7	6,9
	übrige Leistungen	1,2	1,4	2,5	3,6	1,4	0,2	3,2
	Spitäler Total	226,8	243,2	263,5	270,3	290,3	42,9	6,4
Andere Leistungserbringer ³		13,2	15,0	15,6	17,4	15,1	2,2	3,5
Total		547,2	583,8	621,1	647,3	676,9	100,0	5,5

¹ «Ambulante Pflege»: Krankenpflege und SPITEX-Organisationen.

² «Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten»: Chiropraktoren, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten.

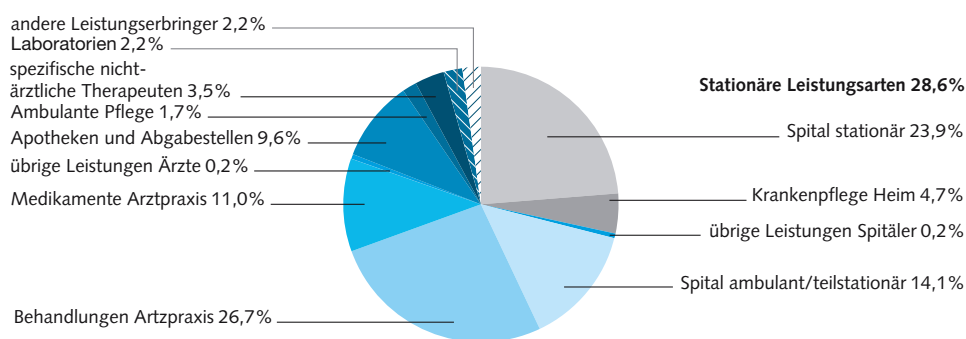
³ «Andere Leistungserbringer»: Ernährungsberater, Fürsorge, Heilbäder, teilstationäre Einrichtungen, Transport- und Rettungsunternehmen, Zahnärzte, übrige Rechnungssteller, unbekannt.

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

Verteilung der Kosten nach Kategorien von Leistungsarten Kanton Basel-Landschaft, 2003

Abb. 7.1



Ambulante Leistungsarten 71,4%

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

schaft, wo 1999 der Anteil der über 65-jährigen Personen von 14,6% auf 15,9% in 2003 zunahm, wird diese Entwicklung in Tabelle 7.1 bei den Kostensteigerungen für ambulante Pflege und für Behandlungen in Alters- und Pflegeheimen sichtbar. Diese Leistungen werden auch in Zukunft weiter ansteigen.

Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags für Zusatzversicherte haben viele Spitäler ihre Rechnungen im Jahr 2002 zurückbehalten und erst im darauffolgenden Jahr verrechnet. Im Datenpool von santésuisse muss im Jahr 2002 deshalb von einer Unterschätzung der stationären sowie der ambulanten und teilstationären Spitalleistungen und von überhöhten Wachstumsraten für das Jahr 2003 ausgegangen

werden. Im Kanton Basel-Landschaft kann dieser Effekt in der Kategorie «Spital stationär» und «Spital ambulant/teilstationär» (Tabelle 7.1) deutlich beobachtet werden.

7.1.2 Verteilung der Kosten in der OKP

Abbildung 7.1 zeigt die Aufteilung der OKP-Leistungen auf den stationären und den ambulanten Sektor im Kanton Basel-Landschaft. Zudem werden die Anteile der verschiedenen Leistungserbringer an den Kosten der OKP im Kanton Basel-Landschaft ausgewiesen.

Der Anteil des stationären Sektors – bestehend aus den stationären Spitalleistungen und den Leistungen der Alters- und Pflegeheime – liegt bei 28,6%; für die gesamte Schweiz beträgt dieser Anteil 31,0%. Die Leis-

tungen der Arztpraxen (Behandlungen, Medikamente, übrige ärztliche Leistungen) machen mit 37,9% der Kosten den grössten Teil der ambulanten Leistungen im Kanton Basel-Landschaft aus (30,5% für die Schweiz). Der Kostenanteil der von Ärztinnen, Ärzten oder Apotheken und Abgabestellen verkauften Medikamente und Gegenstände liegt bei 20,6% (21,8% für die Schweiz).

Verglichen mit 1999 ist der Kostenanteil des ambulanten Sektors im Kanton Basel-Landschaft angestiegen. Während dem ambulanten Sektor im Jahr 1999 rund 69,6% der OKP-Kosten zuzuschreiben waren, betrug dieser im Jahr 2003 71,4% aller OKP-Kosten. Schweizweit stieg der Anteil des ambulanten Sektors an den OKP-Kosten im Jahr 1999 von 67,6% und auf 69,0% im Jahr 2003. Ein Teil des Anteilrückgangs der stationären Leistungen ist – zumindest für die Gesamtschweiz – auf eine Auslagerung der Pflegefälle zurückzuführen (BSV, 2004).

Im ambulanten Sektor machen die Behandlungen in den Arztpraxen mit 26,7% den grössten Teil der Gesamtkosten im Jahr 2003 in Basel-Landschaft aus; im Vergleich zu 1999 mit 28,9% ist dieser Anteil jedoch um über zwei Prozentpunkte zurückgegangen. Der Anteil der von Apotheken oder von Ärztinnen und Ärzten dispensierten Medikamente ist gegenüber 1999 (19,4%) leicht gestiegen und lag 2003 bei 20,6%.

7.1.3 Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP

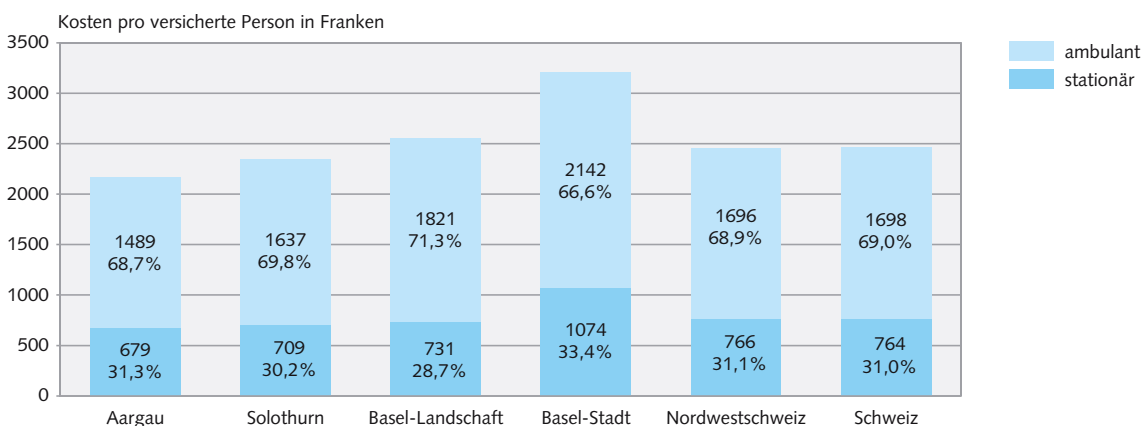
In diesem Abschnitt werden die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person mit Wohnort im Kanton Basel-Landschaft mit den Kosten in den anderen Kantonen der Grossregion Nordwestschweiz verglichen. Betrachtet wird auch die Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten zwischen 1999 und 2003.

Im Jahr 2003 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Basel-Landschaft bei 2552 Franken (Abbildung 7.2) und waren damit leicht höher als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten in der Grossregion Nordwestschweiz (2461 Franken pro versicherte Person). Sie lagen aber um über 650 Franken tiefer als im Kanton Basel-Stadt, der einen Wert von 3216 Franken pro versicherte Person aufwies. Dies ist zumindest teilweise auf die unterschiedliche Altersstruktur in den beiden Kantonen zurückzuführen. Der Kanton Basel-Landschaft zählt mehr junge Personen unter 18 Jahren als der Kanton Basel-Stadt, der zudem einen grösseren Anteil an älteren Personen über 65 Jahren aufweist. Die Disparitäten zwischen den beiden Kantonen lassen sich aber auch durch Unterschiede bei den Tarifen, den Löhnen und den institutionellen Strukturen erklären. Das Vorhandensein einer medizinischen Fakultät und eines Universitätsspitals, unterschiedliche Ärztedichte und Urbanitätsgrad oder die Selbstdispensation von Medikamenten sind Faktoren, die solche Kostenunterschiede erklären können.

Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten variiert zwischen den verschiedenen Kantonen. Den im Kanton Basel-Landschaft beobachteten Wert von 71,3% erreicht jedoch kein anderer Kan-

Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten nach Wohnkanton im regionalen Vergleich, 2003, in CHF

Abb. 7.2



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

ton. So lag im Jahr 2003 dieser Anteil im Kanton Aargau bei 68,7% und im Kanton Basel-Stadt bei 66,6%. Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des stationären und des ambulanten Sektors sind deswegen schwierig zu interpretieren, weil die kantonalen Subventionen im Datenpool bzw. der OKP nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Spitalleistungen der Grundversorgung hier nur bis zu einem Anteil von maximal 50% dieser Kosten erfasst.

Zwischen 1999 und 2003 haben sich die Pro-Kopf-Kosten der OKP in den Kantonen der Grossregion Nordwestschweiz unterschiedlich entwickelt. Im Kanton Basel-Landschaft beträgt die mittlere jährliche Steigerung für den stationären Sektor 3,4%. Im Kanton Aargau liegt diese Rate bei 4,5%, im Kanton Solothurn bei 4,6% und im Kanton Basel-Stadt, der seine stationären Ausgaben seit dem Jahr 2000 stark gebremst hat, bei 1,1%. Im ambulanten Sektor aller vier Kantone wachsen die Kosten der OKP schneller an: Die durchschnittliche jährliche Steigerung beträgt im Kanton Basel-Landschaft 5,7%, im Kanton Aargau 6,1%, im Kanton Solothurn 6,4% und im Kanton Basel-Stadt 4,5%.

7.2 Versicherungsmodelle

Die Prämien in der OKP, welche hauptsächlich vom Verlauf der Kosten für die erbrachten Leistungen abhängen, sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinu-

ierlich angestiegen. Jedoch variiert der Anstieg dieser Prämien je nach gewähltem Versicherungsmodell. Der Datenpool von santésuisse unterscheidet fünf verschiedene Modelle innerhalb der OKP: Ordentliche Franchise (Minimalfranchise), wählbare Franchise (mit verschiedenen Stufen), Bonus-Versicherung, Hausarztmodell sowie das HMO-Modell (Health Maintenance Organization).

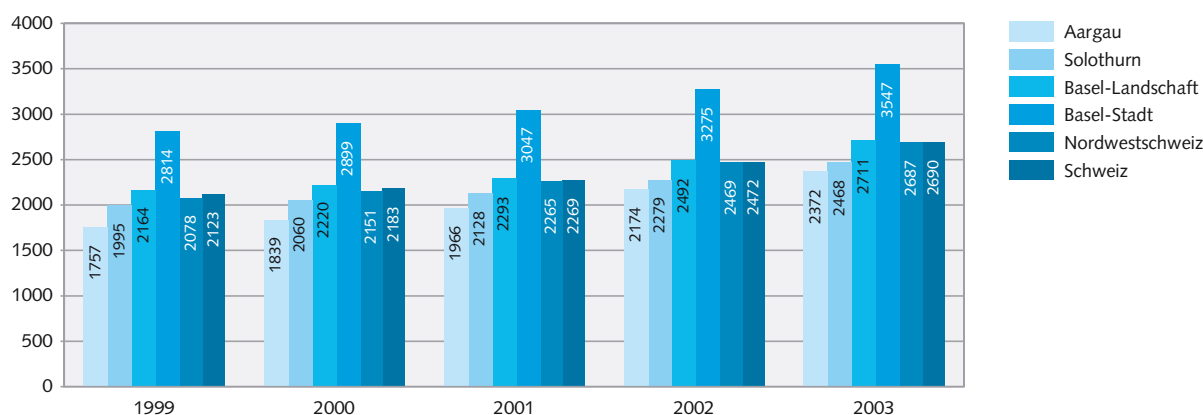
Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der – seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton Basel-Landschaft gibt es zwei unterschiedliche Prämienregionen, welche aber erst ab dem Berichtsjahr 2004 separat betrachtet werden können. Grafik 7.3 zeigt, dass Unterschiede der Durchschnittsprämien zwischen den Kantonen erheblich sein können.

Im regionalen Vergleich lagen die Erwachsenenprämien⁴⁸ der OKP im Kanton Basel-Landschaft zwischen 1999 und 2003 sowohl leicht über dem Durchschnitt der Schweiz als auch der Grossregion Nordwestschweiz. Im Gegensatz dazu ist die mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003 mit 5,8% etwas weniger hoch als jene der Schweiz (+6,1%) sowie jene der Nordwestschweiz (+6,6%). Innerhalb der Prämienregionen variieren die Prämien jedoch je nach Versicherungsmodell.

Das Modell der ordentlichen Franchise sieht eine jährliche Kostenbeteiligung für die Versicherten in Form eines festen Jahresbetrags von 230 Franken vor. Das Modell der wählbaren Franchise ermöglicht verschiedene Prämienreduktionen, wenn die versicherte Person

Obligatorische Pro-Kopf-Krankenkassenprämie für erwachsene Versicherte (19 Jahre und älter) aus dem Kanton Basel-Landschaft im regionalen und kantonalen Vergleich, 1999–2003, in CHF

Abb. 7.3



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

⁴⁸ Um die Prämien der OKP einheitlicher vergleichen zu können, wurden Versicherte unter 19 Jahren (Kinder) aus der Analyse in diesem Abschnitt ausgeschlossen. In der Analyse wurden somit die zwei Gruppen, Erwachsenen (26 Jahre und mehr) und junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) berücksichtigt.

eine Kostenbeteiligung zwischen 400 und 1500 Franken wählt. Per 1.1.2004 wurden die ordentliche Franchise von 230 auf 300 Franken und der Höchstbetrag für den zehnpromzentigen Selbstbehalt von 600 auf 700 Franken erhöht. Ab dem 1. Januar 2005 liegen die Beträge der wählbaren Franchisen zwischen 500 und 2500 Franken.

Das *HMO-Modell* sieht Praxisgemeinschaften vor, in denen die Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis und nicht mehr nach dem Prinzip der Einzelleistungsabrechnung arbeiten. In der Schweiz gibt es bis heute 22 HMOs mit insgesamt rund 130 angestellten Ärztinnen und Ärzten (Baumberger, 2004). Gemäss Datenpool von santésuisse haben im Jahr 2003 in der Schweiz rund 91'000 erwachsene Versicherte das HMO-Modell gewählt.

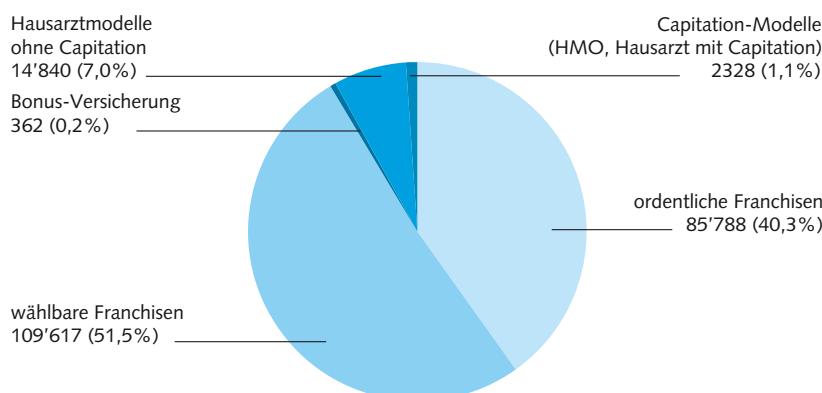
Im *Hausarztmodell* wird zwischen den Krankenversicherern und Ärzteguppen eine Vereinbarung ausgehandelt. Die versicherte Person wählt einen auf der Liste des Versicherers aufgeführten Hausarzt oder eine Hausärztin aus. In der Schweiz gibt es zurzeit rund 58 Ärztenetze, die mit über 30 verschiedenen Krankenversicherern entsprechende Vereinbarungen getroffen haben (Baumberger, 2004). Gemäss Datenpool haben sich 2003 in der Schweiz rund 383'500 erwachsene Versicherte für dieses Modell entschieden. Managed-Care-Modelle zeichnen sich durch eine Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko für die Patientinnen und Patienten sowie die Vernetzung von Behandlungsinstitutionen aus (Lauterbach, 1996). Während im HMO-Modell die Budgetmitverantwortung realisiert ist, beschränkt sich die grosse Mehrzahl der Ärztenetze in der Schweiz auf eine verbesserte Integration der Versorgung.

Schliesslich gibt es noch das Modell der *Bonus-Versicherung*, das einen Bonus in Form einer Prämienreduktion vorsieht, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat. Dieses System ist in der Schweiz wenig verbreitet und eher rückläufig; 2003 wurden in der Schweiz noch rund 8000 erwachsene Versicherte mit einer Bonus-Versicherung gezählt.

Im Kanton Basel-Landschaft wählten 9 von 10 Personen (91,8%) ein Modell mit ordentlicher oder mit wählbarer Franchise. Wahlfranchisen-Modelle sind mit einer Zunahme von 13'717 Versicherten zwischen 1999 und 2003 bei Weitem die beliebtesten Modelle, während das Modell mit der ordentlichen Franchise eine Abnahme von 9806 Versicherten verzeichnete. Rund 7% der Versicherten im Kanton Basel-Landschaft wählten das Hausarztmodell, und 1,1% bevorzugten das HMO-Modell; 1999 waren es noch 6,5% bzw. 0,9% gewesen. Das Hausarztmodell konnte zwischen 1999 und 2003 1416 neue Versicherte anziehen, während sich in derselben Periode 388 Personen neu für ein HMO-Modell entschieden. Die Verteilung der im Kanton Basel-Landschaft wohnhaften erwachsenen Versicherten entspricht nahezu der Verteilung der Versicherungsmodelle für die gesamte Schweiz. Mit 8,1% aller Versicherten im Kanton Basel-Landschaft so wie in der ganzen Schweiz sind die beiden Managed-Care-Modelle der OKP immer noch relativ wenig populär. Sie dürften jedoch aufgrund des erhöhten Kostendrucks im schweizerischen Gesundheitssystem auch im Kanton Basel-Landschaft an Bedeutung gewinnen (Lehmann, 2003).

Anzahl Personen und prozentuale Verteilung der erwachsenen Versicherten im Kanton Basel-Landschaft (19 Jahre und älter) nach OKP-Modellen, 2003, hochgerechnet

Abb. 7.4



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.
Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

Tab. 7.2 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modellen für erwachsene Versicherte aus dem Kanton Basel-Landschaft, 1999 – 2003

OKP-Modelle	Durchschnittsprämie ¹ in CHF					Mittlere jährliche Veränderung in %
	1999	2000	2001	2002	2003	
Modell der ordentlichen Franchise	2340	2408	2518	2755	3069	7,0
Modelle mit wählbaren Franchisen						
- Franchise 400 CHF	2170	2275	2394	2684	2963	8,1
- Franchise 600 CHF	1985	2055	2146	2385	2660	7,6
- Franchise 1200 CHF	1659	1717	1785	1969	2183	7,1
- Franchise 1500 CHF	1407	1458	1505	1670	1869	7,4
Bonus-Versicherung ²	1680	1740	1803	2068	2198	6,9
Hausarztmodelle ohne Capitation:						
- Ordentliche Franchise	2102	2182	2282	2434	2675	6,2
- Franchise 400 CHF	1916	2009	2085	2247	2463	6,5
- Franchise 600 CHF	1812	1896	1961	2031	2181	4,8
- Franchise 1200 CHF	1508	1578	1639	1743	1855	5,3
- Franchise 1500 CHF	1314	1354	1380	1488	1659	6,0
Capitationsmodelle (HMO, Hausarzt mit Capitation):						
- Ordentliche Franchise	2094	2040	2149	2406	2699	6,5
- Franchise 400 CHF	1852	1872	1948	2135	2325	5,8
- Franchise 600 CHF	1750	1745	1821	1913	2081	4,4
- Franchise 1200 CHF	1429	1533	1522	1667	1841	6,5
- Franchise 1500 CHF	1289	1300	1324	1494	1669	6,7
Alle Modelle	2164	2220	2293	2492	2711	5,8

¹ Die Bruttoprämie ist die vom Krankenversicherer angebotene Prämie ohne Abzug der individuellen Prämienverbilligung, jedoch mit Abzug des Ausbildungsrabatts, der wählbaren Franchise, des Bonus, des HMO-Rabatts und unter Ausschluss des Unfallrisikos. Zur Ermittlung der Durchschnittsprämie wird die Bruttoprämie durch den mittleren Versichertenbestand dividiert.

² Die Bonus-Versicherung darf nicht zusammen mit einer wählbaren Franchise angeboten werden (vgl. KVG Art. 96).

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.

Datenquelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan.

Die durchschnittlichen Erwachsenenprämien der OKP im Kanton Basel-Landschaft sind zwischen 1999 und 2003 im Jahresmittel um 5,8%⁴⁹ gestiegen. Während derselben Periode haben sich die Prämien der Franchisen-Modelle – unabhängig von der gewählten Franchisenstufe – relativ stark erhöht. Da seit dem 1. Januar 2004 der maximale prozentuale Verbilligungsrabatt bei den wählbaren Franchisen zurückgestuft wurde⁵⁰, wird für das Jahr 2004 eine weitere, grössere Prämiensteigerung erwartet. Bei den Managed-Care-Modellen beträgt die Prämiensteigerung 1999–2003 zwischen 4,4% und 6,7%. Im Datenpool ist erueierbar, dass der Anteil der über 65-Jährigen bei diesen beiden Versicherungs-Modellen kleiner ist als bei den Franchise-Modellen. Dies erklärt – zusammen mit den von der Versichertenstruktur unabhängigen und in der Literatur zitierten Effizienzgewinnen (Lehmann, 2003) – die tieferen Prämienbeträge der Managed-Care-Modelle.

Da diese neuen Versicherungsformen in der Bevölkerung bisher auf relativ wenig Echo gestossen sind, jedoch ein echtes Sparpotenzial aufweisen, möchte der Bundesrat im Rahmen der nächsten Revision des Krankenversi-

cherungsgesetzes (KVG) die Rahmenbedingungen für die Managed-Care-Modelle verbessern (Departement des Innern, 2004). Ziel ist es dabei, die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern diesbezüglich zu intensivieren und das Vertrauen der Versicherten in diese Modelle zu stärken.

7.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung der OKP-Ausgaben in den vergangenen fünf Jahren zeigt, dass die Kostenzunahme im stationären Bereich dank der Anstrengungen der Kantone etwas abgebremst werden konnte (3,8% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003, gegenüber 6,2% im ambulanten Sektor). Die Annahme, dass dies auf eine nachhaltige Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich der Spitäler zurückzuführen ist, konnte gemäss der Studie des BSV (2004) bislang zumindest auf gesamtschweizerischer Ebene nicht nachgewiesen werden. Im Kanton Basel-Landschaft sind die OKP-Kosten im ambulanten Sektor weiter klar angestiegen, namentlich die Ausgaben für Medikamente (7,1% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003) und insbesondere für ambulante Behandlungen in den Spitälern (+12,7%). Ebenso haben

⁴⁹ Diese Prozentzahl ist zurückhaltend zu interpretieren, weil es sich um eine Aggregation über alle Modelle mit ihren unterschiedlichen Franchisen handelt.

⁵⁰ Verordnung über die Krankenversicherung (KVV); Änderung vom 6. Juni 2003.

die Kosten für Kranken- und Pflegeheime sowie für Spitex-Leistungen überdurchschnittlich zugenommen – ein Trend, der sich aufgrund der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung weiter fortsetzen dürfte.

Zwischen 1999 und 2003 sind die Gesundheitskosten in der OKP im Kanton Basel-Landschaft jährlich um durchschnittlich 5,5% gestiegen; dieser Wert liegt nahe bei jenem für die Gesamtschweiz (5,6%). Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten, die für den Kanton in 2003 auf 2552 Franken geschätzt wurden, sind knapp 100 Franken höher als jene für die gesamte Schweiz (2462 Franken). Der Anteil des ambulanten Sektors am Total der OKP-Ausgaben liegt mit 71,4% über dem schweizerischen Durchschnitt (68,9%), und die durchschnittliche Jahressteigerung der Pro-Kopf-Kosten im ambulanten Sektor (5,7%) ist höher als im stationären Sektor (3,4%). Diese unterschiedliche Kostenentwicklung in den beiden Sektoren ist auch auf gesamtschweizerischer Ebene (5,7% versus 3,9%) zu beobachten.

Die Managed-Care-Modelle (HMO, Hausarztmodell) weisen für die Versicherten günstigere Prämien auf als die anderen OKP-Modelle und eine durchschnittliche Kostenentwicklung leicht unter derjenigen anderer OKP-Modelle. Sie sind jedoch sowohl im Kanton Basel-Landschaft als auch in der Gesamtschweiz nach wie vor recht wenig verbreitet. Neben Effizienzgewinnen erklärt der kleinere Anteil an älteren Versicherten die tieferen Prämienbeträge der Managed-Care-Modelle.

Ausserkantonale Hospitalisationen

Spitalkosten machen einen grossen Teil der Gesundheitsausgaben aus. Sowohl Krankenkassen wie auch der Kanton, der den Hauptteil der Kosten trägt, achten deshalb besonders genau darauf, welche Spitäler benutzt werden und welche Kosten daraus entstehen.

Als Besonderheit des Kantons Basel-Landschaft gilt, dass für einen grossen Teil der erforderlichen Behandlungen keine Spitalkapazitäten im eigenen Kanton vorhanden sind und deshalb mehr als anderswo Spitäler anderer Kantone, speziell in Basel-Stadt, aufgesucht werden. Privat und halbprivat Versicherte tun dies noch öfter als Grundversicherte. Bei Letzteren ist die Wahlfreiheit von einer Zusatzversicherung «Ganze Schweiz» abhängig.

Allgemeinversicherte:

Im Kanton BL wohnhafte Hospitalisierte¹ nach Behandlungsort 2001–2003

Jahr	Hospitalisierte total	behandelt		
		im eigenen Kanton	ausserhalb des Kantons	im eigenen Kanton in %
2001	28 765	20 092	8 673	70
2002	29 934	20 841	9 093	70
2003	30 705	20 981	9 724	68

¹ Entspricht den vom 1.1. bis zum 31.12. eines Jahres erfolgten Spitalaustritten ohne Neugeborene und ohne teilstationäre und ambulante Fälle.

Halbprivat-, Privatversicherte:

Im Kanton BL wohnhafte Hospitalisierte¹ nach Behandlungsort 2001–2003

Jahr	Hospitalisierte total	behandelt		
		im eigenen Kanton	ausserhalb des Kantons	im eigenen Kanton in %
2001	12 688	6 099	6 589	48
2002	12 409	5 637	6 772	45
2003	12 585	5 704	6 881	45

¹ Entspricht den vom 1.1. bis zum 31.12. eines Jahres erfolgten Spitalaustritten ohne Neugeborene und ohne teilstationäre und ambulante Fälle.

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft,
Rufsteinweg 4, CH- 4410 Liestal
Tel. 061/925 56 32 – Fax 925 69 87

statistisches.amt@fkd.bl.ch

<http://www.statistik.bl.ch>

Johann Christoffel

8 Literatur

- Andersen, A. und P. Laake (1983). A Causal Model for Physician Utilization: Analysis of Norwegian Data. *Medical Care* 21(3): 266–278.
- Andersen, A. und P. Laake (1987). A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian data. *Med Care* 25: 300–310.
- Andrews, F., J. Morgan und J. Sonquist (1971). Multiple Classification Analysis: A Report on a Computer Program for Multiple Regression using Categorical Predictors. Ann Arbor, Mi.: Survey Research Center, Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Babor, T.F., J.R. De la Fuente, J. Saunder und M. Grant (1989). Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
- Badura, Bernhard (Hrsg.) (1981). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp
- Bachmann, N. (2000). Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: Bundesamt für Statistik (Hg.). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Baggott, R. (2000). *Public Health. Policy and Politics*. New York: Palgrave.
- Balarajan, R. und V. Soni Raleigh (1995). *Ethnicity and Health in England*. London: HMSO.
- Baumberger J. (2004). *Managed Care*. In: G. Kocher und W. Oggier (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz*. Bern: Huber.
- Benninghaus, H. (2002). *Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bergmann, K.E. und G.B.M. Mensink (1999). Körpermasse und Übergewicht. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 115–120.
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV (2004). Einfluss der KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin. Forschungsbericht Nr. 2/04. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung
- Bundesamt für Statistik (1997). *Die Raumgliederung der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- Bundesamt für Statistik (2003a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Erhebungsmethode in Kürze*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- Bundesamt für Statistik (2003b). *Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Dokument 3.5*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- Bundesamt für Statistik (2003c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2003d). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2003e). *Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1997 und 1998*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- Bundesamt für Statistik (2004a). *Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004b). *Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1999 und 2000*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- Bundesamt für Statistik (2004c), Preisstatistik 2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004d). Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen 1995–2001. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Pressemitteilung vom 19.08.2004.
- Bundesamt für Statistik (2004e) Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2003. Definitive Ergebnisse, nach Anpassung an die Volkszählung 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005a). Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005b). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (in Druck).
- BFU, Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003). Unfallgeschehen in der Schweiz: Statistik 2003. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (1998). Koronare Risikofaktoren bei Frauen in der Schweiz – ein weitgehend unterschätztes Problem. *Kardiovask Med* 1: 177–90.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004a). Wohnregion (Sprachregion und MS-Region) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 119–146.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004b). Schlussfolgerungen/Massnahmen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 225–234.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004c). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht und Band 2: Detailresultate. Chur: Rüegger.
- Bisig, B. und G. Gmel (2004). Schulbildung/Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 55–82.
- Bisig, B., D. Radovanovic und F. Gutzwiller (2004). Geschlecht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 11–25.
- Bisig, B., F. Gutzwiller und G. Domenighetti (1998). Die Häufigkeit von Operationen in der Schweiz nach Versicherungsstatus. *Swiss Surg* 4: 109–117.
- Bisig, B., M. Bopp und C. Minder (2001). Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: A. Mielck und K. Bloomfield (Hg.). *Sozialepidemiologie*. Weinheim und München: Juventa: 60–70.
- Bisig, B., V. Beer (1996). Sterblichkeit. In: *Die Gesundheit im Kanton Freiburg*. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Bortz, J. (2004). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bühlmann, M. und M. Freitag (2004). Individuelle und kontextuelle Determinanten der Teilhabe an Sozialkapital. Eine Mehrebenenanalyse zu den Bedingungen des Engagements in Freiwilligenorganisationen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 56(2): 326–349.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychosom. Med. Psychol.* 47.
- Camenzind, P. und C. Meier (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Bern: Hans Huber.
- Cameron, A.C., P.K. Trivedi, F. Milne und J. Piggott (1988). A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia. *Review of Economic Studies* LV: 85–106.
- Cardia-Vonèche, L. und B. Bastard (1999). Das soziale Umfeld. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). *Sozial- und Präventivmedizin*. Public Health. Bern et al.: Huber: 471–479.
- Carstairs, V. und R. Morris (1989). Deprivation: Explaining Differences in Mortality Between Scotland and England and Wales. *British Medical Journal* 299: 886–889.
- Coulton, C. und A. K. Frost (1982). Use of Social and Health Services by the Elderly. *Journal of Health and Social Behavior* 23(4): 330–339.

- Crivelli, L., M. Filippini und I. Mosca. (2003). *Federalismo e spesa sanitaria regionale: Analisi empirica per i Cantoni svizzeri*. Lugano: Università della Svizzera italiana, Mecop.
- David M, Borde T, Kentenich H et al. (1998). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag.
- Dawson, D. A. und R. Room (2000). *Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpö Conference overview*. *Journal of Substance Abuse*, 12 (1–2): 1–21.
- Departement des Innern (2004). *Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care)*. Bern: Bundesblatt.
- Domenighetti G. (1995). *Incertitude médicale: justification éthique de la demande induite*. In: *Journal d'Economie Médicale*. 13: 353–362.
- Domenighetti, G. und C. Limoni (1994). *Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse*. *Ars Medici* 14: 966–969.
- Domenighetti, G. und L. Crivelli (2001). *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*. Lausanne: IEMS, Université de Lausanne; Lugano: Università della Svizzera italiana.
- Doppmann, R. (1985). *Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz*. Basel: Schlattmann.
- Drever, F. und M. Whitehead (1995). *Mortality in Regions and Local Authority Districts in the 1990s: Exploring the Relationship with Deprivation*. *Population Trends* 82: 19–27.
- Egger T. (2003). *Integration und Arbeit: Handlungsfelder, Akteure und Ansatzpunkte zur Besserstellung von Ausländerinnen und Ausländern auf dem Schweizer Arbeitsmarkt*, Bern: Eidgenössische Ausländerkommission EKA.
- Eichholzer, M. (2003). *Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur*. <http://www.suissebalance.ch/dt/fakten/koerpergewicht.html>, 2.8.2004.
- Eisner, M und P. Manzoni (Hg.) (1998). *Gewalt in der Schweiz: Studien zur Entwicklung, Wahrnehmung und staatlichen Reaktion*. Chur/Zürich: Rüegger.
- Eisner, M. und M. Killias (2004). *Country Survey: Switzerland*. In: *European Journal of Criminology*, Vol. 1 (2): 257–293.
- Ellert, U. und H. Knopf (1999). *Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit*. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2). 145–150.
- Freiburghaus, A.U., B. Bisig, M. Schwenkglens und F. Gutzwiller (2004). *Versicherungsstatus und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Insurance status and utilization of medical services: a review of the literature*. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 147–186.
- Freitag, M. und M. Bühlmann (2003). *Die Bildungsfinanzen der Schweizer Kantone. Der Einfluss sozio-ökonomischer Bedingungen, organisierter Interessen und politischer Institutionen auf die Bildungsausgaben im kantonalen Vergleich*. *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 9 (1): 139–168.
- Gabriel, O.W., V. Kunz, S. Rossteutscher und J.W. van Deth (2002). *Sozialkapital und Demokratie. Zivilgesellschaftliche Ressourcen im Vergleich*. Wien: WUV.
- Geil, P., A. Million, R. Rotte und K.F. Zimmermann (1997). *Economic Incentives and Hospitalization in Germany*. *Journal of Applied Econometrics* 12(3): 295–311.
- Gilliand, P. (2004). *Kosten und Finanzierung*. In: G. Kocher und W. Oggier (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz*. Bern: Huber.
- Gmel, G. (2000). *Verbreitung und Einflussfaktoren des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln*. In: E. Maffli (Hg.). *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Grob A., R. Lüthi und A. Flammer (1990). *Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Gubéran, E. und M. Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT).
- Haari, Roland; Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2002). *«Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen»*, in *Soziale Sicherheit* 1/02; 14–16.

- Harding, S. und R. Maxwell (1997). Differences in the Mortality of Migrants. In: F. Drever und M. Whitehead (Hg.). Health Inequalities: Decennial Supplement. London: Stationery Office: 108–121.
- Hartung, J. und B. Elpelt (1986). Multivariate Statistik: Lehrbuch und Handbuch der angewandten Statistik. München: Oldenbourg.
- HEA, Health Education Authority (1997). Guidelines: promoting Physical Activity with Black and Minority Ethnic Groups. London: Health Education Authority.
- Hessel, A., T. Gunzelmann, M. Geyer und E. Brähler (2000). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland -gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33(4): 289–299.
- Hirsig, R. (1996). Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band I. Zürich: Seismo.
- Hirsig, R. (1997). Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band II. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F. und V. Hugentobler (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Huber.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (i.E.). Pflegebedürftigkeit im Alter. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hu, Y und Goldmann, N (1990). Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison. Demography, 27: 233–250
- Huwiler K., M. Bichsel und C. Junker (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Idler, E.L. und Y. Benyamini (1997). Self-rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. J Health Soc Behav 38: 21–37.
- IHA-GfK Hergiswil (2003). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Schlussbericht zur Datenerhebung, internes Dokument.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich (Hg.) (1994). Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Jeanrenaud C. et al. (2003). Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Jöckel, K-H. (2000). Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen. Dt. Ärztebl. 97(43): A2852–2857.
- Kommunikationsstelle Interpharma (2003). Pharma-Markt Schweiz. Basel: Pharma Information.
- Kronenfeld, J.J. (1980). Sources of ambulatory care and utilization models. Health Serv Res 15: 3–20.
- Künzli, N., R. Kaiser, R. Rapp, H. Sommer, H.-U. Wanner, R. Seethaler und U. Ackermann-Liebrich: Luftverschmutzung in der Schweiz – Quantifizierung gesundheitlicher Effekte unter Verwendung epidemiologischer Daten. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 127, 1997: 1361–1370.
- Ladewig, D. (2000). Arzneimittel und Missbrauchspotential. In: E. Maffli (Hg.). Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Lamprecht, M. und H.P. Stamm (1999). Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: C. Maeder, C. Burton-Jangros und M. Haour-Knipe (Hg.). Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Zürich: Seismo: 62–85.
- Lauterbach, K. (1996). Methoden zur Kostenkontrolle und Qualitätssicherung bei der integrierten Versorgung in den USA. In: M. Arnold, D. Paffrath (Hg.), Krankenhaus-Report 1996. Stuttgart: Schattauer.
- Lehmann, H. (2003), Managed Care. Zürich: Rüegger.
- Livingston G, Leavey G, Kitchen G et al. (2002). «Accessibility of Health and Social Services to Immigrant Elders: The Islington Study», The British Journal of Psychiatry 180; 369–373.
- MacIntyre, S. McIver und A. Soomans (1993). Area, Class and Health: Should We Be Focusing on Places or People? Journal of Social Policy 22: 213–234.
- Mackenbach J.P., J.G. Simon, C.W.N. Looman und I.M.A. Jong (2002). Self-assessed Health and Mortality: Could Psychosocial Factors Explain the Association? International Journal of Epidemiology 31 (6): 1162–1168.
- Maffli, E. und U. Bahner (1999). Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz (Forschungsbericht Nr. 33). Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

- Marti, Bernard und A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Mechanic, D. (1963). Religion, religiosity and illness behavior: The special case of the Jews. *Human Organization* 22: 202–208.
- Menghini, G. (2003). *Orale Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Mensink G., M. Deketh, M. Mul, A Schuit und H. Hoffmeister (1996). Physical activity and its association with cardiovascular risk factors and mortality. *Epidemiology* 7: 391–397.
- Mensink, G. (1999). Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 126–131.
- Mensink, G. und A. Ströbel (1999). Einnahme von Nahrungsergänzungspräparaten und Ernährungsverhalten. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 132–137.
- Mensink, G., M. Thamm und K. Haas (1999). Die Ernährung in Deutschland 1998. Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 200–206.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé? *Population et Sociétés. Bulletin d'information* 402. Paris: Institut national d'études démographiques.
- Meyer, P.C. und O. Jeanneret (1999). Soziale Umwelt – Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health*. Bern: Huber: 480–489.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Mielck, A. (Hg.) (1994). *Krankheit und soziale Ungleichheit, Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Müller, S und G. Gmel (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Sozial- und Präventivmedizin* 47: 14–23.
- Nazroo, J.Y. (1997). *The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Organisation panaméricaine de la santé (2002). *La Standardisation: Une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux*. Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO). Vol. 23(3). Washington.
- Organisation panaméricaine de la santé (2003). *Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité: Les Années Potentielles de Vie Perdues*. Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO). Vol. 24(2). Washington.
- Philips, K.A., K.R. Morrison, R. Andersen und L.A. Aday (1998). Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Services Research* 33: 571–596.
- Rehm, J. (1998). Measuring quantity, frequency and volume of drinking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22 (2 Suppl): 4S–14S.
- Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2001). *Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Forschungsbericht 14/01*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Rüesch, P. und P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: edition obsan.
- Rundall, T. G. und J.R.C. Wheeler (1979). The Effect of Income on Use Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations. *Journal of Health and Social Behavior* 20(4): 397–406.
- Schmid, H., M. Delgrande Jordan, E.N. Kuntsche, H. Kuendig (2003). *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz*. Lausanne: SFA.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweizerische Herzstiftung. o. J. *Bluthochdruck*. Bern: Schweizerische Herzstiftung.
- SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft (2002). *Konjunkturtendenzen Winter 2002/03*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004a). *Drogeninfo Kokain*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004b): Drogen richtig einschätzen – Fehlinformationen durchschauen. www.sfa-ispa.ch, Abfrage 2.11.2004.
- Shaw, M., D. Dorling und N. Brimblecombe (1998). Changing the Map: Health in Britain 1951–91. *Sociology of Health and Illness* 20(5): 694–709.
- Smala, Antje M., I. Beeler und T. Szucs (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Standridge J.B., R.G.Zylstra und S.M. Adams (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *South Medical Journal* 97(7): 664–672.
- Sturny, I. (2004). 5-Jahres-Vergleich 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Arbeitsdokument 10. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (2004). Unfallstatistik UVG 1998–2002. Fünfjahresbericht. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- Taskin, A. und B. Bisig (2004). Nationalität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 83–118.
- Thode, N., E. Bergmann, P. Kamtsiuris und B.-M. Kurth (2004). Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuermechanismen. Berlin: DLR.
- Urban, D. (1993). *Regressionstheorie und Regressionstechnik*. Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. In: G. Wunsch G. Caselli und J. Vallin (Dir.). *Démographie: analyse et synthèse*. INED. Paris.
- Vatter, A., M. Freitag, M. Bühlmann und C. Müller (2004). Politische, soziale und ökonomische Daten zu den Schweizer Kantonen 1983–2002. Bern: Institut für Politikwissenschaft.
- Wanner, H.-U. (1993). Lärm. In: W. Weiss (Hg.). *Gesundheit in der Schweiz*, Zürich: Seismo: 413–423.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- Weiss, W. (Hg.) (2000a). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Weiss, W. (Hg.) (2000b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997*, Kanton Wallis. Sion: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Kanton Wallis.
- Weiss, W. et al. (Hg.) (1996). *Die Gesundheit im Kanton Basel-Stadt*. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Weiss, W. und M. Gognalons-Niccolet (1999). *Medizin- und Gesundheitssoziologie*. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health*. Bern: Huber: 137–145.
- WHO, World Health Organization (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series, No. 894).
- WHO, World Health Organization (2001). *The World health report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization (2002). *The World health report: Reducing risks, promoting healthy living*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Health Organization, Regionalbüro für Europa (1999). *Gesundheit 21. Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle», Nr. 6*. Kopenhagen: World Health Organization.
- Wild, S. und P. McKeigue (1997). Cross-sectional Analysis of Mortality by Country of Birth in England and Wales 1970–92. *British Medical Journal* 314: 305–310.
- Witschi, A., C. Junker und C.E. Minder (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 1992/93*. Bern: ISPM-Bern, interner Bericht.
- Wolinsky, F.D., R.R. Mosely und R.M. Coe (1986). A Cohort Analysis of the Use of Health Services by Elderly Americans. *Journal of Health and Social Behavior* 27(3): 209–219.
- Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints. *American Sociological Review* 31: 615–630.

9 Anhang

9.1 Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung

9.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2002 zum dritten Mal nach 1992/1993 und 1997 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizerinnen und Schweizer, niedergelassene Ausländerinnen und Ausländer) von 15 und mehr Jahren repräsentativ ist, welche in Privathaushalten mit Telefonanschluss wohnt. Wichtig bei derartigen Erhebungen ist die Auswahl der Befragten, da deren Angaben ein möglichst realitätsgetreues Abbild der Gesamtbevölkerung ergeben sollen. Um saisonale Differenzen zu vermeiden, wurde die Ziehung der Stichprobe entsprechend der Jahreszeiten in vier Wellen aufgeteilt.

Die Stichprobe wurde nach einem zweistufigen, geschichteten Zufallsverfahren gezogen. Die Schweizer Kantone stellen die 25 Schichten dar, wobei die Halbkantone Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden zusammengefasst wurden. Innerhalb jeder Schicht (Kanton) wurde die Zielperson in zwei Schritten bestimmt. Zunächst wurden per Zufall Haushalte auf Basis des elektronischen Telefonverzeichnisses ausgewählt. Aus diesen ausgewählten Haushalten wurde dann wiederum nach dem Zufallsprinzip je eine Zielperson gezogen. Die Kantone hatten die Möglichkeit, durch finanzielle Beteiligung den jeweiligen kantonalen Stichprobenumfang zu erhöhen, um zuverlässige kantonale Auswertungen durchführen zu können. Für folgende 16 Kantone liegen repräsentative Stichproben vor: AG, BL, BS, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SO, SG, TI, VS, VD, ZG, ZH (BFS, 2003a).

Für die Gesamtschweiz haben 19'706 Personen an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 2044 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 32'868 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 64%. 13'249 Interviews wurden auf Deutsch

durchgeführt (Teilnahmequote 65,5%), 4950 auf Französisch (61,1%) und 1507 auf Italienisch (60,4%). Die Interviews fanden ausschliesslich in diesen drei Sprachen statt.

Von den 36% der Personen, die nicht an der Befragung teilnahmen:

- kam in 7668 Fällen das Interview auf Ebene des Haushaltes (23,3% der Brutto-Stichprobe) nicht zustande: Verweigerung der Interview-Teilnahme in 56% dieser Fälle; 21% nicht erreichbar nach bis 50 Anrufversuchen; Gesundheitsprobleme, 10%; Sprachprobleme, 7%; andere Gründe, 5%.
- und in 3450 Fällen auf Ebene der Zielpersonen (10,5% der Brutto-Stichprobe): Interviewverweigerung, 64%; Person nicht erreichbar, 24%; Gesundheitsprobleme, 4%; Sprachprobleme, 3%; andere Gründe, 5% (BFS, 2003a).

Bezüglich der Teilnahme an den Interviews ist hervorzuheben, dass insgesamt gegen 900 Haushalte oder Personen aus gesundheitlichen Problemen bzw. weitere 650 Haushalte/Personen aus Sprachproblemen nicht geantwortet haben. Inwiefern dies die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflusst, ist ohne vertiefte Analyse der soziodemographischen Merkmale der Verweigerer schwer abzuschätzen. Es könnte aber darauf hinweisen, dass Menschen mit starken gesundheitlichen Problemen und in der Folge längeren Aufenthalten in Spitälern oder Heimen bzw. sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt.

9.1.2 Datenerhebung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden. Für Zielpersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d. h.

computergestützte Telefoninterviews / insgesamt 18'554 Interviews, welche 94,2% der Stichprobe ausmachen). Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview durchgeführt werden konnte (infolge längeren Auslandsaufenthaltes, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), erteilte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft (so genannte PROXY-Interviews) zu einem Teil der Fragen. Dies war bei 947 Personen der Stichprobe der Fall (4,8%). Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Interviews betrug knapp 40 Minuten für ungefähr 400 Fragen. Persönliche Face-to-face Interviews fanden schliesslich mit 205 (1,0% der Stichprobe) der 1823 Personen im Alter von 75 Jahren und mehr statt, die dies wünschten. Alle 18'759 Zielpersonen, die telefonisch oder persönlich befragt wurden, erhielten anschliessend per Post einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen. Die Teilnahmequote der schriftlichen Befragung betrug 86,0% (16'141 Personen) (BFS, 2003a).

Für die Durchführung der Befragung beauftragte das Bundesamt für Statistik das Befragungsinstitut IHA-GfK in Hergiswil. Zum Zweck der Qualitätssicherung führte das BFS dabei zumeist wöchentliche Besuche in den Labors des Befragungsinstituts durch. Für detaillierte Informationen zur Datenerhebung siehe auch den Schlussbericht des IHA-GfK Hergiswil (2003).

9.1.3 Gewichtungungsverfahren

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz Gültigkeit erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen, können so teilweise korrigiert werden. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2001) verglichen, welche sowohl Personen in Privathaushalten wie auch Personen in Kollektivhaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemografischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede Antwort multipliziert wird. Dahinter steht die (nicht zu überprüfende) Annahme, dass die Stichprobe so auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird.

Bei der telefonischen und Face-to-face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Haushaltsgrösse (Anzahl Personen von 15 Jahren und mehr im Haushalt der interviewten Person), Alter (sechs Altersgruppen: 15 bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre, 70 Jahre und älter), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und die Existenz von Sehbehinderungen in die Berechnung einbezogen (BFS, 2003b). Dies bedeutet, dass z. B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, wenn sie in der Schweizer Telefon-Stichprobe verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung untervertreten waren, nun dank dem Gewichtungsverfahren den gleichen Anteil in der Stichprobe wie in der Wohnbevölkerung ausmachen.

9.1.4 Auswertungsverfahren

Der vorliegende Abschnitt enthält einen kurzen Überblick über die statistischen Verfahren, die in den nachfolgenden Analysen zur Anwendung gelangen. Weitergehende Informationen zu den Grundlagen und den Berechnungen lassen sich der einschlägigen Fachliteratur entnehmen (vgl. Bortz, 2004, Benninghaus 2002, Urban 1993, Hartung und Elpelt 1986, Hirsig 1996, 1997).

Auf der Ebene einfacher Häufigkeitsverteilungen werden die jeweiligen Prozentwerte aufgeführt. Die Prozentangaben beruhen auf den gewichteten Daten. Bei jeder Tabelle oder Abbildung wird zudem die genaue Anzahl Befragter aufgeführt, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegen. Diese Angaben zu den Fallzahlen beruhen immer auf den ungewichteten Daten. Falls die Anzahl Befragter in einer einzelnen Zelle weniger als 30 Fälle beträgt, ist die jeweilige Prozentangabe in Klammern aufgeführt. Bei weniger als zehn Befragten wird kein Wert ausgewiesen.

Bei der Analyse bivariater Zusammenhänge werden Signifikanztests und Korrelationskoeffizienten auf der Basis der ungewichteten Daten berechnet. Bei der Festlegung der Signifikanz wird auf die beiden in den Sozialwissenschaften üblichen Signifikanzniveaus – 95%-Niveau (signifikant) und 99%-Niveau (hoch signifikant) – abgestellt. Um neben der Angabe zur Signifikanz einer Assoziation auch Aussagen über die Stärke eines Zusammenhangs machen zu können, werden je nach Skalenniveau unterschiedliche Zusammenhangsmasse berechnet. Dabei

wird bei nominalskalierten Variablen auf Cramer's V (V), bei ordinalskalierten Daten auf das Gamma von Goodman und Kruskal (γ) und bei mindestens intervallskalierten Variablen auf die Produkt-Moment-Korrelation von Pearson (r) zurückgegriffen. Die genannten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen) und 1 bzw. -1 (perfekte Beziehung zwischen den beiden Variablen) annehmen.

Für die multivariaten Auswertungen wurden zusätzlich die konventionellen Verfahren der (logistischen) Regressions- und Varianzanalyse verwendet. In der Regressionsanalyse wird versucht, diejenige Funktion zu finden, mit der die Verteilung einer abhängigen Variablen aufgrund der Verteilung einer unabhängigen Variablen am besten vorausgesagt werden kann. Am besten heisst bei der in dieser Arbeit verwendeten Kleinst-Quadrate-Methode (OLS-Schätzung), dass die Summe der quadrierten Differenzen zwischen den vorausgesagten und den tatsächlich gemessenen Werten minimal sein soll. Als Mass, wie gut diese Voraussage gelungen ist, wie eng also die lineare Beziehung zwischen den beiden Variablen ist, können zwei Kennzahlen verwendet werden: Der standardisierte Regressionskoeffizient (entspricht im bivariaten Modell der Produkt-Moment-Korrelation von Pearson), welcher Stärke und Richtung des Zusammenhanges angibt, und der Determinationskoeffizient (R^2), der angibt, wie viel der Varianz der abhängigen Variablen durch die unabhängige Variable erklärt werden kann. Im multivariaten Modell zeigt der standardisierte Regressionskoeffizient (Beta-Koeffizient) den Effekt der unabhängigen Variablen, wenn der Einfluss aller anderen spezifizierten unabhängigen Variablen konstant gesetzt wird.

Wird die abhängige Variable in den Ausprägungen 0 oder 1 gemessen, so kann das OLS-Verfahren nicht angewendet werden. Hier wird deshalb auf die logistische Regression zurückgegriffen, die im Prinzip ähnlich funktioniert wie das herkömmliche Kleinst-Quadrate-Schätzverfahren. Durch Logarithmierung wird die binäre abhängige Variable in eine metrische Variable transformiert. Basierend auf den Ausprägungen der unabhängigen Variablen schätzt die logistische Regression dann die Wahrscheinlichkeit, dass die zu erklärende Variable den Wert 1 annimmt. Sind die Schätzer positiv (und signifikant), so bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt. Negative (signifikante) Schätzer geben hingegen eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit an (vgl. Urban 1993).

Bei der Varianzanalyse handelt es sich um ein Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen. Das

im Kapitel 5 verwendete varianzanalytische Verfahren der multiplen Klassifikationsanalyse kann aber auch als Spezialfall der Regressionsanalyse behandelt werden (vgl. Bortz, 2004, Andrews et al. 19715.). Wie bei der Regressionsanalyse lässt sich auch mit der Varianzanalyse die Frage beantworten, inwieweit die Varianz einer abhängigen Variable sich auf eine oder mehrere unabhängige Variablen bzw. deren Interaktion zurückführen lässt. Während in der Regressionsanalyse die Varianzerklärung über die Abweichung von der Regressionsgerade gemessen wird, wird die Varianzerklärung bei der Varianzanalyse über die Abweichungen zum Gruppenmittelwert ermittelt. Da die Schätzung aufgrund von Gruppenmittelwerten vorgenommen wird, hat die Varianzanalyse gegenüber der Regressionsanalyse den Vorteil, dass die zentralen Annahmen – Linearität der Zusammenhänge und intervallskalierte Variablen – weniger strikte formuliert sind.

9.2 Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen

Die verwendeten Daten entstammen der Todesursachenstatistik (siehe z. B. BFS, 2003e, 2004b) und der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (siehe z. B. BFS, 2004e). Berechnungsgrundlage der Sterbeziffern ist die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte.⁵¹ Die geografischen Analysen beziehen sich auf den Kanton, in dem die verstorbenen Personen ihren legalen Wohnsitz hatten. Die Sterberaten sind nach der direkten Methode altersstandardisiert (Organisation panaméricaine de la santé, 2002). Referenzbevölkerung ist die europäische Standardbevölkerung im Jahr 1976. Die Todesursachen sind nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD, 10. Revision) klassifiziert (BFS, 2004b). Die Todesfälle im ersten Lebensjahr werden in Abschnitt 2.4.2 ausgeklammert, um eine allzu starke Gewichtung der Säuglingssterblichkeit zu vermeiden.

Die Analyse der Verlorenen Potenziellen Lebensjahre (VPL) soll Aufschluss geben über die häufigsten Ursachen der «vorzeitigen» Todesfälle und damit Rückschlüsse auf allfällige Präventionsmassnahmen ermöglichen (BFS, 2004b). In dieser Sicht wird anstelle des blossen Ereignisses «Tod» das Alter mitberücksichtigt, in welchem der Tod auftritt (Organisation panaméricaine de la santé, 2003).

⁵¹ Arithmetisches Mittel zwischen der ständigen Wohnbevölkerung per 1. Januar und per 31. Dezember eines Kalenderjahres.

Formel 1: Berechnung der VPL

Zur Berechnung der ursachenspezifischen VPL wird die Summe nach Altersjahren aller auf diese Ursache zurückzuführenden Todesfälle mit der Differenz zwischen dem Altersjahr und dem gewählten (potenziell erreichbaren) Mindestalter von 70 Jahren multipliziert. Als Formel ausgedrückt heisst das

$$VPL = \sum_{i=l}^L (L-i) \cdot d_i$$

wobei l das beobachtete Alter und L die gewählte obere Altersgrenze, i das Todesalter und d_i die Anzahl Todesfälle im Alter i ist.

Quelle: Organisation panaméricaine de la santé (2003)

Der standardisierte Mortalitätsrate (Standardized Mortality Ratio oder SMR) misst den Unterschied bei der Sterblichkeit zwischen zwei Regionen unter Berücksichtigung der Alterstruktur dieser Regionen.

Formel 2: Standardisierte Mortalitätsrate (SMR)

$$SMR = \frac{K}{\sum_{x=1}^g \left[E_x \cdot \frac{C_x}{R_x} \right]} \cdot 100$$

wobei g Anzahl Altersgruppe, R_x Bevölkerung in der x -ten-Altersgruppe in der Schweiz, C_x Anzahl Fälle in der x -ten Altersgruppe in der Schweiz, E_x Bevölkerung in der x -ten-Altersgruppe im Kanton und K , Anzahl beobachtete Fälle im Kanton.

Quelle: Organisation panaméricaine de la santé (2002)

Ein Wert des SMR von 100 bedeutet, dass kein Unterschied zwischen den beiden beobachteten Regionen besteht. Ein Wert von 110 in einem Kanton weist auf eine 10% höhere Sterblichkeit in diesem Kanton im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt hin. Dem gegenüber bedeutet ein Wert von 90, dass im betreffenden Kanton die Sterblichkeit an einer bestimmten Todesursache 10% unter dem Schweizer Mittel liegt (Bisig, Beer, 1996).

9.3 Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die einzelnen Determinanten der Prädispositions-, Bedingungs- und Bedürfnisfaktoren wurden wie folgt operationalisiert:

Prädispositionsfaktoren: Das *Geschlecht* wird folgendermassen in die Analysen einbezogen: Mann (0)/Frau (1). Das *Alter* wird in den Analysen mit dem effektiven Alter in Jahren operationalisiert. Die *Wohnbevölkerung* wurde nur ganz grob unterteilt. Für die Analysen wird lediglich unterschieden zwischen: Schweizerin/Schweizer (0) vs. Nicht-Schweizerin/Nicht-Schweizer (1).

Bedingungsfaktoren: In Anlehnung an unterschiedliche Studien wird die *Schicht- und Lagenzugehörigkeit* mittels unterschiedlicher Variablen operationalisiert: der Bildungsgrad (Bisig und Gmel 2004) wird mittels der Angaben zum höchsten Bildungsabschluss in vier Ausprägungen unterteilt (ohne abgeschlossene Schulbildung/obligatorische Schulbildung/Sekundar II/Tertiärstufe); das Einkommen (Bisig und Gutzwiller 1998; Witschi et al. 2000) wird mittels des Äquivalenzeinkommens gemessen; der Berufsstatus (Bisig und Gutzwiller 1998; Huwiler et al. 2002) wird aufgrund vier sozioprofessioneller Kategorien bestimmt. Die *Einbindung in Netzwerke* wird entsprechend der Sozialkapitalliteratur mittels unterschiedlicher Faktoren gemessen: mit dem Zivilstatus (verheiratet vs. nicht verheiratet), der Haushaltsgrösse (Anzahl Personen, die im gleichen Haushalt wohnen wie die/der Befragte), der Anzahl Vertrauenspersonen (3 Angaben: mehrere, eine, keine Vertrauensperson/en); der Beschäftigung (entlohnte Arbeit: ja vs. nein) und der Vereinsmitgliedschaft (Mitglied in Vereinen: ja vs. nein). Die *Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit* wurde mittels der Frage nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensstandard (gemessen auf einer Skala von 0 [überhaupt nicht zufrieden] bis 10 [sehr zufrieden]) und mit der Frage nach der Bedeutung der Gesundheit (3 mögliche Angaben: «kümmert mich nicht»; «denke ab und zu daran»; «Gesundheitsüberlegungen bestimmen mein Leben») operationalisiert. Die Befragten mussten schliesslich angeben, wie hoch ihre monatliche *Krankenkassenprämie* ist.

Bedürfnisfaktoren: Der *Gesundheitszustand* wird einerseits mittels der Selbsteinschätzung des momentanen Wohlbefindens (Skala von 0 [sehr schlecht] bis 4 [sehr gut]) und andererseits mittels des Beschwerdeindex' gemessen (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 2.1.2 oben). Das *Gesundheitsverhalten* fliesst in Form von Angaben zu sieben unterschiedlichen Fragen in die Analysen ein, wie sie schon oben verwendet wurden: die körperliche Aktivität (aktiv vs. nicht aktiv), die Schlafgewohnheit (Antwort auf die Frage nach genügend Schlaf: ja vs. nein), das Ernährungsbewusstsein (achte auf Ernährung vs. achte nicht auf Ernährung), der Alkoholkonsum (Skala von abstinent [0] bis 3 mal Alkohol pro Tag [6]), der Tabakkonsum (Raucher vs. Nichtraucher), Passivrauchen (ausgesetzt vs. nicht ausgesetzt) und Konsum illegaler Drogen (ja, habe schon einmal Drogen genommen vs. nein).

