



edition obsan

Gesundheit im Kanton Luzern

Ergebnisse aus der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2002

Herausgeber:
Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern
in Zusammenarbeit mit dem
Schweizerischen Gesundheitsobservatorium

Autorinnen und Autoren:

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

Steuerungsgruppe:

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

Koordination:

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

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:

Kantonsärztlicher Dienst Luzern
Dr. med. A. Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin
Meyerstrasse 20, 6002 Luzern
Tel. 041 228 60 90 Fax 041 228 67 33, E-mail kad@lu.ch
www.kantonsarzt.lu.ch/gesundheitsstatistik.htm

Bestelladresse:

Kantonsärztlicher Dienst Luzern
www.kantonsarzt.lu.ch/gesundheitsstatistik.htm

Weitere Informationen zu den kantonalen Daten:

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

Herausgeber:

Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium
Gesundheit im Kanton Luzern
Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002
Edition Obsan
ISBN 3-907872-20-7

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

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
1 Einleitung	11
1.1 Zielsetzung	12
1.2 Datengrundlage	12
1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen	13
1.4 Der Kanton Luzern als gesundheitsrelevanter Kontext	15
1.4.1 Kultureller Kontext	16
1.4.2 Soziostruktureller und -demographischer Kontext	16
1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen	17
2 Gesundheitszustand	19
2.1 Körperliche Gesundheit	19
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	20
2.1.2 Körperliche Beschwerden	23
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	26
2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten	27
2.1.5 Unfälle	31
2.1.6 Schwindel und Stürze	32
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben	32
2.2 Psychische Gesundheit	33
2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit	34
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden	35
2.2.3 Schlafqualität	36
2.2.4 Lebensbewältigung	37
2.3 Soziales Wohlbefinden	39
2.3.1 Einsamkeitsgefühl	39
2.4 Sterblichkeit und Todesursachen	41
2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern	41
2.4.2 Ausgewählte Todesursachen	43
2.4.3 Ergebnisübersicht	44
2.5 Zusammenfassung	46

3	Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	48
3.1	Gesundheitsbewusstsein	49
3.2	Körperliche Aktivität	50
3.3	Bewusste Ernährung	53
3.3.1	Ernährungsbewusstsein	53
3.3.2	Ernährungsgewohnheiten	54
3.4	Medikamentengebrauch	54
3.5	Tabakkonsum	56
3.6	Alkoholkonsum	58
3.7	Illegale Drogen bei Jugendlichen	61
3.7.1	Cannabiskonsum	61
3.8	Konsum harter Drogen	63
3.9	Zusammenfassung	64
4	Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt	66
4.1	Belastungen im Wohnbereich	67
4.2	Belastungen am Arbeitsplatz	69
4.3	Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit	74
4.4	Angst vor Gewalt	77
4.5	Zusammenfassung	79
5	Zusammenhangsanalysen	81
5.1	Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit	81
5.2	Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen	86
5.3	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	91
5.4	Zusammenfassung	94

6	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	96
6.1	Einleitung	96
6.2	Determinanten der Inanspruchnahme	97
6.2.1	Das «Andersen-Behavioral-Model»	97
6.2.2	Prädispositionsfaktoren	97
6.2.3	Bedingungsfaktoren	98
6.2.4	Bedürfnisfaktoren	99
6.3	Analyse	99
6.3.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen der ambulanten und stationären Versorgung (kurativer Aspekt)	99
6.3.2	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	110
6.3.3	Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen	112
6.4	Zusammenfassung	113
6.4.1	Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	113
6.4.2	Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	115
6.4.3	Wo steht der Kanton Luzern im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	115
7	Übersicht über die Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	117
7.1	Übersicht über die Kosten der OKP im Kanton Luzern	118
7.1.1	Kostenentwicklung	118
7.1.2	Verteilung der Kosten in der OKP	120
7.1.3	Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP	120
7.2	Versicherungsmodelle	121
7.3	Zusammenfassung	124
8	Literatur	125
9	Anhang	133
9.1	Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung	133
9.1.1	Beschreibung der Stichprobe	133
9.1.2	Datenerhebung	134
9.1.3	Gewichtungsverfahren	134
9.1.4	Auswertungsverfahren	134
9.2	Anhang zu Kapitel 2.4: Sterblichkeit und Todesursachen	136
9.3	Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	137

Autorinnen und Autoren:

Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich): Kap. 1.3 / 2 (ohne 2.4) / 3 / 4 / 5

Marc Bühlmann, Fritz Sager (Büro Vatter, Politikforschung und -beratung, Bern und Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern): Kap. 1.4 / 6

Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Gesundheitsobservatorium): Kap. 2.4

Maik Roth, Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind (Gesundheitsobservatorium): Kap. 7

Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Gesundheitsobservatorium): Kap. 1.1, 1.2

Vorwort

Liebe Leserin, Lieber Leser

Sie halten die *erste* koordinierte Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für den Kanton Luzern in den Händen. Entsprechend gespannt dürfen Sie auf die Ergebnisse sein.

Interessant sind die Ergebnisse aber nicht nur, weil sie uns zeigen, wo die Luzerner Bevölkerung im schweizerischen Vergleich liegt. Interessieren sollte uns vor allem, wo Handlungsbedarf besteht.

Denn unsere Gesundheitsversorgung darf sich nicht nur auf die *Wiederherstellung* der Gesundheit beschränken. Ein ebenso wichtiges Ziel muss es sein, die Gesundheit zu *erhalten* und zu *fördern*. Hierzu gibt uns die Befragung wertvolle Hinweise und Anregungen. Auch wenn eine gewisse Skepsis gegenüber Umfragen immer angebracht ist, lassen sich gewisse Trends und Hinweise klar erkennen.

So zeigt sich zum Beispiel deutlich, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten wesentlich von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung, Beruf und Einkommen beeinflusst werden. Die Resultate der Befragung ermöglichen es deshalb, Gesundheitsförderung und Präventionskampagnen *gezielter* auf bestimmte Personengruppen abzustimmen. Denn auch hier gilt: *Je besser man etwas kennt, desto besser kann man es auch managen*.

Und weil die Gesundheit von sehr vielen Faktoren abhängt, darf sich die Gesundheitspolitik nicht nur auf die Gesundheitsversorgung allein beschränken. Gesundheitspolitik ist auch Sozialpolitik, Bildungspolitik, Umweltpolitik, Steuerpolitik, Familienpolitik, Sicherheitspolitik etc.

Gesundheitspolitik ist aber (vor allem) nicht nur eine Aufgabe des Staates. Letztlich kann jeder einzelne für sich selber und in seinem Umfeld eine gute Gesundheitspolitik betreiben!

Ich wünsche Ihnen eine spannende und anregende Lektüre.



Dr. med. vet. Markus Dürr
Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements



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

Unterschiedliche Gesundheit von Frauen und Männern

Den grössten Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben das Geschlecht und das Alter. Männer fühlen sich allgemein besser als Frauen und leiden nur halb so oft an Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwächegefühl – Beschwerden, welche auf psychosoziale Belastungen und Stress hinweisen. Gleichzeitig zeichnen sich Männer hinsichtlich Risikofaktoren für chronische Krankheiten durch erhöhte Cholesterinwerte und vermehrtes Übergewicht aus. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Luzern genauso wie in der Schweiz insgesamt. Eine bemerkenswerte Abweichung vom Schweizer Durchschnitt lässt sich jedoch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen feststellen. Im Kanton Luzern geben weniger Personen über 65 Jahren an, dass es ihnen gut oder sehr gut gehe als in der Gesamtschweiz. Bei den über 65-jährigen Luzernern ist zudem auffallend, dass sie sehr viel häufiger unter einem lang andauernden Gesundheitsproblem wie auch unter mehr Übergewicht leiden als die Luzernerinnen und auch als die entsprechende Altersgruppe in der Gesamtschweiz. Die Luzernerinnen erfreuen sich zudem einer besserer psychischen Ausgeglichenheit und eines besseren psychischen Wohlbefindens (Freude am Leben, positive und optimistische Lebenseinstellung) als die Luzerner.

Eine weitere Luzerner Besonderheit ist das ausgeprägte psychische Wohlbefinden der 15- bis 34-Jährigen. Vor allem die jungen Luzernerinnen aber auch – wenn auch weniger hervorstechend – die jungen Luzerner haben ein markant besseres psychisches Wohlbefinden als die entsprechende Altersgruppe in der Gesamtschweiz.

Bildung, Haushaltseinkommen und Nationalität beeinflussen den Gesundheitszustand

Neben Alter und Geschlecht erweisen sich Bildung und Haushaltseinkommen als wesentlich für die Gesundheit. Grundsätzlich kann für den Kanton Luzern wie auch für die Schweiz der folgende Zusammenhang aufgezeigt werden: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser fühlt sich eine Person, und zwar sowohl körperlich als auch psychisch. Obwohl die meisten Ergebnisse für den Kanton Luzern ähnlich wie die Gesamtschweizer Resultate ausfallen, gibt es auch hier einen bemerkenswerten Unterschied: Beim allgemeinen und noch ausgeprägter beim psychischen Wohlbefinden, bei den Schlafproblemen und bei der Kontrollüberzeugung fühlt sich im Kanton Luzern die unterste Einkommensklasse besser als die Schweizer Referenzgruppe. Derselbe Befund gilt zudem – wenn auch etwas weniger stark – für die oberste Einkommensklasse.

Das gesundheitliche Wohlbefinden steht weiter in Zusammenhang mit der Nationalität. Im Kanton Luzern ist die Differenz zwischen der physischen und psychischen Gesundheit von Schweizerinnen und Schweizern und Personen ausländischer Nationalität jedoch deutlich schwächer als im Schweizer Durchschnitt. Im Kanton Luzern ist der Anteil Ausländerinnen und Ausländer mit guter allgemeiner Gesundheit sogar noch etwas grösser als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Bei der psychischen Gesundheit bestehen im Kanton Luzern Unterschiede zwischen Personen mit Schweizer und ausländischer Nationalität, die Differenz ist allerdings geringer als in der Schweiz insgesamt.

Ähnlicher Verlauf der Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern wie in der übrigen Schweiz

In den letzten 20 Jahren weist die Sterblichkeit im Kanton Luzern wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf. Die Sterblichkeit im Kanton Luzern ist vergleichbar mit dem Mittel der Region Zentralschweiz und der Gesamtschweiz. Hinsichtlich der Anzahl bilden die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Luzern. Zwischen 1995 und 2001 liegt sie über dem schweizerischen Durchschnitt. Die Todesfälle durch Krebsleiden sind in präventivmedizinischer Hinsicht besonders bedeutsam, beeinträchtigen sie doch neben Unfällen, Gewalttaten und Suiziden am stärksten die Lebenserwartung der Menschen. Die Sterblichkeit der Luzernerinnen und Luzerner wegen bösartigen Tumoren der Brust und der Prostata übersteigt leicht den Wert für die Gesamtschweiz.

Positives Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Luzernerinnen und Luzerner

Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen – insbesondere beim Bewegungsverhalten und beim Ernährungsbewusstsein – bestehen Unterschiede zwischen dem Kanton Luzern und der Gesamtschweiz. Im Kanton Luzern sind im Vergleich zur Gesamt- wie auch zur Deutschschweiz etwas weniger Personen sportlich inaktiv, dennoch ist ihr Anteil (17%) auch im Kanton Luzern bedeutsam. Vom Bewegungsmangel sind in besonderem Masse Personen mit einem tieferen Bildungs- und Berufsstatus sowie Ausländer/innen betroffen.

Keine Luzerner Besonderheit stellt der Befund dar, dass sich die Menschen bei der Arbeit und im Alltag wenig bewegen und dass der Bewegungsmangel durch Aktivitäten in der Freizeit nur ungenügend kompensiert wird. Vom Bewegungsmangel sind in besonderem Masse Personen mit einem tieferen Bildungs- und Berufsstatus sowie generell Ausländerinnen und Ausländer betroffen. Die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Luzern achten im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt häufiger auf eine gesunde Ernährung.

Übergewicht und Adipositas sind bei den Luzernerinnen und Luzernern ebenso ein Thema wie bei der Schweizer Bevölkerung insgesamt. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas. Dabei ist der Anteil Männer mit Übergewicht in allen Altersgruppen deutlich höher als der der Frauen. Besonders auffällig ist dabei wie erwähnt der hohe Anteil Personen mit Übergewicht bei den über 65-jährigen Luzernern.

Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum der Luzernerinnen und Luzerner

Ein erfreulicher Befund im Kanton Luzern stellt der vergleichsweise hohe Anteil an Personen dar, die noch nie regelmässig geraucht haben. Dies wirkt sich denn auch auf einen etwas höheren Anteil an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern im Kanton aus. Das sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass – analog zur Gesamtschweiz – der Anteil junger Raucherinnen und Raucher im Kanton Luzern dennoch alarmierend hoch ist.

Die Luzernerinnen leben zwar etwas weniger häufig abstinent als der Durchschnitt aller in der Schweiz lebenden Frauen, wenn sie aber Alkohol trinken, dann häufiger in geringen, risikoarmen Mengen. Das gleiche Bild zeigt sich auch bei den Luzernern. Auch bei ihnen ist der Anteil Abstinenter etwas tiefer als das Gesamtschweizer Mittel, es werden jedoch gleichzeitig seltener Alkoholmengen von mittlerem und hohem Risiko konsumiert als in der Gesamtschweiz.

Der Kanton Luzern fällt durch deutlich geringeren Medikamentenkonsum im Vergleich zur Bevölkerung der Gesamtschweiz auf. Besonders erfreulich ist dabei das tiefe Niveau bei den Frauen, den jüngeren Altersgruppen und bei Personen mit tiefem Haushaltseinkommen.

Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wohn- und Arbeitssituation

Generell müssen Ausländerinnen und Ausländer mit mehr Immissionen in ihrem Wohnumfeld leben und sind mit ihrer Wohnsituation auch weniger zufrieden als Schweizerinnen und Schweizer. Werden die einzelnen Störquellen wie Verkehrslärm, Abgase oder Lärm fremder Personen verglichen, so zeigt sich, dass die Luzernerinnen und Luzerner in ihrem Wohnraum etwas mehr belastet sind als die Schweizerische Bevölkerung im Durchschnitt. Auch der Anteil Personen, die sich über ihre Wohnsituation zufrieden äussern fällt, etwas geringer aus als bei den in der Schweiz lebenden Personen insgesamt. Vergleichsweise häufig fühlen sich die Personen aus dem Kanton Luzern durch den Verkehr (Autolärm und Abgase) sowie die Landwirtschaft belästigt.

Bei der Arbeit ist die Belastungsintensität im Kanton Luzern indes etwas geringer als im Schweizer Mittel. Besonders betroffen von Immissionen sind allerdings auch hier Personen fremder Nationalität sowie aus tieferen sozialen Lagen. Es sind auch diese Personengruppen, die am meisten befürchten, ihre Stelle verlieren zu können. Dabei zeigt sich, dass Angst vor Kündigung mit schlechtem psychischem und physischem Wohlbefinden einhergeht. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch, wenn befürchtet wird, keine vergleichbare Stelle mehr zu finden.

Angst beeinträchtigt das Wohlbefinden

Mit Ängsten zu leben, ist der Gesundheit abträglich. Dies zeigt sich beispielsweise im Zusammenhang mit Gewalttaten. Je mehr eine Person damit rechnet, in den nächsten zwölf Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden, desto schlechter ist ihre psychische Ausgeglichenheit. Im Kanton Luzern ist diese Angst etwas weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz.

Was erklärt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Wichtige Erklärungsfaktoren für die unterschiedliche individuelle Inanspruchnahme 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 aber für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen das Alter und das Gesundheitsverhalten keine zentralen Rollen.

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

Bei detaillierter Betrachtung zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme: Frauen nutzen die medizinischen Angebote im Kanton Luzern im Allgemeinen etwas häufiger als Männer. Bezüglich der Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage und der Nationalität zeigen sich – anders als in der Analyse der Gesamtschweiz – im Kanton Luzern praktisch keine Unterschiede. Anders als in der Analyse der gesamten Schweiz können also im Kanton Luzern kaum schicht-, kultur- oder muttersprachlich bedingte Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme ausgemacht werden.

Wichtige Ausnahmen bilden hier allerdings die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und der Prostata-vorsorgeuntersuchung. Hier zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Nationalität und der sozialen Lage: Ausländer/innen nehmen im Kanton Luzern dentalhygienische Angebote nicht in dem Umfang in Anspruch wie dies Personen mit einem Schweizer Pass tun, und Männer ohne nachobligatorische Ausbildungen scheinen weniger sensibilisiert zu sein für die Wichtigkeit von Prostata-vorsorgeuntersuchungen als Männer oberer sozialer Lagen.

Unterdurchschnittliche Nachfrage nach schulmedizinischen Dienstleistungen im Kanton Luzern, überdurchschnittliche Inanspruchnahme alternativmedizinischer Angebote

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich im Kanton Luzern eine überaus hohe Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Dienstleistungen. Die höchsten Anteile an Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Anbieterin oder einen Anbieter alternativmedizinischer Dienstleistungen konsultiert haben, finden sich im Kanton Luzern. Dies dürfte auf das relativ hohe Angebot an alternativmedizinischen Leistungen zurückzuführen sein. Die im Vergleich unterdurchschnittliche Inanspruchnahme aller anderen hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen lässt sich ebenfalls auch auf strukturelle Faktoren zurückführen. Die wenig urbanen und nicht sehr modernen Strukturen, die geringen Anteile an unter 65-jährigen Personen und an Ausländerinnen und Ausländern und das vergleichsweise geringe ärztliche Angebot (Ärztedichte) scheinen einer extensiveren Inanspruchnahme eher hinderlich zu sein. Neben anderen Faktoren verursacht eine geringere Nutzung medizinischer Angebote auch geringere Kosten. Die Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Luzern sind zwischen 1999 und 2003 um durchschnittlich 6,4% gestiegen. Insbesondere die Kosten für ambulante Behandlungen in den Spitälern, Leistungen in Kranken- und Pflegeheimen bzw. der Spitex und die Ausgaben für Medikamente nahmen im Untersuchungszeitraum stark zu. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Kantons Luzern liegen aber klar unter dem schweizerischen Durchschnitt.

1 Einleitung

Einführung

Dieser **erste Bericht über die Gesundheit im Kanton Luzern** soll politischen Entscheidungsträgern und Gesundheitsfachleuten als Grundlage für zukünftige gesundheitspolitische Entscheide und Strategien dienen. An dieser **Bevölkerungsbefragung** nahmen **2002 16 Kantone** teil. Im **Kanton Luzern haben 1021 Personen aus allen Altersgruppen** zwischen 15 bis >65 Jahren einen Fragebogen ausgefüllt und/oder an der telefonischen Erhebung teilgenommen.

Gesundheit ist sowohl **körperlich, psychisch wie auch sozial** zu verstehen. Gesundheit ist ein **mehrdimensionales** Phänomen, das auch viel mit den Lebensbedingungen der Menschen zu tun hat. Neben den aktiven gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Bevölkerung wurden in dieser Untersuchung die gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen, Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen sowie kulturelle und soziale Faktoren berücksichtigt. Interessiert haben die subjektiven Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen der Bevölkerung.

Im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt weist der **Kanton Luzern** einige soziostrukturelle und demographische Eigenheiten auf. Der **Anteil jüngerer Personen** (<19 Jahre) ist **etwas grösser**, hingegen der der über 20-jährigen Erwachsenen etwas tiefer als der schweizerische Durchschnitt. Es wohnen **im gleichen Haushalt mehr Personen als im Durchschnitt der Schweiz**, das **Bildungsniveau und die Arbeitslosenquote** liegen hingegen etwas tiefer. Im interkantonalen Vergleich liegen die **Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung deutlich unter dem Durchschnitt**. Sowohl die Ärztedichte als auch die Bettendichte aller Institutionen ist unterdurchschnittlich.

Und wie steht es mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, den konkreten Lebenssituationen und Belastungen sowie der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen? Dazu, liebe Leser und Leserinnen, erfahren Sie mehr in den folgenden Kapiteln.

Dr. med. Annalis Marty-Nussbaumer, MPH
Kantonsärztin Luzern

Die Gesundheit der Bevölkerung 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 gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen, Verhaltensweisen bzw. dem 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 der 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 Luzern schliesst an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf Basis der SGB-Daten von 1992/1993 bzw. 1997 für verschiedene Kantone erstellt wurden (z. B. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich, 1994, Weiss et al., 1996, Weiss, 2000a, Weiss, 2000b). In Anlehnung an früheres Vorgehen wurde für das Verfassen dieses Berichts für den Kanton Luzern die koordinierte Zusammenarbeit mit anderen Kantonen gesucht, namentlich mit den Kantonen Basel-Landschaft, Baselstadt, Bern und St. Gallen. Die Initiatorin des Projekts, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), erhielt von den fünf Kantonen den Auftrag, auf Grundlage der 2002er Daten für jeden dieser Kantone zentrale Gesundheitsindikatoren in separaten Berichten wissenschaftlich aufzuarbeiten. Ein grosser Teil der Datenanalysen und redaktionellen Arbeiten wurde in der Folge an zwei private Subakkordanten vergeben, an das Büro Lamprecht und Stamm in Zürich und an das Büro Vatter in Bern. 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 Luzerner 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 gesundheitsförderlicher Aktivitäten ist dieses Wissen zentral. Neben dem Verhalten können auch Umweltbedingungen gesundheitliche Belastungen bewirken, seien dies der drohende Verlust der Arbeit, starke Verkehrsbelästigungen im Wohnbereich oder fehlende soziale Kontakte. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert schliesslich neben dem Hinweis auf gesundheitliche Probleme ebenfalls Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Regelmässige Kontrollen z. B. des Blutdrucks oder Präventivuntersuchungen gegen Brustkrebs spielen bei der Früherkennung von Beschwerden oder Krankheiten eine wichtige Rolle. Für die Einzelne oder den Einzelnen ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aber auch mit finanziellen Belastungen verbunden, welches sich u. a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegelt.

Wie aus der Gesundheitssoziologie bekannt ist, sind nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen und von denselben Gesundheitsrisiken betroffen. Personen mit schlechter Schulbildung weisen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. ungünstigere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen auf als Personen mit hoher Schulbildung (z. B. Mielck, 1994, BFS, 2002). Ein Ziel der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation «Gesundheit 21» ist denn auch die Verringerung des Gesundheitsgefälles zwischen den sozioökonomischen Gruppen (WHO Regionalbüro für Europa, 1999). Alter, Geschlecht und Nationalität einer Person sind weitere wesentliche Faktoren, die Gesundheitszustand und -verhalten bestimmen. Für die gezielte Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitsförderung sind deshalb Informationen über einzelne Bevölkerungsgruppen unerlässlich. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Identifikation von Personen mit mehrfachen gesundheitlichen Belastungen oder kumuliertem gesundheitsförderndem bzw. -schädigendem Verhalten.

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

1.2 Datengrundlage

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

Im Kanton Luzern sind im Rahmen der SGB an Stelle der 285'477 Einwohner/innen (15 Jahre und älter) im Jahr 2002 1021 Personen befragt worden. Aus Tabelle 1.2 geht die Anzahl befragter Personen bzw. die entsprechende Luzerner Bevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen hervor. Mittels Gewichtungungsverfahren wurde die Zusammensetzung der Stichprobe nachträglich an die Struktur der Kantonsbevölkerung angeglichen, damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Luzern Gültigkeit erhalten.

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung

Datenproduzent/in Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.

Rechtsgrundlage Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.

Erhebungszweck Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse der Schweizer Wohnbevölkerung.

Die periodische Wiederholung der SGB ermöglicht die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen in diesen Themenbereichen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.

Befragte Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.

Stichprobe Die Auswahl der Befragten erfolgte in zwei Schritten: 1. Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichprobe von Privathaushalten (Übergewichtung bevölkerungsarmer und Untergewichtung bevölkerungsreicher Regionen). 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts.

Im Rahmen der SGB 2002 nahmen 19'706 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 16'141 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus.

Periodizität Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002. Nächste Befragung: 2007.

Tab. 1.2 Anzahl Personen (15 Jahre und älter) in Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Luzern, 2002, nach Alters- und Geschlechtsgruppen

Altersgruppe	Männer		Frauen		Total	
	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung	Stichprobe	Bevölkerung
15–34 Jahre	128	50 575	129	43 119	257	93 694
35–49 Jahre	152	42 743	154	39 321	306	82 064
50–64 Jahre	114	33 068	150	33 206	264	66 274
65 Jahre und mehr	81	18 125	113	25 320	194	43 445
Total	475	144 511	546	140 966	1 021	285 477

1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen

Gesundheit stellt einen zentralen individuellen und gesellschaftlichen Wert dar. Gesundheit steht nicht nur zuoberst auf der persönlichen Wunschliste für die Zukunft und auf den Glückswunschkarten, die wir alljährlich zum Geburtstag erhalten, die Verbesserung und der Schutz der Gesundheit in der Bevölkerung ist auch eines der vordringlichen 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 Patienten stehen. Und dies mit gutem Grund: Wer an Schmerzen und Einschränkungen leidet, möchte diese möglich 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 Patienten sind hoch und die Erfolge von Diagnostik und Therapie beeindruckend. Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten und 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 gewinnt neben der Kuration und Rehabilitation auch die Prävention 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 eröffnet. 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 «Abwesenheit 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 Abwei-

chung von der Norm. Gesundheit muss vielmehr ständig erworben und aktiv aufrechterhalten werden. Anstatt der ausschliesslichen Bekämpfung von krankmachenden 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 für mehr Selbstbestimmung und eine positive 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 Verhaltenweisen, 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 eröffneten Möglichkeitsräumen 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 Lagen 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. Dabei gehen wir wie folgt vor:

Im nachfolgenden Abschnitt 1.4 wird zunächst ein Blick auf die strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen 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 sollen. 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 analysiert, 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 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.

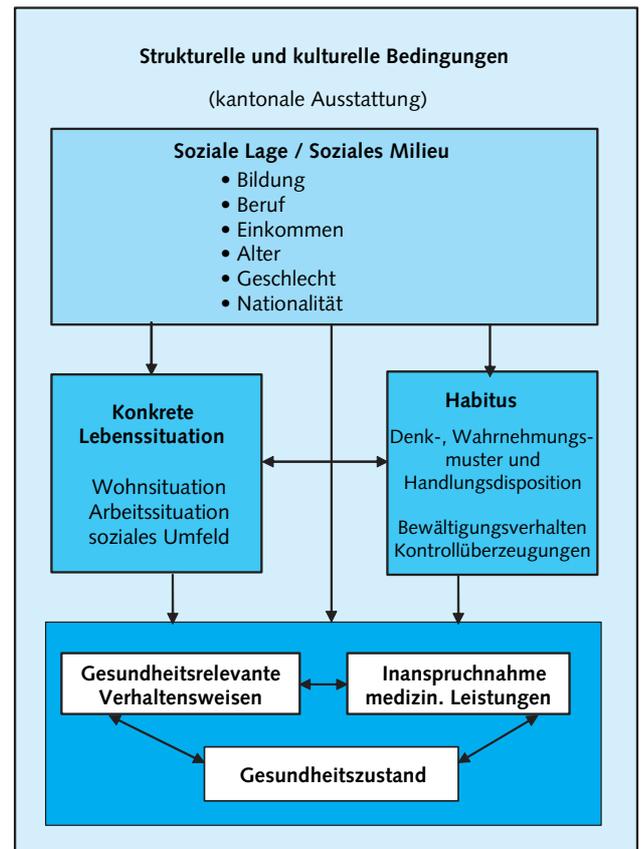
Das Kapitel 6 befasst sich mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In Kapitel 7 wird die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung dargestellt, und in Kapitel 8 werden die wichtigsten Befunde zusammengefasst.

1.4 Der Kanton Luzern 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 eine Person in ihren Verhaltensweisen einschränken oder befördern (vgl. z.B. BFS 2003; Bisig und Gutzwiller 2004a; Cardia-Vonèche und Bastard 1999; MacIntyre et al. 1993; Shaw et al. 1998). Soll der Kanton Luzern 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 Luzern mit Hilfe dieser Faktoren als gesundheitsrelevanten Kontext steckbriefartig zu

Abb. 1.1: Allgemeines Strukturmodell



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 Luzern weist im Vergleich zur Schweiz einen unterdurchschnittlichen Anteil an Ausländerinnen und Ausländern auf (LU: 15,5%, 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. Screeningprogramme 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 Haushaltformen, 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 Luzern etwas mehr junge Menschen (unter 19 Jahre alt), während die Anteile an 20- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen leicht tiefer 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 für unterschiedliche soziale Lagen spezifisches Gesundheitsverhalten zeigen sich als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehöriger unterer sozialer Lagen (Meyer und Jeanneret 1999). Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage wird häufig mittels des *Bildungsgrades* gemessen (Bisig und Gmel 2004). Der Kanton Luzern weist verglichen mit der Schweiz ein leicht tieferes aggregiertes Bildungsniveau auf. Der Bevölkerungsanteil, der eine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton Luzern rund 1% tiefer als in der gesamten Schweiz.

In der Public-Health-Diskussion spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Wer über starke soziale Netze verfügt, hat eine positivere Einstellung gegenüber seiner eigenen Gesundheit (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Als wichtigste Quelle primärer Sozialunterstützung gilt die Familie. Mit Hilfe der *Haushaltstrukturen* 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/innen von Einelternfamilien sind Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Erwerbs- und Familienarbeit müssen vereinbart werden. Dies und das Armutrisiko, dem vor allem allein erziehende Mütter und ihre Kinder ausgesetzt sind, können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen. Im Kanton Luzern wohnen durchschnittlich mehr Personen im gleichen Haushalt als dies in der gesamten Schweiz der Fall ist. Der Kanton weist überdies im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen geringeren Anteil an Einpersonenhaushalten auf. Auch hinsichtlich des Anteils an Einelternfamilien liegt der Kanton Luzern unter dem schweizerischen Mittel.

Wirtschaftlich schwache Gebiete fallen durch die schlechte Gesundheit ihrer Bevölkerung auf (Baggott 2000; Carstairs und Morris 1989; Drever und Whitehead 1995). Insbesondere die *Arbeitslosigkeit* 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* verteilen. Darüber hinaus variieren Gesundheitsrisiken stark zwischen den einzelnen Branchen (Gubéran und Usel 2000). Mit dem im Vergleich hohen Anteil an Beschäftigten im I. Sektor und einem Anteil an Beschäftigten im II. Sektor, der etwa dem gesamtschweizerischen Anteil entspricht, weist der Kanton Luzern eine eher tiefe Arbeitslosenquote auf.

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

1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen

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

In neuesten Studien zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Schweiz (Bisig und Gutzwiller 2004b, 2004c) werden regionale Unterschiede sehr häufig mit unterschiedlichem medizinischem Angebot erklärt. Je höher das Angebot an medizinischen Leistungen ist, desto stärker ist auch die Nachfrage. Ältere und neuere ökologische Analysen des Zusammenhangs von Gesundheitskosten und Ärztedichte weisen auf eine Abhängigkeit der Nachfrage vom Angebot hin (Crivelli et al. 2003; Domenighetti und Crivelli 2001; Domenighetti und Limoni 1994; Doppmann 1985; Haari et al. 2002; Rüefli und Vatter 2001). Im Vergleich mit der Gesamtschweiz weist der Kanton Luzern eine unterdurchschnittliche Ärzte-, aber eine leicht überdurchschnittliche Zahnärztedichte auf. Da im vorliegenden Bericht die gesamte Bevölkerung und zahlreiche Krankheitsursachen untersucht werden, wird die Bettendichte – als weiterer Angebotsfaktor – aller Institutionen (Zentrumsversorgung, Grundversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Spezialkliniken, Alters-, Betagten- Pflege- und Behindertenheime sowie andere sozialmedizinische Institutionen) in den Steckbrief aufgenommen. Der Kanton Luzern weist eine leicht unterdurchschnittliche Bettendichte auf. Freilich ist damit nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten ausgesagt. So gilt beispielsweise der Kanton Luzern als Importeur von Patientinnen und Patienten aus den Kantonen der Innerschweiz (Zahnd 2003).

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

Tab. 1.3 Eckwerte des Kantons Luzern

Indikator	LU	Schweiz	Rang LU ¹	Operationalisierung und Quelle
Allgemeine Angaben				
Bevölkerungsgrösse 2002	352 311	7 317 873	7	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP).
Bevölkerungsentwicklung 1992–2002	6,2	5,9	14	Zunahme/Abnahme in % zwischen 1992–2002 (ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)).
Kultureller Kontext				
Anteil Ausländer/innen in % 2002	15,5	20,3	17	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2002 in % (BFS, ESPOP).
Soziostruktureller und -demografischer Kontext				
Altersstruktur 2000				Wohnbevölkerung nach Altersklassen; Anteile in % (BFS: Volkszählung 2000).
0–19-Jährige in %	25,2	22,9	8	
20–64-Jährige in %	60,3	61,8	16	
>64-Jährige in %	14,5	15,4	17	
Bildungsniveau der 25–64-jährigen Bevölkerung 2000				Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000).
ohne nachobligatorische Ausbildung in %	24,3	22,9	13	
Sekundarstufe II in %	50,3	49,2	14	
Tertiärstufe in %	19,6	21,5	12	
Haushaltsstruktur 2000				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).
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,2	8	
Einpersonenhaushalte in %	33,3	35,8	12	
Monoparentale Haushalte in %	10,4	13	21	
Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt 2002)				Jahresdurchschnitt 2002 in % (seco, BFS, BFS: Volkszählung 2000).
Volkseinkommen in CHF pro Kopf 2001	42 646	49 012	19	Netto-Volkseinkommen zu Faktorkosten in CHF pro Einwohner 2001 (BFS: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung).
Beschäftigungsstruktur 2000/2001				Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren 2000 (Sektor I und 2001 (Sektoren II und III) als Anteile aller Beschäftigten (BFS).
Beschäftigte im I. Sektor in %	9,5	5,7	11	
Beschäftigte im II. Sektor in %	26,9	26,6	19	
Beschäftigte im III. Sektor in %	63,6	67,7	9	
Urbanitätsgrad				Urbanitätsgrad der Kantone gemäss Volkszählung 1990 (BFS 1997: Die Raumgliederung der Schweiz; Vatter et al. 2004).
Urbanitätsgrad	50,7	44,4 ²	13	
Angebot				
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	1,47	1,96	17	Ärztedichte: Anzahl der Allgemeinpraktiker/innen und Fachärztinnen und Fachärzte in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2002 (FMH-Statistik).
Zahnärztendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,43	0,39	10	Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner (BFS: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind).
Bettendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	21,4	22,2	11	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)	769	1 065 ³	20	Ausgaben im Jahr 2002 (Nettobelastung = laufende Rechnung plus Investitionsrechnung) pro Kopf gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Nettobelastung für Spitäler, Kranken- und Pflegeheime, psychiatrische Kliniken, ambulante Krankenpflege, Krankheitsbekämpfung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gesundheitsforschung, übrige Krankheiten, Schulgesundheitsdienst, Lebensmittelkontrolle, übriges Gesundheitswesen; inklusive Ausgaben der Gemeinden) (BFS: Finanzstatistik Bereich Gesundheit).

¹ Rang im interkantonalen Vergleich: 1 entspricht jeweils der höchsten Ausprägung.

² Diese Angabe entspricht dem Mittelwert aus den Angaben aller Kantone.

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

2 Gesundheitszustand

Gesundheitszustand der Luzerner Bevölkerung

Fragt man unsere **Bevölkerung** nach ihrem selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand, liegt sie ziemlich genau im schweizerischen Durchschnitt. 62,3% fühlen sich gut. 24,2% fühlen sich sehr gut. Bei genauer Analyse der Daten wird der Einfluss sozialer Faktoren deutlich: Je höher das Haushaltseinkommen und der berufliche Status sind, desto seltener treten chronische Beschwerden auf. Personen mit geringer Bildung oder tieferem Haushaltseinkommen sind häufiger übergewichtig und leiden häufiger an erhöhten Cholesterinwerten oder Bluthochdruck.

Vor allem die **männliche Bevölkerung** im Alter von 35 bis 64 schneidet bei der Frage nach der **psychischen Gesundheit** im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt **schlechter** ab. **Unfälle, Gewalttaten und Suizid** stellen die wichtigste Ursache für verlorene potenzielle Lebensjahre bei den Männern (31,8%) dar. Bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge sind die häufigsten Krebstodesursachen bei Männern.

Bei den **Frauen** stellen **Krebsleiden** die Hauptursache (39,8%) von verlorenen potenziellen Lebensjahren dar. 1/3 dieser Frauen starben an Brustkrebs. Unfälle, Gewalttaten und Suizid sind die zweitwichtigste Ursache für verlorene potenzielle Lebensjahre bei den Frauen (21,1%).

Das psychische Wohlbefinden von **Ausländer/innen** im Kanton Luzern liegt unterhalb des Schweizer Durchschnitts.

Gesundheitsförderung und Prävention müssten darauf gerichtet werden, **sozial benachteiligte Menschen** (tiefere Haushaltseinkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau) zu erreichen. Berufstätige Männer mittleren Alters und Ausländer können von Massnahmen zur Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens profitieren.

Dr. med. Helena Shang Meier, MPH
Stellvertretende Kantonsärztin

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 Mitwelt zu befriedigen bzw. zu verwirklichen, ist sie mehr oder weniger gesund oder auch krank. Gesundheit wird so zu einer aktiven Leistung und das Gesundheitshandeln zu einer zentralen Determinanten.

Im folgenden Kapitel werden die drei Dimensionen der Gesundheit – körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden – zunächst einzeln betrachtet. Dabei werden allfällige Geschlechterunterschiede analysiert, und es wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter untersucht. Bei wichtigen Indikatoren werden auch sozioökonomische Merkmale wie die Bildung, die Berufsstellung, das Einkommen und die Nationalität berücksichtigt. Mit den Zusammenhängen zwischen den drei Gesundheitsdimensionen befasst sich Kapitel 5.

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). Im folgenden Abschnitt wollen wir deshalb zunächst von der Selbsteinschätzung der Befragten bezüglich ihres allgemeinen Wohlbefindens ausgehen. 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.

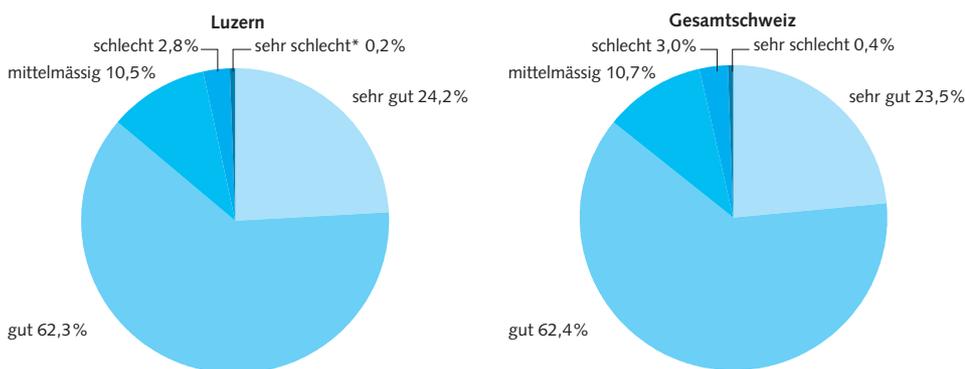
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

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

Der Anteil der Personen mit gutem und sehr gutem allgemeinem Wohlbefinden ist bei den Männern mit 88,1% noch leicht höher als bei den Frauen mit 84,9%. Bei beiden Geschlechtern nimmt jedoch das gesundheitliche Wohlbefinden bei den höheren Altersgruppen ab. Die Luzerner Werte bezüglich Alter und Geschlecht entsprechen in etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Lediglich der Anteil über 65-Jähriger mit guter und sehr guter Gesundheit ist geringer als in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtschweiz (Abbildung 2.2).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit variiert auch bezüglich der sozioökonomischen Merkmale. Auffällig dabei ist, wie stark die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der sozialen Lage der befragten Person zusammenhängt. Je höher die Bildung, die Berufsstellung und das Haushaltseinkommen, desto besser wird der persönliche Gesundheitszustand eingeschätzt. Im Kanton Luzern antworten 90,8% 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 79,4% der Fall. Dieser Befund stellt allerdings keine Besonderheit des Kantons Luzern dar, sondern findet sich in vergleichbarem Ausmass auch in der Gesamtschweiz (Tabelle 2.1).

Allgemeiner Gesundheitszustand, Kanton Luzern und Schweiz **Abb. 2.1**

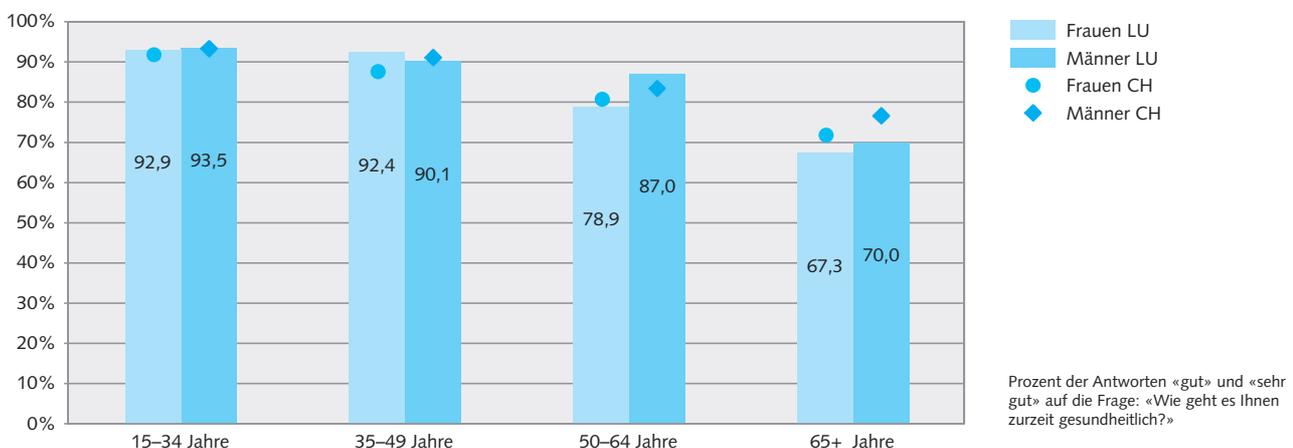


* Antworten von 0–10 Personen.

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1021 (LU), 19701 (CH).

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz **Abb. 2.2**



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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1021 (LU); 19'701 (CH).

Tab.2.1 Anteil der Personen mit (sehr) guter und (sehr) schlechter Gesundheit nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		gut/ sehr gut ¹		schlecht/ sehr schlecht ²	
		LU	CH	LU	CH
Gesamtbevölkerung		86,5	85,8	(3,0)	3,4
Geschlecht	Frauen	84,9	84,0	(3,2)	3,7
	Männer	88,1	87,8	(2,8)	3,1
Altersgruppen	15–34	93,3	92,5	*	0,9
	35–49	91,2	89,4	*	2,7
	50–64	82,9	82,0	(5,6)	5,2
	65+	68,4	73,7	*	6,6
Bildung	obligatorische Schule	79,4	79,1	(6,2)	6,0
	Sekundarstufe II	88,0	87,0	(2,3)	2,8
	Tertiärstufe	90,8	91,4	*	2,0
Nationalität	Schweizer	86,3	86,4	(2,3)	2,9
	Ausländer	87,7	83,6	*	5,7
Haushaltseinkommen³	bis CHF 3000	86,7	81,8	*	4,7
	CHF 3000 bis 4499	84,7	86,0	(2,7)	3,3
	CHF 4500 bis 5999	86,6	89,2	*	2,0
	CHF 6000 und höher	93,3	91,6	*	1,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	85,0	81,2	*	5,1
	qualifiziert manuelle Berufe	88,1	82,7	*	5,0
	Kleinunternehmer	80,8	86,5	*	2,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	86,5	85,2	*	3,2
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	88,6	88,1	*	2,8
höhere Führungskräfte, freie Berufe	86,6	92,5	*	1,8	
Regionaler Vergleich	Aargau		83,6		4,2
	Basel-Landschaft		85,4		3,3
	Basel-Stadt		80,4		6,4
	Bern		86,0		2,9
	Luzern		86,5		(3,0)
	Solothurn		83,4		3,2
	St. Gallen		86,4		2,9
	Zug		89,7		(2,0)
	Zürich		87,1		2,9
	andere Deutschschweizer Kantone		87,9		2,7
	Westschweizer Kantone		85,4		3,8
Tessin		84,6		5,4	

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

² Prozentanteil der Antworten «schlecht» und «sehr schlecht» auf die Frage: «Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»
Wegen der tiefen Fallzahl (n=27) können hier für den Kanton Luzern keine Werte ausgewiesen werden.

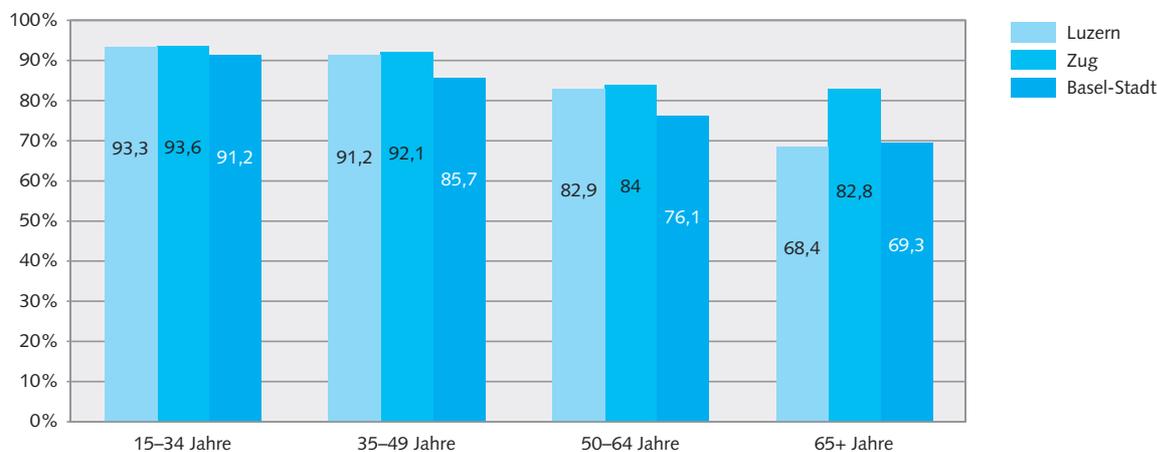
³ Das Äquivalenzeinkommen des Haushalts berechnet sich aus dem gesamten Haushaltseinkommen, gewichtet nach der Anzahl Personen, die in diesem Haushalt wohnen.
Für detaillierte Angaben vgl. BFS 2003d: 25f.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 929 <n< 1022 (LU); 18'183 <n< 19'702 (CH).

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

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

Abb. 2.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002., n=1021 (LU); 1009 (ZG); 1017 (BS)

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 liegt der Kanton Luzern etwa in der Mitte. Im Kanton Zug scheint es den Leuten gesundheitlich besonders gut (89,7% gut und sehr gut), im Kanton Basel-Stadt durchschnittlich etwas weniger gut (80,4% gut und sehr gut) zu gehen. Diese Aussage gilt auch, wenn man berücksichtigt, dass im Kanton Basel-Stadt (Alterdurchschnitt: 50,4 Jahre) deutlich mehr ältere Leute wohnen als in den Kantonen Luzern (Alterdurchschnitt: 44,5 Jahre) und Zug (Alterdurchschnitt: 43,3 Jahre). Bereits im Alter von 15 bis 34 Jahren schätzen die Bewohner des Kantons Basel-Stadt ihren Gesundheitszustand als etwas weniger gut ein als in den anderen Kantonen. Mit zunehmendem Alter nehmen die interkantonalen Unterschiede zu, wobei der Kanton Luzern bei den 15- bis 64-Jährigen ähnlich hohe Werte erreicht wie der Kanton Zug, bei den über 65-Jährigen hingegen ist der Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit sogar noch leicht geringer als im Kanton Basel-Stadt (vgl. Abbildung 2.3).

Lang andauernde Gesundheitsprobleme

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

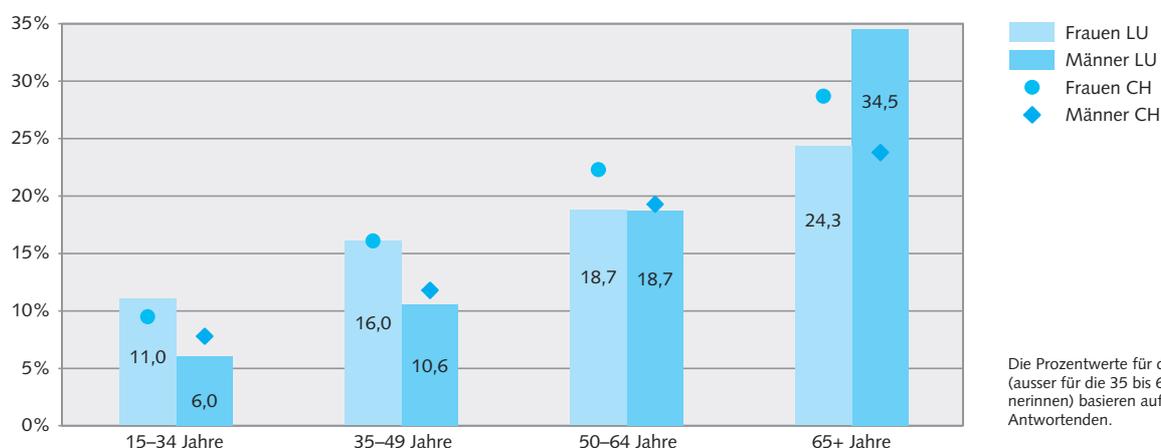
Im Kanton Luzern leiden 15,2% der Wohnbevölkerung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem; dieser Anteil liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt von 16,2%. Der genannte Gesamtwert ist aber nur bedingt aussagekräftig, da bei den chronischen Gesundheitsproblemen grosse Geschlechts- und Altersunterschiede existieren. Der Anteil an Frauen mit lang andauernden Beschwerden liegt denn auch deutlich über demjenigen der Männer (LU: 16,6 vs. 13,9%; CH: 18,1 vs. 14,1%). Mit zunehmendem Alter nehmen die lang andauernden gesundheitlichen Probleme erwartungsgemäss deutlich zu.

Bezüglich der Geschlechterdifferenz zeigt sich im Kanton Luzern eine Auffälligkeit. Es scheint, dass lang andauernde Gesundheitsprobleme in den jüngeren Altersgruppen häufiger bei den Frauen und im höheren Alter deutlich häufiger bei den Männern auftreten.¹

Wird nach der Art der Beschwerden unterschieden, so stellt man für die Bevölkerung des Kantons Luzern fest, dass gut vier Fünftel (85,1%) der Probleme körperlicher und 8,7% psychischer Art sowie 6,1% eine Kombination der beiden ist. Der Kanton Luzern unterscheidet sich mit diesen Werten insofern etwas von der Gesamtschweiz, als der Anteil körperlicher Beschwerden höher und der kombinierter Beschwerden tiefer ist (79,3%, 10,4%, 10,2%).

Anteil der Frauen und Männer mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 2.4



Die Prozentwerte für den Kanton Luzern (ausser für die 35 bis 64-jährigen Luzernerinnen) basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1021 (LU); 18'458 (CH).

¹ Wegen der geringen Fallzahl kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um ein Artefakt handelt.

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

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

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

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 älteren Altersgruppen. Auffällig ist ferner der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status, desto seltener treten lang andauernde Gesundheitsprobleme auf.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Luzern mit 15,2% Personen mit lang andauernden Beschwerden gemeinsam mit den Kantonen Zug (14,7%) und Basel-Landschaft (15,3%) im unteren Bereich. Geringer sind die Anteile lediglich in den Westschweizer Kantonen (15,1%) und im Tessin (12,4%; vgl. Tabelle 2.2).

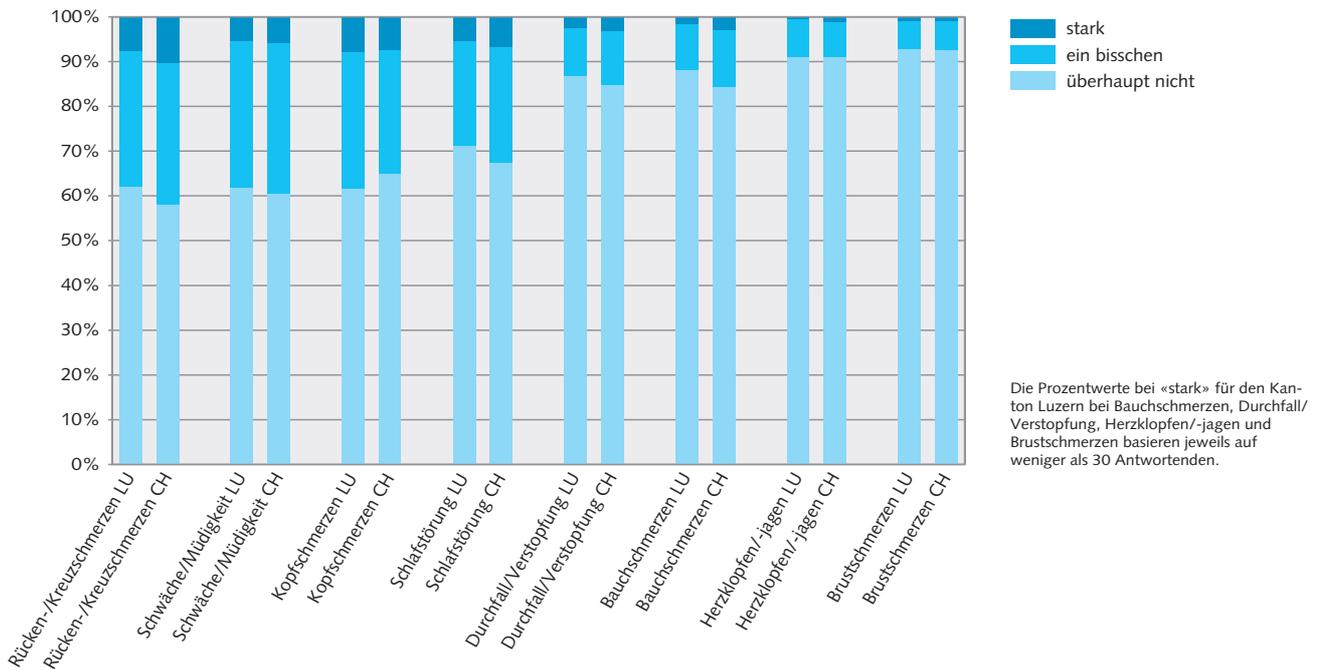
2.1.2 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen Frage nach lang 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 in 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 in Abwesenheit von 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 stärksten verbreitet sind. Dies gilt für den Kanton Luzern ebenso wie für die Gesamtschweiz.

Körperliche Beschwerden, Kanton Luzern und Schweiz

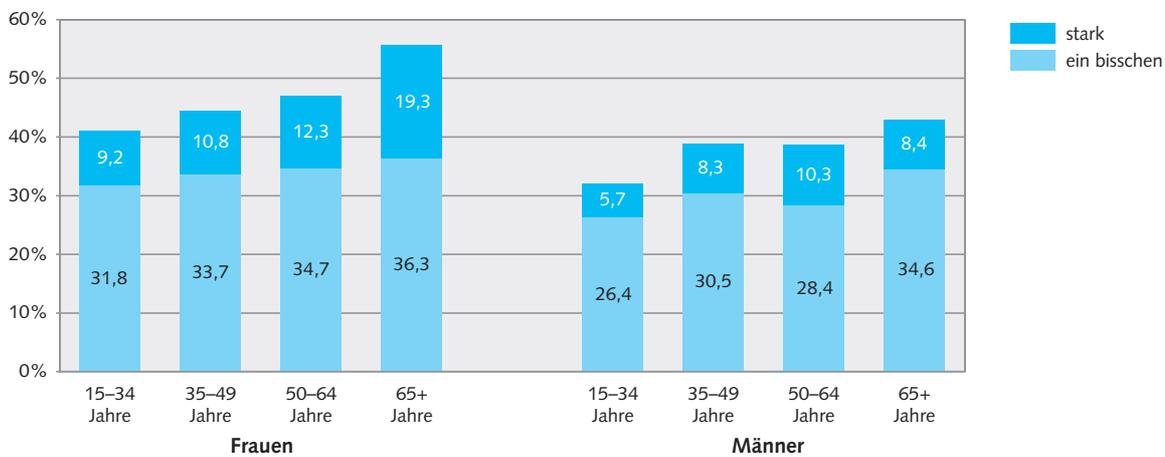
Abb. 2.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 952<n<956 (LU); n=18'514<n<18'524 (CH).

Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 2.6



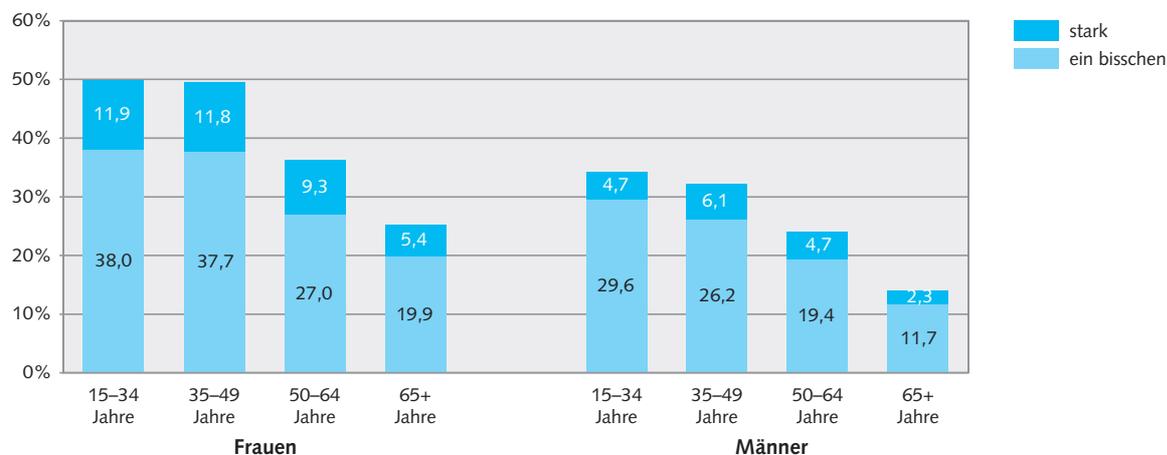
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'693.

Um sich über die Intensität der Beschwerden, die möglicherweise in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen stehen, ein Gesamtbild machen zu können, wurden die acht oben genannten Beschwerden zu einem Index zusammengefasst.² 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).

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

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) körperlichen Beschwerden nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 867 <n<951 (LU); 17'066<n<18'459 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden; * Antworten von 0-10 Personen. Gefragt wurde, ob eine Person überhaupt nicht (1 Punkt), ein bisschen (2 Punkte) oder stark (3 Punkte) an Rückenschmerzen, Schwäche, Kopfschmerzen und weiteren 5 Beschwerden litt. Die Punkte wurden zusammengezählt. Als «einige Beschwerden» gelten 10-11 Punkte, als «starke Beschwerden» 12 und mehr Punkte.

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

Untersucht man den Einfluss der sozioökonomischen und soziodemographischen Merkmale auf die Häufigkeit und Intensität der Beschwerden insgesamt, so ergibt sich, dass Personen mit geringer Bildung häufiger an starken Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung. Ein analoger, insgesamt aber etwas weniger starker Effekt zeigt sich mit Blick auf das Haushaltseinkommen: Mit zunehmendem Haushaltseinkommen nehmen die Beschwerden tendenziell ab. Beim Berufsstatus (der sozioprofessionellen Kategorie) lässt sich dagegen keine eindeutige Beziehung herauslesen: Personen in manuellen Berufe haben grundsätzlich nicht mehr Beschwerden als Personen in nicht manuellen Berufen. Am häufigsten leiden einfache Büroangestellte und Personen in anderen nicht manuellen Berufen an schweren Beeinträchtigungen. Dass diese Berufsgruppe durch einen besonders hohen Frauenanteil gekennzeichnet ist, verweist wiederum auf den Geschlechtsunterschied: Frauen geben doppelt so häufig starke Beschwerden an wie Männer (vgl. Tabelle 2.3).

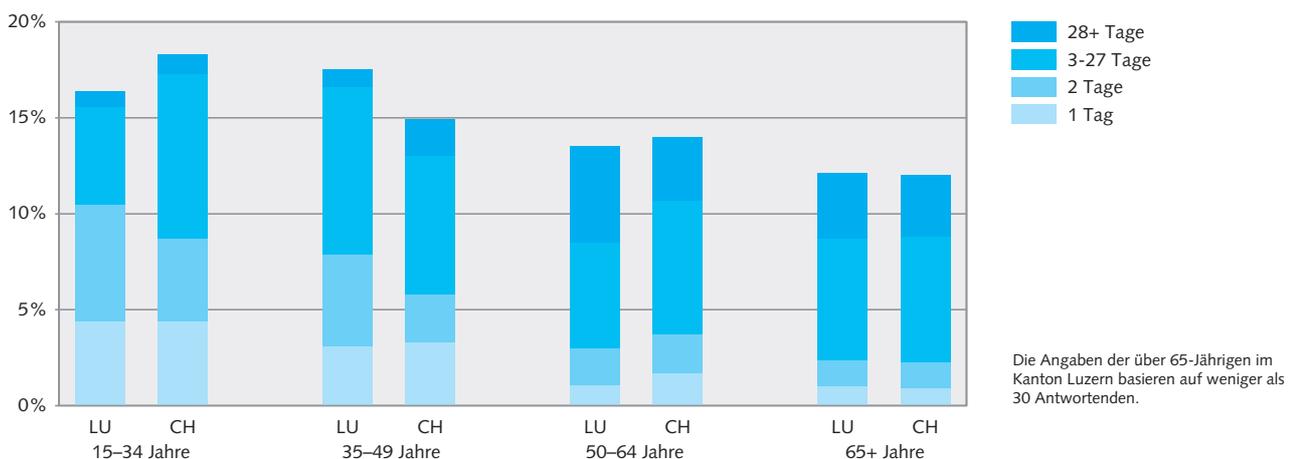
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Ein sowohl persönlich 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. 15,4% der Personen aus dem Kanton Luzern geben an, nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen zu sein. Diese Angaben liegen fast genau auf dem gesamtschweizerischen Mittel von 15,2%. Bei den Frauen (LU: 18,2%; CH: 16,6%) ist der Anteil höher als bei den Männern (LU: 12,5%; CH: 13,3%). Der Anteil nur eingeschränkt leistungsfähiger Personen im Kanton Luzern ist bei den 35- bis 49-Jährigen am höchsten und nimmt in den höheren Altersgruppen ab. Leistungseinschränkungen kommen im Kanton Luzern mit Ausnahme der 35- bis 49-Jährigen etwas seltener vor als in der Gesamtschweiz (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.

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

Abb. 2.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1018 (LU); 19'616 (CH).

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 – wie alle Auswertungen der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung – 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.

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.

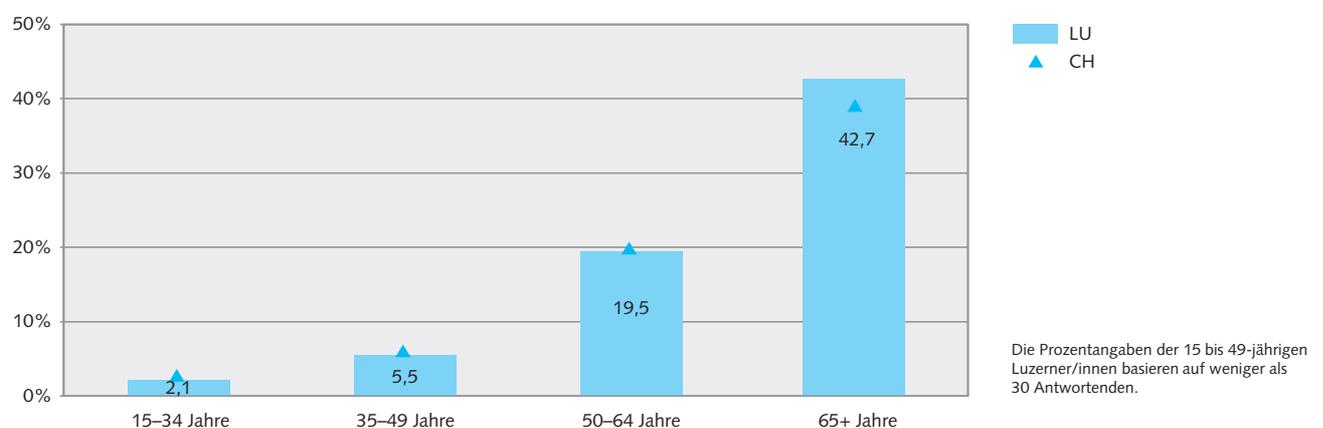
Bei 19,4% der Luzerner Bevölkerung wurde in einem der Befragung vorausgehendem Zeitpunkt von einer medizinischen Fachperson zumindest einmal ein zu hoher Blutdruck gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,9% einen zu tiefen und 13,3% einen zu hohen Blutdruck an.

In der Gesamtschweiz werden vergleichbare 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 jedoch bei den Frauen massiv höher als bei den Männern. Bei den 35- bis 49-jährigen Frauen hat ein Viertel der Personen, die über ihren Blutdruck Bescheid wissen, einen zu tiefen Blutdruck.

Aktuell zu hoher Blutdruck unterschieden nach Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 2.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=929 (LU); 17'834 (CH).

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» HDL³-Cholesterin in der Lage ist, überschüssiges Cholesterin abzuführen, lagert sich das «schlechte» LDL⁴-Cholesterin in den Arterien ab. Je höher der Blutfettspiegel, desto grösser ist das Risiko von Bluthochdruck, eines Herzinfarktes, Hirnschlages, Beinarterienverschlusses und von Diabetes. Wie der Blutdruck steigt auch der Cholesterinspiegel still und schmerzlos und wird erst bei einer Blutkontrolle erkannt.

Bei 15,5% der Personen aus dem Kanton Luzern, die sich an eine Untersuchung erinnern, wurde in der Vergangenheit zu hohes Cholesterin gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung haben 9,5% zu hohe Cholesterinwerte (vgl. Tabelle 2.4).

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

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

		kennt C. nicht		Diagnose erhöhter C.		aktuell zu hoher C.		
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	
Gesamtbevölkerung		46,0	40,6	15,5	14,6	9,5	8,8	
Geschlecht	Frauen	47,3	40,2	15,0	13,0	8,1	7,4	
	Männer	44,6	41,1	16,1	16,5	11,1	10,3	
Altersgruppen	15–34	67,4	61,7	*	4,9	*	1,7	
	35–49	49,2	41,6	13,5	12,2	*	5,2	
	50–64	26,1	25,2	28,7	23,0	19,6	13,9	
	65+	22,3	21,8	25,5	24,4	(18,6)	18,3	
Bildung	obligatorische Schule	52,0	44,2	(13,9)	12,8	(8,1)	8,6	
	Sekundarstufe II	45,0	40,4	14,2	14,7	9,0	8,2	
	Tertiärstufe	41,4	36,1	24,6	17,0	(14,4)	11,3	
Nationalität	Schweizer	47,1	40,8	14,8	14,8	8,7	9,0	
	Ausländer	(38,6)	39,4	(20,7)	13,7	*	7,5	
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	47,9	43,4	16,0	13,3	(9,1)	8,1	
	CHF 3000 bis 4499	42,3	36,7	15,5	15,9	11,4	9,7	
	CHF 4500 bis 5999	39,8	36,1	(14,8)	16,0	(8,5)	9,0	
	CHF 6000 und höher	43,0	32,4	(20,9)	17,3	*	10,7	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	47,6	37,7	(16,2)	15,5	*	9,5	
	qualifizierte manuelle Berufe	53,8	43,5	(13,0)	14,7	*	8,6	
	Kleinunternehmer	40,5	38,8	(13,7)	15,4	*	9,9	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	41,1	38,6	18,3	14,8	(12,5)	8,5	
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	46,7	39,8	(11,3)	14,4	(7,1)	8,5	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(27,7)	33,3	(31,7)	17,8	*	11,4	
Regionaler Vergleich	Aargau		43,2		15,4		7,3	
	Basel-Landschaft		39,1		17,0		8,4	
	Basel-Stadt		37,2		15,3		7,6	
	Bern		43,6		13,3		9,0	
	Luzern		46,0		15,5		9,5	
	Solothurn		38,9		13,9		8,3	
	St. Gallen		49,4		14,7		8,3	
	Zug		42,0		14,0		6,2	
	Zürich		42,5		13,4		7,4	
		andere Deutschschweizer Kantone		44,6		14,5		7,2
		Westschweizer Kantone		34,9		14,8		10,6
		Tessin		26,6		18,8		11,0

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 725 <n< 979 (LU) und 14'451 <n< 18'730 (CH).

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

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» antworteten.

³ HDL = high density lipoprotein

⁴ LDL = low density lipoprotein

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 Jahre einen erhöhten Cholesterinspiegel. Entsprechend sieht es auch mit dem Wissen über den eigenen Cholesterinwert aus. Junge wissen sehr oft nicht, wie es um ihr Cholesterin steht. Die Wahrscheinlichkeit für erhöhte Cholesterinwerte ist bei einer jungen Person jedoch auch vergleichsweise gering, vor allem wenn sich die Person regelmässig bewegt und nicht übergewichtig ist. Der Anteil Unwissender nimmt erwartungsgemäss mit höherem Alter ab, ist mit über 20% bei den über 65-Jährigen 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.

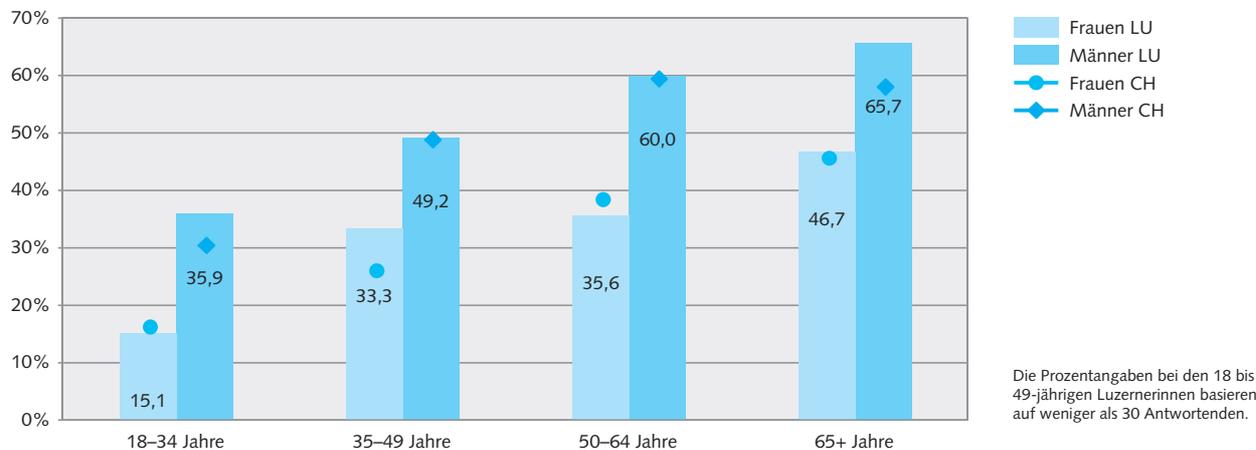
Übergewicht

Der allgemein anerkannte Parameter zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern (kg/m²). Die Kategorien für Personen über 18 Jahre 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). Das Morbiditätsrisiko steigt mit zunehmendem Übergewicht und insbesondere Adipositas an. 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 stark unterschätzt würden (WHO 1997).

Im Kanton Luzern wie auch in der Schweiz sind drei von zehn Personen übergewichtig und weitere 7,1% resp. 8,1% sind adipös. Insgesamt weisen im Kanton Luzern 47,4% der Männer und 29,8% der Frauen ab 18 Jahren ein Körpergewicht mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf (Gesamt Schweiz: Männer: 47,5%; Frauen: 30,5%).

Neben den Geschlechtsunterschieden 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

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



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=969 (LU); 18'893 (CH).

Tab.2.5 Körpergewicht nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Gesamtbevölkerung		3,5	4,2	57,8	58,7	31,5	29,4	7,1	7,7
Geschlecht	Frauen	5,6	6,4	64,6	64,3	23,4	21,8	6,4	7,5
	Männer	*	1,8	51,1	52,7	39,6	37,5	7,8	7,9
Altersgruppen	18–34	*	6,3	70,5	70,4	23,8	19,4	*	3,9
	35–49	(3,8)	3,0	54,6	59,3	32,9	29,9	(8,7)	7,8
	50–64	*	1,9	50,7	49,3	38,3	37,8	(9,5)	11,0
	65+	*	2,8	42,5	46,5	43,2	39,8	(11,0)	10,9
Bildung	obligatorische Schule	(6,0)	6,3	56,6	55,3	26,3	29,5	(11,0)	9,0
	Sekundarstufe II	(2,9)	3,6	57,1	59,3	33,9	29,2	6,1	7,9
	Tertiärstufe	*	3,2	63,3	61,2	28,5	30,5	*	5,1
Nationalität	Schweizer	4,1	4,5	58,6	59,5	31,2	28,6	6,1	7,4
	Ausländer	*	2,9	53,3	55,3	(33,4)	33,0		8,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	*	3,8	52,1	55,1	35,0	31,3	(10,1)	9,8
	CHF 3000 bis 4499	*	3,3	57,8	57,2	35,1	32,0	(5,0)	7,6
	CHF 4500 bis 5999	*	3,1	59,2	60,3	29,4	29,9	(7,5)	6,8
	CHF 6000 und höher	*	3,1	58,4	64,6	30,3	26,2	*	6,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	*	1,8	44,1	49,4	37,0	37,0	(15,4)	11,8
	qualif. manuelle Berufe	*	2,0	56,5	53,3	35,4	34,9	(6,9)	9,8
	Kleinunternehmer	*	2,3	51,4	52,0	39,3	36,3	*	9,4
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	*	5,1	58,7	61,5	30,5	26,0	(7,0)	7,4
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	*	4,0	62,7	63,4	30,4	27,0	*	5,7
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	3,4	62,8	58,5	28,4	32,0	*	6,1
Regionaler Vergleich	Aargau		3,3		55,9		32,8		8,0
	Basel-Landschaft		3,3		59,3		29,8		7,6
	Basel-Stadt		2,8		60,8		27,1		9,4
	Bern		4,1		56,2		31,0		8,6
	Luzern		3,5		57,8		31,5		7,1
	Solothurn		3,3		55,3		30,1		11,3
	St. Gallen		3,3		62,5		27,4		6,8
	Zug		4,7		59,5		30,7		5,1
	Zürich		3,9		61,0		28,6		6,4
	andere Deutschschweizer Kantone		3,6		58,3		29,8		8,3
	Westschweizer Kantone		5,3		58,8		28,1		7,8
	Tessin		5,7		58,1		30,0		6,2

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 918 <n< 1005 (LU); 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.

wichtiger zwischen den Geschlechtern bleibt bei allen Altersgruppen bestehen. Im Kanton Luzern fallen dabei die 18- bis 34- und über 65-jährigen Männer, sowie die 35- bis 49-jährigen Frauen durch deutlich höhere Anteile Übergewichtiger im Vergleich zu den entsprechenden Altersgruppen in der Gesamtschweiz auf (vgl. Abbildung 2.10).

Für das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen lässt sich ein inverser Zusammenhang nachweisen: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto kleiner ist der Anteil an Personen mit Übergewicht und insbesondere Adipositas. Dabei ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Übergewicht bei den Frauen deutlich ausgeprägter als bei den Männern. Dasselbe Muster zeigt sich bei den Frauen auch beim Untergewicht: Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen sind, desto kleiner ist der Anteil übergewichtiger und desto grösser der Anteil untergewichtiger Frauen. Für die Bewertung des gesundheitlichen Risikos muss dazu allerdings festgehalten werden, dass leichtes Untergewicht keinen Risikofaktor darstellt, während die Bedeutung des Übergewichts für die Herz-/Kreislaufkrankheiten wie auch Diabetes gut dokumentiert ist. Als Präventionsmassnahme steht eindeutig die Reduktion des Übergewichts im Vordergrund.

2.1.5 Unfälle

In der Schweiz ereignen sich pro Jahr über eine 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).

15% der Personen über 15 Jahre im Kanton Luzern erlitten im Laufe des Jahres vor der Befragung einen Unfall. Der grösste Teil der Unfälle ereignete sich bei Sport und Spiel. 8,8% der Personen im Kanton Luzern haben einen Sport- oder Spielunfall erlitten, wobei gut die Hälfte der Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten. Verletzungen bei Sport und Spiel liegen im Kanton Luzern mit 8,8% leicht über dem Gesamtschweizer Wert von 8,1%. Der Anteil verletzter Männer ist dabei mit 13,3% um das Doppelte höher als jener der Frauen mit 4,3%.

Am zweithäufigsten ereignen sich Unfälle in Haus und Garten. Dabei musste die Mehrheit der Unfälle ambulant oder stationär im Spital behandelt werden. Im Gegensatz zu den Sport- und Spielunfällen ist hier der Anteil verletzter Frauen höher als bei den Männern.

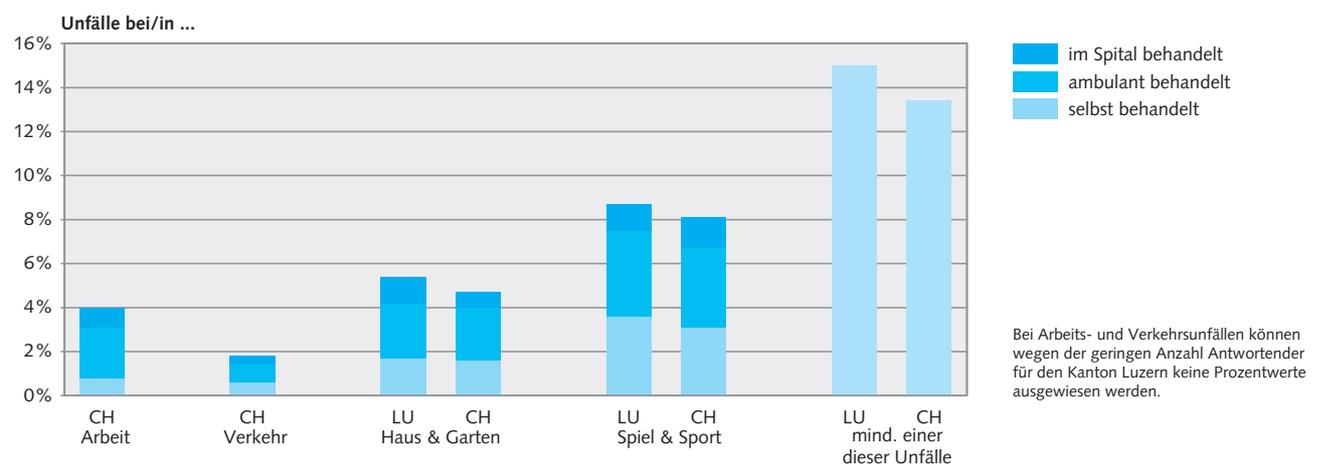
Einen Berufsunfall erlitten rund 5,2% der erwerbstätigen Luzerner/innen, wovon die Männer deutlich häufiger betroffen sind als die erwerbstätigen Frauen. Dieser Unterschied kann mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl erklärt werden.

Verkehrsunfälle ereigneten sich vergleichsweise wenige. Wegen den weitreichenden Folgen, die sie verursachen können, sind sie aber gleichwohl von grosser Bedeutung (Abbildung 2.11).

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 Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung in den letzten Jahren bewiesen haben, dass hier erfolgreich Prävention betrieben werden kann (vgl. z. B. Suva 2004).

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

Abb. 2.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1021 (LU); 19'706 (CH).

2.1.6 Schwindel und Stürze

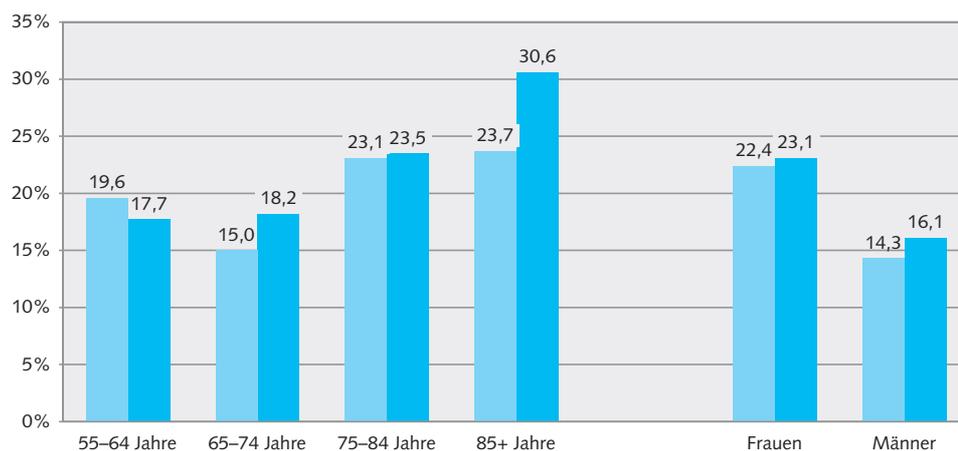
Mit zunehmendem Alter spielen Stürze als Verletzungsursache eine wichtige Rolle. Sie bringen oft Verlust von Eigenständigkeit und Lebensqualität mit sich, denn nicht selten haben Sie eine langsam heilende Sturzfraktur die Aufgabe des selbstständigen Wohnens zu Folgen.

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 von Einnahme von Medikamenten, die das Gleichgewicht beeinträchtigen, zu verstehen.⁵ Mit zunehmendem Alter werden zudem Schwindelanfälle als Sturzursache immer häufiger. Frauen geben doppelt so oft an, Schwindelprobleme zu haben, wie Männer (20,5% vs. 10,3%).

Während bei den 55- bis 64-Jährigen 19,6% der Luzerner/innen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt sind, ist dies bei den über 85-Jährigen bei knapp einem Viertel der Fall⁶ (vgl. Abbildung 2.12). Frauen stürzen dabei häufiger als Männer, was nur bedingt durch den grösseren Frauenanteil bei den über 85-Jährigen erklärt werden kann, da Frauen bereits in jüngeren Jahren häufiger stürzen. Die Sturzhäufigkeit bei Frauen ist insofern problematisch, als ältere Frauen bedingt durch Osteoporose ein höheres Risiko von Knochenbrüchen haben.

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

Abb. 2.12



Alle Prozentwerte für den Kanton Luzern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=287 (LU); 5874 (CH).

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 (vgl. Abbildungen 2.13 und 2.14).

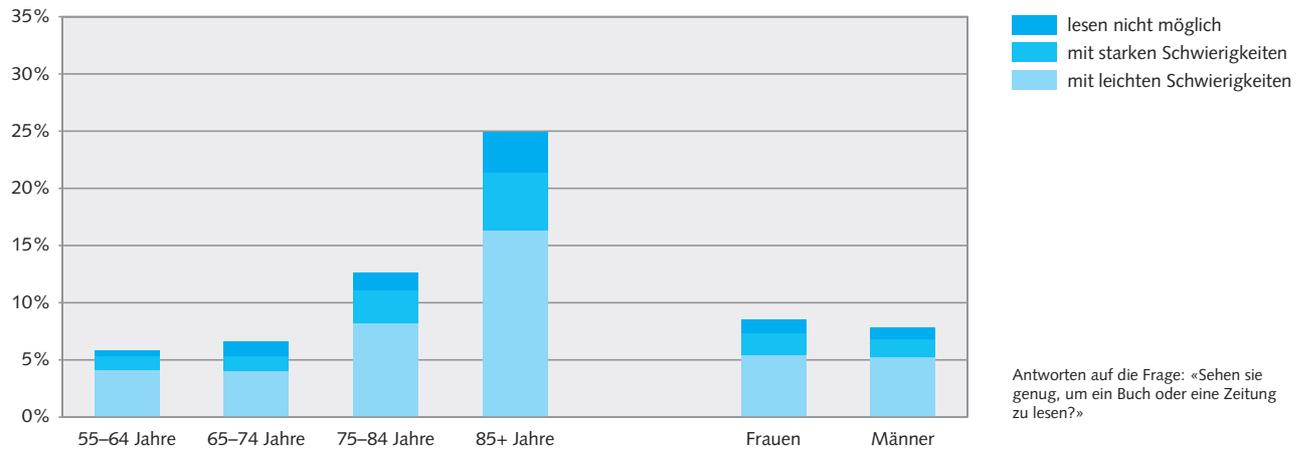
Erwartungsgemäss nehmen alle Schwierigkeiten mit dem Alter stark zu. Ein Viertel der Personen über 85 Jahre, die in einem Privathaushalt leben, hat Probleme mit Lesen und Hören. Dies kann einerseits mit dem altersbedingten Nachlassen der Seeschärfe und Hörstärke und andererseits auch mit zunehmenden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

⁵ Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Thema vgl. Höpfinger und Hugentobler (2003).

⁶ In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind ausschliesslich Personen befragt worden, die in einem Privathaushalt leben.

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

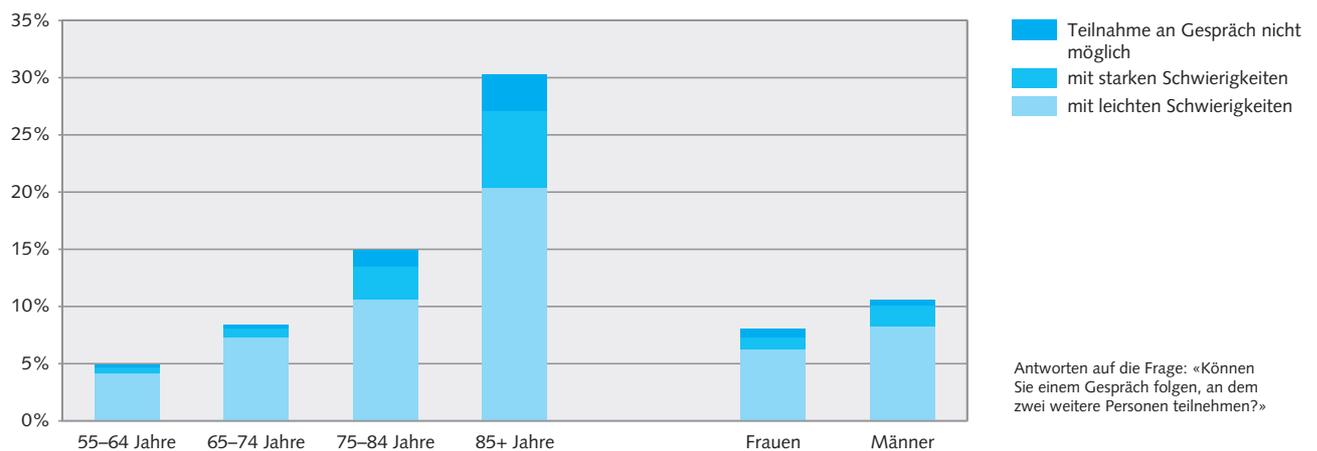
Abb. 2.13



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 mit einzubeziehen. Der Report zeigt zudem auf, wie psychische Krankheiten durch eine Kombination von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren verursacht werden.

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

2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit

Psychisch ausgeglichene Menschen fühlten sich in der Woche vor der Befragung praktisch jeden Tag ruhig, ausgeglichen, gelassen, voller Kraft, Energie und Optimismus. Im Gegensatz dazu geben psychisch unausgeglichene Personen an, in den vergangenen sieben Tagen (fast) täglich niedergeschlagen, angespannt, gereizt, nervös, unruhig sowie ohne Kraft und Energie gewesen zu sein.

Die Bevölkerung des Kantons Luzern erweist sich im Durchschnitt als psychisch etwas weniger ausgeglichen als die Gesamtschweizer Bevölkerung (53,6% vs. 55%). Dabei zeigt sich, dass sich die Luzernerinnen zwar psychisch leicht besser, die Luzerner jedoch deutlich weniger gut ausgeglichen fühlen als die entsprechende Schweizer Referenzgruppe. Mit zunehmendem Alter verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit der Frauen und der Männer sowohl im Kanton Luzern wie auch in der Schweiz insgesamt.

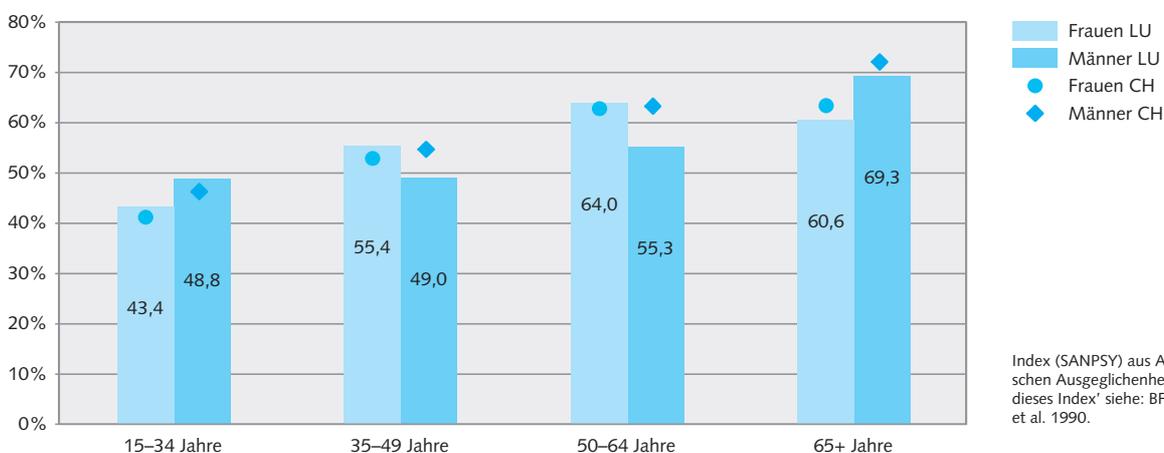
Luzernerinnen im Alter zwischen 15 bis 64 Jahren sind ausgeglichener als die gleichaltrigen Luzerner. Letztere empfinden sich in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen auch verglichen mit der Gesamtschweiz als weniger ausgeglichen. Bei den über 65-Jährigen kehrt sich die Differenz zwischen den Geschlechtern im Kanton Luzern um. Hier fühlen sich die Männer ausgeglichener als die gleichaltrigen Frauen. Der Anteil der über 65-jährigen Luzerner Bevölkerung mit guter psychischer Ausgeglichenheit liegt jedoch bei den Frauen und Männern etwas unter dem entsprechenden Schweizer Durchschnitt. (vgl. Abbildung 2.15).

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

Männer, die über einen höheren Bildungsabschluss verfügen, weisen eine deutlich höhere psychische Ausgeglichenheit auf als Männer, die lediglich die obligatorische Schule besucht haben. Diese Differenz ist bei den Luzernern allgemein noch verstärkt zu finden (Tabelle 2.6). Bei den Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht, stattdessen hat hier die Höhe des Haushaltinkommens einen Einfluss auf die psychische Ausgeglichenheit. Bei verheirateten und verwit-

Anteil Personen mit guter psychischer Ausgeglichenheit, nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 2.15



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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 514 (Frauen LU); 437 (Männer LU); 10'170 (Frauen CH); 8123 (Männer CH)

weten Frauen ist dieser Zusammenhang viel ausgeprägter als bei ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen. Dies mag ein Indiz dafür sein, dass bei den Frauen der soziale Status des 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 Index⁷ gebildet. Psychisches Wohlbefinden lässt sich auf dieser Grundlage in die vier Kategorien «niedrig», «eher niedrig», «eher hoch» und «hoch» einteilen.

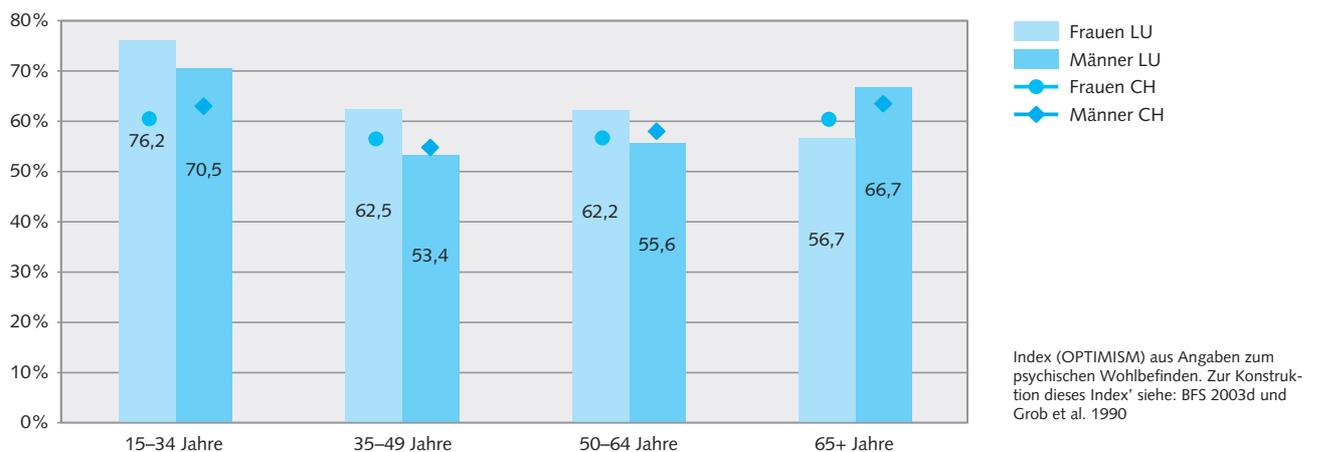
Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass eine Person subjektives Wohlbefinden erlebt, wenn ihre Ressourcen dazu ausreichen, den physischen, psychischen und sozialen Anforderungen zu genügen. Personen mit einem hohen psychischem Wohlbefinden bejahen Statements wie: «Meine Zukunft sieht gut aus», «Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen», «Ich freue mich zu leben», «Mein Leben scheint mir sinnvoll», «Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn» oder «Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind».

Das Niveau des psychischen Wohlbefindens der Personen im Kanton Luzern entspricht gesamthaft, sowie in den meisten untersuchten Bereichen etwa dem Deutschschweizer Durchschnitt. Das Niveau des psychischen Wohlbefindens der Bevölkerung in der Westschweiz ist indes deutlich tiefer. Bezüglich des Einflusses von Alter und Geschlecht auf das psychische Wohlbefinden lassen sich dabei ähnliche Tendenzen wie in der Gesamtschweiz beobachten.

Bis zur Altersgruppe der 65-Jährigen haben die Luzernerinnen ein besseres psychisches Wohlbefinden als die Luzerner, darüber ist es umgekehrt. Die beobachteten Geschlechterdifferenzen im Kanton Luzern sind dabei deutlich ausgeprägter als in der Gesamtschweiz. Der Tiefpunkt der Schweizerinnen liegt bei den 50- bis 64-Jährigen und steigt danach wieder an. Bei den Luzernerinnen zeigt sich hingegen ein ungebrochener Trend der Abnahme des psychischen Wohlbefindens bis in die höchste hier untersuchte Altersgruppe.

Bei den Männern ist der Wendepunkt bei den 35- bis 49-Jährigen, danach steigt das psychische Wohlbefinden sowohl bei den Luzernern als auch bei den Schweizern wieder an. Es ist weiter auffällig, dass sich die jungen Luzernerinnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung durch ein überdurchschnittlich hohes psychisches Wohlbefinden auszeichnen (vgl. Abbildung 2.16).

Anteil der Bevölkerung mit hohem psychischem Wohlbefinden unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz **Abb. 2.16**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=825 (LU); 15'587 (CH).

⁷ Der OPTIMISM-Index wurde für 2002 umbenannt von «positive Lebenseinstellung» zu «psychisches Wohlbefinden». In der Befragung von 1997 wurden diese Fragen lediglich den 15- bis 24-jährigen Personen gestellt (BFS 2003c).

Das psychische Wohlbefinden steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Haushaltseinkommen und höherer Schulbildung. Im Kanton Luzern zeigt sich zudem eine Zunahme des psychischen Wohlbefindens in den höheren sozioprofessionellen Kategorien. Je höher die sozioprofessionelle Kategorie, desto grösser wird auch der Unterschied zur Gesamtschweiz. Insbesondere die Gruppe der höheren Führungskräfte und der freien Berufe zeichnet sich durch einen sehr hohen Anteil (71,8%) von Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden aus.

Weiter lässt sich eine grosse Differenz zwischen den Nationalitäten erkennen. Der Anteil an Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden ist bei der ausländischen Wohnbevölkerung bedeutend tiefer als bei den Schweizerinnen und Schweizern (52,9% vs. 60,1%). (52,9% vs. 60,1%). Die Differenz im Kanton Luzern scheint in etwa gleich, wenn auch auf einem leicht höheren Niveau (vgl. Tabelle 2.6).

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Luzern bezüglich psychischem Wohlbefinden im Mittelfeld der Deutschschweizer Kantone. Das psychische Wohlbefinden der Bewohner aller Deutschschweizer Kantone liegt auf einem deutlich höheren Niveau, als das der Personen in der Westschweiz.

2.2.3 Schlafqualität

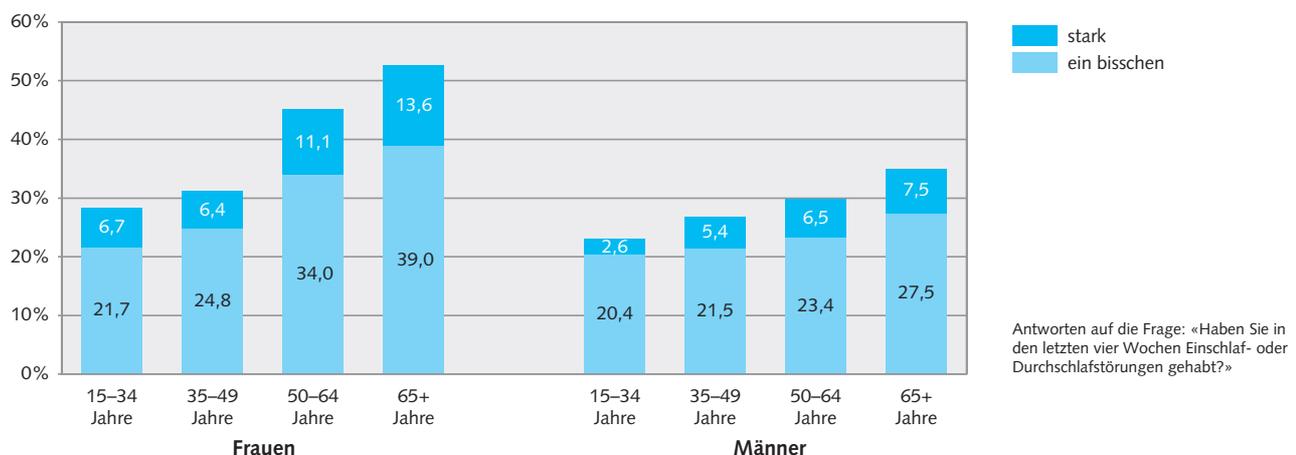
Für das Aufrechterhalten einer guten psychischen Gesundheit ist genügend und guter Schlaf wichtig. Wie viele Stunden Schlaf konkret nötig sind, kann nicht pauschal gesagt werden. Während sich die eine Person bereits nach wenigen Stunden ausgeruht fühlt, fällt es jemand anderem selbst nach zehn Stunden nicht leicht, das Bett zu verlassen. 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 Einfluss auf die Schlafqualität haben. Mit zunehmendem Alter häufen sich die Schlafprobleme. Dieser Befund gilt für Frauen deutlich stärker als für Männer (vgl. Abbildung 2.17).

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Konsum von Schlafmitteln, so zeigt sich: Je regelmässiger der Schlafmittelkonsum, desto häufiger werden auch starke Schlafprobleme angegeben. 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

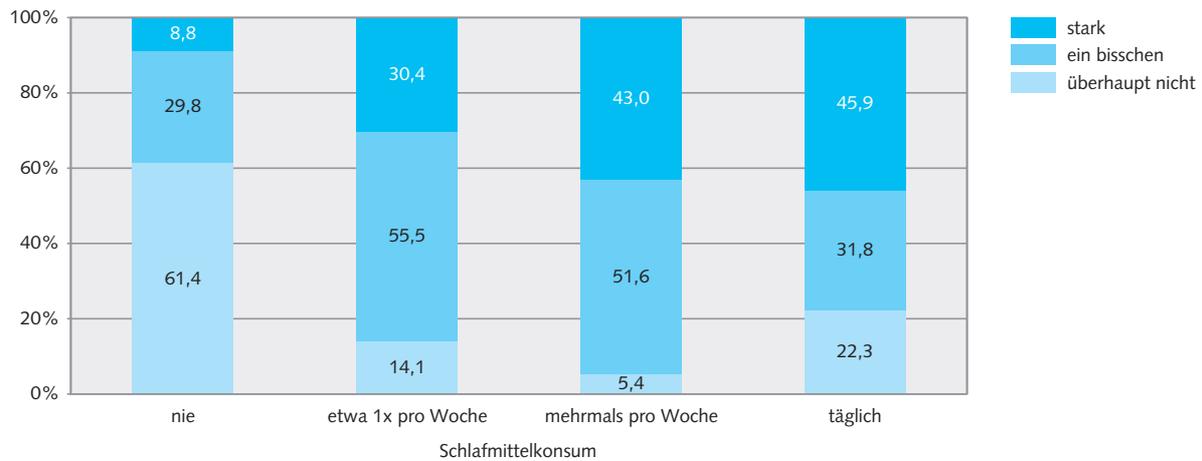
Abb. 2.17



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

Zusammenhang Schlafmittelkonsum und Schlafprobleme, Schweiz

Abb. 2.18



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

2.2.4 Lebensbewältigung

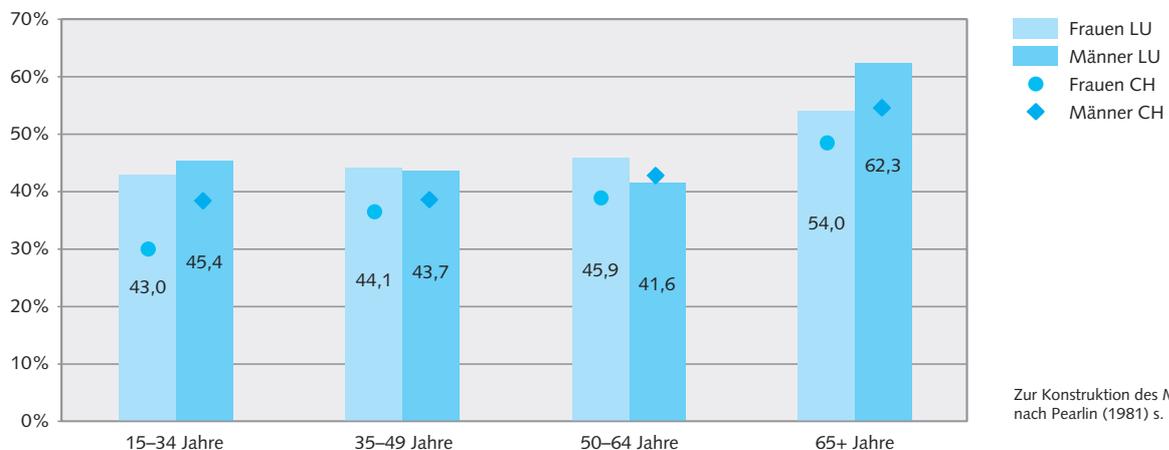
Zentral für die Lebensbewältigung ist die Überzeugung, das eigene Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Menschen mit ausgeprägten Kontrollüberzeugungen können besser mit Stress und Belastungen umgehen, als Personen, die sich dem Schicksal ausgeliefert fühlen. Studien belegen, dass starke Kontrollüberzeugungen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

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

Der Grad an Kontrollüberzeugung ist sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig. Im Kanton Luzern liegt der Anteil an Personen mit hoher Kontrollüberzeugung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in allen Altersgruppen über dem Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.19). Dies bedeutet, dass Luzerner/innen

Anteil der Bevölkerung mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 2.19



Zur Konstruktion des Mastery-Index' nach Pearlin (1981) s. BFS 2003.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=782 (LU); 14'359 (CH).

überdurchschnittlich stark davon überzeugt sind, ihr Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Dies tritt insbesondere für die 15- bis 34-jährigen Luzernerinnen und die über 65-jährigen Luzerner zu.

Es zeigt sich, dass Personen ausländischer Nationalität eine geringere Kontrollüberzeugung aufweisen als Schweizer/innen. Betrachtet man die in Tabelle 2.6 dargestellten sozioökonomischen Merkmale, so ist augenfällig, dass sich die untersten Haushaltseinkommen im Kanton Luzern durch eine sehr stark ausgeprägte Kontrollüberzeugung auszeichnen.

Nicht nur das Geschlecht und das Alter, sondern auch die soziale Lage beeinflusst die psychische Gesundheit. Mehr Bildung und ein höheres Haushaltseinkommen wirken sich im Kanton Luzern deutlich positiv auf das psychische Wohlbefinden, die Schlafqualität und die persönliche Kontrollüberzeugung aus (vgl. Tabelle 2.6).⁸

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

		hohe psychische Ausgeglichenheit		sehr hohes psychisches Wohlbefinden		keine Schlafprobleme		hohe Kontrollüberzeugung	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Gesamtbevölkerung		53,6	55,0	63,5	58,9	70,9	67,1	45,8	39,3
Geschlecht	Frauen	54,5	53,7	65,7	58,5	66,5	62,0	45,6	37,0
	Männer	52,7	56,3	61,4	59,4	75,1	72,5	45,9	41,8
Altersgruppen	15–34	46,3	43,7	73,2	61,7	80,2	74,3	44,3	34,1
	35–49	52,1	53,8	58,0	55,6	76,6	71,0	43,9	37,5
	50–64	59,7	63,0	58,9	57,3	61,8	62,3	43,7	40,8
	65+	64,1	66,8	61,0	61,7	53,8	54,6	57,7	51,1
Bildung	obligatorische Schule	44,1	49,3	64,7	55,9	65,6	61,9	41,2	37,5
	Sekundarstufe II	55,6	56,3	62,1	59,0	71,0	68,1	47,1	39,6
	Tertiärstufe	58,4	58,0	68,4	62,0	78,2	71,1	45,2	40,3
Nationalität	Schweizer	54,6	55,9	64,7	60,1	70,4	67,1	46,2	39,9
	Ausländer	(46,9)	50,8	(54,6)	52,9	73,8	66,9	(42,5)	36,2
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	51,8	53,1	61,0	55,1	72,7	67,0	50,4	37,5
	CHF 3000 bis 4499	55,6	56,3	63,6	59,1	69,6	66,2	41,7	40,0
	CHF 4500 bis 5999	59,8	58,9	63,1	61,3	67,0	68,8	46,1	41,4
	CHF 6000 und höher	55,7	58,5	67,8	65,0	79,5	68,3	48,0	42,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	56,5	55,1	59,8	59,0	64,9	67,7	38,7	40,0
	qualif. manuelle Berufe	52,2	54,9	58,9	57,7	82,3	70,7	48,7	41,0
	Kleinunternehmer	52,7	59,6	63,8	58,5	70,3	71,3	44,7	41,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	56,0	55,5	63,7	57,7	66,3	62,1	46,2	38,9
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl.Kader	55,3	54,8	65,4	59,8	70,7	67,3	45,9	38,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	65,6	58,1	71,8	63,0	74,8	70,8	(49,4)	40,3
Regionaler Vergleich	Aargau		53,0		62,0		70,0		41,4
	Basel-Landschaft		53,7		62,7		68,6		41,4
	Basel-Stadt		52,1		58,9		64,7		41,2
	Bern		53,6		61,0		69,0		40,1
	Luzern		53,6		63,5		70,9		45,8
	Solothurn		56,4		63,0		69,4		43,9
	St. Gallen		54,4		66,3		69,7		40,2
	Zug		58,6		65,3		70,4		44,3
	Zürich		56,2		62,8		67,4		41,9
	andere Deutschschweizer Kantone		57,2		64,2		69,2		44,7
	Westschweizer Kantone		55,6		47,1		62,8		31,9
	Tessin		51,1		59,9		63,5		32,2

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 721 <n< 1022 (LU); 13'434 <n< 18'293 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

⁸ Mielck (2000) findet denselben Befund in diversen Studien.

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.⁹

2.3.1 Einsamkeitsgefühl

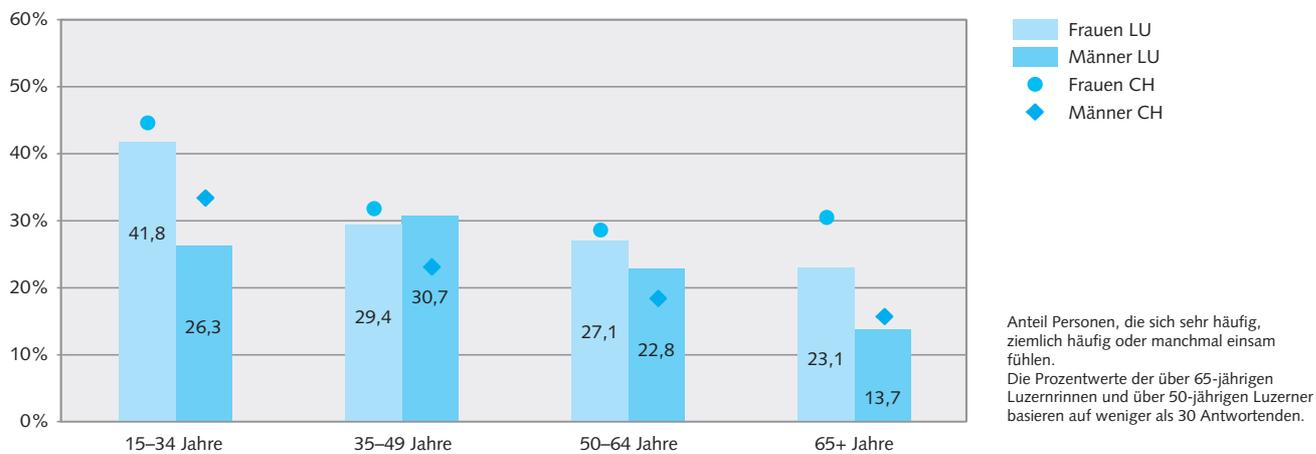
Menschen brauchen für ihr soziales und psychisches Wohlbefinden soziale Kontakte. Diese sind wesentlich für ihre geistige und soziale Entwicklung. Wird das individuelle Bedürfnis nach sozialen Kontakten nicht befriedigt, so äussert sich dies in Einsamkeitsgefühlen. Es ist dabei durchaus möglich, dass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

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

Junge Menschen leiden am häufigsten unter Einsamkeit, wobei der Anteil junger Frauen mit Einsamkeitsgefühlen bedeutend höher ist als derjenige junger Männer (42% vs. 26%). Mit zunehmendem Alter fühlt man sich tendenziell weniger einsam. Bei den über 65-Jährigen nehmen die Einsamkeitsgefühle jedoch wieder zu, was mit dem Verlust sozialer Beziehungen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und dem Ableben des Lebenspartners erklärt werden kann. Besonders bei den über 75-jährigen Personen fühlen sich immer mehr – insbesondere Frauen – einsam. Abbildung 2.20 macht deutlich, dass sich Frauen (fast) aller Altersgruppen deutlich einsamer fühlen als Männer. Eine Ausnahme bilden die 35- bis 64-jährigen Luzerner; sie fühlen sich etwas öfter einsam als die gleichaltrigen Luzernerinnen. Gleichzeitig fällt auf, dass die 15- bis 34-jährigen Luzerner und die über 65-jährigen Luzernerinnen deutlich seltener an Einsamkeitsgefühlen leiden als die entsprechenden Altersgruppen in der Schweiz.

Anteil der Bevölkerung mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 2.20

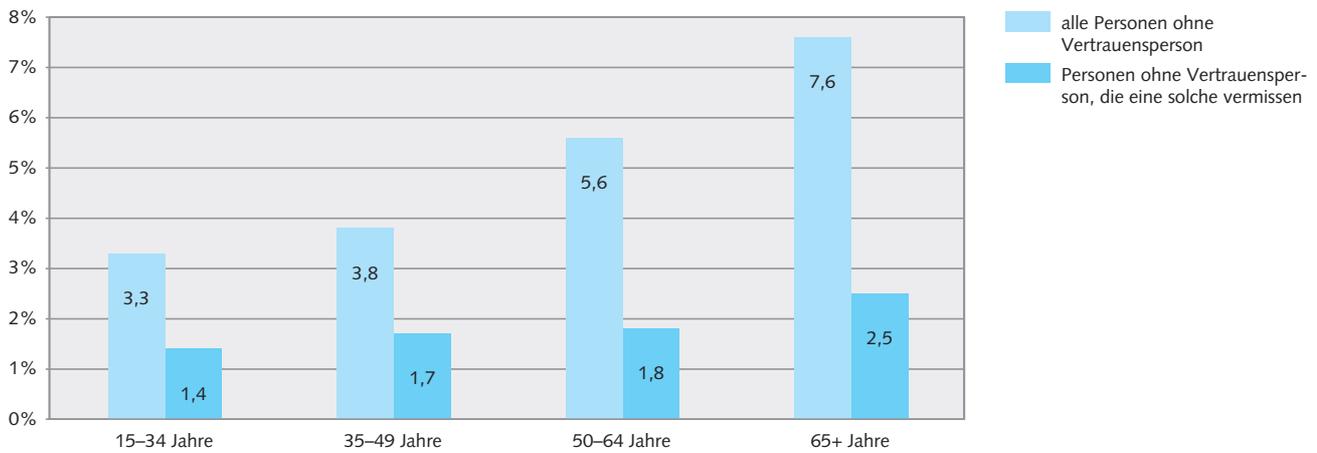


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=979 (LU); 18'735 (CH).

⁹ Für eine detaillierte Auseinandersetzung vgl. Bachmann 2000:29f.

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).

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. Nichtvorhandensein von Vertrauenspersonen gefragt, so geben gut 4% (2,6% der Frauen und 5,4% der Männer) der Bevölkerung des Kantons Luzern an, keine solche zu haben, was etwas unter dem gesamtschweizerischen Wert von 4,7% (4% der Frauen und 5,5% der Männer) liegt. Etwa der Hälfte dieser Frauen und einem Drittel der Männer ist dies auch als Mangel bewusst (vgl. Abbildung 2.21).

2.4 Sterblichkeit und Todesursachen

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

Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Sterblichkeit im Kanton Luzern dargestellt. Dabei werden einzelne Aspekte der Sterblichkeit, wie z. B. Differenzen nach Geschlecht und Alter untersucht und der Kanton mit der Region Zentralschweiz 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).

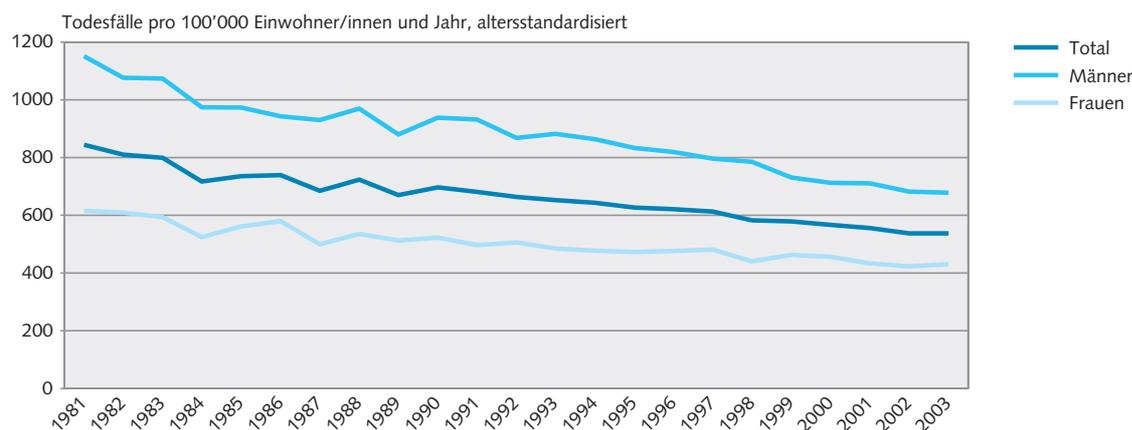
2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton Luzern

Im Jahr 2003 starben 1412 Frauen und 1338 Männer, die ihren Wohnsitz im Kanton Luzern hatten. Betrachtet man die Anzahl der Todesfälle der letzten 35 Jahre, ist für den Kanton Luzern ein Anstieg der Zahl der Todesfälle von 2405 (im Jahr 1969) auf 2750 (im Jahr 2003) zu beobachten. Dies entspricht einer Zunahme um rund 14,3%.

Im gleichen Zeitraum wuchs die ständige Wohnbevölkerung um 23,7% von 285'000¹⁰ auf 352'514 Einwohner und Einwohnerinnen. Damit liegt die gestiegene Anzahl Todesfälle deutlich unter der Bevölkerungsentwicklung. Laut Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist im Kanton Luzern bis zum Jahr 2040 mit einem weiteren Anstieg der Todesfälle zu rechnen (BFS, 2004d). Dies ist auf die Erhöhung der Lebenserwartung und die Überzahl an älteren Frauen zurückzuführen. Die zukünftige Entwicklung der Gesamtsterblichkeit hängt allerdings von schwer vorhersehbaren Faktoren ab wie Entwicklungen bei Mortalitätsrisiken und Verhaltensweisen, Migrationsflüsse, Geburtenziffer etc.

Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten im Kanton Luzern, nach Geschlecht im Zeitraum von 1981 bis 2003

Abb. 2.22



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

¹⁰ Geschätzte ständige Wohnbevölkerung der Kantone zur Jahresmitte 1969. Ab 1981 wurde eine Bevölkerungsstatistik geführt (Datenquelle: ESPOP).

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 liegt im Jahr 2003 für die Frauen bei 430 und für die Männer bei 679 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten für beide Geschlechter im Kanton Luzern 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 616 auf 430 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Jahr (-30,2%). Bei den Männern verringerte sich die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum von 1152 auf 679 Todesfälle pro 100'000 Einwohner (-41,1%).

Die altersstandardisierte Sterberate der Luzerner Männer ist im ganzen Zeitraum höher als diejenige der Frauen. Ursachen der Übersterblichkeit der Männer sind hauptsächlich physiologische und Verhaltensunterschiede (Vallin, 2002). Die geschlechtsspezifischen Sterberaten nähern sich einander an. Das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberaten zwischen Männern und Frauen betrug 1,87 im Jahr 1981 gegen 1,58 im Jahr 2003. Laut Meslé (2004) ist der Rückgang der geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede hauptsächlich auf Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer zurückzuführen. Die Herz-/Kreislauferkrankungen 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 Luzern lag im Jahr 1999/2002 bei 83,0 Jahren (Schweiz: 82,9 Jahre) für die Frauen und 77,8 Jahren (Schweiz: 77,3 Jahre) für die Männer, also leicht über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (BFS, 2005a).

Aus Tabelle 2.7 geht die Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten im Kanton Luzern nach Altersklassen bzw. die altersstandardisierte Gesamtsterberate hervor. Obschon die Mortalität in den jüngeren Altersklassen sehr gering ausfällt, bildete sich die Sterberate der 0- bis 24-Jährigen zwischen 1981/83 und 2001/03 bei den Frauen von 61 auf 32 und bei den Männern von 126 auf 54 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner zurück, was einer Abnahme um 48,3% bzw. 56,7% entspricht. Ähnliches gilt für die Altersklasse der 25- bis 64-Jährigen, deren Sterblichkeit im gleichen Zeitraum bei den Frauen um 24,1% und bei Männern um 39,8% 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 Luzern, in der Grossregion Zentralschweiz¹¹ und der Schweiz zeigen in der Zeit von 1990 bis 2003 eine parallele Entwicklung. Ab 1990 ist die Mortalität der Frauen im Kanton Luzern etwas tiefer als diejenige in der Grossregion Zentralschweiz, aber stets höher als in der gesamten Schweiz (Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen, altersstandardisiert, 1981: LU, 616, Grossregion Zentralschweiz: 677, CH: 593 / 2003: LU, 430, Grossregion Zentralschweiz: 463, CH: 421). Die männliche Wohnbevölkerung des Kantons Luzern zeichnet sich im Zeitraum 1981 bis 2003 durch eine leichte Übersterblichkeit im Vergleich zur gesamten Schweiz aus. Ab 1990 haben im Kanton Luzern die Männer zudem eine leicht höhere Sterberate als in der Grossregion Zentralschweiz (Todesfälle pro 100'000 Einwohner, altersstandardisiert, 1981: LU, 1152, Grossregion Zentralschweiz: 1044, CH: 1012 / 2003: LU, 679, Grossregion Zentralschweiz: 671, CH: 667).

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

Geschlecht	Altersgruppe	1981/1983 ¹	1991/1993 ¹	2001/2003 ¹	Entwicklung 1981/83–2001/03 in %
Frauen	0–24	61	50	32	-48,3
	25–64	208	185	157	-24,1
	65–84	3 378	2 767	2 134	-36,8
	85+	17 654	15 138	15 393	-12,8
	Total, altersstandardisiert	607	496	429	-29,3
Männer	0–24	126	93	54	-56,7
	25–64	479	367	288	-39,8
	65–84	5 732	4 901	3 588	-37,4
	85+	22 444	19 169	17 463	-22,2
	Total, altersstandardisiert	1 101	894	690	-37,3

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

¹¹ Damit beim regionalen Vergleich die Zahlen des Referenzkantons die Analyse nicht beeinflussen, sind die altersstandardisierten Sterberaten für die Region Zentralschweiz und die Schweiz ohne den Kanton Luzern berechnet worden.

2.4.2 Ausgewählte Todesursachen

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

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

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	4 712	47,7	3 317	13,5	109**
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	2 030	20,5	871	3,5	122**
– Hirngefässerkrankungen	979	9,9	948	3,9	108*
Tumore	2 214	22,4	9 793	39,8	101
davon:					
– bösartige Tumore der Brust	439	4,4	2 845	11,6	102
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	163	1,6	951	3,9	79**
– bösartige Tumore des Dickdarms	177	1,8	384	1,6	103
Krankheiten des Atmungssystems	532	5,4	508	2,1	88**
Diabetes mellitus	321	3,2	266	1,1	103
alkoholische Leberzirrhose	41	0,4	414	1,7	97
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	444	4,5	5 176	21,1	105
davon:					
Suizide	113	1,1	2 484	10,1	91
übrige Todesursachen	1 620	16,4	5 114	20,8	83**
Total	9 884	100,0	24 588	100,0	100

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

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

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

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH = 100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi²: **: p < 0,005, *: p < 0,05.

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

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

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	3 936	41,3	8 730	18,5	109**
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	2 087	21,9	4 615	9,8	119**
– Hirngefässerkrankungen	632	6,6	972	2,1	106
Tumore	2 659	27,9	11 604	24,5	97
davon:					
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	611	6,4	2 752	5,8	97
– bösartige Tumore der Prostata	444	4,7	369	0,8	108
– bösartige Tumore des Dickdarms	174	1,8	566	1,2	90
Krankheiten des Atmungssystems	656	6,9	903	1,9	92*
Diabetes mellitus	209	2,2	718	1,5	98
alkoholische Leberzirrhose	113	1,2	913	1,9	103
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	711	7,5	15 033	31,8	94
davon:					
– Suizide	303	3,2	7 113	15,0	94
übrige Todesursachen	1 246	13,1	9 392	19,9	82**
Total	9 530	100,0	47 293	100,0	99

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

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

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

⁴ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH = 100 (Todesfälle ab 1. Altersjahr), Chi²: **: p < 0,005, *: p < 0,05.

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

Wie aus Tabelle 2.8 (1. Spalte) hervorgeht, sind von 1995 bis 2001 insgesamt 9'884 Frauen mit Wohnsitz im Kanton Luzern gestorben. Bezogen auf die Bevölkerungsgrösse entspricht dies 810 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen. Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden bildeten dabei die Haupttodesursachen (70,1% aller Fälle).

Aus präventivmedizinischer Sicht steht v. a. die Verhütung der «vorzeitigen» bzw. «vermeidbaren» Sterblichkeit im Vordergrund. Diese wird mit der Analyse der *verlorenen potenziellen Lebensjahre* (VPL) gemessen (vgl. Anhang). Zweck des VPL ist es, die Hauptursachen derjenigen Todesfälle zu identifizieren, welche die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung eines Kantons in erheblichem Masse beeinträchtigen. Die Analyse der VPL gibt Aufschluss über die vorzeitige Sterblichkeit, indem Todesfälle in vor dem 70. Altersjahr stärker gewichtet werden als in der üblichen Sterbeziffer.

Insgesamt gingen im Kanton Luzern bei den Frauen im Beobachtungszeitraum knapp 24'600 Lebensjahre vorzeitig verloren (s. Tabelle 2.8, Spalte 3). Obschon Herz-/Kreislaufkrankheiten die Haupttodesursache der Frauen bilden, geht der grösste Verlust an vorzeitig verlorenen Lebensjahren auf das Konto der Krebsleiden (39,8% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre). Krebskrankheiten sind somit die bedeutendste Ursache vorzeitiger Todesfälle von Frauen (9793 VPL). Brustkrebs erklärt dabei ein Drittel der verlorenen potenziellen Lebensjahre der Krebskrankheiten.

Um die Mortalität im Kanton Luzern und der Schweiz zu vergleichen, wurden die altersstandardisierten Mortalitätsraten (SMR, vgl. auch Anhang) berechnet. Der Wert 100 in den Tabelle 2.7 und Tabelle 2.8 (Spalte 5) entspricht dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Die Anzahl Todesfälle bei den Frauen im Beobachtungszeitraum ist für den Kanton Luzern gleich dem Gesamtschweizer Wert von 100 (dies bedeutet eine ähnliche Sterblichkeit im Kanton wie in der Schweiz). Betrachtet man wiederum die Todesfälle durch Herz-/Kreislaufkrankheiten, zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtschweiz um 9% höhere Sterblichkeit der Luzernerinnen. Diese erhöhte Sterblichkeit lässt sich sowohl für Hirngefässerkrankungen als auch vor allem für ischämische Herzkrankheiten feststellen. Bei bösartigen Tumoren der Trachea, der Bronchien und der Lunge sowie bei den Krankheiten des Atmungssystems weisen die Frauen im Kanton Luzern klar unterdurchschnittliche Werte auf.

Bei den Männern (Tabelle 2.9, Spalte 5) lässt sich zunächst festhalten, dass im Beobachtungszeitraum die Sterblichkeit zwischen dem Kanton Luzern und der Schweiz sich kaum unterscheidet. Positiv zu vermerken ist die 8% tiefere Sterblichkeit der Luzerner Männer wegen Krankheiten des Atmungssystems im Gesamtschweizer Vergleich. Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten kamen im Kanton Luzern bei den Männern etwas häufiger vor als in der Gesamtschweiz.

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 sind 9530 Männer mit Wohnsitz im Kanton Luzern gestorben. Dies entspricht im Durchschnitt einer jährlichen Sterberate von 804 Fällen pro 100'000 Einwohner. Wie bei den Frauen bilden die Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden die Haupttodesursachen (69,2% der Fälle). Unter den Krebsleiden ist bei Männern der Lungenkrebs die häufigste Todesursache. Ischämische Herzkrankheiten und Hirngefässerkrankungen treten bei Männern gleichermassen auf wie bei Frauen. Herzkrankheiten im Allgemeinen sind im Kanton Luzern mit einem SMR von 109 generell häufiger als im schweizerischen Durchschnitt.

Betrachtet man wiederum die verlorenen potenziellen Lebensjahre, zeigt sich, dass Unfälle, Gewalttaten und Suizide die bedeutendsten Ursachen vorzeitiger Todesfälle von Männern sind (31,8% der VPL). Diese bei den Männern häufigeren Todesursachen dürften auf geschlechtsspezifische Verhaltensmuster hinweisen. Anders als bei den Männern gibt es im Kanton Luzern bei Frauen aber häufiger Unfälle und Gewalttaten als im schweizerischen Durchschnitt.

2.4.3 Ergebnisübersicht

Die Gesamtmortalität im Kanton Luzern weist eine ähnliche Entwicklung wie die Sterblichkeit in der übrigen Schweiz auf. Die Sterberaten der Männer und Frauen haben sich in den letzten zehn Jahren allgemein angenähert, und die männliche Übersterblichkeit ging im ganzen Beobachtungszeitraum (1981–2003) zurück. Mögliche Ursachen für diesen Wandel sind Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer (Meslé, 2004). Die grösste Abnahme der Todesfälle in absoluten Zahlen verzeichneten die oberen Altersklassen (Personen ab 65 Jahre), welches einher geht mit der Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung. Dazu beigetragen hat ebenfalls die tiefere Mortalität in den jüngeren Alterklassen. Geografische Vergleiche zeigen, dass die standardisierte Mortalitätsrate beider Geschlechter im Kanton Luzern ähnlich dem Mittel der Region Zentralschweiz und dem nationalen Durchschnittswert verläuft.

Die Analyse der Todesursachen hat gezeigt, dass Krebsleiden im Kanton Luzern die Lebenserwartung der Menschen am stärksten beeinträchtigen. Ein Grossteil der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) ist auf diese Todesursachen zurückzuführen. Hinsichtlich der Anzahl sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Luzern. Sie fallen im Hinblick auf die VPL aber weniger stark ins Gewicht, da sie meist Menschen im fortgeschrittenen Alter betreffen. Aus präventivmedizinischer Sicht stehen v. a. die Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Vordergrund, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre bei den Männern an erster Stelle (31,8%) und bei den Frauen an zweiter Stelle (21,1%) stehen. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz waren bei den Frauen Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Kanton Luzern im beobachteten Zeitraum häufiger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Die Sterblichkeit der beiden Geschlechter im Kanton Luzern aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten liegt im Beobachtungszeitraum leicht über den Gesamtschweizer Werten. Insbesondere liegt die Sterblichkeit wegen ischämischer Herzkrankheiten bei den Frauen und den Männern über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Diese Todesursache trägt mit einem Anteil von 20,5% bei Frauen und 21,9% bei Männern zum Total der Fälle bei.

2.5 Zusammenfassung

Fragt man die Einwohner/innen des Kantons Luzern, wie es ihnen zur Zeit gesundheitlich gehe, so antwortet die grosse Mehrheit, dass sie sich gut (62,3%) oder sogar sehr gut (24,2%) fühle. Nur eine Minderheit sagt, dass es ihr momentan schlecht oder sehr schlecht gehe. Bezüglich *selbstwahrgenommener Gesundheit* liegen die Luzerner/innen damit ziemlich genau im Schweizer Durchschnitt.

Geschlecht und Alter erweisen sich als wichtige Bestimmgrössen für das gesundheitliche Wohlbefinden. Mit zunehmenden Lebensjahren sinkt der Anteil Personen mit guter und sehr guter Gesundheit und ab dem 50. Lebensjahr empfinden Männer ihre Gesundheit als besser als Frauen. Die grösste Differenz zeichnet sich bei den 50- bis 64-Jährigen ab: Während sich 87% der Luzerner in dieser Altersgruppe gut und sehr gut fühlen, trifft dies lediglich für 79% der Luzernerinnen zu.

Ein Grund für die Verschlechterung des Wohlbefindens ist die Zunahme *lang andauernder Gesundheitsprobleme* mit höherem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen die grosse Mehrheit (91%) beschwerdefrei lebt, so trifft dies nur noch für drei Viertel (73%) der über 65-Jährigen zu. Auch hier besteht wieder ein deutlicher Geschlechterunterschied. Frauen berichten häufiger von lang andauernden Gesundheitsproblemen als Männer. Während ein Viertel (26%) der 50- bis 64-jährigen und knapp ein Drittel (31%) der über 65-jährigen Luzernerinnen mit einem chronischen Leiden zu leben hat, trifft dies auf lediglich 14% der 50- bis 64-jährigen und 19% der über 65-jährigen Luzerner zu. Die über 50-jährigen Luzernerinnen liegen damit über und die Luzerner unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Auffällig ist 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. In allen Altersgruppen berichten Frauen fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen wie Männer (LU: 24,6% vs. 14,5%). Ferner zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen häufiger unter den genannten Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung.

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 Luzern bei den 35- bis 49-Jährigen und in der Gesamtschweiz unter den 15- bis 34-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 erhöhtem Cholesterinspiegel ist, dass beides nicht unmittelbar wahrgenommen werden kann. Es ist deshalb wichtig, dass die entsprechenden Werte in regelmässigen Abständen von einer medizinischen Fachperson gemessen 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 20% bei den über 65-Jährigen 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 verdoppelt sich beinahe zwischen den 18- bis 34-Jährigen und den über 65-Jährigen von 23,8% auf 43,2% (LU). Bei Adipositas kommt es sogar zu einer Verdreifachung von 3,9% auf 10,9% (CH). Die Werte für die Gesamtschweiz stimmen mit jenen für den Kanton Luzern etwa überein. Männer sind in der Gruppe der Übergewichtigen auf allen Altersstufen

stark übervertreten. Die grösste Differenz besteht im Kanton Luzern bei den über 65-Jährigen. Zwei von drei Luzernern sind in dieser Altersgruppe (stark) übergewichtig. Damit unterschieden sie sich nicht nur von den Luzernerinnen, sondern auch von den Schweizern dieser Altersgruppe allgemein.

Mit höherer Bildung und höherem Haushaltseinkommen nimmt der Anteil an Übergewichtigen ab. Dieser Zusammenhang findet sich bei beiden Geschlechtern, wobei er bei den Frauen noch deutlicher ausfällt als bei den Männern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich 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 (chronischen) Beschwerden und fühlen sich gesundheitlich weniger gut.

Im Gegensatz zur körperlichen Gesundheit, die mit zunehmendem Alter als weniger gut empfunden wird, erhöht sich das *psychische Wohlbefinden*. Allerdings zeigt sich auch hier, dass Personen mit mehr Bildung und einem höheren Einkommen tendenziell eine höhere *psychische Ausgeglichenheit* angeben als Personen mit geringer Bildung und einem tiefen Haushaltseinkommen. Bei den Frauen hat das Haushaltseinkommen den stärkeren Einfluss, während bei den Männern das Bildungsniveau massgeblich ist. Die Luzernerinnen sind psychisch etwa gleich ausgeglichen wie die Schweizerinnen insgesamt, während Luzerner im Vergleich zur Gesamtschweiz etwas weniger ausgeglichen sind.

Das psychische Wohlbefinden, nimmt gegen die Lebensmitte ab und steigt nach dem Pensionsalter wieder an. Frauen fühlen sich in jungen Jahren etwas besser als Männer während es sich bei den über 65-Jährigen umkehrt. Auch beim psychischen Wohlbefinden zeigt sich, dass sich ein höheres Haushaltseinkommen und eine höhere Bildung positiv auswirken. Insbesondere höhere Führungskräfte und Personen in freien Berufen fallen durch den ausserordentlich hohen Anteil an Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden auf. Der Kanton Luzern fällt zudem durch den besonders hohen Anteil 15- bis 34-Jähriger mit hohem psychischem Wohlbefinden auf.

Der dritte wichtige Faktor für eine gute psychische Gesundheit ist, dass sich eine Person in der Lage sieht, ihr Leben bewältigen zu können. Eine starke Kontrollüberzeugung hängt mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen zusammen. Auch die Kontrollüberzeugung nimmt mit dem Alter zu. Sowohl die Luzernerinnen als auch die Luzerner liegen bezüglich ihrer Kontrollüberzeugung in den verschiedenen Altersstufen über den Gesamtschweizer Werten. Insbesondere die über 65-Jährigen Luzerner fallen dabei durch eine besonders stark ausgeprägte Kontrollüberzeugung auf.

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

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

Die Sterblichkeit bzw. Verteilung und Entwicklung der *Todesursachen* liefert schliesslich wichtige Hinweise zur Häufigkeit von Krankheiten und damit zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Für den Kanton Luzern zeigt sich, dass sowohl die Gesamtsterblichkeit als auch die standardisierten Mortalitätsraten beider Geschlechter ähnlich dem Mittel der Region Zentralschweiz und dem nationalen Durchschnittswert verlaufen. Die Analyse der ausgewählten Todesursachen hat gezeigt, dass hinsichtlich der Zahlen die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton Luzern ist, und diese im Kanton Luzern etwas häufiger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt auftreten. Aus präventivmedizinischer Sicht sind vor allem jene Todesursachen von Interesse, für welche wichtige Risikofaktoren bekannt sind und welche somit durch entsprechendes Gesundheitsverhalten teilweise verhütet werden können. Im Kanton Luzern stehen v. a. Krebsleiden, Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Vordergrund, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre am häufigsten sind.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Die grosse **Mehrheit der Luzerner Bevölkerung** pflegt einen **gesundheitsbewussten Lebensstil**. Betreffend Ernährungsbewusstsein, Anteil Nichtraucher, Anteil starker Raucher sowie Medikamentenkonsum schneidet die Luzerner Bevölkerung besser als der Schweizer Durchschnitt ab.

Trotzdem besteht in verschiedenen Bereichen **Handlungsbedarf**, z. B. weisen Frauen mit zunehmendem Alter, Personen aus sozial tieferen Schichten sowie die ausländische Bevölkerung generell einen **Bewegungsmangel** auf. **Jüngere Leute** essen häufiger im Schnellimbisslokal und **zu wenig Gemüse und Früchte**.

Menschliches **Verhalten** kann nur im Kontext der **Lebensverhältnisse** verstanden werden. Will man die Gesundheit verbessern, müssen Menschen ihr Verhalten ändern. Gleichzeitig müssen die Verhältnisse, in denen wir leben, im Sinne der Förderung von Gesundheit verbessert werden.

Die **Gemeinden** sind der Lebensraum der Menschen. Aktivitäten und Interessen müssen auf kommunaler Ebene gebündelt werden. Die **Gemeinden** des Kantons Luzern haben optimale Voraussetzungen, um ihrer Bevölkerung eine **gute Lebensqualität** zu ermöglichen. Wie können diese guten Rahmenbedingungen und die persönlichen Ressourcen am besten genutzt werden? Politikerinnen und Politiker wie auch Fachstellen und Institutionen müssen sich zusammen mit den Bürgerinnen und Bürgern tatkräftig, wirksam und effizient für die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung einsetzen.

Die Stelle für Gesundheitsförderung unterstützt die Gemeinden in ihrer Arbeit zu Themen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Wohlbefinden und die Gesundheit jedes einzelnen Menschen können in seiner nächsten Umgebung am wirkungsvollsten erhalten und gefördert werden.

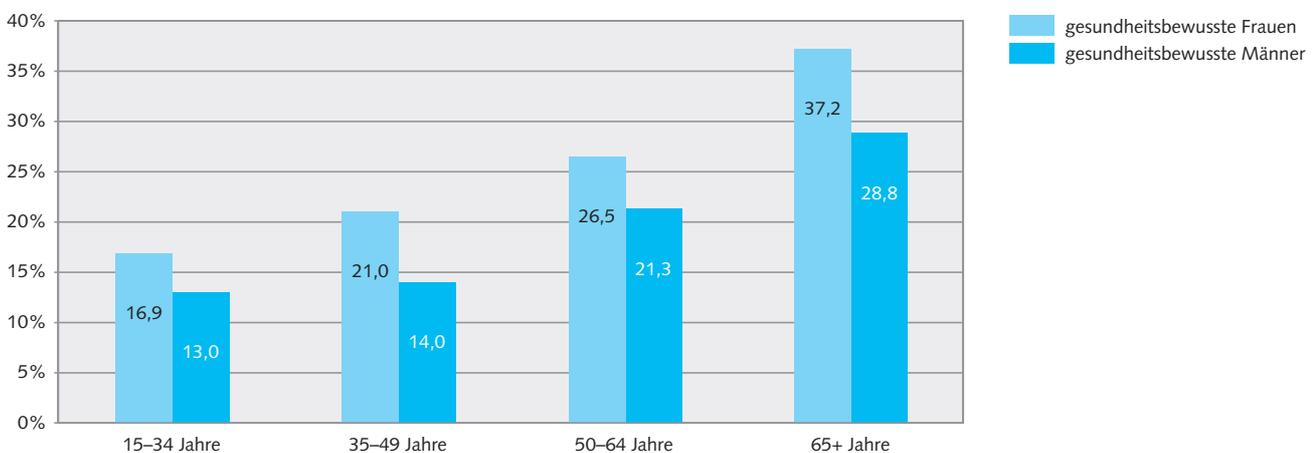
Claudia Burkard

Leiterin kantonale Stelle für Gesundheitsförderung

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 Luzern auffällige Muster? Um diese Fragen geht es im vorliegenden Kapitel über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Anteil der Gesundheitsbewussten in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.1



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

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.

8,3% der Bevölkerung des Kantons Luzern stimmen der Aussage: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» zu. Die grosse Mehrheit (68,3%) lebt nach dem Motto: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil», und schliesslich sagen 23,4% von sich: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe».

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

Tab. 3.1 Angaben zur Gesundheitseinstellung nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz

		unbekümmert ¹		beachtend ²		orientiert ³		
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	
Gesamtbevölkerung		8,3	11,5	68,3	67,3	23,4	21,2	
Geschlecht	Frauen	(5,5)	9,1	68,3	66,5	26,2	24,4	
	Männer	11,0	14,1	68,4	68,2	20,6	17,7	
Altersgruppen	15–34	(13,8)	17,2	72,5	67,8	13,7	15,0	
	35–49	(7,2)	11,1	75,8	71,4	17,1	17,5	
	50–64	*	8,5	62,9	67,5	32,2	24,0	
	65+	*	6,4	53,0	59,8	43,5	33,8	
Bildung	obligatorische Schule	(14,3)	17,2	51,2	56,4	34,5	26,5	
	Sekundarstufe II	7,1	10,4	70,2	68,7	22,7	20,9	
	Tertiärstufe	*	8,4	80,8	76,0	(13,0)	15,6	
Nationalität	Schweizer	8,0	11,0	68,5	68,3	23,5	20,7	
	Ausländer	*	14,3	66,7	62,1	(22,8)	23,6	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(9,7)	13,1	63,1	62,9	27,2	24,0	
	CHF 3000 bis 4499	(6,5)	9,7	71,3	68,3	22,1	22,0	
	CHF 4500 bis 5999	*	9,5	69,8	71,3	24,2	19,2	
	CHF 6000 und höher	*	8,4	78,2	77,0	(18,7)	14,6	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	*	12,4	59,7	62,4	33,6	25,2	
	qualifizierte manuelle Berufe	(11,9)	15,9	67,0	61,9	(21,0)	22,2	
	Kleinunternehmer	*	12,4	63,4	66,7	(25,0)	20,8	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(6,4)	9,8	65,8	67,4	27,8	22,8	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	*	9,0	79,1	71,1	16,5	19,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	8,2	81,8	77,3	*	14,5	
Regionaler Vergleich	Aargau	10,6		67,3		22,1		
	Basel-Landschaft	9,1		71,5		19,4		
	Basel-Stadt	8,0		67,0		25,0		
	Bern	10,3		70,4		19,3		
	Luzern	8,3		68,3		23,4		
	Solothurn	8,9		70,9		20,2		
	St. Gallen	10,5		68,1		21,3		
	Zug	8,4		71,2		20,3		
	Zürich	7,1		71,0		21,9		
		andere Deutschschweizer Kantone	11,6		67,2		21,2	
		Westschweizer Kantone	17,6		60,7		21,7	
		Tessin	11,8		71,4		16,8	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 754 <n< 819; 14'628 <n< 15'652 (CH).

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

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

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

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

3.2 Körperliche Aktivität

Bewegung und Sport sind für die Gesundheit von grosser Bedeutung. Die gesundheitsfördernde Wirkung von regelmässiger körperlicher Aktivität und ihre Schutzfunktion gegen zahlreiche Krankheiten sind wissenschaftlich gut belegt (vgl. Marti und Hättich 1999). Der Bewegungsmangel ist ebenso schädlich für die Gesundheit wie das Rauchen und sogar noch schädlicher als das Übergewicht. Man schätzt, dass der Bewegungsmangel in der Schweiz jährlich mindestens 2000 Todesfälle und 1.4 Millionen Erkrankungen verursacht, welche direkte Behandlungskosten von 1,6 Milliarden Franken nach sich ziehen (Smala, Beeler und Szucs 2001). Dazu kommt: Personen, die sich regelmässig bewegen, leben nicht nur gesünder, sie zeigen auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein und fühlen sich generell besser. Sport und Bewegung heben nachweislich die Stimmung und verbessern die Lebensqualität.

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 Atemfrequenz) und die Angaben zu den Aktivitäten mit höherer Intensität (Schwitzen) zusammenfasst und die in Tabelle 3.2 dargestellten Kategorien unterscheidet.

Mit Blick auf den Führungsindikator des Bundesamtes für Sport lässt sich zusammenfassend sagen, dass 35,5% der Luzerner/innen zumindest eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen, während 64,5% diese nicht erfüllen und als ungenügend aktiv bezeichnet werden müssen. Ein gutes 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 Fünftel ist teilaktiv,

Tab. 3.2 Ausmass der Bewegungsaktivitäten gemäss Führungsindikator des BASPO, Kanton Luzern und Schweiz

	LU	CH
trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	26,8	27,0
regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen)	8,7	8,9
unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden	27,8	25,6
teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden	20,1	19,1
inaktiv	16,6	19,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 978 (LU); 18'719 (CH).

Tab. 3.3 Bewegungsverhalten nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/ teilaktiv		inaktiv		
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	
Gesamtbevölkerung		35,5	35,8	47,9	44,8	16,6	19,4	
Geschlecht	Frauen	31,2	32,6	50,8	45,2	17,9	22,2	
	Männer	39,9	39,4	45,0	44,3	15,2	16,3	
Altersgruppen	15–34	44,6	42,4	47,0	46,5	(8,4)	11,1	
	35–49	28,7	33,1	59,5	49,9	11,8	17,0	
	50–64	36,0	33,5	43,9	44,6	20,1	22,0	
	65+	27,6	31,9	34,0	33,9	38,5	34,3	
Bildung	obligatorische Schule	32,0	34,8	44,9	38,1	23,0	27,2	
	Sekundarstufe II	35,9	36,2	48,6	46,0	15,5	17,7	
	Tertiärstufe	38,9	35,8	49,4	49,3	(11,7)	14,8	
Nationalität	Schweizer	37,3	37,0	46,7	45,2	16,0	17,8	
	Ausländer	(23,5)	30,5	56,2	42,8	(20,3)	26,7	
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	30,5	33,9	49,3	41,9	20,2	24,2	
	CHF 3000 bis 4499	34,4	34,7	50,7	45,8	15,0	19,5	
	CHF 4500 bis 5999	41,6	37,9	44,0	47,0	14,3	15,2	
	CHF 6000 und höher	49,8	37,8	40,0	49,4	(10,2)	12,7	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	26,8	36,3	50,3	37,9	(22,9)	25,8	
	qualifizierte manuelle Berufe	39,3	36,1	46,9	42,8	(13,8)	21,2	
	Kleinunternehmer	(34,2)	35,6	38,1	39,8	(27,7)	24,6	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	30,7	33,8	51,6	47,1	17,6	19,1	
	höherqual. nicht-man. B. / mittleres Kader	40,9	36,4	48,2	48,0	11,0	15,6	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(42,8)	33,8	(44,6)	51,5	*	14,8	
Regionaler Vergleich	Aargau		38,3		45,9		15,8	
	Basel-Landschaft		35,9		45,4		18,7	
	Basel-Stadt		35,8		39,2		25,0	
	Bern		39,1		41,9		19,0	
	Luzern		35,5		47,9		16,6	
	Solothurn		37,5		44,9		17,6	
	St.Gallen		36,5		48,5		15,0	
	Zug		41,5		46,1		12,4	
	Zürich		37,1		45,1		17,8	
		andere Deutschschweizer Kantone		39,8		47,4		12,8
		Westschweizer Kantone		30,9		44,9		24,2
		Tessin		30,2		36,4		33,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 893 <n< 979 (LU); 17'344 <n< 18'719 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen. Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

die Häufigkeit und/oder der Bewegungsumfang sind deutlich von einer gesundheitswirksamen «Minimaldosis» entfernt. Schliesslich erweist sich ein Sechstel der Luzerner/innen als völlig inaktiv. Das Bewegungsverhalten im Kanton Luzern widerspiegelt weitgehend die gesamtschweizerischen Verhältnisse.

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

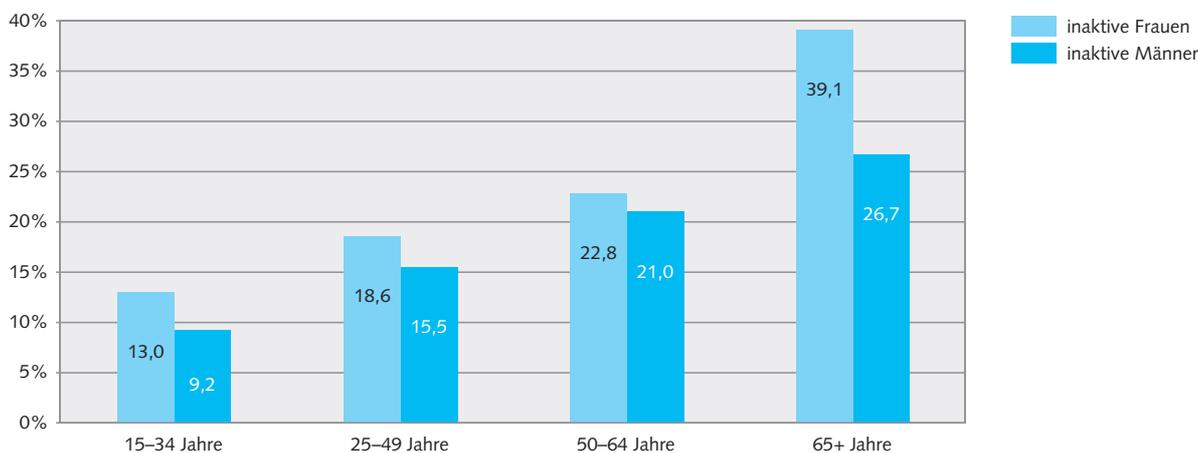
Mit Blick auf die regionalen Unterschiede lässt sich zunächst feststellen, dass in den französischsprachigen Kantonen und im Tessin der Bewegungsmangel deutlich ausgeprägter ist als in der Deutschschweiz. Innerhalb der Deutschschweiz liegt der Kanton Luzern im Mittelfeld. Überdurchschnittlich viele Inaktive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

Eine genauere Analyse der Faktoren Geschlecht und Alter findet sich in den Abbildungen 3.2 und 3.3. Dabei zeigt sich, dass der Rückgang der Bewegungsaktivitäten mit dem Alter nicht kontinuierlich erfolgt und sich die Männer und Frauen deutlich voneinander unterscheiden. Die Männer sind in jungen Jahren klar aktiver als die Frauen. Mit den Jahren wird diese Differenz jedoch immer geringer: Im Alter zwischen 35 und 65 Jahren zeigen Frauen und Männer ein (zumindest hinsichtlich des Umfangs) vergleichbares Bewegungsverhalten. 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 Luzern etwas häufiger Sport getrieben wird als in der Gesamtschweiz. Die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit (inklusive Haus- und Gartenarbeit) liegen etwa auf dem schweizerischen Durchschnitt.

Anteil der Inaktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

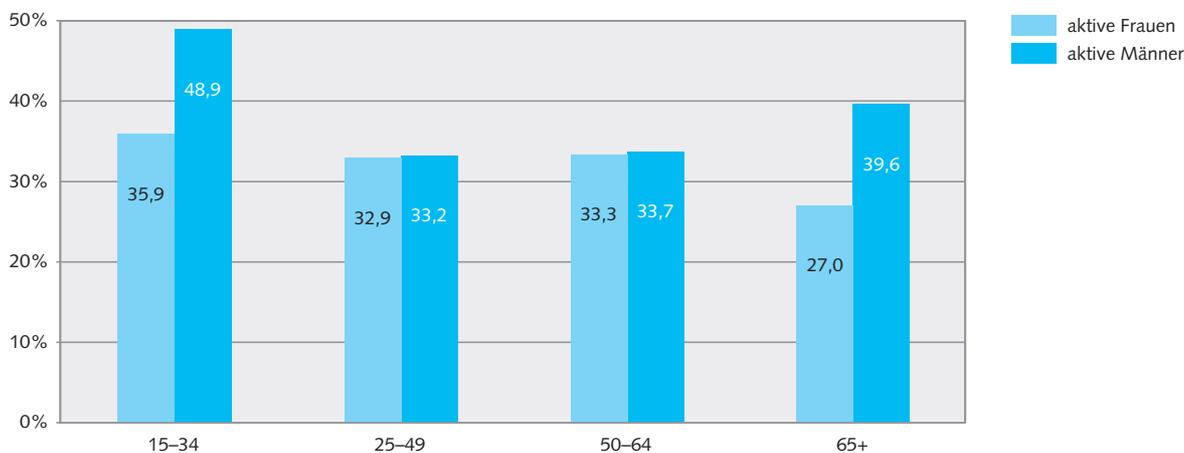
Abb. 3.2



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 Luzern und Schweiz (in %)

		LU	CH
Sport, Fitness, Gymnastik	nie	43,9	47,0
	teilaktiv, unregelmässig aktiv	33,0	28,6
	regelmässig aktiv: mehrmals pro Woche,	23,2	24,3
Tägliche Wegstrecke (zum Arbeiten, Einkaufen, Ausgehen) zu Fuss oder mit Velo	keine körperliche Bewegung	48,8	50,5
	bis 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	23,3	22,1
	über 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	27,9	27,4
Körperliche Aktivität bei der Arbeit (inkl. Haus- und Gartenarbeit)	kein Schwitzen bei der Arbeit	41,4	43,4
	1 bis 2 Schweißepisoden pro Woche	30,4	28,8
	3 und mehr Schweißepisoden pro Woche	28,2	27,8

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 964 <n< 1022 (LU); 18'376 <n< 19'706 (CH).

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 Cholesterinspiegels¹² im Blut führen. Gleichzeitig ist die Versorgung des Körpers mit ausreichend Eiweiss 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 Luzern achten knapp drei Viertel der Bevölkerung auf ihre Ernährung. Dabei erweisen sich die Frauen als ernährungsbewusster als die Männer (79,3% vs. 63,1%). Unabhängig vom Geschlecht sind es im Kanton Luzern die 50- bis 64-Jährigen, die am meisten darauf achten, was sie essen (vgl. Tabelle 3.5).

Tab. 3.5 Anteil Ernährungsbewusste nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 930 <n< 1021 (LU); 18'172 <n< 19'691 (CH).

¹² Zu Cholesterin siehe Abschnitt 3.1.4: Risikofaktoren für chronische Krankheiten.

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

Bezüglich Ernährungsbewusstsein tut sich ein besonders breiter «Röstigraben» auf: In der Deutschschweiz und auch im Tessin ist das Ernährungsbewusstsein klar ausgeprägter als in der Westschweiz. Der Anteil ernährungsbewusster Personen ist im Kanton Luzern zusammen mit St. Gallen und Aargau für die Deutschschweiz vergleichsweise tief.

3.3.2 Ernährungsgewohnheiten

Etwas mehr als ein Viertel der Personen im Kanton Luzern isst (fast) täglich Fleisch, während 3,8% der Personen darauf weitgehend bis ganz verzichtet (Tabelle 3.6).

Bei der grossen Mehrheit der Personen im Kanton Luzern stehen täglich Gemüse und Salat auf dem Tisch. Der Konsum von Gemüse und Salat in den verschiedenen Altersgruppen im Kanton Luzern ist in etwa gleich. Ein anders Bild zeigt sich beim Fruchtekonsum: Während in der jüngsten Altersgruppe nur 51,9% täglich Früchte essen, nimmt der Fruchtekonsum in den höheren Altersklassen kontinuierlich zu. Bei den über 65-Jährigen verspeisen 73,8% täglich Früchte. Die Werte des Kantons Luzern entsprechen weitgehend jenen der Schweiz insgesamt.

Tab.3.6 Fleisch-, Gemüse-, Salat-, Frucht- und Fastfoodkonsum, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

	an 6–7 Tagen		an 4–5 Tagen		an bis zu 3 Tagen		selten bis nie	
	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Fleisch	29,8	25,2	28,6	26,2	37,6	43,7	3,8	4,8
Gemüse und Salat	87,8	85,2	6,3	8,0	5,1	6,1	*	0,7
Früchte	66,0	68,0	8,9	9,0	20,7	17,6	4,4	5,3
Fastfood	*	1,5	(2,2)	3,4	14,4	15,9	82,5	79,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1019 <n< 1022 (LU); 19'662 <n< 19'687 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen.

Mehr als vier Fünftel der Luzerner Bevölkerung isst 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 31,4%, bei den über 65-Jährigen schliesslich 94,3%, die weitgehend auf Fastfood verzichten. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil häufiger Snackbarbesucher im Kanton Luzern geringer.

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

3.4 Medikamentengebrauch

Im Jahr 2002 wurden in der Schweiz 6933 verschiedene, von Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, registrierte Humanarzneimittel¹³ 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 Marktanteil 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

¹³ Humanarzneimittel, Phytotherapeutika, Homöopathika, In-vitro-Tests, Radiopharmazeutika.

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 zu häufigeren Sturzunfällen führen (Höpfinger und Hugentobler 2003).

Jede dritte Person im Kanton Luzern hat in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es mit 40,8% deutlich mehr. Dabei liegt der Anteil bei den Frauen mit 38,0% (CH: 46,2%) über dem Anteil der Männer von 30,3% (CH: 34,9%). Dieser Geschlechterunterschied bezüglich Medikamenteneinnahme ist ein bekanntes Phänomen und findet sich auch in ländervergleichenden Studien (Maffli und Bahner 1999).

Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsum stetig an. Von den 15- bis 34-jährigen Luzerner/innen hatten 18,9% in der vergangenen Woche mindestens einmal ein Medikament eingenommen. Dies sind deutlich weniger als in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtschweiz (27,3%). Bei den über 65-Jährigen waren es sowohl im Kanton Luzern als auch in der Schweiz insgesamt deutlich mehr (LU: 67,2%, CH: 70,8%). Es zeigt sich, dass mit zunehmender Bildung der Medikamentenkonsum abnimmt. Dieser Zusammenhang besteht bei allen Altersstufen und bei den Frauen wie auch bei den Männern.

Bemerkenswert ist 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 die Spitzenreiter der eingenommenen Medikamente. 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 Luzern waren etwas weniger (11,3%). 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 zunehmen-

Tab. 3.7 Medikamentenkonsum nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz

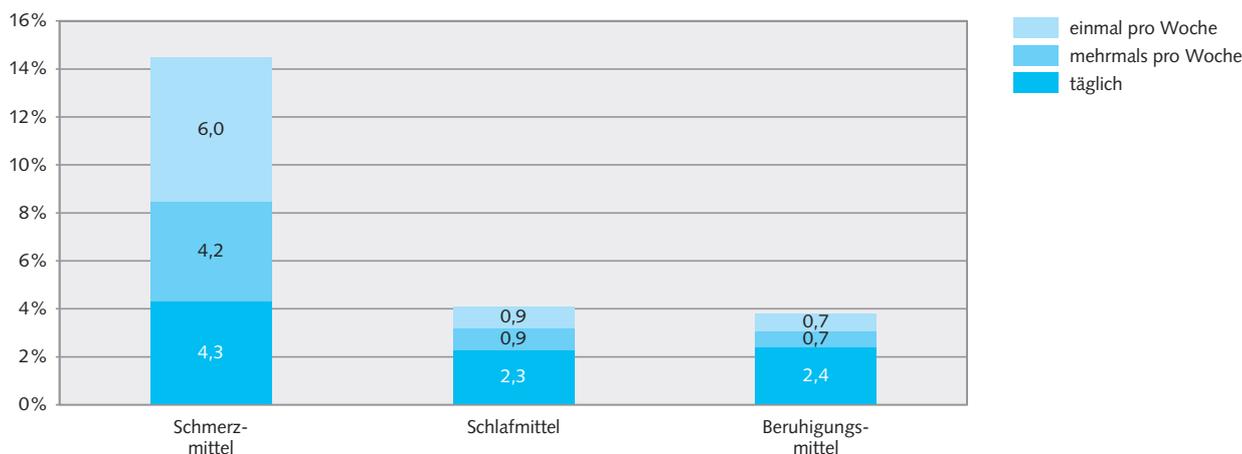
		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlaf- mittel	
		LU	CH	LU	CH	CH	CH	
Gesamtbevölkerung		34,1	40,8	11,3	14,5	3,8	4,1	
Geschlecht	Frauen	38,0	46,2	12,5	18,0	4,7	5,4	
	Männer	30,3	34,9	10,1	10,8	2,8	2,7	
Altersgruppen	15–34	18,9	27,3	(8,4)	12,8	1,6	0,6	
	35–49	25,1	31,1	12,0	14,5	2,6	2,0	
	50–64	45,5	46,9	12,1	14,2	5,7	4,3	
	65+	67,2	70,8	(15,1)	17,7	7,0	12,9	
Bildung	obligatorische Schule	36,8	44,8	14,8	17,5	5,3	5,8	
	Sekundarstufe II	33,5	39,8	10,3	13,9	3,4	3,5	
	Tertiärstufe	32,8	38,3	(10,3)	12,2	2,9	3,6	
Nationalität	Schweizer	33,9	41,8	10,6	14,1	3,7	4,4	
	Ausländer	(35,2)	36,3	(15,2)	16,3	4,2	2,9	
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	30,0	40,3	(10,6)	16,3	4,6	4,9	
	CHF 3000 bis 4499	36,8	42,9	10,5	14,2	3,9	4,1	
	CHF 4500 bis 5999	36,3	41,6	(10,0)	13,1	3,2	3,4	
	CHF 6000 und höher	37,4	39,4	(14,8)	12,9	2,4	2,8	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	34,2	40,4	(10,1)	16,2	4,3	4,1	
	qualifizierte manuelle Berufe	34,7	38,2	(8,3)	13,1	4,1	3,6	
	Kleinunternehmer	32,9	39,3	*	14,1	3,7	3,9	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	37,7	45,2	14,9	16,0	4,2	4,6	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	31,0	40,6	(10,3)	15,0	3,8	4,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(45,0)	39,3	*	11,2	2,6	2,7	
Regionaler Vergleich	Aargau	38,6		14,3		3,0	2,8	
	Basel-Landschaft	40,6		14,0		3,0	3,4	
	Basel-Stadt	48,0		18,3		4,5	5,5	
	Bern	39,3		12,0		2,2	3,3	
	Luzern	34,1		11,3		3,4	3,9	
	Solothurn	41,0		13,7		2,6	3,8	
	St. Gallen	36,7		10,5		2,4	3,3	
	Zug	33,1		10,6		2,0	2,8	
	Zürich	40,3		13,4		2,9	3,3	
		andere Deutschschweizer Kantone	35,9		11,7		3,0	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, 927 <n< 1019 (LU); 18'164 <n< 19'683 (CH).

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

Medikamentenkonzum in der Woche vor der Befragung, Schweiz

Abb. 3.4



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

dem 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 genommen haben, waren es bei den über 65-Jährigen 6,9% (vgl. Abbildung 3.4).

Schlafmittel wurden im Kanton Luzern in der Woche vor der Befragung von 3,9% der Bevölkerung eingenommen (CH: 4,1%). Der Anteil der Frauen ist dabei unabhängig vom Alter deutlich höher als jener der Männer. Der Schlafmittelkonsum steigt stark mit zunehmendem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen nur 0,6% Schlafmittel konsumieren, ist es bei den über 65-Jährigen mehr als jeder Zehnte (12,9%). Dabei zeigt sich auch 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 Luzern in der Woche vor der Befragung 3,0% 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 Konsum von Beruhigungsmitteln 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 Personen, welche während mehr als sechs Monaten zumindest ab und zu Zigaretten oder andere Tabakprodukte konsumiert haben. Ein knappes Drittel (29,0%) der Luzerner Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren raucht, wobei gut die Hälfte davon zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten im Tag) gezählt werden kann. Im Kanton Luzern leben etwas mehr Nichtraucher als in der Schweiz insgesamt, und der Anteil starker Raucher liegt leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Der Anteil Rauchende variiert jedoch erheblich zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen. Männer rauchen deutlich mehr als Frauen (LU: 33,9% vs. 23,9%). Abbildung 3.5 zeigt, wie die Differenz zwischen den Geschlechtern auch mit zunehmendem Alter bestehen bleibt, der Anteil Rauchender insgesamt hingegen abnimmt.

Tab. 3.8 Tabakkonsum, Kanton Luzern und Schweiz

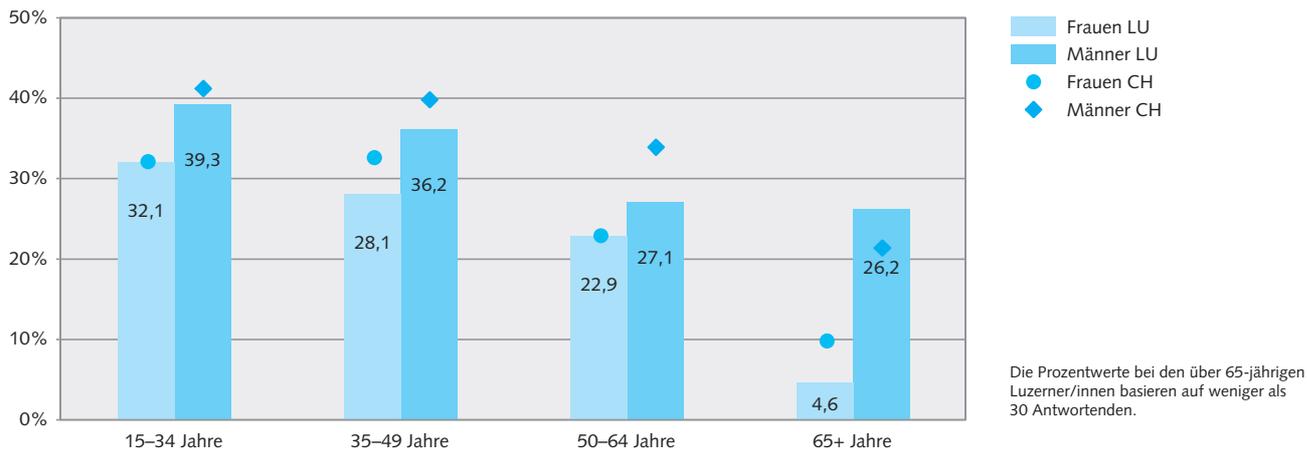
	LU	CH		LU	CH
Nichtraucher	71,0	69,5	noch nie geraucht	63,6	49,6
			Ex-Raucher	17,4	19,9
Raucher	29,0	30,5	weniger starke Raucher ¹	14,6	14,0
			starke Raucher ²	14,4	16,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1021 (LU), 19'701 (CH).

¹ bis 10 Zigaretten pro Tag; ² ab 11 Zigaretten pro Tag.

Anteil rauchender Frauen und Männer, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 3.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1021 (LU); 19'701 (CH).

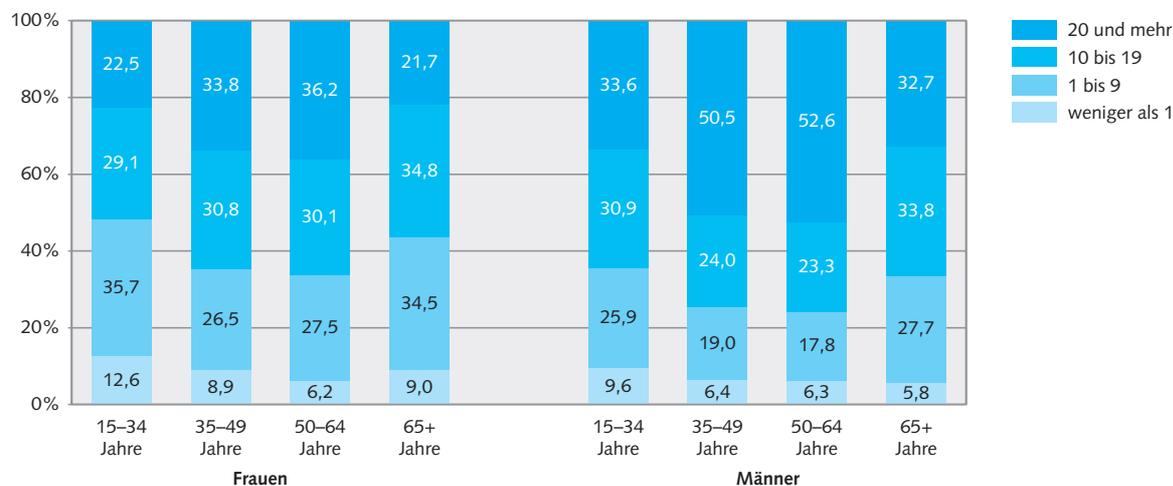
Tab. 3.9 Anteil der konsumierten Tabakprodukte, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz (in %, Mehrfachnennungen möglich)

	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.

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 Rauchenden 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 Raucher gewissermassen eine volksgesundheitliche Zeitbombe darstellt. Sollte es dieser Generation von Rauchenden nicht gelingen, das Rauchen bald wieder aufzugeben, ist eine massive Steigerung von nikotinassoziierten Krankheiten und Todesfällen zu erwarten.

Der Anteil starker Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Bei den Männern nimmt der Anteil Nichtraucher mit höherer Bildung leicht zu und der Anteil starker Raucher ab.

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

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

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

3.6 Alkoholkonsum

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

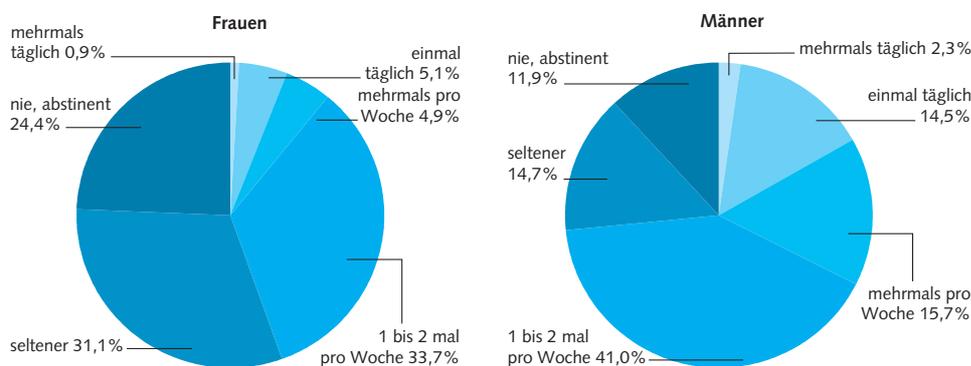
Die Zahl der alkoholabhängigen Menschen in der Schweiz wird auf 300'000 geschätzt. In einer Studie über die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz ergaben sich für das Referenzjahr 1998 die folgende Werte: Über 2100 Personen starben infolge erhöhten Alkoholkonsums, 40% davon durch Erkrankungen 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 – betrugen 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 muss.¹⁴ 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 Luzern trinken 11,5% der Bevölkerung täglich, 47,7% wöchentlich und 40,8% selten bis nie Alkohol. Der Anteil selten trinkender und abstintener Frauen ist dabei um fast das Doppelte höher als jener der Männer (Abbildung 3.7).

Häufigkeit des Alkoholkonsums von Frauen und Männern, Kanton Luzern

Abb. 3.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=545 (Frauen); 475 (Männer).

95,6% der Frauen im Kanton Luzern trinken keinen oder durchschnittlich weniger als 20g reinen Alkohol pro Tag, was bedeutet, dass etwas mehr als vier von hundert Frauen die mittlere Risikogrenze überschreiten. Bei den Männern wird der Bereich von mittlerem und hohem Risiko von 7,1% erreicht. Diese Werte liegen bei den Frauen und bei den Männern etwas unter jenen der Gesamtschweiz.¹⁵ Bei den Frauen und Männern im Kanton Luzern ist der Anteil abstinent Lebender im Vergleich zur Schweiz insgesamt tiefer, während die Konsumanteile mit geringem Gesundheitsrisiko höher sind (Abbildung 3.8).

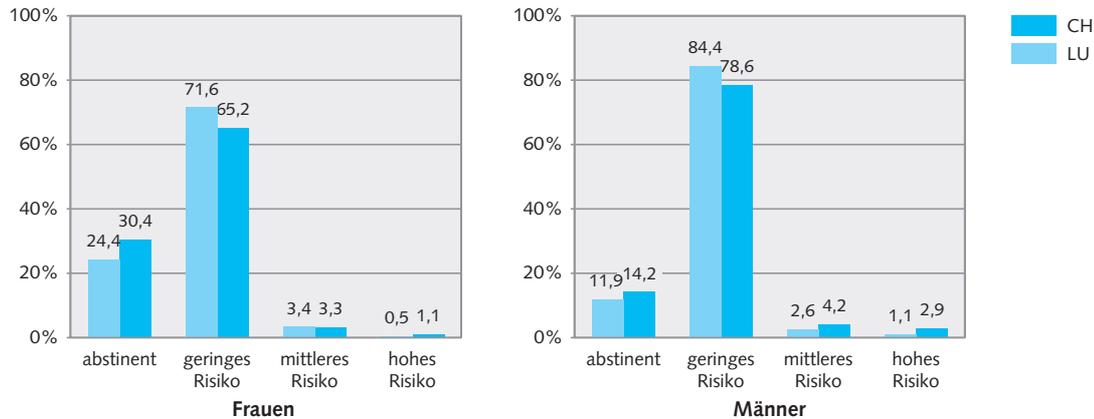
In der Gesundheitsbefragung wurde neben der Trinkhäufigkeit und der konsumierten Menge auch (sozial) problematisches Trinkverhalten untersucht. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Person als alkoholabhängig bezeichnet werden muss (Kontrollverlust, Vernachlässigung von Pflichten, Trinken am Morgen,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

¹⁴ Ein Glas der verschiedenen alkoholischen Getränke (3dl Bier, 1dl Wein, 25cl Spirituosen) enthält 10–12g reinen Alkohol.

¹⁵ Die Anzahl Personen mit einem mittlerem und hohem Risiko ist in der Stichprobe des Kantons Luzern sehr klein, weshalb diese Unterschiede nicht weiter analysiert werden können.

Verteilung der Frauen und Männer nach Risikogruppen bezüglich Alkoholkonsums, Kanton Luzern 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 Luzern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002
 n=544 (Frauen LU), 475 (Männer LU), 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
Gesamtbevölkerung		95,6	92,9	3,3	4,2	1,1	2,9
Altersgruppen	15–34	97,3	95,3	1,9	2,5	(0,8)	2,2
	35–49	95,9	93,0	3,0	4,2	1,1	2,8
	50–64	93,4	90,2	4,9	6,0	1,6	3,8
	65+	95,0	91,3	3,9	5,0	(1,1)	3,7
Bildung	obligatorische Schule	96,8	93,6	2,3	3,3	(0,9)	3,1
	Sekundarstufe II	95,3	92,2	3,5	4,7	1,2	3,2
	Tertiärstufe	94,1	94,0	4,6	3,8	(1,4)	2,2
Nationalität	Schweizer	95,3	92,8	3,4	4,3	1,2	2,9
	Ausländer	96,7	93,0	2,7	3,7	(0,6)	3,3
Haushalts-einkommen	Bis CHF 3000	96,3	92,7	2,5	4,1	1,1	3,1
	CHF 3000 bis 4499	95,4	92,0	3,5	4,8	1,2	3,3
	CHF 4500 bis 5999	95,4	93,2	3,6	4,4	(1,0)	2,4
	CHF 6000 und höher	92,4	92,6	6,1	4,4	(1,5)	3,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	96,1	92,3	2,9	4,6	*	3,1
	qualifizierte manuelle Berufe	94,8	93,5	3,9	4,0	(1,3)	2,4
	Kleinunternehmer	94,6	90,5	3,3	5,4	(2,1)	4,0
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	95,4	92,3	3,3	4,2	1,4	3,6
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	95,3	92,8	3,9	4,3	0,8	2,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	96,2	93,1	2,8	4,2	*	2,7
Regionaler Vergleich	Aargau	96,4	96,4	(2,4)	*	*	(2,3)
	Basel-Landschaft	97,3	91,6	(2,0)	(5,2)	*	(3,3)
	Basel-Stadt	94,5	93,5	4,5	(4,2)	*	(2,2)
	Bern	96,6	93,8	(2,4)	(3,8)	*	(2,4)
	Luzern	96,0	96,2	(3,4)	(2,6)	*	*
	Solothurn	96,7	93,9	(3,0)	(4,0)	*	(2,1)
	St. Gallen	96,0	92,5	(3,3)	(4,5)	*	(2,9)
	Zug	97,3	93,9	*	(3,3)	*	(2,8)
	Zürich	95,6	93,6	3,3	4,3	*	(2,1)
	andere Deutschschweizer Kantone	96,4	94,1	2,9	3,3	*	2,6
	Westschweizer Kantone	94,8	90,3	3,8	5,1	1,4	4,5
	Tessin	91,3	86,9	6,4	7,9	(2,2)	5,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 9802 <n< 10'768 (Frauen); 8327 <n< 8870 (Männer).
 Frauen: geringes Risiko: <20g/Tag, mittleres Risiko: 20–39,99g/Tag, hohes Risiko ≥40g/Tag.
 Männer: geringes Risiko: <40g/Tag, mittleres Risiko: 40–59,99g/Tag, hohes Risiko ≥60g/Tag.
 * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

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

3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen

3.7.1 Cannabiskonsum

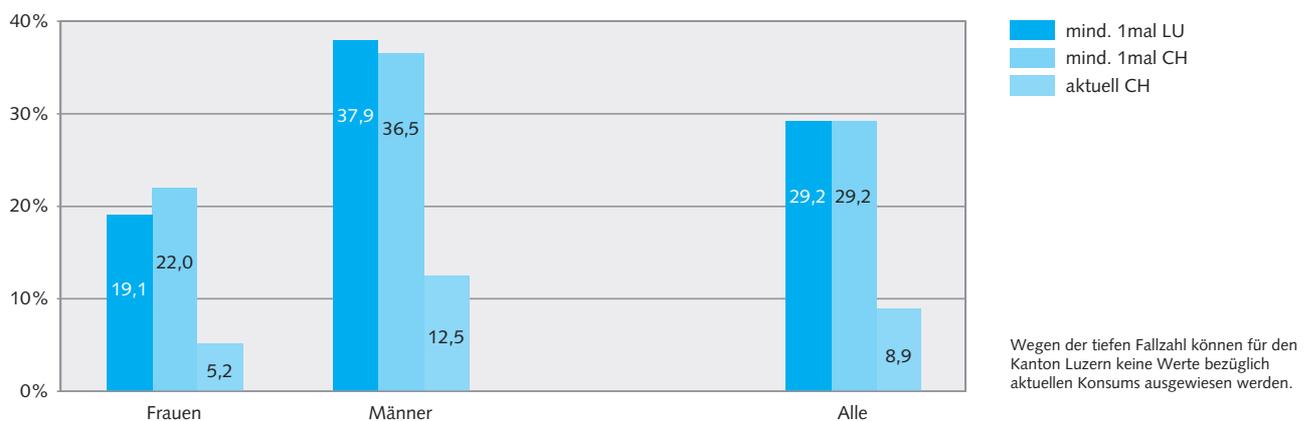
Wird von Cannabiskonsum gesprochen, so ist meist von haschisch-¹⁶ oder marihuanaangereicherten¹⁷, selbst gedrehten Zigaretten (Joints) die Rede. Das Rauchen beider Cannabisprodukte beeinflusst sowohl das Zentralnervensystem als auch die Psyche. Ihr Konsum führt zwar in der Regel zu keiner körperlichen 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. 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 Luzern haben 29,2% aller 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht (vgl. Abbildung 3.9). Die so genannte Lebenszeitprävalenz ist damit im Kanton Luzern mit dem Schweizer Wert identisch. Die Lebenszeitprävalenz ist beim Cannabiskonsum rund dreimal höher als der aktuelle Konsum. Es zeigt sich nämlich, dass von allen 15- bis

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

Abb. 3.9



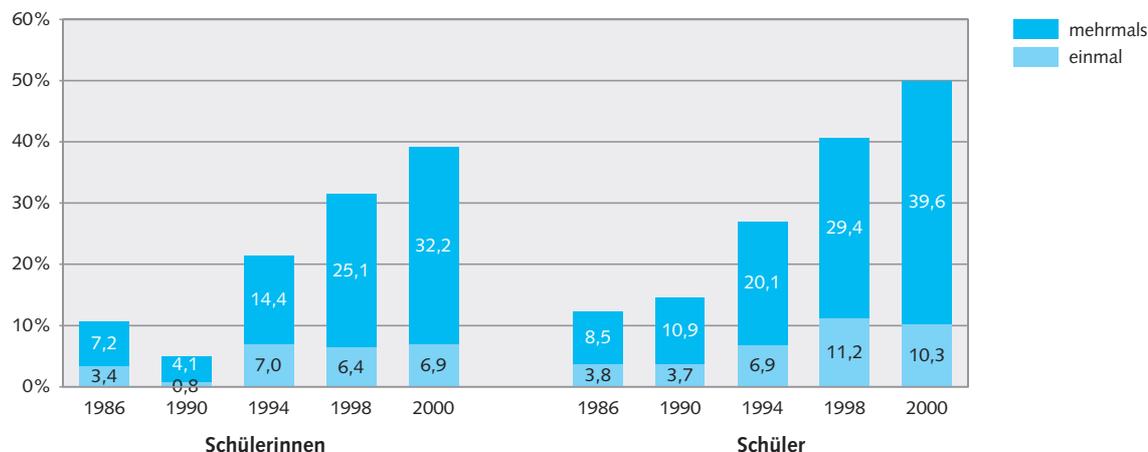
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=256 (LU), 4712 (CH).

¹⁶ Harz der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

¹⁷ Blätter, Blüten und Stängel der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

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 Wohnregion¹⁸

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

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

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

Für den Kanton Tessin kann beim aktuellen Cannabiskonsum kein Prozentwert ausgewiesen werden (n < 10).

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.

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.

¹⁸ 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 sozio-professionelle Kategorie anzugeben, da sie oft noch in der Ausbildung sind und die Angaben ein verfälschtes Bild wiedergeben würden.

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

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

Untersucht man den Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Cannabiskonsum, so zeigt sich, dass 97,3% der Personen zwischen 15 und 34 Jahren die Erfahrung mit Cannabis haben, Zigarettenraucher sind. 52,8% der Personen, die Zigaretten rauchen, haben mindestens schon einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert. Es besteht also eine eindeutige Beziehung zwischen Tabak- und Cannabiskonsum, was bedeutet, dass Rauchprävention indirekt auch Cannabisprävention ist.

3.8 Konsum harter Drogen

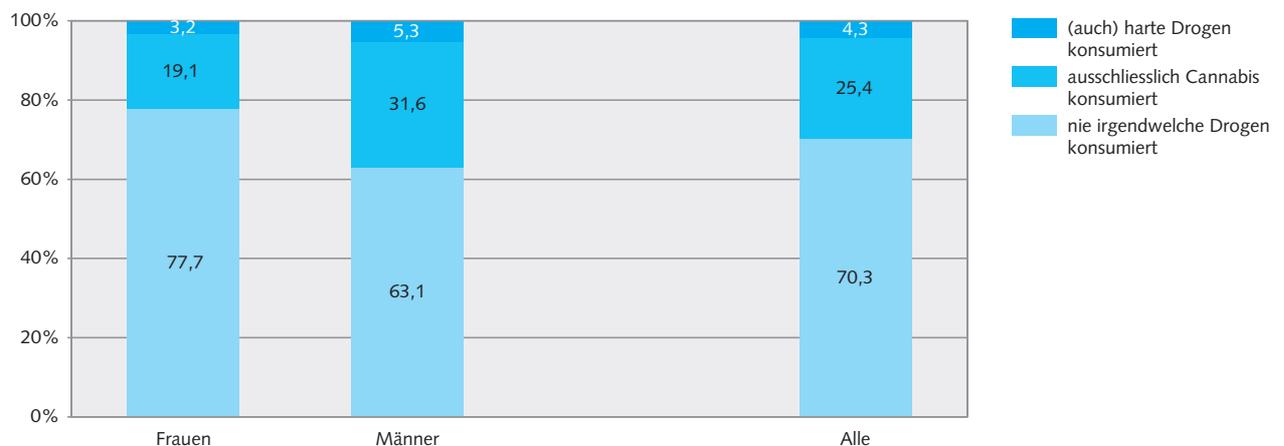
Knapp jede dritte Person in der Schweiz (29,7%) zwischen 15 und 34 Jahren hat in ihrem Leben mindestens einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Bei der grossen Mehrheit beschränkt sich die Erfahrung aber auf den Konsum von Cannabis, 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen haben (zudem) mindestens einmal 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 gibt eine Übersicht über die Beliebtheit der konsumierten Stoffe, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.¹⁹ Sowohl Kokain als auch Ecstasy und Halluzinogene sind in gewissen (Party-)Kreisen beliebt und relativ einfach zu erhalten. Es handelt sich dabei jedoch um Stoffe mit einem starken Potenzial zur psychischen Abhängigkeit. Insbesondere Kokain ist eine der am stärksten und schnellsten abhängig machenden Drogen (SFA 2004b, SFA 2004c).

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

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

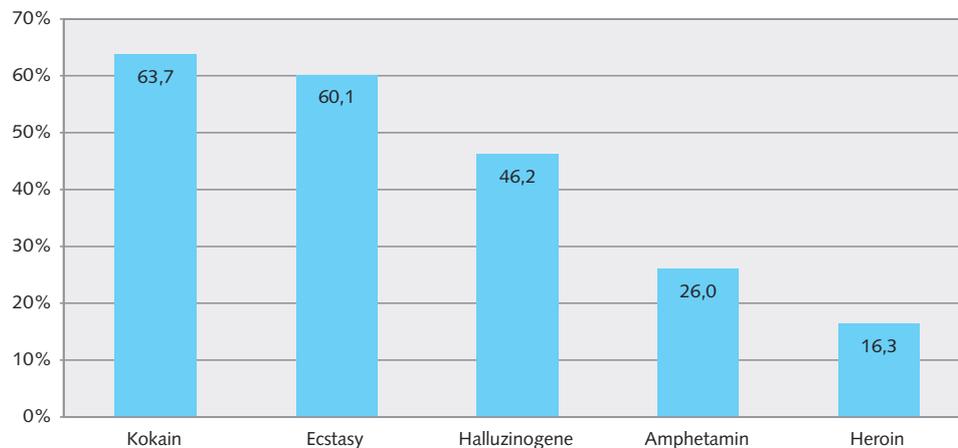
Abb. 3.11



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

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

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.

3.9 Zusammenfassung

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

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

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

Die soziale Lage beeinflusst auch die *Ernährungsgewohnheiten*. Bewusste Ernährung steht in Zusammenhang mit höherer Bildung und Berufsstatus, nicht aber mit dem Haushaltseinkommen. Ernährungsbewusstsein scheint demnach weniger eine Frage des Geldes als des Lebensstils zu sein. Im Kanton Luzern ist der Anteil ernährungsbewusster Personen grösser als in der Gesamtschweiz (71% vs. 69%). Untersucht man die Ernährungsgewohnheiten genauer, so zeigt sich, dass die 15- bis 34-Jährigen deutlich weniger 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*. Jede dritte Person im Kanton Luzern hat in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Medikamentenkonsument bei den Frauen deutlich höher ist, als bei den Männern. Der Medikamentenkonsument steigt zudem mit dem Alter stark an. Nahmen in der Woche vor der Befragung 19% der 15- bis 34-jährigen Luzerner/innen mindestens einmal ein Medikament ein, so waren es bei den über 65-Jährigen 67%. Am häufigsten werden dabei Schmerzmittel konsumiert. Der Medikamentenkonsument im Kanton Luzern ist allgemein betrachtet etwas tiefer als der Gesamtschweizer Durchschnitt.

Zwei prominente Themen in der Gesundheitsförderung und -prävention sind der Umgang mit *Nikotin* und der mit *Alkohol*. Fast jede dritte Person im Kanton Luzern 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 Rauchender ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Im Kanton Luzern leben etwas mehr Nichtraucher als in der restlichen Schweiz, und auch der Anteil an stark Rauchenden liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt.

Alkoholmissbrauch wird von der WHO als drittgrösster Risikofaktor für die Gesundheit definiert. Die grosse Mehrheit der Luzernerinnen trinkt kaum oder in moderaten Mengen alkoholische Getränke. Lediglich bei 3,9% der Frauen besteht ein mittleres bis hohes Risiko bezüglich ihrer täglich konsumierten Alkoholmenge. Bei den Luzernern ist dieser Anteil mit 3,7% etwa gleich hoch. Der Anteil Personen mit einer risikoreichen Trinkgewohnheit nimmt mit dem Alter zu und erreicht seinen Höhepunkt bei den 50- bis 64-Jährigen. Bezüglich des Einflusses der sozialen Lage auf den Alkoholkonsum lassen sich keine eindeutigen Zusammenhänge herauslesen.

Gegen ein Drittel der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz gibt an, Erfahrung mit *Cannabis* zu haben. Wie beim Rauchen sind die Männer unter den Konsumierenden deutlich stärker vertreten als die Frauen. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch immer *Cannabis* 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 Gesundheitsbewusstseins und entsprechendem Verhalten eindeutige Geschlechter- und Alterseffekte nachzeichnen lassen. Frauen achten mehr auf ihre Gesundheit und Ernährung und rauchen und trinken auch weniger. Männer sind dafür körperlich aktiver und konsumieren weniger Medikamente. Der Anteil Raucher nimmt in den höheren Altersgruppen ab, während vermehrt Alkohol konsumiert wird und auch der Bewegungsmangel zunimmt. Detaillierte Analysen zu den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen finden sich im Kapitel 5.2.

4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt

Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt

Dass sich Leute gesund fühlen, obwohl sie objektiv gesehen an gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen leiden, weist auf die vielen Einflussfaktoren auf die Gesundheit hin. Diese liegen zum Teil im **Individuum** selber, an seinen **Lebensumständen**, an seinen **sozialen Beziehungen**, zum Teil ausserhalb, in der **Arbeitssituation**, der **Umwelt**. Nicht immer ist es möglich, krank machenden Faktoren auszuweichen. Aus einer unbefriedigenden Arbeitssituation auszubrechen, ist in einem angespannten Arbeitsmarkt nicht so einfach, vor allem wenn weder die beruflichen Fähigkeiten noch die Stellenangebote Alternativen bieten. Aus einer lärmbelasteten Wohnung auszuziehen, ist nur möglich, wenn es der Wohnungsmarkt und die eigenen finanziellen Mittel zulassen.

Im **Sozialbericht des Kantons Luzern** wird aufgezeigt, wie der Anteil der Einpersonenhaushalte ständig zunimmt. Ob und wie sich soziale Kontakte, vor allem nach der Pensionierung, auf die Gesundheit auswirkt, wird sicher in den nächsten Jahren thematisiert, aber durch den Staat nicht beeinflusst werden können.

Ohne Zweifel spielen **neben den individuellen Beiträgen zur Gesundheitsprävention** die hier angesprochenen Bereiche wie die **Umwelt-, Wirtschafts- und Bildungspolitik** etc. ebenfalls eine massgebliche Rolle. Im Sozialbericht des Kantons Luzern werden weitere **Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Armut** aufgezeigt, die wiederum zu oben genannten Themen zurückführen. Auch aus Sicht des Sozialwesens kann nur unterstrichen werden, dass eine Gesundheitspolitik bei der Ursachenbekämpfung ansetzen muss. **Nötig** ist dabei das **Zusammenwirken aller betroffenen Politikbereiche**.

Irmgard Dürmüller, lic.iur., lic.phil.I
Vorsteherin Kantonales Sozialamt

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, Über- wie auch Unterforderung, Monotonie, Nacht- und Schichtarbeit oder Unzufriedenheit, welche die psychische Gesundheit gefährden. Diese Faktoren können Stress hervorrufen und in der Folge die Gesundheit negativ beeinflussen.

Im vorliegenden Kapitel wird untersucht, inwiefern die Einwohner/innen des Kantons Luzern von gesundheitsgefährdenden Umwelteinflüssen betroffen sind. Dabei wird zunächst der Wohnbereich genauer untersucht, um dann in einem zweiten Schritt die Belastungen am Arbeitsplatz zu analysieren. 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

Zwei von drei Personen im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz sind mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden. Lediglich 3,7% bzw. 4% geben an, unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein (Abbildung 4.1).

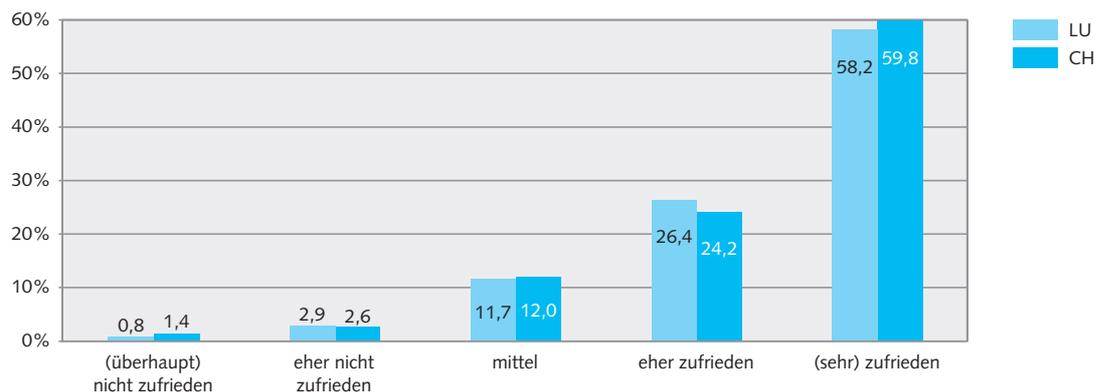
Neben der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit wurde in der Gesundheitsbefragung die nach konkreten Störungen und Belastungen im Wohnumfeld gestellt. Von Interesse waren dabei Immissionen, die regelmässig bis häufig auftreten und von den betroffenen Personen als störend empfunden werden.

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

Zwischen der Anzahl Störungen, denen jemand ausgesetzt ist, und der Wohnzufriedenheit besteht erwartungsgemäss ein starker Zusammenhang. Der Anteil Personen, die sehr zufrieden sind, nimmt mit zunehmenden Immissionen ab. Während von den Personen ohne Störungen im Kanton Luzern 71,4% mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, ist dies bei Personen mit zwei und mehr Störungen noch bei 38,3% der Fall. Die Verringerung der Wohnzufriedenheit bei mehr Immissionen ist im Kanton Luzern im Vergleich zur Gesamtschweiz ausgeprägter.

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

Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Kanton Luzern und Schweiz Abb. 4.1

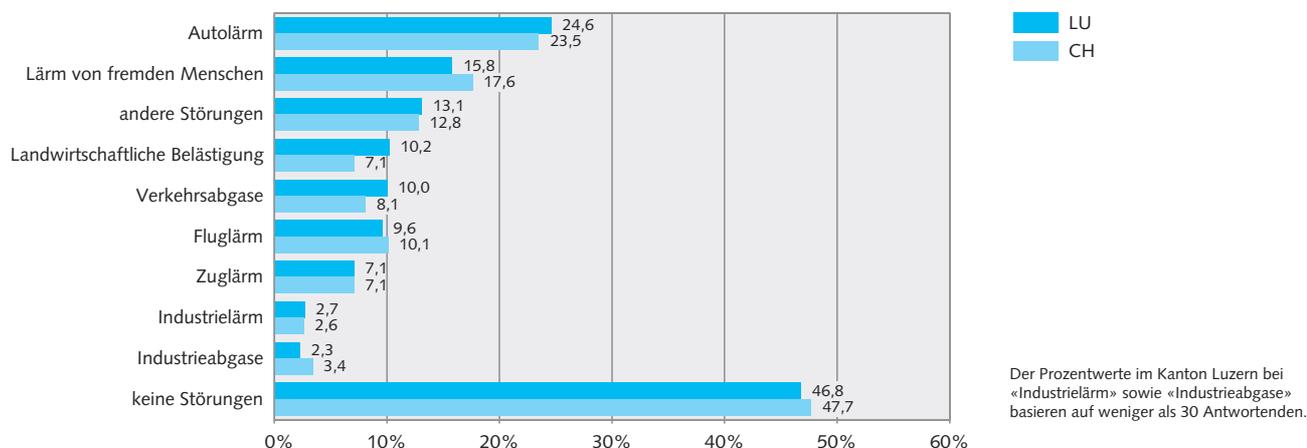


Anteil Bewertungen auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) als Antwort auf die Frage: «Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?»: (überhaupt) nicht zufrieden (0,1), eher nicht zufrieden (2,3), mittel (4, 5, 6), eher zufrieden (7,8) und (sehr) zufrieden (9,10).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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=829 (LU); 15'696 (CH).

Belastungen durch Immissionen im Wohnbereich, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 4.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=801 (LU); 15'185 (CH).

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

		Anzahl Störungen						Mit Wohnsituation sehr zufrieden ¹	
		Keine		1		2 (+)		LU	CH
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Gesamtbevölkerung		46,8	47,7	26,1	27,0	27,1	25,2	58,2	59,8
Geschlecht	Frauen	50,0	47,8	25,1	26,4	24,9	25,8	60,4	63,1
	Männer	43,6	47,7	27,1	27,8	29,3	24,6	55,9	56,1
Altersgruppen	15–34	55,6	48,0	23,2	28,0	21,2	24,0	51,9	50,8
	35–49	43,8	49,9	29,3	26,5	26,9	23,6	56,7	55,7
	50–64	36,0	45,9	27,6	27,2	36,4	26,9	59,4	65,1
	65+	52,5	46,1	23,1	26,0	24,4	27,9	73,3	75,0
Bildung	obligatorische Schule	49,4	46,8	28,6	27,8	22,0	25,4	60,8	60,8
	Sekundarstufe II	46,6	48,2	24,5	26,3	28,8	25,5	57,9	59,9
	Tertiärstufe	44,5	47,1	30,0	29,1	25,4	23,8	56,3	58,2
Nationalität	Schweizer	48,7	49,3	25,2	26,3	26,1	24,4	61,0	62,5
	Ausländer	(33,5)	39,8	(32,5)	31,0	(34,0)	29,2	(36,6)	45,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	48,5	47,3	25,2	26,4	26,3	26,3	57,3	57,2
	CHF 3000 bis 4499	42,1	47,1	27,1	26,7	30,8	26,2	57,5	60,3
	CHF 4500 bis 5999	47,6	46,8	22,6	27,7	29,8	25,5	56,1	59,8
	CHF 6000 und höher	43,0	49,4	(30,3)	28,2	(26,7)	22,4	62,2	62,4
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	44,5	44,6	(25,2)	29,1	30,3	26,3	56,0	58,9
	qualifizierte manuelle Berufe	36,1	46,7	33,0	27,1	30,9	26,2	44,6	53,0
	Kleinunternehmer	51,2	52,9	(24,6)	27,1	(24,2)	19,9	63,7	63,7
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	45,5	47,3	25,4	26,3	29,2	26,4	55,9	61,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	50,9	47,4	25,8	26,8	23,3	25,8	62,4	59,1
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(48,5)	50,5	*	27,4	(32,2)	22,0	69,5	60,5
Regionaler Vergleich	Aargau		51,0		22,2		26,8		59,0
	Basel-Landschaft		45,4		27,7		26,9		62,3
	Basel-Stadt		39,3		25,7		35,0		51,3
	Bern		51,8		24,6		23,6		60,0
	Luzern		46,8		26,1		27,1		58,1
	Solothurn		55,8		22,7		21,6		62,8
	St. Gallen		53,7		27,0		19,3		64,4
	Zug		47,0		29,9		23,1		59,7
	Zürich		42,8		26,5		30,8		57,8
	andere Deutschschweizer Kantone		51,8		26,9		21,4		65,8
	Westschweizer Kantone		45,2		31,7		23,1		58,5
	Tessin		45,1		24,9		30,0		56,8

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 740 <n< 829 (LU); 14'192 <n< 15'697 (CH).

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

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

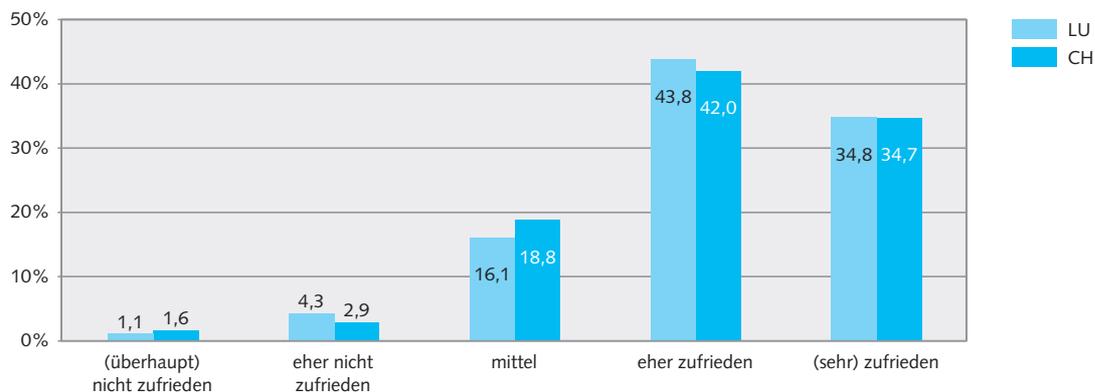
Bei der Anzahl Störquellen bestehen keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich soziodemographischer Merkmale. Neben der Nationalität zeigt sich lediglich beim Einkommen ein eindeutiger Trend: Bei der Immissionsintensität und der Wohnzufriedenheit besteht eine deutliche Differenz zwischen der höchsten und tiefsten Einkommensklasse. Diese Differenz fällt jedoch im Kanton Luzern im Vergleich zu andern Kantonen eher gering aus. Interessant ist der Befund, dass ältere Personen besonders glücklich über ihre Wohnsituation sind, obwohl sie durch etwa gleich viele Immissionen im Wohnbereich gestört werden.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton Luzern bezüglich Immissionen im Wohnraum und Zufriedenheit mit der Wohnsituation im oberen Mittelfeld (vgl. Tabelle 4.1). Dies dürfte mit der Siedlungsstruktur des Kantons zusammen hängen: Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen, geben viermal seltener an, sie würden durch zwei oder mehr Immissionen gestört als Leute, die in der Stadt wohnen²⁰.

4.2 Belastungen am Arbeitsplatz

Werden die erwerbstätigen Personen²¹ nach ihrer Zufriedenheit mit der persönlichen Arbeitssituation gefragt, so zeigt sich ein anderes Bild als bei der Wohnzufriedenheit. War dort die Mehrheit zufrieden bis sehr zufrieden, so sieht die Lage bei der Arbeit weniger positiv aus. Weniger als die Hälfte der Personen im Kanton Luzern ist eher zufrieden, und lediglich ein Drittel gibt an, (sehr) zufrieden zu sein. Damit ist die Zufriedenheit der Luzerner/innen mit ihrer Arbeitssituation etwa gleich wie der Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.3).

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Luzern 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.

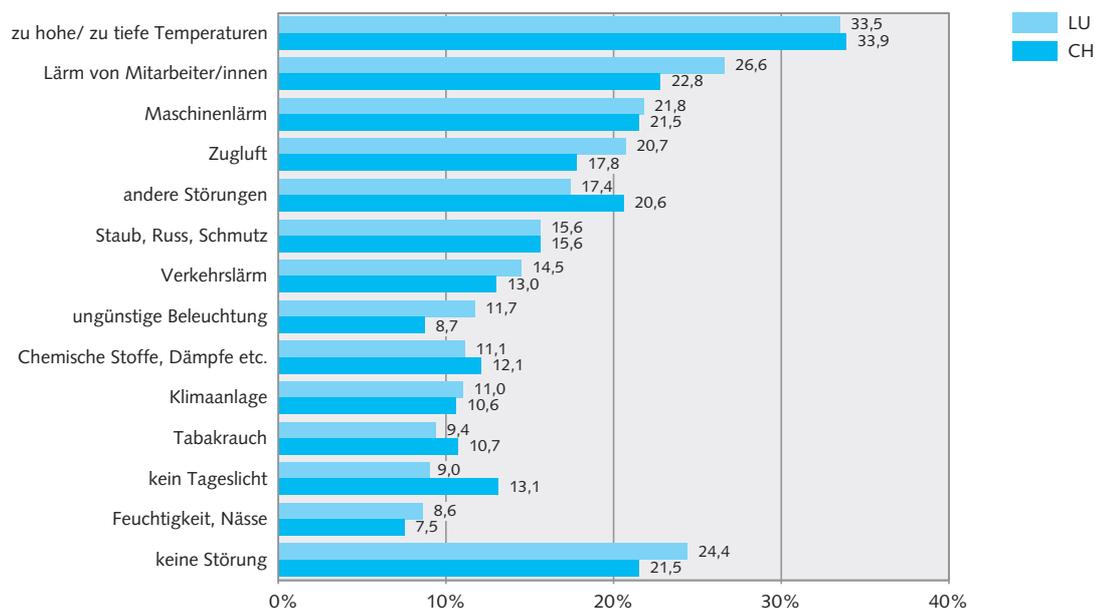
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=537 (LU); 9776 (CH).

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

²¹ Es wurden nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt.

Störungen bei der Arbeit, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 4.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=503 (LU); 9120 (CH).

Im schriftlichen Teil der Befragung wurden erwerbstätige Personen und Lehrlinge nach Störquellen bei ihrer Arbeit befragt, die sie persönlich als belastend empfinden. Als Hauptproblem im Kanton Luzern wie auch in der Gesamtschweiz erweist sich die Temperatur. Ein Drittel der Erwerbstätigen empfindet sie bei der Arbeit als zu tief oder als zu hoch (vgl. Abbildung 4.4). Darauf folgen als Störfaktoren Lärm von Mitarbeiter/innen, Maschinenlärm und Zugluft. Dabei fällt auf, dass diese Immissionen im Kanton Luzern häufiger genannt werden als in der Gesamtschweiz. Es zeigt sich aber auch, dass im Kanton Luzern der Anteil Personen, die sich bei der Arbeit ungestört fühlen, höher ist als in der Schweiz insgesamt (24,4% vs. 21,5%).

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

Betrachtet man die Kumulation von Immissionen bei der Arbeit, so zeichnet sich ein deutliches Bild ab: Personen mit qualifizierten manuellen Berufen sind mit einem Anteil von gegen 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 Maschinenlärm, Staub oder chemischen Dämpfen begleitet ist. Zudem verbringen sie nicht selten einen wesentlichen Teil ihrer Arbeitszeit draussen, was bedeutet, dass sie verstärkt der Witterung ausgesetzt sind. Trotzdem sind sie mit ihrer Arbeitssituation nicht unzufriedener als Büroangestellte oder das mittlere Kader. Eindeutig am zufriedensten sind jedoch die Kleinunternehmer (vgl. Tabelle 4.2).

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

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

		Anzahl Störungen bei der Arbeit										Mit Situation zufrieden ¹	
		Keine		1		2		3		4 (+)			
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH		
Gesamtbevölkerung		24,4	21,5	20,6	25,0	18,7	19,9	15,6	13,8	20,7	19,8	34,8	34,7
Geschlecht	Frauen	26,0	25,1	29,0	27,5	15,9	21,1	13,4	12,1	15,7	14,3	38,1	35,7
	Männer	23,3	18,8	15,0	23,2	20,5	19,0	17,0	15,0	24,1	24,0	32,5	33,9
Altersgruppen	15–34	(21,7)	16,1	(16,8)	24,9	21,9	21,7	(15,4)	14,8	24,2	22,6	32,6	28,9
	35–49	22,8	22,6	22,3	25,1	19,0	19,7	16,6	12,8	19,2	19,8	34,6	33,0
	50+	30,1	27,1	23,6	25,1	1(3,9)	17,7	(14,4)	13,9	(17,9)	16,2	37,8	44,3
Bildung	obligatorische Schule	(29,7)	14,5	(21,5)	26,1	*	19,0	*	16,5	(25,5)	(23,2)	(23,6)	34,8
	Sekundarstufe II	22,3	20,8	19,2	24,3	20,3	20,2	15,5	13,6	16,9	22,7	34,1	33,9
	Tertiärstufe	28,7	28,5	(25,2)	26,4	(17,9)	19,5	(16,6)	12,4	*	(11,5)	45,1	36,8
Nationalität	Schweizer	25,7	22,9	20,5	25,2	19,4	20,0	16,5	13,5	18,0	18,3	35,9	35,5
	Ausländer	*	15,1	(21,4)	24,0	*	19,3	*	14,8	(36,1)	26,9	(28,5)	30,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(18,7)	17,2	(15,9)	23,9	(20,8)	18,8	(19,0)	15,2	(25,7)	24,9	34,9	37,0
	CHF 3000 bis 4499	24,5	22,2	21,3	24,3	(15,6)	19,8	(15,1)	13,8	23,4	19,8	33,5	33,3
	CHF 4500 bis 5999	(23,4)	22,4	(21,0)	25,0	(21,1)	21,6	(17,8)	12,6	(16,7)	18,3	29,4	32,7
	CHF 6000 und höher	39,5	29,2	(25,2)	27,3	(21,9)	19,5	*	11,8	*	12,2	50,8	36,0
sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	13,5	(29,3)	23,7	*	19,0	(19,2)	16,5	(28,9)	27,3	(39,6)	34,2
	qualifizierte manuelle Berufe	*	8,5	*	15,7	(23,6)	17,3	(17,6)	17,9	(36,3)	40,6	(26,6)	32,2
	Kleinunternehmer	(23,1)	25,7	(20,0)	25,0	(18,4)	16,9	*	13,1	(21,2)	19,3	52,9	52,5
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	23,2	20,5	25,2	26,7	(18,6)	23,1	(18,4)	13,8	(14,6)	15,9	31,2	29,8
	höherqual. Nicht-man. B./ mittleres Kader	36,4	24,8	22,4	28,6	(17,5)	20,4	(8,4)	12,0	(15,2)	14,2	36,4	32,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(38,8)	37,2	*	25,9	*	18,4	*	10,5	*	8,1	(35,8)	38,1
Regionaler Vergleich	Aargau	20,8		25,2		16,0		15,1		22,9		35,1	
	Basel-Landschaft	24,8		26,2		18,0		12,8		18,3		33,3	
	Basel-Stadt	21,2		24,5		21,5		13,6		19,2		36,0	
	Bern	19,9		25,9		18,8		15,1		20,3		35,4	
	Luzern	24,4		20,6		18,7		15,6		20,7		34,7	
	Solothurn	20,0		23,5		21,3		14,4		20,8		36,3	
	St. Gallen	26,1		25,0		17,6		13,9		17,3		36,0	
	Zug	20,7		29,1		19,2		13,3		17,8		36,3	
	Zürich	21,4		25,7		21,1		12,7		19,2		35,4	
	andere Deutschschweizer Kantone	25,3		22,2		20,1		12,5		19,9		37,6	
	Westschweizer Kantone	18,9		25,6		21,6		14,0		19,9		32,8	
Tessin	23,1		28,3		19,3		10,9		18,4		26,3		

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 480 >n> 537 (LU); 9390 <n< 9777 (CH).

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

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

Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil ungestörter Luzerner/innen etwas grösser. Im Kanton Luzern ist auffallend, dass die soziale Lage einen noch grösseren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit hat als in der Gesamtschweiz. Die grösste Differenz findet man bei Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von mindestens Fr. 6000.– sowie Erwerbstätigen mit Tertiärbildungsabschluss (vgl. Tabelle 4.2).

Diese Befunde lassen vermuten, dass es sich bei den Immissionen im Arbeits- wie auch im Wohnbereich auch um ein Problem der sozialen Lage handelt und sich die Probleme in beiden Bereichen kumulieren (vgl. Tabelle 4.3). Tatsächlich zeigt sich, dass man mit höherem Alter, mehr Bildung und Einkommen sowie Schweizer Nationalität gesamthaft betrachtet weniger Immissionen ausgesetzt ist. 15,7% der Erwerbstätigen im Kanton Luzern fühlen sich weder bei der Arbeit noch zu Hause in irgendeiner Weise gestört. In der Gesamtschweiz sind es mit 14,1% etwas weniger. Es ist nachvollziehbar, dass Personen mit mehr finanziellen Ressourcen und einem grösseren Bildungskapital stärker beeinflussen können, wie und wo sie leben und arbeiten möchten. Besonders betroffen von Immissionen sind Personen in manuellen Berufen, Personen mit geringer Bildung und mit einem geringen Haushaltsäquivalenzeinkommen sowie

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

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 470 >n> 493 (LU); 8557 <n< 8850 (CH).

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

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

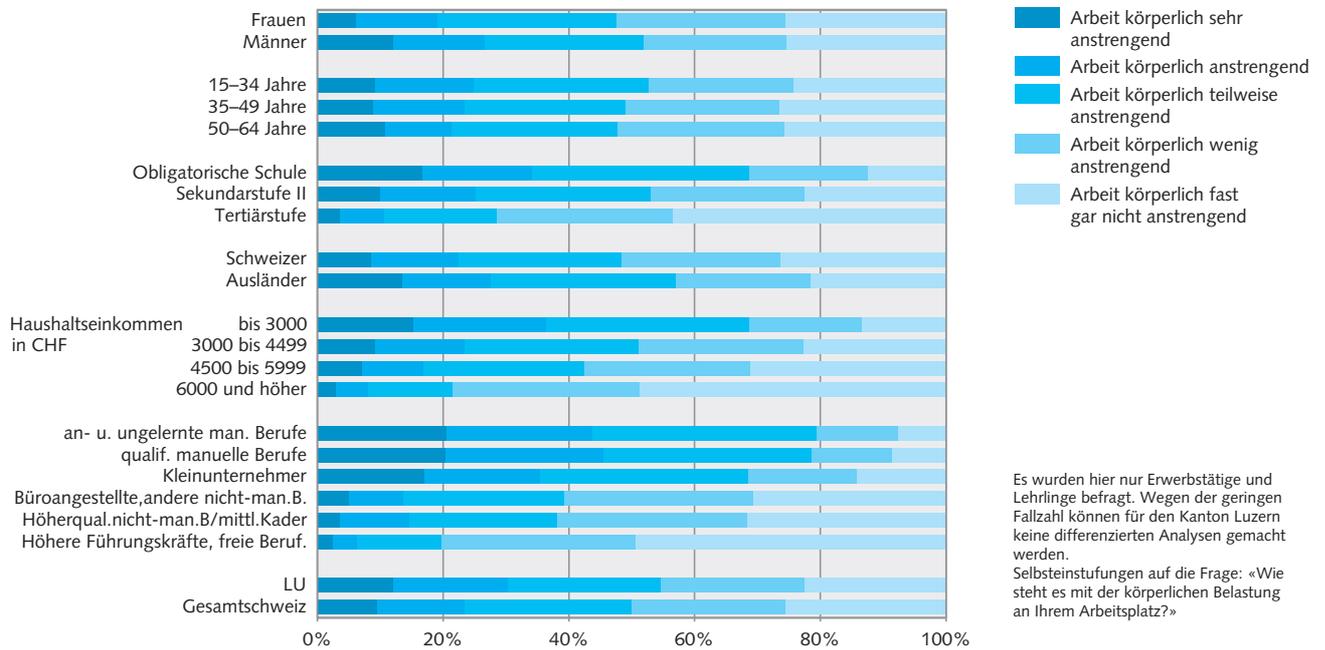
Eine weitere Frage im Zusammenhang mit den Belastungen bei der Arbeit betrifft die körperlichen und psychischen Anforderungen im Erwerbsleben. Dabei zeichnet sich erneut ein eindeutiges Bild ab. Die Arbeit wird als körperlich anstrengender empfunden, je geringer die Bildung, das Einkommen und die Berufsstellung sind. Dies hängt damit zusammen, dass Personen in 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 eine u-förmige Beziehung. Die psychische Belastung ist bei den höheren Führungskräften und Personen in freien Berufen am höchsten, nimmt dann ab und steigt bei den qualifizierten manuellen Berufen wieder leicht an (vgl. Abbildung 4.6).

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

Körperliche Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 4.5

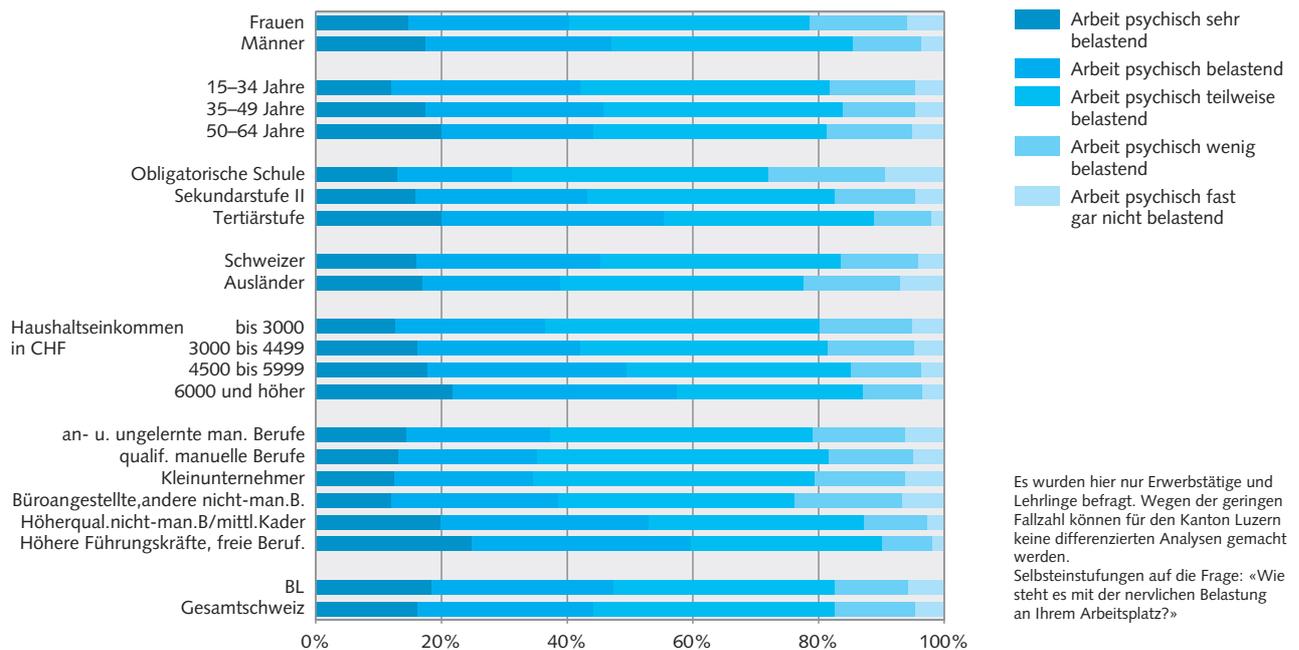


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=505 (LU); 9115 (CH).

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

Psychische Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 4.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=504 (LU); 9130 (CH).

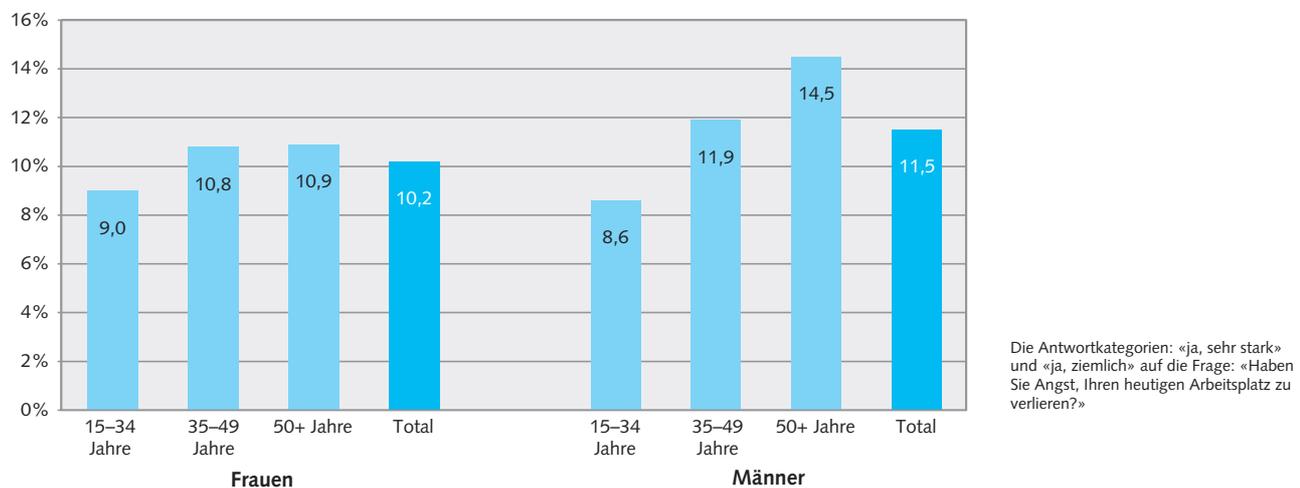
Es wurden hier nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt. Wegen der geringen Fallzahl können für den Kanton Luzern keine differenzierten Analysen gemacht werden. Selbsteinstufungen auf die Frage: «Wie steht es mit der nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz?»

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 Luzern lag die Quote zum Zeitpunkt der Befragung mit 2% unter dem Schweizer Durchschnitt (SECO 2002).

8,3% der Luzernerinnen und Luzerner haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dies ist nicht nur deutlich weniger als der Gesamtschweizer Durchschnitt von 10,9%, der Wert ist auch bedeutend tiefer als in der Befragung von 1997. Damals bangten 18% der erwerbstätigen Personen in der Schweiz um ihren Arbeitsplatz. Die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust betrifft sowohl die Frauen als auch die Männer, wenn auch nicht ganz im gleichen Ausmass. Bei den Männern kann, wie bereits 1997, eine gewisse Altersabhängigkeit festgestellt werden: Je älter die Person, desto eher fürchtet sie, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Abbildung 4.7).²²

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



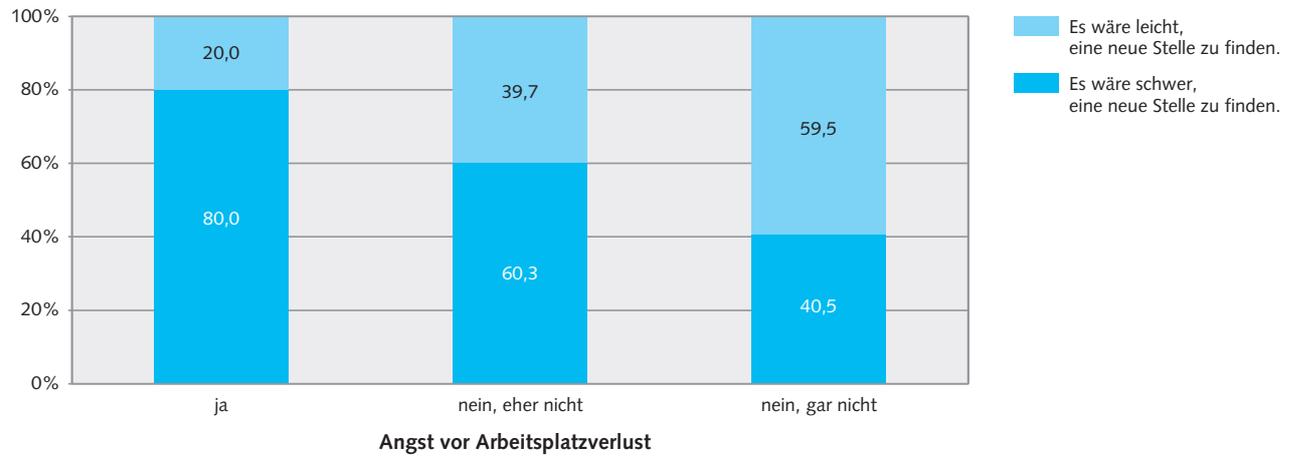
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8916.

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

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).

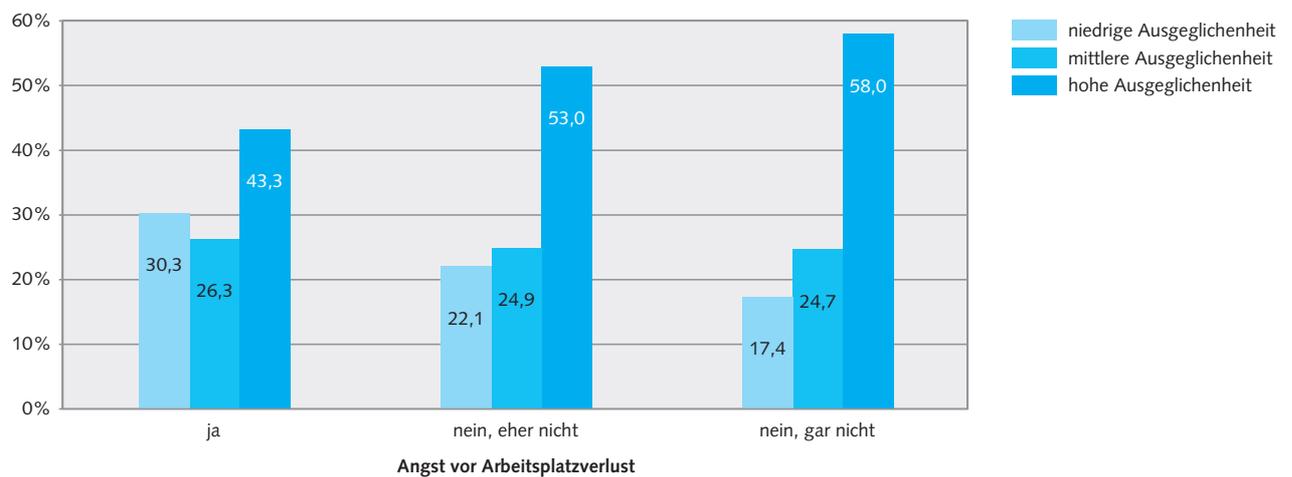
²² Da es sich hier um grundsätzliche Zusammenhänge ohne bedeutsame regionale Unterschiede handelt, werden die folgenden Analysen auf der Ebene der Schweizer Bevölkerung durchgeführt.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz Abb. 4.8



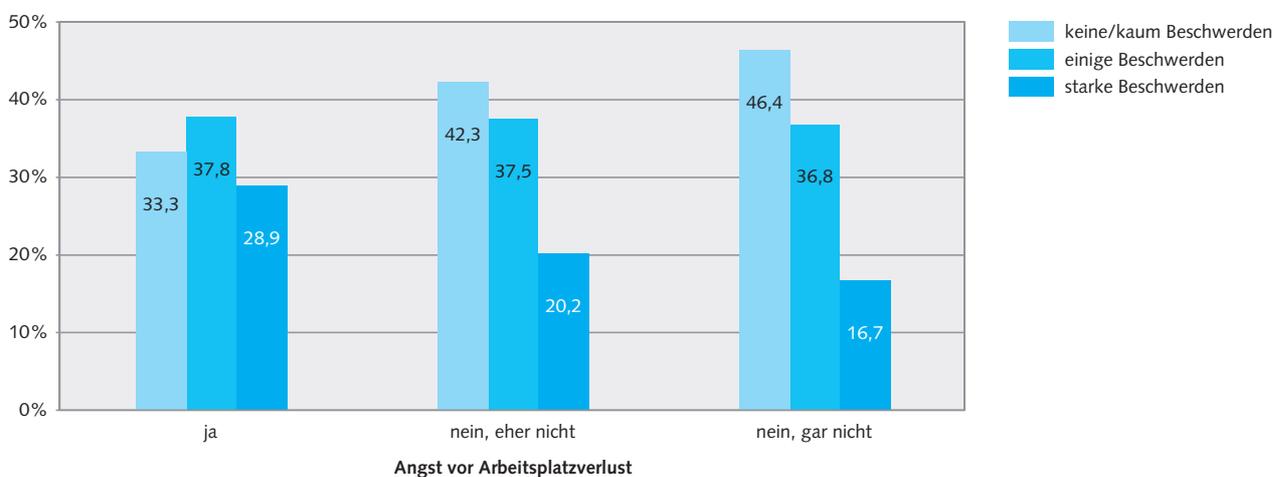
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=8315.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychische Ausgeglichenheit, Schweiz Abb. 4.9



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

Angst vor Arbeitsplatzverlust und körperliche Beschwerden, Schweiz Abb. 4.10



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

Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, rechnen Frauen weniger damit, ihre Stelle zu verlieren als Männer. Ob dies damit zusammenhängt, dass das Einkommen der Frauen allenfalls als Zweiteinkommen nicht Existenz sichernd sein muss, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Wird der Anteil Personen betrachtet, der um den Verlust seines Arbeitsplatzes fürchtet, so ergibt sich: Je geringer die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto grösser ist der Anteil Betroffener. Weiter schätzen Personen ausländischer Nationalität ihre Arbeitsplatzsicherheit um ein Mehrfaches pessimistischer 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, die befürchten, ihre Arbeit zu verlieren, im Kanton Luzern auf dem Niveau von Bern und Solothurn und unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt.

Tab.4.4 Anteil der Personen, die sich Sorgen, eher keine Sorgen und gar keine Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		ja		nein, eher nicht		nein, gar nicht		
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	
Gesamtbevölkerung		8,3	10,9	45,8	43,8	45,9	45,3	
Geschlecht	Frauen	(9,0)	10,2	41,4	41,9	49,7	47,9	
	Männer	(7,9)	11,5	48,8	45,2	43,4	43,3	
Altersgruppen	15–34	(8,2)	8,8	31,9	41,5	59,9	49,7	
	35–49	(7,8)	11,4	55,5	46,1	36,7	42,5	
	50+	(9,2)	13,0	51,8	43,2	39,1	43,8	
Bildung	obligatorische Schule	*	18,7	(34,8)	35,4	(49,8)	45,9	
	Sekundarstufe II	(7,7)	10,3	46,0	45,2	46,2	44,5	
	Tertiärstufe	*	7,8	52,1	44,9	42,1	47,3	
Nationalität	Schweizer	6,0	8,9	46,5	44,4	47,5	46,7	
	Ausländer	*	20,1	(41,8)	41,1	(36,6)	38,7	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	*	13,0	47,6	42,7	43,2	44,3	
	CHF 3000 bis 4499	(11,4)	11,4	48,7	43,8	39,9	44,8	
	CHF 4500 bis 5999	*	8,5	42,2	46,0	51,6	45,6	
	CHF 6000 und höher	*	8,4	46,0	45,2	49,4	46,3	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	12,5	(43,2)	43,2	(46,4)	44,3	
	qualifizierte manuelle Berufe	*	18,2	41,6	42,0	45,5	39,8	
	Kleinunternehmer	*	5,9	(40,3)	33,8	55,6	60,3	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(10,4)	10,2	45,6	47,8	44,0	42,0	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	*	9,7	49,8	44,2	44,7	46,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	9,0	(58,8)	45,9	(41,2)	45,1	
Regionaler Vergleich	Aargau		11,3		46,3		42,4	
	Basel-Landschaft		8,7		43,4		47,9	
	Basel-Stadt		11,9		43,7		44,4	
	Bern		8,0		48,7		43,3	
	Luzern		8,3		45,8		45,9	
	Solothurn		7,6		49,6		42,8	
	St.Gallen		10,3		44,2		45,5	
	Zug		10,7		43,5		45,8	
	Zürich		12,3		40,8		46,9	
		andere Deutschschweizer Kantone		7,5		50,0		42,5
		Westschweizer Kantone		13,4		39,4		47,2
		Tessin		18,6		34,8		46,6

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 480 <n< 503 (LU); 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 1980^{er} Jahre ist Kriminalität und Gewalt in der Schweiz ein zentrales öffentliches Thema geworden. Die zunehmende Sensibilisierung für das Thema, persönliche Erfahrungen mit Gewalt und Einzelereignisse, welche ein breites öffentliches Echo auslösten, sind Gründe, weshalb sich ein steigendes Gefühl der Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität in der Schweizer Bevölkerung breit gemacht hat. Dabei zeigt sich, dass die Angst vor Gewalt in den letzten Jahren stärker zugenommen hat als das tatsächliche Gewaltniveau, das in der Schweiz immer noch vergleichsweise tief ist. Das bedeutet auch, dass die Angst vor Gewalt keinen direkten Zusammenhang mit dem effektiven Risiko hat, eine Gewalttat zu erleben (Eisner/Manzoni 1998; Eisner/Killias 2004).

Fast ein Drittel der Bevölkerung im Kanton Luzern (30,3%) erachtet es als wahrscheinlich, in den nächsten 12 Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden. Diese Zahl liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 37,5%. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Einschätzung der absoluten Gewaltwahrscheinlichkeit, es zeigen sich aber Unterschiede bezüglich der befürchteten Gewaltformen. Frauen schätzen es als wahrscheinlicher ein, in den nächsten zwölf Monaten sexuell, verbal oder schriftlich belästigt zu werden, und zudem befürchten sie stärker als Männer, bestohlen und überfallen zu werden. Männer hingegen erwarten häufiger als Frauen, angepöbelt oder in eine Schlägerei verwickelt zu werden und dass zu Hause eingebrochen wird (vgl. Abbildung 4.11).

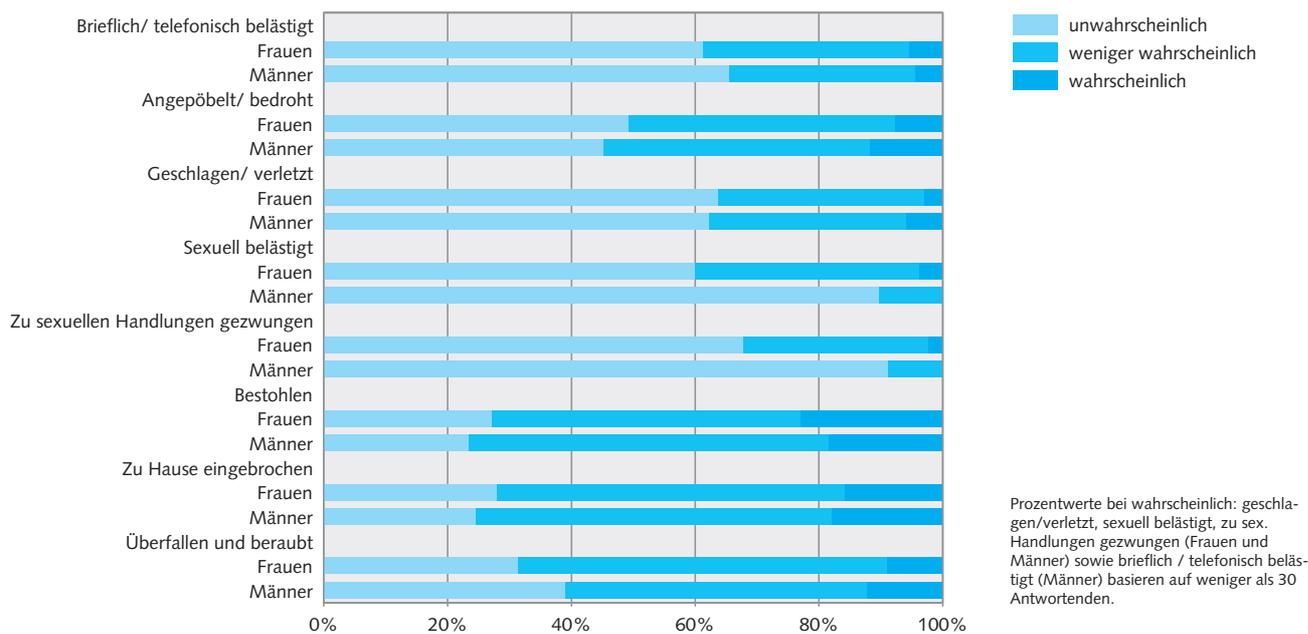
Am grössten ist die Befürchtung, mit Gewalt oder Kriminalität persönlich konfrontiert zu werden, bei Einbruch, Diebstahl, Überfall, Bedrohung oder Pöbelei. Diese Formen der Gewalt werden jedoch in den verschiedenen Altersgruppen als unterschiedlich wahrscheinlich eingestuft. Während die Befürchtung, 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 Luzern liegt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für alle erhobenen Gewaltformen deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt.

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

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

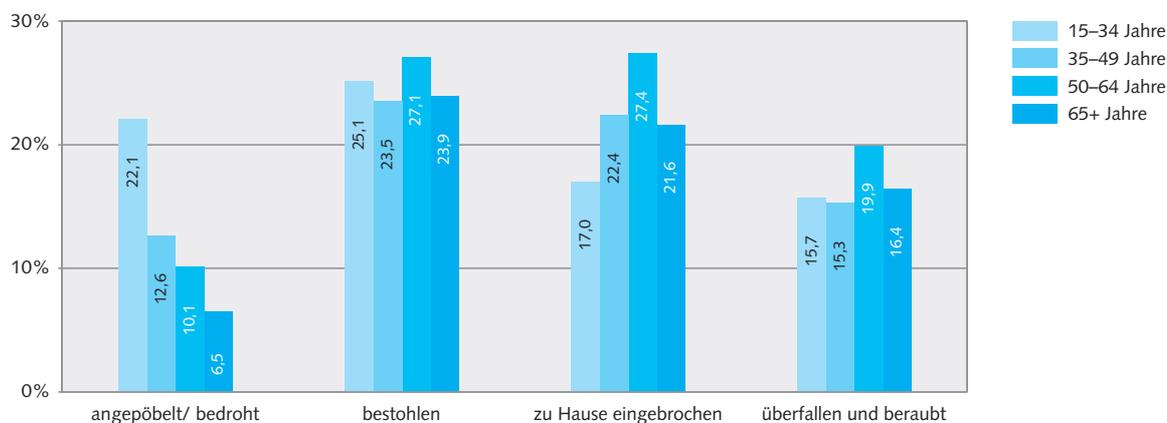
Abb. 4.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 806<n<821 (LU).

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 soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		keine		eine		zwei und mehr		
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	
Gesamtbevölkerung		69,7	62,5	13,1	13,1	17,2	24,4	
Geschlecht	Frauen	70,3	61,2	12,5	12,7	17,2	26,1	
	Männer	69,1	63,9	13,7	13,6	17,2	22,5	
Altersgruppen	15-34	65,9	58,4	16,0	14,6	18,0	27,0	
	35-49	69,9	63,6	11,1	12,5	18,9	23,9	
	50-64	67,6	62,3	14,6	12,1	17,8	25,7	
	65+	80,7	67,6	(8,2)	13,2	(11,1)	19,2	
Bildung	obligatorische Schule	68,5	61,4	(15,8)	13,0	(15,8)	25,5	
	Sekundarstufe II	69,9	62,5	13,0	12,8	17,1	24,7	
	Tertiärstufe	70,1	63,8	(10,3)	14,6	(19,6)	21,6	
Nationalität	Schweizer	69,9	63,2	12,6	13,0	17,5	23,8	
	Ausländer	68,2	58,8	*	13,9	*	27,3	
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	72,2	64,6	(11,3)	12,4	16,5	23,0	
	CHF 3000 bis 4499	65,6	61,4	13,2	12,8	21,2	25,8	
	CHF 4500 bis 5999	74,7	61,5	(12,8)	14,5	(12,4)	24,0	
	CHF 6000 und höher	69,6	64,0	(16,2)	13,3	(14,2)	22,8	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	70,2	63,4	*	11,1	(22,5)	25,5	
	qualifizierte manuelle Berufe	62,1	63,7	(15,7)	12,7	(22,2)	23,6	
	Kleinunternehmer	74,0	69,7	*	10,1	(18,0)	20,2	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	70,1	61,4	(13,3)	13,2	16,6	25,4	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	67,7	61,2	16,7	13,9	15,6	24,9	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	86,5	62,6	*	13,9	*	23,5	
Regionaler Vergleich	Aargau	65,5			13,5		21,0	
	Basel-Landschaft	69,0			12,0		19,0	
	Basel-Stadt	64,7			14,2		21,0	
	Bern	63,6			12,3		24,1	
	Luzern	69,7			13,1		17,2	
	Solothurn	62,8			12,5		24,7	
	St. Gallen	69,4			14,9		15,8	
	Zug	70,9			11,8		17,3	
	Zürich	64,5			13,1		22,4	
		andere Deutschschweizer Kantone	73,2			11,1		15,6
		Westschweizer Kantone	50,1			14,4		35,6
		Tessin	59,7			12,6		27,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 780 <n< 846 (LU); 15'065 <n< 16'149 (CH).
 * Antworten von 0-10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Menschen, die auf dem Land wohnen, befürchten im Vergleich zu Städtern etwas seltener eine Konfrontation mit Gewalt oder einem Verbrechen (66% vs. 61,2%). Weiter steigert eine höhere Bildung die Zuversicht, in der nächsten Zukunft von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden.²³ Ausländerinnen und Ausländer erachten es als wahrscheinlicher als Schweizerinnen und Schweizer, von einer oder mehreren Formen der Kriminalität betroffen zu werden. Dies hängt unter anderem auch damit zusammen, dass mit 85,2% der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer in städtischen Gebieten grösser ist als der von Schweizerinnen und Schweizern (70,7%).

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

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.

Gegen zwei Drittel der Befragten sind mit ihrer *Wohnsituation* sehr zufrieden, und nur eine kleine Minderheit erweist sich als eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Dennoch fühlt sich fast jede zweite Person zu Hause gestört. Primär wird über Autolärm geklagt, wovon etwa jede vierte Person betroffen ist. Darauf folgen Lärm fremder Menschen, Belästigungen durch die Landwirtschaft, Verkehrsabgase und Fluglärm. Die meisten dieser Immissionen werden im Kanton Luzern etwas 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 Störquellen und der Wohnzufriedenheit abzeichnet. Weiter lässt sich zeigen, dass der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit abnimmt, je mehr Immissionen im Wohnbereich wahrgenommen werden.

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

Bei der Arbeitszufriedenheit zeigt sich ein weniger positives Bild. Im Kanton Luzern gibt nur jede dritte Person an, (sehr) zufrieden mit ihrer *Arbeitssituation* zu sein. Zudem kann nur jede vierte frei von Immissionen arbeiten. Die häufigsten Probleme sind zu hohe oder zu tiefe Temperaturen, Lärm von Mitarbeiter/innen, Maschinenlärm, Zugluft und Schmutz. Bedenklich ist, dass im Kanton Luzern beinahe jeder zehnte Erwerbstätige während der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt ist. Passivrauchen kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. In einer gesundheitsgefährdenden Umgebung arbeiten zudem auch die 11,1% Arbeitnehmenden, die während der Arbeit unter Staub, Russ, Schmutz und chemischen Gasen leiden.

Die Störfaktoren sind ungleich verteilt: Je geringer die Bildung, das Einkommen und der Berufsstatus, desto mehr Immissionen werden angegeben. Manuelle Berufe sind dabei besonders belastet. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als es sich hier um Handwerker und Arbeiter handelt, deren Arbeitsalltag oft draussen stattfindet und die häufig mit Lärm und Staub produzierenden Maschinen arbeiten. Im Kanton Luzern ist die Belastungssituation bei der Arbeit geringer, und die Zufriedenheit der Erwerbstätigen entspricht dem Schweizer Durchschnitt.

Ein weiterer Faktor, der gesundheitlich belastende Auswirkungen haben kann, ist die *Angst vor Arbeitsplatzverlust* und Arbeitslosigkeit. Dabei kann aufgezeigt werden, dass die Sorge um den Erhalt der Stelle stark davon abhängt, wie

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

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 weniger wahrscheinlich etwas optimistischer ein als Männer. Weiter zeigt sich, dass die Angst um den Arbeitsplatz ansteigt, je geringer die Bildung und das Einkommen sind. Ausländerinnen und Ausländer sind in der Gruppe der sich Sorgenden besonders stark vertreten. Im Kanton Luzern ist die Angst vor Arbeitslosigkeit deutlich geringer als im Schweizer Durchschnitt.

Für das psychische Wohlbefinden ist es weiter wichtig, ob man mit der Angst lebt, in naher Zukunft *Opfer eines Verbrechens* zu werden. Im Kanton Luzern trifft dies für 30,3% aller Befragten zu, wobei sich Frauen vor anderen Delikten fürchten als Männer. Frauen schätzen es als wahrscheinlicher ein, in den nächsten zwölf Monaten belästigt zu werden, sei es sexuell, verbal oder schriftlich. Zudem rechnen Frauen eher als Männer damit, überfallen und ausgeraubt zu werden. Männer schätzen hingegen das Risiko, angepöbelt oder in eine Schlägerei verwickelt zu werden höher ein als Frauen. Wichtig dabei ist zu bemerken, dass die 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 und von der Bildung abhängig. Während die Angst, in eine Pöbelei involviert zu werden, mit zunehmendem Alter stark abnimmt, wird häufiger befürchtet, dass zu Hause eingebrochen werden könnte. Höheres Alter wirkt sich allerdings im Kanton Luzern grundsätzlich positiv auf die Zuversicht aus, von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden. Zudem zeigt sich, dass Städter eher mit einer Gewalttat rechnen als Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen.

5 Zusammenhangsanalysen

Wie hängen alle untersuchten Faktoren zusammen?

Fast die Hälfte der Luzerner/innen fühlt sich nicht nur körperlich (sehr) gut, sondern auch psychisch ausgeglichen. Gesundheitlich stark belastete Personen fühlen sich psychisch weniger wohl. Fast ein Zehntel der Bevölkerung fühlt sich körperlich und psychisch unwohl. In unserem Kanton wird im höheren Alter trotz der dann typischerweise vermehrten chronischen Beschwerden psychisch besser damit umgegangen.

Verzicht auf Tabak und auf übermässigen Alkoholkonsum, jedoch regelmässige Bewegung und bewusste Ernährung werden als gesundheitsförderndes Verhalten erachtet.

So kann man das Verhalten der Luzerner Bevölkerung in vier verschiedene Gruppen einteilen:

- **Gesundheitsfördernde** ca. 40%,
- **Passive Risikovermeidende** ca. 30% (Verzicht auf Tabak und Alkohol, aber auch auf Bewegung und bewusste Ernährung)
- **Risikokompensierende** ca. 15,5% (Kompensation von Tabak- oder übermässigem Alkoholkonsum mit Bewegung oder bewusster Ernährung)
- **Risikotypen** weniger als 1/6 der Bevölkerung (nur Risikoverhalten)

Somit könnten 60% der Luzerner Bevölkerung von gesundheitsfördernden Massnahmen profitieren.

Heute rauchen weniger Männer als früher, Frauen eindeutig mehr. Personen mit regelmässiger Bewegung rauchen weniger als Personen, die sich nie oder unregelmässig bewegen. Wer auf seine Ernährung achtet, raucht weniger und bewegt sich mehr.

Kampagnen für regelmässige Bewegung und gesunde Ernährung könnten deshalb sekundär auch positive **Auswirkungen auf das Rauchverhalten** haben. Da Rauchende eher etwas mehr Alkohol konsumieren, müssten sie deshalb auf ihr Suchtverhalten angesprochen werden.

Dr. med. Helena Shang Meier, MPH
Stellvertretende Kantonsärztin

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 Luzern 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 relativ hoch ist. 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 sozialen Gesundheit nur schwach korreliert sind. Unter Einsamkeit zu leiden heisst also nicht zwangsläufig, dass keine Beziehung zu Vertrauenspersonen bestünde.

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

chronische Beschwerden nicht zwingend mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit einhergehen müssen. Wird zusätzlich zwischen psychischen und chronischen 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 einen 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 chronischen 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 beschwerdenfrei bezeichnen.

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

Ebene	Indikator	Kategorien	LU	CH
Körperliche Gesundheit	Allgemeiner (selbst wahrgenommener) Gesundheitszustand ²⁴	sehr gut/gut	86,5	85,8
		mittel/schlecht/sehr schlecht	13,5	14,2
	Lang andauerndes Gesundheitsproblem	nein ja	84,8 15,2	83,8 16,2
Körperliche Beschwerden		keine/kaum Beschwerden	43,3	41,2
		einige Beschwerden	37,2	35,7
		starke Beschwerden	19,5	23,1
Psychische Gesundheit	Psychische Ausgeglichenheit	gut	53,6	55,0
		mittel	25,0	24,4
		schlecht	21,4	20,7
Kontroll- bezeugung		hoch	45,8	39,3
		mittel	38,5	39,8
		tief	15,7	20,9
Soziale Gesundheit	Einsamkeitsgef hle	nie	71,5	70,2
		manchmal	24,9	26,4
		häufig	3,6	3,3
Vertrauenspersonen		mehr als eine	69,9	65,9
		eine	26,1	29,3
		keine	4,0	4,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 750 <n< 1022 (LU); 14'358 <n< 19'702 (CH).

Tab.5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitszustands, Schweiz (Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entspricht 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. 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.

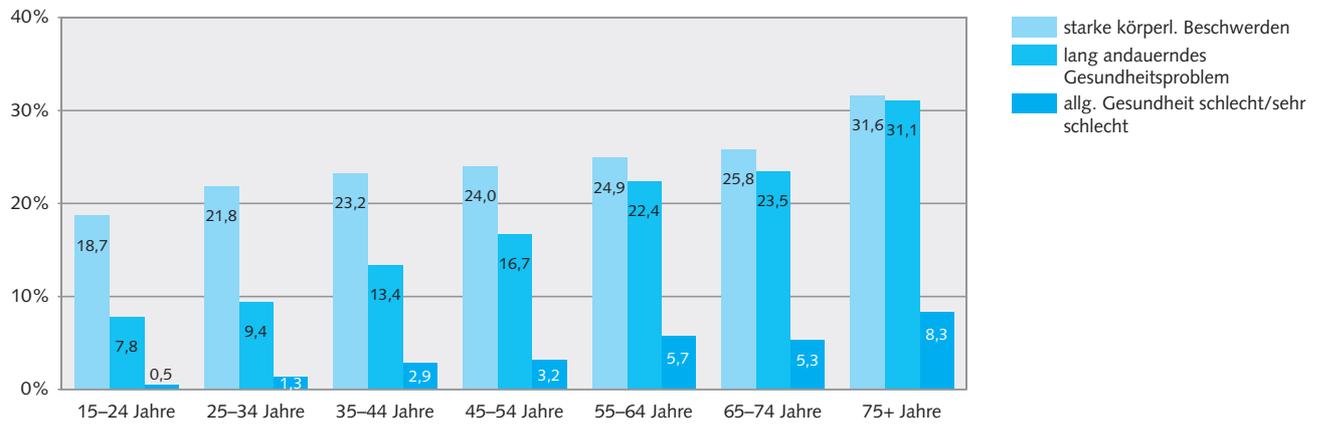
«Allgemeiner Gesundheitszustand» beinhaltet theoretisch Aspekte aus allen drei Ebenen. Da die Korrelationen (Tabelle 5.2) mit den anderen Indikatoren für körperliche Gesundheit besonders hoch sind, kann «allgemeiner Gesundheitszustand» der physischen Gesundheit zugeordnet werden.

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

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

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

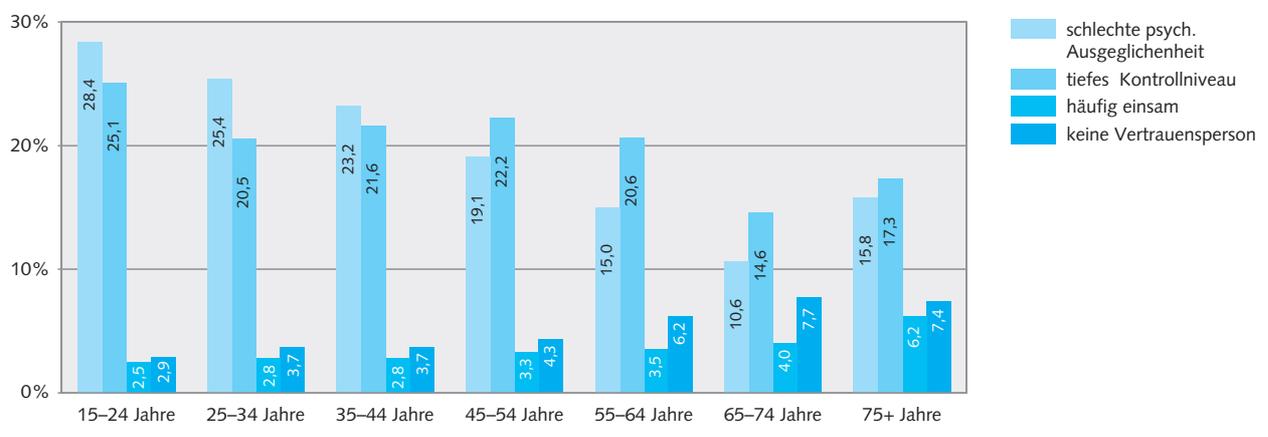
Abb. 5.1



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

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 Luzern und Schweiz

Abb. 5.3

Gute psychische Ausgeglichenheit			
Personen, die psychisch gut ausgeglichen sind.	Nur psychisch Gesunde CH: 4,4% LU: 4,8%	Multiples Wohlbefinden CH: 50,6% LU: 48,8%	Gutes körperliches Wohlbefinden
	Kumuliertes Unwohlbefinden CH: 8,7% LU: 8,2%	Nur körperlich Gesunde CH: 36,3% LU: 38,2%	
Personen, die psychisch mittel bis schlecht ausgeglichen sind.	Personen, die sich körperlich mittel bis schlecht fühlen.		Personen, die sich körperlich gut und sehr gut fühlen.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 951 (LU); 18'290 (CH).

Im Kanton Luzern erfreuen sich 48,8% eines *multiplen Wohlbefindens*. Sie fühlen sich nicht nur körperlich (sehr) gut, sondern 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 Luzerner 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 bei den über 65-Jährigen nur noch jede fünfte.

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

Die gesundheitlich am stärksten belasteten Personen leben mit mittelmässig bis schlechtem allgemeinem und psychischem Wohlbefinden. Zu dieser Gruppe gehören etwas mehr Frauen als Männer. Zudem steigern höheres Alter und das Fehlen eines Schweizer Passes die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitszustand sowohl körperlich als auch psychisch als nicht gut empfunden wird. *Kumuliertes Unwohlbefinden* heisst für 8,7% der Luzerner Bevölkerung die gesundheitliche Diagnose.

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 chronischen Beschwerden sind, um das Doppelte höher ist. Gleichzeitig tritt bei Personen ohne ein lange andauerndes Gesundheitsproblem 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 chronisch unter körperlichen oder psychischen Beschwerden leiden, aber dennoch psychisch gut ausgeglichen sind und von sich sagen, es gehe ihnen gut oder sehr gut. Der Anteil an Personen mit chronischen Beschwerden und multiplem Wohlbefinden nimmt mit zunehmendem Alter zu. Dies bedeutet, dass im höheren Alter mit chronischen Beschwerden besser umgegangen wird. Es ist vorstellbar, dass mit mehr Lebensjahren Wohlbefinden nicht mehr von Beschwerdefreiheit

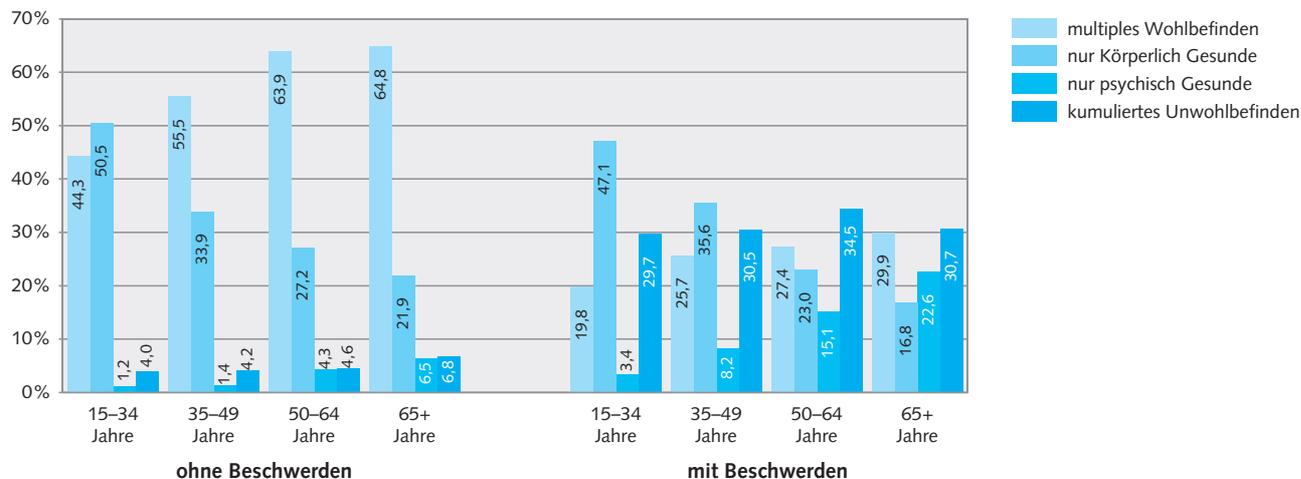
Tab.5.3 Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

		Multiples Wohlbefinden		Nur körperlich Gesunde		Nur psychisch Gesunde		Kumuliertes Unwohlbefinden	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Gesamtbevölkerung		48,8	50,6	38,2	36,3	4,8	4,4	8,2	8,7
Geschlecht	Frauen	50,1	49,0	35,4	36,2	4,4	4,7	10,1	10,1
	Männer	47,5	52,3	41,0	36,5	(5,2)	4,0	6,3	7,1
Altersgruppen	15–34	45,5	42,3	47,8	50,2	*	1,4	(6,0)	6,1
	35–49	48,9	51,5	41,7	38,5	(3,2)	2,3	(6,2)	7,7
	50–64	52,2	56,5	31,4	26,3	(7,4)	6,5	(9,0)	10,7
	65+	51,0	56,5	19,6	20,7	(13,1)	10,3	(16,3)	12,5
Bildung	obligatorische Schule	38,7	43,9	41,7	37,3	(5,4)	5,4	(14,2)	13,5
	Sekundarstufe II	51,2	52,0	36,8	35,8	4,4	4,3	7,6	8,0
	Tertiärstufe	52,6	54,6	39,4	37,1	*	3,4	*	4,9
Nationalität	Schweizer	49,5	51,5	37,5	36,1	5,2	4,4	7,9	8,0
	Ausländer	(44,6)	46,6	(42,7)	37,3	*	4,1	*	11,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	47,8	48,1	41,2	35,1	(4,0)	5,0	(7,0)	11,8
	CHF 3000 bis 4499	50,0	51,4	34,3	35,3	(5,7)	4,9	10,1	8,4
	CHF 4500 bis 5999	54,4	54,9	31,6	34,6	(5,5)	4,0	(8,6)	6,6
	CHF 6000 und höher	53,8	55,5	39,4	36,8	*	3,0	*	4,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	50,0	50,3	35,3	33,0	(6,5)	4,8	(8,2)	11,9
	qualifizierte manuelle Berufe	48,6	49,6	40,1	34,4	*	5,4	(7,7)	10,7
	Kleinunternehmer	43,1	54,5	42,0	33,3	*	5,0	*	7,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	53,2	51,2	33,9	34,6	*	4,3	(10,1)	9,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	51,1	50,8	37,4	37,8	(4,2)	4,0	(7,3)	7,3
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	57,8	55,1	(29,6)	38,2	*	3,0	*	3,7
Regionaler Vergleich	Aargau		48,3		36,5		4,7		10,5
	Basel-Landschaft		49,0		36,9		4,9		9,4
	Basel-Stadt		45,8		35,6		6,2		12,4
	Bern		49,3		38,0		4,2		8,5
	Luzern		48,8		38,2		4,8		8,2
	Solothurn		51,1		33,5		5,3		10,1
	St. Gallen		50,8		36,9		3,6		8,7
	Zug		55,3		35,3		3,3		6,1
	Zürich		51,8		35,9		4,4		7,9
	andere Deutschschweizer Kantone		53,1		36,0		4,1		6,9
	Westschweizer Kantone		51,4		35,5		4,2		8,9
	Tessin		46,4		38,7		4,6		10,3

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. 873 <n< 952 (LU); 16'974 <n< 18'290 (CH).
 * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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).

abhängig gemacht wird. Dieser Erklärungsansatz wird unterstützt, wenn man Personen betrachtet, die unter chronischen 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 trifft auf beide Geschlechter zu, er ist bei den Männern jedoch leicht ausgeprägter als bei den Frauen.

5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen

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

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, der verhält sich auch in anderen Bereichen eher gesundheitsbewusst. Die stärksten Zusammenhänge finden wir zwischen dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein, dem Ernährungsbewusstsein und dem Tabakkonsum sowie zwischen dem Ernährungsverhalten und dem Bewegungsverhalten. Wer also auf seine Ernährung achtet, der raucht auch weniger und bewegt sich erst noch mehr.

Zwischen BMI und Tabakkonsum sowie zwischen Bewegungsverhalten und Alkoholkonsum finden wir auch negative Korrelationen. Daraus können wir ableiten, dass Raucher etwas weniger an Übergewicht leiden und Personen, die sich häufig bewegen, eher etwas mehr Alkohol konsumieren. In diesen beiden Ausnahmefällen geht also ein negativer Verhaltensaspekt mit einem gesundheitsfördernden Verhalten einher.

Tab. 5.4 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

Indikator	Kategorien	LU	CH
Gesundheitsbewusstsein	gesundheitsorientiert	23,4	21,2
	beachtend	68,3	67,3
	unbekümmert	8,3	11,5
Bewegungsverhalten	trainiert / aktiv	35,5	35,9
	unregelmässig / teilaktiv	47,9	44,7
	inaktiv	16,6	19,4
Ernährungsbewusstsein	achtet auf Ernährung	71,1	69,1
	achtet nicht auf Ernährung	28,9	30,9
BMI (WHO-Kategorien)	Untergewicht	3,5	4,2
	Normalgewicht	57,8	58,7
	Übergewicht	31,5	29,4
	starkes Übergewicht	7,1	7,7
Tabakkonsum	Nichtraucher/innen	71,0	69,5
	weniger starker Raucher/innen	14,6	14,0
	starker Raucher (>10 Zig./Tag)	14,4	16,5
Alkoholkonsum	abstinent	19,0	23,1
	geringeres Risiko	77,2	71,2
	mittleres/hohes Risiko	3,8	5,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 977 <n< 1021, Gesundheitsbewusstsein (aus der schriftlichen Befragung) n = 818 (LU); 18'718 <n< 19'691, Gesundheitsbewusstsein n = 15'652 (CH).

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

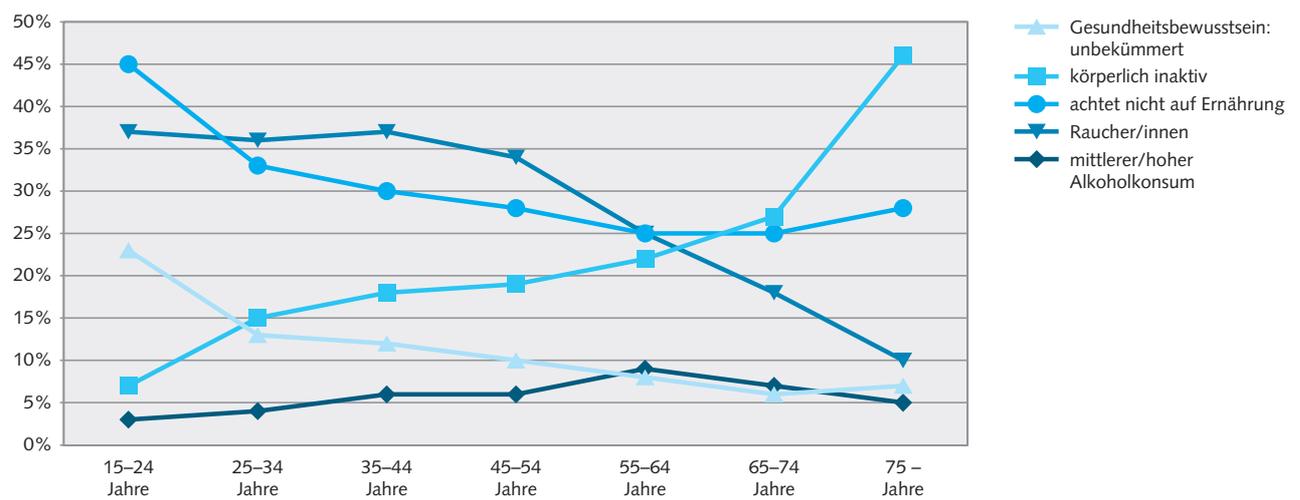
Tab. 5.5 Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, Schweiz (Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entspricht Tabelle 5.4)

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Gesundheitsbewusstsein		,05	,39	n.s.	,27	,14
Bewegungsverhalten	,05		,18	,11	,06	-,12
Ernährungsbewusstsein	,39	,18		,05	,22	,05
BMI	n.s.	,11	,05		-,09	n.s.
Tabakkonsum	,27	,06	,22	-,09		,22
Alkoholkonsum	,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 ungewichteten Daten.

Gesundheits- und Risikoverhalten nach Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.5



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

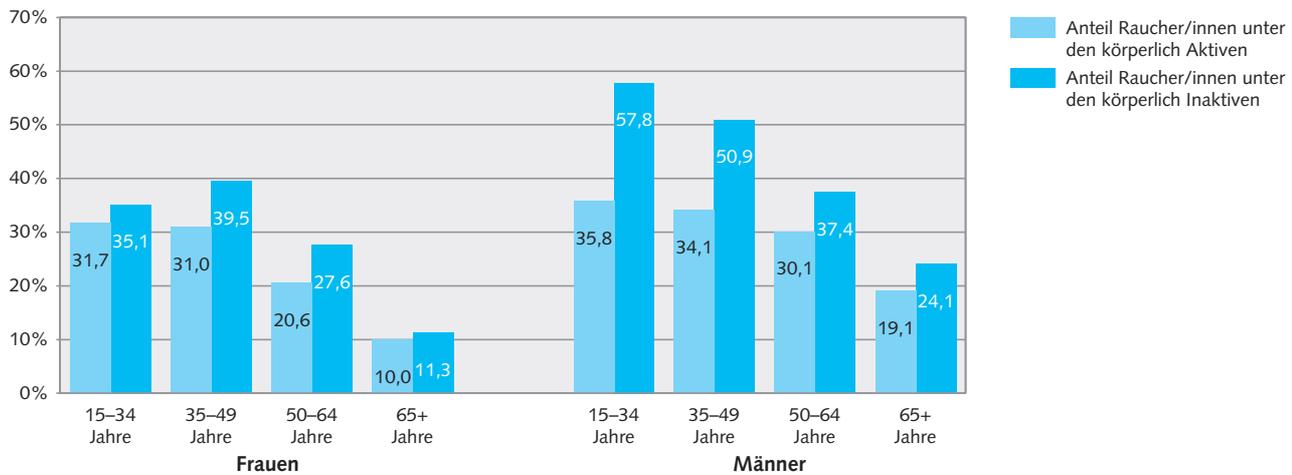
Bei der Interpretation der in Tabelle 5.5 aufgeführten Zusammenhangsmasse gilt es zu berücksichtigen, dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Verhaltensweisen durch Alters- und Geschlechtereffekte überlagert werden (vgl. dazu die ausführlichen Analysen in Kapitel 3). So kann der Zusammenhang zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum auch dadurch zustande kommen, dass generell ältere Leute (und 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 Verhaltenweisen besser abschätzen zu können, sind die Prävalenzen für die einzelnen Altersgruppen in Abbildung 5.5 zusammenfassend dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in jüngeren Jahren häufiger geraucht, weniger auf die Ernährung und allgemein weniger auf die Gesundheit geachtet wird. Umgekehrt leiden ältere Leute deutlich häufiger an Übergewicht und sind körperlich auch weniger aktiv. Ein mittlerer bis hoher Alkoholkonsum ist in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am stärksten verbreitet.

Dass diese Altersunterschiede auch auf Verhaltensänderungen im Verlauf des Lebens 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.

Tabakkonsum und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

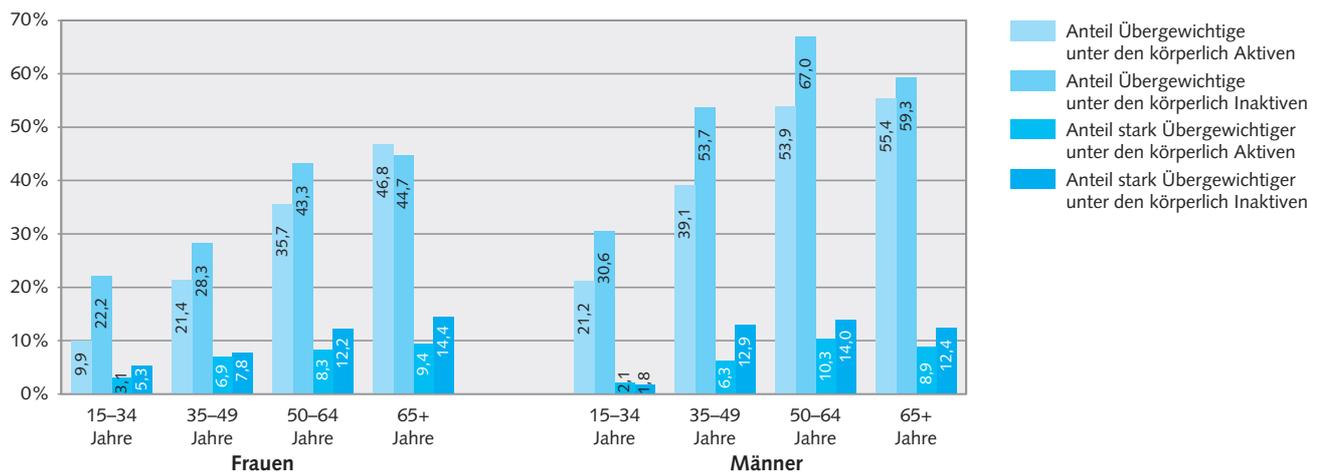
Abb. 5.6



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).

Berücksichtigen wir 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. Den gleichen Befund finden wir 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 Rauchenden – zumindest auf der Ebene der Gesamtbevölkerung – bei den körperlich Inaktiven (32% der Inaktiven rauchen) nur wenig höher ist als bei den körperlich Aktiven (29% der Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, rauchen). Berücksichtigt man jedoch, dass der Tabakkonsum wie auch das Bewegungsverhalten in hohem Masse vom Geschlecht und vom Alter abhängen (jüngere Männer rauchen am meisten, ältere Frauen dagegen nur sehr selten), so kommt man auf einen anderen Befund. Abbildung 5.6 zeigt, dass für Männer und Frauen bis ins höhere Alter der folgende Zusammenhang gilt: Personen, die sich regelmässig bewegen, rauchen weniger als Personen, die sich nie oder unregelmässig bewegen. In ganz besonderem Masse gilt dieser Befund für jüngere Männer.

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

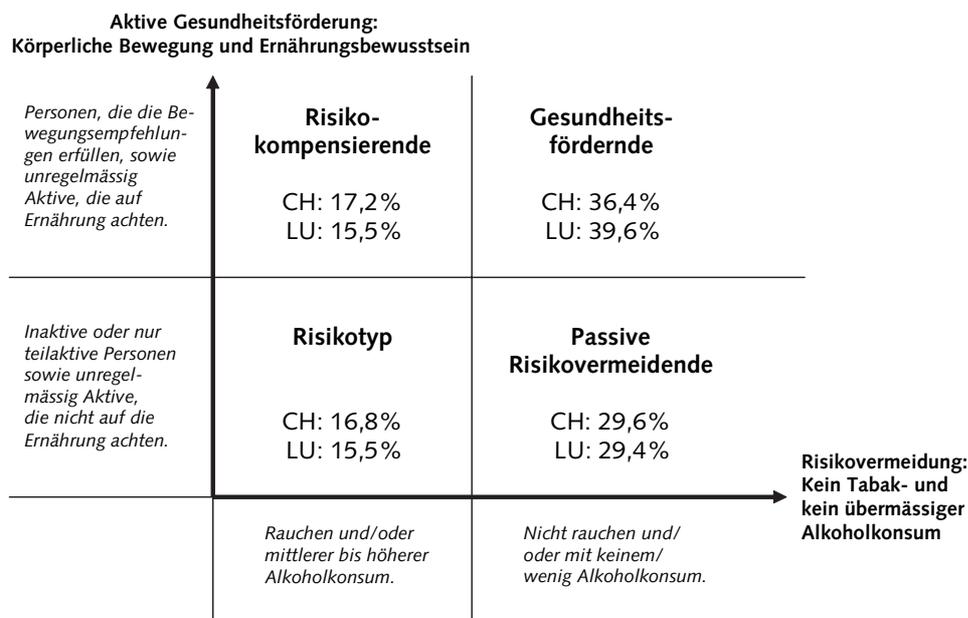
Ein ausgeprägter Zusammenhang zeigt sich dagegen zwischen Bewegungsverhalten und Ernährungsbewusstsein. Unabhängig von Alter und Geschlecht achten Personen, welche sich regelmässig bewegen, eher auf eine gesunde Ernährung als körperlich inaktive Personen. Eine analoge Beziehung finden wir auch zwischen Bewegungsverhalten und Körpergewicht: Von den Personen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sind 31% übergewichtig (6% sind stark übergewichtig), bei den Inaktiven ist dies bei 44% der Fall (11% mit starkem Übergewicht). Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht findet sich auf allen Altersstufen bis 64 Jahre (vgl. Abbildung 5.7). Bei den älteren Personen zeigt sich der Unterschied zwischen Aktiven und Inaktiven nur noch bei starkem Übergewicht. Allgemein fällt auf, dass die Unterschiede weniger stark als erwartet sind und 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 beeinflussen das Körpergewicht deutlich stärker als das Bewegungsverhalten und der Tabakkonsum. Unter den beiden letzteren ist das Bewegungsverhalten der wichtigere Prädiktor als der Tabakkonsum. Das heisst: Das Bewegungsverhalten beeinflusst das Körpergewicht stärker als das Rauchen.²⁶

Verhaltenstypen, Kanton Luzern und Schweiz

Abb. 5.8



Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 976 (LU); 18'672 (CH).

²⁶ Die Zusammenhängestruktur 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 soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton Luzern und Schweiz (in %)

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

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 891 <n< 977 (LU); 17'301 <n< 18'672 (CH).
 * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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 über einen aktiven Lebensstil (Sport, häufiger Fruchtekonsum etc.) etwas für die eigene Gesundheit getan wird. Auf der anderen Seite stehen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum, bei denen Verzicht und Zurückhaltung gefragt sind. Aus der Kombination der beiden Verhaltensstrategien lassen sich die in Abbildung 5.8 dargestellten Verhaltenstypen konstruieren.

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

15,5% der Luzerner Bevölkerung zählen zu den *Risikokompensierenden*. Dieser Verhaltenstyp kompensiert gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak und/oder übermässigen Alkoholkonsum durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil mit Bewegung und bewusster Ernährung. Männer und generell jüngere Leute sind unter den Risikokompensierenden häufiger anzutreffen als Frauen und ältere Leute. Bezüglich sozialer Lage zeigen sich dagegen keine besonderen Auffälligkeiten.

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

39,6% der Bevölkerung des Kantons Luzern zeigen ein durchgängig gesundheitsförderndes Verhalten. Sie verzichten auf Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum, bewegen sich regelmässig und achten auf ihre Ernährung. Bei den *Gesundheitsfördernden* sind keine starken Geschlechter- und Altersunterschiede auszumachen. Die Gesundheitsfördernden zeichnen sich aber durch eine überdurchschnittliche Bildung, einen höheren Berufsstatus, ein höheres Haushaltseinkommen und einen geringeren Ausländeranteil aus.

Im Kanton Luzern finden wir etwas mehr Gesundheitsfördernde und etwas weniger Risikotypen als in der Gesamtschweiz. Im Vergleich mit grösseren Deutschschweizer Kantonen liegt der Kanton Luzern allerdings im Mittelfeld. Im Kanton Tessin und in der Westschweiz leben besonders viele Personen, die als Risikotypen bezeichnet werden müssen und vergleichsweise wenig Gesundheitsfördernde.

5.3 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Nachdem in den beiden vorangegangenen Abschnitten die Beziehungen zwischen den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitszustandes und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens analysiert wurden, rückt in diesem Abschnitt die Frage ins Zentrum, inwiefern Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten miteinander in Beziehung stehen. Die in Tabelle 5.7 dargestellten Korrelationskoeffizienten geben eine erste Antwort auf diese Frage. Während sich zwischen den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens und den Indikatoren für den körperlichen Gesundheitszustand einige substantziellere 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 chronischen Beschwerden geplagt werden, leben eher gesundheitsorientiert, achten vermehrt auf die Ernährung und haben einen geringeren Alkoholkonsum 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.

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

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Allg. Gesundheitszustand	-,21	,27	-,06	,23	n.s.	-,27
Lang andauerndes Gesundheitsproblem	-,22	,17	-,14	,22	n.s.	-,20
Körperliche Beschwerden	-,07	,10	-,11	n.s.	,04	-,08
Psych. Ausgeglichenheit	,07	,07	n.s.	-,08	,12	n.s.
Kontroll berzeugung	,07	,06	n.s.	-,04	,11	-,04
Einsamkeitsgef hle	n.s.	,06	(-,04)	-,08	,11	-,07
Vertrauenspersonen	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 Tabellen 5.1. und 5.4.

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

Dank der hohen Anzahl an befragten Personen lässt sich aber – zumindest auf schweizerischer Ebene – bestimmen, in welchem Masse die genannten Zusammenhänge von Alters- und Geschlechtseffekten überlagert werden. Abbildung 5.9 zeigt, dass in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein noch nicht besteht. In allen anderen Altersgruppen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Anteil an Personen, denen es gesundheitlich nicht gut geht, unter den gesundheitsorientierten Personen höher als unter den Personen, die leben, ohne sich gross um gesundheitliche Folgen zu kümmern. Dieser Befund spricht für die These, dass gesundheitliche Probleme mit der Zeit zu einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein führen können. Dies ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Fall. Ein eindeutiger Geschlechtsunterschied lässt sich nicht feststellen.

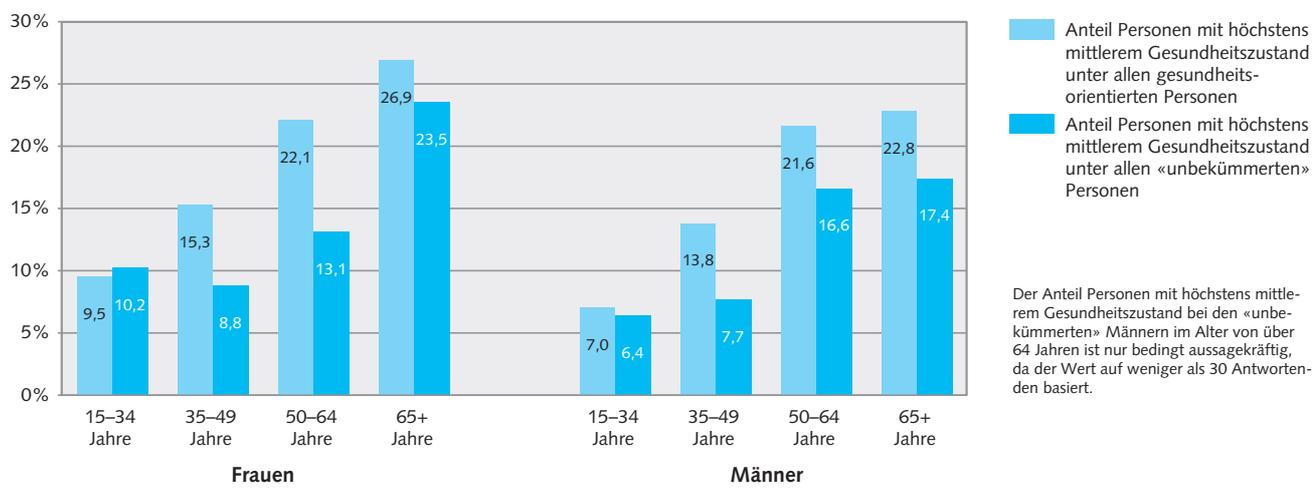
Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand zeigt sich in allen Altersgruppen (vgl. Abbildung 5.10). Unabhängig von Alter und Geschlecht schätzen Inaktive ihren Gesundheitszustand häufiger als weniger gut ein als körperlich Aktive. Den grössten Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand finden wir sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in der ältesten Altersgruppe. Bei den über 64-Jährigen hat der Bewegungsmangel nicht nur besonders gravierende Auswirkungen, in dieser Altersgruppe ist es wahrscheinlich, 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 unabhängig von Alter und Geschlecht als psychisch ebenso ausgeglichen wie unter- und normalgewichtige Personen. Dasselbe gilt bezüglich dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein. Einzig mit Blick auf das Bewegungsverhalten lässt sich sagen, dass Aktive

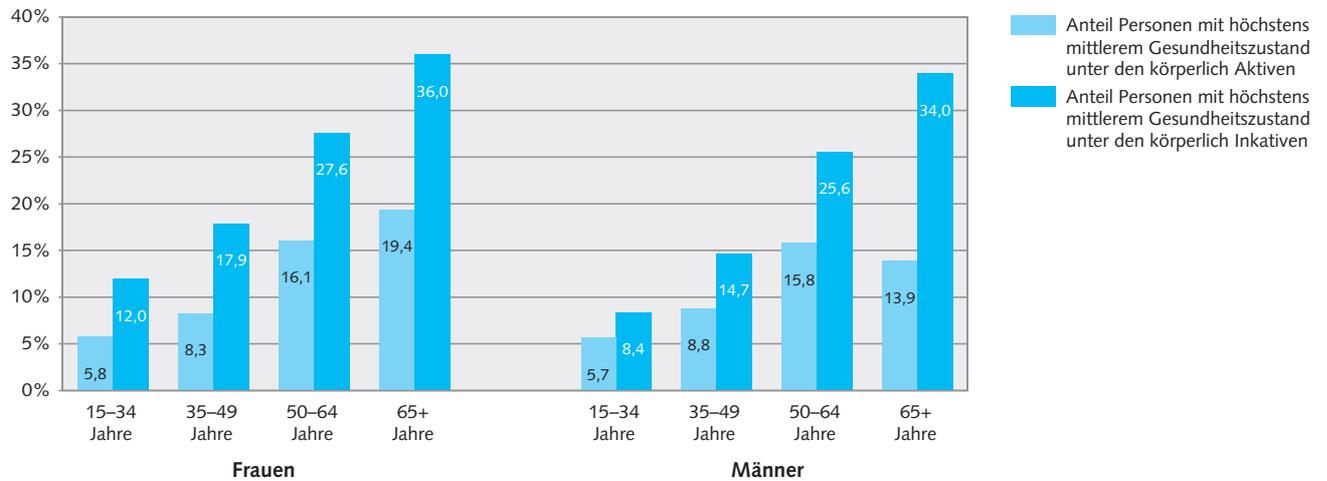
Gesundheitszustand, Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsrelevante Einstellungen nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.9



Gesundheitszustand und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

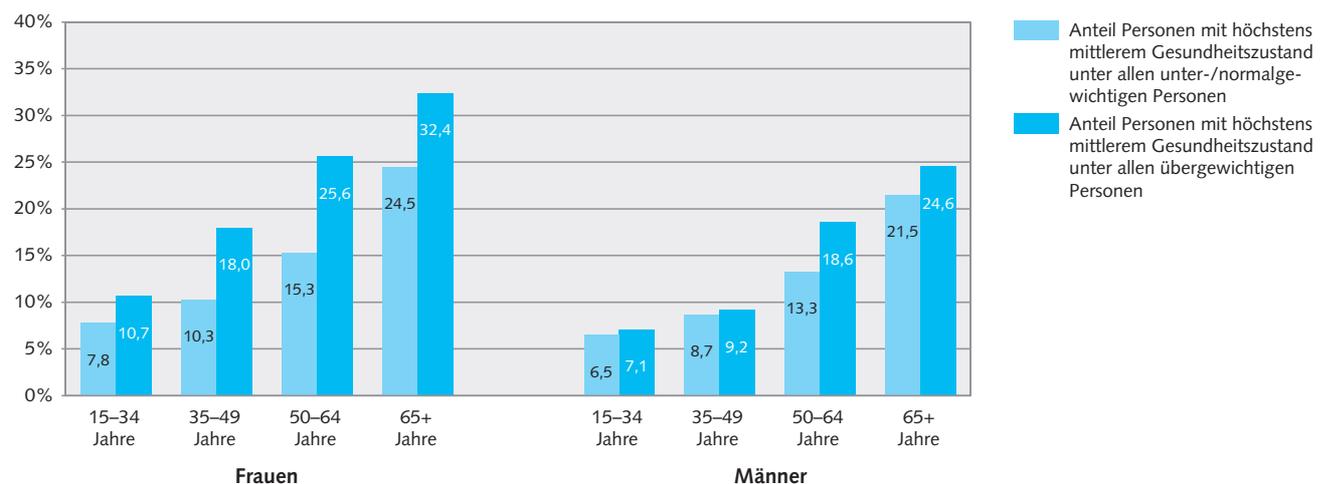
Abb. 5.10



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.

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 betrachten wir abschliessend, inwiefern kumuliertes Wohlbefinden (vgl. Abbildung 5.3) mit den unterschiedlichen Verhaltenstypen (vgl. Abbildung 5.8) zusammenhängt. Tabelle 5.8 zeigt, dass sich die Gesundheitsfördernden etwas häufiger eines multiplen Wohlbefindens erfreuen (d. h. sich sowohl körperlich wie auch psychisch gut fühlen), während ein kumuliertes Unwohlbefinden unter den Gesundheitsfördernden besonders selten vorkommt. Das umgekehrte Bild zeigt sich beim Risikotyp. Hier kommt ein multiples Wohlbefinden etwas weniger häufig vor, während kumuliertes Unwohlsein leicht überdurchschnittlich auftritt. Am häufigsten finden wir ein kumuliertes Unwohlbefinden aber nicht unter den Risikotypen, sondern unter den passiven Risikovermeidenden. Letztere sind gleichzeitig auch in der Gruppe der nur psychisch Gesunden übervertreten. Die genannten Abweichungen vom Durchschnitt sind aber nicht besonders stark. Auch unter den Risikotypen treffen wir am häufigsten auf ein multiples Wohlbefinden, während kumuliertes Unwohlbefinden nur selten vorkommt.

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

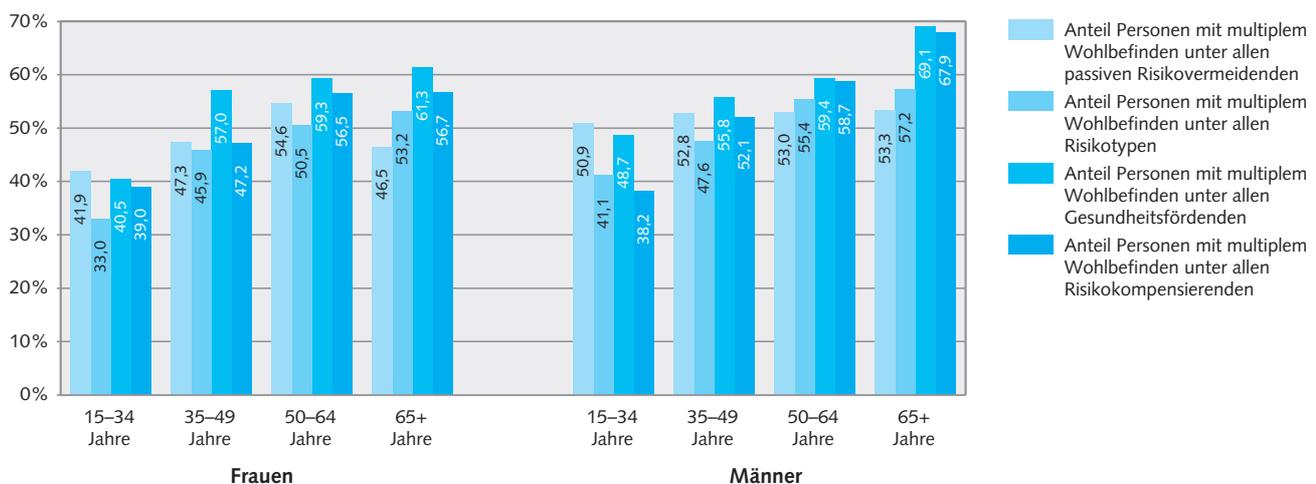
	Passive Risikovermeidende	Risikotyp	Gesundheitsfördernde	Risiko-kompensierende	Alle
Multipl. Wohlbefinden	49,3	46,3	54,7	48,2	50,6
Nur körperlich Gesunde	32,8	39,4	35,5	41,2	36,4
Nur psychisch Gesunde	6,3	4,3	3,5	2,8	4,3
Kumuliertes Unwohlbefinden	11,5	9,9	6,3	7,7	8,7
Alle	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

Wohlbefinden und Verhaltenstyp nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.12



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

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 sind aber nicht sehr ausgeprägt, und es 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 soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmale gehören.

5.4 Zusammenfassung

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

Mit Blick auf die drei Dimensionen von Gesundheit – körperliche, psychische und soziale Gesundheit – fallen zunächst die starken Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren innerhalb einer einzelnen Dimension auf. Personen, die sich allgemein gut fühlen, leiden weniger an chronischen Beschwerden, 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: Chronische körperliche Beschwerden müssen nicht zwingend mit einer schlechteren psychischen Ausgeglichenheit einhergehen und trotz eines psychischen Leidens kann der allgemeine Gesundheitszustand als gut eingeschätzt werden. Die relative Unabhängigkeit der verschiedenen Gesundheitsdimensionen zeigt sich auch daran, dass sich das körperliche und soziale Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, während die psychische Ausgeglichenheit als besser wahrgenommen wird.

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

Sowohl ein multiples Wohlbefinden als auch ein kumuliertes 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 chronischer Beschwerden förderlich für ein multiples Wohlbefinden, während ein tieferer Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus die Wahrscheinlichkeit 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 erweist sich dabei als eigentliche Schlüsselvariable: Wer sich bewegt, achtet auch sonst vermehrt auf seine Gesundheit und sein Ernährungsverhalten, gehört eher zu den Nichtrauchernden 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. Der Anteil Risikotypen und Gesundheitsfördernde im Kanton Luzern entspricht etwa dem Durchschnitt der grösseren Deutschschweizer Kantone.

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 konsumieren weniger Alkohol. Umgekehrt gehen körperliche Aktivitäten und Normalgewicht 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

Praktisch **alle medizinischen Dienstleistungen** – ambulante, stationäre und präventive – werden im Vergleich mit dem schweizerischen Durchschnitt **im Kanton Luzern weniger häufig in Anspruch genommen**.

Eher unerwartet scheinen im Kanton Luzern Alter, Bildungsniveau, Schichtzugehörigkeit und Nationalität der Personen keine zentralen Rollen zur Erklärung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu spielen. Frauen nützen die medizinischen Leistungen allerdings etwas häufiger als Männer. Ausnahmen zeigen sich bei den Präventivmassnahmen Dentalhygiene und Prostatauntersuchung. Ausländer/innen beanspruchen weniger dentalhygienische Dienstleistungen. Männer mit höheren Bildungsabschlüssen beanspruchen mehr Prostatavorsorgeuntersuchungen.

Luzerner/innen suchen **Spezialärzte** weit **seltener** auf als in allen anderen untersuchten Kantonen. Hingegen werden **alternativmedizinische Leistungserbringer** (Naturheilkunde, Akupunktur, Homöopathie, Shiatsu, Autogenes Training, Neuraltherapie, Chinesische Medizin, Anthroposophische Medizin) **weit häufiger als in allen anderen untersuchten Kantonen** konsultiert. Jede vierte Frau in Luzern nimmt alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch. Im schweizerischen Durchschnitt ist es nur jede fünfte Frau.

Gründe für die eher **geringe Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen im Kanton Luzern** dürften das **geringere medizinische Angebot** im Kanton, der geringe Anteil über 65-Jähriger in der Bevölkerung, die geringere Urbanität und die weniger modernen Beschäftigungsstrukturen sein. Dies führt zu **geringeren kantonalen Gesundheitsausgaben**, welche im Kapitel 7 (Kosten- und Prämienentwicklung) besprochen werden.

Dr. med. Annalis Marty-Nussbaumer, MPH
Kantonsärztin

6.1 Einleitung

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten 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 12 Monate vor der Befragung. Es wird also explizit die Sicht der Luzerner Leistungsbezüger/innen untersucht und nicht die Inanspruchnahme in Einrichtungen des Kantons Luzern. 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 Luzern Auffälligkeiten in der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen in der Hinsicht feststellen, dass Personen mit bestimmten Eigenschaften spezifische Leistungen eher in Anspruch nehmen als solche 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 Model hat sich international als Bezugsmodell für die Analyse medizinischer Inanspruchnahme bewährt (Philips et al. 1998; Thode et al. 2004). Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt gemäss diesem Modell von prädisponierenden Faktoren, Bedingungsfaktoren²⁷ und Bedürfnisfaktoren ab. Die Faktoren wirken jeweils unterschiedlich auf die individuelle Inanspruchnahme.

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

6.2.2 Prädispositions-faktoren

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

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 haben zudem ein höheres Risiko für Hirnschlag, Herzkrankheiten, Rheuma und Seh- und Hörbehinderungen (Höpflinger und Hugentobler, 2005).²⁸

²⁷ 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.

²⁸ Höpflinger und Hugentobler (2005) 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.

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 Inanspruchnahme 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 Ausländer/innen insgesamt zwar etwas häufiger kurative, aber seltener präventive Leistungen in Anspruch nehmen als Schweizer/innen (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 eines Individuums 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 sozio-kulturelle Distanz zwischen Arzt oder Ärztin und Patient/in 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 eines Individuums 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 zweifach positiv auf die Gesundheit auswirkt: Soziale Unterstützung dient einerseits auf emotionaler Ebene als Puffer gegen krankheitsverursachenden sozialen Stress (Badura 1981; Meyer und Jeanneret 1999). Andererseits stellt soziale Unterstützung auf instrumenteller Ebene eine Quelle praktischer Hilfe dar (Rüesch und Manzoni 2003). Personen mit grossem sozialem Kapital werden seltener krank und nehmen weniger medizinische Leistungen 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 ihre 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 Einschätzung 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 Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit ist unbestritten: Regelmässige körperliche Aktivität verringert zahlreiche gesundheitliche Risikofaktoren (Mensink et al. 1996; Mensink 1999). 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 ausreichend schläft, nimmt weniger medizinische Leistungen in Anspruch. Schliesslich zeigen zahlreiche Studien den gesundheitsgefährdenden Einfluss von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum auf. Hier ebenfalls untersucht wird der Einfluss von Passivrauchen (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 Luzern 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 Luzern 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 74,7% aller Luzerner/innen in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Arzt auf. Im Schnitt zeigt sich eine Konsultationsanzahl von 3,0 Konsultationen pro Person. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz liegen diese groben Richtwerte für den Kanton Luzern leicht tiefer: Gesamtschweizerisch haben 76,5% aller Befragten im Jahr vor der Befragung einen Arzt konsultiert, und im Schnitt sind 3,4 Arztkonsultationen zu verzeichnen.

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

		nie (in %)	1–2 mal (in %)	Kanton Luzern 3–6 mal (in %)	7 mal + (in %)	Schnitt (Anzahl)	Schweiz Schnitt (Anzahl)
Total		25,3	38,2	25,2	11,3	3,0	3,4
Geschlecht	Männer	29,3	36,8	25,5	8,4	2,6	2,9
	Frauen	21,2	39,7	24,8	14,4	3,5	3,9
Alter	15–34	28,5	42,3	19,8	(9,5)	2,4	2,9
	35–49	27,0	43,9	20,4	(8,8)	2,4	2,8
	50–64	26,9	29,7	31,2	12,2	3,5	3,8
	65+	(12,4)	31,5	37,0	19,1	5,1	4,5
Nationalität	Schweizer/innen	26,3	38,9	23,0	11,8	3,0	3,4
	Ausländer/innen	(19,7)	(34,2)	(37,8)	*	3,2	3,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	21,9	36,3	24,8	16,9	3,4	3,9
	Sekundarstufe II	26,9	38,1	24,6	10,4	3,0	3,3
	Tertiärstufe	23,4	43,3	26,6	(6,8)	2,4	2,9
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum Beschwerden	33,2	43,4	19,2	(4,1)	1,8	2,2
	einige Beschwerden	24,3	36,1	27,6	12,0	3,2	3,2
	starke Beschwerden	15,8	27,7	32,9	23,6	5,0	5,5

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Schnitt = durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen aller Befragten.
Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

Mit Blick auf Tabelle 6.1 lässt sich feststellen, dass lediglich die über 65-jährigen Luzerner/innen häufiger zum Arzt gehen als die entsprechende Referenzgruppe für die gesamte Schweiz. Bei allen anderen Gruppen zeigen sich im Vergleich mit der Schweiz tiefere Mittelwerte und ähnliche Verteilungen: Frauen und Ausländer/innen nehmen sowohl im Kanton Luzern als auch in der gesamten Schweiz häufiger ärztliche Dienstleistungen in Anspruch als Männer und Schweizer/innen. Mit zunehmendem Alter, abnehmender Bildung und zunehmenden körperlichen Beschwerden steigt die mittlere Inanspruchnahme. Dies gilt wiederum sowohl für den Kanton Luzern als auch für die Schweiz.

Bei der Untersuchung der Arztkonsultationen mit Hilfe des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich in der multivariaten Überprüfung²⁹ aber nur noch das Geschlecht und der Gesundheitszustand als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau. Mit anderen Worten: Es suchten Frauen, Personen die ihren eigenen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, und Personen, die über eher starke körperliche Beschwerden klagen, in den letzten 12 Monaten mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Arzt auf. Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz zeigen unter anderem das Alter, die Eingebundenheit in soziale Netzwerke oder die körperliche Aktivität keine Erklärungskraft für die Wahrscheinlichkeit eines Besuches bei Ärztinnen oder Ärzten. Das Bildungsniveau ist weder im Kanton Luzern noch in der gesamten Schweiz wichtig für die Erklärung der Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation. Allerdings dürften all diese Faktoren zumindest indirekt Wirkung entfalten, zeigen doch zusätzliche Analysen, dass gerade diese Grössen einen hohen Zusammenhang mit dem Beschwerdeindex oder dem eingeschätzten Gesundheitszustand aufweisen.³⁰

In Abbildung 6.1 ist das Geschlecht mit dem Beschwerdeindex für den Kanton Luzern und die Schweiz verbunden. Starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei den Personen, die angeben, keine körperlichen Beschwerden zu haben. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nehmen im Kanton Luzern mit zunehmenden körperlichen Beschwerden ab. Im Unterschied zur gesamten Schweiz verläuft diese Abnahme sehr deutlich. Erneut zeigt sich im Vergleich mit der Schweiz die seltenere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen der Einwohner/innen des Kantons Luzern: Unabhängig von der Stärke der körperlichen Beschwerden und unabhängig vom Geschlecht nehmen weniger Luzerner/innen als Schweizer/innen ärztliche Leistungen in Anspruch.

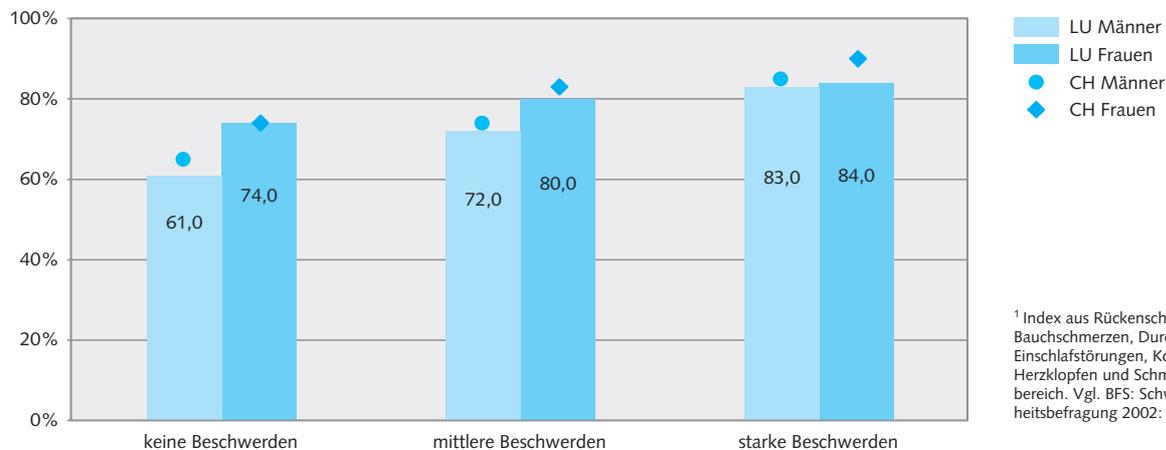
Die etwas seltenere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen – verglichen mit der gesamten Schweiz – zeigt sich auch im interkantonalen Vergleich: Im gesamtschweizerischen Schnitt sucht eine Person pro Jahr 3,4 Mal eine Ärztin

²⁹ Als abhängige Variable für das multivariate Logit-Modell wurde die Frage nach der Arztkonsultation in den letzten 12 Monaten gewählt, die mit ja (Arzt aufgesucht) oder nein (Arzt nicht aufgesucht) beantwortet wurde.

³⁰ 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.

Anteile der befragten Männer und Frauen, die im Jahr von der Befragung einen Arzt konsultiert haben, nach Geschlecht und Beschwerdeindex¹

Abb. 6.1

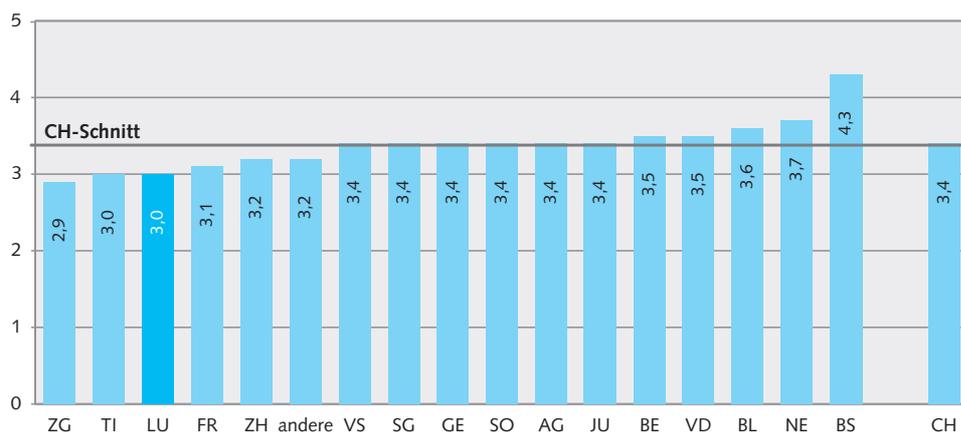


¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1021 (LU); 19'706 (CH).

Mittlere Konsultationszahl bei Ärztinnen und Ärzten (allgemeine Frage) im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt

Abb. 6.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: LU=1021 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

oder einen Arzt auf. Im Kanton Luzern beträgt die mittlere Konsultationszahl 3,0. Damit ordnet sich der Kanton im hinteren Fünftel aller Kantone ein (vgl. Abbildung 6.2).

Aufgrund von Aggregatdatenanalysen kann vermutet werden, dass sich die unterdurchschnittliche Konsultationszahl im Kanton Luzern auf den eher tiefen Anteil an über 65-jährigen Personen und die im Vergleich mit den anderen Kantonen geringe Ärztedichte zurückführen lässt (vgl. auch Kapitel 1.4).

Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen

62,7% aller Luzerner/innen konsultierten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt mindestens ein Mal ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin. Rund ein Viertel aller Frauen (24,9%) und aller Männer (23,3%) aus dem Kanton Luzern suchten in demselben Zeitraum einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin auf. Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung nahmen die Einwohner/innen des Kantons Luzern damit deutlich weniger spezialärztliche Leistungen, aber etwas mehr hausärztliche Leistungen in Anspruch: 62% aller gesamtschweizerisch Befragten konsultierten ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt, 28,4% aller Männer und 30,5% aller Frauen nahmen spezialärztliche Dienstleistungen

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

		Hausärztin Hausarzt		Spezialärztin/ Spezialarzt Männer		Gynäkologin/ Gynäkologe		Spezialärztin/ Spezialarzt Frauen	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Total		62,7	62,0	23,3	28,4	44,6	51,9	24,9	30,5
Geschlecht	Männer	64,0	60,5	23,3	28,4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Frauen	62,0	63,4	n.a.	n.a.	44,6	51,9	24,9	30,5
Alter	15–34	53,5	57,0	(14,9)	23,1	55,9	61,4	(17,9)	27,5
	35–49	57,4	55,4	27,8	24,9	49,2	59,6	23,3	28,8
	50–64	65,2	63,5	31,6	32,2	40,1	53,3	25,7	32,2
	65+	80,4	79,2	(21,2)	41,6	(23,9)	27,6	38,3	34,9
Nationalität	Schweizer/innen	62,6	61,7	22,8	29,3	42,1	50,8	26,5	30,8
	Ausländer/innen	65,1	63,4	*	24,7	(65,0)	57,6	*	28,8
Bildungsniveau	obligatorische Schule	65,4	66,6	(24,4)	25,1	34,1	41,1	25,7	26,6
	Sekundarstufe II	60,9	61,8	21,7	27,4	48,5	55,2	24,9	31,3
	Tertiärstufe	67,6	56,3	27,2	33,5	(43,7)	61,4	*	35,5
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	56,7	53,5	16,6	22,4	40,1	45,4	(16,4)	21,5
	einige	60,6	63,0	25,0	29,1	45,3	53,6	25,0	30,0
	starke	77,4	73,9	(37,2)	44,7	46,1	56,4	33,4	39,6

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; N (CH) = 19'706. n.a. = Frage trifft für eine Gruppe nicht zu. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

gen in Anspruch. Ebenfalls deutlich geringer als in der Schweiz ist der Anteil an Frauen im Kanton Luzern, die mindestens einmal ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht haben (44,6%; CH: 51,9%).

Bei Betrachtung der Tabelle 6.2, die die Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen nach soziodemographischen Merkmalen aufsplittet, zeigen sich im Vergleich mit der Gesamtschweiz insbesondere hinsichtlich des Bildungsniveaus und bei den hausärztlichen Konsultationen beim Geschlecht grössere Unterschiede.³¹ Während in der Schweiz mit zunehmendem Bildungsniveau die Wahrscheinlichkeit der Konsultation von Spezialärztinnen und Spezialärzten steigt und diejenige von Hausärztinnen und Hausärzten sinkt, sind die Zusammenhänge zwischen Bildung und Inanspruchnahme spezial- und hausärztlicher Leistungen im Kanton Luzern nicht linear. Auffällig ist dabei der im Vergleich sehr hohe Anteil an Luzernerinnen und Luzernern mit hohen Bildungsabschlüssen, die hausärztliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Spezialärztinnen und Spezialärzten durch Frauen scheint mit zunehmender Bildung sogar unwahrscheinlicher zu werden. Als weitere Auffälligkeit kann im Kanton Luzern beobachtet werden, dass der Anteil an Männern, die in den letzten 12 Monaten hausärztliche Dienstleistungen in Anspruch genommen haben, sowohl höher als der gesamtschweizerische Anteil als auch höher als der Anteil der Frauen ist.

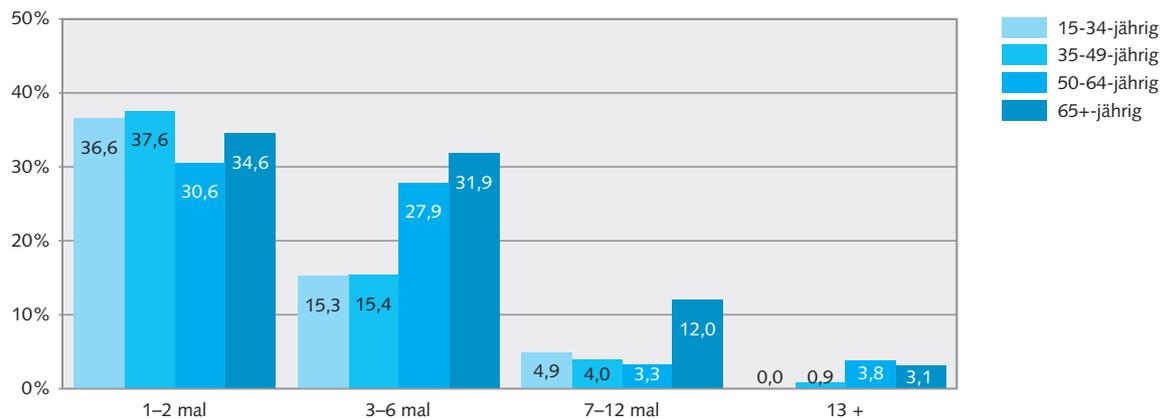
Die jeweiligen Analysen der Indikatoren auf der Basis des «Andersen-Behavioral-Models» bestätigen die gemachten Beobachtungen teilweise: Während der Bildungsgrad in der multivariaten Überprüfung der gesamtschweizerischen Angaben die erwarteten signifikanten Erklärungsrichtungen aufweist,³² bleibt die Bildung für die Erklärung der Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen für den Kanton Luzern ohne Erklärungskraft. Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Inanspruchnahme hausärztlicher Dienstleistungen zeigt sich im Kanton Luzern hingegen wie vermutet: Männer suchen – anders als in der Gesamtschweiz – ihre Hausärztinnen und Hausärzte mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf als Frauen.

Wie in der gesamten Schweiz spielt auch im Kanton Luzern das Alter eine wichtige Rolle für die Erklärung der Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen: Je älter eine Person ist, desto wahrscheinlicher suchte sie in den 12 Monaten vor dem Befragungstermin ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auf.

³¹ Die Fallzahlen sind insbesondere bei der Betrachtung nur einer Geschlechtsgruppe teilweise sehr gering. Die Resultate müssen daher mit Zurückhaltung interpretiert werden.

³² Je gebildeter eine Person ist, desto wahrscheinlicher sucht sie Spezialärztinnen oder Spezialärzte auf, aber desto weniger wahrscheinlich sind Konsultationen bei Hausärztinnen und Hausärzten. Dies lässt sich vermutlich damit erklären, dass sich besser gebildete Patienten und Patientinnen einerseits besser verständlich machen können und sich andererseits bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten besser durchsetzen können.

Hausarztkonsultationen der Luzerner Bevölkerung nach Altersgruppen Abb. 6.3



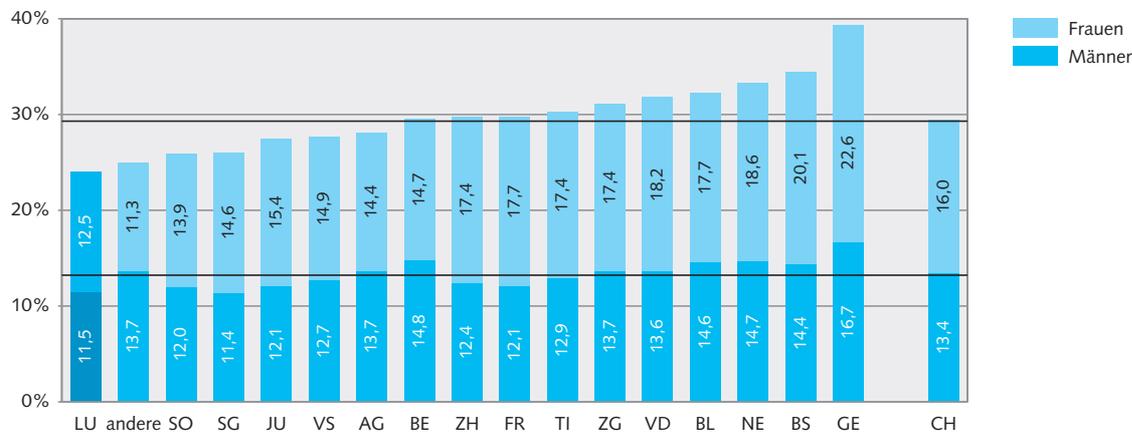
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N = 1021.

Der Zusammenhang mit dem Alter zeigt sich auch in der Anzahl hausärztlicher Konsultationen (vgl. Abbildung 6.3). Bei den 50- bis 64-Jährigen und bei den über 65-Jährigen sind die Anteile, die mehr als drei Mal den Hausarzt aufsuchten, wesentlich höher als bei den unter 50-Jährigen.

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

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person innerhalb der 12 Monate vor der Befragung einen Hausarzt konsultierte, ist umso grösser, je schlechter sie ihre eigene Gesundheit einschätzt. Eine negative Einschätzung der Gesundheit, Vereinsmitgliedschaft und körperliche Aktivität erhöhen die Inanspruchnahme spezialärztlicher Dienstleistungen durch Männer im Kanton Luzern. Dies dürfte sich mit einer erhöhten Unfallgefahr bei Aktivitäten in Sportvereinen erklären lassen. Dieselben drei Faktoren (Gesundheitseinschätzung, Vereinsmitgliedschaft, körperliche Aktivität) und zusätzlich ein eher ungesundes Ernährungsverhalten sind auch erklärungskräftig für die Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch Luzerner Frauen. Frauenärztinnen und Frauenärzte schliesslich werden von jüngeren Luzernerinnen mit grösserer Wahrscheinlichkeit aufgesucht als von älteren. Die Konsultationswahrscheinlichkeit nimmt hier also mit zunehmendem Alter ab. Das dürfte hauptsächlich auf die höhere Konsultationshäufigkeit durch jüngere Frauen infolge

Anteile der Befragten Männer und Frauen, die im Jahr vor Befragungszeitpunkt Spezialärztinnen/Spezialärzte aufgesucht haben Abb. 6.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: LU=1021 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

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

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass im Kanton Luzern die Inanspruchnahme von spezialärztlichen Leistungen eher selten ist. Sowohl bei den Frauen wie bei den Männern konsultierten im Jahr vor der Befragung nur geringe Anteile Spezialärztinnen und Spezialärzte (Abbildung 6.4).

Die Aggregatdatenanalysen zeigen für die Männer und die Frauen sehr unterschiedliche Resultate. Die geringere Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch Männer scheint sich durch die Beschäftigungsstruktur erklären zu lassen. Hohe Anteile an Frauen, die Spezialistinnen und Spezialisten aufsuchen, sind in französischsprachigen Kantonen zu erwarten. Die geringe Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch Luzernerinnen dürfte auf den geringen Ausländerinnenanteil, die geringe Arbeitslosenquote, die geringe Ärztedichte und die geringen Gesundheitsausgaben zurückzuführen sein.

Inanspruchnahme medizinischer, alternativ- und paramedizinischer Leistungen

Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung konsultieren die Luzerner/innen weniger häufig Zahnärztinnen und Zahnärzte und Dentalhygieniker/innen. Suchten im Jahr vor der Befragung rund 59,9% aller Einwohner/innen des Kantons Luzern mindestens einmal eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf, beträgt der entsprechende Anteil in der Gesamtschweiz 62,1%. Eine Dentalhygienikerin oder einen Dentalhygieniker konsultierten 33,8% der Luzerner/innen im Vergleich mit 36,7% aller Schweizer/innen.

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).³³ Es zeigen sich bezüglich der Anteile an Luzerner/innen, die manuelle (13,4%) oder alternativmedizinische Dienstleistungen (17,1%) in Anspruch genommen haben, Unterschiede zur Gesamtschweiz (manuelle Medizin in Anspruch genommen: 18,2%; alternative Medizin in Anspruch genommen: 14,5%): Ein geringerer Anteil an Einwohner/innen des Kantons Luzern konsultiert Leistungsanbieter/innen im Bereich manuelle Medizin, während der Anteil an Luzerner/innen, die alternativmedizinische Leistungen in Anspruch nahmen, etwas höher ist als der entsprechende Anteil in der gesamten Schweiz.

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

		Zahnärztin / Zahnarzt		Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker		Manuelle Medizin		Alternativmedizin	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Total		59,9	62,1	33,8	36,7	13,4	18,2	17,1	14,5
Geschlecht	Männer	57,2	59,7	30,3	33,9	10,5	15,8	10,7	10,0
	Frauen	62,7	64,3	37,5	39,3	16,4	20,4	23,8	18,6
Alter	15–34	58,0	62,5	26,3	30,0	(10,0)	15,8	16,6	14,2
	35–49	60,1	63,3	40,9	43,7	13,1	19,8	17,3	16,8
	50–64	66,4	66,1	40,3	42,8	14,8	20,1	16,3	15,4
	65+	53,7	54,9	26,8	29,9	19,1	17,5	19,4	10,4
Nationalität	Schweizer/innen	62,0	63,6	35,5	38,7	13,4	18,1	17,7	15,6
	Ausländer/innen	46,7	55,1	(22,9)	27,7	(13,2)	18,6	(13,5)	9,3
Bildungsniveau	obligatorische Schule	55,2	55,8	18,6	23,0	(10,7)	17,5	15,3	11,3
	Sekundarstufe II	63,2	63,9	38,3	39,8	13,4	18,2	16,9	14,7
	Tertiärstufe	51,6	64,2	35,2	44,9	(17,1)	19,3	21,1	18,1
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	57,9	61,1	31,4	36,2	8,1	12,4	11,1	10,5
	einige	62,7	63,4	38,7	37,4	15,0	18,3	17,0	14,9
	starke	57,3	61,5	33,5	36,9	22,8	28,0	24,7	19,8

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30).

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

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

Im Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigen sich auf den ersten Blick für den Kanton Luzern praktisch keine Unterschiede – abgesehen davon, dass alle Bevölkerungsgruppen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker aufsuchen. Auffälligster Unterschied scheint wiederum die Bildung zu sein: Während in der Gesamtschweiz die Anteile an Personen, die zahnärztliche und dentalhygienische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, mit steigendem Bildungsniveau zunehmen, zeigt sich im Kanton Luzern ein eher kurvenförmiger Zusammenhang. In den multivariaten Modellen ergibt sich denn auch für den Kanton Luzern – im Gegensatz zur Gesamtschweiz – keine Erklärungskraft der Variable «Bildung» für die Inanspruchnahme der Zahnpflege.

In den multivariaten Überprüfungen des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich weitere nennenswerte Unterschiede: Das Geschlecht ist bei der multivariaten Analyse der Schweiz für beide Indikatoren erklärungskräftig. Frauen suchen mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker auf als Männer. Dies ist im Kanton Luzern nur für die Konsultation von Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern der Fall. In der Analyse der gesamten Schweiz zeigt sich zudem ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Einkommen und Inanspruchnahme zahnärztlicher und dentalhygienischer Leistungen. Gut verdienende Personen nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit zahnärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Der Grund hierfür ist im Umstand zu suchen, dass Zahnarztleistungen selbst bezahlt werden müssen und in aller Regel nicht von der Krankenkasse übernommen werden (Ausnahme bilden spezielle Zusatzversicherungen). Im Kanton Luzern kann jedoch kein Zusammenhang zwischen Einkommen und Konsultationswahrscheinlichkeit ausgemacht werden. Schliesslich kann der Analyse der Gesamtschweiz ein signifikanter Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen Personen unterschiedlicher Nationalität entnommen werden. Im Kanton Luzern unterziehen sich Schweizer/innen zwar signifikant häufiger einer Dentalhygiene als Ausländer/innen, dies ist aber bei Konsultationen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht der Fall.

Bei der Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Dienstleistungen zeigen sich mit Blick auf Tabelle 6.3 ebenfalls Unterschiede zwischen dem Kanton Luzern und der Schweiz. Der bereits erwähnte Umstand, dass im Kanton Luzern im Gegensatz zur Schweiz alternative Angebote häufiger in Anspruch genommen werden als manuelle Angebote, scheint sich teilweise durch die hohe Inanspruchnahme durch Frauen erklären zu lassen. Im Kanton Luzern suchte im Jahr 2002 jede vierte Frau alternativmedizinische Praxen auf. In der Schweiz ist es nur knapp jede fünfte Frau. Wie in der Schweiz sind es auch in Luzern hingegen lediglich 10% der Männer, die sich in den 12 Monaten vor der Befragung alternativmedizinischen Behandlungen unterzogen haben. Tatsächlich ist das Geschlecht in der multivariaten Analyse der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Dienstleistungen im Kanton Luzern stark erklärungskräftig. Sowohl bei der multivariaten Analyse der Schweiz als auch der des Kantons Luzern zeigen sich zudem die Bildung, der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand und der Beschwerdeindex als erklärungskräftig: Je gebildeter eine Person ist, je schlechter jemand den eigenen Gesundheitszustand einschätzt und je stärker die körperlichen Beschwerden von einer Person angegeben werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass manuelle und alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Diese Zusammenhänge zeigen sich sowohl für die Schweiz als auch für den Kanton Luzern.

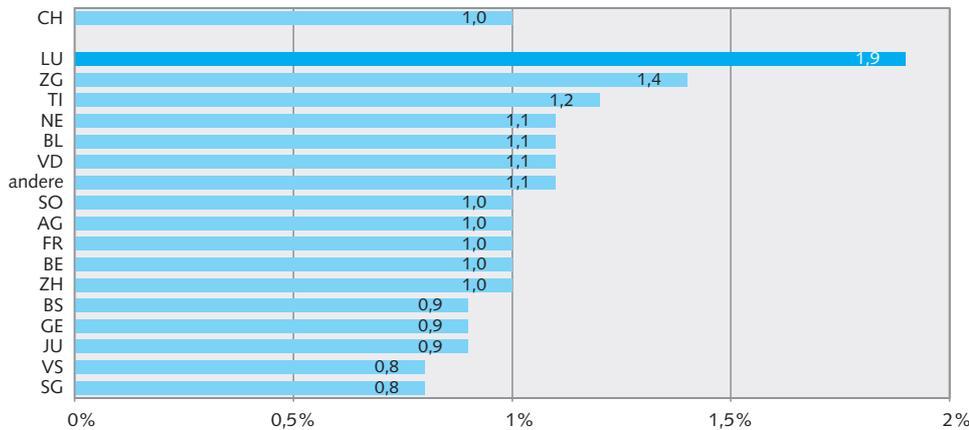
Unterschiede in der Erklärungskraft in der multivariaten Überprüfung zeigen sich bei der Nationalität und beim Gesundheitsbewusstsein: In der Schweiz nehmen Ausländer/innen signifikant häufiger manuelle und signifikant weniger häufig alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch. Je mehr Bedeutung eine Person ihrer Gesundheit zumisst, desto wahrscheinlicher nimmt sie zudem manuelle und alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch. Beide Faktoren spielen aber im Kanton Luzern keine Rolle.

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich die recht eindrücklich hohe Inanspruchnahme alternativmedizinischer Leistungen im Kanton Luzern. In keinem anderen Kanton konsultieren die Einwohnerinnen und Einwohner so häufig Anbieter/innen alternativmedizinischer Leistungen (vgl. Abbildung 6.5)

Aggregatanalysen für die mittlere Konsultationszahl bei Alternativmediziner/innen lassen vermuten, dass insbesondere das relativ gut ausgebaute Angebot an alternativmedizinischen Dienstleistungen Erklärungskraft besitzt: Je grösser das alternativmedizinische Angebot ist, desto höher ist die mittlere Konsultationszahl.

Mittlere Anzahl Konsultationen bei Alternativmediziner/innen im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt

Abb. 6.5



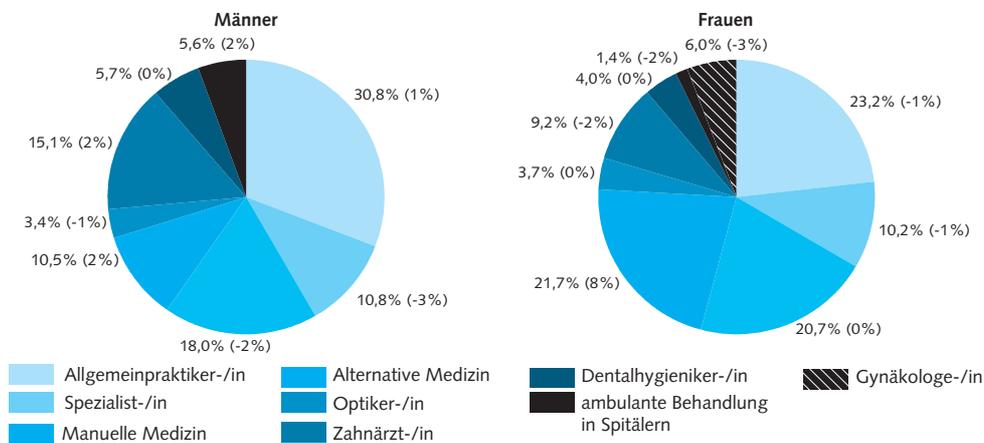
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: LU=1021 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

Es könnte darüber hinaus vermutet werden, dass ein grosses Angebot mit kantonalen Zulassungsregelungen verbunden ist. Werden die Kantone bezüglich der Alternativmedizin nach gesetzlicher Zulassung unterteilt, so zeigen sich jedoch keine Unterschiede in der Inanspruchnahme. Mit anderen Worten: In den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Thurgau, Schaffhausen, St. Gallen und Graubünden, in denen das Angebot von alternativmedizinischen Leistungen an Prüfungen gebunden und somit gesetzlich geregelt ist, werden nicht signifikant häufiger oder weniger häufig alternativmedizinische Leistungen in Anspruch genommen als in den restlichen Kantonen, in denen die Alternativmedizin ungeregelt geduldet wird. Im Kanton Luzern wird das Anbieten von alternativmedizinischen Dienstleistungen ebenfalls an Prüfungen geknüpft, die jedoch nicht kantonal angeboten werden. Es scheint also, dass kantonale Regelungen keinen Unterschied im alternativmedizinischen Angebot nach sich ziehen.

In Abbildung 6.6 sind die Anteile der Konsultationen von Luzerner/innen hinsichtlich aller ambulanten Leistungserbringer aufgeschlüsselt. Die höchsten Anteile bei den Männern nehmen die Konsultationen bei Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (31%), bei Anbieterinnen und Anbietern manueller Dienstleistungen (18%) und bei Zahnärztinnen und Zahnärzten (15%) ein. Bei den Frauen finden sich die grössten Konsultationsanteile bei den Allgemeinpraktikern und den Allgemeinpraktikerinnen (23%) sowie bei der alternativen (22%) und der manuellen Medizin (21%).

Verteilung der Gesamtzahl der Konsultationen bei Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe im Laufe eines Jahres im Kanton Luzern

Abb. 6.6



In Klammern: Unterschied zur Verteilung im schweizerischen Mittel.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Im Vergleich mit der Schweiz sind bei den Verteilungen der Konsultationen bei den Luzerner Männern leichte Unterschiede festzustellen: Ambulante, zahnmedizinische und alternative Behandlungen werden im Vergleich häufiger und manuelle Dienstleistungen und Dienstleistungen von Spezialist/innen werden im Vergleich 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 Alternativmedizinerinnen und Alternativmedizinern und die deutlich geringere Inanspruchnahme frauenärztlicher Leistungen durch die Luzernerinnen.

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.³⁴ Im Jahr vor der Befragung liess sich gut jede neunte Luzernerin bzw. jeder neunte Luzerner mindestens einmal ambulant in einem Spital behandeln (11,3%). Dieser Anteil ist etwas geringer als der gesamtschweizerische (12,8%). Auch der Anteil an Luzernerinnen und Luzernern, die in den 12 Monaten vor der Befragung Spitalpflege von mehreren Tagen in Anspruch nehmen mussten, ist geringer als der schweizerische Anteil (LU: 10,6%; CH: 11,8%). Pro Patient/in betrug die Aufenthaltsdauer dabei im Schnitt 8,1 Tage (gesamtschweizerischer Schnitt: 9,2 Tage). Pro Luzerner/in entspricht dies 0,9 Spitalpflegetagen pro Jahr (gesamtschweizerischer Schnitt: 1,1 Tage).

Anders als im gesamtschweizerischen Sample scheinen in Luzern die Männer in den 12 Monaten vor dem Befragungstermin häufiger ambulante Behandlungen (z. B. in Poli- oder Tageskliniken) in Anspruch zu nehmen als Frauen. Tatsächlich zeigt sich in der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral- Modells» die entsprechende signifikante Erklärungskraft des Merkmals Geschlecht. Dieses ist in der gesamtschweizerischen Analyse nicht signifikant erklärungskräftig. Ähnliches gilt für die Nationalität: Im Kanton Luzern unterziehen sich Schweizer Bürger/innen signi-

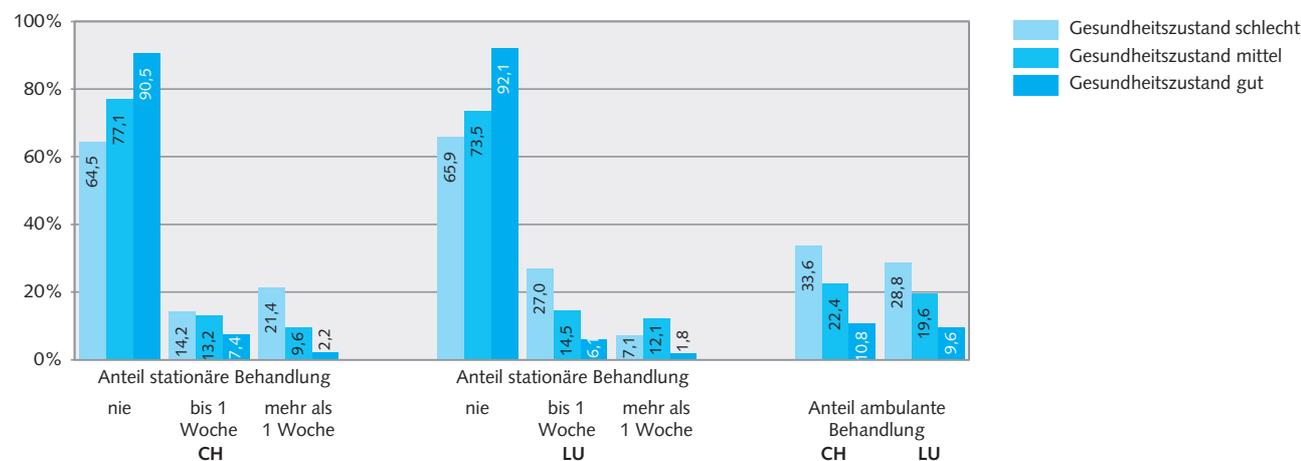
Tab. 6.4 Anteile der Befragten in %, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine ambulante Behandlung im Spital in Anspruch genommen haben, die stationär behandelt wurden (je in %) und mittlere Anzahl Krankenhaustage, nach soziodemographischen Merkmalen

		Ambulante Behandlung (Anteile in %)		Stationäre Behandlung (Anteile in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Bewohner/in)	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Total		11,3	12,8	10,6	11,8	8,1	9,2	0,9	1,1
Geschlecht	Männer	12,0	12,4	8,7	10,6	5,5	8,8	0,5	0,9
	Frauen	10,5	13,3	12,7	13,0	9,9	9,6	1,3	1,2
Alter	15–34	(9,8)	11,7	(7,1)	10,7	4,7	6,0	0,3	0,6
	35–49	(9,5)	11,5	(9,2)	9,2	8,6	8,9	0,8	0,8
	50–64	(10,4)	13,6	(10,5)	11,6	6,8	8,6	0,7	1,0
	65+	18,9	17,0	21,2	18,0	11,1	13,2	2,3	2,4
Nationalität	Schweizer/innen	12,2	13,1	11,3	11,9	8,7	9,2	1,0	1,1
	Ausländer/innen	*	11,8	*	11,6	2,4	9,4	0,2	1,1
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(13,4)	13,4	(14,6)	12,5	7,5	10,4	1,1	1,3
	Sekundarstufe II	9,9	12,5	10,0	11,8	9,0	9,0	0,9	1,1
	Tertiärstufe	(14,6)	13,1	(7,6)	11,0	4,2	7,7	0,3	0,8
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	(5,7)	9,9	(5,9)	8,6	5,0	6,4	0,3	0,6
	einige	13,8	12,7	12,1	11,4	8,8	7,9	1,1	0,9
	starke	17,3	17,6	16,7	17,5	11,5	12,9	1,9	2,3

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; N (CH) = 19'706.

³⁵ In der Spitalstatistik ist die Anzahl Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern ersichtlich, die sich im Jahr 2002 einer stationären Behandlung unterzogen haben (unabhängig von der Art der Klinik). Die Angaben aus der Gesundheitsbefragung sind rund 2 bis 3% tiefer als jene in der Spitalstatistik. Selbstverständlich darf ein Vergleich dieser Zahlen nur mit Zurückhaltung vorgenommen werden. Trotzdem scheinen die Angaben aus der Befragung relativ valide zu sein und leichte Unterschätzungen darzustellen. Dies ist entweder so, weil die Selbsteinschätzungen zu tief ausfallen, oder aber, weil die kranken Menschen und Personen im Spital durch die Befragung nicht erreicht werden.

Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Dienstleistungen im Spital in den 12 Monaten vor der Befragung im Kanton Luzern und in der Schweiz, unterteilt nach subjektiver Gesundheitseinschätzung **Abb. 6.7**



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

fikant häufiger ambulanten Behandlungen als die ausländische Bevölkerung. Dies ist wiederum nicht der Fall bei der gesamtschweizerischen Analyse. Je stärkere körperliche Beschwerden jemand hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er/sie in den 12 Monaten vor der Befragung eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen hat. Hier unterscheidet sich der Kanton Luzern nicht von der gesamten Schweiz. Im Gegensatz zur Analyse auf der Basis der gesamtschweizerischen Befragung zeigen sich im Kanton Luzern hingegen die Determinanten «Bildung» und «Höhe der Krankenkassenprämie» als nicht erklärungskräftig.³⁵

Die Anzahl Hospitalisierungstage im Kanton Luzern lassen sich im multivariat überprüften «Andersen- Behavioral-Model» mit dem Zivilstatus, dem Beschäftigungsgrad, dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand und dem Beschwerdeindex erklären: Für Personen, die keiner Beschäftigung nachgehen, für Personen, die nicht (mehr) verheiratet sind sowie für Befragte, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen und die starke körperliche Beschwerden haben, dauert der stationäre Aufenthalt länger (vgl. auch Abbildung 6.7).

Weiterführende Analysen zeigen, dass Luzerner/innen, bei denen Tumore (insbesondere Lungenkrebs) diagnostiziert wurden, sowie Personen, die Gelenkkrankheiten aufweisen, am längsten im Spital bleiben müssen. Darüber hinaus sind auch Geburten ein Grund für längere Spitalaufenthalte. Im gesamtschweizerischen Sample zeigen sich ebenfalls Gelenkkrankheiten und Geburten sowie komplizierte Verletzungen als die Diagnosen, die die längste Aufenthaltsdauer im Spital nach sich ziehen.

Bei den relativ starken Unterschieden bezüglich das Geschlechts (vgl. Tabelle 6.4), die mit der Reproduktion zu erklären sind, und bei der scheinbar mit dem Bildungsgrad linear abnehmenden Aufenthaltswahrscheinlichkeit und dauer im Spital kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese aufgrund der (zu) geringen Fallzahlen zustande kommen. Ein Indiz dafür ist, dass sich die Indikatoren «Geschlecht» und «Bildung» in den multivariaten Analysen mit den Luzerner Angaben nicht als signifikant erklärungskräftig zeigen.

Abbildung 6.7 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 – im Gegensatz zur gesamten Schweiz – jene eine längere Aufenthaltsdauer auf, die ihren Gesundheitszustand weder als schlecht noch als gut einschätzen. Der Anteil an Personen, die ambulante Behandlungen in Anspruch genommen haben, ist ebenfalls höher bei denen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen.

³⁵ Für die Schweiz gilt (unter anderem): je höher der Bildungsabschluss und je höher die Krankenkassenprämie einer Person sind, desto eher nimmt sie ambulante Behandlungen in Anspruch.

Operationen im Lebensverlauf

Abbildung 6.8 sind die Anteile der Luzerner/innen zu entnehmen, die sich in ihrem Leben bereits einer der aufgelisteten Operationen unterziehen mussten. Zum Vergleich sind die Anteile der operierten Schweizer/innen dargestellt.

Die Anteile an operierten Luzerner/innen entsprechen mit Ausnahme der Mandelentfernungen in etwa der Verteilung in der gesamten Schweiz, wobei die luzernischen Anteile jeweils etwas geringer sind. In Tabelle 6.5 sind die Operationsarten wiederum nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt. Zusätzlich wird das durchschnittliche Alter aufgeführt, in dem die entsprechende Operation durchgeführt wurde.

Bei den Mandeloperationen zeigen sich bei den einfachen multivariaten Untersuchungen³⁶ im Gegensatz zur Gesamtschweiz keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts oder der Nationalität. Wie in der gesamtschweizerischen Analyse ist aber die Bildung ein erklärungskräftiger Faktor: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher hat sie ihre Mandeln operativ entfernen lassen.

Operationen im Lebensverlauf. Anteil Luzerner/innen und Schweizer/innen, die sich der jeweiligen Operation unterzogen haben Abb. 6.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1021 (LU); N=19'706 (CH).

Tab. 6.5 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben ausgewählten Operationen unterzogen haben (in %), nach soziodemographischen Merkmalen

		Mandelentfernung		Blinddarmoperation		Knieoperation		Entfernung Gebärmutter	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Total		25,7	29,3	20,5	21,0	10,1	11,4	15,9	17,0
Geschlecht	Männer	28,8	28,4	18,7	16,4	11,8	14,0	n.a.	n.a.
	Frauen	22,6	30,2	22,2	25,1	8,3	9,2	15,9	17,0
Alter	15–34	16,8	21,1	12,6	8,1	(6,4)	6,9	*	0,7
	35–49	28,1	33,6	18,1	17,4	12,7	12,2	*	7,7
	50–64	33,2	34,9	27,7	29,1	12,7	13,9	30,3	29,0
	65+	29,5	30,0	31,5	38,8	(9,2)	15,0	31,2	32,1
Nationalität	Schweizer/innen	24,9	30,6	20,2	22,0	9,7	12,0	18,0	18,4
	Ausländer/innen	(31,0)	23,7	(22,1)	16,5	*	8,8	0	9,9
Bildungsniveau	obligatorische Schule	21,0	20,6	21,9	21,2	(9,9)	7,8	24,3	23,2
	Sekundarstufe II	24,5	31,2	20,6	21,0	10,3	12,1	13,9	16,1
	Tertiärstufe	39,0	34,7	(17,6)	20,8	(8,9)	14,3	*	9,4
Operationsalter¹		12,9	12,9	22,1	20,3	36,2	38,3	43,9	45,3

¹ Mittleres Alter zur Zeit der Operation. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; 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.

³⁶ 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 wird deshalb in den multivariaten Modellen nur der Einfluss des Geschlechts, der Nationalität und der Bildung getestet.

Den Blinddarm haben sich signifikant mehr Frauen als Männer entfernen lassen.

Frauen und Personen mit eher niedrigen Bildungsabschlüssen haben sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit schon einer Operation des Grauen Stars unterzogen.

Bei den restlichen hier untersuchten Operationen zeigen sich im Kanton Luzern 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.

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 Luzern bei den älteren Generationen Mandeln und Blinddarm häufiger entfernt. Mit Blick auf die jüngeren Altersgruppen im Vergleich mit der Gesamtschweiz scheint sich im Kanton Luzern insbesondere bei den Mandeloperationen ein Wandel hin zu zurückhaltenden Operationsentscheiden bemerkbar zu machen.

Im Kanton Luzern wird der Blinddarm im Schnitt etwas früher entfernt als in der gesamten Schweiz. Die Operation von Hüftgelenken und des Grauen Stars werden bei betagten Personen häufiger durchgeführt. Im Schnitt unterziehen sich die Luzerner/innen etwas früher einer Hüftgelenkoperation und etwas später einer Operation des Grauen Stars als die Schweizer/innen. Luzerner/innen, denen die Knie operiert werden, sind im Schnitt etwas jünger als knieoperierte Schweizer/innen, während das mittlere Alter bei Fussoperationen im Kanton Luzern leicht niedriger ist als in der Schweiz. Der sich in der Schweiz widerspiegelnde Trend zu zunehmend zurückhaltenden Eingriffen kann damit im Kanton Luzern nicht eindeutig gezeigt werden. Gebärmutterentfernungen schliesslich werden im Kanton Luzern etwas früher durchgeführt als in der Schweiz.

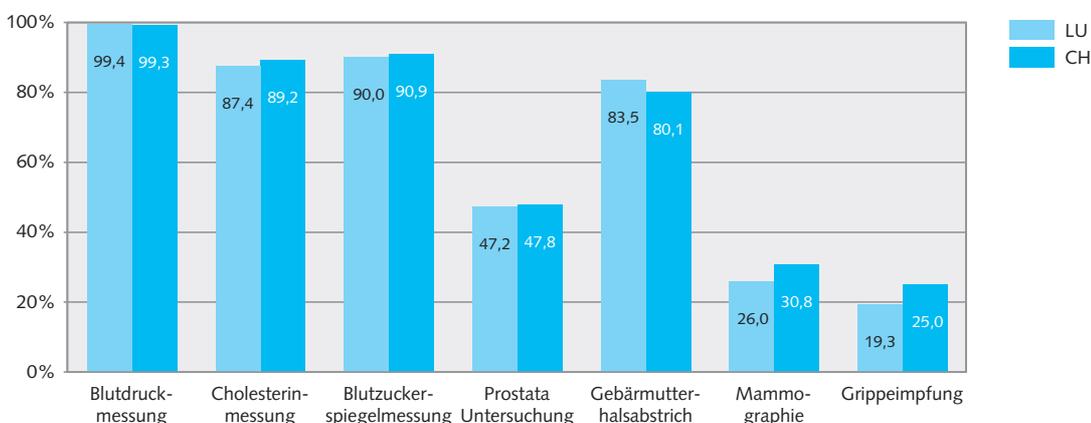
6.3.2 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

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. Es sei hier allerdings darauf hingewiesen, dass in der Gesundheitsbefragung die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen der öffentlichen Hand nicht erscheinen. Die hier behandelten Vorsorgeuntersuchungen sind nur ein Teil der Prävention, wie sie als Individualleistung via KVG finanziert wird.

Abbildung 6.9 bietet eine Übersicht der wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen in Luzern und in der Schweiz. Es fällt dabei wiederum auf, dass die Anteile an Personen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, im

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

Abb. 6.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1021 (LU); N=19'706 (CH).

Kanton Luzern mit Ausnahme des Portio-Zervix-Abstriches (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung) durchgehend tiefer sind als in der Schweiz.

Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen zeigt sich folgendes Bild: 84% aller Luzernerinnen haben in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich 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 Luzernern haben 47% eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Dieser Anteil ist leicht geringer als der gesamtschweizerische. Am wenigsten häufig wird die dritte hier untersuchte Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. 26% aller Luzernerinnen haben sich einer Mammographie (Brustkrebs-Früherkennung) unterzogen.

Von den Vorsorgeuntersuchungen, die nicht primär der Krebsprävention dienen, wird am häufigsten die Blutdruckmessung vorgenommen. Praktisch alle Luzerner/innen haben in ihrem Leben schon einmal den Blutdruck messen lassen. Cholesterin wurde bei 87% und Blutzucker bei 90% aller Luzerner/innen schon einmal gemessen. Beide Anteile sind ebenfalls leicht geringer als jene der Gesamtschweiz. Allerdings wurden diese Untersuchungen wohl nicht nur in rein präventiver Hinsicht vorgenommen, sondern wahrscheinlich häufig auch im Rahmen von Untersuchungen mit nicht primär präventivem Zweck.

In Tabelle 6.6 werden die Vorsorgeuntersuchungen wieder nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt dargestellt.

Betrachtet man die Inanspruchnahme präventiver Dienstleistungen in der Schweiz, so zeigen sich in den einfachen multivariaten Analysen³⁷ geschlechtsspezifische Unterschiede: Blutdruckuntersuchungen und Grippeimpfungen werden eher bei Frauen, Cholesterinmessungen eher bei Männern durchgeführt. Im Kanton Luzern lassen sich hingegen bei den betrachteten Präventionsuntersuchungen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern nachweisen.

Bezüglich der Nationalität zeigen sich bei den einfachen multivariaten Kontrollen im Kanton Luzern signifikante Unterschiede bei der Grippeimpfung: Ausländer/innen lassen sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit gegen Grippe impfen als Schweizer/innen. In der gesamtschweizerischen Analyse zeigt sich zusätzlich, dass Ausländer/innen mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal Cholesterinmessungen und Portio-Zervix-Abstriche in Anspruch genommen haben als Schweizer/innen. Für den Kanton Luzern konnten diese Unterschiede nicht nachgewiesen werden.

Unterschiede nach Zugehörigkeit zu sozialen Lagen (gemessen am Indikator Bildungsabschluss) zeigen sich im Kanton Luzern lediglich bei der Prostatauntersuchung: Je höher der Bildungsabschluss eines Mannes ist, desto eher nimmt er diese Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Dieser Zusammenhang lässt sich auch für die Gesamtschweiz feststellen. Dort zeigen sich darüber hinaus signifikante Zusammenhänge bei der Blutdruck- und der Choles-

Tab. 6.6 Anteil der Befragten, die sich in ihrem Leben schon einmal der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben (in %), nach soziodemographischen Merkmalen

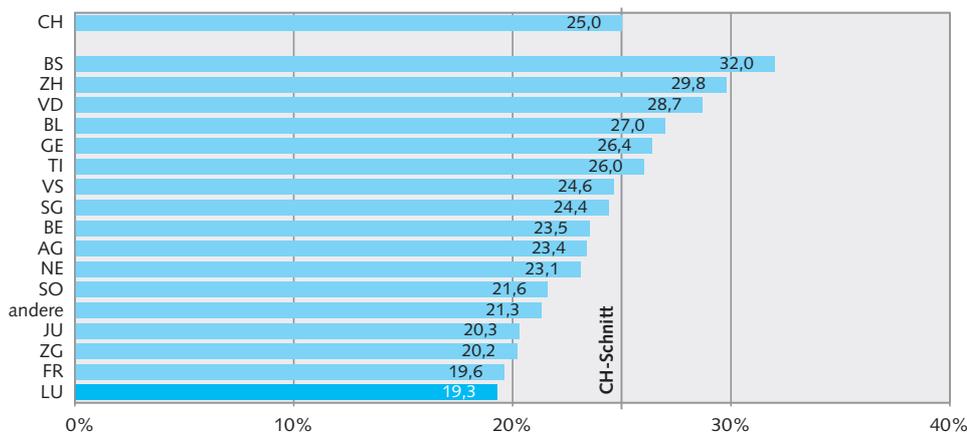
		Blutdruckmessung ¹		Cholesterinmessung ¹		Blutzuckermessung ¹		Prostata-Vorsorge-Untersuchung		Gebärmutterhalsabstrich		Mammographie		Grippeimpfung	
		LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH	LU	CH
Total		99,3	99,2	86,6	87,8	90,0	89,4	47,2	47,8	83,5	80,1	26,0	30,8	19,3	25,0
Geschlecht	Männer	99,0	98,9	87,5	87,3	90,1	88,3	47,2	47,8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18,8	23,5
	Frauen	99,6	99,4	85,7	88,3	89,8	90,4	n.a.	n.a.	83,5	80,1	26,0	30,8	19,9	26,4
Alter	15–34	98,8	98,1	80,0	78,5	84,3	81,5	0	0	84,8	76,2	*	7,1	(6,8)	11,7
	35–49	99,7	99,5	82,8	86,8	88,1	89,2	21,8	21,6	88,3	87,3	24,2	26,3	15,7	16,4
	50–64	99,7	99,7	95,1	94,4	96,7	94,6	57,4	53,4	85,5	87,0	48,9	60,8	21,8	25,2
	65+	99,2	99,8	95,4	97,3	95,6	97,1	67,3	73,4	71,6	67,5	32,8	42,4	49,7	58,5
Nationalität	Schweizer/innen	99,3	99,2	87,1	87,8	89,9	89,9	47,5	49,4	83,5	81,5	27,5	32,0	18,3	24,9
	Ausländer/innen	99,3	99,0	83,0	87,7	90,6	87,2	(45,5)	40,1	(83,7)	72,8	*	24,5	(25,6)	25,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	98,9	98,5	85,6	86,7	89,4	86,8	55,8	42,3	74,5	70,7	31,0	35,3	18,0	27,4
	Sekundarstufe II	99,5	99,4	87,1	88,2	90,3	90,2	44,1	47,1	86,0	82,3	25,7	29,8	18,7	23,8
	Tertiärstufe	99,1	99,3	85,2	87,9	88,9	90,3	51,3	52,1	(84,5)	86,1	*	28,3	24,1	26,4

¹ 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 (LU) = 1021; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

³⁷ 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.

Anteil der Kantonsbewohner/innen, die schon einmal eine Grippeimpfung vornehmen liessen

Abb. 6.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: LU=1021 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

terinmessung sowie bei den drei hier untersuchten Krebspräventionsuntersuchungen. Cholesterinuntersuchungen wurden mit grösserer Wahrscheinlichkeit von Personen in Anspruch genommen, die ein eher niedriges Bildungsniveau aufweisen. Für die Krebspräventionsuntersuchungen (Prostatavorsorgeuntersuchung, Portio-Zervix-Abstrich, Mammographie) hingegen gilt in der Schweiz: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich in ihrem Leben schon einmal einer Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hat.

Auch bei den hier analysierten Präventionsuntersuchungen wurden weiterführende Aggregatanalysen durchgeführt. Der Kanton Luzern fällt dabei im interkantonalen Vergleich insbesondere bei der Grippeimpfung auf. In der gesamtschweizerischen Analyse haben genau ein Viertel aller Befragten bereits einmal eine Grippeimpfung in Anspruch genommen. In Luzern ist dieser Anteil mit 19,3% deutlich geringer. Luzern gehört denn auch zu demjenigen Viertel der Kantone, welche die geringsten Anteile an Personen aufweisen, die sich schon einmal gegen Grippe impfen liessen (vgl. Abbildung 6.10). Freilich wird die Grippeimpfung lediglich Angehörigen von Risikogruppen und älteren Menschen empfohlen.

In Aggregatanalysen zeigt sich, dass Grippeimpfungen umso häufiger sind, je urbaner ein Kanton ist, je moderner die Beschäftigungsstruktur (geringer Beschäftigtenanteil im I. und II., aber hoher Beschäftigtenanteil im III. Sektor) ist, je grösser die Ärztedichte des Kantons ist und je mehr ein Kanton für Gesundheit ausgibt. Im Vergleich gilt der Kanton Luzern als wenig urban, er weist keine moderne Beschäftigungsstruktur und keine grosse Ärztedichte auf und gibt eher wenig für Gesundheit aus. Die geringen Anteile an Personen, die sich schon einmal gegen Grippe impfen liessen, sind also mit diesen Kontextfaktoren zu deuten.

6.3.3 Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen

Neben den professionellen Gesundheitsleistungen können auch informelle Hilfeleistungen durch Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn zum Wohlbefinden einer Person beitragen.³⁸ Im Jahr vor der Befragung hat etwas mehr als jede elfte Luzernerin bzw. jeder elfte Luzerner informelle Hilfe wegen gesundheitlichen Probleme in Anspruch genommen (8,9%). Im Vergleich zur gesamten Schweiz ist dieser Anteil etwas tiefer (9,6%).

Mit Blick auf Tabelle 6.7 zeigen sich einige soziodemographische Besonderheiten bei der Inanspruchnahme informeller Hilfe. Zuerst fällt auf, dass Frauen häufiger Hilfe aus ihrem Bekanntenkreis beanspruchen als Männer und dass die Beanspruchung mit dem Alter zunimmt. Ausländer/innen scheinen häufiger auf nicht professionelle Hilfe aus ihrem

³⁸ Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass unter informeller Hilfe «Hilfe aus gesundheitlichen Gründen» verstanden wird. Als Beispiel wurden «Einkaufen», «Pflege» und «Essen bringen» erwähnt.

Tab. 6.7 Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung informelle Hilfe in Anspruch genommen haben (in %), nach soziodemographischen Merkmalen

		Informelle Hilfe	
		LU	CH
Total		8,9	9,6
Geschlecht	Männer	(5,1)	6,5
	Frauen	12,8	12,5
Alter	15–34	(8,0)	8,3
	35–49	(7,2)	8,9
	50–64	(7,8)	8,8
	65+	16,4	14,1
Nationalität	Schweizer/innen	8,1	9,2
	Ausländer/innen	(14,0)	11,6
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(5,9)	11,2
	Sekundarstufe II	10,6	9,6
	Tertiärstufe	*	7,6
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	(4,7)	5,6
	einige	8,7	8,3
	starke	15,8	16,5

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich. Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (LU) = 1021; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

sozialen Umfeld zu zählen als Schweizer/innen. Das Bild der Gesamtschweiz, nämlich dass mit zunehmender Bildung die Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen abnimmt, lässt sich für den Kanton Luzern nicht nachweisen. Schliesslich ist der Anteil an Personen, die informelle Hilfe in Anspruch nehmen, bei der Gruppe mit starken körperlichen Beschwerden höher als bei den Gruppen ohne oder mit geringen körperlichen Beschwerden. Diese Beobachtung kann als Indiz dafür dienen, dass informelle Hilfe durchaus auch dämpfende Wirkung auf die Gesundheitskosten entfalten kann, da Personen mit starken körperlichen Beschwerden mit Hilfe sozialer Netzwerke zu Hause bleiben können.

Bei der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» zeigen sich neben dem Geschlecht und dem Alter auch der Gesundheitszustand als erklärungskräftig: Frauen und ältere Personen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, nahmen mit höherer Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch. Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz zeigt sich im Kanton Luzern keine Abhängigkeit der Inanspruchnahme informeller Hilfe von verfügbaren sozialen Netzwerken. Für die Schweiz gilt: Mit je mehr Personen jemand in einem Haushalt zusammenlebt und je mehr Vertrauenspersonen er/sie nennt, desto grösser ist die Chance, dass er/sie informelle Hilfe erhält. Zusätzlich erhöhen in der Schweiz auch Vereinsmitgliedschaften die Chance der Inanspruchnahme informeller Hilfe. All diese Sozialkapitalfaktoren sind im Kanton Luzern jedoch nicht erklärungskräftig. Mit anderen Worten: Ein funktionierendes und dichtes soziales Beziehungsnetz ist im Kanton Luzern nicht nötig, um informelle Hilfe zu erhalten. Es scheint, dass Luzerner/innen auch zu informeller Hilfe bereit sind, ohne eine enge Beziehung zur Hilfe suchenden Person zu pflegen. Analysen zum aggregierten Sozialkapital, also zum Potenzial der nachbarschaftlichen Hilfe in den schweizerischen Kantonen zeigen, dass der Kanton Luzern im interkantonalen Vergleich ein hohes Sozialkapital aufweist (Freitag 2000).

6.4 Zusammenfassung

In der Einleitung dieses Kapitels wurden drei Fragen gestellt, auf die nachfolgend im Sinne einer Synthese Antworten aus den Resultaten abgeleitet werden:

6.4.1 Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Mit Hilfe des «Andersen-Behavioral-Models» wurde eine Reihe von Merkmalen besprochen, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Es wurde dabei unterschieden zwischen Prädispositionsfaktoren, Bedingungsfaktoren und Bedürfnisfaktoren. Die vertieften multivariaten Analysen für den Kanton Luzern ergeben folgende Auffälligkeiten:

- Die *Prädispositionsfaktoren* zeigen sich im Kanton Luzern nicht in dem Umfang erklärungskräftig wie in der gesamtschweizerischen Analyse. Das *Geschlecht* ist zwar durchaus ein wichtiger Faktor: Frauen nehmen signifikant häufiger allgemeine ärztliche, dentalhygienische und insbesondere alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch als Männer. Darüber hinaus werden Frauen im Kanton Luzern häufiger der Blinddarm und der Graue Star operiert, und Luzernerinnen nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch als Männer. Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Frauen und Männern ist insbesondere auf unterschiedliche geschlechterspezifische soziale und biologische Faktoren zurückzuführen, die sich auf die Gesundheit von Frauen und Männern anders auswirken (z. B. unterschiedliches Risikoverhalten, Schwangerschaft, etc.). Die Gesundheit von Frauen und Männern unterscheidet sich aber nicht nur quantitativ (Krankheitshäufigkeiten, Inanspruchnahme), sondern auch qualitativ (unterschiedliche Krankheiten, unterschiedliche Gesundheitsrisiken, unterschiedliches Gesundheitsverhalten; vgl. dazu die vorhergehenden Kapitel, aber auch Camenzind und Meier 2004). Im Vergleich zu den Befunden aus den Analysen der gesamten Schweiz ist das Geschlecht aber weder für die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen, stationärer Behandlungen, nicht geschlechtsspezifischer Präventionsmassnahmen und Operationen erklärungskräftig. Anders als in der gesamtschweizerischen Analyse zeigt sich, dass Männer eher ambulante Behandlungen und Dienstleistungen bei der Hausärztin oder beim Hausarzt in Anspruch nehmen als Frauen. Auch das *Alter* nimmt nicht den vermuteten Stellenwert ein: Mit dem Alter nimmt zwar die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Hausärztinnen und Hausärzten signifikant zu, Frauen gehen mit zunehmendem Alter weniger häufig zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt, und ältere Personen nehmen mit grösserer Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch als jüngere Personen; 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 körperlichen Beschwerden eher zunehmen. Die von den Befragten angegebene Inanspruchnahme scheint davon jedoch nicht in grossem Ausmass betroffen zu sein. Auffällig ist zudem auch die geringe Bedeutung der *Nationalität*. Auch wenn aufgrund der sehr geringen Fallzahlen Zurückhaltung in der Interpretation angebracht ist, erstaunt es doch, dass die Nationalität lediglich bei der Inanspruchnahme dentalhygienischer und ambulanter Dienstleistungen sowie bei der Grippeimpfung auf signifikantem Niveau erklärungskräftig ist. Es scheint, als stellten sich den Migrant/innen im Kanton Luzern geringere sprachliche und kulturelle Hürden für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als in der gesamten Schweiz.
- Bei den *Bedingungsfaktoren* wurde unterschieden zwischen Grössen, die die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage messen, Grössen, die soziales Kapital indizieren und Einstellungsgrössen. Es kann festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Leistungen praktisch nicht mit *Faktoren der Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage* erklärt werden kann. Auffällig ist insbesondere der Faktor Bildung, der sich auf gesamtschweizerischer Ebene sehr häufig als erklärungskräftig zeigt, auf kantonalem Niveau für den Kanton Luzern hingegen nicht diese prominente Rolle zu spielen scheint. Unterschiede hinsichtlich der sozialen Lage ergeben sich im Kanton Luzern bei der Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Dienstleistungen und bei der Prostatavorsorgeuntersuchung. Die spezifischen Unterschiede bezüglich sozialer Lage (gemessen an Bildung und Einkommen) in der Inanspruchnahme von zahnmedizinischen und spezialärztlichen, ambulanten und stationären Leistungen sowie von Krebsvorsorgeuntersuchungen, wie sie sich bei der Analyse der Gesamtschweiz zeigen, lassen sich für den Kanton Luzern nicht nachweisen. Wer im Kanton Luzern über *soziales Kapital* verfügt, muss weniger lange im Spital gepflegt werden, was also Kosteneinsparungen nach sich ziehen kann (vgl. auch Hu und Goldmann 1990; Meyer und Jeanneret 1999). Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz zeigen sich jedoch im Kanton Luzern keine Zusammenhänge zwischen der Einbindung in soziale Netzwerke und der Inanspruchnahme allgemeiner ärztlicher Leistungen und informeller Hilfe. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist hier allerdings Zurückhaltung bei der Interpretation der Daten angebracht.
- 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 *körperliche Beschwerden* oder einen schlechten allgemeinen *Gesundheitszustand* klagt, hat in den 12 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 und alternativmedizinischer 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 Luzern lediglich bei der Inanspruchnahme von spezialärztlichen Dienstleistungen. Alle weiteren in die Analyse einbezogenen Bedürfnisfaktoren tragen jedoch nicht zur Erklärung von Unterschieden in der individuellen Inanspruchnahme bei. Die schwache Erklärungskraft dürfte sich auf den Umstand zurückführen 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 Luzern 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 dabei, dass Frauen die Dienstleistungen etwas stärker nutzen als Männer, dass es aber bezüglich des Alters, der Nationalität und der Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen weniger deutliche Unterschiede als erwartet gibt. Hervorzuheben ist schliesslich, dass soziales Kapital in Form von Eingebundenheit in soziale Netzwerke die Dauer der Spitalpflege verkürzt.

6.4.2 Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Es ist eine bekannte gesundheitssoziologische Erkenntnis, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage Unterschiede im Gesundheitsverhalten, in Gesundheitsrisiken und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bewirkt. Zugespielt formuliert bedeutet dies: Gebildete und reiche Schweizer/innen haben bessere Zugangschancen zum medizinischen System. Ausländerinnen und Ausländern sowie Personen, die über kein hohes Haushalteinkommen und keine nachobligatorische Ausbildung verfügen, stellen sich hingegen kulturelle, sprachliche oder finanzielle Barrieren für eine bedürfnisgerechte Inanspruchnahme (BFS 2002; Mielck 1994; Taskin und Bisig 2004).

Aufgrund der hier gemachten Analysen und Ausführungen können für den Kanton Luzern grösstenteils keine Einschränkungen festgestellt werden. Weder die Nationalität noch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage scheinen – teilweise anders als in der Analyse der Gesamtschweiz – die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen einzuschränken. Zwei Ausnahmen sollen aber dennoch festgehalten werden: Differenzen in der Inanspruchnahme hinsichtlich der sozialen Lage und der Nationalität zeigen sich bei den dentalhygienischen Dienstleistungen und bei der Prostata Vorsorgeuntersuchung: Ausländer/innen suchen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker auf als Schweizer/innen. Männer mit höheren Bildungsabschlüssen haben mit grösserer Wahrscheinlichkeit schon eine Prostata Vorsorgeuntersuchung vornehmen lassen als Männer ohne nachobligatorische Ausbildungen. Der Grund für die Unterschiede in der Inanspruchnahme dentalhygienischer Leistungen dürfte sein, dass zahnmedizinische Leistungen selber bezahlt werden müssen. Hier scheinen Barrieren für oder fehlendes Gesundheitsbewusstsein von Ausländer/innen zu bestehen. Dies ist deshalb problematisch, weil gerade bei Ausländer/innen eine schlechtere Zahnhygiene festgestellt werden kann (Menghini 2003). Die Unterschiede bezüglich sozialer Lage bei der Prostata Vorsorgeuntersuchung könnten auf die unterschiedliche Sensibilität zurückzuführen sein: Personen mit höheren Bildungsabschlüssen haben ein besseres Gesundheitsbewusstsein als Personen ohne nachobligatorische Ausbildungen (vgl. auch oben, Kapitel 3.1).

6.4.3 Wo steht der Kanton Luzern im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Als auffälligstes Resultat zeigt sich im Kanton Luzern eine im Vergleich zur Gesamtschweiz weniger starke Inanspruchnahme von praktisch allen hier untersuchten Dienstleistungen. Mit anderen Worten: Die Luzerner/innen nehmen ärztliche Hilfe in geringerem Umfang in Anspruch als die gesamtschweizerische Bevölkerung. Einzige bemerkenswerte Ausnahme bilden die Konsultationen bei Anbieterinnen und Anbietern von alternativmedizinischen Dienstleistungen, die im Kanton Luzern sehr häufig sind.

Die eher seltene Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen im Kanton Luzern lässt sich durch spezifische Kontextmerkmale des Kantons erklären: Der eher tiefe Anteil an über 65-jährigen Personen und an Ausländerinnen und Ausländern, die geringe Urbanität und die wenig moderne Beschäftigungsstruktur (geringer Anteil an Beschäftigten im III. Sektor) und insbesondere das im interkantonalen Vergleich geringe medizinische Angebot (Ärzte- und Klinikdichte) erweisen sich als Erklärungsfaktoren für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Allgemeinen und die überdurchschnittliche Konsultationsrate bei Alternativmedizinerinnen und -medizinern im Speziellen (vgl. auch Kapitel 1.4), wobei letztere auch durch das hohe Angebot an alternativmedizinischen Dienstleistungen stimuliert zu werden scheint.

Eine geringere Inanspruchnahme scheint auch die Gesundheitskosten zu verringern. Der Kanton Luzern gibt im interkantonalen Vergleich unterdurchschnittlich viel für Gesundheit aus, und die durchschnittlichen Krankenkassenprämien liegen sowohl aufgrund der Angaben der Befragten³⁹ wie auch aufgrund der offiziellen Statistiken recht deutlich unter dem schweizerischen Mittel.⁴⁰

³⁹ Der Kanton Luzern liegt in der Rangliste der durchschnittlichen Krankenkassenprämien auf Rang 18 (berechnet anhand der Angaben der Befragten aus der SGB).

⁴⁰ Vgl. http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/1_4_2/2004/d/142.pdf. Hier wurde die durchschnittliche monatliche Prämie für die obligatorische Grundversicherung verglichen. Der Kanton Luzern liegt bei diesem Vergleich an 16. Stelle.

7 Übersicht über die Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Ziel der Luzerner Regierung ist es, auch in Zukunft eine **patientenorientierte, ausreichende und sichere Gesundheitsversorgung zu verantwortbaren Kosten** für die ganze Bevölkerung anzubieten.

Im schweizerischen Vergleich sind die **Kosten für die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern günstig**. Ein wichtiger Grund hierfür dürfte sicher die ebenfalls **unterdurchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen** sein. Dementsprechend liegen auch die Krankenversicherungsprämien sehr deutlich unter dem schweizerischen Mittel.

Da anzunehmen ist, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft deutlich rascher ansteigen werden als die übrigen Kosten, kann das Ziel nur erreicht werden, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel gezielt dort eingesetzt werden, wo sie am meisten Nutzen bringen und wo der grösste Handlungsbedarf besteht.

Der **Regierungsrat** hat klare **Prioritäten** gesetzt: Konzentration des Angebots, Förderung ambulanter Behandlungen, vertiefte Planung, Verstärkung des Controllings, mehr Transparenz, Konzentration auf das Wesentliche beim Versorgungsstandard und Verringerung der Administration. Damit sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit trotz steigender Kosten weiter verbessert werden.

Dr. med. vet. Markus Dürr

Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartementes

Im Laufe der vergangenen Jahre sind die Kosten im Gesundheitswesen der Schweiz stetig angestiegen. Es finden sich die verschiedensten Faktoren zur Erklärung dieser Kostenentwicklung. Auf der Angebotsseite häufig genannt werden der medizinisch-technische Fortschritt, der Ausbau des Leistungsangebots sowie die starke Zunahme des medizinischen Personals (Gilliand, 2004; BFS, 2004c). So führt ein grösseres Angebot an medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu einer verstärkten Nachfrage nach solchen Dienstleistungen (Domenighetti, 1995). Wichtiger Einflussfaktor auf der Nachfrageseite ist die alternde Bevölkerung, welche nach mehr, nach komplexeren und damit auch nach teureren Behandlungsformen verlangt (Höpflinger und Hugentobler, 2003).

Fünf Jahre nach der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) hat der Dachverband der Krankenversicherer santésuisse im Jahr 2001 das Informationssystem «Datenpool» eingeführt. Der Datenpool von santésuisse erlaubt eine verbesserte Analyse und ein vertieftes Verständnis der Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). So kann – den politischen Akteuren und allen weiteren interessierten Kreisen – detailliert gezeigt werden, wie sich die Kosten auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilen und welche Leistungen von den Versicherten in Anspruch genommen werden. Allerdings umfasst die OKP lediglich 32,6% der gesamten Ausgaben des schweizerischen Gesundheitswesens, welche sich im Jahr 2003 auf rund 49,9 Milliarden Franken⁴¹ beliefen (BFS, 2005b). Die übrigen 67,4% der Gesundheitskosten in der Schweiz werden von den privaten Haushalten als Kostenbeteiligung oder als «out-of-pocket», dem Staat (v. a. Spitalsubventionen), den Privatversicherungen sowie den weiteren Sozialversicherungen (IV-AHV, UV, MV) bezahlt.

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Wohnbevölkerung des Kantons Luzern für den Bereich der OKP betrachtet. Direkte Vergleiche mit vorangehenden Kapiteln des Berichtes sind schwierig, da dort das generelle Gesundheitsverhalten bzw. die Inanspruchnahme aller medizinischer Leistungen besprochen werden; dies unabhängig davon, ob von der OKP eine Kostengutsprache erfolgt oder nicht. Die Analysen im vorliegenden Kapitel basieren auf dem Datenpool von santésuisse für die Jahre 1999 bis 2003. Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit den Kosten in der OKP für die verschiedenen Kategorien der Leistungserbringer. Es wird sowohl auf die Entwicklung der Kosten als auch auf deren Aufteilung eingegangen. Ebenso wird ein Vergleich zwischen den Pro-Kopf-Kosten des Kantons Luzern mit ausgewählten Kantonen sowie der Schweiz insgesamt vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versicherungsmodelle und die Prämienentwicklung in der OKP analysiert und präsentiert.

⁴¹ Die Daten von 2003 sind provisorisch. Die definitiven Zahlen werden im Verlauf des Jahres publiziert (vgl. <http://www.bfs.admin.ch>).

Welche Kosten sind im Datenpool⁴² ausgewiesen?

Der Datenpool basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit liefern 82 Versicherer ihre Daten an den Datenpool, welche eine Marktdeckung von gut 94% der in der Schweiz versicherten Personen haben. Für den Kanton Luzern beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2003 auf 95,8%⁴³. Die offiziellen santésuisse-Statistiken werden anhand der Bestandeszahlen des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet.⁴⁴ In den Publikationen des Gesundheitsobservatoriums wird ebenso verfahren. Die absoluten Kosten werden jeweils mit dem entsprechenden Abdeckungsgrad hochgerechnet. Im Datenpool werden alle durch die am System beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen – inklusive Kostenbeteiligungen der versicherten Personen (Franchisen, Selbstbehalte und Beiträge an die Kosten des Spitalaufenthalts) – zusammengeführt. Damit deckt der Datenpool rund 36,0% der Kosten im Schweizer Gesundheitswesen ab. In der Datenbank sind allerdings nur diejenigen Leistungen enthalten, welche die Versicherten an die Krankenversicherung auch effektiv einsenden oder welche durch die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise), aber auch Leistungen, welche nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Auch sind keine Angaben über die vom Staat an die Leistungserbringer bezahlten Gelder (z. B. Subventionierung des stationären Bereichs) vorhanden.

7.1 Übersicht über die Kosten der OKP im Kanton Luzern

7.1.1 Kostenentwicklung

In Abschnitt 7.1.1 werden die Entwicklung und Verteilung der Kosten in der OKP im Kanton Luzern über die letzten fünf Jahre nach Leistungsarten und nach Leistungserbringern untersucht. Bei den Leistungserbringern werden sieben Kategorien unterschieden, die in weitere Unterkategorien für Leistungen von Ärzten und von Spitälern (Leistungsarten) unterteilt werden können. Nach Betrachtung der globalen Kostenentwicklung wird auf die Kostenanteile der einzelnen Leistungserbringer an den Gesamtkosten der OKP eingegangen.

Der Kanton Luzern zählte im Jahr 2003 insgesamt 357'264 Versicherte; 14,3% davon waren über 65 Jahre alt⁴⁵. Hingegen umfasste die Grossregion⁴⁶ Zentralschweiz, zu welcher der Kanton Luzern gehört, im gleichen Jahr 702'195 Versicherte, wobei der Anteil Personen im Alter von über 65 Jahren 13,6% betrug.

Aus Tabelle 7.1 gehen die Kosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten für den Kanton Luzern hervor. Die Leistungen der OKP für Versicherte mit Wohnsitz im Kanton Luzern beliefen sich im Jahr 1999 auf 546,7 Millionen Franken. Im Jahr 2003 betrug diese Leistungen 701,7 Millionen Franken, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 6,4% ab 1999 entspricht. Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich bei den ambulanten Behandlungen in Spitälern (+13,2%)⁴⁷, während die Spitalkosten für stationäre Behandlungen in derselben Periode nur um 2,5% zugenommen haben. Gesamtschweizerisch liegen die jährlichen Wachstumsraten der ambulanten und stationären Behandlungen näher beieinander: Die Kosten für ambulante Behandlungen in Spitälern sind zwischen 1999 und 2003 um jährlich 9,3% und jene für stationäre Behandlungen um 3,6% gestiegen. Dank der Spitalplanung konnten einige Überkapazitäten im stationären Bereich reduziert werden. Die Annahme, dass eine nachhaltige Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich der Spitäler stattgefunden hat, konnte bislang zumindest auf gesamtschweizerischer Ebene nicht nachgewiesen werden (BSV, 2004). Die jährliche Wachstumsrate der Behandlungskosten in Arztpraxen, die anteilmässig ebenfalls hohe Kosten verursachen (21,2% aller Kosten im 2003), liegt bei 4,4%.

⁴² Die nachfolgende Beschreibung des Datenpools von santésuisse basiert auf dem Abschnitt «Methodische Aspekte» aus dem Arbeitsdokument Nr. 10 des Obsan (vgl. Sturny, 2004).

⁴³ Der Abdeckungsgrad des Datenpools (im Vergleich mit der Statistik des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG) betrug für den Kanton Luzern 95,7% im Jahr 1999, 95,4% im Jahr 2000, 96,0% im Jahr 2001 und 96,5% im Jahr 2002.

⁴⁴ Der Risikoausgleich in der OKP bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Der Risikoausgleich ist in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit Einheitsprämien je Versicherer und Prämienregion ein notwendiges Systemelement und soll verhindern, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektionen unterlaufen wird.

⁴⁵ Gemäss Statistik Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

⁴⁶ Einteilung in Grossregionen gemäss Bundesamt für Statistik (BFS).

⁴⁷ Die höhere jährliche Wachstumsrate in der Kategorie «Übrige Leistungen» von Ärzten ist auf eine Änderung in der Kodierung zurückzuführen.

Im Kanton Luzern ist der Medikamentenverkauf durch Ärztinnen und Ärzte (Selbstdispensation) weit verbreitet. Der Anteil dieser von Ärztinnen und Ärzten abgegebenen Medikamente am Total aller abgegebenen Medikamente belief sich im Jahr 2003 auf 83,8%. Dieser Wert entspricht 17,4% der gesamten OKP-Kosten im Kanton, während die von den Apotheken verkauften Medikamente (ohne Mittel und Gegenstände) nur 3,3% der Gesamtkosten ausmachen. Die Kosten aller – von Ärztinnen, Ärzten und von Apotheken abgegebenen – Medikamente stiegen zwischen 1999 und 2003 pro Jahr um durchschnittlich 7,3%. 2003 lagen sie bei 145,4 Millionen Franken, dies sind 20,7% der Gesamtausgaben in der OKP des Kantons. Zwischen 1999 und 2003 ist der Anteil der von den Apotheken abgegebenen Medikamente (ohne Mittel und Gegenstände) am Total der OKP-Kosten von 2,9% auf 3,3% gestiegen. Hingegen sind gemäss BFS (2004b) die Preise der meisten rezeptpflichtigen Medikamente im Zuge der Einführung der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) per 1. Juli 2001 gesunken. Dass die Kosten zwischen 2001 und 2003 in der Kategorie «Apotheken und Abgabestellen» trotzdem gestiegen sind, kann folgende Ursachen haben (BSV, 2004): Die Reduktion der Medikamentenpreise wurde durch die Einführung der Beratungstaxe wieder kompensiert; die demographische Entwicklung führte zur häufigeren Verschreibung von Medikamenten; die steigende Nachfrage der Patienten/innen nach Medikamenten löste eine Mengenausweitung aus; neue ambulante Behandlungen führten zu einem gesteigerten Medikamentenkonsum; ältere Medikamente wurden durch neuere, wesentlich teurere Produkte ersetzt usw.

Mit den verschiedenen positiven Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der höheren Lebenserwartung steigen auch die Leistungs- und Pflegebedürfnisse der alternden Bevölkerung. Die Inanspruchnahme zusätzlicher geriatrischer Einrichtungen (vgl. Gilliland, 2004) ist ein entsprechender Indikator. Im Kanton Luzern, wo der Anteil der über 65-jährigen Personen von 13,5% in 1999 auf 14,3% in 2003 zunahm, wird diese Entwicklung in Tabelle 7.1 bei den Kostensteigerungen für ambulante Pflege und für Behandlungen in Alters- und Pflegeheimen sichtbar. Diese Leistungen werden auch in Zukunft weiter ansteigen.

Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Fakturierung des Sockelbeitrags für Zusatzversicherte haben viele Spitäler ihre Rechnungen im Jahr 2002 zurückbehalten und erst im darauf folgenden Jahr verrechnet. Im Datenpool von santésuisse muss im Jahr 2002 deshalb von einer Unterschätzung der stationären sowie der ambulanten und teilstationären Spitalleistungen und von überhöhten Wachstumsraten für das Jahr 2003 ausgegangen werden. Im Kanton Luzern ist dieser Effekt in der Kategorie «Spital stationär» und «Spital ambulant/teilstationär» (Tabelle 7.1) deutlich zu beobachten.

Tab. 7.1 Kosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten für den Kanton Luzern, gemäss Wohnkanton, 1999 ü 2003, hochgerechnet, in Mio. CHF

Leistungserbringer	Leistungsart	1999	2000	2001	2002	2003	Anteil am Total 2003	Jahresdurchschnittliche Veränderung
		<i>in Mio CHF</i>	<i>in %</i>	<i>in %</i>				
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen Arztpraxis	125,5	131,2	139,1	142,1	148,9	21,2	4,4
	Medikamente Arztpraxis	93,4	104,1	113,3	114,9	121,9	17,4	6,9
	übrige Leistungen	0,6	0,5	0,7	2,2	2,4	0,3	42,9
	Ärzte/Ärztinnen Total	219,5	235,8	253,1	259,1	273,3	38,9	5,6
Apotheken und Abgabestellen	18,1	20,0	22,3	24,5	26,4	3,8	10,0	
Ambulante Pflege ¹	9,3	8,3	8,9	9,7	10,8	1,5	3,9	
Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten/ Therapeutinnen ²	20,7	22,1	26,6	25,3	26,1	3,7	5,9	
Laboratorien	11,1	12,1	12,7	13,7	14,2	2,0	6,3	
Spitäler	Spital ambulant/teilstationär	59,2	74,2	84,6	82,9	97,3	13,9	13,2
	Spital stationär	146,4	146,8	146,3	138,0	161,8	23,1	2,5
	Krankenpflege Heim	45,5	50,7	58,1	59,6	69,1	9,8	11,0
	übrige Leistungen	2,0	2,4	2,9	8,4	2,7	0,4	6,8
	Spitäler Total	253,2	274,1	291,8	288,9	330,8	47,2	6,9
Andere Leistungserbringer ³	14,8	16,6	17,9	35,4	20,1	2,9	7,8	
Total	546,7	589,0	633,3	656,7	701,7	100,0	6,4	

¹ «Ambulante Pflege»: Krankenpflege und SPITEX-Organisationen.

² «Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten/Therapeutinnen»: Chiropraktoren, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen, Hebammen, Logopäden/Logopädinnen und Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen.

³ «Andere Leistungserbringer»: Ernährungsberatung, Fürsorge, Heilbäder, teilstationäre Einrichtungen, Transport- und Rettungsunternehmen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, übrige Rechnungssteller, unbekannt.

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan.

7.1.2 Verteilung der Kosten in der OKP

Abbildung 7.1 zeigt die Aufteilung der OKP-Leistungen auf den stationären und den ambulanten Sektor im Kanton Luzern. Zudem werden die Anteile der verschiedenen Leistungserbringer an den Kosten der OKP im Kanton Luzern ausgewiesen.

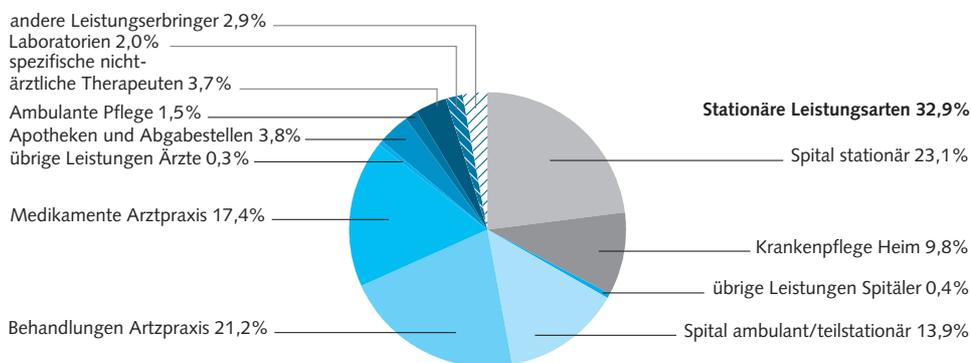
Der Anteil des stationären Sektors – bestehend aus den stationären Spitalleistungen und den Leistungen der Alters- und Pflegeheime – liegt bei 32,9% (Abbildung 7.1); für die gesamte Schweiz beträgt dieser Anteil 31,0%. Rund ein Viertel der OKP-Kosten betreffen die Kategorie «Spital stationär». Die Leistungen der Arztpraxen (Behandlungen, Medikamente, übrige Arztleistungen) machen mit 38,9% der Kosten den grössten Teil der ambulanten Leistungen im Kanton Luzern aus (30,5% für die Schweiz). Diese Differenz zur Gesamtschweiz ist auf den hohen Anteil von Ärzten abgegebener Medikamente (Selbstdispensation) zurückzuführen. An Luzerner Versicherte werden aber nicht mehr Medikamente abgegeben als an die übrigen Schweizer/innen: Der Kostenanteil der von Ärztinnen, Ärzten oder Apotheken und Abgabestellen verkauften Medikamente und Gegenstände liegt für Luzerner Versicherte bei 21,1% und die übrigen Schweizer/innen bei 21,8%).

Verglichen mit 1999 ist der Kostenanteil des ambulanten Sektors im Kanton Luzern angestiegen. Während dem ambulanten Sektor im Jahr 1999 rund 64,9% der OKP-Kosten zuzuschreiben waren, betrug dieser im Jahr 2003 67,1% aller OKP-Kosten. Schweizweit stieg der Anteil des ambulanten Sektors an den OKP-Kosten im Jahr 1999 von 67,6% und auf 69,0% im Jahr 2003. Ein Teil des Anteilrückgangs der stationären Leistungen ist zumindest für die Gesamtschweiz auf eine Auslagerung der Pflegefälle zurückzuführen (BSV, 2004).

Im ambulanten Sektor machen die Behandlungen in den Arztpraxen mit 21,2% den grössten Teil der Gesamtkosten im Jahr 2003 in Luzern aus; im Vergleich zu 1999 mit 23,0% ist dieser Anteil jedoch um knapp zwei Prozentpunkte zurückgegangen. Der Anteil der von Apotheken oder von Ärztinnen und Ärzten dispensierten Medikamente ist gegenüber 1999 (20,0%) leicht gestiegen und lag 2003 bei 20,7%.

Verteilung der Kosten nach Kategorien von Leistungsarten Kanton Luzern, 2003

Abb. 7.1



Ambulante Leistungsarten 67,1%

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

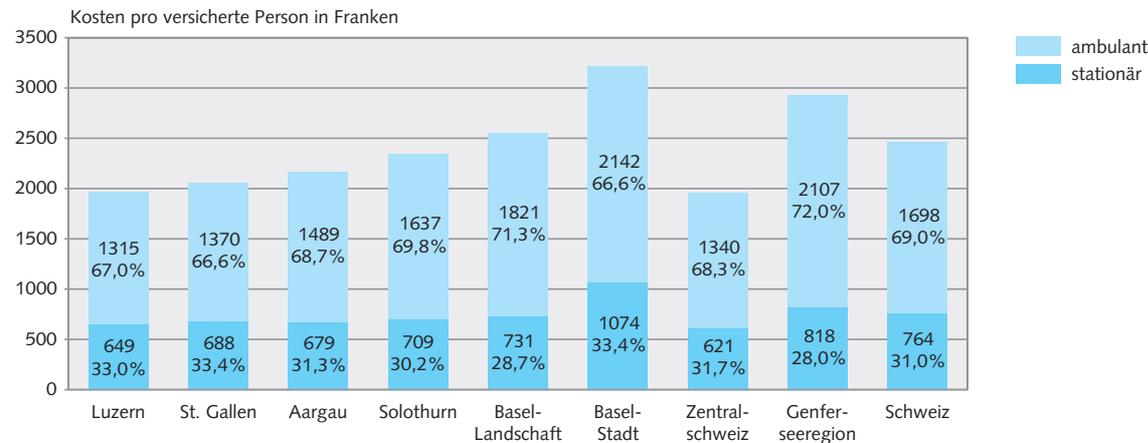
7.1.3 Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP

In diesem Abschnitt werden die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person mit Wohnort im Kanton Luzern mit den Kosten anderer ausgewählter Kantone sowie der Grossregion Zentralschweiz verglichen. Betrachtet wird auch die Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten zwischen 1999 und 2003.

Im Jahr 2003 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Luzern bei 1964 Franken (Abbildung 7.2) und waren ungefähr gleich hoch wie die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten in der Grossregion Zentralschweiz (1960 Franken pro versicherte Person). Alle Kantone der Zentralschweiz lagen aber um mindestens 450 Franken tiefer als die Gesamtschweiz, die einen Wert von 2462 Franken pro versicherte Person aufwies. Diese Differenz erklärt sich zu einem Teil

Stationäre und ambulante Pro-Kopf-Kosten nach Wohnkanton im regionalen Vergleich, 2003, in CHF

Abb. 7.2



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
 Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

dadurch, dass die Grossregion Zentralschweiz über kein Universitätsspital verfügt. Generell lassen sich die Disparitäten zwischen den Kantonen durch Unterschiede bei den Tarifen, den Löhnen und den institutionellen Strukturen erklären. Die unterschiedliche Ärztedichte und der Urbanitätsgrad oder die Selbstdispensation von Medikamenten sind weitere Faktoren, die solche Kostenunterschiede erklären können.

Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten variiert zwischen den verschiedenen Kantonen. Der im Kanton Luzern beobachtete Wert im Jahr 2003 von 67,0% ist jedoch etwas tiefer als die jeweiligen Werte in der Grossregion Zentralschweiz (68,3%) und der Schweiz (69,0%). Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des stationären und des ambulanten Sektors sind recht schwierig zu interpretieren, weil im Datenpool bzw. der OKP die kantonalen Subventionen nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Spitalleistungen der Grundversorgung hier nur bis zu einem Anteil von maximal 50% dieser Kosten erfasst.

Zwischen 1999 und 2003 haben sich die Pro-Kopf-Kosten der OKP in den Kantonen unterschiedlich entwickelt. Im Kanton Luzern beträgt die mittlere jährliche Steigerung für den stationären Sektor 4,4%. In den in der Abb. 7.2 dargestellten anderen Kantonen liegt diese Rate zwischen 1,1% (Basel-Stadt) und 5,8% (St. Gallen). Im ambulanten Sektor sind die Kosten der OKP schneller gewachsen: Die durchschnittliche jährliche Steigerung beträgt im Kanton Luzern 7,0%, in den anderen Kantonen zwischen 4,5% (Basel-Stadt) und 7,2% (Solothurn).

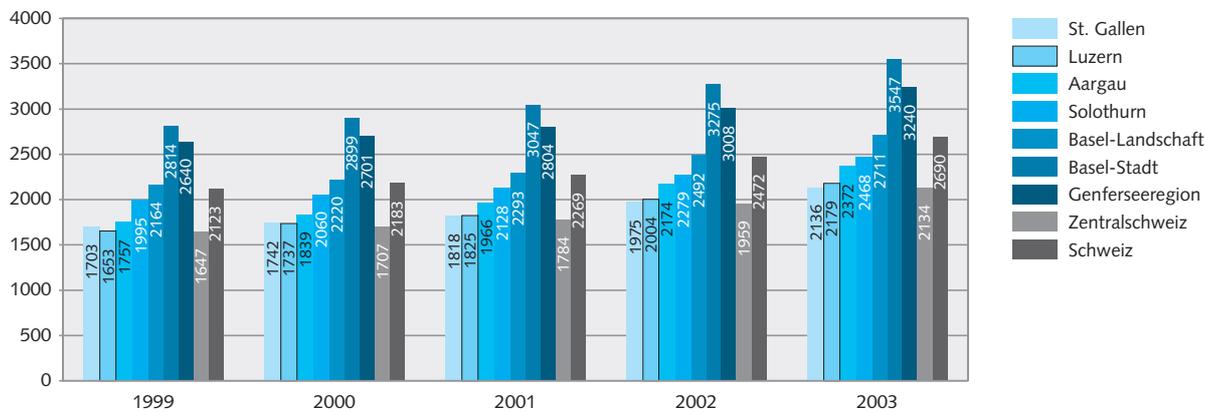
7.2 Versicherungsmodelle

Die Prämien in der OKP, welche hauptsächlich vom Verlauf der Kosten für die erbrachten Leistungen abhängen, sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinuierlich angestiegen. Jedoch variiert der Anstieg dieser Prämien je nach gewähltem Versicherungsmodell. Der Datenpool von santésuisse unterscheidet fünf verschiedene Modelle innerhalb der OKP: Ordentliche Franchise (Minimalfranchise), wählbare Franchise (mit verschiedenen Stufen), Bonus-Versicherung, Hausarztmodell sowie das HMO-Modell (Health Maintenance Organization).

Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der – seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton Luzern gibt es drei unterschiedliche Prämienregionen, welche aber erst ab dem Berichtsjahr 2004 separat betrachtet werden können. Grafik 7.3 zeigt, dass die Unterschiede der Durchschnittsprämien zwischen den Kantonen erheblich sein können.

Obligatorische Pro-Kopf-Krankenkassenprämie für erwachsene Versicherte (19 Jahre und älter) aus dem Kanton Luzern, im regionalen Vergleich, 1999–2003, in CHF

Abb. 7.3



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004
 Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

Im regionalen Vergleich lagen die Erwachsenenprämien⁴⁸ der OKP im Kanton Luzern zwischen 1999 und 2003 unter dem Durchschnitt der Schweiz, aber leicht über dem Durchschnitt der Grossregion Zentralschweiz. Im Gegensatz dazu ist die mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003 mit 7,2% etwas höher als jene der Schweiz (+6,1%) sowie jene der Zentralschweiz (+6,7%). Innerhalb der Prämienregionen variieren die Prämien zudem je nach Versicherungsmodell.

Das *Modell der ordentlichen Franchise* sieht eine jährliche Kostenbeteiligung für die Versicherten in Form eines festen Jahresbetrags von 230 Franken vor. Das *Modell der wählbaren Franchise* ermöglicht verschiedene Prämienreduktionen, wenn die versicherte Person eine Kostenbeteiligung zwischen 400 und 1500 Franken wählt. Per 1.1.2004 wurden die ordentliche Franchise von 230 auf 300 Franken und der Höchstbetrag für den zehnjährigen Selbstbehalt von 600 auf 700 Franken erhöht. Ab dem 1. Januar 2005 liegen die Beträge der wählbaren Franchisen zwischen 500 und 2500 Franken.

Das *HMO-Modell* sieht Praxisgemeinschaften vor, in denen die Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis und nicht mehr nach dem Prinzip der Einzelleistungsabrechnung arbeiten. In der Schweiz gibt es bis heute 22 HMOs mit insgesamt rund 130 angestellten Ärztinnen und Ärzten (Baumberger, 2004). Gemäss Datenpool von santésuisse haben im Jahr 2003 in der Schweiz rund 91'000 erwachsene Versicherte das HMO-Modell gewählt.

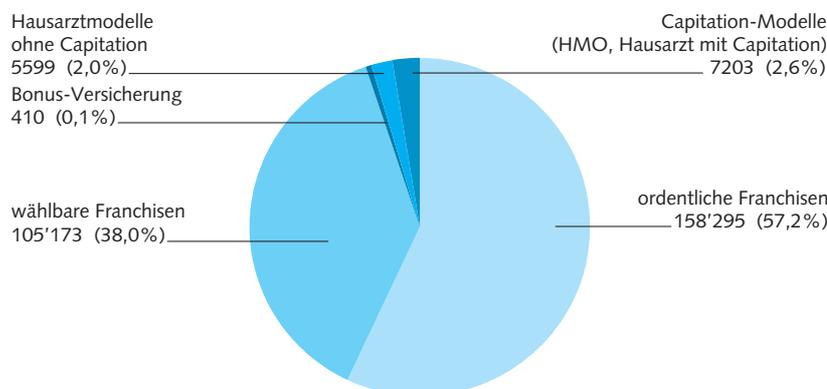
Im *Hausarztmodell* wird zwischen den Krankenversicherern und Ärztegruppen eine Vereinbarung ausgehandelt. Die versicherte Person wählt einen auf der Liste des Versicherers aufgeführten Hausarzt oder eine Hausärztin aus. In der Schweiz gibt es zurzeit rund 58 Ärztenetzwerke, die mit über 30 verschiedenen Krankenversicherern entsprechende Vereinbarungen getroffen haben (Baumberger, 2004). Gemäss Datenpool haben sich 2003 in der Schweiz rund 383'500 erwachsene Versicherte für dieses Modell entschieden. Managed-Care-Modelle zeichnen sich durch eine Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko für die Patienten/innen und die Vernetzung von Behandlungsinstitutionen aus (Lauterbach, 1996). Während im HMO-Modell die Budgetmitverantwortung realisiert ist, beschränkt sich die grosse Mehrzahl der Ärztenetze in der Schweiz auf eine verbesserte Integration der Versorgung.

Schliesslich gibt es noch das Modell der *Bonus-Versicherung*, das einen Bonus in Form einer Prämienreduktion vorsieht, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat. Dieses System ist in der Schweiz wenig verbreitet und eher rückläufig; 2003 wurden in der Schweiz noch rund 8000 erwachsene Versicherte mit einer Bonus-Versicherung gezählt.

⁴⁸ Um die Prämien der OKP einheitlich vergleichen zu können, wurden Versicherte unter 19 Jahren (Kinder) aus der Analyse in diesem Abschnitt ausgeschlossen. In der Analyse wurden somit die zwei Gruppen, Erwachsene (26 Jahre und älter) und junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) berücksichtigt.

Anzahl Personen und prozentuale Verteilung der erwachsenen Versicherten im Kanton Luzern (19 Jahre und älter) nach OKP-Modellen, 2003, hochgerechnet

Abb. 7.4



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.
 Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

Im Kanton Luzern wählten mehr als 9 von 10 Personen (96,4%) ein Modell mit ordentlicher oder mit wählbarer Franchise. Wahlfranchisen-Modelle sind mit einer Zunahme von 27'255 Versicherten zwischen 1999 und 2003 bei Weitem die beliebtesten Modelle, während das Modell mit der ordentlichen Franchise eine Abnahme von 23'027 Versicherten verzeichnete. Rund 2% der Versicherten im Kanton Luzern wählten das Hausarztmodell, und 2,6% bevorzugten das HMO-Modell; 1999 waren es noch 0,4% bzw. 2,0% gewesen. Das Hausarztmodell konnte zwischen 1999 und 2003 4463 neue Versicherte anziehen, während sich in derselben Periode 1896 Personen neu für ein HMO-Modell entschieden. Die erwachsenen Versicherten im Kanton Luzern haben deutlich seltener die Managed-

Tab. 7.2 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modellen für erwachsene Versicherte aus dem Kanton Luzern, 1999 ü 2003

OKP-Modelle	Durchschnittsprämie ¹ in CHF					Mittlere jährliche Veränderung in %
	1999	2000	2001	2002	2003	
Modell der ordentlichen Franchise	1719	1818	1941	2157	2390	8,6
Modelle mit wählbaren Franchisen						
- Franchise 400 CHF	1618	1724	1822	2049	2290	9,1
- Franchise 600 CHF	1444	1542	1635	1815	2015	8,7
- Franchise 1200 CHF	1213	1280	1355	1508	1661	8,2
- Franchise 1500 CHF	1028	1085	1142	1258	1386	7,7
Bonus-Versicherung ²	1214	1270	1335	1523	1670	8,3
Hausarztmodelle ohne Capitation:						
- Ordentliche Franchise	1598	1675	1787	1952	2162	7,8
- Franchise 400 CHF	1451	1536	1620	1791	1974	8,0
- Franchise 600 CHF	1419	1458	1536	1639	1750	5,4
- Franchise 1200 CHF	1133	1185	1252	1375	1481	6,9
- Franchise 1500 CHF	963	1005	1060	1170	1291	7,6
Capitationsmodelle (HMO, Hausarzt/ärztin mit Capitation):						
- Ordentliche Franchise	1552	1585	1684	1923	2070	7,5
- Franchise 400 CHF	1401	1427	1529	1746	1907	8,0
- Franchise 600 CHF	1302	1318	1405	1589	1737	7,5
- Franchise 1200 CHF	1076	1096	1163	1346	1469	8,1
- Franchise 1500 CHF	928	947	988	1149	1270	8,2
Alle Modelle	1653	1737	1825	2004	2179	7,2

¹ Die Bruttoprämie ist die vom Krankenversicherer angebotene Prämie ohne Abzug der individuellen Prämienverbilligung, jedoch mit Abzug des Ausbildungsrabatts, der wählbaren Franchise, des Bonus, des HMO-Rabatts und unter Ausschluss des Unfallrisikos. Zur Ermittlung der Durchschnittsprämie wird die Bruttoprämie durch den mittleren Versichertenbestand dividiert.

² Die Bonus-Versicherung darf nicht zusammen mit einer wählbaren Franchise angeboten werden (vgl. KVG Art. 96).

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.

Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

Care-Modelle der OKP gewählt, verglichen mit den übrigen Schweizer/innen: Mit lediglich 4,6% aller Versicherten im Kanton Luzern und 8,1% in der ganzen Schweiz sind die beiden Managed-Care-Modelle der OKP allerdings immer noch relativ wenig populär. Sie dürften aufgrund des erhöhten Kostendrucks im schweizerischen Gesundheitssystem auch im Kanton Luzern jedoch an Bedeutung gewinnen (Lehmann, 2003).

Die durchschnittlichen Erwachsenenprämien der OKP im Kanton Luzern sind zwischen 1999 und 2003 im Jahresmittel um 7,2%⁴⁹ gestiegen. Während derselben Periode haben sich die Prämien der Franchisen-Modelle – unabhängig von der gewählten Franchisenstufe – relativ stark erhöht. Da seit dem 1. Januar 2004 der maximale prozentuale Verbilligungsrabatt bei den wählbaren Franchisen zurückgestuft wurde⁵⁰, wird für das Jahr 2004 eine weitere, grössere Prämiensteigerung erwartet. Bei den Managed-Care-Modellen beträgt die Prämiensteigerung 1999–2003 zwischen 5,4% und 8,2%. Im Datenpool ist erueierbar, dass der Anteil der über 65-Jährigen bei diesen beiden Versicherungs-Modellen kleiner ist als bei den Franchise-Modellen. Dies erklärt – zusammen mit der Versichertenstruktur und den in der Literatur zitierten unabhängigen Effizienzgewinnen (Lehmann, 2004) – die tieferen Prämienbeträge der Managed-Care-Modelle.

Da diese neuen Versicherungsformen in der Bevölkerung bisher auf relativ wenig Echo gestossen sind, jedoch ein echtes Sparpotenzial aufweisen, möchte der Bundesrat im Rahmen der nächsten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Rahmenbedingungen für die Managed-Care-Modelle verbessern (Departement des Innern, 2004). Ziel ist es dabei, die entsprechende Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern zu intensivieren und das Vertrauen der Versicherten in diese Modelle zu stärken.

7.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung der OKP-Ausgaben in den vergangenen fünf Jahren im Kanton Luzern zeigt, dass die Kostenzunahme im stationären Bereich dank der Anstrengungen der Kantone etwas abgebremst werden konnte (4,7% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003 gegenüber 7,3% im ambulanten Sektor). Die Annahme, dass dies auf eine nachhaltige Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich der Spitäler zurückzuführen ist, konnte gemäss der Studie des BSV (2004) bislang zumindest auf gesamtschweizerischer Ebene nicht nachgewiesen werden. Im Kanton Luzern sind die OKP-Kosten im ambulanten Sektor weiter klar angestiegen, namentlich die Ausgaben für Medikamente (7,3% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003) und insbesondere für ambulante Behandlungen in den Spitälern (+13,2%). Ebenso haben die Kosten für Kranken- und Pflegeheime sowie für Spitex-Leistungen überdurchschnittlich zugenommen, ein Trend, der sich aufgrund der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung weiter fortsetzen dürfte.

Zwischen 1999 und 2003 sind die Gesundheitskosten in der OKP im Kanton Luzern jährlich um durchschnittlich 6,4% gestiegen; dieser Wert liegt über jenem für die Gesamtschweiz (5,6%). Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten, die für den Kanton in 2003 auf 1964 Franken geschätzt werden, sind knapp 500 Franken tiefer als jene für die gesamte Schweiz (2462 Franken). Der Anteil des ambulanten Sektors am Total der OKP-Ausgaben liegt mit 67,0% unter dem schweizerischen Durchschnitt (68,9%), und die durchschnittliche Jahressteigerung jährlicher Zunahme der Pro-Kopf-Kosten im ambulanten Sektor (7,0%) ist höher als im stationären Sektor (4,4%). Diese unterschiedliche Kostenentwicklung in den beiden Sektoren ist auch auf gesamtschweizerischer Ebene (5,7% vs. 3,9%) zu beobachten.

Die Managed-Care-Modelle (HMO, Hausarztmodell) weisen für die Versicherten günstigere Prämien auf als die anderen OKP-Modelle, aber die Kostenentwicklung ist wie bei den anderen OKP-Modellen. Diese Modelle sind jedoch sowohl im Kanton Luzern als auch in der Gesamtschweiz nach wie vor recht wenig verbreitet. Neben Effizienzgewinnen erklärt der kleinere Anteil an älteren Versicherten die tieferen Prämienbeträge der Managed-Care-Modelle.

⁴⁹ Diese Prozentzahl ist zurückhaltend zu interpretieren, weil es sich um eine Aggregation über alle Modelle mit ihren unterschiedlichen Franchisen handelt.

⁵⁰ Verordnung über die Krankenversicherung (KVV); Änderung vom 6. Juni 2003.

8 Literatur

- Andersen, A. und P. Laake (1983).* A Causal Model for Physician Utilization: Analysis of Norwegian Data. *Medical Care* 21(3): 266–278.
- Andersen, A. und P. Laake (1987).* A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian data. *Med Care* 25: 300–310.
- Andrews, F., J. Morgan und J. Sonquist (1971).* Multiple Classification Analysis: A Report on a Computer Program for Multiple Regression using Categorical Predictors. Ann Arbor, Mi.: Survey Research Center, Institute for Social Research, The University of Michigan.
- 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 (2005a)*. Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2005b)*. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (in Druck).
- BFU, Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003)*. Unfallgeschehen in der Schweiz: Statistik 2003. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (1998)*. Koronare Risikofaktoren bei Frauen in der Schweiz – ein weitgehend unterschätztes Problem. *Kardiovask Med* 1: 177–90.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004a)*. Wohnregion (Sprachregion und MS-Region) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht Chur: Rüegger: 119–146.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004b)*. Schlussfolgerungen/Massnahmen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 225–234.
- Bisig, B. und F. Gutzwiller (2004c)*. *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht und Band 2 Detailresultate. Chur: Rüegger.
- Bisig, B. und G. Gmel (2004)*. Schulbildung / Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 55–82.
- Bisig, B., D. Radovanovic und F. Gutzwiller (2004)*. Geschlecht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 11–25.
- Bisig, B., F. Gutzwiller und G. Domenighetti (1998)*. Die Häufigkeit von Operationen in der Schweiz nach Versicherungsstatus. *Swiss Surg* 4: 109–117.
- Bisig, B., M. Bopp und C. Minder (2001)*. Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: A. Mielck und K. Bloomfield (Hg.). *Sozialepidemiologie*. Weinheim und München: Juventa: 60–70.
- Bisig, B., und 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 sozioökonomischer 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 (2005).* *Familiale, ambulante und stationäre Pflege 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-Liebrich:* Luftverschmutzung in der Schweiz – Quantifizierung gesundheitlicher Effekte unter Verwendung epidemiologischer Daten. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 127, 1997: 1361–1370.
- Ladewig, D. (2000).* Arzneimittel und Missbrauchspotential. In: E. Maffli (Hg.). Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Lamprecht, M. und H.P. Stamm (1999).* Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: C. Maeder, C. Burton-Jangros und M. Haour-Knipe (Hg.). Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Zürich: Seismo: 62–85.
- 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 Universitätsspitals.
- Standridge J.B., R.G. Zylstra und S.M. Adams (2004)*. Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. South Medical Journal 97(7): 664–672.
- Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (2004)*. Unfallstatistik UVG 1998–2002. Fünfjahresbericht. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- Taskin, A. und B. Bisig (2004)*. Nationalität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 83–118.
- Thode, N., E. Bergmann, P. Kamtsiuris und B.-M. Kurth (2004)*. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuermechanismen. Berlin: DLR.

- Urban, D. (1993). *Regressionstheorie und Regressionstechnik*. Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. In : G. Wunsch, G. Caselli und 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.

9 Anhang

9.1 Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung

9.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2002 zum dritten Mal nach 1992/1993 und 1997 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) 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, d. h. über das ganze Jahr 2002 verteilt, 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. Neben dem Kanton Luzern liegen für weitere 15 Kantone repräsentative Stichproben vor (BFS, 2003a).

Für die Gesamtschweiz haben 19'706 Personen an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 2044 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 32'868 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 64%. 13'249 Interviews wurden auf Deutsch durchgeführt (Teilnahmequote 65,5%), 4950 auf Französisch (61,1%) und 1507 auf Italienisch (60,4%). Die Interviews wurden ausschliesslich in diesen drei Sprachen geführt.

Von den 36% der Personen, die nicht an der Befragung teilnahmen:

- kam in 7668 Fällen das Interview auf Ebene des Haushaltes (26% 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% 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 Aufenthalten in Spitälern oder Heimen bzw. sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt. Mit nachträglichen Gewichtungungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (s. Abschnitt Gewichtungungsverfahren).

9.1.2 Datenerhebung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden. Für Zielpersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d. h. computer assisted telephone interviewing, insgesamt 18'554 Interviews). Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview geführt werden konnte (längerer Auslandsaufenthalt, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), erteilte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft (so genannte PROXY-Interview) 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) von 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 professionelle Befragungsinstitut IHA-GfK in Hergiswil. Zum Zweck der Qualitätssicherung führte das BFS dabei zumeist wöchentliche Besuche in den Labors des Befragungsinstituts durch. Für detaillierte Informationen zur Datenerhebung siehe auch den Schlussbericht des IHA-GfK Hergiswil (2003).

9.1.3 Gewichtungungsverfahren

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz bzw. den Kanton Gültigkeit erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, können so teilweise korrigiert werden, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung bzw. der Kantonsbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2001) verglichen, welche sowohl Personen in Privathaushalten als auch Personen in Kollektivhaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemographischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede ihrer Antworten multipliziert wird. Dahinter steht die (nicht zu überprüfende) Annahme, dass die Stichprobe so auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird.

Bei der telefonischen und Face-to-face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Haushaltsgrösse (Anzahl Personen von 15 Jahren und mehr im Haushalt der interviewten Person), Alter (sechs Altersgruppen: 15 bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre, 70 Jahre und älter), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und die Existenz von Sehbehinderungen in die Berechnung miteinbezogen (BFS, 2003b). Dies bedeutet, dass z. B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, die – verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung – in der Schweizer Telefon-Stichprobe untervertreten waren, nun im Rahmen des Gewichtungsverfahrens einen im Vergleich zum Rest der Stichprobe grösseren Multiplikator erhalten. Die derart gewichteten Daten beziehen sich nun auf die Schweizer Wohnbevölkerung von 6'017'638 Personen im Alter von 15 Jahren und mehr per Ende 2001 (BFS, 2003b).

9.1.4 Auswertungsverfahren

Der vorliegende Abschnitt enthält einen kurzen Überblick über die statistischen Verfahren, die die nachfolgenden Analysen anwenden. 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 liegt. 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 10 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 Cramers V (V), bei ordinalskalierten Daten auf das Gamma von Goodman und Kruskal (γ) und bei mindestens intervallskalierten Variablen auf die Produkt-Moment-Korrelation von Pearson (r) zurückgegriffen. Die genannten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen) und 1 bzw. -1 (perfekte Beziehung zwischen den beiden Variablen) annehmen.

Für die multivariaten Auswertungen wurden zusätzlich die konventionellen Verfahren der (logistischen) Regressions- und Varianzanalyse verwendet. In der Regressionsanalyse wird versucht, diejenige Funktion zu finden, mit der die Verteilung einer abhängigen Variablen aufgrund der Verteilung einer unabhängigen Variablen am besten vorausgesagt werden kann. Am besten heisst bei der in dieser Arbeit verwendeten Kleinst-Quadrate-Methode (OLS-Schätzung), dass die Summe der quadrierten Differenzen zwischen den vorausgesagten und den tatsächlich gemessenen Werten minimal sein soll. Als Mass, wie gut diese Voraussage gelungen ist, wie 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 Zusammenhangs 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. 19715.). Wie bei der Regressionsanalyse lässt sich auch mit der Varianzanalyse die Frage beantworten, inwieweit die Varianz einer abhängigen Variable sich auf eine oder mehrere unabhängige Variablen bzw. deren Interaktion zurückführen lässt. Während mit der Regressionsanalyse die Varianzerklärung über die Abweichung von der Regressionsgerade gemessen wird, wird die Varianzerklärung bei der Varianzanalyse über die Abweichungen zum Gruppenmittelwert ermittelt. Da die Schätzung aufgrund von Gruppenmittelwerten vorgenommen wird, hat die Varianzanalyse gegenüber der Regressionsanalyse den Vorteil, dass die zentralen Annahmen – Linearität der Zusammenhänge und intervallskalierte Variablen – weniger strikt formuliert sind.

9.2 Anhang zu 2.4: Todesursachen und Sterberaten

Die verwendeten Daten entstammen der Todesursachenstatistik (s. z. B. BFS, 2003e, 2004a) und der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (s. z. B. BFS, 2004e). Berechnungsgrundlage der Sterbeziffern ist die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte⁵¹. Die geografischen Analysen beziehen sich auf den Kanton, in dem die verstorbenen Personen ihren legalen Wohnsitz hatten. Die altersstandardisierten Sterberaten sind nach der direkten Methode standardisiert (Organisation panaméricaine de la santé, 2002). Referenzbevölkerung ist die europäische Standardbevölkerung 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 die Wirksamkeit allfälliger 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).

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

$$VPL = \sum_{i=1}^L (L - i) \cdot d_i$$

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)

Die standardisierte Mortalitätsrate (Standardized Mortality Ratio oder SMR) misst den Unterschied bei der Sterblichkeit zwischen zwei Regionen unter Berücksichtigung der Alterstruktur 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 auf eine 10% höhere Sterblichkeit in diesem Kanton im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt hin. Demgegenüber bedeutet ein Wert von 90, dass im betreffenden Kanton die Sterblichkeit an einer bestimmten Todesursache 10% unter der Schweizer Mittel liegt. (Bisig, Beer, 1996).

Formel 2: Standardisierte Mortalitätsrate

$$SMR = \frac{K}{\sum_{x=1}^g \left[E_x \cdot \frac{C_x}{R_x} \right]} \cdot 100$$

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)

⁵¹ Arithmetisches Mittel zwischen der ständigen Wohnbevölkerung per 1. Januar und per 31. Dezember eines Kalenderjahres.

9.3 Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die einzelnen Determinanten der Prädispositions-, Bedingungs- und Bedürfnisfaktoren wurden wie folgt operationalisiert:

Prädispositionsfaktoren: Das *Geschlecht* wird folgendermassen in die Analysen einbezogen: Mann (0) / Frau (1). Das *Alter* wird in den Analysen mit dem effektiven Alter in Jahren operationalisiert. Die *Wohnbevölkerung* wurde nur ganz grob unterteilt. Für die Analysen wird lediglich unterschieden zwischen: Schweizer/in (0) vs. Nicht-Schweizer/in (1).

Bedingungsfaktoren: In Anlehnung an unterschiedliche Studien wird die *Zugehörigkeit zu sozialen Lagen* mittels unterschiedlicher Variablen operationalisiert: der Bildungsgrad (Bisig und Gmel 2004) wird mittels der Angaben zum höchsten Bildungsabschluss in vier Ausprägungen unterteilt (ohne abgeschlossene Schulbildung / obligatorische Schulbildung / Sekundar II / Tertiärstufe); das Einkommen (Bisig und Gutzwiller 1998; Witschi et al. 2000) wird mittels des Äquivalenzeinkommens gemessen; der Berufsstatus (Bisig und Gutzwiller 1998; Huwiler et al. 2002) wird aufgrund vier sozioprofessioneller Kategorien bestimmt. Die *Einbindung in Netzwerke* wird entsprechend der Sozialkapitalliteratur mittels unterschiedlicher Faktoren gemessen: mit dem Zivilstatus (verheiratet vs. nicht verheiratet), der Haushaltsgrösse (Anzahl Personen, die im gleichen Haushalt wohnen wie die/der Befragte), der Anzahl Vertrauenspersonen (3 Angaben: mehrere, eine, keine Vertrauensperson/en); der Beschäftigung (entlohnte Arbeit: ja vs. nein) und der Vereinsmitgliedschaft (Mitglied in Vereinen: ja vs. nein). Die *Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit* wurde mittels der Frage nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensstandard (gemessen auf einer Skala von 0 [überhaupt nicht zufrieden] bis 10 [sehr zufrieden]) und mit der Frage nach der Bedeutung der Gesundheit (3 mögliche Angaben: «kümmert mich nicht»; «denke ab und zu daran»; «Gesundheitsüberlegungen bestimmen mein Leben») operationalisiert. Die Befragten mussten schliesslich angeben, wie hoch ihre monatliche *Krankenkassenprämie* ist.

Bedürfnisfaktoren: Der *Gesundheitszustand* wird einerseits mittels der Selbsteinschätzung des momentanen Wohlbefindens (Skala von 0 [sehr schlecht] bis 4 [sehr gut]) und andererseits mittels des Beschwerdeindex' gemessen (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 2.1.2 oben). Das *Gesundheitsverhalten* fliesst mit Angaben zu sieben unterschiedlichen Fragen in die Analysen ein: körperliche Aktivität (aktiv vs. nicht aktiv), Schlafgewohnheit (Antwort auf die Frage nach genügend Schlaf: ja vs. nein), Ernährungsbewusstsein (achte auf Ernährung vs. achte nicht auf Ernährung), Alkoholkonsum (Skala von abstinente [0] bis 3 mal Alkohol pro Tag [6]), Tabakkonsum (Raucher vs. Nichtraucher), Passivrauchen (ausgesetzt vs. nicht ausgesetzt) und Konsum illegaler Drogen (ja, habe schon einmal Drogen genommen vs. nein).

