



Kanton Basel-Stadt



edition obsan

# Gesundheit im Kanton Basel-Stadt

Ergebnisse aus der Schweizerischen  
Gesundheitsbefragung 2002

Herausgeber:  
Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb und Maik Roth  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Im Auftrag des Gesundheitsdepartements  
des Kantons Basel-Stadt

**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, 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

**Externe Reviewer/innen (Es wurde der Baselländer Bericht als Prototyp der Berichte BS, BE, LU und SG begutachtet):**

- 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:**

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Gesundheitsdienste, Gesundheitsförderung und Prävention

Dr. med. Thomas Steffen

St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel

Tel. 061 267 45 20, Fax 061 272 36 88

E-mail [thomas.steffen@bs.ch](mailto:thomas.steffen@bs.ch), [www.gesundheitsdienste.bs.ch](http://www.gesundheitsdienste.bs.ch)

**Weitere Informationen zu den kantonalen Daten:**

Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Standardtabellen Kantone, [www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch)

**Herausgeber:**

Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb und Maik Roth

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt

Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002

Edition Obsan

ISBN 3-907872-19-3

© 2005 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Umschlag: Ritz & Häfliger Visuelle Gestaltung, [www.ritz-haefliiger.ch](http://www.ritz-haefliiger.ch)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>	<b>2.4 Sterblichkeit und Todesursachen</b>	<b>34</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>	2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Basel-Stadt	35
<b>1.1 Zielsetzung</b>	<b>7</b>	2.4.2 Ausgewählte Todesursachen	36
<b>1.2 Datengrundlage</b>	<b>8</b>	2.4.3 Ergebnisübersicht	38
<b>1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen</b>	<b>9</b>	<b>2.5 Zusammenfassung</b>	<b>39</b>
<b>1.4 Der Kanton Basel-Stadt als gesundheitsrelevanter Kontext</b>	<b>11</b>	<b>3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen</b>	<b>42</b>
1.4.1 Kultureller Kontext	11	<b>3.1 Gesundheitsbewusstsein</b>	<b>42</b>
1.4.2 Soziostruktureller und -demographischer Kontext	12	<b>3.2 Körperliche Aktivität</b>	<b>43</b>
1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen	13	<b>3.3 Bewusste Ernährung</b>	<b>46</b>
<b>2 Gesundheitszustand</b>	<b>15</b>	3.3.1 Ernährungsbewusstsein	47
<b>2.1 Körperliche Gesundheit</b>	<b>15</b>	3.3.2 Ernährungsgewohnheiten	48
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	17	<b>3.4 Medikamentengebrauch</b>	<b>48</b>
2.1.2 Körperliche Beschwerden	19	<b>3.5 Tabakkonsum</b>	<b>50</b>
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	22	<b>3.6 Alkoholkonsum</b>	<b>52</b>
2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten	22	<b>3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen</b>	<b>55</b>
2.1.5 Unfälle	26	3.7.1 Cannabiskonsum	55
2.1.6 Schwindel und Stürze	27	3.7.2 Konsum harter Drogen	57
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben	28	<b>3.8 Zusammenfassung</b>	<b>58</b>
<b>2.2 Psychische Gesundheit</b>	<b>29</b>	<b>4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt</b>	<b>60</b>
2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit	29	<b>4.1 Belastungen im Wohnbereich</b>	<b>60</b>
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden	30	<b>4.2 Belastungen am Arbeitsplatz</b>	<b>62</b>
2.2.3 Schlafqualität	31	<b>4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit</b>	<b>67</b>
2.2.4 Lebensbewältigung	32		
<b>2.3 Soziales Wohlbefinden</b>	<b>33</b>		
2.3.1 Einsamkeitsgefühl	33		

<b>4.4</b>	<b>Angst vor Gewalt</b>	70	<b>8</b>	<b>Anhang</b>	115
<b>4.5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	72	<b>8.1</b>	<b>Anhang zu Kapitel 1: Einleitung</b>	115
<b>5</b>	<b>Zusammenhangsanalysen</b>	74	8.1.1	Beschreibung der Stichprobe	115
<b>5.1</b>	<b>Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit</b>	74	8.1.2	Datenerhebung	115
<b>5.2</b>	<b>Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen</b>	78	8.1.3	Gewichtungsverfahren	116
<b>5.3</b>	<b>Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten</b>	83	8.1.4	Auswertungsverfahren	116
<b>5.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	87	<b>8.2</b>	<b>Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen</b>	117
<b>6</b>	<b>Inanspruchnahme medizinischer Leistungen</b>	89	<b>8.3</b>	<b>Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen</b>	118
<b>6.1</b>	<b>Einleitung</b>	89	<b>Autorinnen und Autoren:</b>		
<b>6.2</b>	<b>Determinanten der Inanspruchnahme</b>	89	Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich): Kap. 1.3/2 (ohne 2.4) /3/4/5		
6.2.1	Das «Andersen-Behavioral-Model»	89	Marc Bühlmann, Fritz Sager (Büro Vatter, Bern): Kap. 1.4/6		
6.2.2	Prädispositionsfaktoren	89	Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Gesundheitsobservatorium): Kap. 2.4		
6.2.3	Bedingungsfaktoren	90	Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Gesundheitsobservatorium): Kap. 1.1, 1.2		
6.2.4	Bedürfnisfaktoren	91			
<b>6.3</b>	<b>Analyse</b>	91			
6.3.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen der ambulanten und stationären Versorgung (kurativer Aspekt)	92			
6.3.2	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	103			
6.3.3	Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen	104			
<b>6.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	105			
6.4.1	Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	105			
6.4.2	Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	107			
6.4.3	Wo steht der Kanton Basel-Stadt im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	107			
<b>7</b>	<b>Literatur</b>	109			

# 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-Stadt für verschiedene Bevölkerungsgruppen Gesundheitsprobleme identifiziert, gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten aufgezeigt, gesundheitliche Belastungen im Wohn- und Arbeitsumfeld beschrieben und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen abgebildet. Die Datengrundlagen bilden die Schweizerische Gesundheitsbefragung (Jahr 2002) und die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons Basel-Stadt erstellt.

## *Unterschiedliche Gesundheit von Frauen und Männern*

Den grössten Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben das Geschlecht und das Alter. Männer fühlen sich gesamthaft betrachtet besser als Frauen, leiden seltener an lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden wie Schwächegefühl, starken 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 häufigeres Übergewicht aus. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede stellen allerdings keine Basler Besonderheit dar, sie sind im Kanton Basel-Stadt sogar weniger stark ausgeprägt als in der Gesamtschweiz.

Nicht nur körperlich, auch psychisch fühlen sich Männer besser als Frauen, vor allem im höheren Alter. 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).

## *Schlechteres körperliches Wohlbefinden in höheren Altersgruppen*

Im Kanton Basel-Stadt nimmt das körperliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter stärker ab als in den Schweizer Referenzgruppen. Dies kann damit zusammenhängen, dass der Anteil Baslerinnen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem bei den über 50-Jährigen klar höher ausfällt als in der Gesamtschweiz. Unabhängig vom Alter weist der Kanton Basel-Stadt im interkantonalen Vergleich den höchsten Anteil Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen auf. Dies mag eine Erklärung dafür sein, dass im Kanton Basel-Stadt vergleichsweise viele Personen in den letzten vier Wochen nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren. Ihr Anteil liegt in allen Altersgruppen – am ausgeprägtesten bei den 35- bis 64-Jährigen – markant über dem Schweizer Durchschnitt.

## *Höhere Sterblichkeit im Kanton Basel-Stadt, verglichen mit der Grossregion und Gesamtschweiz*

In den letzten 20 Jahren weist die Sterblichkeit im Kanton Basel-Stadt wie in der übrigen Schweiz zwar einen Rückgang auf, sie liegt aber seit 1994 über dem Mittel der Region Nordwestschweiz und der Gesamtschweiz. Zahlenmässig sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Basel-Stadt. Die Todesfälle durch Krebsleiden sind in präventivmedizinischer Hinsicht besonders bedeutsam, beeinträchtigen sie doch am stärksten die Lebenserwartung der Menschen. Die Sterblichkeit der Baslerinnen und Basler aufgrund von bösartigen Tumoren der Trachea, der Bronchien und der Lunge liegt signifikant über den Gesamtschweizer Werten. Unfälle, Gewalttaten und Suizide stehen schliesslich an zweiter Stelle der Todesursachen mit den meisten frühzeitig verlorenen Lebensjahren, wobei für den Kanton Basel-Stadt die – verglichen mit der Schweiz – hohe Suizidrate bei Frauen auffällt.

### *Kompensierendes Bewegungsverhalten der Baslerinnen und Basler*

Auch bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – insbesondere beim Bewegungsverhalten – gibt es Basler Besonderheiten. Beim Bewegungsverhalten fallen die Baslerinnen und Basler im interkantonalen Vergleich insofern positiv auf, als die Mehrheit der Bevölkerung die täglichen Wegstrecken zur Arbeit, zum Einkaufen oder in den Ausgang zu Fuss oder mit dem Velo zurücklegt. Trotzdem erfüllt nur gut ein Drittel aller Baslerinnen und Basler die Bewegungsempfehlung des Bundesamtes für Sport (mindestens eine halbe Stunde Bewegung pro Tag). Die Baslerinnen und Basler kompensieren zum Teil ihr selteneres Sporttreiben und ihr tiefes Bewegungsniveau bei der Arbeit mit täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Velo.

### *Hoher Medikamenten- und Tabakkonsum im Kanton Basel-Stadt*

Die Baslerinnen und Basler zeichnen sich durch einen überdurchschnittlichen Medikamentenkonsum aus. Besonders hoch ist der Konsum von Medikamenten in der Altersgruppe der über 65-Jährigen sowie bei Personen mit nur obligatorischem Bildungsabschluss.

Im Kanton Basel-Stadt leben schweizweit die meisten Raucherinnen und Raucher. Sowohl der Bevölkerungsanteil an stark rauchenden Männern wie auch an stark rauchenden Frauen ist einmalig hoch. Bei den 15- bis 34-jährigen Baslern raucht jeder zweite zumindest gelegentlich, und auch der Cannabiskonsum dieser Altersgruppe ist im Kanton Basel-Stadt nach Bern der häufigste.

### *Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wohn- und Arbeitssituation*

Die Baslerinnen und Basler fühlen sich zu Hause häufig gestört und sind allgemein mit ihrer Wohnsituation weniger zufrieden als der Schweizer Durchschnitt. Am grössten ist die Belastung durch Autolärm, gefolgt von Lärm verursacht durch andere Personen sowie Verkehrsabgase, Flug- und Zuglärm. Generell müssen Ausländerinnen und Ausländer mit mehr Immissionen in ihrem Wohnumfeld leben und sind demnach mit ihrer Wohnsituation auch deutlich unzufriedener als Schweizerinnen und Schweizer. Dasselbe gilt für Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen: Je tiefer das Haushaltseinkommen, desto mehr Immissionen ist jemand ausgesetzt.

### *Angst beeinträchtigt das psychische und körperliche Wohlbefinden*

Es sind wiederum Personen ausländischer Nationalität sowie generell Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen und geringer Bildung, die sich am meisten um den Verlust ihrer Arbeitsstelle sorgen. Die Angst vor der Kündigung geht mit schlechtem psychischem und körperlichem Wohlbefinden einher. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch, wenn befürchtet wird, keine vergleichbare Stelle mehr zu finden.

Dass das Leben mit Ängsten der Gesundheit allgemein abträglich ist, zeigt sich auch im Zusammenhang mit der Angst vor Gewalttaten. Je mehr eine Person fürchtet, in den nächsten zwölf Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden, desto schlechter ist ihre psychische Ausgeglichenheit. Im Kanton Basel-Stadt haben zwar etwas weniger Personen Angst vor Gewalttaten als in der Gesamtschweiz, es besteht jedoch ein deutlicher Zusammenhang mit der sozialen Lage. Je mehr finanzielle Mittel eine Person zur Verfügung hat und je höher ihre Schulbildung ist, desto weniger erwartet sie, in der nächsten Zeit in irgendeiner Weise mit Gewalt konfrontiert zu werden. Im Kanton Basel-Stadt ist weiter auffällig, dass Jugendliche weniger Angst vor Gewalttaten haben als ältere Personen. In der Gesamtschweiz verhält es sich genau umgekehrt.

### *Was erklärt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?*

Wichtigste Erklärungsfaktoren für die unterschiedliche individuelle Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sind der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand und die angegebenen körperlichen Beschwerden. Mit anderen Worten: Wer über eine schlechte Gesundheit und über starke körperliche Beschwerden klagt, nimmt medizinische Dienstleistungen eher in Anspruch. Im Gegensatz zum Wohlbefinden und zur Gesundheit spielen für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen das Alter, aber auch das Gesundheitsverhalten keine zentralen Rollen.

### *Individuelle Unterschiede in der Inanspruchnahme, insbesondere hinsichtlich Nationalität und sozialer Lage*

Bei genauerer Betrachtung zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme: Frauen nutzen die medizinischen Angebote im Allgemeinen etwas häufiger als Männer. Unterschiede zeigen sich auch bezüglich der Nationalität und der sozialen Lage: Hervorzuheben gilt es dabei

erstens die Unterschiede zwischen Schweizerinnen bzw. Schweizern und Migrantinnen bzw. Migranten. Ausländerinnen und Ausländer nehmen ärztliche Dienstleistungen im Allgemeinen und zahnmedizinischen Angebote im Speziellen weniger in Anspruch als Baslerinnen und Basler mit einem Schweizer Pass. Zweitens nehmen Personen, die bezüglich Bildung und Einkommen eher den unteren sozialen Schichten zuzuordnen sind, spezialärztliche und zahnmedizinische Dienstleistungen sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen (Gebärmutterhalsabstriche) in geringerer Masse in Anspruch als Personen in höheren sozialen Schichten. Teilweise dürften die Unterschiede darauf zurückzuführen sein, dass einzelne Angebote (insbesondere zahnmedizinische Dienstleistungen) selbst bezahlt werden müssen. Ähnlich wie in der Analyse der gesamten Schweiz können im Kanton Basel-Stadt also teilweise schicht-, kultur- oder muttersprachlich bedingte Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme ausgemacht werden.

#### *Sehr hohe Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Kanton Basel-Stadt*

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich im Kanton Basel-Stadt eine überaus hohe Inanspruchnahme praktisch aller hier untersuchten medizinischen Angebote: Die höchsten Bevölkerungsanteile bezüglich der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Dienstleistungen zeigen sich praktisch immer im Kanton Basel-Stadt. Ausnahme bilden einzig die zahnmedizinischen Dienstleistungen. Als Gründe für die hohe gesamtkantonale Inanspruchnahme lassen sich die urbanen und eher modernen Strukturen des Kantons, die hohen Anteile an über 65-jährigen Personen und das vergleichsweise sehr grosse medizinische Angebot in Form der Ärztedichte anführen, die einer extensiven Inanspruchnahme förderlich zu sein scheinen. Neben anderen Faktoren verursacht eine grössere Nutzung medizinischer Angebote auch grössere Kosten.

Die folgenden Punkte verweisen zusammenfassend auf die grössten Probleme bezüglich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Kanton Basel-Stadt:

- Schweizweit höchster Anteil Personen mit schlechtem und sehr schlechtem gesundheitlichem Wohlbefinden. Insbesondere betroffen davon sind über 65-jährige Baslerinnen.
- Der Anteil Personen mit schlechtem körperlichem und psychischem Wohlbefinden nimmt in den höheren Altersgruppen vergleichsweise stark zu.
- Sehr hoher Anteil Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem. Besonders hoch ist der Anteil bei über 65-jährigen Baslerinnen.
- Sehr hoher Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden. Dies gilt für alle Kategorien, ist aber besonders ausgeprägt bei Personen mit geringer Bildung und bei Migrantinnen und Migranten.
- Damit zusammenhängend: Sehr hoher Anteil an Personen, die im vergangenen Monat nur eingeschränkt leistungsfähig waren.
- Viele Männer mit Fettleibigkeit. Besonders betroffen sind Personen mit nur obligatorischer Schulbildung und mit tiefem Einkommen.
- Baslerinnen haben eine schlechtere psychische Ausgeglichenheit als Frauen in der Schweiz insgesamt. Dies gilt besonders für die 35- bis 49- und die über 65-Jährigen.
- Überdurchschnittlich viele Männer im Alter von 35 bis 64 Jahren leiden unter Einsamkeit.
- Jugendliche und junge Erwachsene essen weniger Gemüse, Salat und Früchte als die älteren Altersgruppen. Dieser Trend gilt allerdings für alle Jugendlichen der Schweiz.
- Der Medikamentenkonsum ist bei den über 35-Jährigen sehr hoch. Besonders ausgeprägt: Schmerzmittelkonsum von Personen mit geringer Bildung, in an- und ungelerten Berufen, bei Ausländerinnen und Ausländern. Der Konsum im Kanton Basel-Stadt ist für alle untersuchten Medikamente der höchste der Deutschschweiz.
- Viele (stark) Rauchende: Insbesondere Männer zwischen 15 und 34 und Frauen zwischen 34 und 64 Jahren.
- Häufiger Cannabiskonsum – Lebenszeitprävalenz und aktueller Konsum – bei Jugendlichen.
- Vergleichsweise grosser Anteil an Personen, die mit ihrer Wohnsituation unzufrieden sind; sehr viele Immissionen (insbesondere Verkehrslärm und -abgase). Primär betroffen sind Personen mit geringer Bildung und tiefem Einkommen sowie Migrantinnen und Migranten.

- Hoher Anteil Personen mit Angst vor Arbeitslosigkeit. Besonders betroffen: Personen mit geringer Bildung und Migrantinnen und Migranten.
- Geringere Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen und insbesondere von zahnmedizinischen und spezialärztlichen Angeboten sowie von Krebsvorsorgeuntersuchungen (Gebärmutterhalsabstrich) durch Personen aus unteren sozialen Schichten und durch Migrantinnen und Migranten. Die seltenere Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen dürfte teilweise auf kultur- oder sprachlich bedingte Barrieren zurückzuführen sein.



# 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-Stadt schliesst an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf der 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 erhielt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) von fünf Kantonen den Auftrag, auf der 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. Das Projekt wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt. Die Mitglieder der 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 Basler 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 im Weiteren 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 oder fehlende soziale Kontakte. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert schliesslich neben dem Hinweis auf gesundheitliche Probleme ebenfalls Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Regelmässige Kontrollen z.B. des Blutdrucks oder Präventivuntersuchungen gegen Brustkrebs spielen bei der Früherkennung von Krankheiten eine wichtige Rolle.

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, 1994, BFS, 2002). Ein Ziel der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation «Gesundheit 21» ist denn auch die Verringerung des Gesundheitsgefälles zwischen den sozio-ökonomischen 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.

Zur Einschätzung, ob ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder gesundheitsschädigendes Verhalten überdurchschnittlich häufig im eigenen Kanton vorkommt und damit besonders Besorgnis erregend ist, liefert der interkantonale Vergleich wertvolle Anhaltspunkte. Dabei müssen demografische und strukturelle Unterschiede zwischen den Kantonen in die Analyse einfließen.

Gerade auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können sich unterschiedliche soziostrukturelle und -demografische Begebenheiten oder ein unterschiedliches medizinisches Angebot auswirken.

## 1.2 Datengrundlage

Der vorliegende Bericht basiert hauptsächlich 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 6). 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 8.1 oder der Literatur (BFS, 2003a, BFS, 2003b) zu entnehmen.

Im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen der SGB 2002 stellvertretend für die total 165'109 Einwohnerinnen und Einwohner (15 Jahre und älter) 1017 Personen befragt worden. Aus Tabelle 1.2 geht die Anzahl befragter Personen und die entsprechende Basler Bevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen hervor. Sowohl das Auswahlverfahren der Befragten als auch das nachträglich

**Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung**

<b>Datenproduzent</b>	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.
<b>Rechtsgrundlage</b>	Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
<b>Erhebungszweck</b>	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.
<b>Befragte</b>	Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.
<b>Stichprobe</b>	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.
<b>Periodizität</b>	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002. Nächste Befragung: 2007.

**Tab. 1.2 Anzahl Personen (15 Jahre und älter) in Stichprobe und Gesamtbevölkerung<sup>1</sup> des Kantons Basel-Stadt nach Alters- und Geschlechtsgruppen**

Altersgruppe	Männer		Frauen		Total	
	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung
15–34 Jahre	81	17 355	104	21 688	185	39 043
35–49 Jahre	128	22 868	132	21 500	260	44 368
50–64 Jahre	113	19 943	143	17 485	256	37 428
65 Jahre und mehr	120	17 374	196	26 896	316	44 270
Total	442	77 540	575	87 569	1 017	165 109

<sup>1</sup> Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), Ende 2001

angewendete Gewichtungungsverfahren trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Gültigkeit erhalten (für genauere Informationen siehe Anhang 1).

### 1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen

Gesundheit stellt einen zentralen individuellen und gesellschaftlichen Wert dar. Die Verbesserung und der Schutz der Gesundheit in der Bevölkerung sind vordringliche Ziele staatlicher Politik. Während über die Zielsetzung weitgehend Einigkeit herrscht – Gesundheit wollen wir schliesslich alle –, wird es bei der Festlegung der Wege und Mittel schon schwieriger. Bereits bei der Definition dessen, was Gesundheit eigentlich heisst, ist es vorbei mit der Einigkeit, und bei der Frage, wie Gesundheit am effektivsten zu erhalten und zu fördern sei, stösst man auf die unterschiedlichsten Erklärungsansätze.

Unser Gesundheitssystem ist geprägt von einer pathogenetischen Sichtweise, in deren Zentrum die Symptome und Krankheiten der Patientinnen und Patienten stehen. Und dies mit gutem Grund: Wer an Schmerzen und Einschränkungen leidet, möchte diese möglichst schnell beseitigt haben. Die Anstrengungen des Gesundheitssystems richten sich deshalb in erster Linie auf die Heilung und Linderung von Beschwerden und Krankheiten. Die Erwartungen der Patientinnen und Patienten sind hoch und die Erfolge von Diagnostik und Therapie beeindruckend. Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten und unter dem Eindruck einer fortschreitenden Technisierung macht sich allerdings auch Kritik an der so genannten «Apparatemedizin» breit. Psychosozialen Aspekten und Umwelteinflüssen wird vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, und in der Gesundheitsvorsorge gewinnen neben der Kuration und Rehabilitation auch die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung.

Mit der Prävention rückt die Frage ins Zentrum, wie sich die Lebensbedingungen, die Lebensweise und die aktive Lebensgestaltung auf Erhaltung und Förderung der Gesundheit auswirken. Bereits 1946 hat die WHO mit der Definition von Gesundheit als einem «Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» den Gesundheitsdiskurs für eine umfassende Vorstellung von Gesundheit geöffnet. Auch wenn man die WHO-Definition als idealistisch und realitätsfern kritisieren kann, so kommt ihr zweifellos das Verdienst zu, Gesundheit in einen breiten Rahmen gestellt zu haben. Gesundheit wurde nicht mehr einfach als «Abwe-

senheit von Krankheit» gefasst, sondern als mehrdimensionales Phänomen, das auch viel mit ungleichen Lebensbedingungen und sozialer Gerechtigkeit zu tun hat.

Noch einen Schritt weiter ging der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit seinem Modell der Salutogenese. Antonovsky postulierte, dass Gesundheit kein normaler und passiver Gleichgewichtszustand sei, sondern ein labiles, aktives und dynamisches Geschehen (vgl. Antonovsky 1997). Die Arbeiten Antonovskys veränderten den Blick auf die Gesundheit nachhaltig. Gesundheit ist nicht mehr länger der selbstverständliche Normalzustand und Krankheit die Abweichung von der Norm. Gesundheit muss vielmehr ständig erworben und aktiv aufrechterhalten werden. Anstatt der ausschliesslichen Bekämpfung von krank machenden Einflüssen und der Vermeidung von Risikofaktoren setzt der salutogenetische Ansatz auf die Stärkung von Ressourcen, die den Menschen gesund erhalten. Eine zentrale Ressource stellt dabei das Kohärenzgefühl dar. Unter Kohärenzgefühl versteht Antonovsky die erworbenen und relativ stabilen Überzeugungen eines Menschen, die ihm helfen, Anforderungen als verstehbar, handhabbar und sinnvoll zu erleben. Das Kohärenzgefühl hilft, Anforderungen zu bewältigen und auch unter starken Stressbedingungen gesund zu bleiben.

Mit der Ottawa-Charta von 1986 hat die WHO die Gesundheitsförderung zum Programm gemacht. Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel zu mehr Selbstbestimmung und zu einer positiven Lebensgestaltung. Während das salutogenetische Modell auf das Individuum fokussiert blieb, wurden in den 1990er Jahren auch vermehrt gesellschaftliche Bezüge thematisiert. Im so genannten Public-Health-Modell rücken die Lebensbedingungen (Settings) in den Vordergrund. Für einen gesunden Lebensstil ist nicht nur das Individuum verantwortlich, auch die gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen werden hinterfragt und in die Pflicht genommen.

In der Medizin und in den Sozialwissenschaften hat sich über die Jahre eine mehrdimensionale Sichtweise von Gesundheit etabliert. Neben dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden gehören auch Leistungsfähigkeit, Sinnfindung und soziale Integration dazu. Den individuellen und sozialen Ressourcen kommt dabei eine ähnliche Bedeutung zu wie den körperlichen Ressourcen. Gleichzeitig hängt Gesundheit vom sozialen Umfeld ab, in das der Einzelne eingebunden ist. Die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen bestimmen nicht nur Handlungs- und Möglichkeitsräume, sie haben auch einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit.

Das in Abbildung 1.1 dargestellte Strukturmodell gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen, die bei der Erfassung und Erklärung von Gesundheit beachtet werden müssen. Im Modell werden Erklärungsebenen unterschieden, von denen direkte wie auch kombinierte Effekte auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgehen. Dabei zeigt sich, wie die allgemeinen Lebensbedingungen und die konkreten Lebenssituationen sowohl direkt als auch indirekt auf das Gesundheitsverhalten und auf den Gesundheitszustand wirken.

Die strukturellen und kulturellen Bedingungen definieren den gesellschaftlichen Rahmen. Sie geben beispielsweise Auskunft über die medizinischen Möglichkeiten, die Altersverteilung einer Gesellschaft oder die Grundstruktur der Gesundheitsvorsorge. Auf dieser Ebene können auch allgemeine Vorstellungen und Werte bezüglich Gesundheit und Körper festgemacht werden. Sämtliche in Abbildung 1.1 dargestellten Beziehungen und Ebenen müssen vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Die soziale Lage und das soziale Milieu bestimmen die allgemeinen Lebensbedingungen und beeinflussen die individuellen und gruppenspezifischen Lebenschancen. Sie legen einen objektiven Handlungsspielraum fest, welcher die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Individuen bestimmt. Zu den zentralen Determinanten von sozialer Lage und Milieu gehören Bildung, Beruf, Einkommen, Alter, Geschlecht oder Nationalität. Die Determinanten der sozialen Lage haben sowohl einen direkten Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand als auch vermittelt über die konkrete Lebenssituation und den Habitus.

Der Begriff Habitus bezieht sich in Anlehnung an die Arbeiten von Pierre Bourdieu (1987) auf die subjektiven Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die von der sozialen Lage und dem Milieu mitgeprägt sind. Auch das unterschiedliche Bewältigungsverhalten oder die Kontrollüberzeugungen können im Zusammenhang mit dem Habitus einer Person thematisiert werden. Während der Habitus die individuellen, über Sozialisationsprozesse aber eben auch strukturell geprägten Handlungsorientierungen und -strategien thematisiert, umfasst die Lebenssituation die konkreten Arbeits- und Wohnbedingungen sowie die kleinräumigen Beziehungsnetze. Die konkrete Lebenssituation ist zwar geprägt von der sozialen Lage und dem sozialen Milieu, die von diesen aufgespannten Möglichkeitsräume können aber auch individuell gestaltet und modifiziert werden.

Aus diesem Grund setzen sich in der konkreten Lebenssituation und dem Habitus nicht nur der Einfluss der sozialen Lage und des sozialen Milieus fort, die Lebenssituation und der Habitus üben auch einen unabhängigen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand aus.

Einschränkend muss festgehalten werden, dass das Modell die strukturelle Prägung von Gesundheit im Auge hat und keineswegs deterministisch verstanden werden darf. Biologische und ökologische Einflussfaktoren – wie beispielsweise die Konstitution oder die Schadstoffbelastung – bleiben zudem unberücksichtigt, da sie mit den Daten der Gesundheitsbefragung nicht untersucht werden können.

Trotz der Reduktion auf strukturelle Faktoren kann das skizzierte Strukturmodell mit den vorliegenden Daten empirisch nicht vollständig überprüft werden. Dies ist auch nicht das Ziel des vorliegenden Berichts. Das Modell soll vielmehr helfen, die verschiedenen Ebenen der Analyse besser unterscheiden zu können und dabei Strukturierungs- und Interpretationshilfen für die Zusammenhangsanalysen liefern. Die Vorgehensweise ist wie folgt:

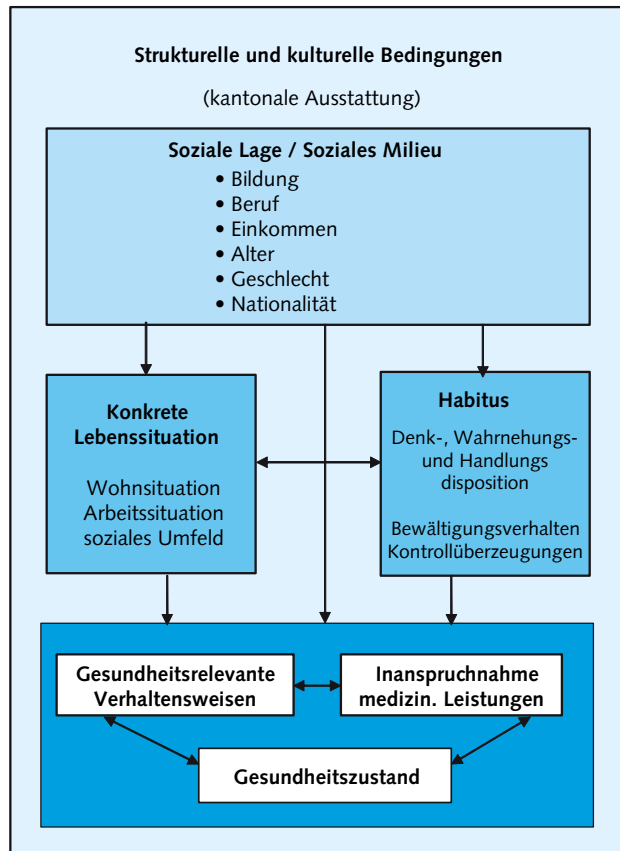
Im nachfolgenden Abschnitt 1.4 wird zunächst ein Blick auf die strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen des Kantons geworfen. Anhand eines kurzen Steckbriefes wird eine Übersicht über wichtige Faktoren der kantonalen Ausstattung und Problemstruktur gegeben.

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 unter die Lupe genommen, 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. 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

Abb. 1.1: Allgemeines Strukturmodell



Arbeitsplatz dargestellt sowie die Angst vor Arbeitslosigkeit und Gewalt problematisiert. In Kapitel 5 werden die verschiedenen Ebenen – Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, 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.

## 1.4 Der Kanton Basel-Stadt 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 Kantons 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-Stadt in vergleichender Perspektive analysiert werden, so ist die Darstellung einiger der wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen zentral (vgl. Abbildung 1.1 vorgängig).

Ziel dieses Abschnitts ist es, einerseits die für gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wichtigsten strukturellen und kulturellen Bedingungen herauszufiltern und andererseits den Kanton Basel-Stadt mit Hilfe dieser Faktoren als gesundheitsrelevanten Kontext steckbriefartig zu beschreiben (vgl. Tabelle 1.3). 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-Stadt weist im Vergleich zur Schweiz einen sehr hohen Anteil an Ausländerinnen und Ausländern auf (BS: 28,4%, 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-Stadt deutlich weniger junge Menschen (unter 19 Jahre alt), während die Anteile an über 64-Jährigen wesentlich höher sind. Diese Unterschiede lassen sich durch unterschiedliche Geburten- und Zuwanderungsraten erklären.

Personen unterschiedlicher sozialer Lagen unterscheiden sich in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, im Gesundheitszustand und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ungünstige Lebensbedingungen, knappe Ressourcen und Schicht spezifisches Gesundheitsverhalten zeigen sich als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen der unteren sozialen Lagen (Meyer und Jeanneret 1999). Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage wird häufig mittels des *Bildungsgrades* gemessen (Bisig und Gmel 2004). Der Kanton Basel-Stadt weist – verglichen mit der Schweiz – ein höheres aggregiertes Bildungsniveau auf. Der Bevölkerungsanteil, der eine nachobligatorische Ausbildung auf der Tertiärstufe abgeschlossen hat, ist im Kanton Basel-Stadt rund 4% höher als in der gesamten Schweiz; der Anteil mit einer nachobligatorischen Ausbildung auf der Sekundärstufe II

ist hingegen um rund sieben Prozentpunkte geringer als in der Schweiz.

In der Public-Health-Diskussion spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Wer über starke soziale Netze verfügt, hat eine positivere Einstellung gegenüber seiner eigenen Gesundheit (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Als wichtigste Quelle primärer Sozialunterstützung gilt die Familie. Mit Hilfe der *Haushaltsstrukturen* in den Kantonen kann die Individualisierung in den Lebensformen nachgezeichnet werden. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und die 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 Armutsrisiko, dem vor allem allein erziehende Mütter und ihre Kinder ausgesetzt sind, können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen. Im Vergleich mit der Schweiz wohnen durchschnittlich weniger Personen in einem Haushalt, und der Kanton Basel-Stadt weist einen deutlich höheren Anteil an Einpersonenhaushalten sowie an Einelternfamilien auf.

Wirtschaftlich schwache Gebiete fallen durch die schlechte Gesundheit ihrer Bevölkerung auf (Baggott 2000; Carstairs und Morris 1989; Drever und Whitehead 1995). Insbesondere die *Arbeitslosigkeit* zeigt Auswirkungen nicht nur auf die direkt Betroffenen, sondern erhöht den Stress, der sich aufgrund der Unsicherheit der Stabilität der Beschäftigung ergibt. Die Arbeitslosenquote wird teilweise dadurch erklärt, wie sich die Beschäftigten auf die unterschiedlichen *Wirtschaftssektoren* unterteilen. Darüber hinaus variieren Gesundheitsrisiken stark zwischen den einzelnen Branchen (Gubéran und Usel 2000). Mit einem im Vergleich zu anderen Kantonen hohen Anteil an Beschäftigten im III. Sektor und dem geringsten Beschäftigtenanteil in der Schweiz weist der Kanton Basel-Stadt eine eher hohe 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, die eine grössere und spezifischere Nachfrage nach sich zieht, eine Rolle. 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 gilt der Basler Stadtkanton aus naheliegenden Gründen als sehr urban.

### 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-Stadt sehr viel für Gesundheit aus. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegen im Kanton Basel-Stadt deutlich über 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 allen anderen Kantonen weist der Kanton Basel-Stadt die höchste Ärzte- und 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. Der Kanton Basel-Stadt weist im Vergleich mit der Gesamtschweiz eine sehr hohe Bettendichte auf. Freilich ist damit nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten, ausgesagt. So gilt beispielsweise der Kanton Basel-Stadt als Nettoimporteureur an Patientinnen und Patienten. Insbesondere mit dem Kanton Basel-Landschaft herrscht ein sehr starker Austausch, und viele Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Stadt stammen aus dem Ausland (Zahnd 2003).

In der nachfolgenden Tabelle werden die kulturellen, soziostrukturellen und -demographischen sowie die angebotsorientierten Grössen aufgelistet. Die Ausprägungen des Kantons Basel-Stadt werden dabei mit jenen der Schweiz verglichen. Der besseren Einordnungsmöglichkeit dient die Auflistung des Ranges des Kantons Basel-Stadt, 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-Stadt

Indikator	BS	Schweiz	Rang BS <sup>1</sup>	Operationalisierung und Quelle
<b>Allgemeine Angaben</b>				
Bevölkerungsgrösse 2002	186 871	7 317 873	14	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)
Bevölkerungsentwicklung 1992–2002	–5,0	5,9	26	Zunahme/Abnahme in % zwischen 1992–2002 (ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)).
<b>Kultureller Kontext</b>				
Anteil Ausländerinnen und Ausländer in % 2002	28,4	20,3	2	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2002 in % (BFS, ESPOP).
<b>Soziostruktureller und -demografischer Kontext</b>				
Altersstruktur 2000				
0–19-Jährige in %	17,2	22,9	26	Wohnbevölkerung nach Altersklassen; Anteile in % (BFS: Volkszählung 2000).
20–64-Jährige in %	61,7	61,8	9	
>64-Jährige in %	21,0	15,4	1	
Bildungsniveau der 25–64-jährigen Bevölkerung 2000 ohne nachobligatorische Ausbildung in %				
Sekundarstufe II in %	23,8	22,9	15	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000).
Tertiärstufe in %	42,1	49,2	25	
	25,6	21,5	4	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	1,9	2,2	26	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 %	49,8	35,8	1	
Haushalte mit Einelternfamilien in %	19,9	13	1	
Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt 2002)				
Volkseinkommen in CHF pro Kopf 2001	3,0	2,5	6	Jahresdurchschnitt 2002 in % (seco, BFS, BFS; BFS: Volkszählung 2000). Netto-Volkseinkommen zu Faktorkosten in CHF pro Einwohner 2001 (BFS: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung).
	67 567	49 012	2	
Beschäftigungsstruktur 2000 / 2001				
Beschäftigte im I. Sektor in %	0,4	5,7	26	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren 2000 (Sektor I) und 2001 (Sektoren II und III) als Anteile aller Beschäftigten (BFS).
Beschäftigte im II. Sektor in %	24,0	26,6	22	
Beschäftigte im III. Sektor in %	75,7	67,7	3	
Urbanitätsgrad	100	44,4 <sup>2</sup>	1	Urbanisierungsgrad der Kantone gemäss Volkszählung 1990 (BFS 1997: Die Raumgliederung der Schweiz; Vatter et al. 2004).
<b>Angebot</b>				
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	3,53	1,96	1	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)	0,74	0,39	1	Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner/innen 2002 (BFS: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind).
Bettendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	32,4	22,2	2	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)	1 858	1 065 <sup>3</sup>	2	Ausgaben im Jahr 2002 (Nettobelastung = laufende Rechnung plus Investitionsrechnung) pro Kopf gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Nettobelastung für Später, 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).

<sup>1</sup> Rang im interkantonalen Vergleich: 1 entspricht jeweils der höchsten Ausprägung.<sup>2</sup> Diese Angaben entsprechen dem Mittelwert aus den Angaben aller Kantone.<sup>3</sup> 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, wird heute von einem positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff ausgegangen. In Anlehnung an die viel zitierte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1946 werden neben den körperlichen Aspekten auch das psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt. Mit Wohlbefinden wird mittlerweile nicht nur ein statischer Zustand bezeichnet, sondern Wohlbefinden 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 Umwelt 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 (vgl. Strukturmodell in Kapitel 1.3).

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

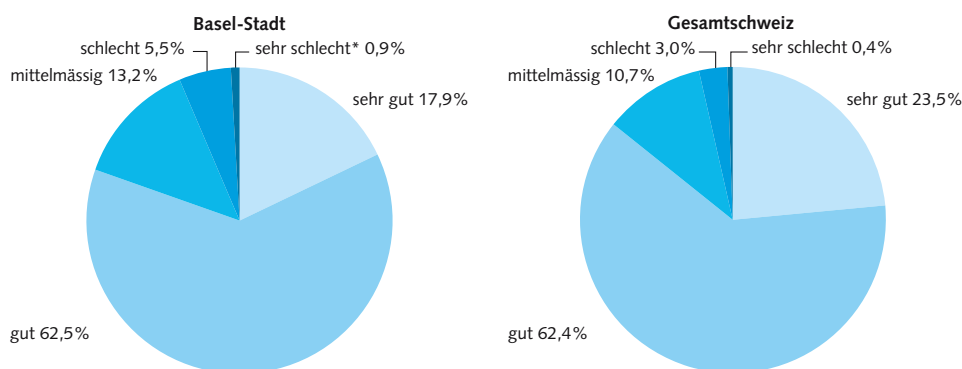
wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter untersucht. Bei wichtigen Indikatoren werden auch sozioökonomische Merkmale wie die Bildung, die Berufstellung, das Einkommen und die Nationalität berücksichtigt. Mit den Zusammenhängen zwischen den drei Gesundheitsdimensionen befasst sich der Abschnitt 5.1.

### 2.1 Körperliche Gesundheit

Nach der WHO-Gesundheitsdefinition bemisst 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-Stadt und Schweiz

Abb. 2.1



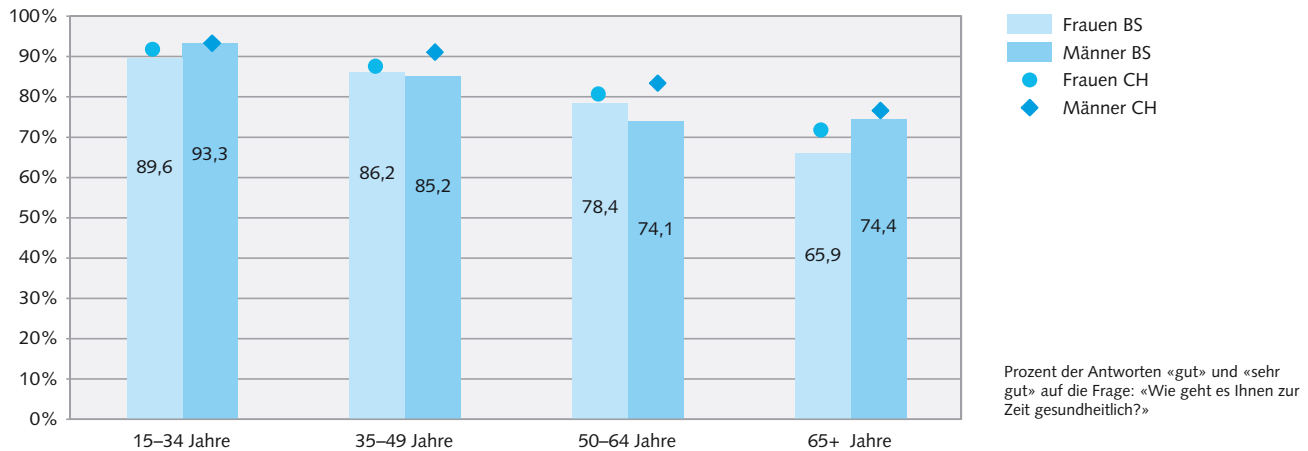
\* Antworten von 0–10 Personen.

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1017 (BS), 19'701 (CH).

### Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Stadt und Schweiz

Abb. 2.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1017 (BS); 19'701 (CH).

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

		gut/ sehr gut <sup>1</sup>		schlecht/ sehr schlecht <sup>2</sup>
		BS	CH	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		80,4	85,8	3,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	79,3	84,0	3,7
	Männer	81,7	87,8	3,1
<b>Altersgruppen</b>	15–34	91,2	92,5	0,9
	35–49	85,7	89,4	2,7
	50–64	76,1	82,0	5,2
	65+	69,3	73,7	6,6
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	74,5	79,1	6,0
	Sekundarstufe II	80,3	87,0	2,8
	Tertiärstufe	88,1	91,4	2,0
<b>Nationalität</b>	Schweizer	82,0	86,4	2,9
	Ausländer	75,8	83,6	5,7
<b>Haushaltseinkommen<sup>3</sup></b>	bis CHF 3000	78,2	81,8	4,7
	CHF 3000 bis 4499	77,7	86,0	3,3
	CHF 4500 bis 5999	88,6	89,2	2,0
	CHF 6000 und höher	81,8	91,6	1,7
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte man. Berufe	77,5	81,2	5,1
	qualifiziert manuelle Berufe	73,6	82,7	5,0
	Kleinunternehmer	87,0	86,5	2,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	81,9	85,2	3,2
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	79,6	88,1	2,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	90,0	92,5	1,8
<b>Regionaler Vergleich</b>	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

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

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

Wegen der tiefen Fallzahl (n=56) können hier für den Kanton Basel-Stadt keine Werte ausgewiesen werden.

<sup>3</sup> 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, 943<n<1017 (BS); 18'183<n<19'702 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

### 2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut. Vier Fünftel aller Befragten antworten auf die Frage «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?» mit «gut» oder «sehr gut». Nur eine Minderheit gibt an, es gehe ihr momentan schlecht oder gar sehr schlecht. Es zeigt sich jedoch deutlich, dass der Anteil Personen im Kanton Basel-Stadt, der sich sehr gut fühlt, geringer und der Anteil Personen, der sich schlecht und sehr schlecht fühlt, markant grösser ist als im Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.1).

Der Anteil der Personen mit gutem und sehr gutem allgemeinem Wohlbefinden ist bei den Männern mit 81,7% ein wenig höher als bei den Frauen mit 79,3%. Diese Differenz fällt im Kanton Basel-Stadt dabei geringer aus als in der Schweiz insgesamt (87,8% vs. 84,0%). Das gesundheitliche Wohlbefinden nimmt jedoch bei beiden Geschlechtern in den höheren Altersgruppen deutlich ab. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt sich dabei, dass die altersbedingte Abnahme von gutem und sehr gutem allgemeinem Wohlbefinden im Kanton Basel-Stadt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen besonders ausgeprägt ausfällt (Abbildung 2.2).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit variiert auch bezüglich der sozioökonomischen Merkmale. Auffällig ist, wie eng die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der sozialen Lage der befragten Person zusammenhängt. Im Kanton Basel-Stadt antworten 88,1% der Personen mit Tertiärbildung, es gehe ihnen gut oder

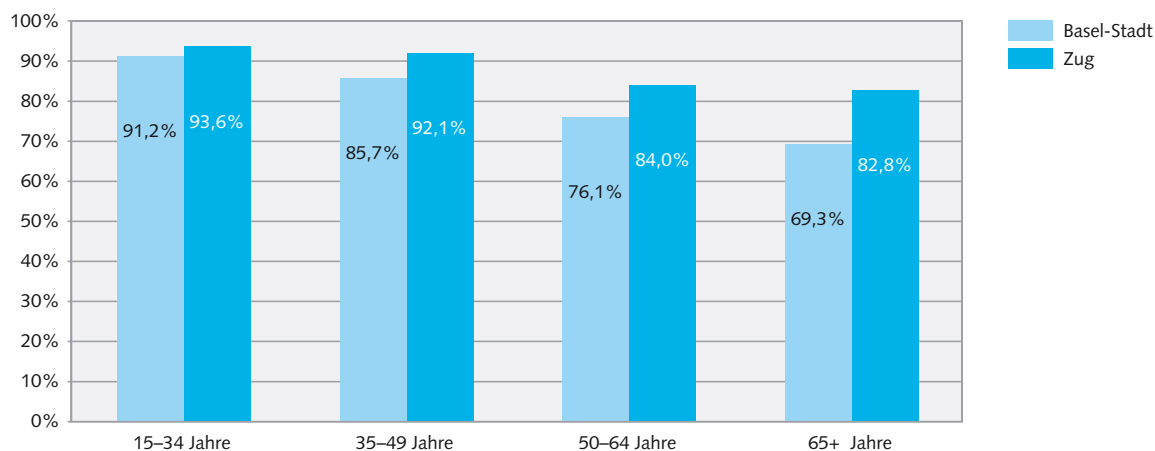
sogar sehr gut. Bei Personen, die nur die obligatorische Schule besucht haben, ist dies lediglich bei 74,5% der Fall. Dieser Befund stellt allerdings keine Besonderheit des Kantons Basel-Stadt dar, sondern findet sich in vergleichbarem Ausmass auch in der Gesamtschweiz. Beim Haushaltseinkommen hingegen gibt es bei den Baslerinnen und Baslern eine Auffälligkeit. Das Wohlbefinden nimmt nicht wie in der Gesamtschweiz mit höherem Haushaltseinkommen linear zu. Personen mit einem etwas überdurchschnittlichen Haushaltsäquivalenzeinkommen von Fr. 4500–5999 fühlen sich deutlich besser als alle anderen Einkommensgruppen (Tabelle 2.1).

Ein vergleichbares Bild zeigt sich, betrachtet man die Personen, die angeben, es gehe ihnen schlecht oder sehr schlecht. Diese Gruppe nimmt zu, je höher das Alter und je geringer die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen sind.

Im interkantonalen Vergleich bildet der Kanton Basel-Stadt gewissermassen das Schlusslicht. 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 im Kanton Zug (Alterdurchschnitt: 43,3 Jahre). Bereits im Alter von 15 bis 34 Jahren schätzen die Bewohner/innen des Kantons Basel-Stadt ihren Gesundheitszustand als etwas weniger gut ein als im Kanton Zug. Dabei vergrössert sich mit zunehmendem Alter der Unterschiede.

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

Abb. 2.3



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

## Lang andauernde Gesundheitsprobleme

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

Im Kanton Basel-Stadt leiden 23,7% der Wohnbevölkerung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem; dieser Anteil liegt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 16,2%. Der genannte Gesamtwert ist aber nur bedingt aussagekräftig, da bei diesen Gesundheitsproblemen markante Geschlechts- und vor allem grosse Altersunterschiede existieren. Der Anteil an Frauen mit solchen Beschwerden liegt im Durchschnitt über demjenigen der Männer (BS: 26,4 vs. 20,7%; CH: 18,1 vs. 14,1%). Mit zunehmendem Alter nehmen die lang andauernden gesundheitlichen Probleme erwartungsgemäss stark zu. Auffallend ist dabei der hohe Anteil Baslerinnen über 50 Jahre mit solchen Gesundheitsproblemen. Dieser Anteil liegt deutlich über jenem der entsprechenden Gruppe in der Gesamtschweiz wie auch über dem Anteil der gleichaltrigen Basler. Gleichzeitig haben mehr Basler im Alter von 50 bis 64 Jahren mit einem bereits lang andauernden Leiden zu leben als die entsprechende Altersgruppe in der Gesamtschweiz (Abbildung 2.4).

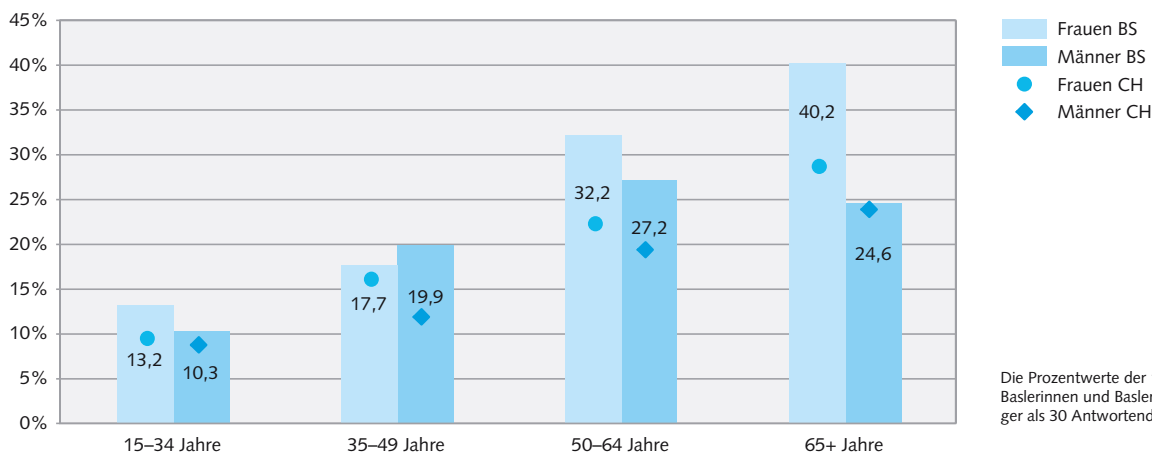
Wird nach der Art der Beschwerden unterschieden, so geben die Befragten des Kantons Basel-Stadt an, dass vier Fünftel (80,7%) der Probleme körperlicher und 6,6% psychischer Art sowie 12,7% eine Kombination der beiden seien. Die Baslerinnen und Basler unterscheiden sich mit der Angabe dieser Werte insofern etwas von der Gesamtschweiz, als der Anteil rein psychischer Beschwerden tiefer und der kombinierter Beschwerden etwas höher ausfällt (CH: 79,3%, 10,4%, 10,2%).

Tabelle 2.2 unterstreicht, dass der Anteil Personen mit lang andauernden Beschwerden mit zunehmendem 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 höheren Altersgruppen. Auffällig ist ferner der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status, desto seltener sind langandauernde Beschwerden.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Basel-Stadt mit 23,7% Personen mit lang andauernden Beschwerden gemeinsam mit dem Kanton Solothurn (20,1%) markant über dem Schweizer Durchschnitt (16,2%).

## Anteil der Frauen und Männer mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Basel-Stadt und Schweiz

Abb. 2.4



Die Prozentwerte der 15- bis 49-jährigen Baslerinnen und Basler basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1016 (BS); 18'458 (CH).

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

		alle Beschwerden < 12 Mt.	wovon körperlich bedingt	psychisch bedingt	beides
<b>Gesamtbevölkerung</b>		16,2	79,3	10,4	10,2
<b>Geschlecht</b>	Frauen	18,1	77,4	11,7	10,9
	Männer	14,1	82,0	8,7	9,3
<b>Altersgruppen</b>	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
<b>Bildung</b>	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
<b>Nationalität</b>	Schweizer	16,7	80,1	10,4	9,5
	Ausländer	14,0	75,4	10,8	13,8
<b>Haushaltseinkommen</b>	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
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- u. ungelernete 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
<b>Regionaler Vergleich</b>	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 lang andauernden Beschwerden); 3180<n<3450 (Beschwerden differenziert).

### 2.1.2 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen Frage zu den bereits seit langer Zeit andauernden Beschwerden wurde in der Gesundheitsbefragung auch gezielt nach gesundheitlichen Störungen gefragt, die häufig Symptomcharakter haben. Dazu zählen Bauch-, Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Verdauungsprobleme, Schlafstörungen und Herzklopfen/-jagen. Bei diesen Störungen wurde erhoben, inwiefern sie in den vier 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-Stadt 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 zusammengefasst.<sup>2</sup> 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).

Betrachtet man die häufigsten Symptome einzeln, so stellt man fest, dass Rückenschmerzen mit dem Alter zunehmen, Kopfschmerzen hingegen abnehmen. Dieser

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

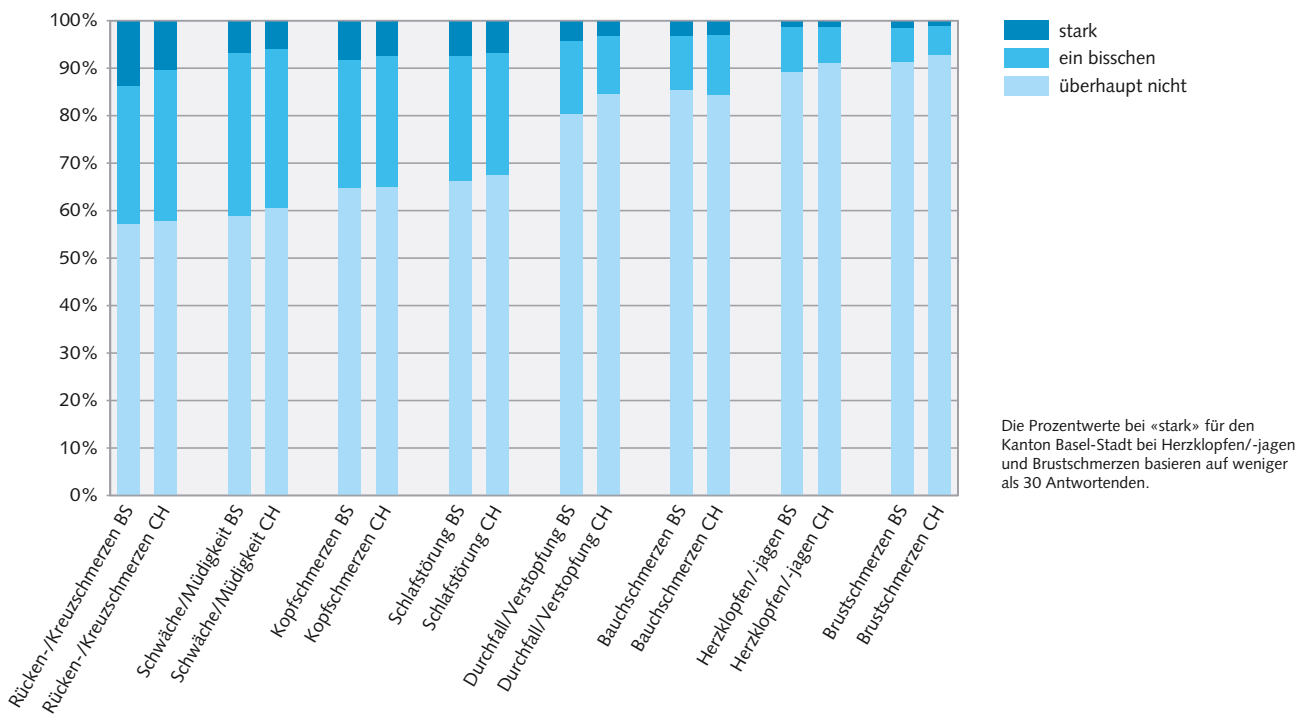
Befund zeigt sich bei beiden Geschlechtern, ist bei den Frauen jedoch deutlich ausgeprägter als bei den Männern (Abbildungen 2.6 und 2.7).

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 schwächerer Effekt zeigt sich mit Blick auf das Haushaltseinkommen: Mit zunehmendem Haushaltseinkommen nehmen die Beschwerden tendenziell ab. Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass der Anteil Personen mit starken, möglicherweise durch psychosoziale Belastungen ausgelösten Beschwerden im Kanton Basel-Stadt am höchsten ist (Tabelle 2.3).

**Körperliche Beschwerden, Kanton Basel-Stadt und Schweiz**

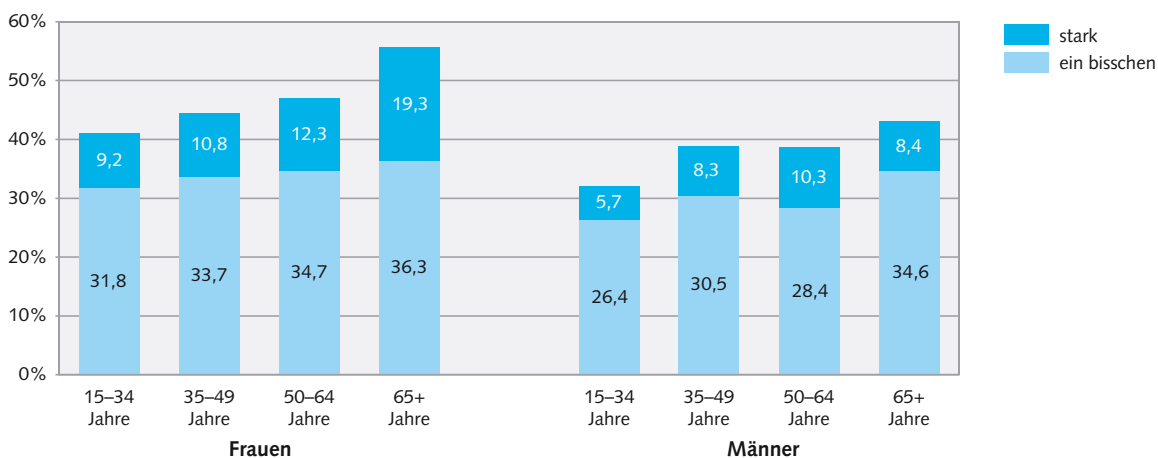
**Abb. 2.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 943<n<948 (BL); 18514<n<18524 (CH).

**Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz**

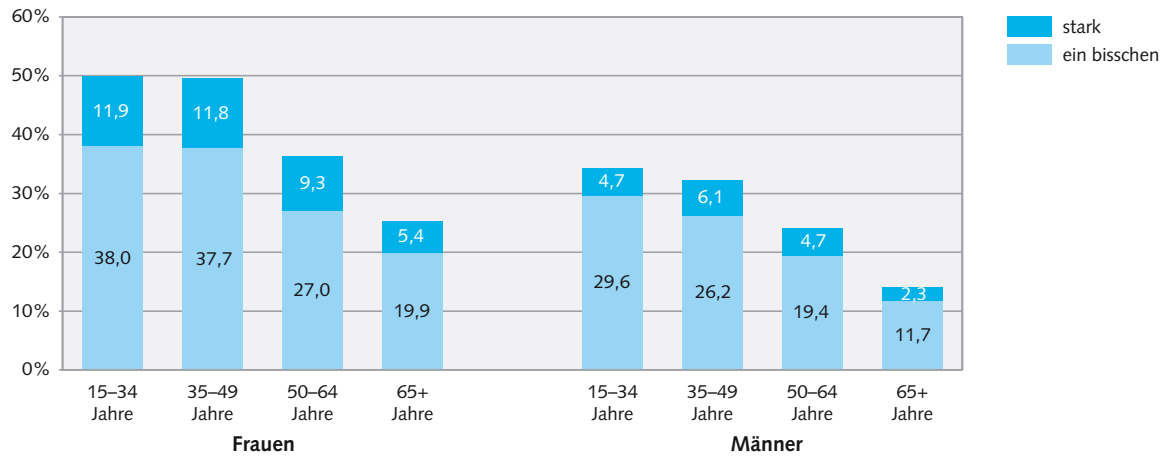
**Abb. 2.6**



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.

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

		einige Beschwerden		starke Beschwerden	
		BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		34,5	35,7	27,0	23,1
<b>Geschlecht</b>	Frauen	35,2	37,7	32,2	30,0
	Männer	33,8	33,6	21,1	15,7
<b>Altersgruppen</b>	15-34	37,8	38,8	23,6	19,7
	35-49	33,3	35,0	25,6	22,9
	50-64	36,4	33,6	28,6	23,4
	65+	31,4	34,1	29,9	28,2
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	31,3	34,3	29,9	28,2
	Sekundarstufe II	35,0	36,3	27,0	22,3
	Tertiärstufe	36,7	34,9	23,2	18,5
<b>Nationalität</b>	Schweizer	36,7	36,1	25,9	22,4
	Ausländer	27,9	34,0	30,5	25,9
<b>Haushaltseinkommen</b>	Bis CHF 3000	35,1	35,0	27,7	26,0
	CHF 3000 bis 4499	33,6	36,0	31,8	23,4
	CHF 4500 bis 5999	31,6	36,3	24,5	19,9
	CHF 6000 und höher	41,4	35,4	(15,0)	18,1
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete man. Berufe	(18,4)	34,7	35,5	23,9
	qualifiziert manuelle Berufe	(27,1)	35,6	30,8	21,8
	Kleinunternehmer	(37,0)	33,1	*	20,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	40,2	37,6	23,9	26,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	36,8	36,1	30,2	23,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	33,6	32,8	(22,0)	18,0
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 872<n<943 (BS); 17'066<n<18'459 (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.

### 2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Ein sowohl individuell als 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. 21,3% der Personen aus dem Kanton Basel-Stadt geben an, nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen zu sein. Diese Angaben liegen über dem gesamtschweizerischen Mittel von 15,2%. Dabei ist der Anteil bei den Baslerinnen (20,6%) ähnlich hoch wie bei den Baslern (22,1%). Im Gegensatz dazu besteht im Gesamtschweizer Durchschnitt ein beträchtlicher Geschlechterunterschied (Frauen 16,6%, Männer 13,3%). Der Anteil nur eingeschränkt leistungsfähiger Personen in der Gesamtschweiz ist bei den 15- bis 34-Jährigen am höchsten und nimmt in den höheren Altersgruppen ab. Der Kanton Basel-Stadt fällt hier durch den sehr hohen Anteil 35- bis 49-Jähriger auf, die im vergangenen Monat drei und mehr Tage nicht voll Einsatz und Leistungsfähig waren (vgl. Abbildung 2.8).

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

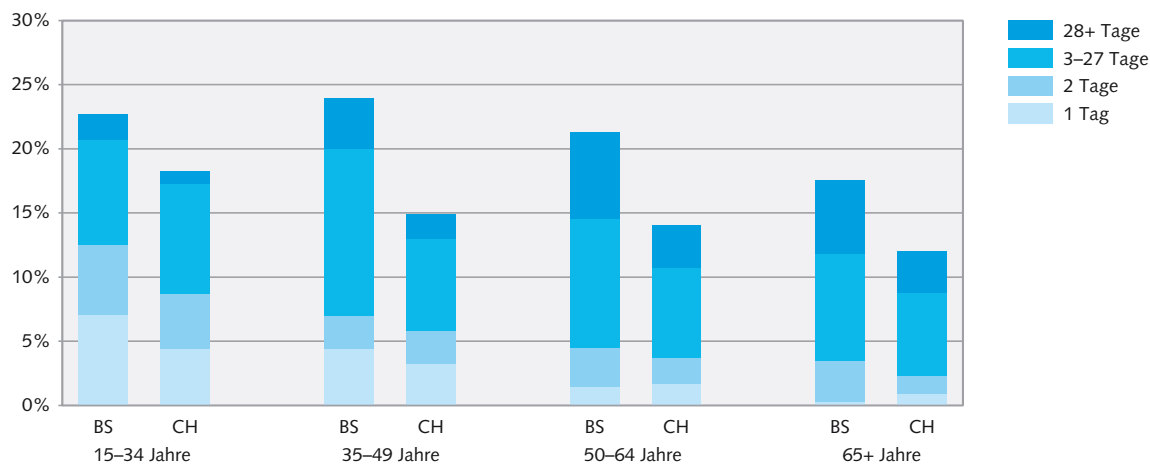
Die WHO verwendet den Begriff Risiko unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten. Risiko ist einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankheit (z. B. Herzinfarkt) auftritt. Andererseits ist Risiko ein Faktor (z. B. Bluthochdruck), der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit steigert. 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 Selbstangaben 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.

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

**Abb. 2.8**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1010 (BS); 19'616 (CH).



## 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 tiefer Blutdruck hingegen ist kein Alarmzeichen, sondern im Gegenteil eine gute Voraussetzung für ein langes Leben. Tiefer Blutdruck ist bei jungen Leuten, vorab Frauen, verbreitet und oft konstitutionell bedingt. Folgen von tiefem Blutdruck sind häufig Schwindel oder Kollapszustände (Schwarzwerden vor den Augen) beim zu schnellen Aufstehen oder bei längerem Stehen.

Bei 25,4% der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt wurde in einem der Befragung vorausgehendem Zeitpunkt von einer medizinischen Fachperson zumindest einmal ein zu hoher Blutdruck gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,9% einen zu tiefen und 18,6% einen zu hohen Blutdruck an.

In der Gesamtschweiz werden deutlich 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 tiefen und 14,4% einen zu hohen Blutdruckwert an. Mit dem Alter nimmt der Anteil Personen mit normalem oder tiefem Blutdruck ab, während hohe Blutdruckwerte stark zunehmen (vgl. Abbildung 2.9).

Der Anteil Personen mit hohem Blutdruck ist bei den Frauen und Männern etwa gleich. Der Anteil Personen mit zu tiefem Blutdruck ist hingegen bei den Frauen massiv höher als bei den Männern. Bei den 15- bis 49-jährigen Frauen hat jede vierte Person, die über ihren Blutdruck Bescheid weiss, einen zu tiefen Blutdruck.

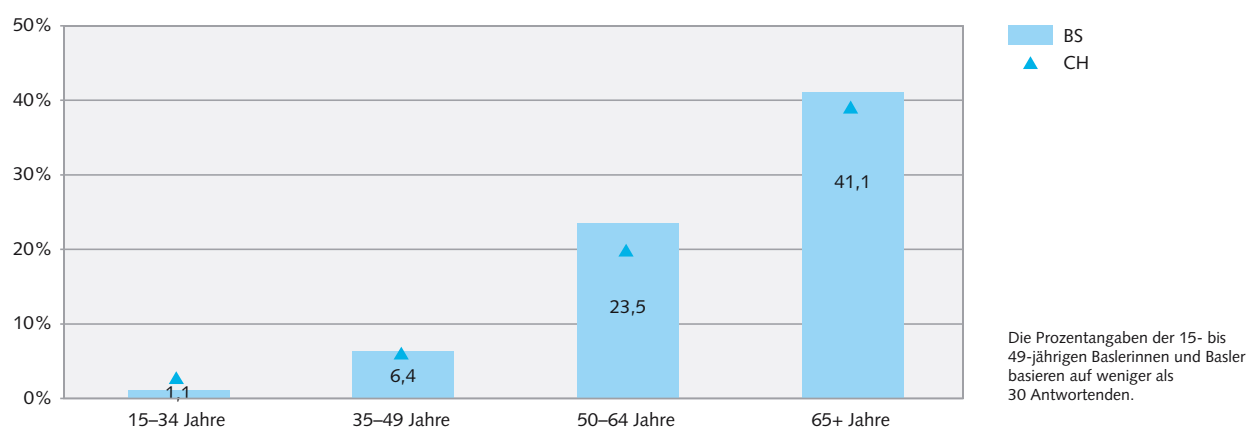
## Hoher Cholesterinspiegel

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 15,3% der Personen aus dem Kanton Basel-Stadt, die sich an eine Untersuchung erinnern, wurde in der Vergangenheit zu hohes Cholesterin gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 7,6% zu hohe Cholesterinwerte an (vgl. Tabelle 2.4). Auffallend dabei ist, dass im schweizerischen Vergleich überdurchschnittlich viele Personen im Kanton Basel-Stadt ihren Cholesterinwert kennen. Ihr Anteil im Kanton Basel-Stadt ist der höchste der Deutschschweiz und wird nur von den Personen in der Westschweiz und im Tessin übertroffen.

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

Abb. 2.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 923 (BS); 17'834 (CH).

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 22,2% bei den über 65-jährigen Baslerinnen und Baslern jedoch immer noch hoch (vgl. Tabelle 2.4).

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.

Es muss bei diesen Analysen berücksichtigt werden, 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

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

		kennt C. nicht		Diagnose erhöhter C.		aktuell zu hoher C.	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		37,2	40,6	15,3	14,6	7,6	8,8
<b>Geschlecht</b>	Frauen	36,8	40,2	14,2	13,0	7,1	7,4
	Männer	37,7	41,1	16,6	16,5	(8,1)	10,3
<b>Altersgruppen</b>	15–34	55,8	61,7	*	4,9	*	1,7
	35–49	42,7	41,6	(10,6)	12,2	*	5,2
	50–64	29,3	25,2	26,2	23,0	(13,0)	13,9
	65+	22,2	21,8	20,0	24,4	11,9	18,3
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	37,9	44,2	(13,4)	12,8	(7,4)	8,6
	Sekundarstufe II	34,4	40,4	15,8	14,7	7,7	8,2
	Tertiärstufe	44,6	36,1	16,0	17,0	(7,3)	11,3
<b>Nationalität</b>	Schweizer	36,8	40,8	16,1	14,8	7,6	9,0
	Ausländer	38,8	39,4	(12,5)	13,7	*	7,5
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis CHF 3000	41,6	43,4	(10,5)	13,3	(7,2)	8,1
	CHF 3000 bis 4499	35,6	36,7	18,1	15,9	(9,4)	9,7
	CHF 4500 bis 5999	33,9	36,1	16,3	16,0	(5,9)	9,0
	CHF 6000 und höher	29,2	32,4	21,6	17,3	(10,3)	10,7
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete man. Berufe	35,2	37,7	(15,7)	15,5	*	9,5
	qualifiziert manuelle Berufe	28,2	43,5	(17,1)	14,7	*	8,6
	Kleinunternehmer	(33,6)	38,8	*	15,4	*	9,9
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	35,4	38,6	15,8	14,8	(9,2)	8,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	39,3	39,8	15,8	14,4	(6,4)	8,5
höhere Führungskräfte, freie Berufe	36,0	33,3	(15,3)	17,8	*	11,4	
<b>Regionaler Vergleich</b>	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

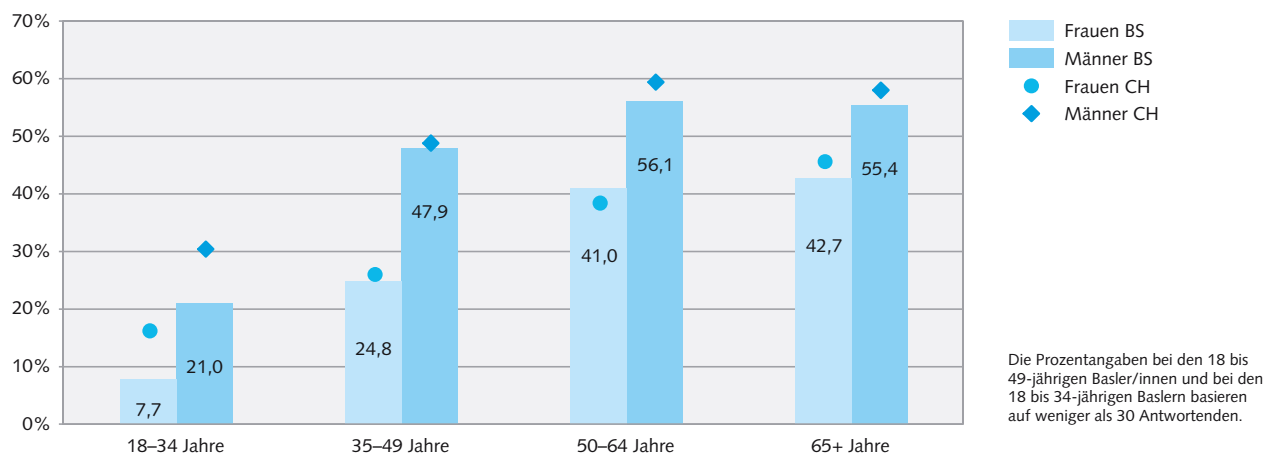
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 745<n<962 (BS) und 14'451<n<18'730 (CH).

\* Antworten von 0–10 Personen; 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.

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

**Abb. 2.10**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=985 (BS); 18'893 (CH).

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

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		2,8	4,2	60,8	58,7	27,1	29,4	9,4	7,7
<b>Geschlecht</b>	Frauen	4,7	6,4	66,3	64,3	20,7	21,8	8,3	7,5
	Männer	*	1,8	54,6	52,7	34,3	37,5	10,6	7,9
<b>Altersgruppen</b>	18–34	(5,4)	6,3	81,3	70,4	(10,6)	19,4	*	3,9
	35–49	(3,0)	3,0	60,3	59,3	28,8	29,9	(7,9)	7,8
	50–64	*	1,9	49,7	49,3	32,8	37,8	16,1	11,0
	65+	*	2,8	50,2	46,5	36,5	39,8	11,4	10,9
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	*	6,3	50,9	55,3	29,1	29,5	17,4	9,0
	Sekundarstufe II	(3,0)	3,6	61,3	59,3	28,0	29,2	7,7	7,9
	Tertiärstufe	*	3,2	73,1	61,2	20,7	30,5	*	5,1
<b>Nationalität</b>	Schweizer	3,1	4,5	61,9	59,5	26,6	28,6	8,4	7,4
	Ausländer	*	2,9	57,6	55,3	28,5	33,0	(12,1)	8,8
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis CHF 3000	*	3,8	60,6	55,1	24,5	31,3	(12,1)	9,8
	CHF 3000 bis 4499	*	3,3	56,6	57,2	32,4	32,0	(9,0)	7,6
	CHF 4500 bis 5999	*	3,1	61,5	60,3	26,6	29,9	(8,9)	6,8
	CHF 6000 und höher	*	3,1	63,8	64,6	26,4	26,2	(7,7)	6,0
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete man. Berufe	*	1,8	51,2	49,4	34,5	37,0	(13,8)	11,8
	qualif. manuelle Berufe	*	2,0	52,8	53,3	30,9	34,9	(16,3)	9,8
	Kleinunternehmer	*	2,3	60,9	52,0	(26,8)	36,3	*	9,4
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(4,6)	5,1	60,7	61,5	28,1	26,0	(6,6)	7,4
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	(4,1)	4,0	63,9	63,4	24,0	27,0	(8,0)	5,7
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	3,4	69,2	58,5	(23,8)	32,0	*	6,1
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 925<n<998 (BS); 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.

Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). 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, sei es durch Herz-/Kreislaufkrankheiten oder Diabetes mellitus, verbunden (Eichholzer 2003). Fettleibigkeit 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-Stadt ist mehr als jede vierte Person übergewichtig und weitere 9,4% sind adipös. Insgesamt haben im Kanton Basel-Stadt 44,9% der Männer und 29,0% der Frauen ab 18 Jahren ein Körpergewicht mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (Gesamtschweiz: Männer: 47,5%; Frauen: 30,5%).

Neben den Geschlechterunterschieden zeigen sich auch deutliche Altersunterschiede: Der Anteil an Übergewichtigen nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit dem Alter stark zu. Die Differenz der Anteile Übergewichtiger bei Frauen und Männern bleibt dabei bei allen Altersgruppen bestehen (vgl. Abbildung 2.10). An dieser Stelle muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass für Frauen und Männer sowie alle

Altersgruppen die gleichen BMI Grenzwerte verwendet wurden, was nicht unumstritten ist.

Die soziale Lage hat im Kanton Basel-Stadt – wie auch in der Gesamtschweiz – einen Zusammenhang mit Übergewicht. Je höher die Bildung, das Haushaltseinkommen und der soziprofessionelle Status, desto geringer ist der Anteil übergewichtiger Personen.

Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass der Kanton Basel-Stadt einerseits den tiefsten Anteil an Personen mit Übergewicht, andererseits – nach dem Kanton Solothurn – die meisten Fettleibigen aufweist (Tabelle 2.5).

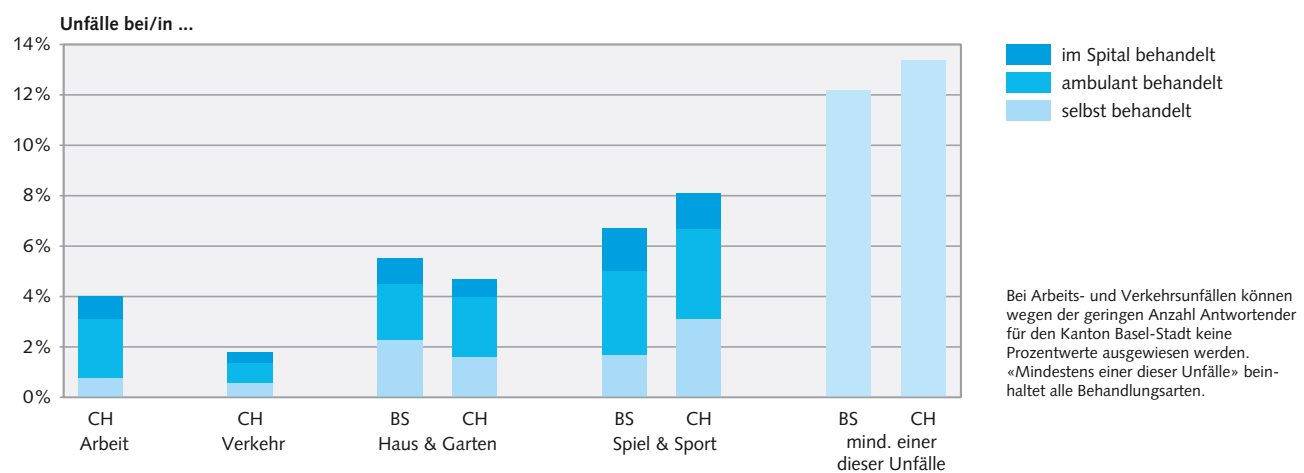
### 2.1.5 Unfälle

In der Schweiz ereignen sich pro Jahr über eine Millionen 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).

12,2% der Baslerinnen und Basler über 15 Jahren erlitten im Laufe des Jahres vor der Befragung mindestens einen Unfall. Der grösste Teil der Unfälle ereignete sich dabei bei Sport und Spiel. 6,7% der Personen im Kanton Basel-Stadt haben solch einen Unfall erlitten, wobei knapp zwei Drittel der Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten. Verletzungen bei Sport und Spiel liegen im Kanton Basel-Stadt unter dem Gesamtschweizer Wert von 8,1%. Der Anteil verletzter Basler ist dabei mit 9,3% um das Doppelte höher als jener der Baslerinnen mit 4,4% (Abbildung 2.11).

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

Abb. 2.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=800 (BS); 19'706 (CH).

Am zweithäufigsten ereignen sich Unfälle in Haus und Garten. Dabei musste eine Vielzahl der Unfälle ambulant oder stationär im Spital behandelt werden. Im Gegensatz zu den Sport- und Spielunfällen findet man im Kanton Basel-Stadt unter den Verunfallten etwas mehr Frauen (6,3%) als Männer (4,5%).

Einen Berufsunfall erlitten 3,6% der erwerbstätigen Baslerinnen und Basler, 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 neuen Höchststand erreicht. Es ist deshalb wichtig, der Verhütung von Freizeitunfällen eine noch grössere Aufmerksamkeit zu schenken. Dies umso mehr, als verschiedene Kampagnen und Massnahmen der Suva oder der Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung in den letzten Jahren

bewiesen haben, dass hier Prävention erfolgreich sein kann (vgl. z. B. Suva 2004).

### 2.1.6 Schwindel und Stürze

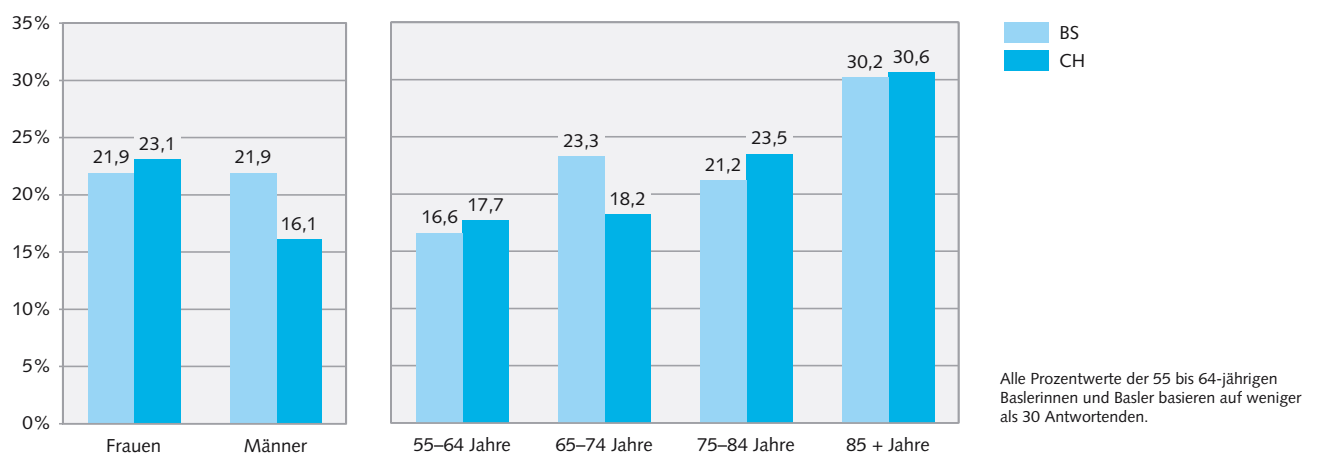
Mit zunehmendem Alter spielen Stürze als Verletzungsursache eine wichtige Rolle. Sie bedeuten oft Verlust von Eigenständigkeit und Lebensqualität, denn nicht selten bedeutet eine langsam heilende Sturzfraktur die Aufgabe des selbstständigen Wohnens.

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.<sup>3</sup> 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 16,6% der Baslerinnen und Basler in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt sind, ist dies bei den 75- bis 84-Jährigen<sup>4</sup> bei knapp einem Drittel der Fall. Dabei kommt es im Kanton Basel-Stadt gleich häufig zu Stürzen von Frauen wie von Männern. Im Gesamt-

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

Abb. 2.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=396 (BS); 5874 (CH).

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

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

schweizerischen Durchschnitt stürzen die Frauen hingegen deutlich mehr als die Männer, was nur bedingt durch den grösseren Frauenanteil bei den über 75-Jährigen erklärt werden kann, da Frauen bereits in jüngeren Jahren häufiger Stürze erleiden. Die Sturzhäufigkeit bei Frauen ist insofern problematisch, als ältere Frauen bedingt durch Osteoporose ein hohes Risiko von Knochenbrüchen haben.

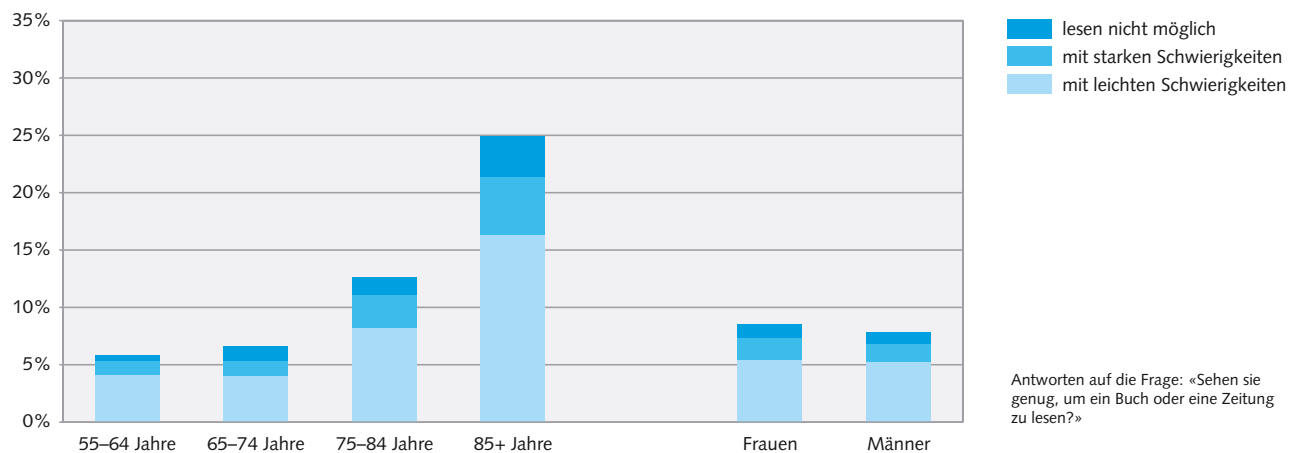
### 2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben

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.

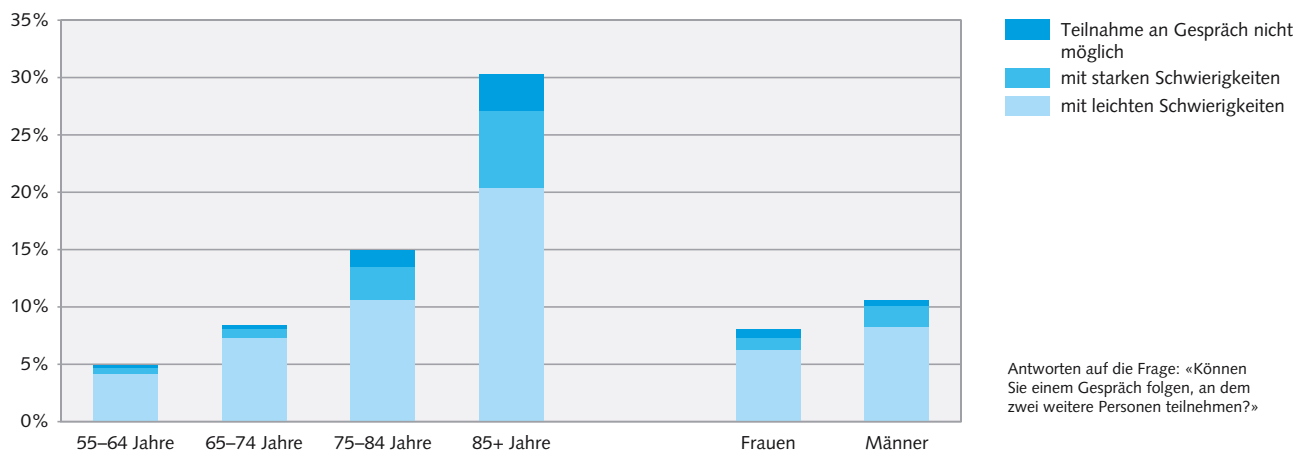
Erwartungsgemäss nehmen alle Schwierigkeiten mit dem Alter stark zu. Ein Viertel der Personen über 85 Jahre, die in einem Privathaushalt leben, hat Probleme mit Lesen und Hören. Dies kann einerseits mit dem altersbedingten Nachlassen der Seeschärfe und Hörstärke und andererseits auch mit zunehmenden 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. Einerseits hängt dies 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 Gesund-

heit und psychisches Wohlbefinden drehen. Aus diesen Fragen können kumulative Indices gebildet werden, die psychische Ausgeglichenheit, psychisches Wohlbefinden, 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.

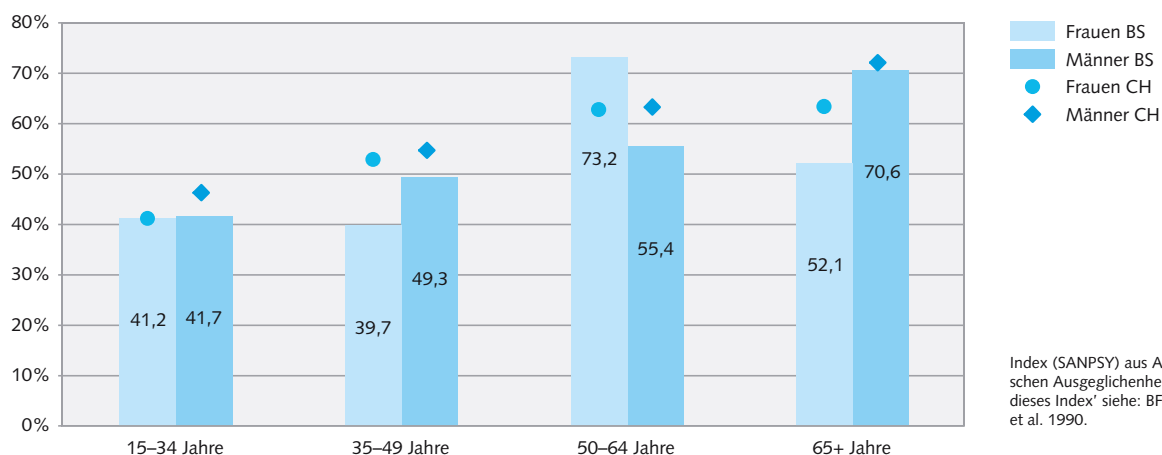
Die Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt erweist sich in den vier unterschiedenen Altersgruppen als psychisch etwas weniger ausgeglichen als die entsprechenden Gruppen der Gesamtschweizer Bevölkerung. Lediglich der Anteil psychisch gut Ausgeglichener unter den 50- bis 64-jährigen Baslerinnen ist höher als in der entsprechenden Altersgruppe in der Gesamtschweiz. Dem gegenüber fällt die darauf folgende Altersgruppe der über 65-jährigen Baslerinnen durch einen vergleichsweise besonders geringen Anteil auf (Abbildung 2.15 und Tabelle 2.6).

Der niedrige Grad der Ausgeglichenheit von jüngeren Personen könnte ihre Schwierigkeit 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 Aus-

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

**Abb. 2.15**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 527 (Frauen BS); 400 (Männer BS); 10'170 (Frauen CH); 8'123 (Männer CH).

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

geglichenheit auf als Männer, die lediglich die obligatorische Schule besucht haben. Bei den Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht, stattdessen hat hier die Höhe des Haushalteinkommens einen Einfluss auf die psychische Ausgeglichenheit. Bei verheirateten und verwitweten Frauen ist dieser Zusammenhang dabei noch ausgeprägter als bei ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen. Dies mag ein Indiz dafür sein, dass bei den (verheirateten) Frauen der soziale Status ihres Mannes nach wie vor einen grossen Einfluss auf die Lebenssituation hat.

### 2.2.2 Psychisches Wohlbefinden

Als ein weiterer Aspekt von psychischer Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden analog zum Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Grob et al. 1990) im schriftlichen Fragebogen mit acht Fragen ermittelt. Daraus wird erneut ein additiver Index<sup>5</sup> gebildet. Psychisches Wohlbefinden lässt sich auf dieser Grundlage in die vier Kategorien «niedrig», «eher niedrig», «eher hoch» und «hoch» einteilen.

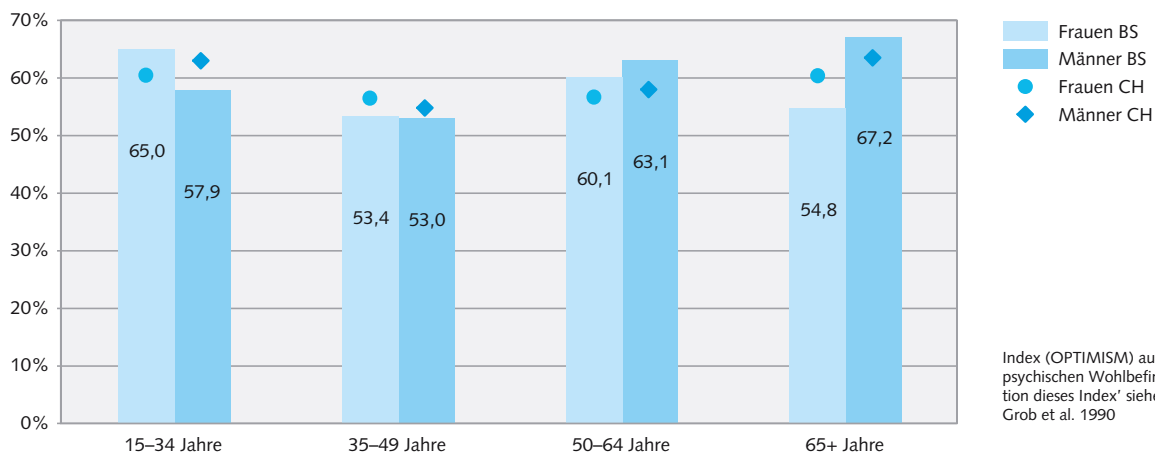
Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass eine Person subjektives Wohlbefinden erlebt, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen, den physischen, psychischen und sozialen Anforderungen zu genügen. Perso-

nen mit hohem 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 Niveau des psychischen Wohlbefindens im Kanton Basel-Stadt liegt, gesamthaft betrachtet, etwa auf dem Gesamtschweizer und dabei etwas unter dem Deutschschweizer Durchschnitt. Der in der Gesamtschweiz beobachtete leicht u-förmige Zusammenhang zwischen Alter und psychischem Wohlbefinden ist im Kanton Basel-Stadt nur bei den Männern zu erkennen. Das Niveau des psychischen Wohlbefindens fällt bei den über 65-jährigen Baslerinnen vergleichsweise tief aus (vgl. Abbildung 2.16).

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

Abb. 2.16



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=795 (BS); 15'587 (CH).

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



### 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 einer 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.

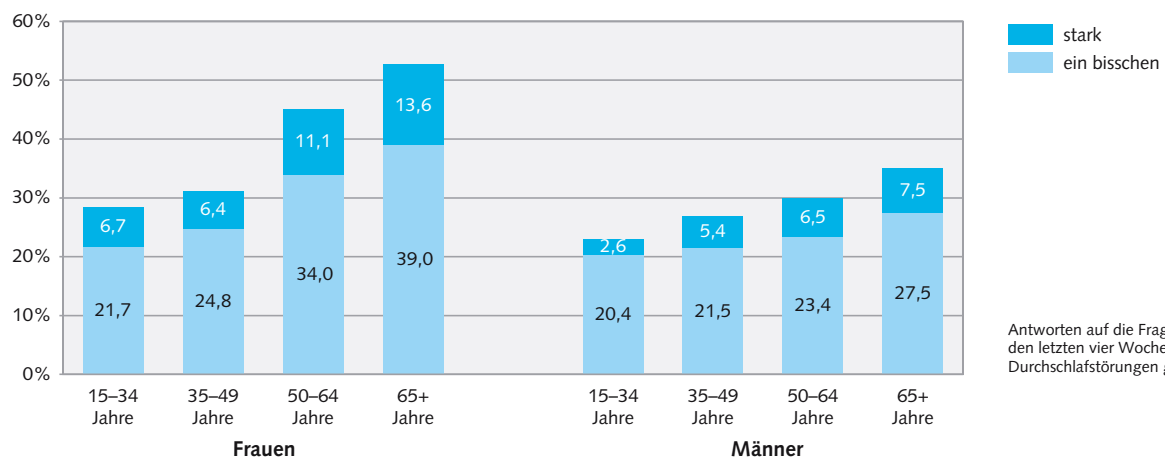
Es zeigt sich auch hier, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen Einfluss auf die Schlafqualität haben. Mit zunehmendem Alter häufen sich die Schlaf-

probleme. Dieser Befund gilt für die Frauen deutlich stärker als für die Männer (vgl. Abbildung 2.17).

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Konsum von Schlafmitteln, so zeigt sich: Je häufiger starke Schlafprobleme auftreten, desto regelmässiger werden Schlafmittel konsumiert. Grundsätzlich steigt analog zu den Schlafbeschwerden auch der Schlafmittelkonsum mit zunehmendem Alter, 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**

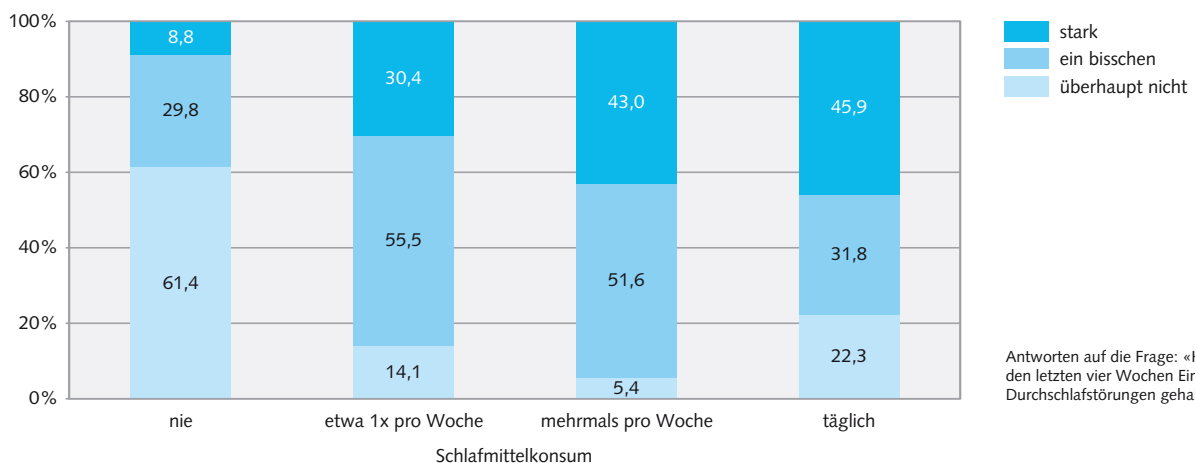


Antworten auf die Frage: «Haben Sie in den letzten vier Wochen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen gehabt?»

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

**Zusammenhang Schlafmittelkonsum und Schlafprobleme, Schweiz**

**Abb. 2.18**



Antworten auf die Frage: «Haben Sie in den letzten vier Wochen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen gehabt?»

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 eine starke Kontrollüberzeugung mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen verbunden ist als eine geringe Kontrollüberzeugung (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-Stadt liegt der Anteil an Personen mit hoher Kontrollüberzeugung bei den Frauen wie auch bei den Männern leicht über dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Generell entspricht das Niveau der Basler Kontrollüberzeugung im Wesentlichen den Durchschnittswerten für die Gesamtschweiz.

Im Kanton Basel-Stadt finden sich hier – analog zur Gesamtschweiz – deutliche Zusammenhänge zwischen der Kontrollüberzeugung und den Altersgruppen sowie mit den sozialen Lagen. Je höher Alter, Einkommen und Bildung, desto eher wird das Leben als lenk- und kontrollierbar wahrgenommen (vgl. Tabelle 2.6).

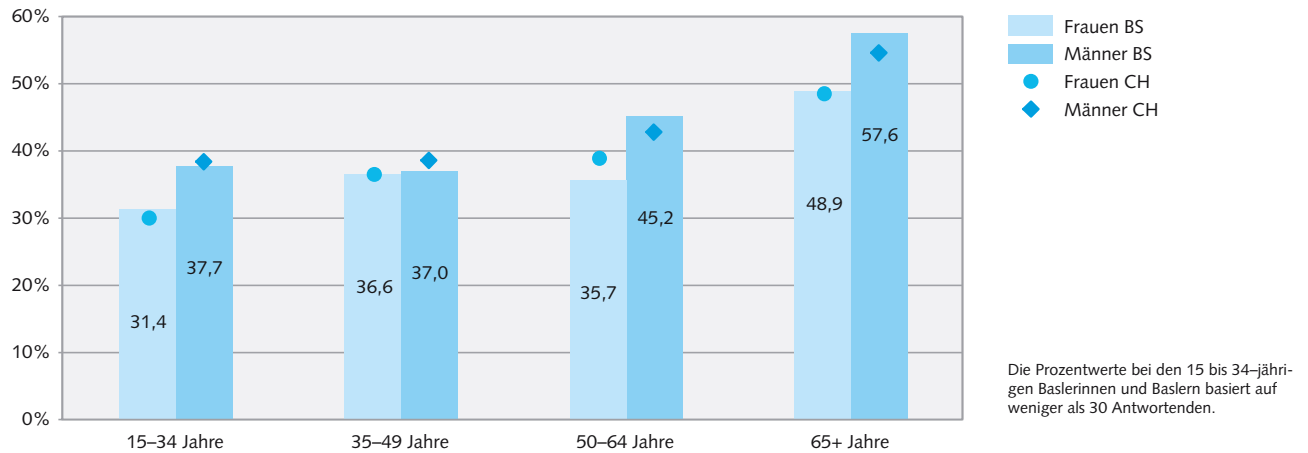
**Tab.2.6 Anteil Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit, sehr hohem psychischem Wohlbefinden, ohne Schlafprobleme und mit hoher Kontrollüberzeugung nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Stadt und Schweiz (in %)**

		hohe psychische Ausgeglichenheit		sehr hohes psychisches Wohlbefinden		keine Schlafprobleme		hohe Kontrollüberzeugung	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		52,1	55,0	58,9	58,9	64,7	67,1	41,2	39,3
<b>Geschlecht</b>	Frauen	50,5	53,7	58,0	58,5	59,4	62,0	38,7	37,0
	Männer	53,8	56,3	59,9	59,4	70,7	72,5	43,9	41,8
<b>Altersgruppen</b>	15–34	41,4	43,7	61,8	61,7	75,6	74,3	34,3	34,1
	35–49	44,4	53,8	53,2	55,6	70,7	71,0	36,8	37,5
	50–64	63,7	63,0	61,6	57,3	56,2	62,3	40,4	40,8
	65+	59,4	66,8	59,8	61,7	56,2	54,6	52,5	51,1
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	41,1	49,3	49,9	55,9	63,2	61,9	39,1	37,5
	Sekundarstufe II	56,5	56,3	59,7	59,0	63,2	68,1	39,9	39,6
	Tertiärstufe	51,1	58,0	64,2	62,0	72,0	71,1	46,2	40,3
<b>Nationalität</b>	Schweizer	54,3	55,9	61,8	60,1	63,1	67,1	43,8	39,9
	Ausländer	44,2	50,8	47,5	52,9	69,3	66,9	(29,2)	36,2
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis CHF 3000	54,8	53,1	61,0	55,1	65,7	67,0	38,2	37,5
	CHF 3000 bis 4499	50,6	56,3	52,8	59,1	62,1	66,2	40,7	40,0
	CHF 4500 bis 5999	60,2	58,9	66,4	61,3	65,2	68,8	43,7	41,4
	CHF 6000 und höher	51,8	58,5	61,3	65,0	70,2	68,3	48,8	42,9
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte man. Berufe	48,8	55,1	50,9	59,0	68,8	67,7	(39,4)	40,0
	qualif. manuelle Berufe	52,9	54,9	66,3	57,7	67,4	70,7	(47,5)	41,0
	Kleinunternehmer	46,8	59,6	74,5	58,5	75,9	71,3	(40,5)	41,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	53,7	55,5	56,3	57,7	59,2	62,1	42,9	38,9
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	54,2	54,8	59,2	59,8	58,5	67,3	36,3	38,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	55,7	58,1	62,6	63,0	78,1	70,8	51,5	40,3
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 688<n<1017 (BS); 13'434<n<18'293 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

Abb. 2.19



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=724 (BS); 14'359 (CH).

## 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. Auf dieses belastende Potenzial sozialer Kontakte wird in diesem Bericht nur am Rande (Kap 4.4) eingegangen.<sup>6</sup>

### 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 allgemein 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.

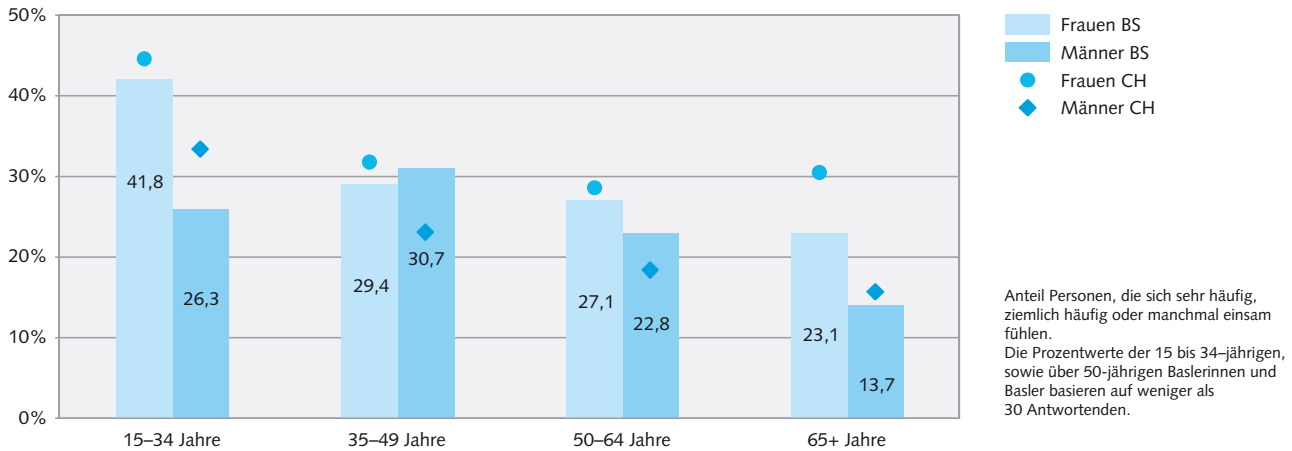
Junge Menschen leiden am häufigsten unter Einsamkeit, wobei im Kanton Basel-Stadt der Anteil junger Personen mit Einsamkeitsgefühlen geringer ist im Gesamtschweizer Durchschnitt. Mit zunehmendem Alter fühlen sich sowohl die Frauen als auch die Männer tendenziell weniger einsam. Bei den über 65-Jährigen 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 Personen – insbesondere Frauen – einsam. Abbildung 2.20 macht deutlich, dass sich Frauen (fast) aller Altersgruppen einsamer fühlen als Männer. Im Kanton Basel-Stadt fällt diese Geschlechterdifferenz jedoch geringer aus als im Gesamtschweizer Durchschnitt.

Der Verlust des 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%). Wird konkret nach dem Vorhanden- bzw.

<sup>6</sup> Für eine detaillierte Auseinandersetzung vgl. Bachmann 2000:29f.

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

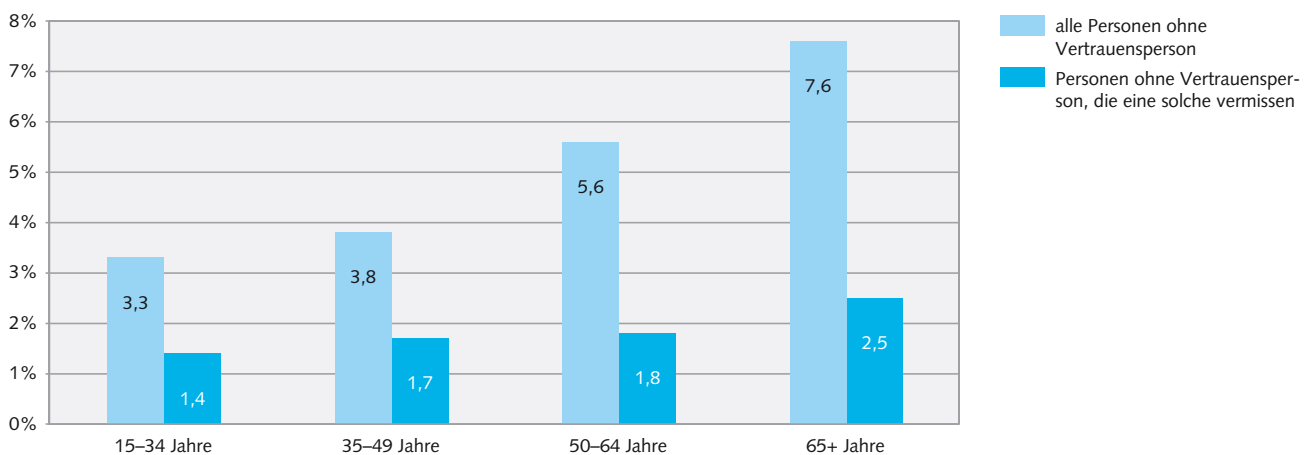
Abb. 2.20



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=962 (BS); 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).

Nichtvorhandensein von Vertrauenspersonen gefragt, so geben 7,0% (5,9% der Frauen und 8,2% der Männer) der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt an, keine solche zu haben, was über dem gesamtschweizerischen Wert von 4,7% (4% der Frauen und 5,5% der Männer) liegt. Gut die Hälfte dieser Baslerinnen und 42,5% der Basler nimmt dies auch bewusst als Mangel wahr.

## 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 welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Verhalten teilweise verhütet werden können (siehe hierfür Kapitel 3). Es gilt zu bedenken, dass bei Krankheiten wie Krebsleiden wegen der langen Latenzzeit die heutigen Entwicklungen sterblichkeitsrelevante Verhaltens-

weisen 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-Stadt dargestellt. Dabei werden einzelne Aspekte der Sterblichkeit, wie z. B. Differenzen nach Geschlecht und Alter untersucht und 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 der standardisierten Mortalitätsrate (SMR).

#### 2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Basel-Stadt

Im Jahr 2003 starben 1373 Frauen und 1039 Männer, die ihren Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt hatten. Betrachtet man die Anzahl Todesfälle der letzten 22 Jahre, ist für den Kanton Basel-Stadt ein leichter Rückgang der Anzahl von 2595 (im Jahr 1981) auf 2412 (im Jahr 2003) zu beobachten. Laut Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist im Kanton Basel-Stadt bis zum Jahr 2040 mit einer Abnahme der Todesfälle zu rechnen (BFS, 2004b). Die zukünftige Entwicklung der Sterblichkeit hängt allerdings von schwer vorhersehbaren Faktoren ab wie Entwicklungen bei Mortalitätsrisiken und Verhaltensweisen, Migrationsflüsse, Geburtenziffern etc.

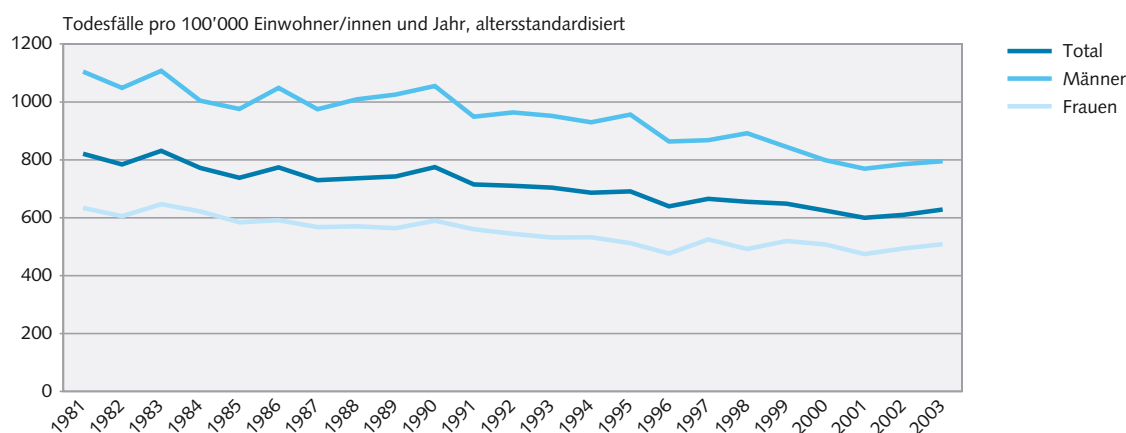
Der Rückgang der Anzahl Todesfälle entspricht in etwa der Bevölkerungsabnahme im gleichen Zeitraum. Die ständige Wohnbevölkerung ging zwischen 1981 und 2003 um 8% von 202'859 auf 186'608 Einwohner und Einwohnerinnen zurück. Dieser Rückgang fand hauptsächlich bei den Baslerinnen und Baslern unter 30 Jahren statt (-18%).

Bei Vergleichen der Mortalität zwischen verschiedenen Bevölkerungen oder über längere Zeiträume ist es von Vorteil, die Todesfälle auf eine gemeinsame Alterstruktur zu beziehen (BFS, 2004a, vgl. auch Anhang). Die altersstandardisierte Sterberate im Jahr 2003 liegt für die Frauen im Jahr 2003 bei 508 und für die Männer bei 795 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten beider Geschlechter im Kanton Basel-Stadt 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 634 auf 508 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Jahr (-19,9%). Bei den Männern verringerte sich die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum von 1104 auf 795 Todesfälle pro 100'000 Einwohner (-28,0%).

Die altersstandardisierte Sterberate der Basler 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 aber im Kanton Basel-Stadt wie auch in der

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

**Abb. 2.22**



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

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

Geschlecht	Altersgruppe	1981/1983 <sup>1</sup>	1991/1993 <sup>1</sup>	2001/2003 <sup>1</sup>	Entwicklung 1981/83–2001/03 in %
<b>Frauen</b>	0–24	72	80	28	-61,1
	25–64	300	254	225	-24,8
	65–84	3 373	2 957	2 577	-23,6
	85+	17 613	15 436	15 782	-10,4
	<b>Total, altersstandardisiert</b>	<b>628</b>	<b>546</b>	<b>492</b>	<b>-21,7</b>
<b>Männer</b>	0–24	129	81	57	-55,8
	25–64	579	513	398	-31,3
	65–84	5 701	4 993	4 051	-29,0
	85+	19 754	19 282	18 479	-6,5
	<b>Total, altersstandardisiert</b>	<b>1 087</b>	<b>954</b>	<b>783</b>	<b>-28,0</b>

<sup>1</sup> 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.

Gesamtschweiz einander an. Das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberaten zwischen Männern und Frauen im Kanton Basel-Stadt betrug 1,74 im Jahr 1981 gegen 1,58 im Jahr 2003. Für die Gesamtschweiz ist ein ähnlicher Rückgang zu verzeichnen (von 1,72 auf 1,58). 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, mit der Folge, dass sich auch die Differenz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern verringert. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt im Kanton Basel-Stadt lag im Jahr 1999/2002 bei 81,6 Jahren (Schweiz: 82,9 Jahre) für die Frauen und 76,1 Jahren (Schweiz: 77,3 Jahre) für die Männer, also deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (BFS, 2005).

Aus Tabelle 2.7 geht die Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten im Kanton Basel-Stadt 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 72 auf 28 und bei den Männern von 129 auf 57 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner zurück, was einer Abnahme um 61,1% bzw. 55,8% entspricht. Ähnliches gilt für die Altersklasse der 25 bis 64-Jährigen, deren Sterblichkeit im gleichen Zeitraum bei den Frauen um 24,8% und bei Männern um 31,3% 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 im Kanton Basel-Stadt und in der Grossregion Nordwestschweiz zeigen in

der Zeit von 1981 bis 2003 eine vergleichbare Entwicklung, wobei die Mortalität im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt höher liegt als in der gesamten Schweiz und auch höher als in der Grossregion Nordwestschweiz<sup>7</sup> – bei den Frauen um etwa 13% und bei den Männern um ca. 12% (Todesfälle pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen, altersstandardisiert, 1981, BS: 820, Nordwestschweiz: 832, CH: 806 / 2003, BS: 628, Nordwestschweiz: 541, CH: 549 ).

#### 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, 1996). Diese Todesursachen sollen im Folgenden für den Kanton Basel-Stadt genauer betrachtet werden.

Wie aus Tabelle 2.8 (1. Spalte) hervorgeht, sind von 1995 bis 2001 insgesamt 9529 Frauen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gestorben. Bezogen auf die Bevölkerungsgrösse entspricht dies jährlich 1341 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen. Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden bilden dabei die Haupttodesursachen (63,6% aller Fälle).

<sup>7</sup> Damit beim regionalen Vergleich die Zahlen des Referenzkantons die Analyse nicht beeinflussen, sind die altersstandardisierten Sterberaten für die Region Nordwestschweiz und die Schweiz ohne den Kanton Basel-Stadt berechnet worden.

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-Stadt bei den Frauen im Beobachtungszeitraum 18'942 Lebensjahre vorzeitig verloren (siehe Tabelle 2.8, Spalte 3). Obschon Herz-/Kreislaufkrankheiten die Haupttodesursache der Frauen sind, geht der grösste Verlust an vorzeitig verlorenen Lebensjahren auf das Konto der Krebsleiden (34,5% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre). Krebskrankheiten sind somit die bedeutendste Ursache vorzeitiger Todesfälle von Frauen (6534 VPL). Brustkrebs erklärt dabei knapp ein Drittel der durch Krebskrankheiten verlorenen potenziellen Lebensjahre.

Um die Mortalität im Kanton Basel-Stadt und der Schweiz zu vergleichen, wurden 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 ist im Kanton Basel-Stadt mit einem Wert von 103 leicht höher als in der Gesamtschweiz. Betrachtet man wiederum die Todesfälle durch Tumore, zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtschweiz um 13% höhere Sterblichkeit der Baslerinnen. Diese erhöhte Sterblichkeit lässt sich sowohl für bösartige Tumore der Brust<sup>8</sup> (+12%) als auch vor allem für bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge (+55%) feststellen. Bei Herz-/Kreislaufkrankheiten weisen die Frauen im Kanton Basel-Stadt hingegen klar unterdurchschnittliche Werte auf, wobei ischämische Herzkrankheiten häufiger und Hirngefässerkrankungen seltener zu beobachten sind als im Schweizer Mittel.

Bei den Männern (Tabelle 2.9, Spalte 5) lässt sich zunächst festhalten, dass im Beobachtungszeitraum die Sterblichkeit im Kanton Basel-Stadt verglichen mit der Schweiz um 7% und damit statistisch signifikant höher liegt. Positiv zu vermerken ist die im Gesamtschweizer Vergleich leicht tiefere Sterblichkeit der Basler Männer wegen Krankheiten des Atmungssystems und Unfällen, Gewalttaten und Suiziden. Todesfälle aufgrund von Tumoren kamen im Kanton Basel-Stadt bei den Männern

**Tab. 2.8 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL sowie SMR nach Todesursachen im Kanton Basel-Stadt bei Frauen, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001<sup>1</sup>**

Todesursachen	Sterbefälle <sup>2</sup>		VPL <sup>3</sup>		SMR <sup>4</sup>
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	3 953	41,5	1 893	10,0	92***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	1 771	18,6	774	4,1	108***
– Hirngefässerkrankungen	799	8,4	380	2,0	89***
Tumore	2 107	22,1	6 534	34,5	113***
davon:					
– bösartige Tumore der Brust	391	4,1	1 839	9,7	112*
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	257	2,7	1 164	6,1	155***
– bösartige Tumore des Dickdarms	161	1,7	252	1,3	106
– bösartige Tumore des Magens	75	0,8	272	1,4	105
Krankheiten des Atmungssystems	700	7,3	749	4,0	118***
Diabetes mellitus	268	2,8	375	2,0	89*
alkoholische Leberzirrhose	45	0,5	361	1,9	159***
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	383	4,0	2 486	13,1	111***
davon:					
– Suizide	110	1,2	1 561	8,2	128**
übrige Todesursachen	2 073	21,8	6 544	34,5	113***
<b>Total</b>	<b>9 529</b>	<b>100,0</b>	<b>18 942</b>	<b>100,0</b>	<b>103**</b>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

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

<sup>4</sup> Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi2: \*\*\* p<0.005, \*\* p<0.01, \* p<0.05.

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

<sup>8</sup> Für die Häufigkeit der Mammographie-Untersuchungen im Kanton Basel-Stadt, vgl. Kapitel 6.3.2.

**Tab. 2.9 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle und der VPL sowie SMR nach Todesursachen im Kanton Basel-Stadt bei Männern, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001<sup>1</sup>**

Todesursachen	Sterbefälle <sup>2</sup>		VPL <sup>3</sup>		SMR <sup>4</sup>
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	2 738	35,8	6 308	17,4	99
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	1 534	20,1	3 410	9,4	115***
– Hirngefässerkrankungen	431	5,6	816	2,3	91
Tumore	2 198	28,7	7 708	21,3	111***
davon:					
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	538	7,0	2 447	6,8	121***
– bösartige Tumore der Prostata	338	4,4	191	0,5	105
– bösartige Tumore des Dickdarms	160	2,1	351	1,0	112
– bösartige Tumore des Magens	88	1,2	301	0,8	103
Krankheiten des Atmungssystems	553	7,2	978	2,7	98
Diabetes mellitus	165	2,2	542	1,5	102
alkoholische Leberzirrhose	103	1,3	1 190	3,3	141***
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	456	6,0	7 353	20,3	96
davon:					
– Suizide	203	2,7	3 770	10,4	104
übrige Todesursachen	1 436	18,8	12 120	33,5	130***
<b>Total</b>	<b>7 649</b>	<b>100,0</b>	<b>36 199</b>	<b>100,0</b>	<b>107***</b>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Anzahl Fälle 1995–2001 (Todesfälle ab 1. Altersjahr).

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

<sup>4</sup> Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi2: \*\*\* p<0,005.  
Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik und Bevölkerungsstatistik. Eigene Berechnungen Obsan.

deutlich häufiger vor (+11%) als in der Gesamtschweiz. Bei den Herz-/Kreislaufkrankheiten sind wie bei den Basler Frauen ischämische Herzkrankheiten häufiger und Hirngefässerkrankungen seltener als im schweizerischen Durchschnitt. Für beide Geschlechter lässt sich zudem zwischen 1995 und 2001 eine vergleichsweise hohe Anzahl Todesfälle aufgrund alkoholischer Leberzirrhose beobachten (bei den Frauen um 59%<sup>9</sup> und bei den Männern um 41% höher als in der Gesamtschweiz).

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 sind 7649 Männer mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gestorben. Dies entspricht im Durchschnitt einer jährlichen Sterberate von 1212 Fällen pro 100'000 Einwohner. Wie bei den Frauen bilden die Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden die Haupttodesursachen (64,5% der Fälle). Unter den Krebsleiden sind bei Männern die bösartigen Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge die häufigsten Todesursachen.

Betrachtet man wiederum die verlorenen potenziellen Lebensjahre, zeigt sich wie bei den Frauen, dass nach Tumoren (21,3% der VPL), Unfälle, Gewalttaten und Suizide die bedeutendsten Ursachen vorzeitiger Todesfälle bei den Männern sind (20,3% der VPL, unter Nicht-

berücksichtigung der Restkategorie «übrige Todesursachen»). Diese bei den Männern allerdings häufigeren Todesursachen dürften auf geschlechtsspezifische Verhaltensmuster hinweisen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz fällt schliesslich bei den Basler Frauen die hohe Sterblichkeit aufgrund von Suiziden auf (SMR von 128).

#### 2.4.3 Ergebnisübersicht

Im Zeitraum von 1981 bis 2003 weist die Gesamt mortalität im Kanton Basel-Stadt wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf, wobei die Sterblichkeit im Kanton Basel-Stadt höher liegt als diejenige in der Grossregion Nordwestschweiz und in der gesamten Schweiz. Für die Schweiz und für den Kanton Basel-Stadt zeigen sich folgende Entwicklungen: Die Sterberaten der Männer und Frauen haben sich in den letzten zwanzig Jahren angenähert, wobei die männliche Übersterblichkeit im Beobachtungszeitraum (1981–2003) zurückging. Mögliche Ursachen für diesen Wandel sind Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer (Meslé, 2004). Die grösste Abnahme der Todesfälle in absoluten Zahlen verzeichneten die oberen Altersklassen (Personen ab 65 Jahre) welches mit der Erhöhung der Lebenserwartung einhergeht. Dazu hat ebenfalls die tiefere Mortalität in den jüngeren Alterklassen beigetragen.

<sup>9</sup> Diese Beobachtung fusst bei den Frauen auf einer relativ geringen Anzahl Todesfälle im Beobachtungszeitraum (n=45).



Die Analyse der Todesursachen hat gezeigt, dass Krebsleiden im Kanton Basel-Stadt die Lebenserwartung der Menschen am stärksten beeinträchtigen. Ein Grossteil der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) ist im beobachteten Zeitraum auf diese Todesursachen zurückzuführen (Männer, 21,3% / Frauen, 34,5%). Bei beiden Geschlechtern waren bösartige Tumore, insbesondere Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge, als Todesursache im Kanton Basel-Stadt häufiger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Hinsichtlich der Zahlen sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die verbreitetste Todesursache im Kanton Basel-Stadt. Sie fallen im Hinblick auf die VPL aber weniger stark ins Gewicht, da sie meist Menschen im fortgeschrittenen Alter betreffen. Insgesamt liegt die Sterblichkeit im Kanton Basel-Stadt aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten im Beobachtungszeitraum bei den Männern und bei den Frauen klar unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt, wobei dies in erster Linie auf die selteneren Todesfälle durch Hirngefässerkrankungen zurückzuführen ist.

Aus präventivmedizinischer Sicht stehen zudem die Kategorie Unfälle, Gewalttaten und Suizide mit im Vordergrund, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre im Kanton Basel-Stadt bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle stehen. Die verglichen mit der Gesamtschweiz hohe Rate an Suiziden von Baslerinnen lässt dabei besonders aufhorchen. Für bestehende und zukünftige Präventionsmassnahmen ist zudem die vergleichsweise hohe Rate an Todesfällen aufgrund alkoholischer Leberzirrhose im Kanton Basel-Stadt zu erwähnen.

## 2.5 Zusammenfassung

Fragt man die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt, wie es ihnen zur Zeit gesundheitlich gehe, so antwortet die grosse Mehrheit, dass sie sich gut (62,5%) oder sogar sehr gut (17,9%) fühle. Nur eine Minderheit sagt, dass es ihr momentan schlecht oder sehr schlecht gehe. Bezüglich *selbstwahrgenommener Gesundheit* liegen die Baslerinnen und Basler damit unter dem Schweizer Durchschnitt.

Geschlecht und Alter erweisen sich als wichtige Bestimmgrössen für das gesundheitliche Wohlbefinden. Mit zunehmenden Lebensjahren vergrössert sich dabei die Differenz des Personenanteils, der sich gut fühlt, zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Ein Grund für die Verschlechterung des Wohlbefindens ist die Zunahme *lang andauernder Gesundheits-*

*probleme* mit höherem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen die grosse Mehrheit (BS: 88,1%) beschwerdefrei ist, so trifft dies nur noch auf zwei Drittel (BS: 65,9%) der über 65-Jährigen zu. Auch hier besteht wieder ein Geschlechterunterschied. Frauen berichten häufiger von lang andauernden Gesundheitsproblemen als Männer. Im Kanton Basel-Stadt fallen dabei die über 50- und insbesondere die über 65-jährigen Frauen auf. Ihr Anteil an Personen, die mit einem chronischen Leiden zu leben haben, ist bedeutend höher als der Schweizer Durchschnitt vermuten liesse. Auffällig ist bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen zudem der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Haushaltseinkommen und der berufliche Status, 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 seltener auf als bei Jüngeren. Frauen berichten deutlich häufiger von starken Beschwerden in den letzten vier Wochen als Männer (BS: 32,2% vs. 21,1%). Ferner zeigt sich, dass Personen mit tiefer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen häufiger unter den genannten Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung und Personen mit höherem Haushaltseinkommen.

Krankheiten und Unfälle können dazu führen, dass eine Person für einige Zeit nicht mehr oder nur noch *teilweise leistungsfähig* ist. Den höchsten Anteil an Personen, die mindestens während eines Tages im letzten Monat nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren, findet man im Kanton Basel-Stadt bei den 35- bis 49-Jährigen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung nicht voll leistungsfähig waren, tendenziell ab. In den meisten Fällen ist eine Krankheit der Grund der Leistungseinschränkung. Mit zunehmender Ausfallsdauer werden Unfälle als Ursache allerdings bedeutsamer. 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 wichtige Rollen. Bei allen Komponenten können zwar erbliche Dispositionen bestehen, das Risiko lässt sich jedoch mit einem 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 beides nicht unmittelbar wahrgenommen werden kann. Es ist deshalb wichtig, dass die entsprechenden Werte in regelmässigen Abständen von einer medizinischen Fachperson kontrolliert werden. Beim Cholesterinspiegel zeigt sich, dass sehr viele Personen nicht wissen, ob ihr Cholesterin jemals gemessen wurde und was der allfällige Befund war. Der Anteil Unwissender sinkt zwar in den höheren Altersgruppen, ist mit 22,2% bei den über 65-jährigen Baslern jedoch immer noch bemerkenswert. Mit höherer Bildung und höherem Einkommen steigt auch das Wissen um den persönlichen Cholesterinwert.

*Übergewicht* begünstigt sowohl Bluthochdruck als auch erhöhte Cholesterinwerte. Erwartungsgemäss nimmt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas mit höherem Alter stark zu. Der Anteil Übergewichtiger wie auch Adipöser verdreifacht sich zwischen den 18- bis 34-Jährigen und den über 65-Jährigen. Im Kanton Basel-Stadt leben weniger Personen mit Übergewicht, aber mehr Fettleibige als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Männer sind in der Gruppe der Übergewichtigen auf allen Altersstufen stark übervertreten. Die grösste Differenz besteht im Kanton Basel-Stadt bei den 35- bis 49-Jährigen. Beinahe jeder zweite Basler in dieser Altersgruppe ist (stark) übergewichtig. Dies ist jedoch keine Basler Besonderheit, sondern findet sich auch in der Gesamtschweiz. Besonders auffällig ist im Kanton Basel-Stadt der Zusammenhang zwischen Bildung, Einkommen und Übergewicht. Je tiefer die Bildung und das Einkommen, desto grösser ist der Anteil Personen mit (starkem) Übergewicht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich – allgemein betrachtet – bei Personen mit geringer Bildung und tiefem 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 für die Gesamtschweiz auch hier, dass Personen mit mehr Bildung und einem höheren Einkommen tendenziell eine höhere *psychische Ausgeglichenheit* angeben als Personen mit geringer Bildung und einem tiefen Haushaltseinkommen. Im Kanton Basel-Stadt ver-

hält es sich indes etwas anders. Hier sind es die Personen mit mittlerer Bildung (Sekundarstufe II), die höchste psychische Ausgeglichenheit zeigen. Bei den Haushaltseinkommen findet sich ebenso wenig ein linearer Trend. Personen mit einem tiefen Einkommen erfreuen sich einer vergleichsweise hohen psychischen Ausgeglichenheit.

Das *psychische Wohlbefinden* der Baslerinnen und Basler entspricht in etwa dem Schweizer Durchschnitt. Hier besteht dabei ein Zusammenhang mit Bildung und Nationalität: Je höher die erreichte Bildungsstufe, desto grösser ist der Anteil Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden. Die Personen im Kanton Basel-Stadt mit fremder Nationalität haben indes seltener ein sehr hohes psychisches Wohlbefinden als die Schweizerinnen und Schweizer.

Der dritte wichtige Faktor für eine gute psychische Gesundheit ist, dass sich eine Person in der Lage sieht, ihr Leben bewältigen zu können. Eine starke *Kontrollüberzeugung* hängt mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen zusammen. Die Kontrollüberzeugung nimmt mit dem Alter zu. Zudem steigt der Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung im Kanton Basel-Stadt je höher das Einkommen, die Bildung und der berufliche Status. Dieser Zusammenhang gilt auch für die Schweiz insgesamt.

*Soziales Wohlbefinden* ist der dritte und letzte 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 oder allenfalls manchmal einsam fühlen. Vier von zehn Baslerinnen und Baslern im Alter von 15 bis 34 Jahren fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam. Bei den Frauen kommt dies deutlich öfter vor als bei den Männern, sowohl in der Schweiz insgesamt wie auch im Kanton Basel-Stadt. Auffallend häufig ist jedoch das Gefühl der Einsamkeit bei 35- bis 49-jährigen Baslern. Das Niveau ist etwas höher als bei den Baslerinnen und liegt über dem der entsprechenden Altersgruppe in der Gesamtschweiz.

Offensichtlich verhindert das Wissen um eine Vertrauensperson nicht, dass sich eine Person gelegentlich einsam fühlt. Während sich viele Personen vom Gefühl der Einsamkeit betroffen fühlen, geben nur 7% aller Befragten an, keine Vertrauensperson zu haben. Der Anteil liegt dabei im Kanton Basel-Stadt deutlich über dem Gesamtschweizer Durchschnitt und steigt in höherem Alter stark an. Dies dürfte mit dem Hinscheiden von

Ehepartner und Freunden zusammenhängen. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass alle Analysen auf selbstberichteten Angaben beruhen.

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-Stadt fällt ab 1994 die systematisch höhere altersstandardisierte Mortalitätsrate beider Geschlechter im Vergleich zur übrigen Schweiz und zur Region Nordwestschweiz auf.

Die Analyse ausgewählter Todesursachen hat gezeigt, dass hinsichtlich der Zahlen die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigsten Todesursachen im Kanton Basel-Stadt sind. Aus präventivmedizinischer Sicht sind jene Todesur-

sachen von Interesse, für welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Gesundheitsverhalten teilweise verhütet werden können. Im Kanton Basel-Stadt sind dies v. a. bösartige Tumore, da diese im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre am stärksten ins Gewicht fallen. Bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge treten im Kanton Basel-Stadt deutlich häufiger auf als in der übrigen Schweiz. Unfälle, Gewalttaten und Suizide stehen schliesslich an zweiter Stelle der Todesursachen mit den meisten verlorenen Lebensjahren. Für den Kanton Basel-Stadt ist diesbezüglich auch auf die verglichen mit der Schweiz hohe Suizidrate bei Frauen und die vergleichsweise hohe Rate an Todesfällen aufgrund alkoholischer Leberzirrhose bei beiden Geschlechtern hinzuweisen.

## 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-Stadt 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.

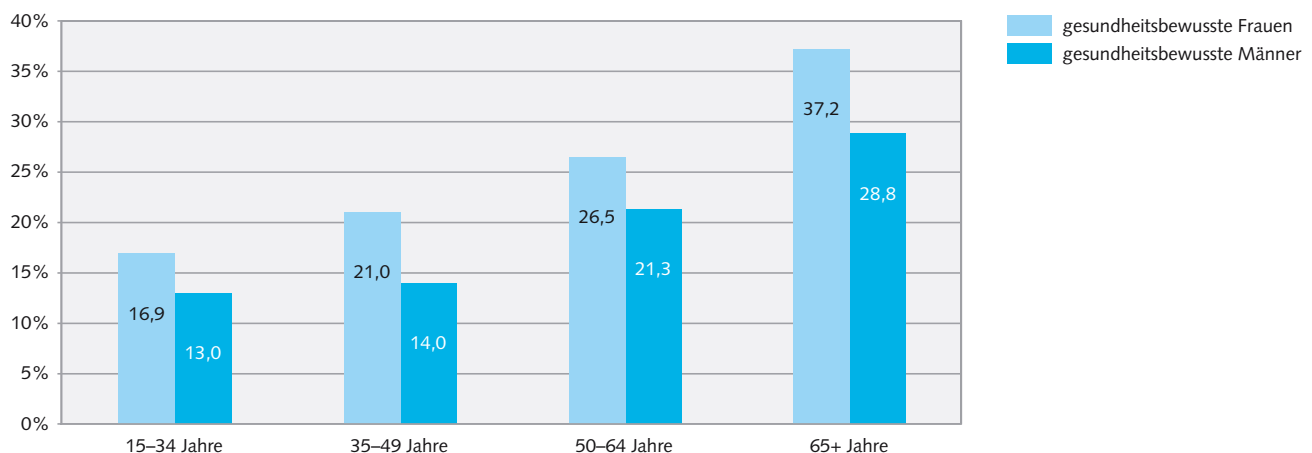
8,0% der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt stimmt der Aussage: «Ich lebe, ohne mich um mögliche

Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» zu. Die grosse Mehrheit (67,0%) lebt nach dem Motto: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil», und schliesslich sagen 25,0% 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 lang andauernden Gesundheitsproblemen, die als einschränkend empfunden werden und die seit über einem Jahr bestehen, 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

**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-Stadt und Schweiz**

		unbekümmert <sup>1</sup>		beachtend <sup>2</sup>		orientiert <sup>3</sup>	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		8,0	11,5	67,0	67,3	25,0	21,2
<b>Geschlecht</b>	Frauen	(6,7)	9,1	64,7	66,5	28,6	24,4
	Männer	9,6	14,1	69,6	68,2	20,8	17,7
<b>Altersgruppen</b>	15–34	(10,1)	17,2	75,0	67,8	(14,9)	15,0
	35–49	(6,7)	11,1	75,7	71,4	17,5	17,5
	50–64	(6,8)	8,5	73,1	67,5	20,1	24,0
	65+	(8,7)	6,4	47,3	59,8	43,9	33,8
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	(12,5)	17,2	52,7	56,4	34,8	26,5
	Sekundarstufe II	7,6	10,4	68,1	68,7	24,2	20,9
	Tertiärstufe	*	8,4	77,0	76,0	(17,7)	15,6
<b>Nationalität</b>	Schweizer	7,9	11,0	66,7	68,3	25,4	20,7
	Ausländer	*	14,3	68,3	62,1	(23,1)	23,6
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	(10,0)	13,1	59,9	62,9	30,1	24,0
	CHF 3000 bis 4499	(7,6)	9,7	65,4	68,3	26,9	22,0
	CHF 4500 bis 5999	(7,8)	9,5	71,0	71,3	21,2	19,2
	CHF 6000 und höher	*	8,4	79,2	77,0	(16,5)	14,6
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	12,4	56,1	62,4	(35,7)	25,2
	qualifizierte manuelle Berufe	*	15,9	55,4	61,9	(30,0)	22,2
	Kleinunternehmer	*	12,4	80,5	66,7	*	20,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(10,3)	9,8	63,0	67,4	26,7	22,8
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(7,4)	9,0	69,6	71,1	23,0	19,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	8,2	76,2	77,3	(21,7)	14,5
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 763 <n< 807 (BS); 14'628 <n< 15'652 (CH).

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

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

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

<sup>3</sup> Zustimmung zu: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.»

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 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 Bewe-

gungsmangel 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.

In den aktuellen Empfehlungen des Bundesamts für Sport (BASPO), des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Netzwerks «Gesundheit und Bewegung Schweiz» wird mit Blick auf die Gesundheitswirksamkeit von folgendem Bewegungsumfang ausgegangen:

«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.

Unter der in den Basisempfehlungen angesprochenen «mittleren» Intensität wird jede körperliche Aktivität verstanden, 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. Als Beispiele für solche Aktivitäten wird auf «zügiges Laufen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten und viele Sportarten» verwiesen. 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 Atemfre-

quenz) 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 36,7 Prozent der Baslerinnen und Basler zumindest eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen, während 64,2 Prozent diese nicht erfüllen und als ungenügend aktiv bezeichnet werden müssen. Knapp ein Viertel der Bevölkerung 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 weiteres Sechstel ist teilaktiv, die Häufigkeit und/oder der Bewegungsumfang sind deutlich von einer gesundheitswirksamen «Minimaldosis» entfernt. Schliesslich erweist sich ein Viertel der Baslerinnen und Basler als völlig inaktiv. Im Kanton Basel-Stadt sind im Vergleich zur Gesamtschweiz etwa gleich viele Personen sportlich aktiv, der Anteil unregelmässig Trainierender ist jedoch geringer, und es sind demnach mehr Baslerinnen und Basler sportlich inaktiv.

Tabelle 3.3 macht deutlich, dass die Bewegungsaktivität erwartungsgemäss mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Männer sind dabei etwas aktiver als die Frauen. Ein unterdurchschnittliches Bewegungsniveau weisen die ausländische Wohnbevölkerung sowie Personen mit lediglich obligatorischer Schulbildung auf. Auffallend hoch ist im Kanton Basel-Stadt der Anteil sportlich aktiver unter den 35- bis 49-Jährigen, sowie bei der Gruppe Personen mit einem höheren Haushaltsäquivalenzeinkommen (Fr. 4500–5999).

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 nimmt der Kanton Basel-Stadt bei den

**Tab. 3.2 Ausmass der Bewegungsaktivitäten gemäss Führungsindikator des BASPO, Kanton Basel-Stadt und Schweiz**

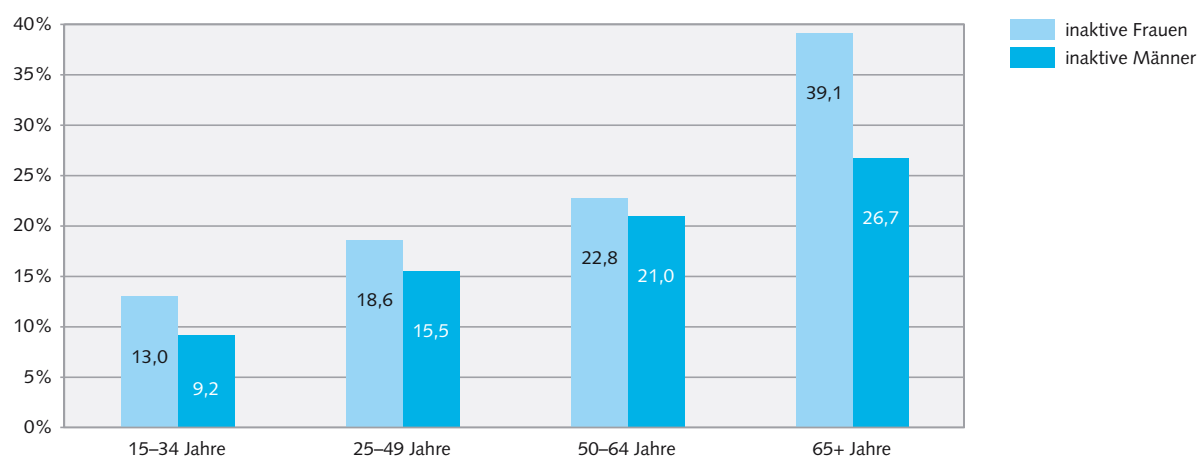
	BS	CH
trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	25,6	27,0
regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen)	10,1	8,9
unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden	22,8	25,6
teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden	16,4	19,1
inaktiv	25,0	19,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 961 (BS); 18'719 (CH).

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

		trainiert/aktiv		unregelmässig/ teilaktiv		inaktiv	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		35,8	35,8	39,2	44,8	25,0	19,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	33,8	32,6	37,3	45,2	28,9	22,2
	Männer	38,0	39,4	41,4	44,3	20,6	16,3
<b>Altersgruppen</b>	15–34	42,9	42,4	44,7	46,5	(12,4)	11,1
	35–49	41,0	33,1	39,5	49,9	19,5	17,0
	50–64	34,1	33,5	38,7	44,6	27,2	22,0
	65+	25,8	31,9	34,5	33,9	39,7	34,3
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	28,0	34,8	32,2	38,1	39,7	27,2
	Sekundarstufe II	38,0	36,2	38,8	46,0	23,1	17,7
	Tertiärstufe	37,7	35,8	48,2	49,3	(14,1)	14,8
<b>Nationalität</b>	Schweizer	37,0	37,0	39,4	45,2	23,6	17,8
	Ausländer	31,7	30,5	38,6	42,8	29,6	26,7
<b>Haushalts- einkommen</b>	bis CHF 3000	34,5	33,9	39,7	41,9	25,8	24,2
	CHF 3000 bis 4499	31,8	34,7	39,0	45,8	29,2	19,5
	CHF 4500 bis 5999	41,1	37,9	40,4	47,0	18,5	15,2
	CHF 6000 und höher	34,8	37,8	45,1	49,4	(20,1)	12,7
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe	40,2	36,3	(26,9)	37,9	32,9	25,8
	qualifizierte manuelle Berufe	(23,3)	36,1	54,2	42,8	(22,5)	21,2
	Kleinunternehmer	(32,9)	35,6	(48,9)	39,8	(18,2)	24,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	32,4	33,8	38,0	47,1	29,5	19,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	36,7	36,4	39,8	48,0	23,5	15,6
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	47,8	33,8	37,7	51,5	(14,5)	14,8
<b>Regionaler Vergleich</b>	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

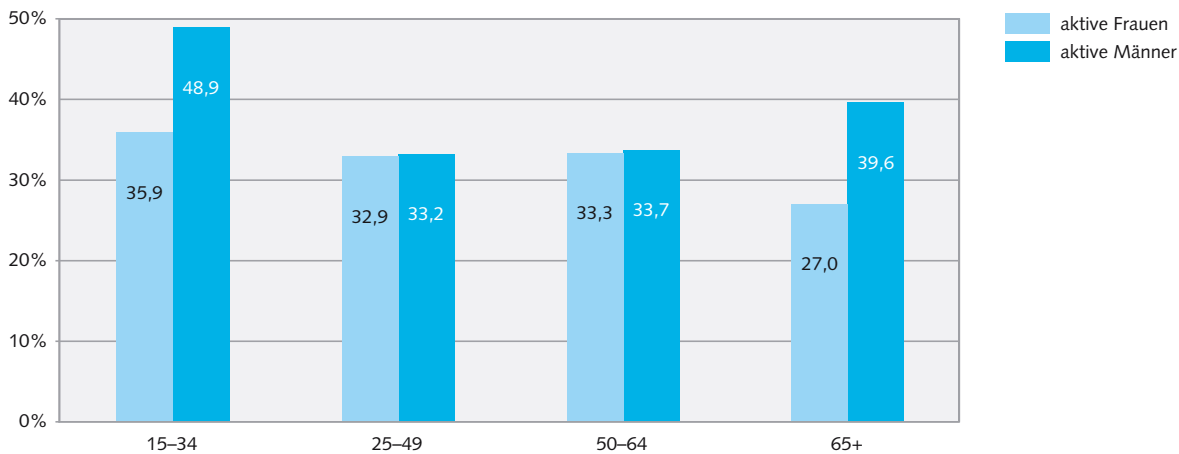
Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 897 <n< 962 (BS); 17'344 <n< 18'719 (CH).  
Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

**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, Kanton Basel-Stadt und Schweiz (in %)**

		BS	CH
Sport, Fitness, Gymnastik	nie	55,9	47,0
	teilaktiv, unregelmässig aktiv	23,9	28,6
	regelmässig aktiv: mehrmals pro Woche,	20,3	24,3
Tägliche Wegstrecke (zum Arbeiten, Einkaufen, Ausgehen) zu Fuss oder mit Velo	keine körperliche Bewegung	32,4	50,5
	bis 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	25,5	22,1
	über 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	42,0	27,4
Körperliche Aktivität bei der Arbeit (inkl. Haus- und Gartenarbeit)	kein Schwitzen bei der Arbeit	56,7	43,4
	1 bis 2 Schweißepisoden pro Woche	21,9	28,8
	3 und mehr Schweißepisoden pro Woche	21,4	27,8

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 944 <n< 1018 (BS); 18'376 <n< 19'706 (CH).

Inaktiven die letzte Position ein, höher sind die Anteile lediglich in der Westschweiz und im Tessin. Als besonders aktiv erweisen sich die Zugerinnen und Zuger.

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 zeigen Frauen und Männer eine (zumindest mit Blick auf die Bewegungsempfehlungen) vergleichbare körperliche Aktivität. 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-Stadt zwar etwas weniger Sport getrie-

ben wird als in der Gesamtschweiz, aber überdurchschnittlich viele Personen mit dem Velo oder zu Fuss zur Arbeit gehen. Die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit (inklusive Haus- und Gartenarbeit) liegen jedoch wieder deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

### 3.3 Bewusste Ernährung

Eine ausgeglichene Ernährung ist neben körperlicher Aktivität der zweite zentrale Pfeiler für den Erhalt einer guten Gesundheit. 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<sup>10</sup> im Blut führen. Gleichzeitig ist die Versorgung des Körpers mit ausreichend Eiweiss, Vitaminen und Ballaststoffen zentral für die Gesundheit (Schwarzer 1996: 120). 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.

Im Kanton Basel-Stadt achten drei von vier Personen auf ihre Ernährung. Dabei erweisen sich die Frauen als deutlich ernährungsbewusster als die Männer (84,1% vs.

66,6%). Es ist auffallend, dass das Ernährungsbewusstsein in allen Altersgruppen sehr hoch ist. Lediglich Personen mit obligatorischer Schulausbildung, Personen mit angelernten oder ungelerten manuellen Berufen sowie Kleinunternehmer achten weniger auf ihre Ernährung.

Das Ernährungsbewusstsein steht im Kanton Basel-Stadt zudem im Zusammenhang mit Haushaltseinkommen. In den höheren Einkommensklassen steigt der Anteil Ernährungsbewusster noch an, ist aber – wie erwähnt – auch bei Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 vergleichsweise hoch.

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 im Kanton Basel-Stadt ist für die Deutschschweiz überdurchschnittlich hoch.

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

		BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		75,9	69,1
<b>Geschlecht</b>	Frauen	84,1	76,0
	Männer	66,6	61,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34	76,0	61,9
	35–49	74,5	70,5
	50–64	79,5	73,5
	65+	74,0	73,7
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	67,6	60,5
	Sekundarstufe II	78,5	71,3
	Tertiärstufe	78,3	73,7
<b>Nationalität</b>	Schweizer	77,9	70,5
	Ausländer	70,0	63,3
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	73,1	65,5
	CHF 3000 bis 4499	78,2	71,1
	CHF 4500 bis 5999	79,5	74,0
	CHF 6000 und höher	79,5	75,9
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	69,2	66,3
	qualifizierte manuelle Berufe	75,0	61,0
	Kleinunternehmer	68,2	67,3
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	76,6	73,4
	höherqualifizierte nicht-manuelle Berufe/mittleres Kader	80,2	74,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	79,8	73,3
<b>Regionaler Vergleich</b>	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. 942 <n< 1017 (BS); 18'172 <n< 19'691 (CH).

<sup>10</sup> Zu Cholesterin s. Abschnitt 3.1.4: Risikofaktoren für chronische Krankheiten.

### 3.3.2 Ernährungsgewohnheiten

Weniger als jede fünfte Person im Kanton Basel-Stadt isst (fast) täglich Fleisch, während 8,2% der Personen darauf weitgehend bis ganz verzichtet (Tabelle 3.6). Bei der grossen Mehrheit der Personen stehen zudem täglich Gemüse und Salat auf dem Tisch. Der tägliche Konsum von Gemüse und Salat im Kanton Basel-Stadt ist bei den 15- bis 49-Jährigen etwas geringer als bei den älteren Altersgruppen. Die Differenz ist jedoch nicht so gross wie beim Fruchtekonsum. Während in der jüngsten Altersgruppe nur 60,2% täglich Früchte essen, nimmt der Fruchtekonsum in den höheren Altersklassen kontinuierlich zu. Bei den über 65-Jährigen verspeisen 81,5% täglich Früchte. Diese Differenz ist jedoch keine Basler Eigenheit, sondern findet sich in vergleichbarem Mass auch in der Gesamtschweiz.

Mehr als vier Fünftel der Basler 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 27,8%, bei den über 65-Jährigen schliesslich 91,1%, die weitgehend auf Fastfood verzichten. Dies entspricht in etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt.

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.

### 3.4 Medikamentengebrauch

Im Jahr 2002 wurden in der Schweiz 6933 verschiedene, von Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, registrierte Humanarzneimittel<sup>11</sup> 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-/Kreislaufkrankungen 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).

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 (Höpflinger und Hugentobler 2003).

Fast jede zweite Person (48,0%) im Kanton Basel-Stadt hat in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es mit 40,8% deutlich weniger. Dabei liegt der Anteil bei den Frauen mit 51,2% (CH: 46,2%) über dem Anteil der Männer von 44,4% (CH: 34,9%). Dieser Ge-

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

	an 6–7 Tagen		an 4–5 Tagen		an bis zu 3 Tagen		selten bis nie	
	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
Fleisch	18,1	25,2	20,4	26,2	53,5	43,7	8,2	4,8
Gemüse und Salat	84,1	85,2	7,9	8,0	7,3	6,1	*	0,7
Früchte	70,0	68,0	8,5	9,0	15,2	17,6	6,3	5,3
Fastfood	(1,8)	1,5	(2,6)	3,4	14,0	15,9	81,4	79,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1010 <n< 1017 (BS); 19'662 <n< 19'687 (CH).  
\* Antworten von 0–10 Personen. Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

<sup>11</sup> Humanarzneimittel, Phytotherapeutika, Homöopathika, In-vitro-Tests, Radiopharmazeutika.

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

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlaf- mittel
		BS	CH	BS	CH	CH	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		48,0	40,8	18,3	14,5	3,8	4,1
<b>Geschlecht</b>	Frauen	51,2	46,2	20,4	18,0	4,7	5,4
	Männer	44,4	34,9	15,8	10,8	2,8	2,7
<b>Altersgruppen</b>	15–34	25,3	27,3	(13,5)	12,8	1,6	0,6
	35–49	37,9	31,1	21,0	14,5	2,6	2,0
	50–64	48,4	46,9	18,2	14,2	5,7	4,3
	65+	77,8	70,8	19,8	17,7	7,0	12,9
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	54,8	44,8	28,0	17,5	5,3	5,8
	Sekundarstufe II	46,6	39,8	15,9	13,9	3,4	3,5
	Tertiärstufe	43,9	38,3	(12,8)	12,2	2,9	3,6
<b>Nationalität</b>	Schweizer	50,1	41,8	16,1	14,1	3,7	4,4
	Ausländer	42,0	36,3	24,4	16,3	4,2	2,9
<b>Haushalts- einkommen</b>	bis CHF 3000	45,4	40,3	22,6	16,3	4,6	4,9
	CHF 3000 bis 4499	53,0	42,9	18,1	14,2	3,9	4,1
	CHF 4500 bis 5999	45,1	41,6	13,2	13,1	3,2	3,4
	CHF 6000 und höher	48,2	39,4	(15,3)	12,9	2,4	2,8
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe	53,7	40,4	29,9	16,2	4,3	4,1
	qualifizierte manuelle Berufe	49,9	38,2	(20,0)	13,1	4,1	3,6
	Kleinunternehmer	(28,8)	39,3	*	14,1	3,7	3,9
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	48,0	45,2	15,9	16,0	4,2	4,6
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	46,7	40,6	19,1	15,0	3,8	4,1
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	48,1	39,3	(12,6)	11,2	2,6	2,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	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	3,7
	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< 1018 (BS); 18'164 <n< 19'683 (CH).  
\* Antworten vom 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

schlechterunterschied bezüglich Medikamenteneinnahme ist ein bekanntes Phänomen und findet sich auch in ländervergleichenden Studien (Maffli und Bahner 1999).

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsument stetig an. Von den 15- bis 34-jährigen Baslerinnen und Baslern hatten 25,3% in der vergangenen Woche mindestens einmal ein Medikament eingenommen. Dies sind etwas weniger als in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtschweiz (27,3%). Bei den über 65-Jährigen waren es sowohl im Kanton Basel-Stadt als auch in der Schweiz insgesamt deutlich mehr (BS: 77,8%, CH: 70,8%). Weiter zeigt sich, dass mit zunehmender Bildung der Medikamentenkonsument abnimmt. Dieser Zusammenhang besteht bei allen Altersstufen und bei den Frauen wie auch bei den Männern.

Bemerkenswert ist weiter der Befund, dass Personen ausländischer Nationalität deutlich weniger Medikamente einnehmen, obwohl sie häufiger an Beschwerden

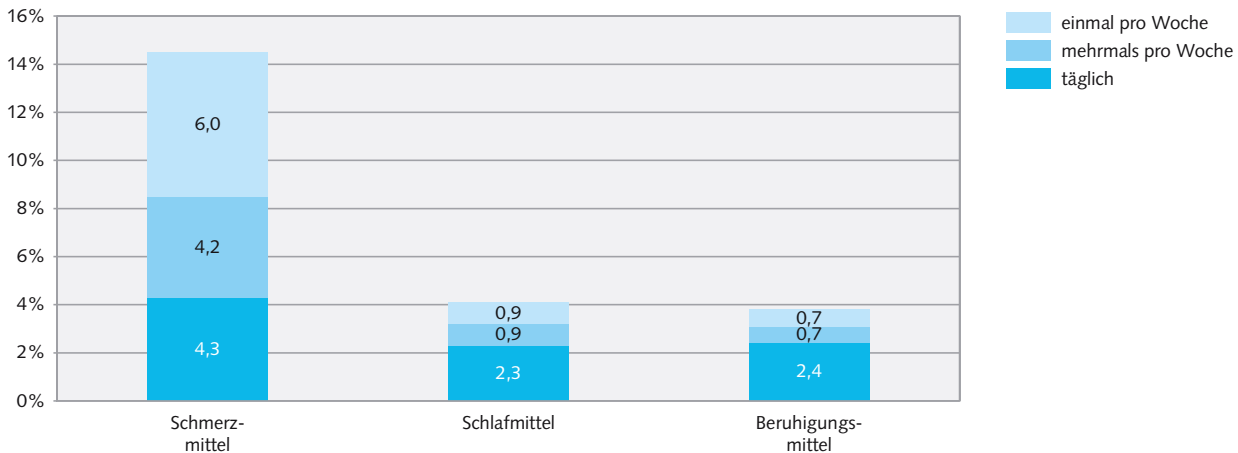
leiden als Schweizerinnen und Schweizer (vgl. Kapitel 2.1 und Tabelle 3.7).

*Schmerzmittel* sind bei den eingenommenen Medikamenten die Spitzenreiter. 14,5% der in der Schweiz wohnhaften Personen über 15 Jahre haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen, im Kanton Basel-Stadt waren es sogar noch mehr (18,3%). 4,3% der Schweizer Bevölkerung konsumierten täglich Schmerzmittel, wobei der Anteil der konsumierenden 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 nahmen, waren es bei den über 65-Jährigen 6,9%.

*Schlafmittel* wurden im Kanton Basel-Stadt in der Woche vor der Befragung von 5,5% der Bevölkerung eingenommen (CH: 4,1%). Der Anteil der Frauen ist dabei unabhängig vom Alter deutlich höher als jener der

## Medikamentenkonzum in der Woche vor der Befragung, Schweiz

Abb. 3.4



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

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 zeigt sich auch hier ein unterschiedliches 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-Stadt in der Woche vor der Befragung 4,5% 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 findet 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 für Krankheit, Invalidität und (frühzeitigen) 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 Drittel (30,2%) der Basler Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren raucht Zigaretten und andere Tabakwaren, wovon knapp zwei Drittel zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten im Tag) gezählt werden müssen. Im Kanton Basel-Stadt rauchen damit mehr Personen als in der Schweiz insgesamt.

Der Anteil Rauchende variiert jedoch erheblich zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen. Männer rauchen deutlich mehr als Frauen (BS: 37,8% vs. 28,8%). Abbildung 3.5 zeigt, wie die Differenz zwischen den Geschlechtern auch mit zunehmendem Alter bestehen bleibt, der Anteil Rauchender insgesamt hingegen abnimmt. Bei der Betrachtung der Abbildung 3.5 fallen die sehr hohen Anteile junger Raucher (51%) sowie rauchender Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren auf.

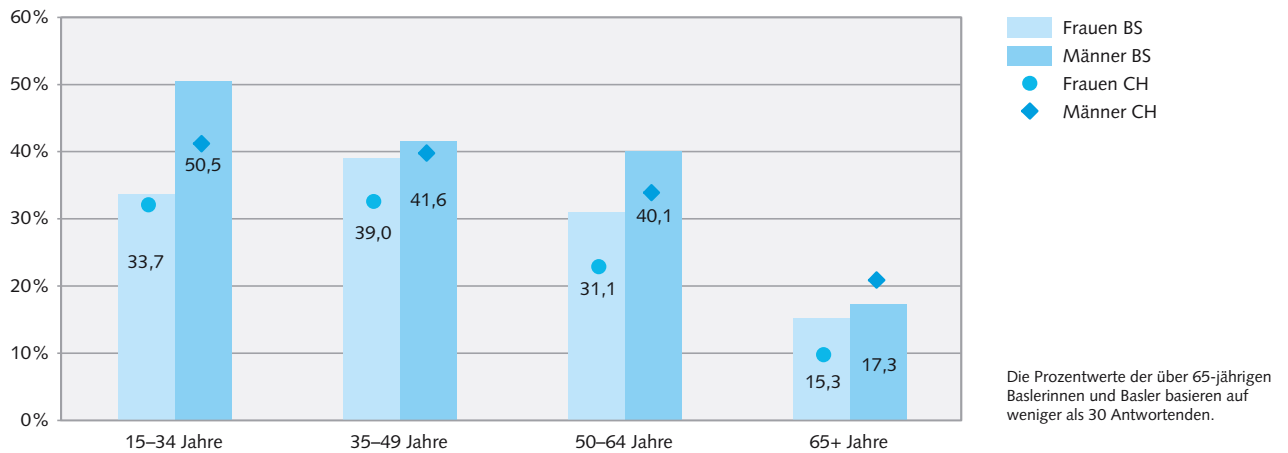
**Tab. 3.8 Tabakkonsum, Kanton Basel-Stadt und Schweiz**

	BS	CH		BS	CH
Nichtraucher	67,0	69,5	noch nie geraucht	43,9	49,6
			Ex-Raucher	23,1	19,9
Raucher	33,0	30,5	weniger starke Raucher <sup>1</sup>	12,9	14,0
			starke Raucher <sup>2</sup>	20,1	16,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1017 (BS), 19'701 (CH).  
<sup>1</sup> bis 10 Zigaretten pro Tag; <sup>2</sup> ab 11 Zigaretten pro Tag.

**Anteil rauchender Frauen und Männer, Kanton Basel-Stadt und Schweiz**

**Abb. 3.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1017 (BS); 19'701 (CH).

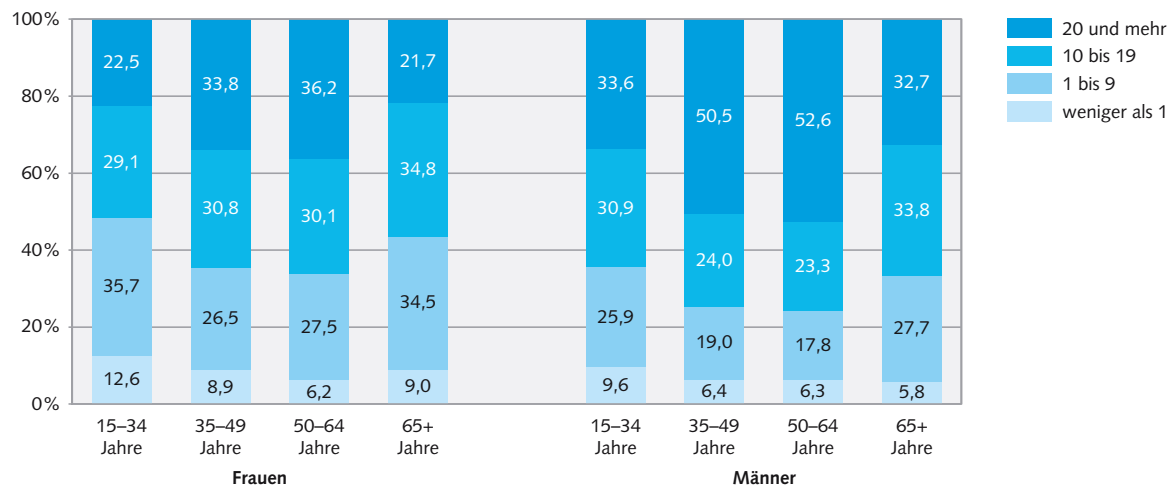
**Tab. 3.9 Anteil der konsumierten Tabakprodukte, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz (in %, Mehrfachnennungen möglich)**

	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.

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

**Abb. 3.6**



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

**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	
<b>Gesamtbevölkerung</b>		74,6	64,0	11,3	17,0	14,2	19,0	
<b>Altersgruppen</b>	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	
<b>Bildung</b>	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	
<b>Nationalität</b>	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	
<b>Haushalts-einkommen</b>	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	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte 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	
<b>Regionaler Vergleich</b>	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.

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 (vgl. Tabelle 3.9).

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 (vgl. Abbildung 3.6). Das soll jedoch nicht darüber hinweg täuschen, 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 nikotinassozierten 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.

### 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 Trinkverhalten, 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 folgende 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; deren 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.<sup>12</sup> 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.

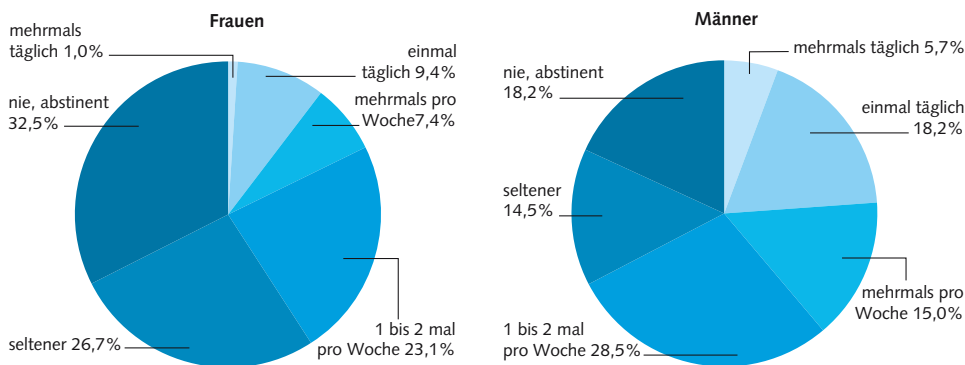
Im Kanton Basel-Stadt trinken 16,7% der Bevölkerung täglich, 36,6% wöchentlich und 46,7% selten bis nie Alkohol. Der Anteil selten trinkender und abstinenter Frauen ist dabei um fast das Doppelte höher als jener der Männer.

94,5% der Frauen im Kanton Basel-Stadt trinken keinen oder durchschnittlich weniger als 20g reinen Alkohol pro Tag, was bedeutet, dass fünf von hundert Frauen die mittlere Risikogrenze überschreiten. Bei den Männern wird der Bereich von mittlerem und hohem Risiko von 6,4% erreicht. Diese Werte entsprechen etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt.<sup>13</sup> Bei den Frauen und Männern im Kanton Basel-Stadt ist der Anteil abstinent Lebender im Vergleich zur Schweiz insgesamt leicht höher, und die Konsumanteile mit geringem Gesundheitsrisiko sind etwas tiefer (Abbildung 3.8).

In der Gesundheitsbefragung wurde neben der Trinkhäufigkeit und der konsumierten Menge auch (sozial) problematisches Trinkverhalten untersucht. Dies bedeu-

### Häufigkeit des Alkoholkonsums von Frauen und Männern, Kanton Basel-Stadt

Abb. 3.7



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

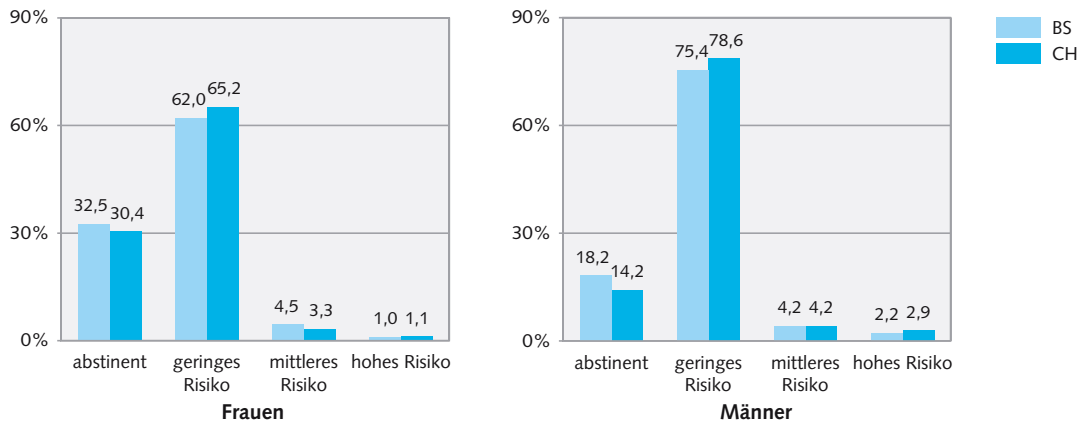
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=575 (Frauen); 441 (Männer).

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

<sup>13</sup> Die Anzahl Personen mit einem mittlerem und hohem Risiko ist in der Stichprobe des Kantons Basel-Stadt sehr klein, weshalb diese Unterschiede nicht weiter analysiert werden können.

### Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppen bezüglich Alkoholkonsums, Kanton Basel-Stadt 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-Stadt basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

n=574 (Frauen BS), 441 (Männer BS), n=10'767 (Frauen CH), 8870 (Männer 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
<b>Gesamtbevölkerung</b>		95,6	92,9	3,3	4,2	1,1	2,9
<b>Altersgruppen</b>	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
<b>Bildung</b>	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
<b>Nationalität</b>	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
<b>Haushalts-einkommen</b>	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
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	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
<b>Regionaler Vergleich</b>	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.

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



tet 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 Konsums). Es zeigt sich, dass sich bei der grossen Mehrheit der Basler Bevölkerung über 15 Jahren kein sozial unmittelbar problematischer Alkoholkonsum abzeichnet. 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 Schichten 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.

## 3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen

### 3.7.1 Cannabiskonsum

Wird von Cannabiskonsum gesprochen, so ist meist von haschisch-<sup>14</sup> oder marihuanaangereicherten<sup>15</sup>, selbst gedrehten Zigaretten (Joints) die Rede. Beide Cannabisprodukte beeinflussen sowohl das Zentralnervensystem als auch die Psyche. Ihr Konsum führt zwar in der Regel zu keiner körperlichen Abhängigkeit, bei rund der Hälfte aller stark Cannabis Konsumierenden wird jedoch eine psychische Abhängigkeit festgestellt (WHO 1997, Müller und Gmel 2002).

Cannabiskonsum erweist sich in verschiedener Hinsicht als problematisch: (1) Jugendliche konsumieren Cannabis aus Langeweile, als Möglichkeit der Realitätsflucht und zur Unterdrückung psychischer Probleme. (2) Rauchen belastet das Atmungssystem; längerer Konsum kann Krebs und Tumore der oberen Luftwege verursachen. (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.

<sup>14</sup> Harz der weiblichen *Cannabis sativa* var. *indica*.

<sup>15</sup> Blätter, Blüten und Stängel der weiblichen *Cannabis sativa* var. *indica*.

Zudem erhöht Cannabiskonsum die Unfallgefahr im Strassenverkehr. Bei hohen Dosen sind auch wahnartige Zustände, Depressionen und Angstzustände möglich (4) Längerer Konsum kann in eine psychische Abhängigkeit führen. Längerer Konsum erhöht weiter das Risiko der Entwicklung von Schizophrenie, Angststörungen und Depressionen (SFA 2004b).

Im Kanton Basel-Stadt haben 33,5% aller 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht (vgl. Abbildung 3.9). Die so genannte Lebenszeitprävalenz liegt damit im Kanton Basel-Stadt über dem Schweizer Wert. Die Lebenszeitprävalenz ist beim Cannabiskonsum indes 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 tiefer 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).

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 der Lebenszeitprävalenz ist eindeutig auf einen Anstieg des wiederholten Konsums 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 nied-

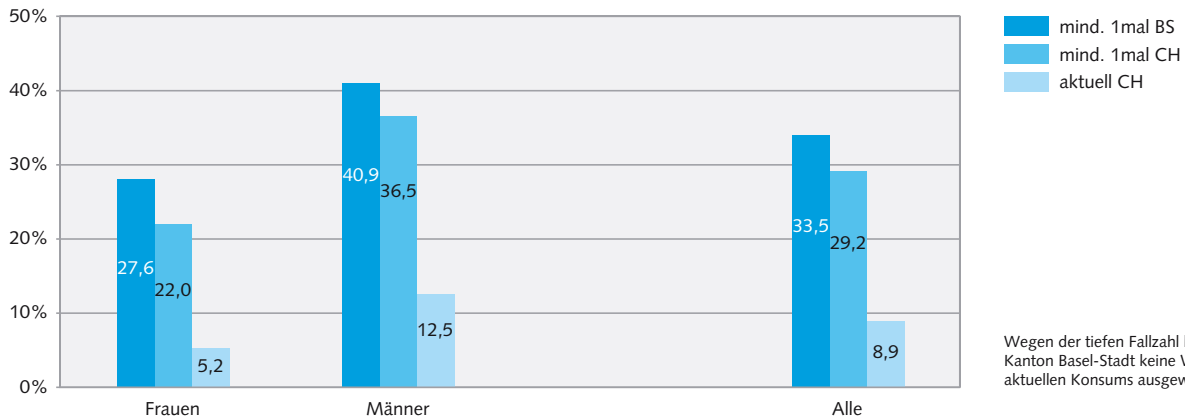
rigsten in den Kantonen St. Gallen (28% und 14%) und Tessin (Männer: 15%; Frauen: 12%).

Untersucht man den Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Cannabiskonsum, so zeigt sich, dass 65,4% der Personen zwischen 15 und 34 Jahren, die Cannabiserfahrung haben, Zigarettenraucher sind.

52,3% der Personen, die Zigaretten rauchen, haben mindestens schon einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert, bei den Nichtraucher/innen sind es 16%. Es besteht also eine eindeutige Beziehung zwischen Tabak- und Cannabiskonsum, was bedeutet, dass Rauchprävention indirekt auch Cannabisprävention ist.

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

**Abb. 3.9**

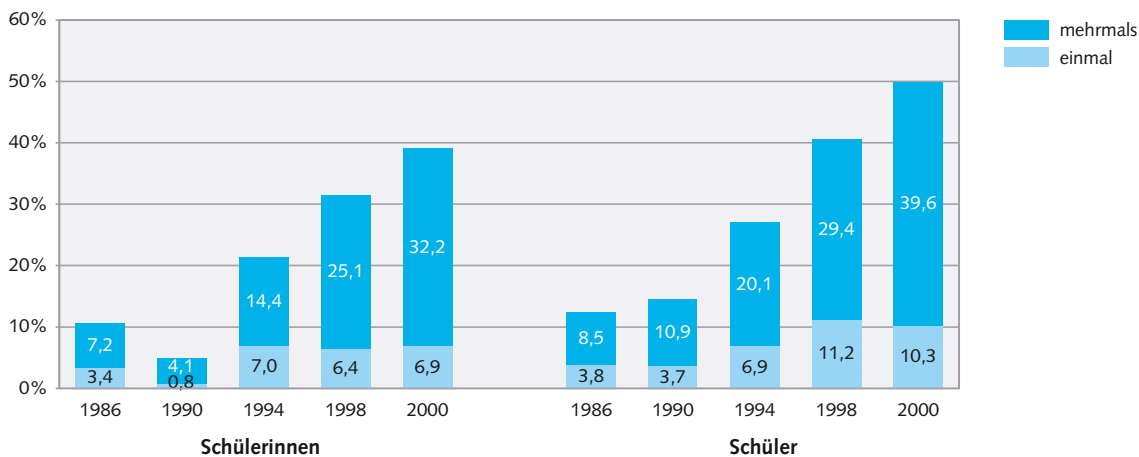


Wegen der tiefen Fallzahl können für den Kanton Basel-Stadt keine Werte bezüglich aktuellen Konsums ausgewiesen werden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=185 (BS), 4712 (CH).

**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 Wohnregion<sup>16</sup>**

		Lebenszeitprävalenz	aktueller Konsum
<b>Gesamtbevölkerung der 15- bis 34-Jährigen</b>		29,2	8,9
<b>Geschlecht</b>	Frauen	22,0	5,2
	Männer	36,5	12,5
<b>Nationalität</b>	Schweizer	32,6	10,3
	Ausländer	18,2	4,0
<b>Regionaler Vergleich</b>	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).  
 Zahlen in Klammern (n<30) haben nur eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit; \* Antworten von 0–10 Personen.  
 Für den Kanton Tessin kann beim aktuellen Cannabiskonsum kein Prozentwert angegeben werden (n<10).

### 3.7.2 Konsum harter Drogen

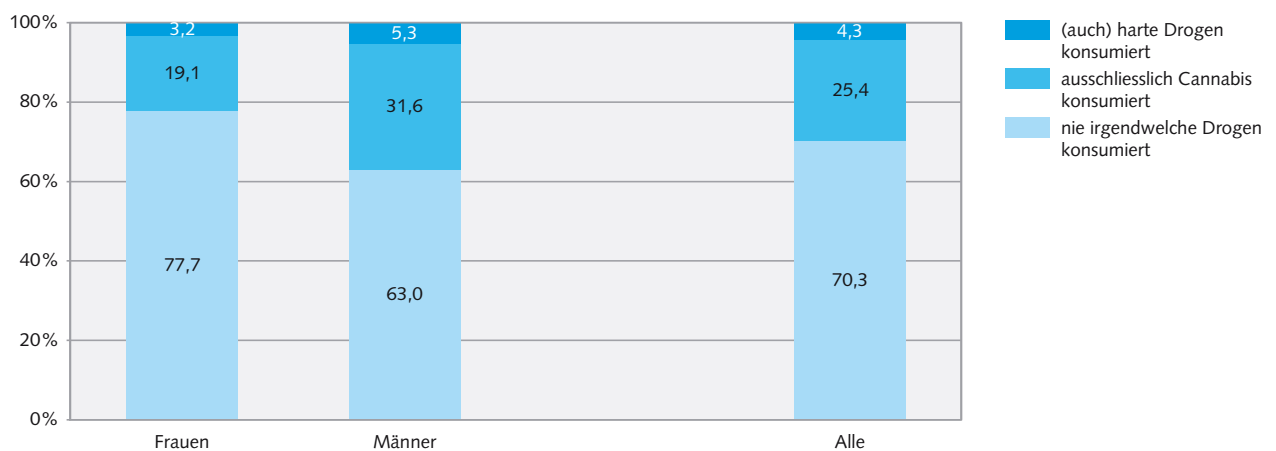
Knapp jede dritte Person in der Schweiz (29,7%) zwischen 15 und 34 Jahren hat in ihrem Leben mindestens einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Bei der grossen Mehrheit beschränkt sich die Erfahrung aber auf den Konsum von Cannabis. 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen haben (zudem) mindestens einmal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

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

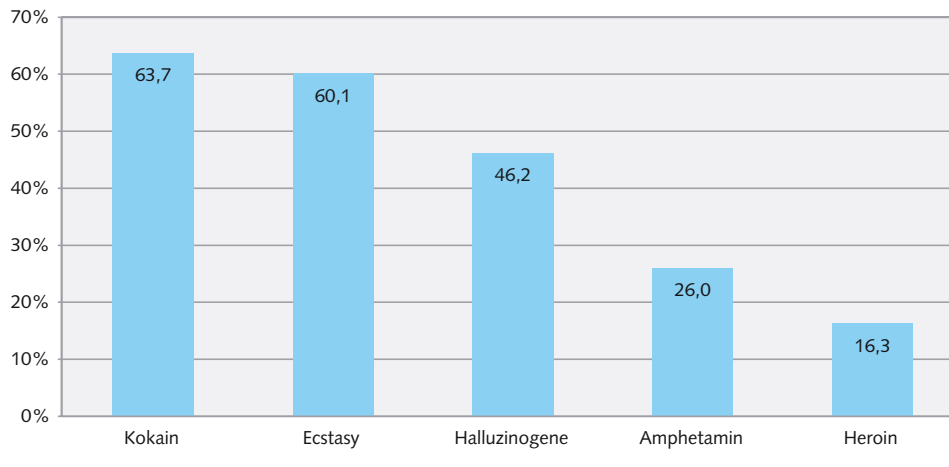
**Abb. 3.11**



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

<sup>16</sup> Diese Tabelle weicht von der Form der anderen Tabellen ab. Bei den 15- bis 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.

### 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.

gibt eine Übersicht über die Beliebtheit der konsumierten Stoffe, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.<sup>17</sup> 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 psychisch abhängig machenden Drogen (SFA 2004a, SFA 2004b).

14,1% der 15- bis 34-Jährigen mit Cannabiserfahrung hatten mindestens einmal Kontakt mit harten Drogen. Umgekehrt konsumieren 96,3% der Personen mit Erfahrung mit harten Drogen 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 – zu mindest teilweise – beeinfluss- und veränderbar.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt 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. Ein Viertel der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Basel-Stadt ist regelmässig aktiv, aber ebenso viele Personen müssen als völlig inaktiv bezeichnet werden. Das Bewegungsverhalten nimmt dabei mit zunehmendem Alter ab, und Männer sind generell etwas aktiver als Frauen. Der Bewegungsmangel ist zudem unter der ausländischen Wohnbevölkerung sowie in tieferen sozialen Schichten besonders verbreitet.

Die soziale Lage beeinflusst auch die Ernährungsgewohnheiten. Bewusste Ernährung steht im Kanton Basel-Stadt in Zusammenhang mit höherer Bildung, höherem Berufsstatus und höherem Einkommen. Die grösste Differenz besteht allerdings zwischen den Geschlechtern. Baslerinnen achten deutlich mehr auf ihre Ernährung als Basler. Diese Differenz ist hier ausgeprägter als in der Schweiz insgesamt. Im Kanton Basel-Stadt ist der Anteil ernährungsbewusster Personen dabei grösser als in der Gesamtschweiz (75,9% vs. 69,1%). Untersucht man die Ernährungsgewohnheiten genauer, so zeigt sich, dass die 15- bis 34-Jährigen deutlich weniger Salat, Gemüse und Früchte essen als die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig trifft man diese Altersgruppe am häufigsten in Schnellimbisslokalen an.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Umgang mit Medikamenten. Fast jede zweite Person im Kanton Basel-Stadt hat in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Medikamentenkonsum bei den Frauen deutlich höher ausfällt als bei den Männern. Der Medikamentenkonsum steigt zudem mit dem Alter stark an. Nahmen in der Woche vor der Befragung

<sup>17</sup> Wegen der geringen Fallzahl ist es nicht möglich zu unterscheiden, ob es sich dabei um einmalige Abenteuer oder wiederholten Konsum handelte.

25,3% der 15- bis 34-jährigen Baslerinnen und Basler mindestens einmal ein Medikament ein, so waren es bei den über 65-Jährigen 77,8%. Am häufigsten werden dabei Schmerzmittel konsumiert. Der Medikamentenkonsum im Kanton Basel-Stadt ist allgemein wie auch bei allen untersuchten Präparaten höher als der Gesamtschweizer Durchschnitt.

Zwei prominente Themen in der Gesundheitsförderung und -prävention sind der Umgang mit Nikotin und Alkohol. Jede dritte Person im Kanton Basel-Stadt 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. Besonders auffällig sind dabei die Basler im Alter von 15 bis 34 Jahren. In dieser Altersgruppe raucht jeder Zweite.

Alkoholmissbrauch wird von der WHO als drittgrösster Risikofaktor für die Gesundheit definiert. Die grosse Mehrheit der Baslerinnen trinkt kaum oder in moderaten Mengen alkoholische Getränke. Bei 5,5% der Frauen besteht jedoch ein mittleres bis hohes Risiko bezüglich ihrer

täglich konsumierten Alkoholmenge. Bei den Baslern ist der Anteil Risikotrinker mit 6,4% noch etwas höher.

Jede dritte 15- bis 34-jährige Person im Kanton Basel-Stadt gibt an, Cannabis probiert zu haben. Dies sind klar mehr als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Wie beim Rauchen sind die Männer unter den Cannabiskonsumierenden deutlich übervertreten. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch immer Cannabis rauchen. Während dies für 13% der 15- bis 34-jährigen Männer zutrifft, sind es bei den gleichaltrigen Frauen mit 5% weniger als halb so viele.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bezüglich des Gesundheitsbewusstseins und dem entsprechenden 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 Erholungs- 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-/Kreislauferkrankung 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, Überwie 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-Stadt 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 in diesem Bereich 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.

## 4.1 Belastungen im Wohnbereich

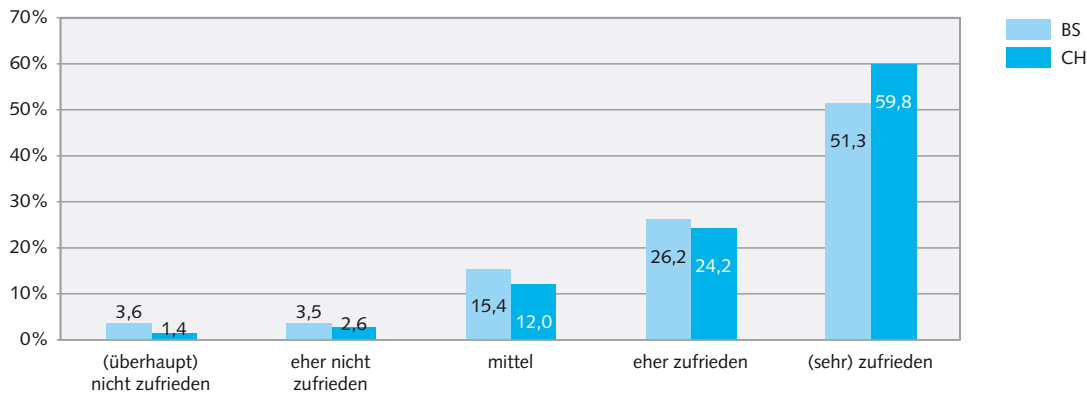
Jede zweite Person im Kanton Basel-Stadt ist mit ihrer Wohnsituation (sehr) zufrieden. Dies ist ein etwas geringerer Anteil als in der Gesamtschweiz. Lediglich 7,1% bzw. 4% geben an, unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein (Abbildung 4.1). Diese Angaben machen deutlich, dass die Baslerinnen und Basler mit ihrem Heim vergleichsweise weniger zufrieden und häufiger sogar unzufrieden sind.

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 Stadt fühlen sich etwa zwei Drittel der Bevölkerung zu Hause durch mindestens eine Störquelle regelmässig belastet. Jede dritte Person leidet unter Lärm von Autos, knapp jede fünfte unter Lärm, verursacht durch Erwachsene oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören und jede sechste klagt über Verkehrsabgase. Zudem müssen mehr als zehn Prozent zu Hause mit Flug- und Zuglärm leben. Von den weiteren Immissionen Industrieabgasen und -lärm sowie Belästigungen durch die Landwirtschaft, sind jeweils weniger als 10% der Bevölkerung betroffen. Die Werte des Kantons Basel-Stadt liegen, ausser bei der Belästigung durch die Landwirtschaft, (deutlich) über dem Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.2).

Zwischen der Anzahl Störungen, denen jemand ausgesetzt ist, und der Wohnzufriedenheit besteht erwartungsgemäss ein starker Zusammenhang. Der Anteil Per-

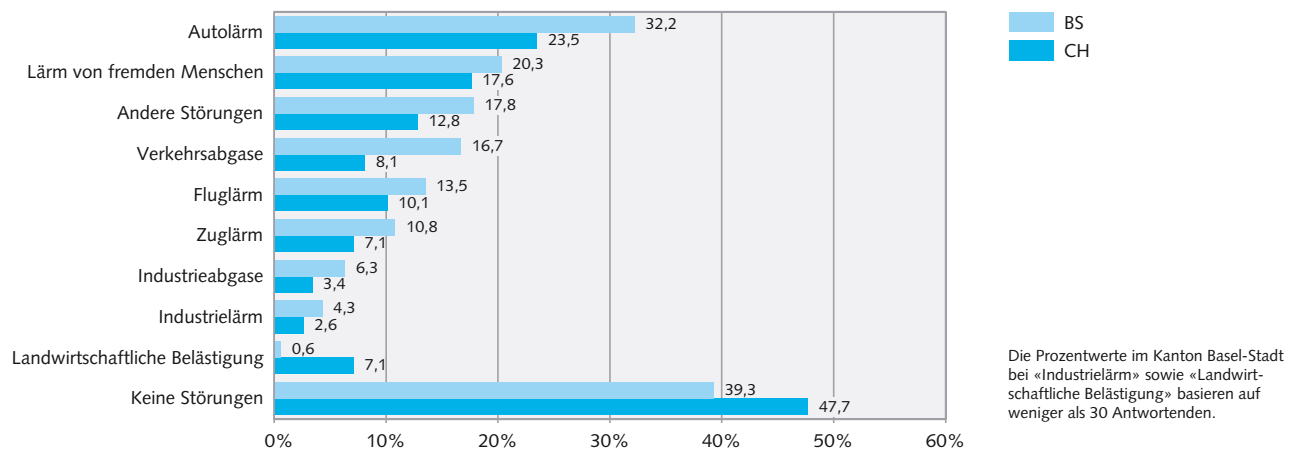
**Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Kanton Basel-Stadt und Schweiz** **Abb. 4.1**



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-Stadt bei «(überhaupt) nicht zufrieden» und «eher nicht zufrieden» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=803 (BS); 15'696 (CH).

**Belastungen durch Immissionen im Wohnbereich, Kanton Basel-Stadt und Schweiz** **Abb. 4.2**



Die Prozentwerte im Kanton Basel-Stadt bei «Industrielärm» sowie «Landwirtschaftliche Belästigung» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=789 (BS); 15'185 (CH).

sonen, die sehr zufrieden sind, nimmt mit zunehmenden Immissionen ab. Während von den Personen ohne Störungen im Kanton Basel-Stadt 67,8% mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, ist dies bei Personen mit zwei und mehr Störungen noch bei 33,0% der Fall. Die Verringerung der Wohnzufriedenheit bei mehr Immissionen ist dabei im Kanton Basel-Stadt im Vergleich zur Gesamtschweiz ausgeprägter (CH: 70,8% vs. 42,7%).

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 beispiels-

weise die Schlafqualität beeinträchtigen, die psychische Ausgeglichenheit beeinträchtigen. Es ist aber auch vorstellbar, dass Personen, die sich gut ausgeglichen fühlen, allfällige Immissionen als weniger störend wahrnehmen.

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 schlecht gebaute Liegenschaften schliessen. Diese Häuser und Wohnungen werden mehrheitlich von Ausländern und Ausländerinnen sowie Personen aus tieferen Einkommensklassen bewohnt. Es sind denn auch diese Personen, die im Wohnraum etwas häufiger von Immissionen betroffen sind (vgl. Tabelle 4.1).

**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-Stadt und Schweiz (in %)**

		Anzahl Störungen						Mit Wohnsituation sehr zufrieden <sup>1</sup>	
		Keine		1		2 (+)		BS	CH
		BS	CH	BS	CH	BS	CH		
<b>Gesamtbevölkerung</b>		39,3	47,7	25,7	27,0	35,0	25,2	51,3	59,8
<b>Geschlecht</b>	Frauen	42,5	47,8	26,2	26,4	31,2	25,8	53,8	63,1
	Männer	35,7	47,7	25,2	27,8	39,2	24,6	48,6	56,1
<b>Altersgruppen</b>	15–34	39,2	48,0	26,5	28,0	34,3	24,0	38,3	50,8
	35–49	33,0	49,9	32,8	26,5	34,2	23,6	43,7	55,7
	50–64	40,3	45,9	23,6	27,2	36,1	26,9	58,5	65,1
	65+	44,6	46,1	20,0	26,0	35,4	27,9	62,3	75,0
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	34,3	46,8	26,8	27,8	38,9	25,4	(46,0)	60,8
	Sekundarstufe II	41,9	48,2	23,2	26,3	34,9	25,5	52,7	59,9
	Tertiärstufe	35,9	47,1	32,3	29,1	31,8	23,8	51,7	58,2
<b>Nationalität</b>	Schweizer	40,8	49,3	25,0	26,3	34,2	24,4	54,9	62,5
	Ausländer	33,2	39,8	28,6	31,0	38,2	29,2	36,9	45,6
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	27,2	47,3	26,8	26,4	45,9	26,3	41,1	57,2
	CHF 3000 bis 4499	41,3	47,1	21,3	26,7	37,4	26,2	49,1	60,3
	CHF 4500 bis 5999	39,0	46,8	27,8	27,7	33,2	25,5	57,5	59,8
	CHF 6000 und höher	52,7	49,4	29,9	28,2	(17,4)	22,4	68,2	62,4
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	(31,5)	44,6	(30,2)	29,1	38,3	26,3	36,5	58,9
	qualifizierte manuelle Berufe	(46,9)	46,7	(22,4)	27,1	(30,7)	26,2	(48,2)	53,0
	Kleinunternehmer	41,3	52,9	27,3	27,1	31,4	19,9	*	63,7
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	44,5	47,3	22,5	26,3	33,0	26,4	55,7	61,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	35,1	47,4	25,1	26,8	39,7	25,8	55,6	59,1
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	40,7	50,5	(35,4)	27,4	(23,9)	22,0	(46,0)	60,5
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 747 <n< 804 (BS); 14'192 <n< 15'697 (CH).

<sup>1</sup> 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 von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Basel-Stadt bezüglich der Anzahl Immissionen im Wohnraum an der Spitze (vgl. Tabelle 4.1). Dies wirkt sich auch auf die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Wohnsituation aus. Baslerinnen und Basler sind mit ihrer Wohnsituation deutlich seltener zufrieden als Personen in anderen Kantonen. Dies dürfte primär mit der urbanen Siedlungsstruktur des Kantons zusammen hängen. Für die Gesamtschweiz gilt: Personen, die in einer Stadt wohnen, geben viermal häufiger an, sie würden durch zwei oder mehr Immissionen gestört als Leute, die in ländlichen Gebieten wohnen<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Städtisches Gebiet: Isolierte Stadt mit 10'000 und mehr Einwohnenden, Agglomerationen mit 20'000 und mehr Einwohnenden, sowie Gemeinden, die in ihrer Baustruktur, ökonomisch oder sozial einen städtischen Charakter aufweisen.

## 4.2 Belastungen am Arbeitsplatz

Werden die erwerbstätigen Personen<sup>19</sup> nach ihrer Zufriedenheit mit der persönlichen Arbeitssituation gefragt, so zeigt sich ein anderes Bild als bei der Wohnzufriedenheit. War dort die Hälfte zufrieden bis sehr zufrieden, so sieht die Lage bei der Arbeit weniger positiv aus. 38,5% der Erwerbstätigen im Kanton Basel-Stadt sind eher zufrieden und lediglich ein gutes Drittel gibt an, (sehr) zufrieden zu sein. Damit entspricht die Zufriedenheit der Baslerinnen und Basler mit ihrer Arbeitssituation in etwa dem Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.3).

Im schriftlichen Teil der Befragung wurden erwerbstätige Personen und Lehrlinge nach Störquellen bei ihrer

<sup>19</sup> Es wurden nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt.



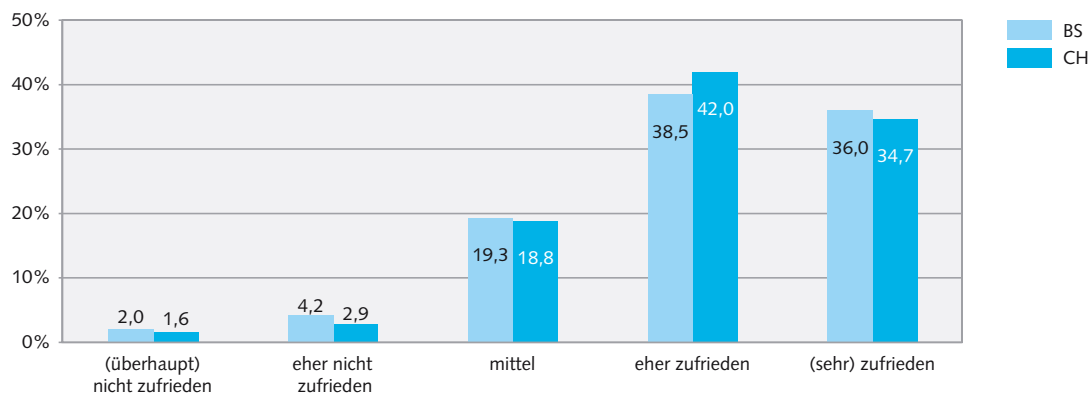
Arbeit befragt, die sie persönlich als belastend empfinden. Als Hauptproblem im Kanton Basel-Stadt wie auch in der Gesamtschweiz erweist sich die Temperatur. Knapp ein Drittel der Erwerbstätigen empfindet sie bei der Arbeit als zu tief oder als zu hoch. Darauf folgen als Störfaktoren Lärm von Mitarbeitenden, Zugluft, Staub, Russ und Schmutz, Maschinenlärm, chemische Dämpfe, Verkehrslärm, ungünstige Beleuchtung, Klimaanlage und Tabakrauch. Die Störfaktoren kein Tageslicht und Feuch-

tigkeit werden im Kanton Basel-Stadt von weniger als 10% genannt. Die Immissionen werden dabei im Kanton Basel-Stadt mehr genannt, andere dafür seltener (vgl. Abbildung 4.4).

Der Anteil Baslerinnen und Basler (21,2%), der sich bei der Arbeit in keiner Weise gestört fühlt entspricht dem Gesamtschweizer Mittel (21,5%).

Es muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass sich im Kanton Basel-Stadt jeder zehnte

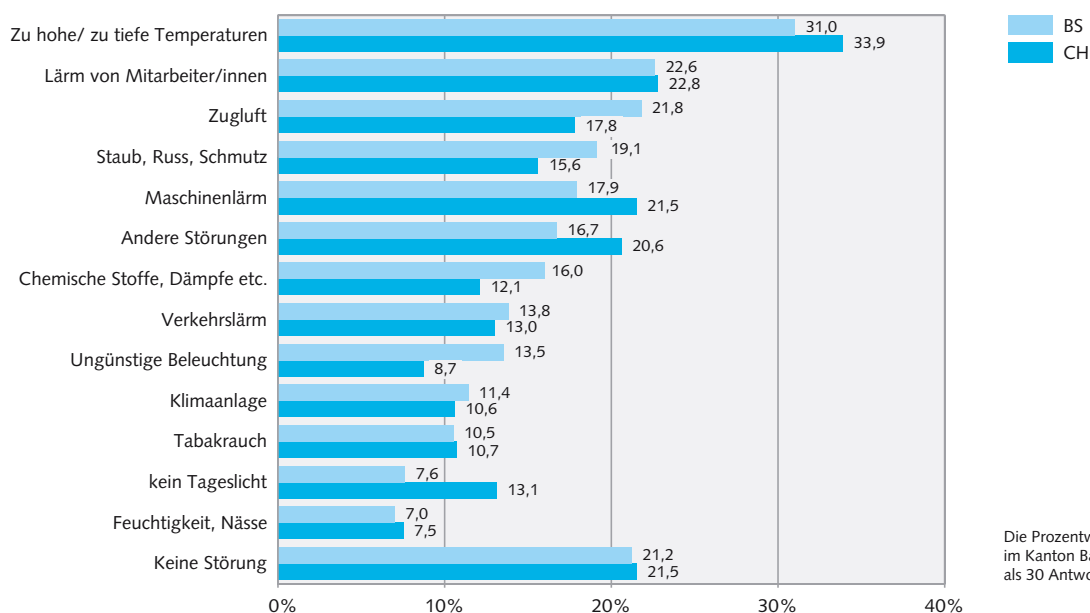
**Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Basel-Stadt und Schweiz** **Abb. 4.3**



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 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=459 (BS); 9776 (CH).

**Störungen bei der Arbeit, Kanton Basel-Stadt und Schweiz** **Abb. 4.4**



Die Prozentwerte bei «Feuchtigkeit, Nässe» im Kanton Basel-Stadt basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=439 (BS); 9120 (CH).

Arbeitnehmende am Arbeitsplatz durch Tabakrauch gestört fühlt. 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 nachweislich zu Lungenkrebs führen. Im Kanton Basel-Stadt sind überdurchschnittlich viele bei ihrer Arbeit 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 Schweizweit mit einem Anteil von etwa 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 oft von Maschi-

nenlärm, 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 wesentlich unzufriedener als Büroangestellte oder das mittlere Kader. Eindeutig am zufriedensten sind jedoch die Kleinunternehmer (vgl. Tabelle 4.2).

Es zeigt sich, dass höhere Bildung, mehr Einkommen und die Schweizer Nationalität mit weniger Immissionen bei der Arbeit einhergehen. Höheres Alter scheint zudem mit sehr guter Arbeitszufriedenheit einherzugehen. Höheres Alter scheint im Kanton Basel-Stadt jedoch mit mehr Belastungen bei der Arbeit einherzugehen. In der Gesamtschweiz verhält es sich umgekehrt.

**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-Stadt und Schweiz (in %)**

		Anzahl Störungen bei der Arbeit										Mit Situation zufrieden <sup>1</sup>	
		Keine		1		2		3		4 (+)		BS	CH
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		21,2	21,5	24,5	25,0	21,5	19,9	13,6	13,8	19,2	19,8	36,0	34,7
<b>Geschlecht</b>	Frauen	21,1	25,1	30,2	27,5	23,3	21,1	(12,2)	12,1	13,3	14,3	38,7	35,7
	Männer	21,3	18,8	19,8	23,2	20,1	19,0	(14,8)	15,0	24,0	24,0	33,5	33,9
<b>Altersgruppen</b>	15–34	(21,2)	16,1	(25,8)	24,9	(21,8)	21,7	(13,9)	14,8	(17,4)	22,6	(22,3)	28,9
	35–49	21,5	22,6	24,7	25,1	25,6	19,7	(10,7)	12,8	17,6	19,8	31,2	33,0
	50+	20,9	27,1	23,0	25,1	16,2	17,7	(17,2)	13,9	22,7	16,2	52,8	44,3
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	*	14,5	(21,1)	26,1	(21,0)	19,0	*	16,5	(28,7)	24,0	(32,4)	34,8
	Sekundarstufe II	18,5	20,8	24,2	24,3	23,0	20,2	14,2	13,6	20,2	21,1	38,8	33,9
	Tertiärstufe	33,5	28,5	27,1	26,4	(17,8)	19,5	(10,1)	12,4	(11,5)	13,1	30,7	36,8
<b>Nationalität</b>	Schweizer	23,6	22,9	25,7	25,2	21,2	20,0	12,6	13,5	17,0	18,3	38,8	35,5
	Ausländer	(14,4)	15,1	(21,0)	24,0	(22,6)	19,3	*	14,8	(25,3)	26,9	(27,7)	30,6
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis CHF 3000	(14,9)	17,2	(22,6)	23,9	(15,7)	18,8	*	15,2	(29,9)	24,9	(36,0)	37,0
	CHF 3000 bis 4499	(17,9)	22,2	25,9	24,3	27,4	19,8	(12,0)	13,8	(16,8)	19,8	35,4	33,3
	CHF 4500 bis 5999	(21,4)	22,4	23,1	25,0	23,0	21,6	(15,6)	12,6	(16,9)	18,3	36,8	32,7
	CHF 6000 und höher	32,9	29,2	(29,6)	27,3	(15,7)	19,5	*	11,8	*	12,2	39,6	36,0
<b>sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	13,5	*	23,7	*	19,0	*	16,5	(35,7)	27,3	(29,6)	34,2
	qualifizierte manuelle Berufe	*	8,5	*	15,7	(28,0)	17,3	*	17,9	(28,6)	40,6	(41,3)	32,2
	Kleinunternehmer	(31,0)	25,7	*	25,0	*	16,9	*	13,1	*	19,3	(49,6)	52,5
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	(18,1)	20,5	(29,8)	26,7	(23,4)	23,1	(11,1)	13,8	(17,5)	15,9	33,6	29,8
	höherqual. Nicht-man. B./mittleres Kader	21,8	24,8	25,6	28,6	21,1	20,4	(13,2)	12,0	(18,2)	14,2	34,3	32,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(35,2)	37,2	(34,9)	25,9	(15,4)	18,4	*	10,5	*	8,1	(39,0)	38,1
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 430 >n> 460 (BS); 9390 <n< 9777 (CH).

<sup>1</sup> 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 von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Bezüglich Immissionen bei der Arbeit und Arbeitszufriedenheit gibt der Kanton Basel-Stadt recht gut das Bild der Gesamtschweiz wieder (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 Schicht handelt und sich die Probleme in beiden Bereichen kumulieren (vgl. Tabelle 4.3). Tatsächlich zeigt sich, dass man mit mehr Bildung, einem höheren Einkommen sowie Schweizer Nationalität gesamthaft betrachtet weniger Immissionen ausgesetzt ist. 12,0% der Erwerbstätigen im Kanton Basel-Stadt fühlen sich weder bei der Arbeit noch zu Hause in irgendeiner Weise gestört. In der Gesamtschweiz sind es mit 14,1% etwas mehr. 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 geringen Haus-

haltsäquivalenzeinkommen sowie Ausländerinnen und Ausländer. Diese Personen haben wegen ihren begrenzten finanziellen Möglichkeiten häufig kaum eine andere Wahl als beispielsweise in verkehrsreiche oder von Fluglärm belastete Quartiere zu ziehen (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 tieferen 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 allerdings gewissermassen eine u-förmige Beziehung. Die psychische Belastung ist bei den höheren Füh-

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

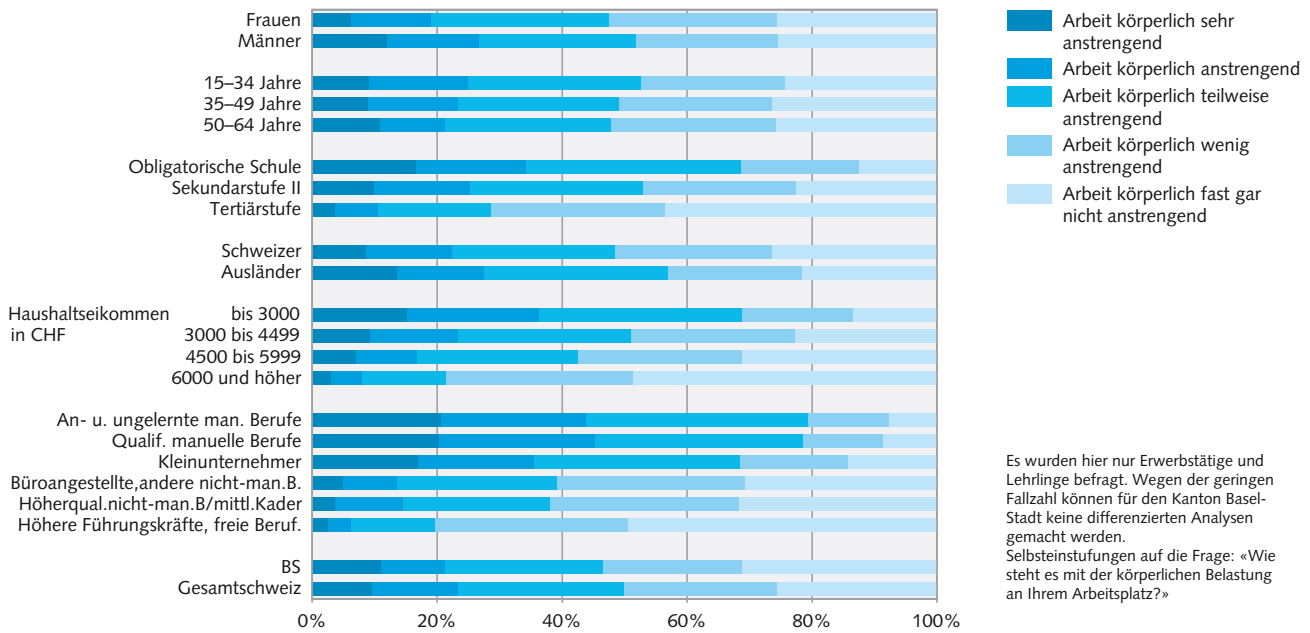
		Anzahl Störungen							
		Keine		1–2		3–4		5+	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		12,0	14,1	34,5	36,3	28,2	26,8	25,3	22,8
<b>Geschlecht</b>	Frauen	(10,7)	15,6	43,5	40,6	25,5	24,8	20,3	19,0
	Männer	13,0	12,9	27,2	33,1	30,5	28,4	29,3	25,6
<b>Altersgruppen</b>	15–34	(11,8)	10,3	37,4	36,2	(28,0)	27,9	(22,8)	25,6
	35–49	(11,6)	15,7	35,6	35,9	27,8	26,1	25,0	22,2
	50+	(12,7)	16,5	30,4	37,2	29,1	26,5	27,8	19,7
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	*	9,9	(20,1)	35,5	(37,3)	27,0	(31,9)	27,6
	Sekundarstufe II	10,5	13,5	35,1	36,3	27,4	26,3	27,1	23,8
	Tertiärstufe	(16,8)	18,6	40,7	37,0	(25,6)	28,3	(16,9)	16,1
<b>Nationalität</b>	Schweizer	13,6	15,4	36,3	36,9	25,8	26,2	24,4	21,4
	Ausländer	*	7,8	(29,5)	33,8	(35,3)	29,6	(27,8)	28,9
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	*	12,1	(34,1)	33,9	(21,3)	27,2	(39,4)	26,7
	CHF 3000 bis 4499	(11,6)	14,4	30,3	36,1	33,4	26,7	24,7	22,8
	CHF 4500 bis 5999	(11,4)	13,5	35,8	36,6	28,1	27,8	24,7	22,1
	CHF 6000 und höher	(20,7)	19,0	43,7	39,0	(29,2)	26,1	(16,4)	15,9
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	9,3	(23,2)	34,0	(41,0)	24,8	(33,8)	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	*	5,3	*	26,3	(42,0)	29,1	(26,9)	39,2
	Kleinunternehmer	*	18,3	(32,9)	36,9	*	24,3	(30,9)	20,5
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(12,5)	12,1	41,5	39,4	25,0	29,6	21,0	18,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(11,2)	16,8	32,5	38,1	24,1	26,5	32,2	18,6
höhere Führungskräfte, freie Berufe	(18,5)	24,0	(41,3)	40,1	(31,0)	23,6	*	12,3	
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 425 >n> 435 (BS); 8557 <n< 8850 (CH).

\* Antworten von 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-Stadt und Schweiz**

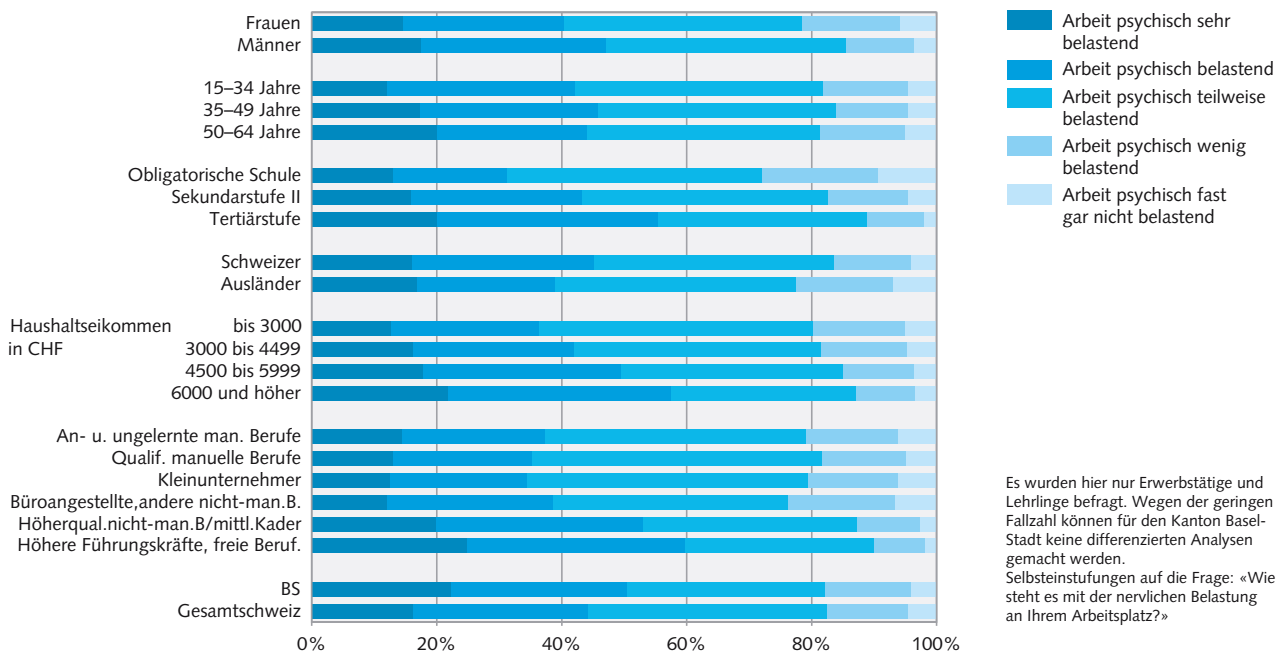
**Abb. 4.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=436 (BS); 9115 (CH).

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

**Abb. 4.6**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=436 (BS); 9130 (CH).

rungskräften und Personen in freien Berufen am höchsten, nimmt dann ab und steigt bei den manuellen Berufen wieder leicht an (vgl. Abbildung 4.6).

Im Kanton Basel-Stadt wird die Arbeit vergleichsweise seltener als körperlich anstrengend, dafür aber häufiger als psychisch sehr belastend wahrgenommen.

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.

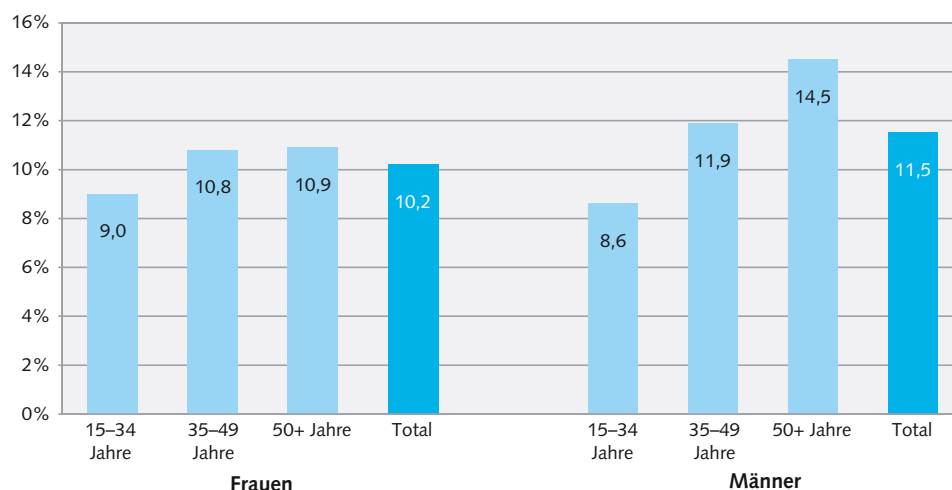
### 4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit

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-Stadt lag die Quote zum Zeitpunkt der Befragung mit 3% über dem Schweizer Durchschnitt (SECO 2002).

11,9% der Baslerinnen und Basler haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dieser Anteil liegt einen Prozentpunkt über dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 10,9%. Beide Werte sind 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 eher fürchtet sie, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Abbildung 4.7).<sup>20</sup>

Die Angst vor Arbeitsplatzverlust wird wesentlich vom Bildungsgrad beeinflusst. Bangen Schweizweit 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. Diese Differenz dürfte im Kanton Basel-Stadt noch ausgeprägter ausfallen. Die Angst, die Arbeit zu verlieren, hängt zudem mit 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 halb so viele (40,5%) zu.

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



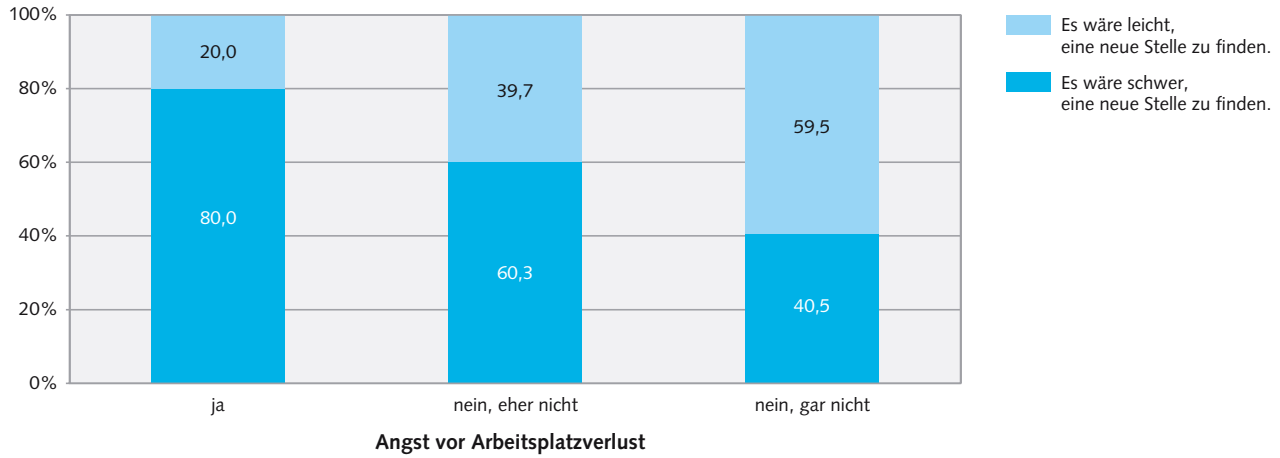
Die Antwortkategorien: «ja, sehr stark» und «ja, ziemlich» auf die Frage: «Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?»

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

<sup>20</sup> 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**

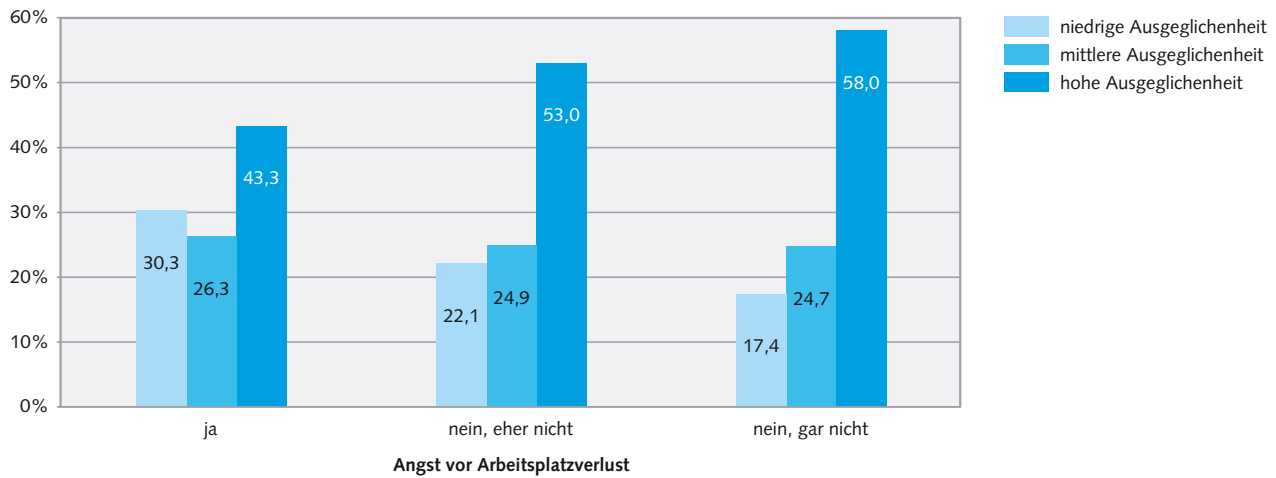
**Abb. 4.8**



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

**Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychische Ausgeglichenheit, Schweiz**

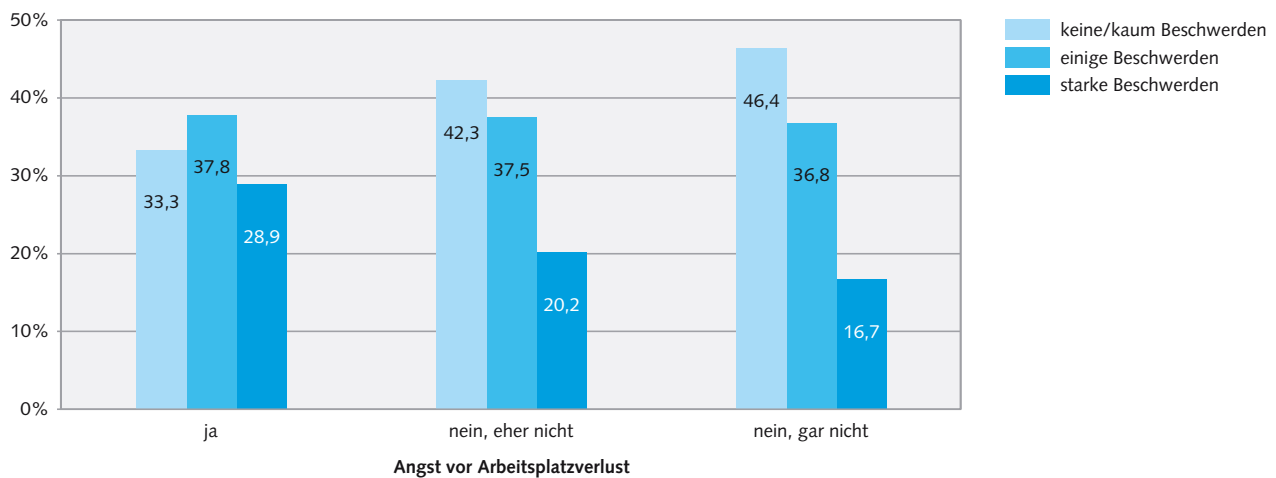
**Abb. 4.9**



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

**Angst vor Arbeitsplatzverlust und körperliche Beschwerden, Schweiz**

**Abb. 4.10**



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

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. Ob dies damit zusammenhängt, dass das Einkommen der Frauen allenfalls als Zweiteinkommen nicht zwingend 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, anteilmässig stärker vertreten sind (Egger 2003).

Tabelle 4.4 zeigt weiter, dass der Anteil Personen im Kanton Basel-Stadt (11,9%), die befürchten, ihre Arbeit zu verlieren, nur vom Kanton Zürich (12,3%) übertroffen wird (Tabelle 4.4).

**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-Stadt und Schweiz (in %)**

		ja		nein, eher nicht		nein, gar nicht		
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	
<b>Gesamtbevölkerung</b>		11,9	10,9	43,7	43,8	44,4	45,3	
<b>Geschlecht</b>	Frauen	(9,8)	10,2	45,0	41,9	45,2	47,9	
	Männer	(13,7)	11,5	42,6	45,2	43,7	43,3	
<b>Altersgruppen</b>	15–34	*	8,8	47,2	41,5	45,5	49,7	
	35–49	(16,0)	11,4	45,4	46,1	38,5	42,5	
	50+	(10,8)	13,0	38,4	43,2	50,8	43,8	
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	(32,9)	18,7	(25,3)	35,4	(41,9)	45,9	
	Sekundarstufe II	(10,0)	10,3	46,6	45,2	43,4	44,5	
	Tertiärstufe	*	7,8	46,2	44,9	48,2	47,3	
<b>Nationalität</b>	Schweizer	(7,0)	8,9	45,9	44,4	47,1	46,7	
	Ausländer	(26,3)	20,1	(37,3)	41,1	(36,4)	38,7	
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	(24,7)	13,0	(34,1)	42,7	(41,2)	44,3	
	CHF 3000 bis 4499	(9,6)	11,4	48,1	43,8	42,4	44,8	
	CHF 4500 bis 5999	(10,2)	8,5	46,0	46,0	43,7	45,6	
	CHF 6000 und höher	*	8,4	44,9	45,2	50,1	46,3	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	12,5	(40,4)	43,2	(38,1)	44,3	
	qualifizierte manuelle Berufe	*	18,2	(45,2)	42,0	(34,0)	39,8	
	Kleinunternehmer	*	5,9	(33,1)	33,8	(52,1)	60,3	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(6,8)	10,2	52,1	47,8	41,1	42,0	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(12,5)	9,7	43,0	44,2	44,5	46,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	9,0	(39,8)	45,9	57,5	45,1	
<b>Regionaler Vergleich</b>	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, 418 <n< 437 (BS); 8624 <n< 8916 (CH).

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

\* Antworten von 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 hat mit dem effektiven Risiko, eine Gewalttat zu erleben (Eisner/Manzoni 1998; Eisner/Killias 2004).

Gut ein Drittel der Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt (35,2%) erachtet es als wahrscheinlich, in den nächsten zwölf Monaten Opfer mindestens einer Gewalttat oder eines Verbrechens zu werden. Diese Zahl liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt von 37,5%. Frauen und Männer unterscheiden sich kaum in der Einschätzung der absoluten Gewaltwahrscheinlichkeit, es zeigen sich aber gewisse Unterschiede bezüglich der befürchteten Gewaltformen (vgl. Abbildung 4.11).

Am grössten ist die Befürchtung, mit Gewalt oder Kriminalität persönlich konfrontiert zu werden, bei Einbruch, Diebstahl, Überfall, Bedrohung oder Pöbelei. 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 es höherem Alter als wahrscheinlicher eingeschätzt, dass zu Hause eingebrochen wird (Abbildung 4.12).

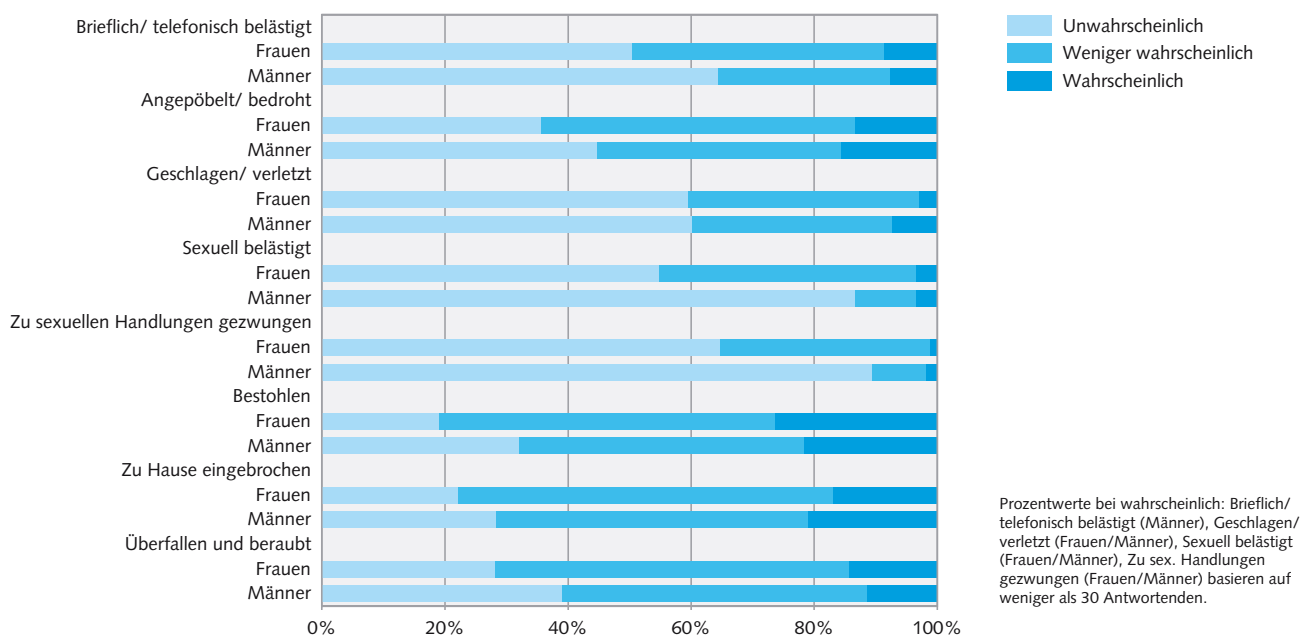
Im Kanton Basel-Stadt liegt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für die erhobenen Gewaltformen unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Vor allem die Baslerinnen schätzen die Wahrscheinlichkeit, mit einer Gewalttat oder einem Verbrechen persönlich konfrontiert zu werden, in allen Bereichen geringer ein als der Durchschnitt der Schweizerinnen.

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

Für die Gesamtschweiz gilt: Menschen, die auf dem Land wohnen, sind im Vergleich zu Städtern zuversichtlicher, dass sie in naher Zukunft weder mit Gewalt noch mit einem Verbrechen konfrontiert werden (66% vs.

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

Abb. 4.11

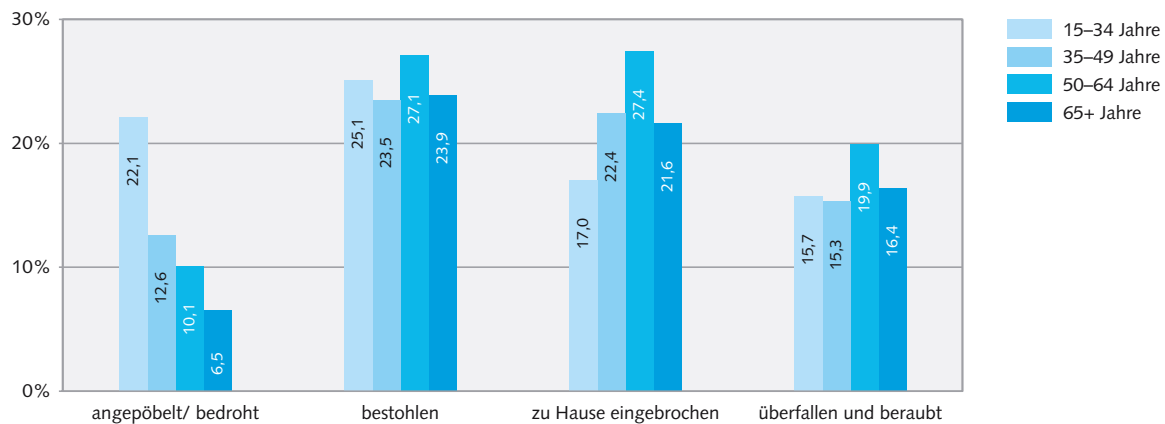


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 775<n<791 (BS).



**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.

**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-Stadt und Schweiz (in %)**

		keine		eine		zwei und mehr		
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	
<b>Gesamtbevölkerung</b>		64,7	62,5	14,2	13,1	21,0	24,4	
<b>Geschlecht</b>	Frauen	65,0	61,2	14,4	12,7	20,6	26,1	
	Männer	64,4	63,9	14,1	13,6	21,5	22,5	
<b>Altersgruppen</b>	15-34	68,3	58,4	(15,8)	14,6	(15,9)	27,0	
	35-49	64,7	63,6	(13,3)	12,5	22,0	23,9	
	50-64	60,9	62,3	14,8	12,1	24,3	25,7	
	65+	65,4	67,6	13,4	13,2	21,1	19,2	
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	60,5	61,4	(12,9)	13,0	26,6	25,5	
	Sekundarstufe II	63,9	62,5	15,4	12,8	20,8	24,7	
	Tertiärstufe	70,9	63,8	(12,2)	14,6	(16,9)	21,6	
<b>Nationalität</b>	Schweizer	64,7	63,2	15,4	13,0	19,9	23,8	
	Ausländer	64,9	58,8	(9,8)	13,9	(25,3)	27,3	
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	57,6	64,6	(16,6)	12,4	25,8	23,0	
	CHF 3000 bis 4499	66,7	61,4	11,8	12,8	21,5	25,8	
	CHF 4500 bis 5999	68,1	61,5	15,7	14,5	16,2	24,0	
	CHF 6000 und höher	70,2	64,0	(12,7)	13,3	(17,1)	22,8	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	62,1	63,4	(17,8)	11,1	(20,2)	25,5	
	qualifizierte manuelle Berufe	62,6	63,7	*	12,7	(30,2)	23,6	
	Kleinunternehmer	58,2	69,7	(14,0)	10,1	(27,8)	20,2	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	63,6	61,4	17,1	13,2	19,3	25,4	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	67,1	61,2	(13,0)	13,9	19,8	24,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	66,2	62,6	(15,5)	13,9	(18,3)	23,5	
<b>Regionaler Vergleich</b>	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. 786 < n < 833 (BS); 15'065 < n < 16'149.

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

61,2%). Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf die Einschätzung aus, in der nächsten Zukunft von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden.<sup>21</sup> 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%).

Die Befunde für den Kanton Basel-Stadt widersprechen allerdings diesem Trend. Obwohl der Kanton Basel-Stadt den höchsten Urbanitätsgrad aufweist, erwarten etwas mehr Personen als im Gesamtschweizer Durchschnitt, die kommenden zwölf Monate unversehrt zu überstehen. Es finden sich hier auch keine nennenswerten Differenzen zwischen den Nationalitäten. Dasselbe gilt für das Alter. Während in der Gesamtschweiz eher die Jungen mit einer Konfrontation mit Gewalt oder Kriminalität rechnen, ist es im Kanton Basel-Stadt nicht der Fall. Auffällig ist jedoch der positive Zusammenhang mit höherem Haushaltseinkommen. Je höher es ist, desto mehr Personen fühlen sich sicher.

## 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.

Gut die Hälfte der Baslerinnen und Basler sind mit ihrer *Wohnsituation* sehr zufrieden, und nur eine Minderheit erweist sich als eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Es fühlen sich denn auch zwei von drei Personen zu Hause durch mindestens eine Immission gestört. Primär wird dabei über Autolärm geklagt, wovon im Kanton Basel-Stadt etwa jede dritte Person betroffen ist. Darauf folgen Lärm fremder Menschen, Belästigungen Verkehrsabgase sowie Flug- und Zuglärm. Alle diese Immissionen werden im Kanton Basel-Stadt häufiger genannt als im Gesamtschweizer Durchschnitt.

Die Frage, wie vielen Immissionen eine Person zu Hause ausgesetzt ist, ist insofern von Bedeutung, als sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl Stör-

quellen 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.

Im Kanton Basel-Stadt werden in allen Ausprägungen der unterschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale mehr Immissionen im Wohnbereich angegeben als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Besonders hoch ist der Anteil Personen, die sich zu Hause durch zwei oder mehr Quellen gestört fühlen bei Personen mit geringer Ausbildung, geringen Haushaltseinkommen sowie fremder Nationalität.

Bei der Arbeitszufriedenheit zeigt sich ein weniger positives Bild. Im Kanton Basel-Stadt gibt nur gut jede dritte Person an, (sehr) zufrieden mit ihrer *Arbeitssituation* zu sein. Zudem kann nur jede fünfte Person ungestört arbeiten. Die häufigsten Probleme sind dabei zu hohe oder zu tiefe Temperaturen, Lärm von Mitarbeitenden, Zugluft, Staub und Schmutz, Maschinenlärm sowie chemische Dämpfe. Bedenklich ist, dass im Kanton Basel-Stadt 10,5% der Erwerbstätigen während der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt sind. Passivrauchen kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. In einer gesundheitsgefährdenden Umgebung arbeiten zudem auch die 19,1% Erwerbstätigen, die während der Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz oder chemischen Dämpfen 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, deren Arbeitsalltag oft draussen stattfindet und die häufig mit Lärm und Staub produzierenden Maschinen arbeiten. Im Kanton Basel-Stadt entspricht die Belastungssituation bei der Arbeit in etwa dem Gesamtschweizer 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 als etwas weniger wahrscheinlich ein als Männer. Weiter zeigt sich, dass die Angst um den Arbeitsplatz ansteigt, je geringer die Bildung und das Einkommen sind. Ausländerinnen und

<sup>21</sup> Inwieweit es eine Rolle spielt, ob eine Person in der Vergangenheit Erfahrungen mit Gewalt machte, kann anhand der Gesundheitsbefragung nicht beantwortet werden.

Ausländer sind in der Gruppe der sich Sorgenden besonders häufig vertreten. Im Kanton Basel-Stadt ist die Angst vor Arbeitslosigkeit leicht über dem 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-Stadt trifft dies für 35,3% aller Befragten zu, wobei sich Frauen vor anderen Delikten fürchten als Männer. Die Zuversicht, die nächsten zwölf Monate unbeschadet zu überstehen steigt bei den Baslerinnen und Baslern mit höherer Bildung und höherem Haushaltseinkommen. Wichtig dabei ist zu bemerken, dass die selbsteingeschätzte 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 abhängig. Während die Angst, in eine Pöbelei involviert zu werden, mit zunehmendem Alter stark abnimmt, wird häufiger befürchtet, dass zu Hause eingebrochen werden könnte. Im Kanton Basel-Stadt ist bezüglich Alterseffekt bemerkenswert, dass die jüngste Altersgruppe am wenigsten mit einer Gewaltkonfrontation rechnet. In der Gesamtschweiz verhält es sich dabei umgekehrt. Allgemein zeigt sich für die Schweiz, dass Städter eher mit einer Gewalttat rechnen als Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen. Für den Kanton Basel-Stadt scheint sich dieser allgemeine Befund indes nicht zu bestätigen.

# 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-Stadt und 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 zwar relativ hoch ist, der Kanton Basel-Stadt bei allen Indikatoren jedoch unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Wie aus der Korrelationsmatrix von Tabelle 5.2 weiter herausgelesen werden kann, 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 sozia-

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

Ebene	Indikator	Kategorien	BS	CH
Körperliche Gesundheit	Allgemeiner (selbst wahrgenommener) Gesundheitszustand <sup>22</sup>	sehr gut/gut	80,4	85,8
		mittel/schlecht/sehr schlecht	19,6	14,2
	Lang andauerndes Gesundheitsproblem	nein ja	76,3 23,7	83,8 16,2
Körperliche Beschwerden		keine/kaum Beschwerden	38,5	41,2
		einige Beschwerden	34,5	35,7
		starke Beschwerden	27,0	23,1
Psychische Gesundheit	Psychische Ausgeglichenheit	gut	52,1	55,0
		mittel	24,0	24,4
		schlecht	23,9	20,7
Kontrollüberzeugung		hoch	41,2	39,3
		mittel	37,1	39,8
		tief	21,7	20,9
Soziale Gesundheit	Einsamkeitsgefühle	nie	69,7	70,2
		manchmal	26,3	26,4
		häufig	4,0	3,3
Vertrauenspersonen		mehr als eine	71,0	65,9
		eine	22,0	29,3
		keine	7,0	4,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 723 <n< 1018 (BS); 14'358 <n< 19'702 (CH).

<sup>22</sup> «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.

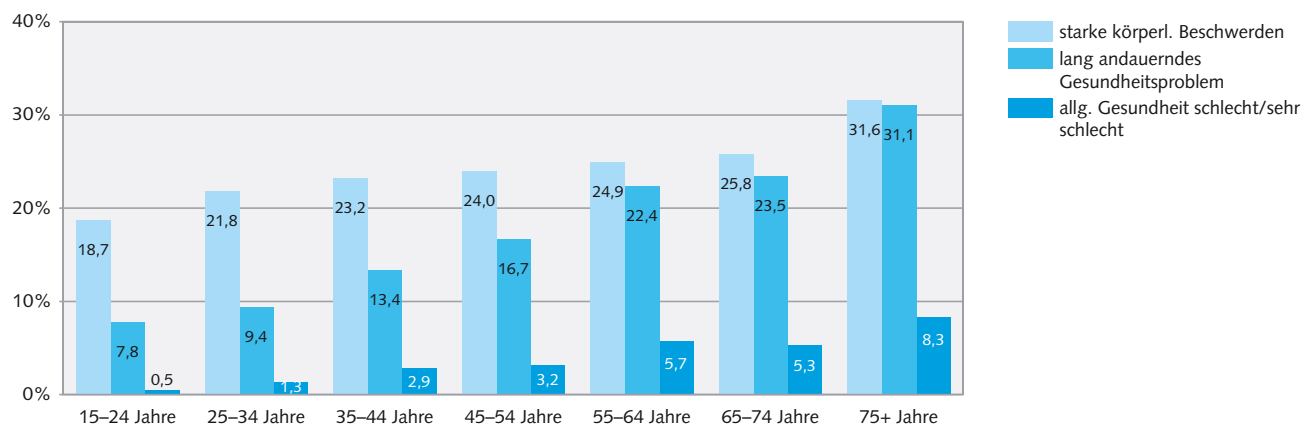
**Tab. 5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitszustands, Schweiz (Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entsprechen Tabelle 5.1)**

	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.

len Gesundheit nur schwach korreliert sind. Unter Einsamkeit zu leiden, heisst also nicht zwangsläufig, dass keine Beziehung zu Vertrauenspersonen bestünde.

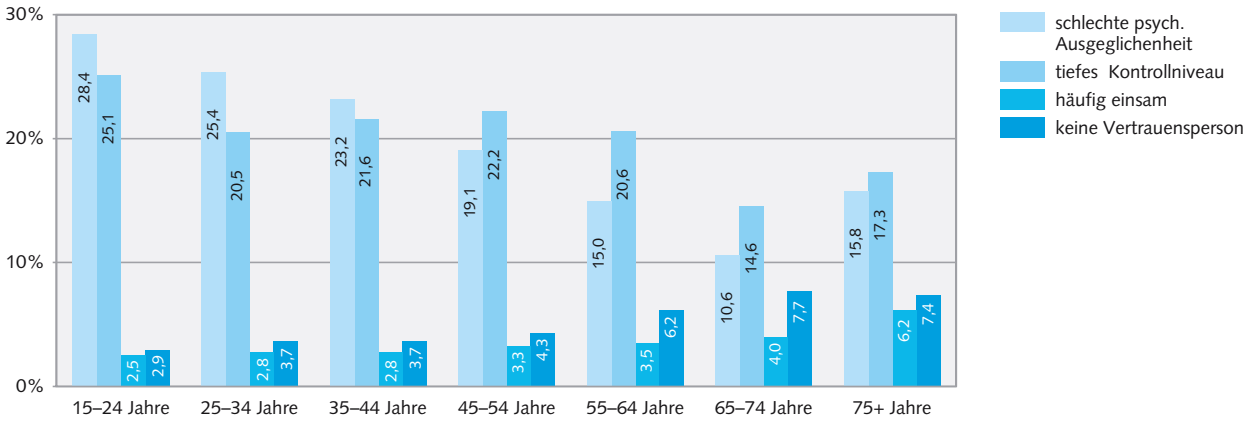
Die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen sind in den allermeisten Fällen ebenfalls beachtlich und statistisch hoch signifikant. Wer sich psychisch gut fühlt, erfreut sich in der Regel auch einer guten körperlichen Gesundheit und leidet weniger unter Einsamkeit und umgekehrt. Andererseits zeigt sich, dass lang andauernde Gesundheitsprobleme nicht zwingend mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit einhergehen müssen. Wird zusätzlich zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden 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 unterstreicht zunächst diese Vermutung: Der Anteil Personen mit seit geraumer Zeit andauernden Leiden und 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.

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

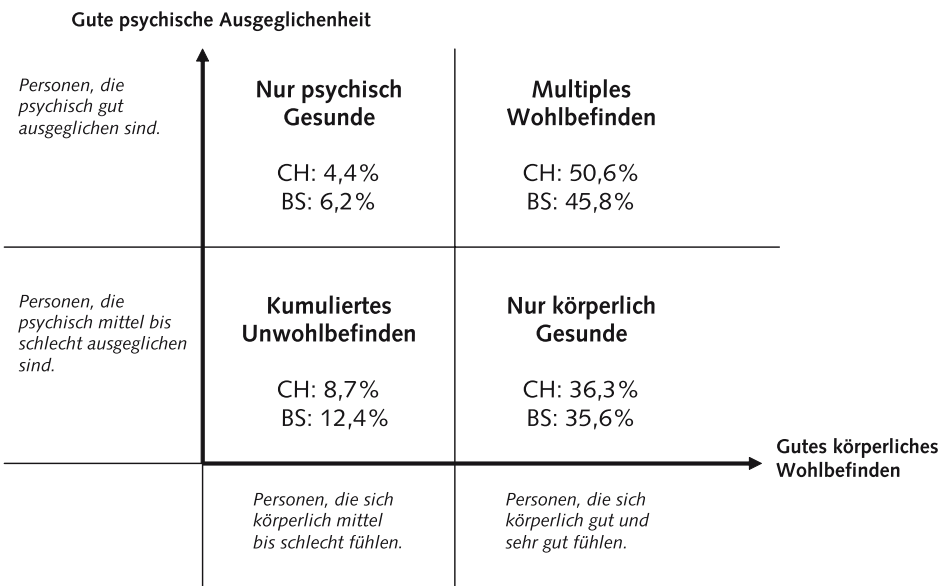
**Abb. 5.2**



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

**Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden, Kanton Basel-Stadt und Schweiz**

**Abb. 5.3**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=927 (BS); 18'290 (CH).

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 den 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 Gesundheitszustand dem Trend widerspricht. Sie fühlen sich in hohem Alter körperlich sehr gut oder in jungen Jahren psychisch 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

**Tab.5.3 Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Basel-Stadt und Schweiz (in %)**

		Multiples Wohlbefinden		Nur körperlich Gesunde		Nur psychisch Gesunde		Kumuliertes Unwohlbefinden	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		45,8	50,6	35,6	36,3	6,2	4,4	12,4	8,7
<b>Geschlecht</b>	Frauen	44,9	49,0	35,7	36,2	5,6	4,7	13,8	10,1
	Männer	46,9	52,3	35,4	36,5	(7,0)	4,0	10,7	7,1
<b>Altersgruppen</b>	15–34	41,4	42,3	49,0	50,2	*	1,4	(9,6)	6,1
	35–49	41,2	51,5	45,5	38,5	*	2,3	(10,1)	7,7
	50–64	52,7	56,5	23,3	26,3	(11,0)	6,5	(13,0)	10,7
	65+	48,5	56,5	23,8	20,7	10,9	10,3	16,8	12,5
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	35,8	43,9	39,3	37,3	(5,3)	5,4	19,6	13,5
	Sekundarstufe II	49,0	52,0	32,1	35,8	7,5	4,3	11,4	8,0
	Tertiärstufe	47,7	54,6	41,5	37,1	*	3,4	(7,3)	4,9
<b>Nationalität</b>	Schweizer	48,2	51,5	34,9	36,1	6,1	4,4	10,7	8,0
	Ausländer	37,5	46,6	37,8	37,3	*	4,1	*	11,9
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	48,0	48,1	31,4	35,1	(31,4)	5,0	13,8	11,8
	CHF 3000 bis 4499	42,4	51,4	35,9	35,3	(35,9)	4,9	13,6	8,4
	CHF 4500 bis 5999	55,3	54,9	34,2	34,6	(34,2)	4,0	(5,5)	6,6
	CHF 6000 und höher	48,8	55,5	34,6	36,8	*	3,0	(13,6)	4,7
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe	45,0	50,3	34,8	33,0	*	4,8	(16,5)	11,9
	qualifizierte manuelle Berufe	43,9	49,6	(24,3)	34,4	*	5,4	(22,9)	10,7
	Kleinunternehmer	45,0	54,5	(40,9)	33,3	*	5,0	*	7,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	45,3	51,2	37,6	34,6	(8,4)	4,3	(8,7)	9,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	48,9	50,8	33,6	37,8	(5,3)	4,0	12,2	7,3
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	52,2	55,1	38,4	38,2	*	3,0	*	3,7
<b>Regionaler Vergleich</b>	Aargau		48,3		36,5		4,7		10,5
	Basel-Landschaft		49,0		36,9		4,8		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. 866 <n< 928 (BS); 16'974 <n< 18'290.

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

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-Stadt erfreuen sich 45,8% eines *multiplen Wohlbefindens*. Sie fühlen sich nicht nur körperlich (sehr) gut, sondern sind auch psychisch ausgeglichen. Die über 50-Jährigen sind in dieser Gruppe am häufigsten vertreten. Mehr Bildung und Einkommen erhöhen zudem die Wahrscheinlichkeit für ein multiples Wohlbefinden. Weiter spielt die Nationalität eine Rolle: Schweizer Staatsbürger sind in dieser Gruppe übervertreten (vgl. Tabelle 5.3).

Gut einem Drittel der Basler 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

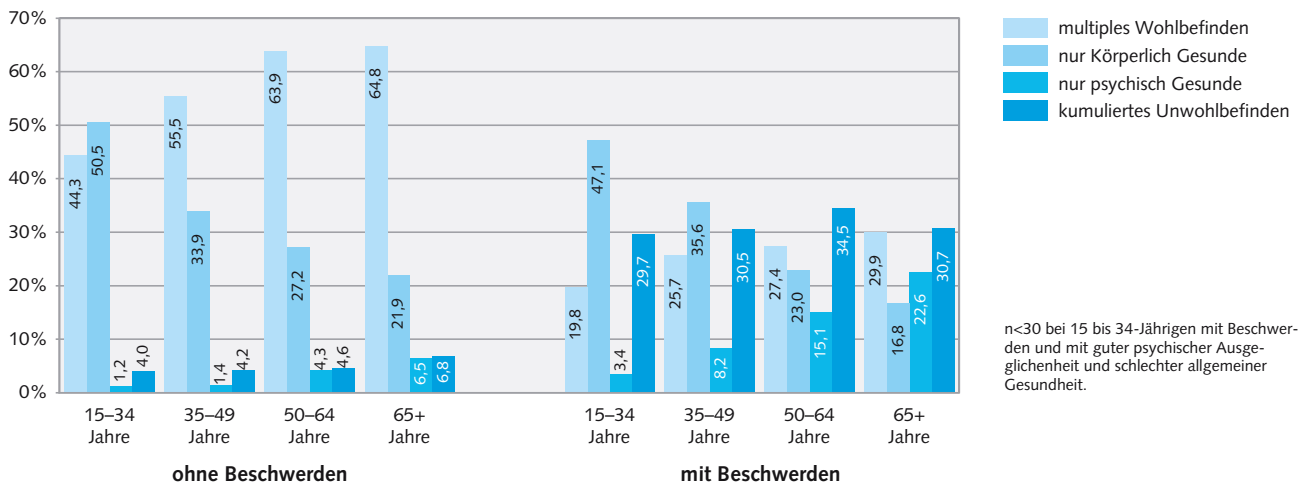
lediglich *körperlich Gesunden* der grösste Effekt: Trifft diese Kombination von körperlichem Wohlbefinden mit psychischen Problemen auf jede zweite Person im Alter von 15 bis 34 Jahren zu, so ist es im Kanton Basel-Stadt bei den über 65-Jährigen nur noch knapp jede vierte.

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, tiefes Einkommen und das Fehlen eines Schweizerpasses die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitszustand sowohl körperlich als auch psychisch als nicht gut empfunden wird. *Kumuliertes Unwohlbefinden* heisst für 12,4% der Basler Bevölkerung die gesundheitliche

## 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).

Diagnose. Im Gesamtschweizer Durchschnitt gehören mit 8,7% deutlich weniger Personen zu dieser Gruppe.

Aus Tabelle 5.2 lässt sich ablesen, dass sich lang andauernde 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 lang andauernden 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 ausgeglichen sind und von sich sagen, es gehe ihnen gut 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. gesundheitschädigende 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.<sup>23</sup>

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 Tabak-

<sup>23</sup> Die einzelnen Variablen wurden auf der Grundlage der Analyse in Kapitel 3 vereinfacht und zu besonders relevanten Kategorien zusammengefasst. Da das Ernährungsverhalten nur sehr grob erfasst ist, wird zusätzlich auch der Body Mass Index in die Analyse einbezogen (vgl. Abschnitt 2.1.4). Der Drogenkonsum und der Medikamentengebrauch werden dagegen nicht mehr näher beleuchtet, da bei diesen Indikatoren keine Angaben zur Gesamtbevölkerung vorliegen bzw. weitere Faktoren (wie die aktuellen Beschwerden) miteinbezogen werden müssten.



konsum 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 Ernährungs-

bewusstsein und Tabakkonsum auch dadurch zustande kommen, dass generell ältere Leute (und insbesondere ältere 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 deut-

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

Indikator	Kategorien	BS	CH
Gesundheitsbewusstsein	gesundheitsorientiert	25,0	21,2
	beachtend	67,0	67,3
	unbekümmert	8,0	11,5
Bewegungsverhalten	trainiert / aktiv	35,8	35,9
	unregelmässig / teilaktiv	39,2	44,7
	inaktiv	25,0	19,4
Ernährungsbewusstsein	achtet auf Ernährung	75,9	69,1
	achtet nicht auf Ernährung	24,1	30,9
BMI (WHO-Kategorien)	Untergewicht	2,8	4,2
	Normalgewicht	60,8	58,7
	Übergewicht	27,1	29,4
	starkes Übergewicht	9,4	7,7
Tabakkonsum	Nichtraucher / innen	67,0	69,5
	weniger starker Raucher / innen	12,9	14,0
	starker Raucher (>10 Zig./Tag)	20,2	16,5
Alkoholkonsum	abstinert	26,2	23,1
	geringeres Risiko	67,8	71,2
	mittleres / hohes Risiko	6,0	5,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 960 <n< 1018, Gesundheitsbewusstsein (aus der schriftlichen Befragung) n = 806 (BS); 18'718 <n< 19'691, Gesundheitsbewusstsein n = 15'652 (CH).

**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	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
<b>Gesundheitsbewusstsein</b>		,05	,39	n.s.	,27	,14
<b>Bewegungsverhalten</b>	,05		,18	,11	,06	-,12
<b>Ernährungsbewusstsein</b>	,39	,18		,05	,22	,05
<b>BMI</b>	n.s.	,11	,05		-,09	n.s.
<b>Tabakkonsum</b>	,27	,06	,22	-,09		,22
<b>Alkoholkonsum</b>	,14	-,12	,05	n.s.	,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.

lich 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

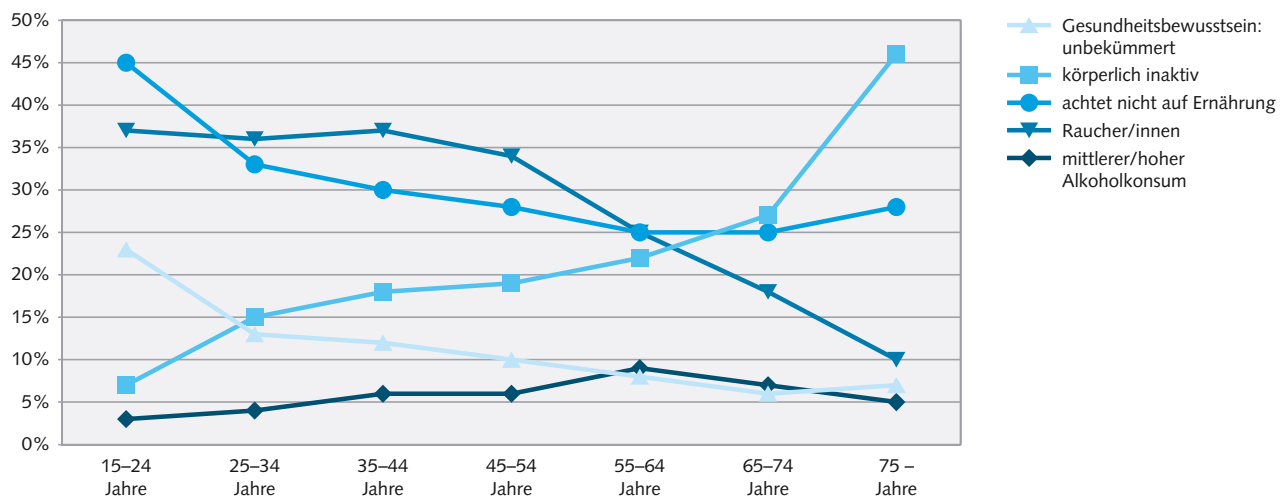
mit Blick auf die über 65-Jährigen, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass die Männer heute eher weniger rauchen als früher, die Frauen aber eindeutig mehr.

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

Gesundheits- und Risikoverhalten nach Altersgruppen, Schweiz

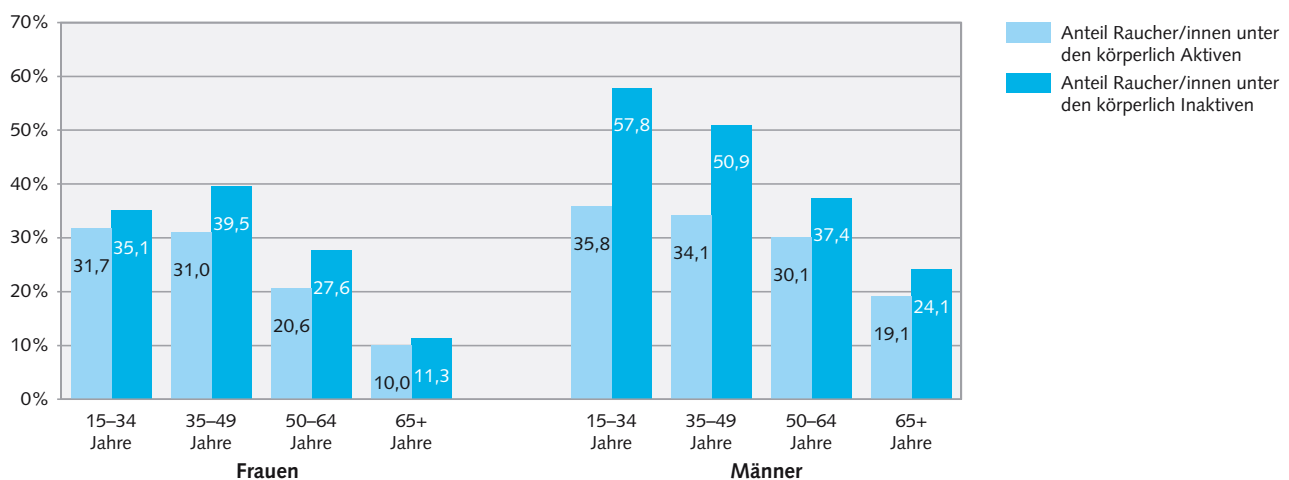
Abb. 5.5



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

Tabakkonsum und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

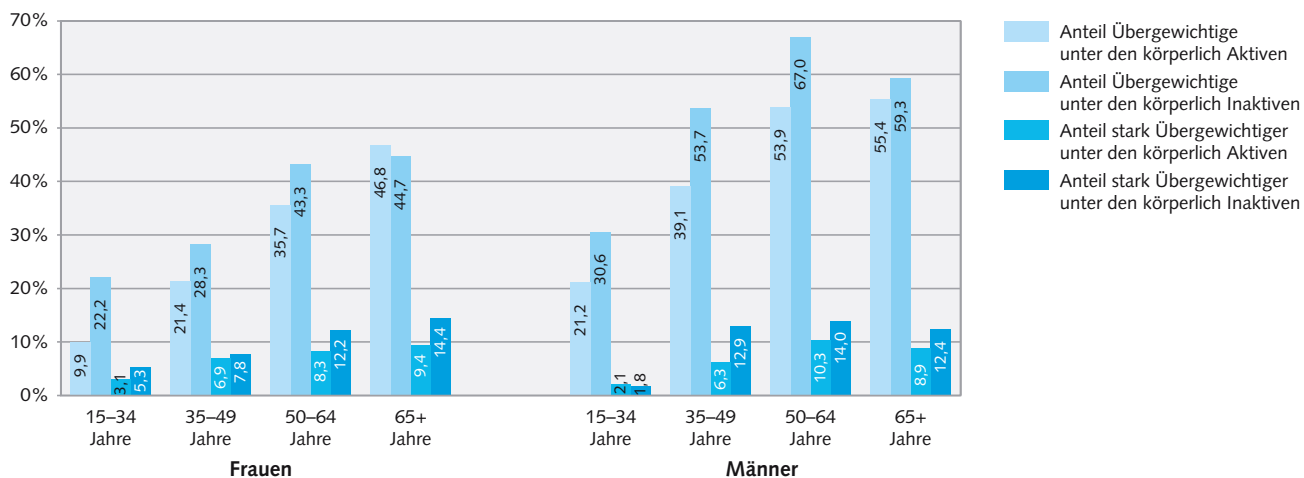
Abb. 5.6



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

## BMI und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.7



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

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. Alkoholkonsum mit hohem Risiko (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 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 Inakti-

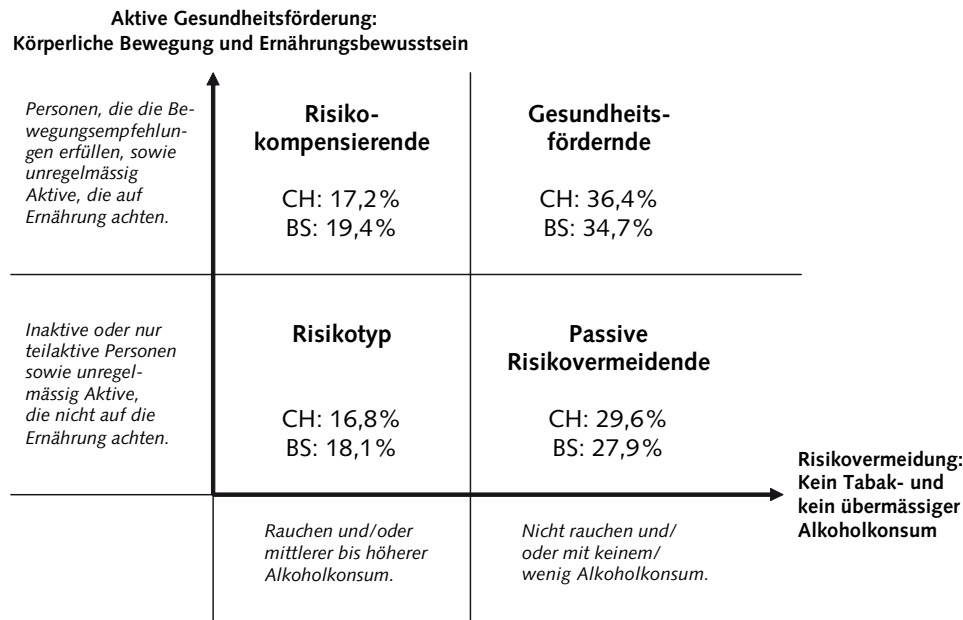
ven ist dies bei 44% der Fall (11% mit starkem Übergewicht). Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht findet sich auf allen Altersstufen bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 5.7). Bei den älteren Personen zeigt sich der Unterschied zwischen Aktiven und Inaktiven nur noch bei starkem Übergewicht. 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 (Tabelle 5.5). Raucher 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

## Verhaltenstypen, Kanton Basel-Stadt und Schweiz

## Abb. 5.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=958 (BS); 18'672 (CH).

Tabakkonsum. Das heisst: Das Bewegungsverhalten beeinflusst das Körpergewicht stärker als das Rauchen.<sup>24</sup>

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 Alkohol-

konsum, mit denen Verzicht und Zurückhaltung gefragt sind. Aus der Kombination der beiden Verhaltensstrategien lassen sich die in Abbildung 5.8 dargestellten Verhaltenstypen konstruieren.

18,1% der Basler Bevölkerung kann dem *Risikotyp* zugeordnet werden. Der Risikotyp ist Raucher 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 sowie Personen, die lediglich die obligatorische Schule besucht haben, hier vermehrt vertreten (vgl. Tabelle 5.6).

19,4% der Basler Bevölkerung zählen zu den *Risiko-kompensierenden*. 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. Zudem steigt der Anteil der Risikokompensierenden in den höheren Einkommensklassen. Auf Grund des relativ jungen Alters der Risikokompensierenden kann vermutet werden, dass einige in späteren Jahren den kompensierenden Faktor Sport aufgeben und somit zu Risikotypen werden.

<sup>24</sup> 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).

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

		Risikotyp		Risiko-kompensierende		Risiko-vermeidende		Gesundheits-fördernde	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Gesamtbevölkerung</b>		18,1	16,8	19,4	17,2	27,9	29,6	34,7	36,4
<b>Geschlecht</b>	Frauen	15,4	14,0	19,0	14,4	31,9	34,2	33,6	37,3
	Männer	21,1	19,9	19,7	20,3	23,3	24,4	35,9	35,5
<b>Altersgruppen</b>	15–34	(16,0)	16,6	29,2	21,8	17,5	23,5	37,3	38,0
	35–49	21,7	20,4	21,0	18,6	23,2	26,8	34,1	34,3
	50–64	20,3	17,4	20,7	15,9	25,1	30,4	33,8	36,3
	65+	14,4	10,5	(7,9)	8,8	44,2	43,3	33,5	37,4
<b>Bildung</b>	obligatorische Schule	19,4	16,6	18,6	15,5	34,8	35,3	27,1	32,7
	Sekundarstufe II	18,0	16,9	21,2	18,2	26,0	27,8	34,8	37,0
	Tertiärstufe	(16,7)	16,6	14,5	15,6	25,9	28,1	42,9	39,7
<b>Nationalität</b>	Schweizer	17,6	16,0	19,3	17,4	27,8	28,8	35,3	37,8
	Ausländer	(19,6)	20,4	(19,7)	16,2	38,3	32,9	32,3	30,5
<b>Haushalts-einkommen</b>	bis CHF 3000	18,6	18,1	16,3	15,9	30,2	33,5	34,9	32,5
	CHF 3000 bis 4499	18,4	16,9	18,9	16,7	29,4	29,6	33,3	36,8
	CHF 4500 bis 5999	17,8	16,2	22,2	18,8	22,7	24,8	37,4	40,2
	CHF 6000 und höher	(19,9)	16,8	(15,4)	20,5	26,4	24,2	38,3	38,5
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe	(17,3)	18,6	(23,0)	18,3	(26,1)	31,1	33,6	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	(22,0)	21,7	(25,8)	19,0	(32,8)	27,5	(19,3)	31,8
	Kleinunternehmer	(19,6)	18,2	(17,8)	18,5	(34,7)	30,5	(27,9)	32,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe.	21,3	16,6	18,8	17,7	26,2	29,2	33,7	36,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	16,3	15,2	16,9	17,4	29,8	28,1	37,1	39,4
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(12,0)	16,4	(16,7)	14,7	(19,6)	29,9	51,7	39,0
<b>Regionaler Vergleich</b>	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		15,1		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, 895 <n< 959 (BS); 17'301 <n< 18'672 (CH).  
 \* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

*Passive Risikovermeidende* meiden zwar Tabak und Alkohol, sie bewegen sich aber auch kaum und leben nicht ernährungsbewusst. Im Kanton Basel-Stadt gehören rund 27,9% 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 sozialen Schichten zuzurechnen.

34,7% der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt zeigen ein durchgängig gesundheitsförderndes Verhalten. Sie verzichten auf Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum, bewegen sich regelmässig und achten auf ihre Ernährung. Im Kanton Basel-Stadt sind die Männer bei den *Gesundheitsfördernden* etwas stärker vertreten als Frauen. Die Gesundheitsfördernden zeichnen sich zudem durch höhere Bildung, einen höheren Berufsstatus, ein höheres Haushaltseinkommen und einen geringeren Ausländeranteil aus.

Im Kanton Basel-Stadt finden wir etwas weniger Risikovermeidende und Gesundheitsfördernde und etwas mehr Risikotypen und Risikokompensierende 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. Wäh-

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

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b>	-,21	,27	-,06	,23	n.s.	-,27
<b>Lang andauerndes Gesundheitsproblem</b>	-,22	,17	-,14	,22	n.s.	-,20
<b>Körperliche Beschwerden</b>	-,07	,10	-,11	n.s.	,04	-,08
<b>Psychische Ausgeglichenheit</b>	,07	,07	n.s.	-,08	,12	n.s.
<b>Kontrollüberzeugung</b>	,07	,06	n.s.	-,04	,11	-,04
<b>Einsamkeitsgefühle</b>	n.s.	,06	(-,04)	-,08	,11	-,07
<b>Vertrauenspersonen</b>	n.s.	,15	,16	,12	n.s.	-,09

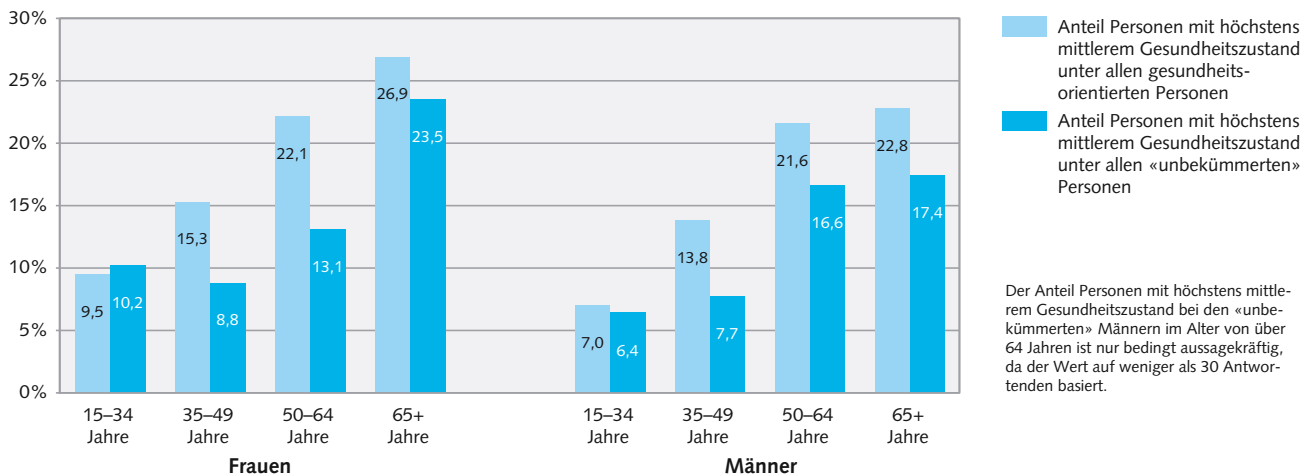
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'236 <n< 19'698 (CH).

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.

### Gesundheitszustand, Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevante Einstellungen nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.9



Der Anteil Personen mit höchstens mittlerem Gesundheitszustand bei den «unbekümmerten» Männern im Alter von über 64 Jahren ist nur bedingt aussagekräftig, da der Wert auf weniger als 30 Antwortenden basiert.

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

rend 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.

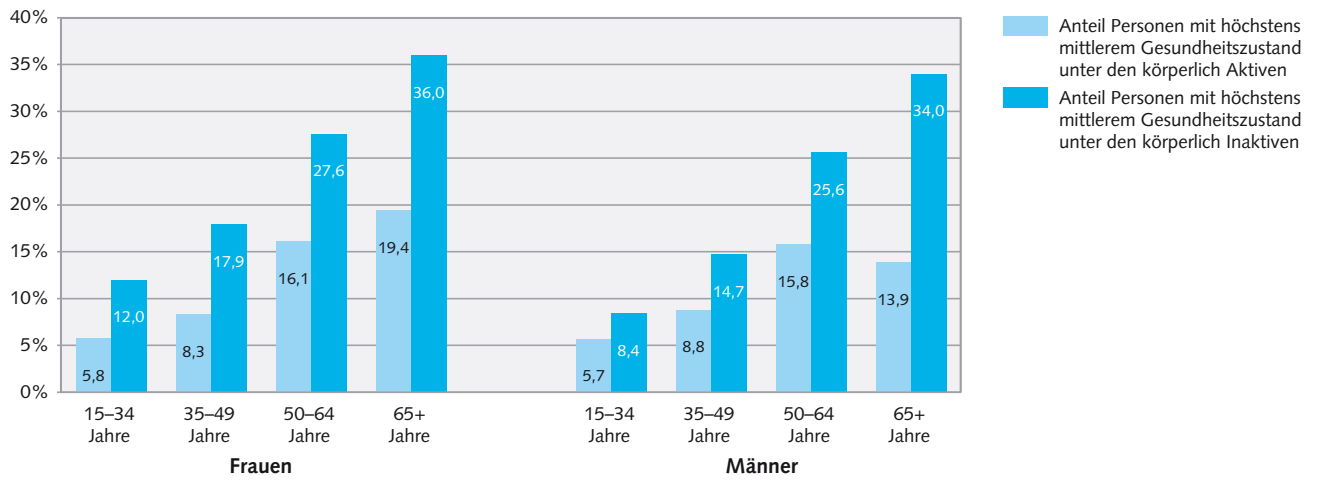
Ein Blick auf die Vorzeichen macht zudem deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und körperlicher Gesundheit nicht alle in die gleiche Richtung zeigen, und ein positives Gesundheitsverhalten nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. Das Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein 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 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,

### Gesundheitszustand und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

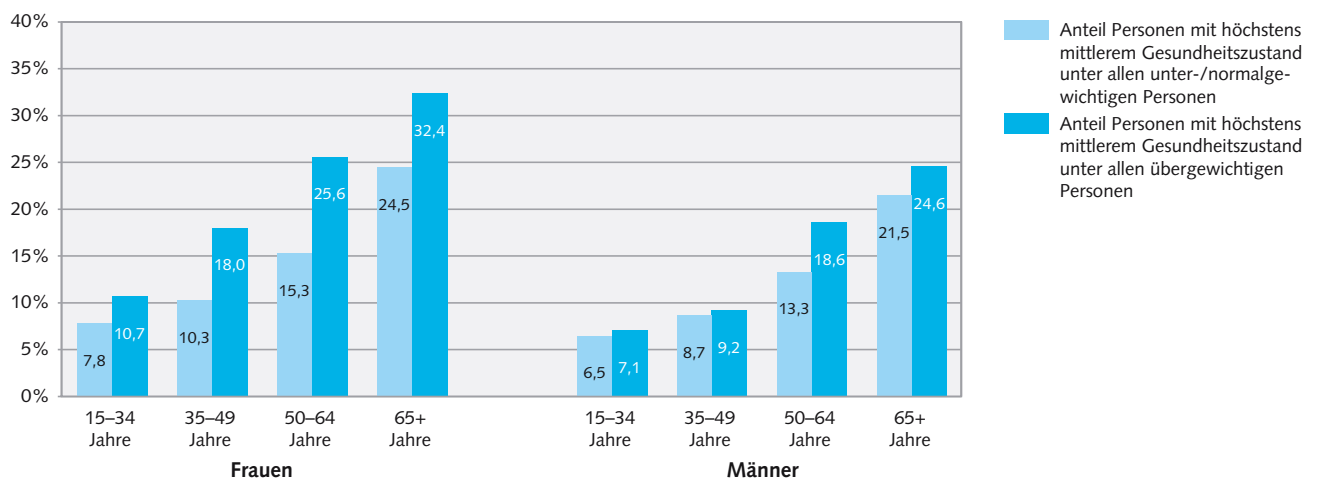
Abb. 5.10



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.

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

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

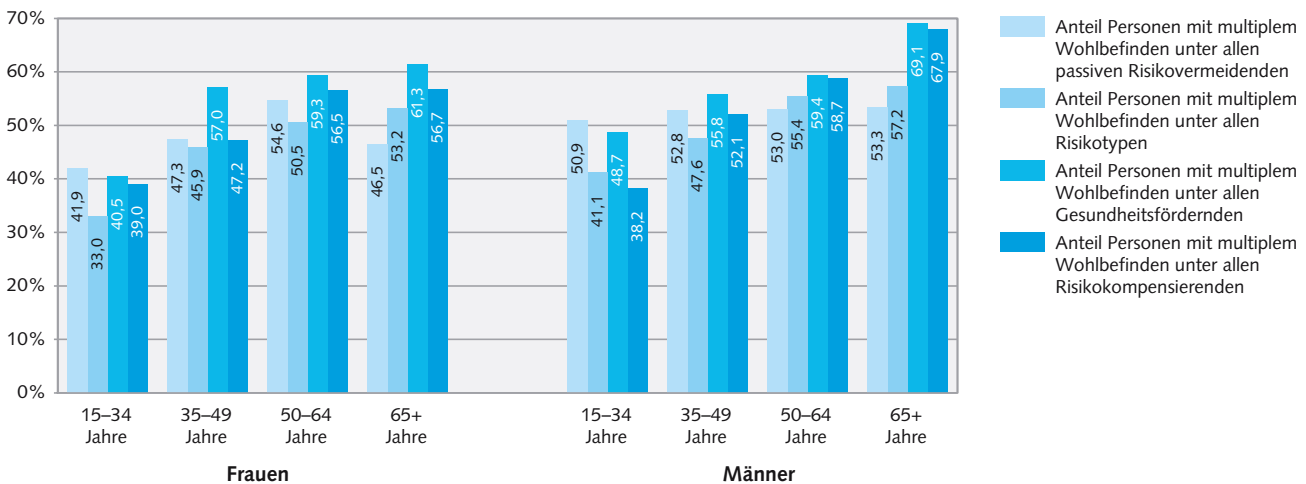
	Passive Risikovermeidende	Risikotyp	Gesundheitsfördernde	Risiko-kompensierende	Alle
<b>Multipl. Wohlbefinden</b>	49,3	46,3	54,7	48,2	50,6
<b>Nur körperlich Gesunde</b>	32,8	39,4	35,5	41,2	36,4
<b>Nur psychisch Gesunde</b>	6,3	4,3	3,5	2,8	4,3
<b>Kumuliertes Unwohlbefinden</b>	11,5	9,9	6,3	7,7	8,7
<b>Alle</b>	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

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 geringerem Masse.

Auch unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsunterschiede sind die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und psychischer Gesundheit nur gering. Übergewichtige Personen erweisen sich unab-

hängig 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 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 häufiger vor.



fig 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 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 5.12). 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 knapp die Hälfte der Basler Bevölkerung eines «multiplen Wohlbefindens» erfreut (d. h. sich sowohl psychisch als auch physisch gut fühlt), während mehr als jeder Zehnte unter kumulierten Unwohlbefinden leidet. Zwar nicht körperlich, aber psychisch gesund fühlt sich ein gutes Drittel der Bevölkerung und 6,2% der Baslerinnen und Basler geht es zwar psychisch nicht gut, sie fühlen sich aber körperlich gut.

Sowohl ein multiples Wohlbefinden als auch ein kumuliertes Unwohlbefinden ist in den älteren Altersgruppen klar 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 tieferer Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus die Chance erhöht, an kumuliertem Unwohlsein zu leiden.

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

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

Werden die verschiedenen Verhaltensweisen gesamthaft betrachtet, so lassen sich vier verschiedene Gesundheits- bzw. Risikotypen unterscheiden: Gesundheitsfördernde, passive Risikovermeidende, Risikokompensierende 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-

Stadt finden sich etwas mehr Risikotypen und etwas weniger Gesundheitsfördernde als in der Gesamtschweiz.

Ein positives Gesundheitsverhalten geht nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einher. 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 Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger untersucht und nicht die Inanspruchnahme in kantonalen Einrichtungen. 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-Stadt 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, Bedingungsfaktoren<sup>25</sup> 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.

<sup>25</sup> Zu den Bedingungsfaktoren zählen auch Struktur determinanten wie beispielsweise das kantonale Angebot (Ärztedichte, etc.), soziodemographische 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 der Erhöhung der 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 vermehrt 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.).<sup>26</sup>

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 Inan-

spruchnahme 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 Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage, das soziale Kapital und die Haltung einer Person gegenüber der eigenen Gesundheit gezählt.

In zahlreichen Studien zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage 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 je nach sozialer Lage spezifisches Gesundheitsverhalten als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen unterer sozialer Lagen (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 Arzt oder Ärztin 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 sozia-

<sup>26</sup> 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 demographische Alterung nicht linear mit zunehmender Pflegebedürftigkeit verläuft.

len Stress (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Andererseits stellt soziale Unterstützung auf instrumenteller Ebene eine Quelle praktischer Hilfe dar (Rüesch und Manzoni 2003). Personen mit grossem sozialem Kapital werden weniger 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, weisen ein besseres Gesundheitsverhalten auf 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. Freiburghaus et al. 2004) zeigen, dass Art und Höhe der Krankenkassenprämie einer Person deren 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 Einschät-

zung der eigenen Gesundheit beeinflussen 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 Alkoholika, 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). Allerdings sind Bewegung und Sport ihrerseits mit Risiken verbunden. Insbesondere unregelmässig Aktive und schlecht Vorbereitete gehen ein erhöhtes Unfallrisiko ein (BASPO et al. 2001). Es kann also beispielsweise 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 auf. Hier wird der Einfluss von Passivrauch 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. deren 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-Stadt 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 Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme zeigen. Diese Analysen werden ebenfalls sowohl für den Kanton Basel-Stadt 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 77,9% aller Baslerinnen und Basler in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens ein Mal einen Arzt auf. Im Schnitt zeigt sich eine Konsultationsanzahl von 4,3 Konsultationen pro Person (alle Befragten). Im Vergleich mit der Gesamtschweiz liegen diese groben Richtwerte für den Kanton Basel-Stadt leicht höher: Gesamtschweizerisch haben 76,9% aller Befragten im Jahr vor der Befragung einen Arzt konsultiert, und im Schnitt sind 3,4 Arztkonsultationen (alle Befragten) zu verzeichnen.

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

Werden die mittleren Konsultationsraten betrachtet, so zeigt sich, dass alle hier aufgeführten soziodemographischen Gruppen im Kanton Basel-Stadt häufiger ärztliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen als die Vergleichsgruppen in der gesamten Schweiz.

Es zeigen sich sowohl im Kanton Basel-Stadt wie auch in der gesamten Schweiz zunehmende mittlere Konsultationszahlen bei zunehmendem Alter, abnehmendem Bildungsgrad und zunehmenden körperlichen Beschwerden, wie sie durch den Beschwerdeindex zusammengefasst sind.

Bei der Untersuchung der Wahrscheinlichkeit von Arztkonsultationen mit Hilfe des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich in der multivariaten Überprüfung<sup>27</sup> das Geschlecht, die Nationalität, der Gesundheitszustand und der Zivilstatus als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau. Mit anderen Worten: Werden alle oben eingeführten Prädispositions-, Bedingungs- und Bedürfnisfaktoren gegenseitig kontrolliert, so lässt sich zeigen, dass Frauen, Schweizerinnen und Schweizer, Personen, die

**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-Stadt		Schnitt (Anzahl)	Schweiz Schnitt (Anzahl)
				3–6 mal (in %)	7 mal + (in %)		
<b>Geschlecht</b>	Männer	28,1	35,1	23,1	13,7	3,7	2,9
	Frauen	17,8	33,3	31,0	17,9	4,8	3,8
<b>Alter</b>	15–34	29,1	41,1	22,0	(7,8)	3,6	2,9
	35–49	27,4	33,3	27,2	12,1	3,9	2,8
	50–64	22,4	35,7	26,8	15,0	3,8	3,8
	65+	12,2	27,4	32,4	28,0	5,7	4,5
<b>Nationalität</b>	Schweizer	21,8	34,8	26,9	16,5	4,0	3,4
	Ausländer	25,2	32,3	28,3	(14,2)	4,9	3,5
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	22,0	30,6	27,3	20,2	5,5	3,9
	Sekundarstufe II	20,9	35,7	27,8	15,5	4,0	3,3
	Tertiärstufe	29,1	34,4	24,9	(11,6)	3,4	2,9
<b>Körperliche Beschwerden<sup>1</sup></b>	keine/kaum Beschwerden	30,4	37,3	22,1	(10,2)	2,6	2,2
	einige Beschwerden	22,5	35,3	29,6	12,7	4,0	3,2
	starke Beschwerden	15,0	31,1	29,1	24,7	6,1	5,5

<sup>1</sup> 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 (BS) = 1017; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

<sup>27</sup> 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.

ihren eigenen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen und Personen, die verheiratet sind, mit höherer Wahrscheinlichkeit in den letzten zwölf Monaten eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben als Männer, Ausländerinnen und Ausländer, Personen die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen, und unverheiratete Personen.

Im Gegensatz zur multivariaten Analyse des gesamtschweizerischen Samples zeigen in der Analyse für den Kanton Basel-Stadt das Alter sowie die Faktoren, die das Gesundheitsverhalten, das soziale Kapital oder die Schichtzugehörigkeit messen, keine signifikante Erklärungskraft für Arztkonsultationen. Allerdings dürften diese Grössen im Kanton Basel-Stadt zumindest indirekt Wirkung entfalten, zeigen doch zusätzliche Analysen, dass gerade diese Faktoren einen hohen Zusammenhang mit dem Beschwerdeindex oder dem eingeschätzten Gesundheitszustand aufweisen.<sup>28</sup>

In Abbildung 6.1 ist das Geschlecht mit dem Beschwerdeindex für den Kanton Basel-Stadt und die Schweiz verbunden. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich noch deutlicher bei den Personen, die angeben, keine oder mittlere Beschwerden zu haben, sind aber nur noch marginal bei Personen mit starken Beschwerden. Im Vergleich mit der Schweiz ergibt sich eine etwas seltenere Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen

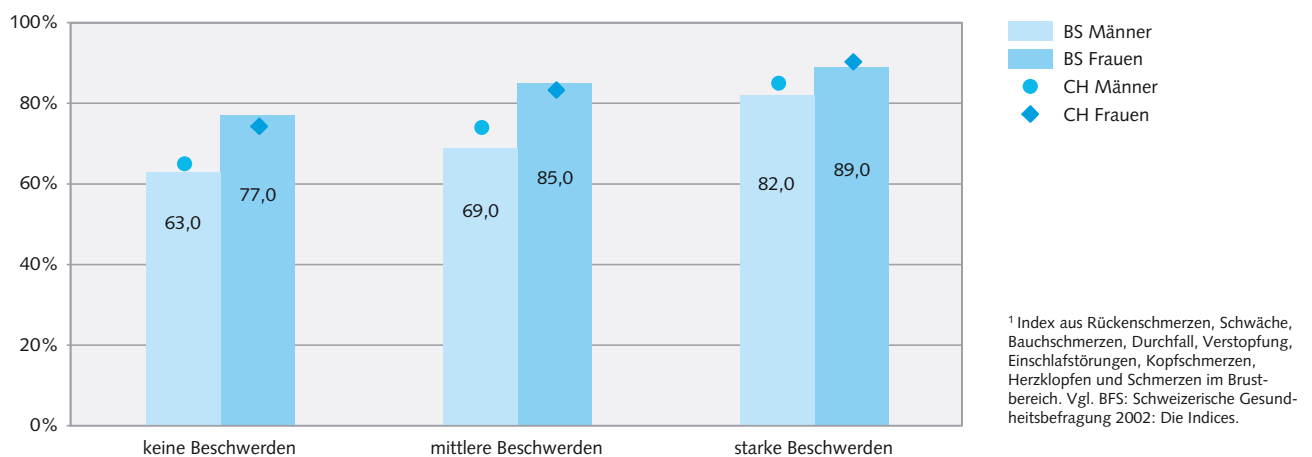
durch die Bewohner des Kantons Basel-Stadt und eine etwas häufigere Inanspruchnahme durch dessen Bewohnerinnen.

### Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen

60,9% aller Baslerinnen und Basler konsultierten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt mindestens ein Mal ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin. Rund je ein Drittel aller Frauen (37,6%) und aller Männer (31,0%) aus dem Kanton Basel-Stadt suchten in demselben Zeitraum einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin auf.<sup>29</sup> Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung nahm damit ein etwas geringerer Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons Basel-Stadt hausärztliche, aber ein etwas grösserer Anteil spezialärztliche Leistungen in Anspruch: Gesamtschweizerisch konsultierten 62% aller Befragten ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin, 28,4% aller Männer und 30,5% aller Frauen nahmen spezialärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Auch bei den gynäkologischen Konsultationen zeigt sich im Kanton Basel-Stadt ein überdurchschnittlich hoher Anteil: Der Anteil derjenigen Frauen, die mindestens einmal ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht haben, ist im Kanton Basel-Stadt (55,5%) höher als in der Gesamtschweiz (51,9%).

**Anteile der befragten Männer und Frauen, die im Jahr vor der Befragung einen Arzt konsultiert haben, nach Beschwerdeindex<sup>1</sup>**

**Abb. 6.1**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1017 (BS); 19'706 (CH).

<sup>28</sup> 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 (vgl. auch die vorhergehenden Kapitel).

<sup>29</sup> 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.

Bei Betrachtung der Tabelle 6.2, die die Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen nach soziodemographischen Merkmalen aufsplittet, scheint die im Vergleich mit der Gesamtschweiz geringere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen erklärbar zu sein durch die geringeren Anteile an Männern, an unter 34-jährigen Personen und an Ausländerinnen und Ausländern, die im Jahr vor der Befragung Allgemeinpraktiker und Allgemeinpraktikerinnen aufgesucht haben. Auffällig ist dabei, dass im Gegensatz zur gesamten Schweiz im Kanton Basel-Stadt mehr Personen mit einem Schweizer Pass als Ausländerinnen und Ausländer eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufgesucht haben.

Bei der Inanspruchnahme spezialärztlicher Dienstleistungen fällt die im Vergleich zum gesamtschweizerischen Bild nicht-lineare Zu- bzw. Abnahme der Konsultationen mit dem Alter auf.

Die multivariate Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» zeigt tatsächlich, dass das Alter für die Erklärung der Inanspruchnahme haus- und spezialärztlicher Dienstleistungen im Kanton Basel-Stadt im Gegensatz zur gesamten Schweiz keine Rolle spielt. Ausnahme bildet einzig die mit dem Alter abnehmende Konsultationswahrscheinlichkeit bei Frauenärztinnen und Frauenärzten. 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).

Die multivariate Überprüfung zeigt weiter, dass Frauen im Jahr vor der Befragung mit höherer Wahrscheinlichkeit Hausärztinnen und Hausärzte aufgesucht

haben als Männer. Darüber hinaus leistet der Gesundheitszustand einen Beitrag zur Erklärung der Inanspruchnahme allgemein- und spezialmedizinischer Dienstleistungen: Je schlechter eine Person ihren Gesundheitszustand einschätzt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt bzw. eine Spezialärztin oder einen Spezialarzt aufgesucht hat.

Männer suchten mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Spezialärztin oder einen Spezialarzt auf, je höher ihr Einkommen ist, je besser sie ihr psychisches Wohlbefinden einschätzen und wenn sie Mitglied in einem Verein sind. Ein hohes Einkommen scheint also eher teure Besuche bei Spezialärztinnen und Spezialärzten zu erleichtern. Der Zusammenhang der Vereinsmitgliedschaft mit der Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen scheint mit Verletzungen in Sportvereinen erklärbar zu sein. Im Gegensatz zur gesamtschweizerischen Analyse des «Andersen-Behavioral-Models» leistet im Kanton Basel-Stadt die Bildung keinen Beitrag zur Erklärung der Konsultationswahrscheinlichkeit bei Spezialärztinnen und Spezialärzten.

Im Gegensatz zu den Männern zeigen sich bei den Frauen weder die Vereinsmitgliedschaft noch das Einkommen oder das psychische Wohlbefinden erklärungskräftig für die Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen. Hier ist vielmehr die Bildung erklärungskräftig: Mit steigender Bildung nimmt die Konsultationswahrscheinlichkeit von Frauen bei Spezialärztinnen und Spezialärzten zu.

Zur Erklärung der Konsultationswahrscheinlichkeit bei Frauenärztinnen und Frauenärzten leisten neben dem Alter die Nationalität und die Haushaltsgrösse, im Gegensatz zur Schweiz aber nicht die Bildung einen Beitrag:

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

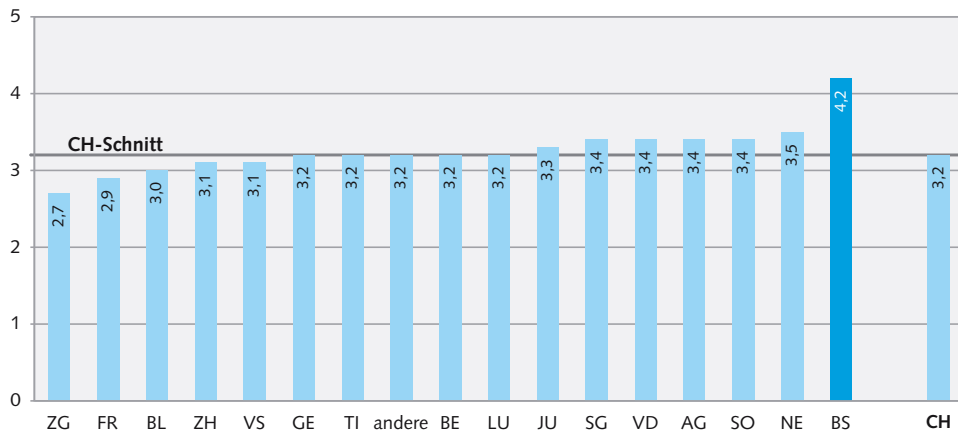
		Hausarzt		Spezialärztin / Spezialarzt Männer		Gynäkologin / Gynäkologe		Spezialärztin / Spezialarzt Frauen	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	57,9	60,5	31,0	28,4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Frauen	63,6	63,4	n.a.	n.a.	55,5	51,9	37,6	30,5
<b>Alter</b>	15–34	51,1	57,0	(13,2)	23,1	64,6	61,4	32,8	27,5
	35–49	56,9	55,4	32,3	24,9	65,1	59,6	33,3	28,8
	50–64	56,3	63,5	29,7	32,2	65,1	53,3	41,7	32,2
	65+	77,5	79,2	49,2	41,6	34,5	27,6	42,0	34,9
<b>Nationalität</b>	Schweizer	61,4	61,7	35,5	29,3	51,8	50,8	37,9	30,8
	Ausländer	59,4	63,4	(19,9)	24,7	72,8	57,6	(35,8)	28,8
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	63,5	66,6	(24,5)	25,1	51,1	41,1	29,1	26,6
	Sekundarstufe II	61,9	61,8	31,3	27,4	56,8	55,2	39,3	31,3
	Tertiärstufe	54,7	56,3	34,9	33,5	59,3	61,4	47,4	35,5
<b>Körperliche Beschwerden<sup>1</sup></b>	keine/kaum	50,9	53,5	25,2	22,4	52,4	45,4	31,0	21,5
	einige	58,6	63,0	26,9	29,1	57,8	53,6	34,9	30,0
	starke	72,6	73,9	47,3	44,7	57,6	56,4	47,8	39,6

<sup>1</sup> 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 (BS) = 1017; N (CH) = 19'706. / N; n.a. = Frage trifft für eine Gruppe nicht zu. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).



### Mittlere Konsultationszahl pro Kantonbewohner/-in bei Hausärztinnen und Hausärzten im Jahr vor Befragungszeitpunkt

Abb. 6.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BS=1017 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

Ausländerinnen und Frauen, die mit vielen anderen Personen im gleichen Haushalt wohnen, suchten im Jahr vor der Befragung mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen auf.

Wie oben gezeigt, ist der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons Basel-Stadt, die im Jahr vor der Befragung eine Hausärztin oder einen Hausarzt konsultierten, zwar etwas kleiner als der gesamtschweizerische Anteil, die mittlere Konsultationszahl ist jedoch im Kanton Basel-Stadt im Vergleich mit anderen Kantonen hoch. Mit anderen Worten: Die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt gehen – wenn sie denn hausärztliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen – häufiger zu ihrer Hausärztin oder zu ihrem Hausarzt als Bewohnerinnen und Bewohner anderer Kantone.

In Abbildung 6.2 ist jeweils für jeden Kanton die mittlere Konsultationszahl bei Hausärztinnen und Hausärzten pro Kantonsbewohnerin und Kantonsbewohner abgetragen.

Aufgrund von Aggregatdatenanalysen kann vermutet werden, dass sich die überdurchschnittliche Konsultationszahl im Kanton Basel-Stadt auf drei Faktoren zurückführen lässt: auf den hohen Anteil an über 65-Jährigen, auf den Umstand, dass Basel-Stadt ein reiner Stadtkanton ist (hoher Urbanitätsgrad) und auf das überdurchschnittlich grosse medizinische Angebot insbesondere in Form einer hohen Ärztedichte und hoher kantonaler Gesundheitsausgaben (vgl. auch Kapitel 1.4).

### Inanspruchnahme medizinischer, alternativ- und paramedizinischer Leistungen

Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung konsultieren die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt etwas weniger häufig Zahnärztinnen und Zahnärzte und Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker. Suchten im Jahr vor der Befragung rund 61,9% aller Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt mindestens einmal eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf, beträgt der entsprechende Anteil in der Gesamtschweiz 62,1%. Eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker besuchten 29,4% der Baslerinnen und Basler im Vergleich mit 36,7% aller Schweizerinnen und Schweizer.

Aus Gründen der 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, chinesische Medizin, anthroposophische Medizin). Nicht weiter untersucht werden aus Gründen der zu niedrigen Fallzahlen die Konsultationen bei Psychologinnen und Psychologen. Es zeigen sich bezüglich der Anteile an Baslerinnen und Baslern, die manuelle (23.0%) oder alternativmedizinische Dienstleistungen (11.9%) in Anspruch genommen haben, Unterschiede zur Gesamtschweiz (manuelle Medizin in Anspruch genommen:

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

		Zahnärztin/ Zahnarzt		Dentalhygienikerin/ Dentalhygieniker		Manuelle Medizin		Alternativmedizin	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	59,5	59,7	26,0	33,9	20,5	15,8	9,4	10,0
	Frauen	64,1	64,3	32,7	39,3	25,4	20,4	14,4	18,6
<b>Alter</b>	15–34	62,0	62,5	24,2	30,0	(14,9)	15,8	(13,1)	14,2
	35–49	54,7	63,3	33,0	43,7	28,5	19,8	14,8	16,8
	50–64	66,6	66,1	34,0	42,8	26,2	20,1	(11,0)	15,4
	65+	64,4	54,9	26,3	29,9	21,4	17,5	(9,3)	10,4
<b>Nationalität</b>	Schweizer	66,6	63,6	33,3	38,7	21,6	18,1	13,0	15,6
	Ausländer	47,3	55,1	(17,4)	27,7	27,3	18,6	(8,6)	9,3
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	52,5	55,8	(13,7)	23,0	16,6	17,5	(5,9)	11,3
	Sekundarstufe II	65,6	63,9	35,5	39,8	24,9	18,2	14,4	14,7
	Tertiärstufe	61,9	64,2	29,2	44,9	24,6	19,3	(11,6)	18,1
<b>Körperliche Beschwerden<sup>1</sup></b>	keine/kaum	63,4	61,1	28,9	36,2	18,2	12,4	8,8	10,5
	einige	68,5	63,4	31,4	37,4	17,5	18,3	10,8	14,9
	starke	53,4	61,5	26,1	36,9	33,5	28,0	17,0	19,8

<sup>1</sup> 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 (BS) = 1017; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

18,2%; alternative Medizin in Anspruch genommen: 14,5%): Ein grösserer Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons Basel-Stadt konsultierte in den zwölf Monaten vor der Befragung Leistungsanbieter im Bereich manuelle Medizin, während der Anteil an Baslerinnen und Baslern die alternativmedizinische Leistungen in Anspruch nahmen, etwas geringer ist als der entsprechende Anteil in der gesamten Schweiz.

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

Frauen im Kanton Basel-Stadt und Schweizerinnen und Schweizer suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf. Ein hohes Einkommen und soziales Kapital in Form von Vereinsmitgliedschaften erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer zahnmedizinischen Konsultation ebenfalls. Die Erklärungskraft der Nationalität und des Einkommens scheinen auf Unterschiede bezüglich sozialer Lagen hinzudeuten: Da Zahnarztleistungen selbst bezahlt werden müssen und in aller Regel nicht von der Krankenkasse übernommen werden (Ausnahme bilden spezielle Zusatzversicherungen), scheinen sich nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt diese Dienstleistungen leisten zu können. Gerade bei der Bevölkerung tieferer sozialer Lagen und bei Migrantinnen und Migranten wären jedoch regelmässige zahnmedizinische Behandlungen nötig, da vor

allem bei ihnen eine schlechte Zahnhygiene festgestellt werden kann (Menghini 2003). In der multivariaten Analyse mit den gesamtschweizerischen Daten ist neben den hier erwähnten Faktoren auch das Alter signifikant erklärungskräftig.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker aufgesucht hat, ist umso grösser, je mehr sie verdient. Frauen nehmen wiederum mit höherer Wahrscheinlichkeit dentalhygienische Dienstleistungen in Anspruch als Männer. Im Gegensatz zur multivariaten Analyse der gesamtschweizerischen Daten zeigen sich das Alter, die Nationalität und die Bildung im Kanton Basel-Stadt als nicht erklärungskräftig.

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz fällt der hohe Anteil an Migrantinnen und Migranten auf, die im Jahr vor der Befragung im Kanton Basel-Stadt manuelle medizinische Dienstleistungen in Anspruch nahmen. In der multivariaten Analyse zeigt sich, dass die ausländische Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt tatsächlich mit höherer Wahrscheinlichkeit Anbieterinnen und Anbieter manueller Dienstleistungen aufgesucht hat als die Bevölkerung mit einem Schweizer Pass. Darüber hinaus erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme manueller medizinischer Leistungen, wenn jemand den eigenen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzt, über körperliche Beschwerden klagt und Mitglied in einem Verein ist. Ein hoher Bildungsabschluss geht hingegen mit einer tiefen Konsultationswahrscheinlichkeit einher. Im Gegensatz zur multivariaten Analyse der Gesamtschweiz zeigt sich darüber hinaus das Geschlecht als

**Tab. 6.4 Anteil der Kantonsbewohner/innen, die im Jahr vor der Befragung zahnmedizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen haben im interkantonalen Vergleich**

Kanton / Region	Konsultation Zahnärztin / Zahnarzt	Konsultation Dentalhygieniker / in
Schweiz	62,1	36,7
Deutschschweiz		
Aargau	65,0	31,8
Basel-Landschaft	74,3	38,3
<b>Basel-Stadt</b>	<b>61,9</b>	<b>29,4</b>
Bern	66,8	38,3
Luzern	59,9	33,8
Solothurn	64,2	38,6
St. Gallen	63,9	30,6
Zug	68,1	41,3
Zürich	62,2	49,7
Restliche Deutschschweizer Kantone	63,6	27,8
Romandie und Tessin		
Fribourg	58,0	24,8
Genf	58,2	30,0
Jura	40,7	30,1
Neuenburg	54,2	35,6
Waadt	57,9	34,7
Wallis	55,5	27,1
Tessin	56,7	44,0

Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BS = 1017; CH = 19'706.

nicht erklärungskräftig auf signifikantem Niveau. Für die Gesamtschweiz gilt, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit im Jahr vor der Befragung Anbieterinnen und Anbieter manueller medizinischer Dienstleistungen aufgesucht haben als Männer.

Baslerinnen und Basler, die ihrer Gesundheit eine hohe Bedeutung beimessen, weder rauchen noch übermässig Alkohol konsumieren, haben mit höherer Wahrscheinlichkeit alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen als Personen, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern. Mit zunehmendem Alter werden zudem Konsultationen bei Alternativmedizinerinnen und Alternativmedizinern weniger wahrscheinlich. Im Gegensatz zur gesamten Schweiz zeigen sich im Kanton Basel-Stadt aber weder das Geschlecht noch die Bildung erklärungskräftig. Für die gesamte Schweiz gilt: Frauen und Personen mit hohen Bildungsabschlüssen nahmen mit höherer Wahrscheinlichkeit alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch. Ebenfalls nicht signifikant erklärungskräftig ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes.

In interkantonalen Vergleichen sticht der Kanton Basel-Stadt bei praktisch allen hier untersuchten Dienstleistungen durch relativ hohe Anteile an Bewohnerinnen und Bewohnern, die die Dienstleistungen in Anspruch nehmen, hervor. Dies ist etwas weniger der Fall bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen (vgl. Tabelle 6.4).

Der Kanton Basel-Stadt weist zwar insbesondere im Vergleich mit den lateinischen Kantonen höhere Anteile

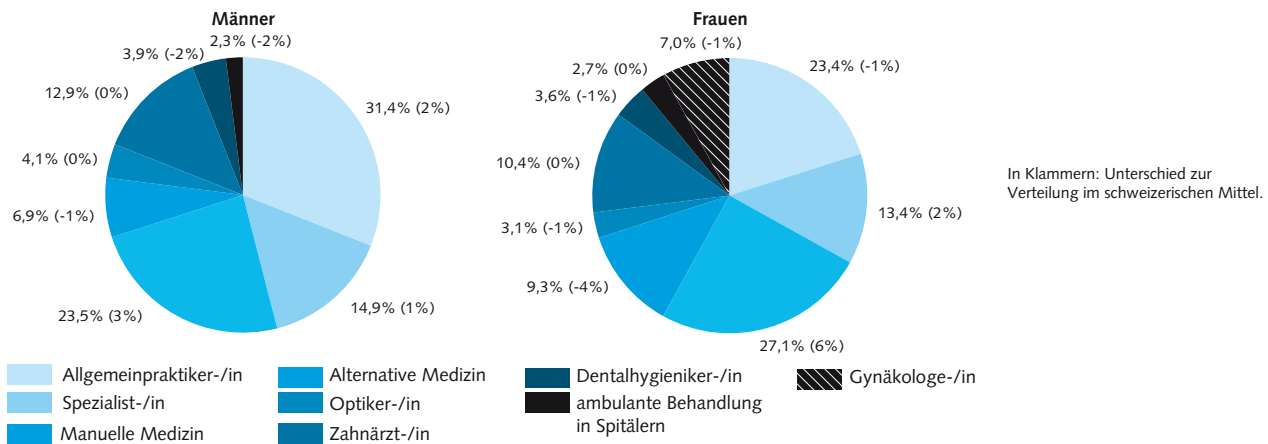
an Bewohnerinnen und Bewohnern auf, die im Jahr vor der Befragung zahnmedizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen haben, im Vergleich mit allen Deutschschweizer Kantonen rangiert er aber auf einem hinteren Platz. Aggregatanalysen zeigen, dass der Kanton Basel-Stadt eigentlich wichtige Voraussetzungen für eine hohe Inanspruchnahme zahnmedizinischer Angebote erfüllen würde: Deutschschweizer Kantone mit hohem Urbanitätsgrad, einem niedrigen Anteil an Beschäftigten im I. Sektor und einem hohen Anteil an Beschäftigten im III. Sektor sowie eine hohe Dichte an Zahnärztinnen und Zahnärzten weisen in der Regel auch hohe Bevölkerungsanteile auf, die Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Dentalhygieniker/innen aufsuchten. Der Kanton Basel-Stadt stellt hier also die Ausnahme der Regel dar.

Die vergleichsweise niedrigen Anteile im Kanton Basel-Stadt lassen sich eher mit soziokulturellen Faktoren erklären. Weiterführende Analysen zeigen, dass das Sozialkapital für die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen eine Rolle zu spielen scheint: In Kantonen mit einem hohen Grad an sozialem Kapital werden zahnmedizinische Leistungen häufiger in Anspruch genommen. Der Kanton Basel-Stadt weist aber ein deutlich unterdurchschnittliches aggregiertes soziales Kapital auf (Freitag 2000) bzw. seine Strukturen scheinen der Bildung sozialer Netze, die eben zu vermehrter Inanspruchnahme auch präventiver zahnmedizinischer Dienstleistungen führen, eher hinderlich zu sein.

In Abbildung 6.3 sind die Anteile der Konsultationen der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-

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

Abb. 6.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Stadt hinsichtlich der Leistungserbringer aufgeschlüsselt. Die höchsten Anteile bei den Männern nehmen die Konsultationen bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (31%), bei Anbietenden manueller Dienstleistungen (24%) und bei Spezialistinnen und Spezialisten (15%) ein. Bei den Frauen finden sich die grössten Konsultationsanteile bei Anbieterinnen und Anbietern manueller Medizin (27%), den Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (23%) sowie bei Spezialistinnen und Spezialisten (13%).

Im Vergleich mit der Schweiz sind bei den Verteilungen der Konsultationen bei den Basler Männern leichte Unterschiede festzustellen: Manuelle Dienstleistungen und Dienstleistungen von Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern sowie von Spezialistinnen und Spezialisten werden im Vergleich etwas häufiger und ambulante, dentalhygienische und alternativmedizinische Behandlungen werden im Vergleich etwas weniger häufig in Anspruch genommen.

Deutlichere Unterschiede zeigen sich bei der Konsultationsverteilung bei den Frauen: Auffällig sind dabei insbesondere die im Vergleich mit der Schweiz viel häufigeren Konsultationen bei Anbieterinnen und Anbietern von manuellen Dienstleistungen und die geringere Inanspruchnahme alternativmedizinischer Leistungen durch die Baslerinnen.

### Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen im Spital

Nachfolgend interessiert die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Behandlungen, die von Spitälern angeboten werden. Es handelt sich hier wie bisher um die Angaben, welche die Befragten gemacht haben und nicht um die tatsächliche von der Spitalstatistik erhobene Anzahl.<sup>30</sup> Im Jahr vor der Befragung liess sich gut jede sechste Bewohnerin bzw. jeder sechste Bewohner des Kantons Basel-Stadt mindestens einmal ambulant in einem Spital behandeln (15,5%). Dieser Anteil ist grösser als der gesamtschweizerische (12,8%). Auch der Anteil an Baslerinnen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung Spitalpflege von mehreren Tagen in Anspruch nehmen mussten, ist grösser als der schweizerische Anteil (BS: 16,2%; CH: 11,8%). Pro Patientin oder Patient betrug die Aufenthaltsdauer dabei im Schnitt 11,8 Tage (gesamtschweizerischer Schnitt: 9,2 Tage). Pro Kantonsbewohnerin und Kantonsbewohner entspricht dies 1,9 Spitalpflgetagen pro Jahr (gesamtschweizerischer Schnitt: 1,1 Tage; vgl. auch den Kantonsvergleich unten).

<sup>30</sup> In der Spitalstatistik ist die Anzahl Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt ersichtlich, die sich im Jahr 2002 einer stationären Behandlung unterzogen haben (unabhängig von der Art der Klinik). Die Angaben aus der Gesundheitsbefragung sind rund 3- bis 5% 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 im Spital durch die Befragung nicht erreicht werden.

Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen im Jahr vor der Befragung wird im multivariaten Modell des Kantons Basel-Stadt lediglich durch den Gesundheitszustand erklärt: Je schlechter eine Person ihre Gesundheit einschätzt, desto eher hat sie in den zwölf Monaten vor der Befragung eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen. Im Gegensatz zur Analyse auf der Basis der gesamtschweizerischen Befragung zeigen sich im Kanton Basel-Stadt hingegen die Determinanten «Bildung» und «Höhe der Krankenkassenprämie» als nicht erklärungskräftig. Für die Schweiz gilt (unter anderem): Je höher der Bildungsab-

schluss und je höher die Krankenkassenprämie einer Person sind, desto eher nimmt sie ambulante Behandlungen in Anspruch.

Die Anzahl Hospitalisierungstage im Kanton Basel-Stadt lassen sich im multivariat überprüften «Andersen-Behavioral-Model» mit dem Alter, dem Beschäftigungsgrad und dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand erklären: Für Personen, die keiner Beschäftigung (mehr) nachgehen sowie für Befragte, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen, dauert der Aufenthalt für eine stationäre Behandlung länger (vgl. auch Abbildung 6.4). Mit zunehmendem Alter dauert der Aufent-

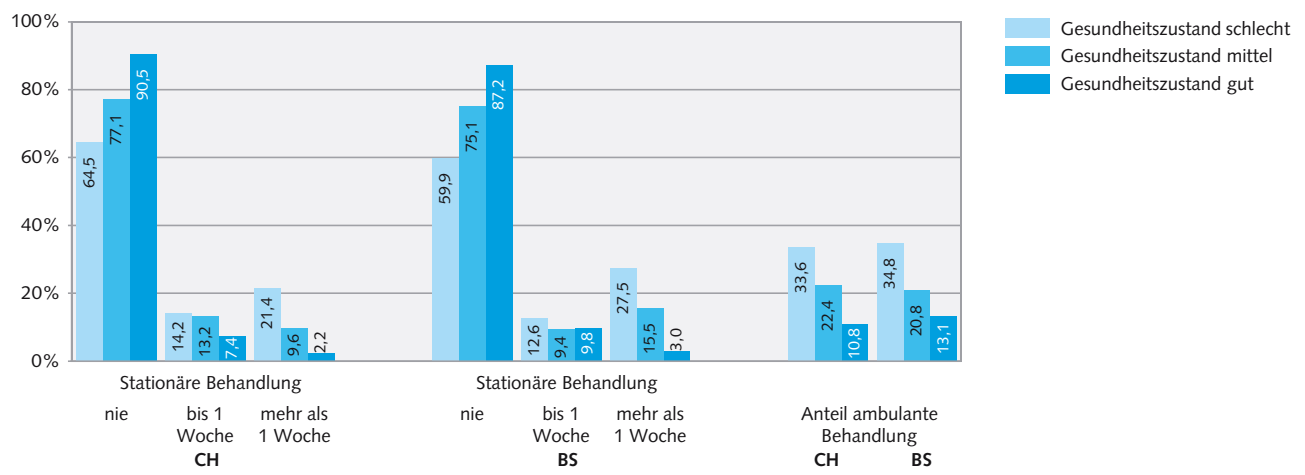
**Tab. 6.5** Anteile der Befragten in %, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine ambulante Behandlung im Spital in Anspruch genommen haben, die stationär behandelt wurden (je in %) und mittlere Anzahl Krankenhaustage, nach soziodemographischen Merkmalen

		Ambulante Behandlung (Anteile in %)		Stationäre Behandlung (Anteile in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Bewohner/in)	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	14,3	12,4	11,7	10,6	10,6	8,8	1,3	0,9
	Frauen	16,6	13,3	20,1	13,0	12,4	9,6	2,5	1,2
<b>Alter</b>	15–34	(12,3)	11,7	(9,8)	10,7	10,3	6,0	1,0	0,6
	35–49	11,6	11,5	(10,8)	9,2	7,9	8,9	0,9	0,8
	50–64	17,7	13,6	14,3	11,6	9,4	8,6	1,3	1,0
	65+	20,4	17,0	28,8	18,0	14,7	13,2	4,2	2,4
<b>Nationalität</b>	Schweizer	15,8	13,1	16,3	11,9	12,0	9,2	2,0	1,1
	Ausländer	(14,6)	11,8	(15,6)	11,6	11,0	9,4	1,7	1,1
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	15,6	13,4	16,5	12,5	15,3	10,4	2,5	1,3
	Sekundarstufe II	15,8	12,5	16,9	11,8	11,5	9,0	1,0	1,1
	Tertiärstufe	(13,6)	13,1	(12,5)	11,0	6,8	7,7	0,9	0,8
<b>Körperliche Beschwerden<sup>1</sup></b>	keine/kaum	(8,4)	9,9	14,1	8,6	11,0	6,4	1,5	0,6
	einige	17,9	12,7	13,0	11,4	10,4	7,9	1,4	0,9
	starke	19,5	17,6	22,4	17,5	14,8	12,9	3,3	2,3

<sup>1</sup> 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 (BS) = 1017; N (CH) = 19'706.

**Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Dienstleistungen im Spital in den 12 Monaten vor der Befragung im Kanton Basel-Stadt und in der Schweiz, unterteilt nach subjektiver Gesundheitseinschätzung**

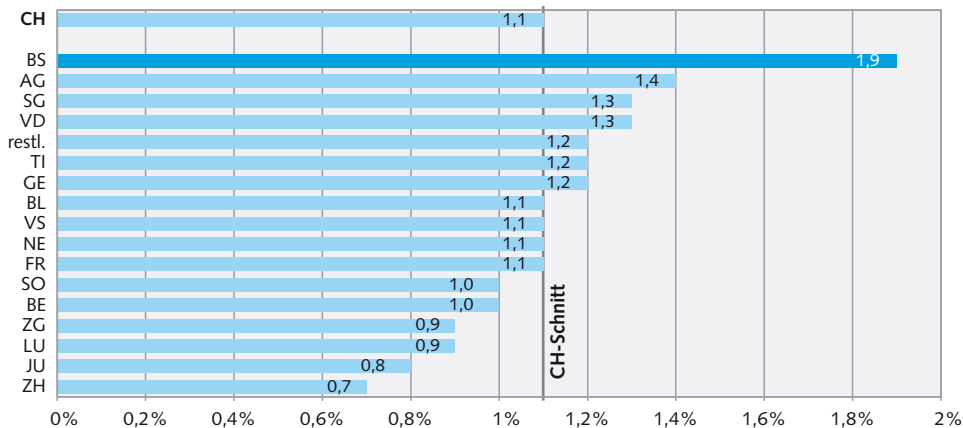
**Abb. 6.4**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N=1017 (BS); N=19'706 (CH).

### Durchschnittliche von den Befragten angegebene Anzahl Hospitalisierungstage im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt

Abb. 6.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BS=1017 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgestzter Balken). Restl.=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

halt ebenfalls länger. Weiterführende Analysen zeigen, dass Baslerinnen, bei denen affektive Störungen oder Erkrankungen des Nervensystems diagnostiziert wurden sowie Personen, die multiple Verletzungen an mehreren Körperteilen aufweisen, am längsten im Spital bleiben müssen. Im gesamtschweizerischen Sample zeigen sich Gelenkkrankheiten, Geburten und ebenfalls komplizierte Verletzungen als die Diagnosen, die die längste Aufenthaltsdauer im Spital nach sich ziehen.

Bei den relativ grossen Unterschieden bezüglich des Geschlechts, die sich aufgrund von Geburten erklären liessen (vgl. Tabelle 6.5), kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie aufgrund der (zu) geringen Fallzahlen zustande kommen. Ein Indiz dafür ist, dass sich der Indikator «Geschlecht» in den multivariaten Analysen mit den Angaben aus dem Kanton Basel-Stadt nicht als signifikant erklärungskräftig zeigen.

Abbildung 6.4 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.

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich für den Kanton Basel-Stadt die höchste durchschnittliche Aufenthaltsdauer. In keinem anderen Kanton gaben die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Befragung eine so lange

Aufenthaltsdauer für stationäre Behandlungen an wie im Kanton Basel-Stadt (vgl. Abbildung 6.5).

Die Aggregatdatenanalysen mit allen Kantonen zeigen, dass sich die mittlere Aufenthaltsdauer mit soziodemographischen sowie angebots- und nachfrageseitigen Faktoren erklären lässt: Je höher der Bevölkerungsanteil an über 65-jährigen Personen ist, je grösser das medizinische Angebot in Form der Klinik- und Bettendichte sowie der Gesundheitsausgaben ist und je grösser der Anteil an Behandlungsfällen von ausserhalb des Kantons ist, desto länger dauert der durchschnittliche Aufenthalt für stationäre Behandlungen in einem Kanton. In Kapitel 1.4 wurde gezeigt, dass der Kanton Basel-Stadt alle erwähnten Faktoren in überdurchschnittlicher Grösse aufweist.

#### Operationen im Lebensverlauf

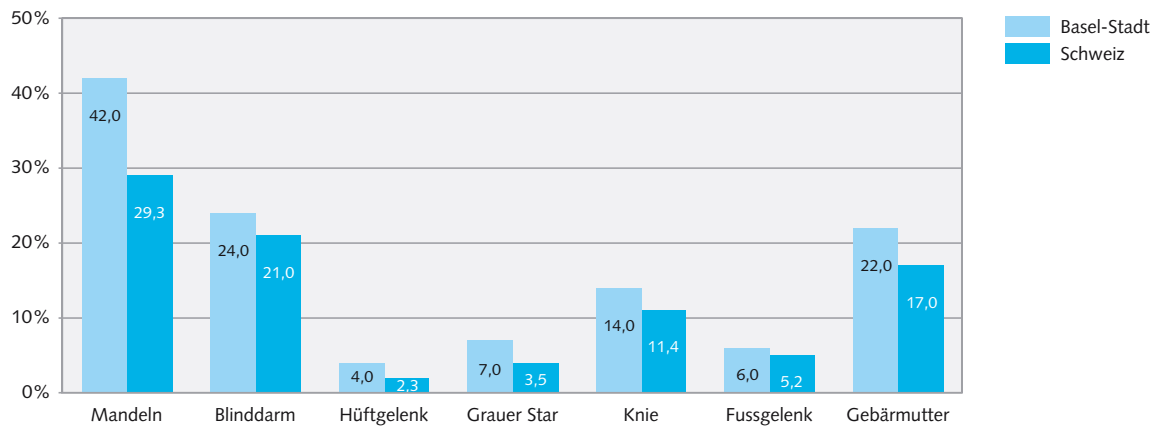
Abbildung 6.6 sind die Anteile der Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt zu entnehmen, die in ihrem Leben bereits eine der aufgelisteten Operationen über sich ergehen lassen mussten. Zum Vergleich sind die Anteile der operierten Schweizerinnen und Schweizer dargestellt.

Bei allen hier untersuchten Operationsarten zeigen sich für den Kanton Basel-Stadt höhere Anteile an Personen, die sich der entsprechenden Operation unterzogen haben als dies für die Gesamtschweiz der Fall ist. Auffallend ist insbesondere der auch im interkantonalen Vergleich sehr hohe Anteil an Personen, die ihre Mandeln entfernen liessen (Abbildung 6.7).

Aggregatanalysen weisen darauf hin, dass die Anteile an Personen, die sich die Mandeln operativ entfernen liessen, insbesondere in urbanen Kantonen mit eher modernen Beschäftigungsstrukturen (geringer Anteil

**Operationen im Lebensverlauf. Anteil Bewohner/innen des Kantons Basel-Stadt und Schweizer/innen, die sich der jeweiligen Operation unterzogen haben**

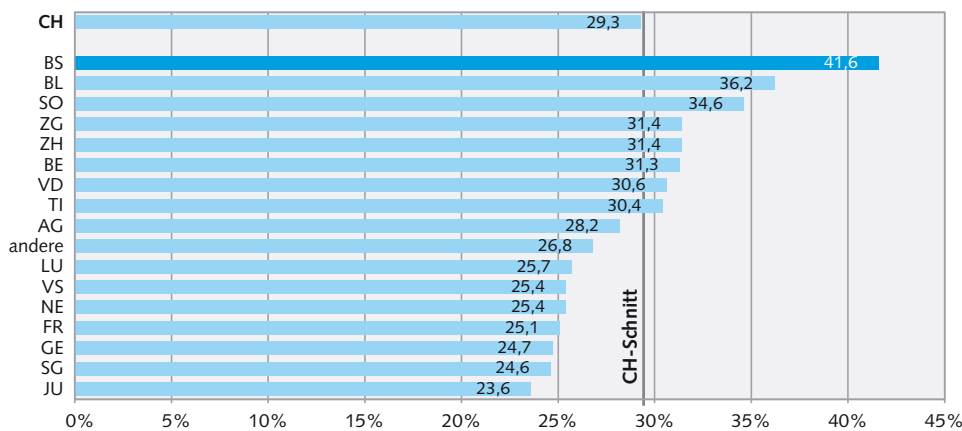
Abb. 6.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1017 (BS); 19'706 (CH).

**Bevölkerungsanteile, die angeben, ihre Mandeln entfernt zu haben**

Abb. 6.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: BS=1017 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

Beschäftigte im I. und hoher Anteil im III. Sektor), einem dichten Ärztenetz und grossen Gesundheitsausgaben hoch sind. Der hohe Anteil an Personen, die sich einer Mandeloperation unterzogen haben, lässt sich für den Kanton Basel-Stadt also auf die Urbanität, die unterdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile im I. und die überdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile im III. Sektor zurückführen. Im interkantonalen Vergleich sind zudem auch die Ärztedichte und die Gesundheitsausgaben im Kanton Basel-Stadt sehr hoch.

In Tabelle 6.6 sind die Operationsarten wiederum nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt. Zusätzlich wird das durchschnittliche Alter aufgeführt, bei dem die entsprechende Operation durchgeführt wurde.

Bei den Mandeloperationen zeigen sich bei den einfachen multivariaten Untersuchungen<sup>31</sup> im Gegensatz zur Gesamtschweiz keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts. In der gesamtschweizerischen multivariaten Analyse lässt sich zeigen, dass Frauen ihre Mandeln früher entfernen liessen als Männer. Wie in der gesamtschweizerischen Analyse zeigen sich aber die Bil-

<sup>31</sup> Es wird keine Analyse der Operationen mit dem «Andersen-Behavioral-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.

dung und die Nationalität als erklärungskräftige Faktoren: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher hat sie ihre Mandeln operativ entfernen lassen; Schweizerinnen und Schweizer liessen ihre Mandeln eher entfernen als Migrantinnen und Migranten.

Den Blinddarm haben sich im Kanton Basel-Stadt signifikant mehr Frauen als Männer entfernen lassen. Dies kann auf die schwierigere Diagnostizierung einer Blinddarmentzündung bei Frauen zurückgeführt werden. Bei Frauen zeigen sich öfter Unterleibsbeschwerden, die nicht unbedingt auf Blinddarmreizungen zurückgeführt werden müssen. Darüber hinaus ergeben sich bei der multivariaten Analyse auch die Nationalität und die Bildung als signifikant erklärungskräftig. Schweizerinnen und Schweizer sowie Personen ohne nachobligatorische Bildungsabschlüsse haben sich eher den Blinddarm entfernen lassen als Migrantinnen und Migranten sowie Personen mit hoher Bildung. In der multivariaten Analyse des gesamtschweizerischen Samples zeigen sich nur das Geschlecht und die Nationalität, nicht aber die Bildung als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau.

Schweizerinnen und Schweizer und Personen ohne nachobligatorische Ausbildung haben sich eher schon einer Operation des Grauen Stars unterzogen als Migrantinnen und Migranten sowie Personen mit hohen Bildungsabschlüssen. Im Gegensatz zur multivariaten Analyse des gesamtschweizerischen Datensatzes zeigt sich das Geschlecht im Kanton Basel-Stadt als nicht signifikant erklärungskräftige Grösse. In der gesamten Schweiz unterzogen sich Frauen eher einer entsprechenden Augenoperation als Männer.

Knieoperationen mussten sich im Kanton Basel-Stadt Personen mit einem Schweizer Pass eher unterziehen als Migrantinnen und Migranten. In der multivariaten Ana-

lyse der Gesamtschweiz zeigt sich darüber hinaus, dass sich Männer und Personen mit nachobligatorischen Bildungsabschlüssen in ihrem Leben eher die Knie operieren lassen mussten als Frauen und Personen mit geringer Bildung. Diese Resultate gelten nicht für den Kanton Basel-Stadt.

Die Entfernung der Gebärmutter lässt sich im Kanton Basel-Stadt mit der Nationalität, im Gegensatz zur gesamtschweizerischen Analyse hingegen nicht mit der Bildung erklären: Schweizerinnen liessen sich ihre Gebärmutter eher entfernen als Migrantinnen. In der Schweiz ist dieser operative Eingriff bei Frauen ohne nachobligatorische Ausbildung wahrscheinlicher.

Bei den restlichen beiden hier untersuchten Operationen (Hüft- und Fussgelenkoperationen) zeigen sich im Kanton Basel-Stadt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, der Nationalität und der Bildung. Dieser Befund steht im Gegensatz zu den Befunden bei den multivariaten Analysen des gesamtschweizerischen Samples. Für die Gesamtschweiz gibt es bei allen Operationsarten einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Nationalität: Ausländerinnen und Ausländer unterziehen sich signifikant weniger wahrscheinlich einer Operation als Schweizerinnen und Schweizer. Männer müssen sich häufiger Hüftoperationen unterziehen als Frauen. Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher musste sie sich die Knie operieren lassen. Niedrige Bildungsabschlüsse erklären in der Schweiz hingegen eher Operationen der Hüftgelenke.

Mit Hilfe der Altersgruppen lässt sich zeigen, wie sich die Inanspruchnahme chirurgischer Dienstleistungen über die Zeit entwickelt hat. Wie in der gesamten Schweiz wurden auch im Kanton Basel-Stadt bei den älteren Generationen Mandeln und Blinddarm häufiger

**Tab. 6.6 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben ausgewählten Operationen unterzogen haben (in %), nach soziodemographischen Merkmalen**

		Mandelentfernung		Blinddarmoperation		Knieoperation		Entfernung Gebärmutter	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	40,2	28,4	19,0	16,4	14,1	14,0	n.a.	n.a.
	Frauen	42,8	30,2	27,5	25,1	14,1	9,2	22,0	17,0
<b>Alter</b>	15–34	32,9	21,1	*	8,1	(8,4)	6,9	*	0,7
	35–49	44,3	33,6	15,2	17,4	15,4	12,2	(11,5)	7,7
	50–64	44,1	34,9	34,1	29,1	12,1	13,9	31,9	29,0
	65+	44,6	30,0	40,3	38,8	19,4	15,0	36,9	32,1
<b>Nationalität</b>	Schweizer	45,9	30,6	26,0	22,0	16,2	12,0	24,1	18,4
	Ausländer	26,8	23,7	(15,2)	16,5	(7,0)	8,8	*	9,9
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	25,7	20,6	25,6	21,2	(13,0)	7,8	24,4	23,2
	Sekundarstufe II	46,4	31,2	25,6	21,0	13,8	12,1	23,7	16,1
	Tertiärstufe	44,8	34,7	(14,2)	20,8	16,3	14,3	*	9,4
<b>Operationsalter<sup>1</sup></b>		14,1	12,9	23,0	20,3	42,6	38,3	46,5	45,3

<sup>1</sup> Mittleres Alter zur Zeit der Operation. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BS) = 1017; 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.



entfernt. Allerdings sind die Unterschiede insbesondere bei der Mandelentfernung nicht deutlich. Mit Blick auf die jüngeren Altersgruppen im Vergleich mit der Gesamtschweiz scheint sich im Kanton Basel-Stadt insbesondere bei den Blinddarmoperationen, aber weniger bei den Mandelentfernungen, ein Wandel hin zu weniger Operationsentscheiden bemerkbar zu machen.

Im Kanton Basel-Stadt werden der Blinddarm und die Mandeln im Schnitt etwas später entfernt als in der gesamten Schweiz.

Baslerinnen und Basler, denen die Knie und/oder die Füsse operiert werden, sind im Schnitt etwas älter als knie- und füssoperierte Schweizerinnen und Schweizer. Der sich in der Schweiz widerspiegelnde Trend zu immer weniger Eingriffen kann damit auch im Kanton Basel-Stadt vermutet werden. Gebärmutterentfernungen schliesslich werden im Kanton Basel-Stadt etwas später durchgeführt als in der Schweiz.

### 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 6.8 bietet eine Übersicht der wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen im Kanton Basel-Stadt und in der Schweiz. Es fällt auch bei den präventiven Dienstleis-

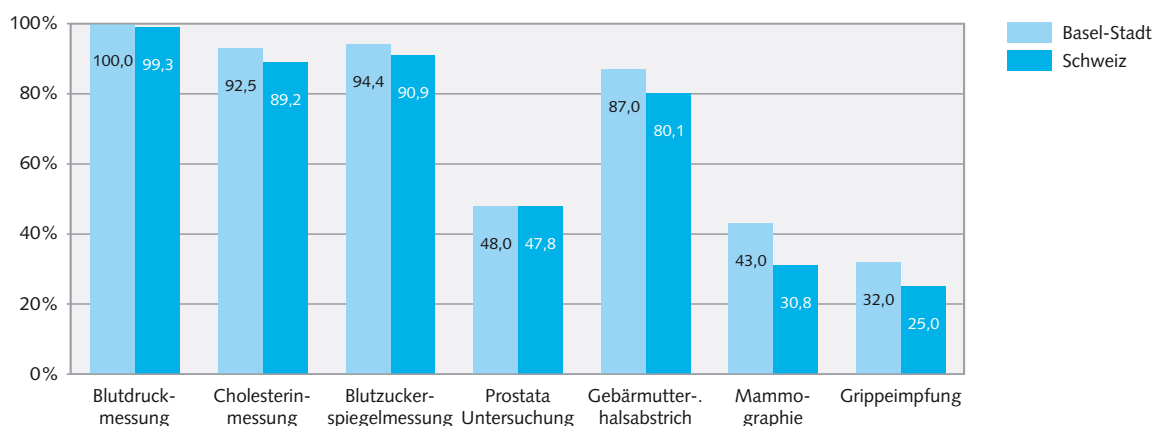
tungen auf, dass die Anteile an Personen, die die entsprechenden Angebote in Anspruch genommen haben, im Kanton Basel-Stadt durchgehend höher sind als in der Gesamtschweiz.

Bei den hier untersuchten Krebsvorsorgeuntersuchungen ergibt sich folgendes Bild: 87% aller Bewohnerinnen des Kantons Basel-Stadt haben in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung) vorgenommen. Der Unterschied zur Gesamtschweiz bzw. der geringe gesamtschweizerische Wert lässt sich vor allem auf die geringere Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchung in der Westschweiz zurückführen. Von den Basler Männern haben 48% eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Dieser Anteil entspricht dem gesamtschweizerischen. Am wenigsten häufig wird die dritte hier untersuchte Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. 43% aller Baslerinnen haben sich schon einmal einer Mammographie (Brustkrebs-Früherkennung) unterzogen.

Von den Vorsorgeuntersuchungen, die nicht primär der Krebsprävention dienen, wird im Kanton Basel-Stadt am häufigsten die Blutdruckmessung vorgenommen. Praktisch alle Kantonsbewohnerinnen und Kantonsbewohner haben in ihrem Leben schon einmal den Blutdruck messen lassen. Cholesterin wurde bei 93% und Blutzucker bei 94% aller Baslerinnen und Baslern schon einmal gemessen. Beide Anteile sind ebenfalls leicht höher als jene der Gesamtschweiz. Allerdings wurden diese Untersuchungen – insbesondere die Blutdruckmessung – wohl nicht nur in rein präventiver Hinsicht vorgenom-

### Vorsorgeuntersuchungen. Anteil der Basler/-innen und Schweizer/-innen, die sich in ihrem Leben schon einmal der jeweiligen Untersuchung unterzogen haben

Abb. 6.8



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1017 (BS); N=19'706 (CH).

**Tab. 6.7 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben schon einmal der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben (in %), nach soziodemographischen Merkmalen**

		Blutdruckmessung <sup>1</sup>		Cholesterinmessung <sup>1</sup>		Blutzuckermessung <sup>1</sup>		Prostata-Vorsorge-Untersuchung		Gebärmutterhalsabstrich		Mammographie		Grippeimpfung	
		BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH	BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	99,6	98,9	90,5	87,3	92,9	88,3	48,4	47,8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	29,1	23,5
	Frauen	100,0	99,4	92,8	88,3	95,7	90,4	n.a.	n.a.	86,5	80,1	43,2	30,8	34,7	26,4
<b>Alter</b>	15–34	99,7	98,1	84,2	78,5	91,7	81,5	0	0	83,5	76,2	*	7,1	(12,9)	11,7
	35–49	100,0	99,5	90,4	86,8	92,1	89,2	(20,3)	21,6	91,3	87,3	36,7	26,3	17,1	16,4
	50–64	99,6	99,7	93,2	94,4	93,7	94,6	41,8	53,4	96,4	87,0	87,7	60,8	27,3	25,2
	65–74	100,0	99,8	98,3	97,3	99,6	97,1	78,8	73,4	78,2	67,5	56,7	42,4	63,7	58,5
	75+	100,0	99,8	98,3	97,3	99,6	97,1	78,8	73,4	78,2	67,5	56,7	42,4	63,7	58,5
<b>Nationalität</b>	Schweizer	99,8	99,2	91,9	87,8	95,2	89,9	55,1	49,4	86,1	81,5	43,8	32,0	34,1	24,9
	Ausländer	100,0	99,0	91,1	87,7	91,6	87,2	(29,6)	40,1	88,4	72,8	(40,3)	24,5	25,4	25,5
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	100,0	98,5	93,2	86,7	94,8	86,8	(39,7)	42,3	79,6	70,7	45,8	35,3	33,1	27,4
	Sekundarstufe II	99,9	99,4	93,2	88,2	95,5	90,2	48,0	47,1	86,9	82,3	43,2	29,8	34,7	23,8
	Tertiärstufe	99,5	99,3	85,7	87,9	90,7	90,3	53,5	52,1	97,0	86,1	(36,9)	28,3	22,4	26,4
	keine Angabe	99,5	99,3	85,7	87,9	90,7	90,3	53,5	52,1	97,0	86,1	(36,9)	28,3	22,4	26,4

<sup>1</sup> Anteil der Befragten, die auf die Frage: «Wann haben Sie das letzte Mal Blutdruck / Cholesterin / Blutzucker gemessen?» weder mit «noch nie» geantwortet haben noch keine Antwort gegeben haben. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (BS) = 1017; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

men, sondern wahrscheinlich häufig auch im Rahmen von Untersuchungen mit nicht primär präventivem Zweck.

In Tabelle 6.7 werden die Vorsorgeuntersuchungen wieder nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt dargestellt.

Betrachtet man die Inanspruchnahme präventiver Dienstleistungen in der gesamten Schweiz, so zeigen sich in den einfachen multivariaten Analysen<sup>32</sup> geschlechtsspezifische Unterschiede: Blutdruckuntersuchungen und Grippeimpfungen werden eher bei Frauen, Cholesterinmessungen eher bei Männern durchgeführt. Im Kanton Basel-Stadt lassen sich hingegen bei den betrachteten Präventionsuntersuchungen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern nachweisen.

Auch bezüglich der Nationalität sind bei den einfachen multivariaten Kontrollen im Kanton Basel-Stadt keine signifikanten Unterschiede bei den hier untersuchten Präventionsangeboten festzustellen. In der gesamtschweizerischen Analyse zeigen sich jedoch auch hier Resultate auf signifikantem Niveau: Migrantinnen und Migranten haben mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal Cholesterinmessungen und Portio-Zervix-Abstriche vornehmen lassen als Schweizerinnen und Schweizer, liessen sich hingegen mit grösserer Wahrscheinlichkeit gegen Grippe impfen und ihr Cholesterin messen.

Schichtspezifische Unterschiede (gemessen an der Bildung) zeigen sich im Kanton Basel-Stadt bei den Choles-

terin- und Blutzuckeruntersuchungen, sowie beim Gebärmutterhalsabstrich: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie in ihrem Leben schon einmal ihr Cholesterin oder ihren Blutzucker untersuchen lassen musste, desto grösser ist hingegen die Wahrscheinlichkeit, dass sie schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich vornehmen liess. Diese Zusammenhänge gelten mit Ausnahme der Blutzuckeruntersuchung auch für die Gesamtschweiz. Dort gibt es darüber hinaus signifikante Zusammenhänge bei der Blutdruckmessung sowie bei den restlichen beiden hier betrachteten Krebspräventionsuntersuchungen. Diese wurden mit grösserer Wahrscheinlichkeit von Personen in Anspruch genommen, die ein eher hohes Bildungsniveau aufweisen.

### 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. Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass unter informeller Hilfe «Hilfe aus gesundheitlichen Gründen» verstanden wird. Als Beispiel wurden «Einkaufen», «Pflege» und «Essen bringen» erwähnt. Im Jahr vor der Befragung hat knapp jede achte Bewohnerin bzw. jeder achte Bewohner des Kantons Basel-Stadt informelle Hilfe wegen gesundheitlicher Probleme in Anspruch genommen (12,9%). Im Vergleich zur gesamten Schweiz ist dieser Anteil höher (9,6%).

In Tabelle 6.8 fallen einige soziodemographische Besonderheiten bei der Inanspruchnahme informeller Hilfe auf. Zuerst, dass Frauen deutlich häufiger Hilfe aus ihrem Bekanntenkreis beanspruchen als Männer und dann, dass die Beanspruchung mit dem Alter zunimmt. Im

<sup>32</sup> 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.

**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	
		BS	CH
<b>Geschlecht</b>	Männer	7,4	6,5
	Frauen	18,0	12,5
<b>Alter</b>	15–34	(5,7)	8,3
	35–49	12,6	8,9
	50–64	12,7	8,8
	65+	19,1	14,1
<b>Nationalität</b>	Schweizer	13,2	9,2
	Ausländer	(11,9)	11,6
<b>Bildungsniveau</b>	obligatorische Schule	16,1	11,2
	Sekundarstufe II	12,4	9,6
	Tertiärstufe	(10,7)	7,6
<b>Körperliche Beschwerden<sup>1</sup></b>	keine/kaum	(6,9)	5,6
	einige	9,2	8,3
	starke	23,0	16,5

<sup>1</sup> 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 (BS) = 1017; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

Kanton Basel-Stadt scheinen Migrantinnen und Migranten weniger häufig auf nicht professionelle Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld zu zählen als Schweizerinnen und Schweizer. Dies zeigt sich in der gesamten Schweiz eher umgekehrt. Mit zunehmender Bildung scheint die Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen abzunehmen. 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 dämpfende Wirkung auf die Gesundheitskosten entfalten kann, da Personen mit starken Beschwerden mit Hilfe sozialer Netzwerke zu Hause bleiben können.

Bei der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich zwar das Geschlecht, nicht aber das Alter oder die Nationalität als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau: Frauen nahmen in den zwölf Monaten vor der Befragung mit grösserer Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch als Männer. Darüber hinaus sind der Gesundheitszustand und die Dichte der sozialen Netze wichtig: Personen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen und über mehrere Vertrauenspersonen verfügen, konnten mit höherer Wahrscheinlichkeit auf informelle Hilfe zählen.

## 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 betrachtet, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Es wurde dabei unterschieden zwischen Prädispositionsfaktoren, Bedingungsfaktoren und Bedürfnisfaktoren. Die vertieften multivariaten Analysen für den Kanton Basel-Stadt zeigen folgende Auffälligkeiten:

Die *Prädispositionsfaktoren* sind im Kanton Basel-Stadt nicht in dem Umfang erklärungskräftig wie in der gesamtschweizerischen Analyse. Das *Geschlecht* ist zwar durchaus ein wichtiger Faktor: Frauen nehmen signifikant häufiger allgemeine ärztliche, hausärztliche und zahnmedizinische Dienstleistungen in Anspruch als Männer. Darüber hinaus wird Frauen im Kanton Basel-Stadt häufiger der Blinddarm operiert, und Baslerinnen nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch als Basler. Die unterschiedliche Inanspruchnahme ist gesamthaft insbesondere auf unterschiedliche geschlechterspezifische soziale und biologische Faktoren zurückzuführen, die sich auf die Gesundheit von Frauen und Männern anders auswirken (z. B. unterschiedliche Gesundheitszustände, Schwangerschaft). 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). Im Vergleich zu den Befunden aus den Analysen der gesamten Schweiz ist das Geschlecht aber weder erklärungskräftig für die Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Leistungen sowie stationärer Behandlungen noch für alle nicht geschlechtsspezifischen Präventionsmassnahmen und Operationen. Auch das *Alter* nimmt nicht den vermuteten Stellenwert ein: Mit zunehmendem Alter nimmt zwar im Kanton Basel-Stadt die Aufenthaltsdauer bei stationären Behandlungen zu und die Wahrscheinlichkeit einer Konsultation bei Gynäkologinnen oder Gynäkologen bzw. bei Anbieterinnen und Anbietern alternativmedizinischer Dienstleistungen ab, 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 die chronischen Beschwerden eher zunehmen. Die von den Befragten angegebene Inanspruchnahme scheint davon jedoch nicht in grossem Ausmass betroffen zu sein. Etwas mehr Bedeutung für die Erklärung der Inanspruchnahme der hier untersuchten Dienstleistungen kommt der *Nationalität* zu. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist allerdings Zurückhaltung in der Interpretation angebracht. Im Kanton Basel-Stadt nehmen Schweizerinnen und Schweizer mit höherer Wahrscheinlichkeit ärztliche Dienstleistungen im Allgemeinen und zahnmedizinische Angebot im Speziellen in Anspruch als Migrantinnen und Migranten. Darüber hinaus wurden Bewohnerinnen und Bewohnern des Kantons Basel-Stadt mit einem Schweizer Pass mit höherer Wahrscheinlichkeit schon die Mandeln, der Blinddarm und die Gebärmutter entfernt, und ihre Knie und der Graue Star wurde ihnen eher operiert als ausländischen Kantonsbewohnerinnen und Kantonsbewohnern. Migrantinnen konsultierten hingegen eher Gynäkologinnen und Gynäkologen als im Kanton Basel-Stadt wohnhafte Schweizerinnen. Es kann vermutet werden, dass dies mit der höheren Geburtenrate bei Ausländerinnen zusammenhängt.

Bei den *Bedingungsfaktoren* wurde unterschieden zwischen Grössen, die die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht messen, Grössen, die soziales Kapital indizieren sowie Einstellungsgrössen. Festzustellen ist, dass die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Leistungen zumindest teilweise mit *Faktoren* erklärt werden kann, die die soziale Lage messen. Auffällig ist aller-

dings, dass insbesondere der Faktor Bildung sich auf gesamtschweizerischer Ebene sehr häufig als erklärungskräftig zeigt, auf kantonalem Niveau für den Kanton Basel-Stadt hingegen nicht diese prominente Rolle zu spielen scheint. Unterschiede bezüglich der sozialen Schicht (gemessen an der Bildung und dem Einkommen) zeigen sich im Kanton Basel-Stadt bei der Inanspruchnahme spezialärztlicher und zahnmedizinischer Dienstleistungen sowie bei den Gebärmutterhalsabstrichen. Wer im Kanton Basel-Stadt über *soziales Kapital* verfügt, kann mehr informelle Hilfe in Anspruch nehmen, was mitunter Kosteneinsparungen bedeutet (vgl. auch Hu und Goldmann 1990; Meyer und Jeanneret 1999). Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz zeigen sich jedoch im Kanton Basel-Stadt nicht die ausgeprägten Zusammenhänge zwischen der Einbindung in soziale Netzwerke und der Inanspruchnahme allgemeiner ärztlicher Leistungen.

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 manueller Dienstleistungen sowie ambulanter Angebote in Spitälern, die Aufenthaltsdauer für Spitalpflege und die Wahrscheinlichkeit, informelle Dienstleistungen zu erhalten, 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 höhere Inanspruchnahme kurativer Leistungen durch sportlich aktive Personen (vgl. dazu auch das Kapitel 3.2 zu den Unfällen bei Sport und Spiel). Diese Erwartung erfüllt sich im Kanton Basel-Stadt lediglich bei der Inanspruchnahme von spezialärztlichen Dienstleistungen. Alle weiteren in die Analyse einbezogenen Bedürfnisfaktoren tragen jedoch kaum zur Erklärung von Unterschieden in der individuellen Inanspruchnahme bei. Einzige Ausnahme bildet die Konsultation von Anbieterinnen und Anbietern alternativmedizinischer Dienstleistungen: Diese sind wahrscheinlicher bei Personen, die weder Tabak noch Alkohol konsumieren. Die schwache Erklärungskraft der Bedürfnisfaktoren dürfte sich auf den Umstand zurück-

führen lassen, dass sich positives wie negatives Gesundheitsverhalten erst im höheren Lebensalter auswirkt. Die Befragten wurden aber nach ihrem jetzigen Verhalten gefragt.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass im Kanton Basel-Stadt 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. Es zeigt sich zudem, dass Frauen die Dienstleistungen geringfügig stärker nutzen als Männer, und dass es auch bezüglich der Nationalität und Schichtzugehörigkeit Unterschiede in der Inanspruchnahme gibt. Das Alter spielt hingegen entsprechend der multivariaten Analysen des «Andersen-Behavioral-Models» weniger deutlich als erwartet eine Rolle für die Erklärung unterschiedlicher Inanspruchnahme. Hervorzuheben ist schliesslich, dass soziales Kapital in Form von Eingebundenheit in soziale Netzwerke die Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen erleichtert.

#### **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. Zuge-spitzt formuliert bedeutet dies: Gebildete und reiche Schweizerinnen und Schweizer haben bessere Zugangschancen zum medizinischen System. Ausländerinnen und Ausländern sowie Personen, die kein hohes Haushalt-einkommen und keine nachobligatorische Ausbildung haben, stellen sich hingegen kulturelle, sprachliche oder finanzielle Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme (BFS 2002; Mielck 1994; Taskin und Bisig 2004; Taskin et al. 2002).

Aufgrund der hier gemachten Analysen und Ausführungen zeigen sich für den Kanton Basel-Stadt tatsächlich einige Unterschiede hinsichtlich der sozialen Lage, allerdings nicht in dem Umfang wie in den Analysen des gesamtschweizerischen Datensatzes. Die Nationalität und die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht scheinen die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen einzuschränken. Hervorzuheben gilt dabei die geringere Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen im Allgemeinen und zahnmedizinischen Angeboten im Speziellen durch Migrantinnen und Mig-

ranten und die geringere Inanspruchnahme spezialärztlicher und zahnmedizinischer Dienstleistungen sowie von Gebärmutterhalsabstrichen durch Personen, die bezüglich Bildung und Einkommen eher den unteren sozialen Lagen zuzuordnen sind.

Der Grund für die Unterschiede der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen dürfte im Umstand zu finden sein, dass diese selber bezahlt werden müssen. Hier scheinen Barrieren oder fehlendes Gesundheitsbewusstsein für Ausländerinnen und Ausländer und Personen unterer sozialer Schichten zu bestehen. Dies ist deshalb problematisch, weil gerade bei diesen Menschen eine schlechtere Zahnhygiene festgestellt werden kann (Mehghini 2003). Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme ärztlicher und spezialärztlicher Dienstleistungen sowie des Portio-Zervix-Abstriches könnten auf die unterschiedliche Sensibilität zurückzuführen sein: Personen mit höheren Bildungsabschlüssen und kulturell und sozial besser integrierte Schweizerinnen und Schweizer haben ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Migrantinnen und Migranten (vgl. auch oben, Kapitel 3.1). Letztere stehen zudem häufig sprachlichen oder kulturellen Barrieren gegenüber und verfügen weniger oft über das nötige Wissen und Selbstvertrauen, um ihre medizinischen Bedürfnisse zu artikulieren oder durchzusetzen.

#### **6.4.3 Wo steht der Kanton Basel-Stadt im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?**

Als auffälligstes Resultat zeigt sich im Kanton Basel-Stadt eine im Vergleich zur Gesamtschweiz hohe Inanspruchnahme von praktisch allen hier untersuchten Dienstleistungen. Mit anderen Worten: Baslerinnen und Basler nehmen ärztliche Hilfe in grösserem Umfang in Anspruch als die gesamtschweizerische Bevölkerung. Die in den interkantonalen Vergleichen jeweils höchsten Bevölkerungsanteile, die die jeweiligen medizinischen Dienstleistungen in Anspruch nahmen, finden sich praktisch immer im Kanton Basel-Stadt. Ausnahme bilden die Konsultationen bei Anbieterinnen und Anbietern von zahnmedizinischen Dienstleistungen.

Augenfällig ist insbesondere die Inanspruchnahme der Brustkrebsvorsorge. Die höchsten Anteile an Mammographie-Untersuchungen werden im Kanton Basel-Stadt verzeichnet. Die Anteile sind dabei noch höher als in der Westschweiz, wo ein Screening für Frauen ab dem 50. Lebensjahr läuft. Im Fall des Kantons Basel-Stadt zeigt sich also, dass das Fehlen eines strukturierten

Mammographie-Programmen nicht notwendigerweise mit einer tiefen Untersuchungsrate verknüpft sein muss.

Die eher hohe Inanspruchnahme praktisch aller medizinischen Dienstleistungen im Kanton Basel-Stadt lässt sich einerseits durch die im interkantonalen Vergleich grösseren gesundheitlichen Beschwerden (vgl. Kapitel 2) und zahlreicheren Risikofaktoren (Kapitel 3) erklären. Aber auch spezifische Kontextmerkmale des Kantons stellen wichtige Beeinflussungsfaktoren dar: Der eher hohe Anteil an über 65-jährigen Personen, die hohe Urbanität, die moderne Beschäftigungsstruktur (geringer Anteil an Beschäftigten im I. Sektor und hoher Anteil an Beschäftigten im III. Sektor) und insbesondere das im interkantonalen Vergleich ausgebaute medizinische Angebot (in Form einer hohen Ärzte- und Klinikdichte) erweisen sich als Schubkräfte für die überdurchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (vgl. auch Kapitel 1.4).

Die hohe Inanspruchnahme scheint auch die Gesundheitskosten zu erhöhen: Der Kanton Basel-Stadt gibt im interkantonalen Vergleich überdurchschnittlich viel für Gesundheit aus, und die durchschnittlichen Krankenkassenprämien liegen sowohl aufgrund der Angaben der Befragten<sup>33</sup> wie auch aufgrund der offiziellen Statistiken recht deutlich über dem schweizerischen Mittel.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Der Kanton Basel-Stadt liegt auf Rang 2 in einer Rangliste, die aufgrund des Mittels der von den Befragten angegebenen Krankenkassenprämien gebildet wurde (hinter dem Kanton Genf).

<sup>34</sup> Vgl. [http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/1\\_4\\_2/2004/d/142.pdf](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-Stadt liegt bei diesem Vergleich an 2. Stelle (ebenfalls hinter dem Kanton Genf).

# 7 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.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: Bundesamt für Statistik (Hg.). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Badura, B. (Hrsg.) (1981).* Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- 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.
- BASPO (Bundesamt für Sport), Bundesamt für Gesundheit (BAG), et al. (2001).* Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. *BAG-Bulletin* 2001, 33: 604–607.
- Benninghaus, H. (2002).* Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bundesamt für Statistik (1997).* Die Raumgliederung der Schweiz. Bern: 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).* Schweizerischen 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).* Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1999 und 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004b).* Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004c).* Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2003. Definitive Ergebnisse, nach Anpassung an die Volkszählung 2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005).* Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- 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. *Psychother. 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., T. Borde und H. Kantenich 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.
- Diez Roux A.V. et al. (2001).* Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine* 345: 99–105.
- 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. (2000).* Soziales Kapital und Arbeitslosigkeit. Eine empirische Analyse zu den Schweizer Kantonen, *Zeitschrift für Soziologie* 29: 186–201.
- 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.
- 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, R., C. Rüefli und A. Vatter (2002).* Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. *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 N. Goldmann (1990). Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison. *Demography*, 27: 233-250.
- Huwiler K., M. Bichsel, 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. Neuchâtel, Oktober 2003.
- 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-Lieblich: 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.
- Livingston, G., G. Leavey und G. Kitchen et al. (2002). Accessibility of Health and Social Services to Immigrant Elders: The Islington Study, *The British Journal of Psychiatry* 180; 369-373.
- Mac Intyre, S. Mc Iver 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. Joung (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 Achim 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. (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, C. und A. Vatter (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 und 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.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004a).* Drogeninfo Kokain. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004b):* Drogen richtig einschätzen – Fehlinformationen durchschauen. www.sfa-isp.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 Universitätsospitals.
- 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.
- 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 Regressions-technik.* Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002).* Mortalité, sexe et genre. In : G. Wunsch, G. Caselli und Jacques 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-Nicolet (1999).* Medizin- und Gesundheitssoziologie. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern: Huber: 137–145.
- Weiss, W., T. Spuhler, F. Gruet, D. Guidani und H. Noack (1990).* Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Lausanne: Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI.
- 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.
- Zahnd, D. (2003).* Interkantonale Patientenwanderungen im Spitalbereich. Soziale Sicherheit: Zeitschrift des BSV, 6: 355-358.
- Zola, I.K. (1966).* Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints. American Sociological Review 31: 615–630.

# 8 Anhang

## 8.1 Anhang zu Kapitel 1: Einleitung

### 8.1.1 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 Fran-

zösisch (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 Interviewteilnahme 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 Aufhalten 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.

### 8.1.2 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. computer-gestützte Telefoninterviews / insgesamt 18'554 Interviews, welche 94,2% der Stichprobe ausmachen). Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Inter-

view 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).

### 8.1.3 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 (Schweizerinnen und Schweizer, Ausländerinnen und Ausländer) 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 miteinbezogen (BFS, 2003b). Dies bedeutet, dass wenn z. B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter in der Schweizer Telefonstichprobe verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung untervertreten waren, sie nun dank dem Gewichtungsverfahren den gleichen Anteil in der Stichprobe wie in der Wohnbevölkerung ausmachen.

### 8.1.4 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 ( $\gamma$ ) 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 stark 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, da die Annahmen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt sind. Hier wird deshalb auf die logistische Regression zurückgegriffen: Die binäre abhängige Variable wird durch Logarithmierung derart transformiert, dass sie theoretisch von minus bis plus unendlich reicht. 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. 1971). 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 Regressionsgeraden 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.

## 8.2 Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen

Die verwendeten Daten entstammen der Todesursachenstatistik (siehe z. B. BFS, 2003e, 2004a) und der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (siehe z. B. BFS, 2004c). Berechnungsgrundlage der Sterbeziffern ist die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte<sup>35</sup>. 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, 2004a). 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, 2004a). In dieser Sicht wird anstelle des blossen Ereignisses «Tod» das Alter mitberücksichtigt, in welchem der Tod auftritt (Organisation panaméricaine de la santé, 2003).

<sup>35</sup> 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

$$VPL = \sum_{i=I}^L (L-i) \cdot d_i$$

wobei I 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 der Sterblichkeit zwischen zwei Regionen unter Berücksichtigung der Altersstruktur dieser Regionen. Ein Wert des SMR von 100 bedeutet, dass kein Unterschied zwischen den beiden beobachteten Regionen besteht. Ein Wert von 110 in einem Kanton weist z. B. 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).

**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)

**8.3 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; Hwiler 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).



