



edition obsan

Gesundheit im Kanton St.Gallen

Ergebnisse aus der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2002

Herausgeber:
Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen
Gesundheitsobservatorium, BFS, Neuenburg

Autorinnen und Autoren:

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

Steuerungsgruppe:

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

Koordination:

Andrea Zumbrunn, 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:

Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen, Gesundheitsvorsorge, Dr. med. Gaudenz Bachmann, Kantonaler Präventivmediziner
Moosbruggstrasse 11, 9001 St.Gallen
Tel. 041 (0)71 229 35 73, Fax 041 (0)71 229 46 09
E-mail gaudenz.bachmann@sg.ch, www.sg.ch/home/gesundheit.html

Weitere Informationen zu den kantonalen Daten:

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

Herausgeber:

Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, BFS, Neuenburg
Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002
Edition Obsan
ISBN 3-907872-21-5

© 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	3	2.4 Sterblichkeit und Todesursachen	36
Zusammenfassung	5	2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton St.Gallen	37
1 Einleitung	9	2.4.2 Ausgewählte Todesursachen	38
1.1 Zielsetzung	9	2.4.3 Ergebnisübersicht	40
1.2 Datengrundlage	10	2.5 Zusammenfassung	40
1.3 Erklärungsansätze und Vorgehen	10	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	43
1.4 Der Kanton St.Gallen als gesundheitsrelevanter Kontext	13	3.1 Gesundheitsbewusstsein	43
1.4.1 Kultureller Kontext	13	3.2 Körperliche Aktivität	44
1.4.2 Soziostruktureller und -demographischer Kontext	13	3.3 Bewusste Ernährung	47
1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen	14	3.3.1 Ernährungsbewusstsein	48
2 Gesundheitszustand	17	3.3.2 Ernährungsgewohnheiten	48
2.1 Körperliche Gesundheit	17	3.4 Medikamentengebrauch	49
2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand	19	3.5 Tabakkonsum	51
2.1.2 Körperliche Beschwerden	21	3.6 Alkoholkonsum	53
2.1.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	23	3.7 Illegale Drogen bei Jugendlichen	55
2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten	24	3.7.1 Cannabiskonsum	55
2.1.5 Unfälle	28	3.7.2 Konsum harter Drogen	57
2.1.6 Schwindel und Stürze	29	3.8 Zusammenfassung	58
2.1.7 Behinderungen im alltäglichen Leben	29	4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt	60
2.2 Psychische Gesundheit	30	4.1 Belastungen im Wohnbereich	61
2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit	31	4.2 Belastungen am Arbeitsplatz	62
2.2.2 Psychisches Wohlbefinden	32	4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit	66
2.2.3 Schlafqualität	32		
2.2.4 Lebensbewältigung	33		
2.3 Soziales Wohlbefinden	35		
2.3.1 Einsamkeitsgefühl	35		

4.4	Angst vor Gewalt	69	7	Übersicht über die Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	106
4.5	Zusammenfassung	71	7.1	Übersicht über die Kosten der OKP im Kanton St.Gallen	107
5	Zusammenhangsanalysen	73	7.1.1	Kostenentwicklung	107
5.1	Zusammenhang zwischen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit	73	7.1.2	Verteilung der Kosten in der OKP	109
5.2	Zusammenhang zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen	77	7.1.3	Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP	109
5.3	Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	82	7.2	Versicherungsmodelle	110
5.4	Zusammenfassung	86	7.3	Zusammenfassung	112
6	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	87	8	Literatur	114
6.1	Einleitung	87	9	Anhang	121
6.2	Determinanten der Inanspruchnahme	87	9.1	Anhang zu Kapitel 1: Schweizerische Gesundheitsbefragung	121
6.2.1	Das «Andersen-Behavioral-Model»	87	9.1.1	Beschreibung der Stichprobe	121
6.2.2	Prädispositionsfaktoren	88	9.1.2	Datenerhebung	121
6.2.3	Bedingungsfaktoren	88	9.1.3	Gewichtungsverfahren	122
6.2.4	Bedürfnisfaktoren	89	9.1.4	Auswertungsverfahren	122
6.3	Analyse	89	9.2	Anhang zu Kapitel 2.4: Todesursachen und Sterberaten	123
6.3.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen der ambulanten und stationären Versorgung (kurativer Aspekt)	90	9.3	Anhang zu Kapitel 6: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	124
6.3.2	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	100	Autorinnen und Autoren:		
6.3.3	Inanspruchnahme informeller Hilfeleistungen	102	Claudia König, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich): Kap. 1.3 / 2 (ohne 2.4) / 3 / 4 / 5		
6.4	Zusammenfassung	103	Marc Bühlmann, Fritz Sager (Büro Vatter, Politikforschung und -beratung, Bern und Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern): Kap. 1.4 / 6		
6.4.1	Was erklärt die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	103	Maik Roth, Jean-Luc Heeb, Andrea Zumbrunn (Gesundheitsobservatorium): Kap. 2.4		
6.4.2	Gibt es Einschränkungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	105	Maik Roth, Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind (Gesundheitsobservatorium): Kap. 7		
6.4.3	Wo steht der Kanton St.Gallen im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	105	Andrea Zumbrunn, Jean-Luc Heeb (Gesundheitsobservatorium): Kap. 1.1, 1.2		

Vorwort

Von Regierungsrätin Heidi Hanselmann, Vorsteherin des Gesundheitsdepartementes

Im Jahr 2002 führte das Bundesamt für Statistik nach 1992 und 1997 zum dritten Mal die Schweizerische Gesundheitsbefragung durch. Erstmals wurde dabei die Zahl der befragten St.Gallerinnen und St.Galler soweit erhöht, dass eine Auswertung der Daten auf kantonaler Ebene möglich ist. Der jetzt vorliegende Bericht «Gesundheit im Kanton St.Gallen» liefert aktuelle und relevante Informationen über Gesundheitsprobleme, gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten der St.Galler Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren. Der Bericht gibt auch Auskunft über gesundheitliche Belastungen und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Auswertung auf kantonaler Ebene ermöglicht einen Vergleich von St.Gallen mit der Gesamtschweiz aber auch mit anderen Kantonen, in denen 2002 ebenfalls erhöhte Stichproben erhoben wurden.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 zeigt nun, dass sich die Bevölkerung im Kanton St.Gallen einer guten Gesundheit erfreut. Die überwiegende Mehrheit fühlt sich gesund oder sogar sehr gesund – körperlich und vor allem auch psychisch. Hier liegen St.Gallerinnen und St.Galler über dem schweizerischen Durchschnitt. Günstige Resultate erzielt unser Kanton hinsichtlich Medikamentenkonsum, Inanspruchnahme medizinischer Angebote, Arbeits- und Wohnzufriedenheit aber auch im bevölkerungsmässigen Anteil mit Angst vor Gewalttaten.

Die Gesundheitsanalyse zeigt aber auch problematische Aspekte im Gesundheitsverhalten und in der Nutzung medizinischer Vorsorge. Herz-/Kreislaufkrankheiten sind die häufigsten Todesursachen im Kanton St.Gallen und liegen über dem Schweizer Durchschnitt. Dabei spielen nicht nur Bewegungs- und Ernährungsverhalten eine Rolle, überdurchschnittlich viele St.Gallerinnen und St.Galler kennen zum Beispiel ihren Cholesterinspiegel nicht. Auch beim Tabakkonsum der 15–34-Jährigen liegt der Kanton St.Gallen deutlich über den Vergleichszahlen der Schweizer Bevölkerung.

Die Resultate im nationalen oder kantonalen Vergleich zu betrachten, zeigt zwar die relative Ausprägung einzelner Gesundheitsaspekte. Dramatische Defizite sind dabei für den Kanton St.Gallen nicht auszumachen, dennoch besteht Handlungsbedarf. Stellt man bei der Lektüre des Berichts Vergleiche an, darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass primär das absolute Ausmass eines Gesundheitsproblems von Bedeutung ist. So darf ein vergleichsweise leicht günstigeres Bewegungsverhalten der St.Galler Bevölkerung nicht darüber hinweg täuschen, dass auch im Kanton St.Gallen Bewegungsmangel ein weit verbreitetes und bedeutungsvolles Gesundheitsproblem darstellt.

Gerade bezüglich des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung ist ein hohes präventives Potential zu erkennen. Denken wir nur an die Wohlstandsproblematik des weit verbreiteten Übergewichts mit gravierenden Gesundheits- und Kostenfolgen. Oder die Bedeutung des individuellen Lebensstils für die Verhütung frühzeitiger Pflegebedürftigkeit. Der Staat kann die Bevölkerung in einer bewussten Lebensführung und in einem sinnvollen Gesundheitsverhalten unterstützen. Dabei sind Aufklärung und selbstverantwortliches Handeln berechtigter Anliegen. Kanton und Gemeinden sind aufgerufen, Bedingungen zu schaffen und sicherzustellen, in denen die Bevölkerung auch gesund leben kann.

Ich bin überzeugt, dass mit diesem wichtigen Dokument Handlungsanregungen vermittelt, gesundheitsbezogene Diskussionen angestoßen und vertieft werden. Es versteht sich von selbst, dass die Daten im Gesundheitsdepartement sorgfältig analysiert und die Ergebnisse in die Planung der st.gallischen Gesundheitspolitik einfließen werden. Nicht nur Fachleute der Prävention und Gesund-



Regierungsrätin
Heidi Hanselmann

heitsförderung auch die Gesundheitspolitikerin und der Gesundheitspolitiker können mit Hilfe dieses Berichts beurteilen, welche spezifischen Bedürfnisse vorliegen und wo die verfügbaren Mittel in erster Linie einzusetzen sind.

Ich hoffe, dass dieser Bericht eine weite Verbreitung finden wird – die Ergebnisse sind übersichtlich gegliedert und regen zu einem vertieften Studium an.

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 St.Gallen 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 sowie der «Datenpool» von santésuisse. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons St.Gallen 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 unter Beschwerden wie starke Schlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwächegefühl – Beschwerden, welche auf psychosoziale Belastungen und Stress hinweisen. Gleichzeitig zeichnen sich Männer durch erhöhte Cholesterinwerte und vermehrtes Übergewicht aus. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton St.Gallen genauso wie in der Schweiz insgesamt. Eine bemerkenswerte Abweichung vom Schweizer Durchschnitt findet sich jedoch bei den lang andauernden Beschwerden. Im Kanton St.Gallen leiden unter den über 50-Jährigen deutlich mehr Männer als Frauen seit über einem Jahr an einem lang andauernden Gesundheitsproblem. Im Gesamtschweizer Mittel verhält es sich umgekehrt. Eine weitere St.Galler Eigenheit ist der hohe Anteil 15- bis 34-Jähriger, der im letzten Monat nicht voll leistungs- und einsatzfähig war. Dieser Anteil liegt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt dieser Altersgruppe. Zudem scheinen sich im Kanton St.Gallen etwas mehr Unfälle bei Spiel und Sport zu ereignen.

Gute psychische Gesundheit der St. Galler Bevölkerung

Die Personen im Kanton St.Gallen erfreuen sich einer überdurchschnittlich guten psychischen Gesundheit. Besonders auffällig ist dabei der sehr hohe Anteil an Personen mit sehr hohem psychischem Wohlbefinden. Kein Kanton der Schweiz vermag hier einen grösseren Anteil aufzuweisen. Interessant ist weiter, dass kaum oder nur geringe Unterschiede zwischen dem Niveau der psychischen Gesundheit der Frauen und der Männer bestehen. In der Gesamtschweiz erfreuen sich die Männer gesamthaft betrachtet einer besseren psychischen Gesundheit als die Frauen.

Bildung, Haushaltseinkommen und Nationalität beeinflussen den Gesundheitszustand

Neben Alter erweisen sich für die Gesamtschweiz Bildung, Haushaltseinkommen und Schweizer Nationalität als wesentlich für die Gesundheit: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser fühlt sich eine Person, und zwar sowohl körperlich als auch psychisch. Dieser Zusammenhang gilt auch für den Kanton St.Gallen, er ist jedoch vergleichsweise gering.

Höhere Sterblichkeit aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten verglichen mit der Gesamtschweiz

In den letzten 20 Jahren weist die Sterblichkeit im Kanton St.Gallen wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf. Sie liegt nahe bei den Werten der Grossregion Ostschweiz, aber tendenziell über der Mortalitätsrate der Gesamtschweiz. Die Analyse der ausgewählten Todesursachen hat gezeigt, dass zahlenmässig die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigsten Todesursachen im Kanton St.Gallen sind und diese zudem häufiger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt auftreten. Die Unfälle, Gewalttaten und Suizide sind in präventivmedizinischer Hinsicht besonders bedeutsam, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre bei den Männern an erster Stelle und bei den Frauen an zweiter Stelle stehen. Die im Vergleich zur Schweiz hohe

Suizidrate bei den St.Galler Männern fällt hier besonders auf. Positiv zu vermerken ist bei den St. Galler/innen schliesslich die – verglichen mit der Gesamtschweiz – unterdurchschnittliche Sterberate aufgrund von Krebsleiden.

Bewegungs- und Ernährungsverhalten der St.Gallerinnen und St.Galler

Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – insbesondere beim Bewegungsverhalten und beim Ernährungsbewusstsein – gibt es einige bemerkenswerte Unterschiede im Vergleich zur Gesamtschweiz. Beim Bewegungsverhalten fallen St.Galler mit Tertiärbildung auf. Sie sind vergleichsweise deutlich seltener sportlich aktiv. Es ist die gleiche Personengruppe, die auch durch einen vergleichsweise hohen Anteil stark übergewichtiger Personen heraussticht. Keine St.Galler Besonderheit stellt dagegen der Befund dar, dass sich die Leute bei der Arbeit und im Alltag wenig bewegen und 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 Ausländer/innen betroffen.

Medikamente-, Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Kanton St.Gallen

Die Einwohner/innen des Kantons St.Gallen fühlen sich nicht nur psychisch gesünder als der Durchschnitt aller Schweizer/innen, sie konsumieren auch weniger Medikamente. Dieser erfreuliche Befund gilt für alle sozialen Gruppen, ausser für die über 65-Jährigen und für Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von CHF 6000.– und mehr.

Die St.Gallerinnen und St. Galler leben häufiger abstinent als der Durchschnitt aller Schweizer/innen. Der Konsum von Alkohol mit mittlerem und hohem Risiko entspricht hingegen dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Erfreulich ist der Befund, dass im Kanton St.Gallen weniger junge Frauen und Männer bereits Kontakt mit Cannabisprodukten hatten als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Hinsichtlich des Tabakkonsums fällt hingegen auf, dass er bei den 15- bis 34-jährigen St.Gallerinnen und St. Gallern vergleichsweise verbreitet ist.

Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wohn- und Arbeitssituation

Die im Kanton St.Gallen wohnhaften Personen sind sowohl mit ihrer Arbeits- als auch mit ihrer Wohnsituation zufriedener als der Schweizer Durchschnitt. Dies mag

unter anderem damit zusammenhängen, dass sie sowohl zu Hause als auch bei der Arbeit weniger Immissionen ausgesetzt sind. Personen fremder Nationalität, die mit mehr Immissionen in ihrem Wohnumfeld leben müssen, sind mit ihrer Wohnsituation auch weniger glücklich. Dasselbe gilt auch für Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen.

Angst beeinträchtigt das Wohlbefinden

Mit Ängsten zu leben, ist der Gesundheit allgemein abträglich. Dies zeigt sich hier auch 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. Diese Angst vor Gewalttaten ist im Kanton St.Gallen weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz. Die grösste Differenz findet sich bei den Ausländerinnen und Ausländern. Sie rechnen seltener mit einer Gewalttat als Personen im Kanton St.Gallen mit Schweizer Nationalität. In der Gesamtschweiz verhält es sich umgekehrt.

Was erklärt die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

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

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 Allgemeinen etwas häufiger als Männer. Unterschiede zeigen sich im Kanton St.Gallen auch bezüglich der Nationalität und der sozialen Lage, wenn auch weniger deutlich als in der gesamten Schweiz. Hervorzuheben gilt es dabei die Unterschiede in der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen. Personen, die bezüglich der Bildung unteren sozialen Lagen zuzuordnen sind, nehmen zahnmedizinische Angebote nicht in dem Umfang in Anspruch wie dies Personen in

höheren sozialen Lagen tun. Dies dürfte darauf zurück zu führen sein, dass zahnmedizinische Angebote in der Regel selbst bezahlt werden müssen. Interessanterweise nehmen aber im Kanton St.Gallen Migrantinnen und Migranten zahnmedizinische Dienstleistungen nicht weniger häufig in Anspruch als Personen mit einem Schweizer Pass. Dafür lassen Migrantinnen Krebspräventionsmassnahmen in Form von Gebärmutterhalsabstrichen weniger häufig vornehmen als Schweizerinnen.

Geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Kanton St.Gallen

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich im Kanton St.Gallen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme praktisch aller hier untersuchten medizinischen Angebote. Als Gründe für die geringe gesamtkantonale Inanspruchnahme lassen sich die wenig urbanen und nicht sehr modernen Beschäftigungsstrukturen bzw. die vergleichsweise geringe Ärztedichte anführen, die einer extensiveren Inanspruchnahme eher hinderlich zu sein scheinen. Neben anderen Faktoren verursacht eine geringere Nutzung medizinischer Angebote auch geringere Kosten. Die Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton St.Gallen sind zwar zwischen 1999 und 2003 jährlich um durchschnittlich 6,4% gestiegen. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten der OKP des Kantons St.Gallen liegen aber mit ungefähr 400.– Franken unter dem Schweizer Durchschnitt.

1 Einleitung

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 gesundheitsförderliche oder -beeinträchtigende Lebensumstände, Verhaltensweisen bzw. Umgang mit Gesundheitsproblemen, in Bezug setzen. Nur mit dieser Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen kann die Verbreitung von guter und schlechter Gesundheit erforscht werden.

Für die Schweiz ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik wegen ihrer Fülle an gesundheitsrelevanten Informationen und 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 St.Gallen 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 die koordinierte Zusammenarbeit mit anderen Kantonen gesucht, namentlich mit den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern und Luzern. Die Initiatorin des Projekts, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), er-

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

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

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

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung

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

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

Altersgruppe	Männer Stichprobe	Bevölkerung	Frauen Stichprobe	Bevölkerung	Total Stichprobe	Bevölkerung
15–34 Jahre	142	70 916	135	64 890	277	135 806
35–49 Jahre	144	50 268	130	43 039	274	93 307
50–64 Jahre	105	37 866	142	42 047	247	79 913
65 Jahre und mehr	82	22 462	133	40 371	215	62 833
Total	473	181 512	540	190 347	1 013	371 859

¹ Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), Ende 2001

Im Kanton St.Gallen sind im Rahmen der SGB 2002 stellvertretend für die 371'859 Einwohner/innen 1013 Personen befragt worden. Aus Tabelle 1.2 geht die Anzahl befragter Personen bzw. die entsprechende St.Galler Bevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen hervor. Sowohl das Auswahlverfahren als auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Gültigkeit erhalten (für genauere Informationen s. Anhang 9.1).

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 möglichst schnell beseitigt haben. Die Anstrengungen des Gesundheitssystems richten sich deshalb in erster Linie auf die Heilung und Linderung von Beschwerden und Krankheiten. Die Erwartungen der Patienten sind hoch und die Erfolge von Diagnostik und Therapie beeindruckend. Vor dem Hintergrund steigen der 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 Abweichung von der Norm. Gesundheit muss vielmehr ständig erworben und aktiv aufrechterhalten werden. Anstatt der ausschliesslichen Bekämpfung von krank machenden Einflüssen und der Vermeidung von Risikofaktoren setzt der salutogenetische Ansatz auf die Stärkung von Ressourcen, die den Menschen gesund erhalten. Eine zentrale Ressource stellt dabei das Kohärenzgefühl dar. Unter Kohärenzgefühl versteht Antonovsky die erworbenen und relativ stabilen Überzeugungen eines Menschen, die ihm helfen, Anforderungen als verstehbar, handhabbar und sinnvoll zu erleben. Das Kohärenzgefühl hilft, Anforderungen zu erfüllen 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. Gleichzeitig hängt Gesundheit vom sozialen Umfeld ab, in das der Einzelne eingebunden ist. Die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen bestimmen nicht nur Handlungs- und Möglichkeitsräume, sie haben auch einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit.

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

Die strukturellen und kulturellen Bedingungen definieren den gesellschaftlichen Rahmen. Sie geben beispielsweise Auskunft über die medizinischen Möglichkeiten, die Altersverteilung einer Gesellschaft oder die Grundstruktur der Gesundheitsvorsorgung. 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

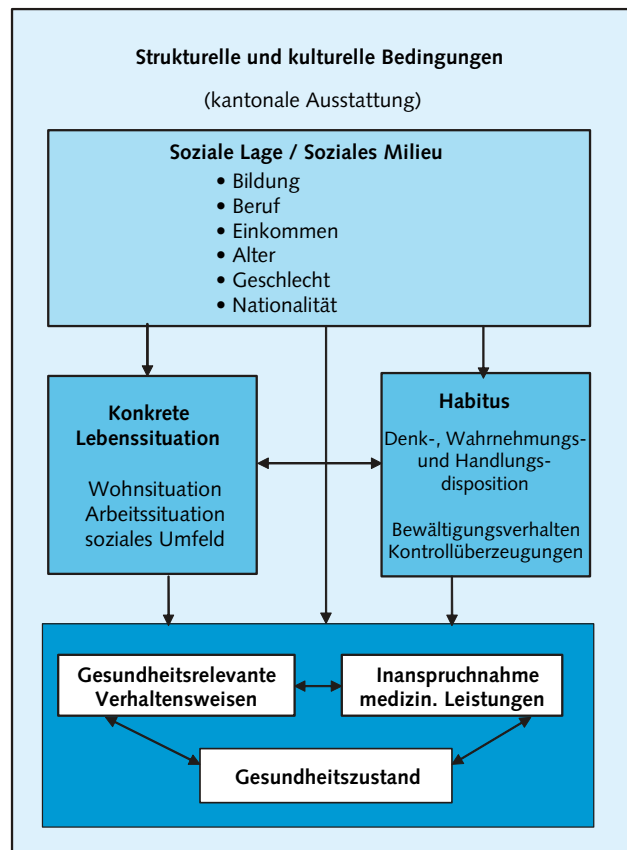
Wohnbedingungen sowie die kleinräumigen Beziehungsnetze. Die konkrete Lebenssituation ist zwar geprägt von der sozialen Lage und dem sozialen Milieu, die von diesen eröffneten Möglichkeitsräumen können aber auch individuell gestaltet und modifiziert werden.

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

Abb. 1.1 Allgemeines Strukturmodell



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 gegeben.

Das Kapitel 2 ist ganz dem Gesundheitszustand gewidmet, wobei in Anlehnung an die WHO-Definition das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden untersucht werden soll. Unter dem psychischen und sozialen Wohlbefinden werden auch Aspekte thematisiert, die im Strukturmodell dem Habitus zuzuordnen sind. Bei allen wichtigen Dimensionen wird jeweils der Einfluss der sozialen Lage untersucht, 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 wird 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 von St.Gallerinnen und St.Gallern, und in Kapitel 7 wird die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung dargestellt.

1.4 Der Kanton St.Gallen 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 Rahmenbe-

dingungen, 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 St.Gallen aus 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 St.Gallen mit Hilfe dieser Faktoren als gesundheitsrelevanten Kontext steckbriefartig zu beschreiben (vgl. Tabelle 1.3). Unterschieden werden drei Gruppen unterschiedlicher Faktoren. Erstens sind es kulturelle Wertmuster, die die Basis unterschiedlicher individueller Einstellungen für unterschiedliche Verhaltensweisen bilden. Zweitens gelten unterschiedliche soziostrukturelle Grössen als zentrale Wirkungsfaktoren. Drittens hat aus ökonomischer Sicht das medizinische Angebot einen Einfluss auf gesundheitsrelevantes Verhalten, insbesondere auch im Hinblick auf die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen.

1.4.1 Kultureller Kontext

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

Die Studien zur speziellen Situation von *Ausländerinnen und Ausländern* bezüglich unterschiedlicher Gesundheitsfragen sind zahlreich (für einen Überblick vgl. Weiss 2003). Es wird dabei häufig aufgezeigt, dass andere kulturelle Auffassungen von Gesundheit und sprachliche Schwierigkeiten Migrantinnen und Migranten den Zugang zum medizinischen System erschweren. 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 St.Gallen weist im Vergleich zur Schweiz einen durchschnittlichen Anteil an Ausländerinnen und Ausländern auf (SG: 20,1%, 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 sich auf individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten, den Gesundheitszustand oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirken. 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 St.Gallen mehr junge Menschen (unter 19 Jahre alt), während die Anteile an 20- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen leicht unter dem Durchschnitt liegen. 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 Angehörigen 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 St.Gallen weist – verglichen mit der Schweiz – ein leicht tieferes aggregiertes Bildungsniveau auf. Der Bevölkerungsanteil, der eine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton St.Gallen rund 2% 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 *Haushaltsstrukturen* in den Kantonen kann die Individualisierung in den Lebensformen nachgezeichnet werden. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und die Einelternfamilien. Einpersonenhaushalte werden dabei häufig von betagten Menschen geführt, insbesondere von betagten Frauen. 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 Armutsrisiko, dem vor allem alleinerziehende Mütter und ihre Kinder ausgesetzt sind, können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand und letztlich auch auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen. Im Kanton St.Gallen 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 St.Gallen 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 aus einer unsicheren Beschäftigung ergibt. Die Arbeitslosenquote erklärt sich teilweise aus der Verteilung der Beschäftigten auf die unterschiedlichen *Wirtschaftssektoren*. Darüber hinaus variieren Gesundheitsrisiken stark zwischen den einzelnen Branchen (Gubéran und Usel 2000). Trotz einem im Vergleich zur Schweiz höheren Anteil an Beschäftigten im II. Sektor und damit verbunden einem tieferen Anteil im III. Sektor weist der Kanton St.Gallen 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, die eine grössere und spezifischere Nachfrage nach sich zieht, eine Rolle. Zu beachten ist aber auch das unterschiedliche, in der Regel grössere medizinische Angebot in städtischen Regionen

(vgl. z. B. Bisig und Gutzwiller 2004c). Im Vergleich mit allen anderen 25 Kantonen der Schweiz weist der Kanton St.Gallen einen mittleren Urbanitätsgrad auf.

1.4.3 Angebot an medizinischen Einrichtungen

Das Angebot an medizinischen Einrichtungen ist insbesondere im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wichtig. 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 Faktor «kantonale Gesundheitsausgaben» betrachtet. Im interkantonalen Vergleich gibt der Kanton St.Gallen nur wenig für Gesundheit aus. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung liegen im Kanton St.Gallen 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 St.Gallen eine unterdurchschnittliche Ärzte- und Zahnärztedichte auf. Da im vorliegenden Bericht die gesamte Bevölkerung und zahlreiche Krankheitsursachen untersucht werden, wird als weiterer Angebotsfaktor die Bettendichte aller Institutionen (Zentrumsversorgung, Grundversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Spezialkliniken, Alters-, Betagten- Pflege- und Behindertenheime sowie andere sozialmedizinische Institutionen) in den Steckbrief aufgenommen. Der Kanton St.Gallen weist im Vergleich mit der Gesamtschweiz eine durchschnittliche Bettendichte auf. Freilich ist damit nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten ausgesagt. Insbesondere in der Ostschweiz zeigt sich zwischen den Kantonen Aargau, Zürich, St.Gallen, Thurgau und Appenzell ein reger Austausch an Patientinnen und Patienten, wobei der Kanton St.Gallen sowohl Exporteur als auch Importeur ist (Zahnd 2003).

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

Tab. 1.3 Eckwerte des Kantons St. Gallen

Indikator	SG	Schweiz	Rang SG ¹	Operationalisierung und Quelle
Allgemeine Angaben				
Bevölkerungsgrösse 2002	455 193	7 317 873	5	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP).
Bevölkerungsentwicklung 1992–2002	5,2	5,9	15	Zunahme/Abnahme in % zwischen 1992–2002 (ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS, ESPOP)).
Kultureller Kontext				
Anteil Ausländerinnen und Ausländer in % 2002	20,1	20,3	8	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2002 in % (BFS, ESPOP).
Soziostruktureller und -demografischer Kontext				
Wohnbevölkerung nach Altersklassen; Anteile in % (BFS: Volkszählung 2000).				
Altersstruktur 2000				
0–19-Jährige in %	25,6	22,9	7	
20–64-Jährige in %	60,0	61,8	18	
>64-Jährige in %	14,4	15,4	19	
Bildungsniveau der 25–64-jährigen Bevölkerung 2000 ohne nachobligatorische Ausbildung in %				
Sekundarstufe II in %	25,1	22,9	11	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000).
Tertiärstufe in %	51,1	49,2	11	
	17,7	21,5	17	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,2	10	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in % und Anteil an Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil als Anteil aller Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (alle: BFS: Volkszählung 2000).
Einpersonenhaushalte in %	33,4	35,8	11	
Monoparentale Haushalte in %	11,2	13	15	
Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnitt 2002)				
Volkseinkommen in CHF pro Kopf 2001	2,1	2,5	12	Jahresdurchschnitt 2002 in % (seco, BFS, BFS: Volkszählung 2000).
	44 906	49 012	15	Netto-Volkseinkommen zu Faktorkosten in CHF pro Einwohner 2001 (BFS: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung).
Beschäftigungsstruktur 2000/2001				
Beschäftigte im I. Sektor in %	6,3	5,7	17	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren 2000 (Sektor I) und 2001 (Sektoren II und III) als Anteile aller Beschäftigten (BFS).
Beschäftigte im II. Sektor in %	34,2	26,6	10	
Beschäftigte im III. Sektor in %	59,5	67,7	14	
Urbanitätsgrad	41,0	44,4 ²	14	Urbanitätsgrad der Kantone gemäss Volkszählung 1990 (BFS 1997: Die Raumgliederung der Schweiz; Vatter et al. 2004).
Angebot				
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	1,55	1,96	14	Ärztedichte: Anzahl der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker sowie der Fachärztinnen und Fachärzte in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2002 (FMH-Statistik).
Zahnärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,35	0,39	18	Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner/innen, 2001 (BFS: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind).
Bettendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	22,1	22,2	10	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)	757	1 065 ³	21	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, Lebensmittellkontrolle, übriges Gesundheitswesen; inklusive Ausgaben der Gemeinden) (BFS: Finanzstatistik Bereich Gesundheit).

¹ Rang im interkantonalen Vergleich: 1 entspricht jeweils der höchsten Ausprägung² Diese Angaben entsprechen dem Mittelwert aus den Angaben aller Kantone.³ Diese Angabe entspricht dem Total der Ausgaben aller Kantone gewichtet an der Anzahl Einwohner/innen der Schweiz.

2 Gesundheitszustand

Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff. Weder in der Wissenschaft noch in der Alltagssprache gibt es dafür eine einfache und einheitliche Verwendung. Während die älteren Definitionen die Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit definieren, 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. Wohlbefinden bezeichnet mittlerweile nicht nur einen statischen Zustand, 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 (vgl. Strukturmodell in Kapitel 1.3).

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

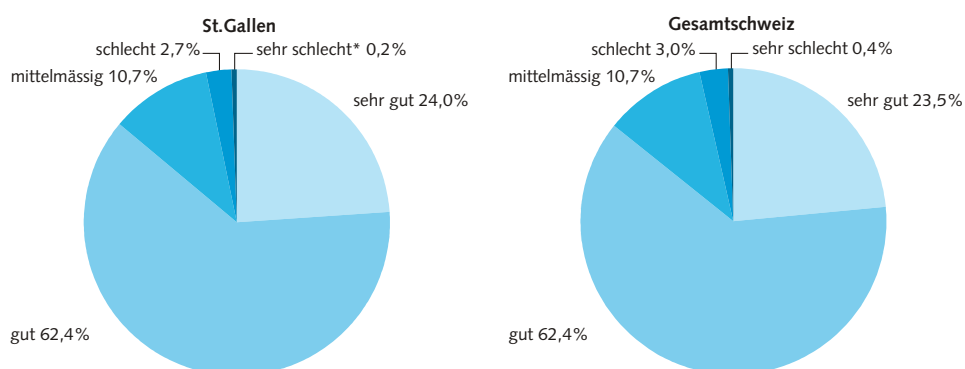
wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Alter untersucht. Bei wichtigen Indikatoren werden auch sozioökonomische Merkmale wie die Bildung, die Berufsstellung, das Einkommen und die Nationalität berücksichtigt. Mit den Zusammenhängen zwischen den drei Gesundheitsdimensionen befasst sich der Abschnitt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

2.1 Körperliche Gesundheit

Nach der WHO-Gesundheitsdefinition bemisst sich körperliche Gesundheit am Niveau des physischen Wohlbefindens. Das heisst, der subjektiven Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands kommt eine wichtige Rolle zu. Viele Studien haben zudem gezeigt, dass der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand ein wichtiger Indikator für Mortalität und Morbidität ist (Mackenbach et al 2002, Idler und Benyamini 1997). 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.

Allgemeiner Gesundheitszustand, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.1



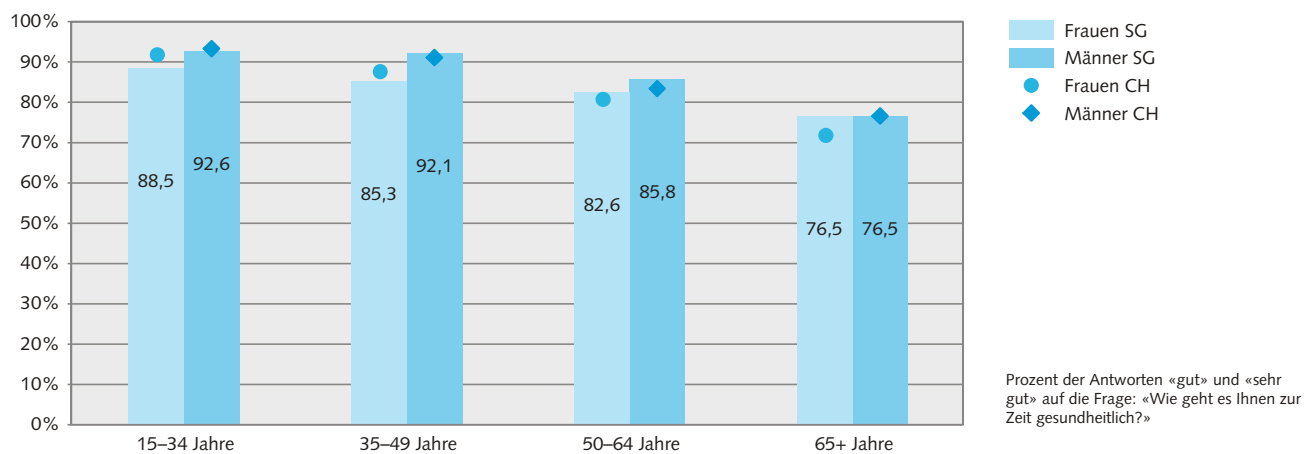
* Antworten von 0–10 Personen.

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG), 19701 (CH).

Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG); 19'701 (CH).

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

		gut/ sehr gut ¹	CH	schlecht/ sehr schlecht ²
		SG	CH	CH
Gesamtbevölkerung		86,4	85,8	3,4
Geschlecht	Frauen	84,0	84,0	3,7
	Männer	89,1	87,8	3,1
Altersgruppen	15–34	90,7	92,5	0,9
	35–49	89,0	89,4	2,7
	50–64	84,1	82,0	5,2
	65+	76,5	73,7	6,6
Bildung	obligatorische Schule	82,6	79,1	6,0
	Sekundarstufe II	86,8	87,0	2,8
	Tertiärstufe	93,6	91,4	2,0
Nationalität	Schweizer	86,7	86,4	2,9
	Ausländer	85,5	83,6	5,7
Haushaltseinkommen³	bis CHF 3000	83,9	81,8	4,7
	CHF 3000 bis 4499	85,9	86,0	3,3
	CHF 4500 bis 5999	92,7	89,2	2,0
	CHF 6000 und höher	89,7	91,6	1,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	81,2	81,2	5,1
	qualifiziert manuelle Berufe	88,3	82,7	5,0
	Kleinunternehmer	89,3	86,5	2,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	87,2	85,2	3,2
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	86,5	88,1	2,8
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	94,4	92,5	1,8
Regionaler Vergleich	Aargau		83,6	4,2
	Basel-Landschaft		85,4	3,3
	Basel-Stadt		80,4	6,4
	Bern		86,0	2,9
	Luzern		86,5	(3,0)
	Solothurn		83,4	3,2
	St.Gallen		86,4	2,9
	Zug		89,7	(2,0)
	Zürich		87,1	2,9
	andere Deutschschweizer Kantone		87,9	2,7
	Westschweizer Kantone		85,4	3,8
	Tessin		84,6	5,4

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

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

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

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 925<n<1014 (SG); 18'183<n<19'702 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

2.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung des Kantons St.Gallen 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 89,1% noch leicht höher als bei den Frauen mit 84,0%. Bei beiden Geschlechtern nimmt jedoch das gesundheitliche Wohlbefinden in den höheren Altersgruppen ab.² Die St.Galler Werte bezüglich Alter und Geschlecht entsprechen dabei in etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt (Abbildung 2.2).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit variiert auch bezüglich der sozioökonomischen Merkmale. Auffällig ist, wie stark die Einschätzung des Gesundheitszustandes mit der sozialen Lage der befragten Person zusammenhängt. Je höher die Bildung und das Haushaltseinkommen, desto besser wird der persönliche Gesundheitszustand eingeschätzt. Im Kanton St.Gallen antworten 93,6% 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 82,6% der Fall. Dieser Befund stellt allerdings keine Besonderheit des Kantons St.Gallen dar, sondern

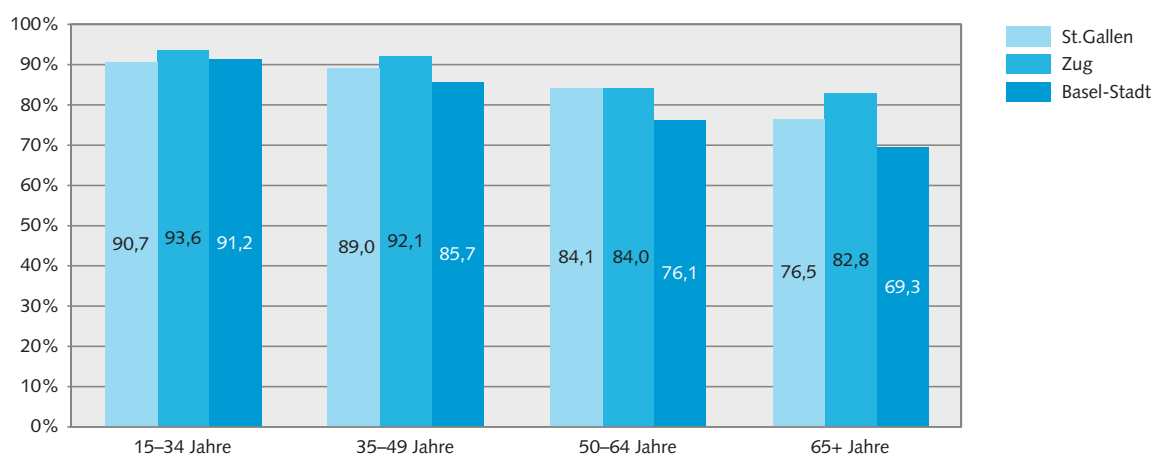
findet sich in vergleichbarem Ausmass auch in der Gesamtschweiz (Tabelle 2.1).

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

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton St.Gallen etwas über dem Durchschnitt. 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 (Altersdurchschnitt: 50,4 Jahre) deutlich mehr ältere Leute wohnen als in den Kantonen St.Gallen (Altersdurchschnitt: 44,1 Jahre) und Zug (Altersdurchschnitt: 43,3 Jahre). Bereits im Alter von 15 bis 34 Jahren schätzen die Bewohner/innen des Kantons Basel-Stadt ihren Gesundheitszustand als etwas weniger gut ein als in den anderen Kantonen. Mit zunehmendem Alter nehmen die interkantonalen Unterschiede zu, wobei der Kanton St.Gallen bei den 15- bis 34-Jährigen ähnlich tiefe Werte ausweist wie der Kanton Basel-Stadt, bei den über 50- bis 65-Jährigen hingegen ist der Anteil Personen mit (sehr) guter Gesundheit gleich hoch wie im Kanton Zug (vgl. Abbildung 2.3).

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

Abb. 2.3

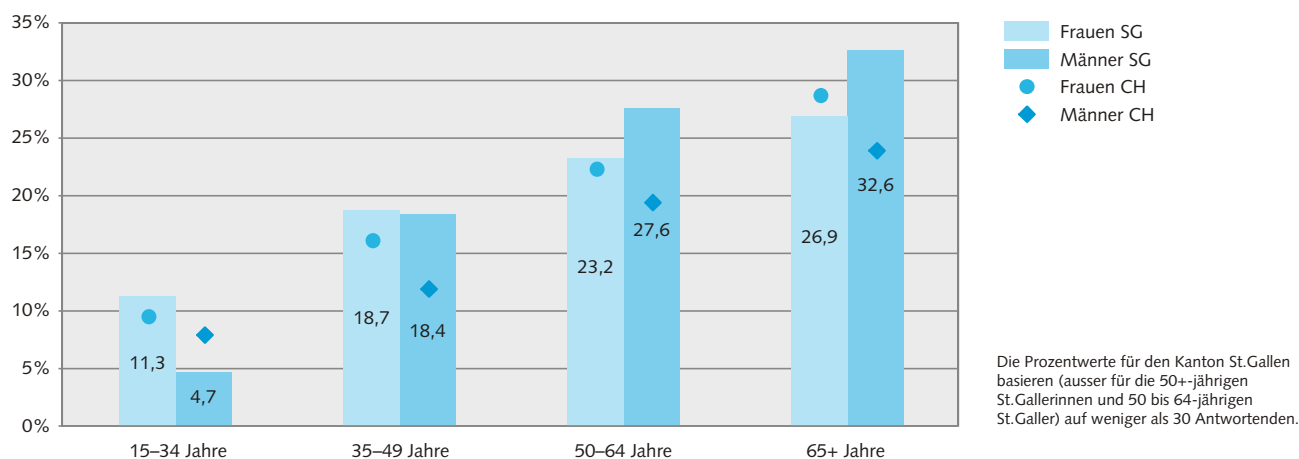


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG); 1009 (ZG); 1017 (BS).

² Da auf kantonaler Ebene die Anzahl der Nennungen oft nur wenig über der kritischen Grösse von 30 Antwortenden liegt, haben die Differenzen nur eingeschränkte Aussagekraft.

Anteil der Frauen und Männer mit einem chronischen Gesundheitsproblem unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG); 18'458 (CH).

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. ungelernte 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).

Lang andauernde Gesundheitsprobleme

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

Im Kanton St.Gallen leiden 17,8% der Wohnbevölkerung unter einem lang andauernden Gesundheitsproblem; dieser Anteil liegt etwas über dem Schweizer Durchschnitt von 16,2%. Der genannte Gesamtwert ist aber nur bedingt aussagekräftig, da bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen markante Geschlechts- und vor allem grosse Altersunterschiede existieren. Der Anteil an Frauen mit lang andauernden Beschwerden liegt im Durchschnitt leicht über demjenigen der Männer (SG: 18,9 vs. 16,7%; CH: 18,1 vs. 14,1%). Mit zunehmendem Alter nehmen die lang andauernden gesundheitlichen Probleme erwartungsgemäss stark zu. Auffallend ist dabei der hohe Anteil St.Galler über 50 Jahre mit solch einem Gesundheitsproblem. Dieser Anteil liegt deutlich über jenem der entsprechenden Gruppe in der Gesamtschweiz wie auch über dem Anteil der gleichaltrigen St.Gallerinnen (Abbildung 2.4).

Wird nach der Art der Beschwerden unterschieden, so stellt man für die Bevölkerung des Kantons St.Gallen

fest, dass gut vier Fünftel (82,7%) der Probleme körperlicher und 12,2% psychischer Art sowie 5,1% eine Kombination der beiden ist. Der Kanton St.Gallen unterscheidet sich mit diesen Werten insofern etwas von der Gesamtschweiz, als der Anteil körperlicher Beschwerden leicht höher und der kombinierter Beschwerden tiefer ist (79,3%, 10,4%, 10,2%).

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

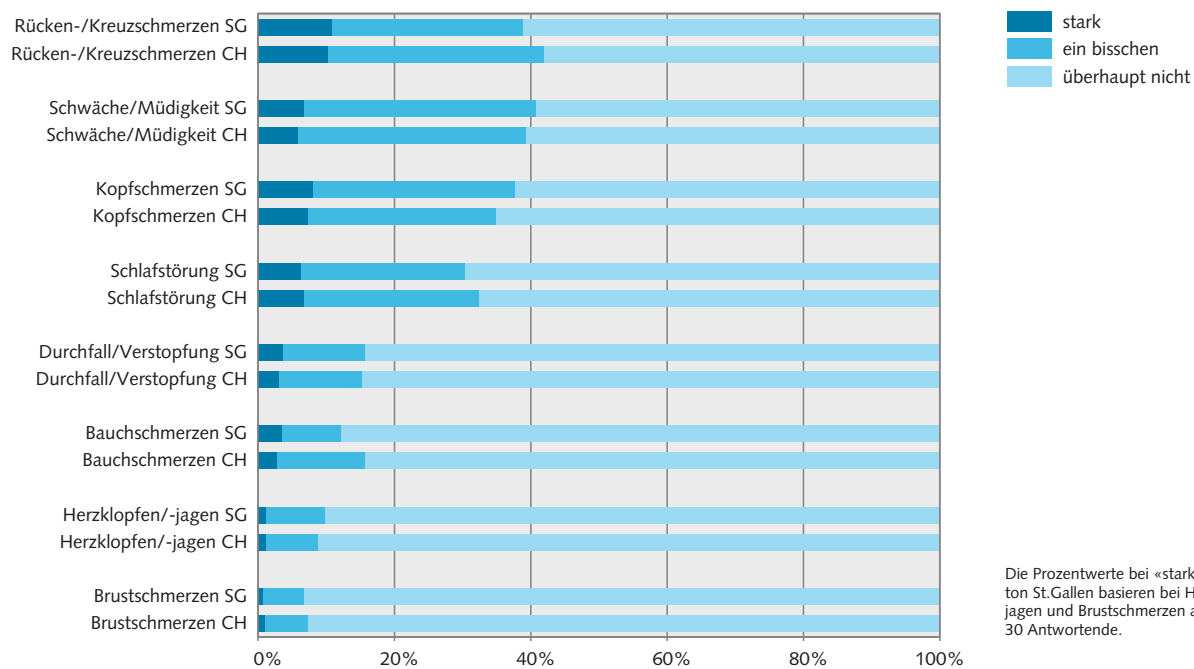
Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton St.Gallen mit 17,8% Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem über dem Schweizer Durchschnitt (16,2%).

2.1.2 Körperliche Beschwerden

Neben der allgemeinen Frage zu den lang andauernden Gesundheitsproblemen wurde in der Gesundheitsbefragung auch gezielt nach gesundheitlichen Störungen gefragt, die häufig Symptomcharakter haben. Dazu zählen Bauch-, Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen, Schwäche und Mü-

Körperliche Beschwerden, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.5



Die Prozentwerte bei «stark» für den Kanton St.Gallen basieren bei Herzklopfen/-jagen und Brustschmerzen auf weniger als 30 Antwortende.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 949<n<953 (SG); 18'514<n<18'524 (CH).

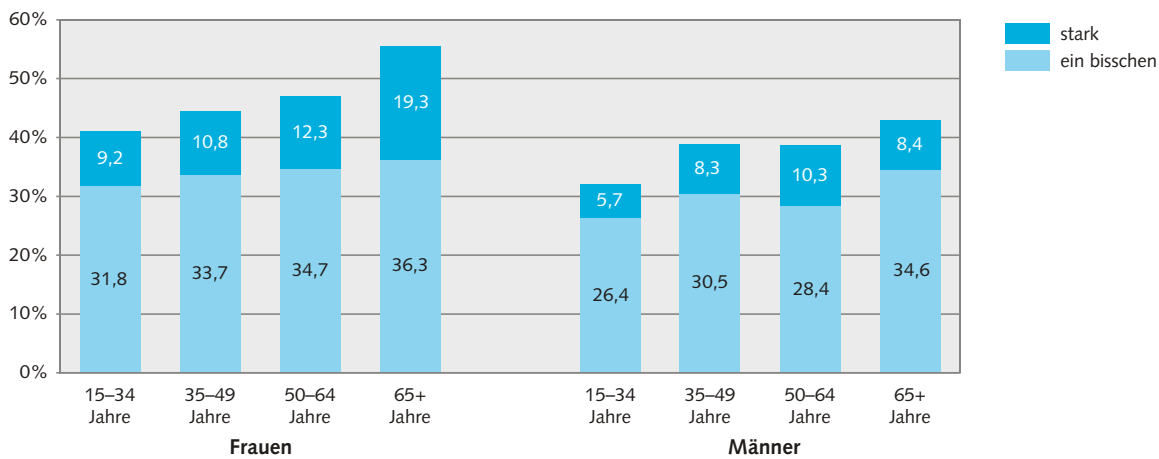
digkeit sowie Verdauungsprobleme, Schlafstörungen und Herzklopfen/-jagen. Bei diesen Störungen wurde erhoben, inwiefern sie in den vier Wochen vor dem Interviewtermin aufgetreten sind. Die genannten Beschwerden können die Folge von starken psychosozialen Belastungen (Stress) sein, sie können aber auch 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 ohne Fieber aufgetreten sind.

Abbildung 2.5 bietet zunächst eine Übersicht über die Häufigkeit, mit der die verschiedenen Beschwerden in der Bevölkerung auftreten. Dabei zeigt sich, dass Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen am stärksten verbreitet sind. Dies gilt für den Kanton St.Gallen ebenso wie für die Gesamtschweiz.

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.³ Dabei wird ein deutlicher Un-

Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz

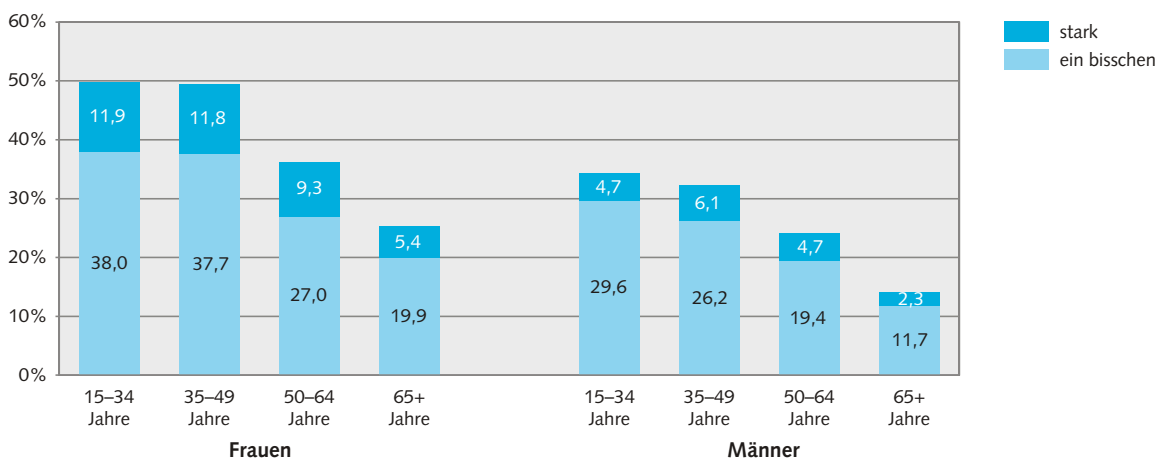
Abb. 2.6



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

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

Abb. 2.7



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

³ Als «starke körperliche Beschwerden» gelten mindestens vier starke oder sechs mittlere Beschwerden (bzw. eine entsprechende Kombination aus starken und mittleren Beschwerden).

Tab.2.3 Anteil der Personen mit (starken) körperlichen Beschwerden nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

		einige Beschwerden		starke Beschwerden		
		SG	CH	SG	CH	
Gesamtbevölkerung		35,0	35,7	24,1	23,1	
Geschlecht	Frauen	35,5	37,7	29,6	30,0	
	Männer	34,4	33,6	18,2	15,7	
Altersgruppen	15–34	35,8	38,8	26,1	19,7	
	35–49	31,9	35,0	19,9	22,9	
	50–64	38,7	33,6	22,2	23,4	
	65+	33,3	34,1	28,6	28,2	
Bildung	obligatorische Schule	38,7	34,3	24,8	28,2	
	Sekundarstufe II	33,9	36,3	24,2	22,3	
	Tertiärstufe	32,6	34,9	(21,8)	18,5	
Nationalität	Schweizer	34,6	36,1	23,1	22,4	
	Ausländer	36,8	34,0	28,5	25,9	
Haushaltseinkommen	Bis CHF 3000	33,7	35,0	26,6	26,0	
	CHF 3000 bis 4499	37,1	36,0	24,6	23,4	
	CHF 4500 bis 5999	34,2	36,3	19,7	19,9	
	CHF 6000 und höher	34,6	35,4	(22,3)	18,1	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	39,8	34,7	20,4	23,9	
	qualifizierte manuelle Berufe	36,2	35,6	24,6	21,8	
	Kleinunternehmer	(34,5)	33,1	(17,1)	20,1	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	37,7	37,6	23,8	26,5	
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	30,6	36,1	30,9	23,2	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(29,1)	32,8	(19,4)	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, 866<n<946 (SG); 17'066<n<18'459 (CH).

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

terschied zwischen den Geschlechtern sichtbar. Frauen berichten unabhängig vom Alter fast doppelt so häufig über starke Beschwerden in den letzten vier Wochen wie Männer. Weiter nehmen die starken Beschwerden mit dem Alter leicht zu (vgl. Tabelle 2.3).

Betrachtet man die häufigsten Symptome einzeln, so stellt man fest, dass Rückenschmerzen mit dem Alter zunehmen, Kopfschmerzen hingegen abnehmen. Dieser 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 zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung häufiger an starken Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung. Ein analoger, insgesamt aber etwas schwächerer Effekt zeigt sich mit Blick auf das Haushaltseinkommen: Mit zunehmendem Haushaltseinkommen nehmen die Beschwerden tendenziell ab. Beim Berufsstatus (der sozioprofessionel-

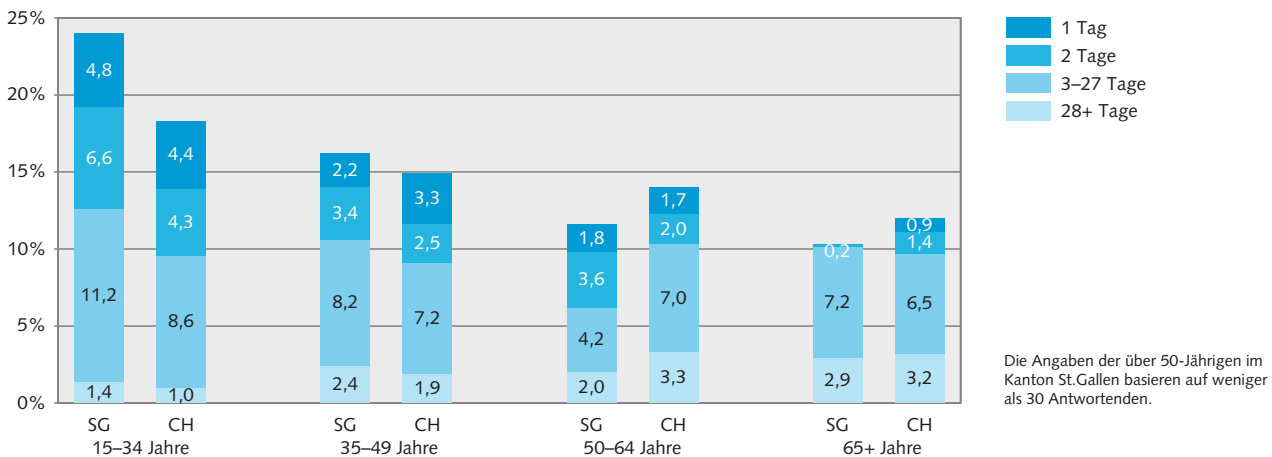
len Kategorie) lässt sich dagegen keine eindeutige Beziehung herstellen: Personen in manuellen Berufen haben grundsätzlich nicht mehr Beschwerden als Personen in nicht manuellen Berufen. Am häufigsten leiden einfache Büroangestellte und Personen in anderen nicht manuellen Berufen an schweren Beeinträchtigungen. 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. 17,1% der Personen aus dem Kanton St.Gallen geben an, nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen zu sein. Diese Angaben liegen über dem gesamt-

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

Abb. 2.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1011 (SG); 19'616 (CH).

schweizerischen Mittel von 15,2%. Dabei ist der Anteil bei den St.Galerinnen (17,0%) gleich hoch wie bei den St.Gallern (17,1%). Im Gegensatz dazu besteht im Gesamtschweizer Durchschnitt ein beträchtlicher Geschlechterunterschied (Frauen 16,6%, Männer 13,3%). Der Anteil nur eingeschränkt leistungsfähiger Personen ist bei den 15- bis 34-Jährigen am höchsten und nimmt in den höheren Altersgruppen ab. Der Kanton St.Gallen fällt dabei durch den sehr hohen Anteil 15- bis 34-Jähriger auf, die im vergangenen Monat drei und mehr Tage nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren (vgl. Abbildung 2.8).

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

2.1.4 Risikofaktoren für chronische Krankheiten

Die WHO verwendet den Begriff Risiko unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten. Risiko ist einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankheit (z. B. Herzinfarkt) auftritt. Andererseits ist Risiko ein Faktor (z. B. Bluthochdruck), der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit steigert. Im folgenden Abschnitt geht es um drei Risikofaktoren der zweiten Art: hoher Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht. Sie sind wesentlich mitverantwortlich für Krankheiten im Herz-/Kreislaufsystem (Schlaganfall, Herzinfarkt) und Diabetes (WHO 2002).

Sowohl Bluthochdruck als auch erhöhte Cholesterinwerte werden im Normalfall von der betroffenen Person

nicht wahrgenommen. Deshalb ist es wichtig, dass diese Werte, insbesondere bei Personen mit einem Risikopotenzial wie beispielsweise Übergewicht, regelmässig kontrolliert werden.

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

Bluthochdruck

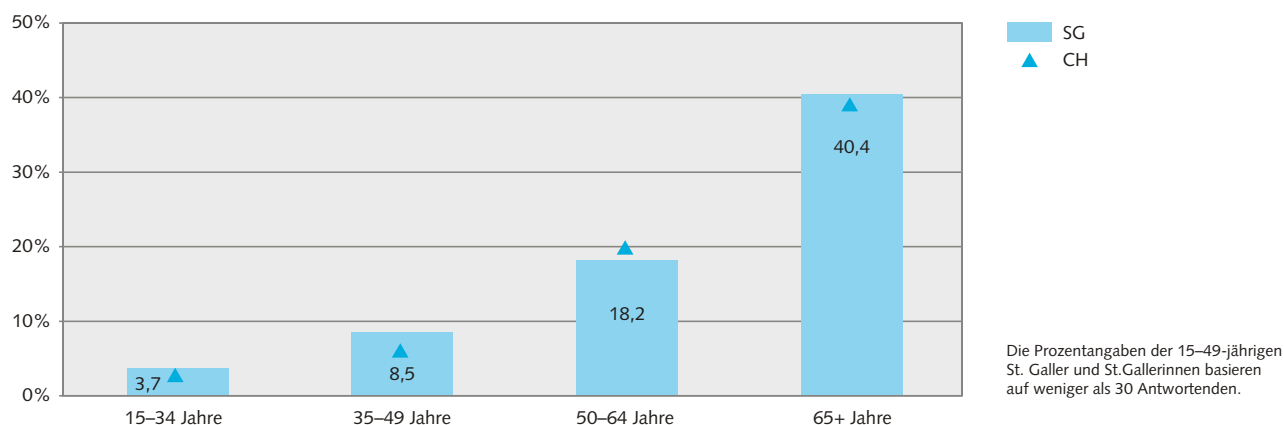
Ein erhöhter Blutdruck ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-/Kreislaufkrankungen und Nierenschwäche. Es gibt verschiedene Einflüsse, die zu Bluthochdruck führen. Dazu gehören vermeidbare Faktoren wie Übergewicht, Fehlernährung mit zu hohem Salzgehalt und Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress 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 21,0% der St.Galler Bevölkerung wurde in einem der Befragung vorausgehendem Zeitpunkt von einer medizinischen Fachperson zumindest einmal ein zu hoher Blutdruck gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 11,3% einen zu tiefen und 14,3% einen zu hohen Blutdruck an.

Aktuell zu hoher Blutdruck unterschieden nach Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 897 (SG); 17'834 (CH).

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

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

Hoher Cholesterinspiegel

Cholesterin ist eine fettähnliche Substanz, die in Blutgefässen, Organen und Nerven vorkommt. Cholesterin wird vom Körper selbst in der Leber gebildet, wie auch über die Nahrung aufgenommen. Wird zu viel Cholesterin über die Nahrung zugeführt, kommt es zu einem Überschuss, den der Organismus nicht mehr verarbeiten kann. Während das «gute» HDL-Cholesterin in der Lage ist, überschüssiges Cholesterin abzuführen, lagert sich das «schlechte» LDL-Cholesterin in den Arterien ab. Je höher der Blutfettspiegel, desto grösser ist das Risiko eines Herzinfarktes, Hirnschlages, Beinarterienverschlusses und von Diabetes. Wie der Blutdruck steigt auch der Blutfettspiegel still und schmerzlos und wird erst bei einer Blutkontrolle erkannt.

Bei 14,7% der Personen aus dem Kanton St.Gallen, die sich an eine Untersuchung erinnern, wurde in der

Vergangenheit ein zu hoher Cholesterinwert gemessen. Zum Zeitpunkt der Befragung geben 8,3% zu hohe Cholesterinwerte an (vgl. Tabelle 2.4).

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

Der Anteil Personen mit erhöhten Cholesterinwerten nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Während Cholesterin bei den 15- bis 34-Jährigen noch kaum ein Thema ist, hat 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 24,6% bei den über 65-Jährigen im Kanton St.Gallen jedoch immer noch hoch. Über alle Altersgruppen betrachtet zeigt sich, dass jede zweite Person im Kanton St.Gallen ihren Cholesterinspiegel nicht kennt. Dies sind deutlich mehr Personen als in der Gesamtschweiz (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 Per-

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

		kennt C. nicht		Diagnose erhöhter C.		aktuell zu hoher C.	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		49,4	40,6	14,7	14,6	8,3	8,8
Geschlecht	Frauen	46,6	40,2	14,1	13,0	7,6	7,4
	Männer	52,4	41,1	15,4	16,5	9,0	10,3
Altersgruppen	15–34	68,0	61,7	(6,6)	4,9	*	1,7
	35–49	49,2	41,6	(11,3)	12,2	*	5,2
	50–64	36,6	25,2	22,2	23,0	(12,5)	13,9
	65+	24,6	21,8	28,0	24,4	20,7	18,3
Bildung	obligatorische Schule	55,0	44,2	13,3	12,8	(6,4)	8,6
	Sekundarstufe II	49,0	40,4	14,8	14,7	8,1	8,2
	Tertiärstufe	40,4	36,1	(16,8)	17,0	(13,2)	11,3
Nationalität	Schweizer	48,2	40,8	15,9	14,8	9,3	9,0
	Ausländer	55,8	39,4	*	13,7	*	7,5
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	48,1	43,4	12,9	13,3	(7,7)	8,1
	CHF 3000 bis 4499	46,8	36,7	16,7	15,9	(9,2)	9,7
	CHF 4500 bis 5999	49,4	36,1	(13,8)	16,0	(10,9)	9,0
	CHF 6000 und höher	(36,9)	32,4	(15,9)	17,3	*	10,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	44,1	37,7	(19,3)	15,5	*	9,5
	qualifizierte manuelle Berufe	53,7	43,5	(10,8)	14,7	*	8,6
	Kleinunternehmer	(43,6)	38,8	*	15,4	*	9,9
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	46,5	38,6	14,5	14,8	(8,2)	8,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	46,1	39,8	13,8	14,4	(10,0)	8,5
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(48,1)	33,3	(16,7)	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, 696<n<952 (SG) und 14'451<n<18'730 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

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

son 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

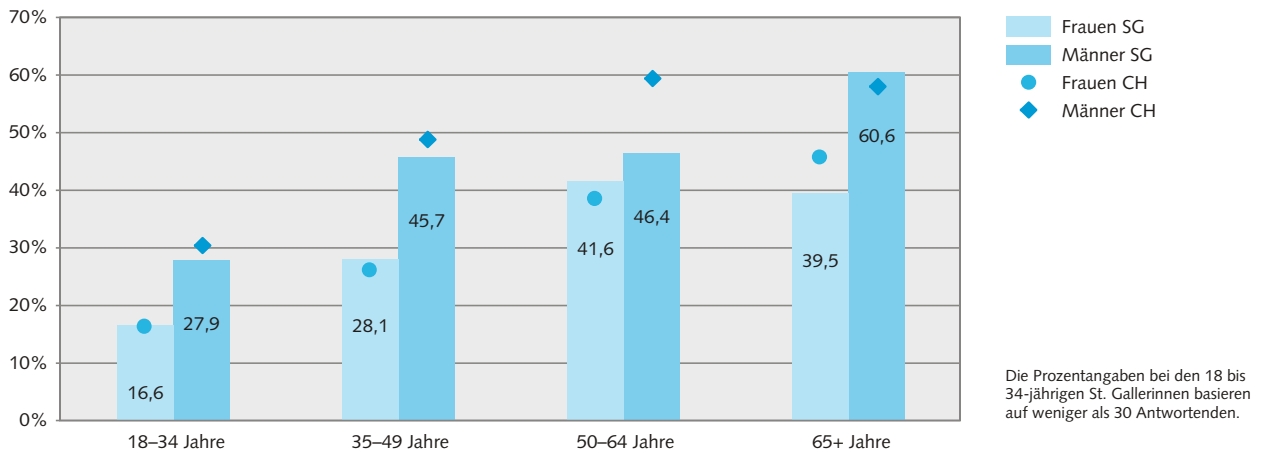
Der allgemein anerkannte Parameter zur Klassifikation des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergrösse in Metern (kg/m^2). Die Kategorien für Personen über 18 Jahren werden dabei von der WHO wie folgt festgelegt: Untergewicht: BMI unter 18,5; normales Körpergewicht: BMI zwischen 18,5 und 24,9; Übergewicht: BMI zwischen 25 und 29,9; Fettleibigkeit (Adipositas): BMI 30

und mehr. Diese Klassifizierung basiert auf dem Zusammenhang zwischen BMI und Mortalität, d. h. das Normalgewicht stellt das Gewicht mit dem niedrigsten Mortalitätsrisiko dar. Zu hohes Körpergewicht ist auch mit höherer Morbidität verbunden, sei es durch Herz-/Kreislaufkrankheiten oder Diabetes mellitus (Eichholzer 2003). 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 St.Gallen ist jede vierte Person übergewichtig und weitere 6,8% sind adipös. Insgesamt weisen im Kanton St.Gallen 40,1% der Männer und 28,5% der Frauen ab 18 Jahren ein Körpergewicht mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf (Gesamt-schweiz: Männer: 47,5%; Frauen: 30,5%).

Anteil der Frauen und Männer mit Übergewicht (inkl. Adipositas), unterschieden nach Altersgruppen, Kanton St. Gallen und Schweiz

Abb. 2.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=961 (SG); 18'893 (CH).

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

		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		(3,3)	4,2	62,5	58,7	27,4	29,4	6,8	7,7
Geschlecht	Frauen	(3,5)	6,4	68,0	64,3	21,7	21,8	6,8	7,5
	Männer	*	1,8	56,8	52,7	33,3	37,5	6,8	7,9
Altersgruppen	18–34	(6,0)	6,3	73,7	70,4	17,3	19,4	*	3,9
	35–49	*	3,0	59,5	59,3	29,3	29,9	(8,3)	7,8
	50–64	*	1,9	55,8	49,3	35,3	37,8	(8,6)	11,0
	65+	*	2,8	50,8	46,5	36,6	39,8	(10,6)	10,9
	Bildung	obligatorische Schule	(6,9)	6,3	63,4	55,3	23,4	29,5	(6,2)
	Sekundarstufe II	*	3,6	63,3	59,3	28,3	29,2	6,8	7,9
	Tertiärstufe	*	3,2	56,2	61,2	32,1	30,5	(8,1)	5,1
Nationalität	Schweizer	(3,3)	4,5	62,8	59,5	26,8	28,6	7,1	7,4
	Ausländer	*	2,9	61,2	55,3	30,1	33,0	*	8,8
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	*	3,8	62,1	55,1	25,0	31,3	(9,4)	9,8
	CHF 3000 bis 4499	*	3,3	60,3	57,2	31,8	32,0	(6,1)	7,6
	CHF 4500 bis 5999	*	3,1	62,2	60,3	30,6	29,9	*	6,8
	CHF 6000 und höher	*	3,1	66,0	64,6	(26,8)	26,2	*	6,0
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	*	1,8	59,5	49,4	28,0	37,0	(11,6)	11,8
	qualif. manuelle Berufe	*	2,0	57,7	53,3	31,8	34,9	(9,6)	9,8
	Kleinunternehmer	*	2,3	49,2	52,0	(40,7)	36,3	*	9,4
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	*	5,1	67,6	61,5	23,3	26,0	(4,9)	7,4
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	*	4,0	67,9	63,4	21,5	27,0	(6,1)	5,7
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	3,4	52,0	58,5	39,5	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, 908<n<996 (SG); 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.

Neben den Geschlechterunterschieden zeigen sich auch deutliche Altersunterschiede: Der Anteil an Übergewichtigen nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit dem Alter stark zu. Die Differenz der Anteile Übergewichtiger zwischen den Geschlechtern bleibt bei allen Altersgruppen bestehen. Im Kanton St.Gallen fallen jedoch die 50- bis 64-jährigen Männer durch den deutlich geringeren Anteil Übergewichtiger im Vergleich zu den entsprechenden Altersgruppen in der Gesamtschweiz auf. Bei der Gruppe der über 65-Jährigen besteht diese Differenz jedoch nicht mehr. Hier findet sich analog zur Gesamtschweiz ein deutlicher Geschlechterunterschied (vgl. Abbildung 2.10). An dieser Stelle muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass für Frauen und Männer sowie alle Altersgruppen die gleichen BMI Grenzwerte verwendet wurden, was nicht unumstritten ist.

Die Bildung hat im Kanton St.Gallen einen anderen Zusammenhang mit Übergewicht als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Für die Schweiz gilt, dass mit höherer Bildung der Anteil an Übergewichtigen abnimmt, und dies in allen Altersgruppen. Im Kanton St.Gallen kann dieser Zusammenhang nicht gefunden werden. Es ist im Gegenteil so, dass bei den 35- bis 49-jährigen wie auch bei den über 65-Jährigen der Anteil mit Übergewicht und Adipositas bei Personen mit Sekundär- und insbesondere Tertiärbildung besonders hoch ausfällt.

Im interkantonalen Vergleich zeichnet sich der Kanton St.Gallen vor Zürich und Zug jedoch als der Kanton mit dem tiefsten Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas aus (Tabelle 2.5).

2.1.5 Unfälle

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

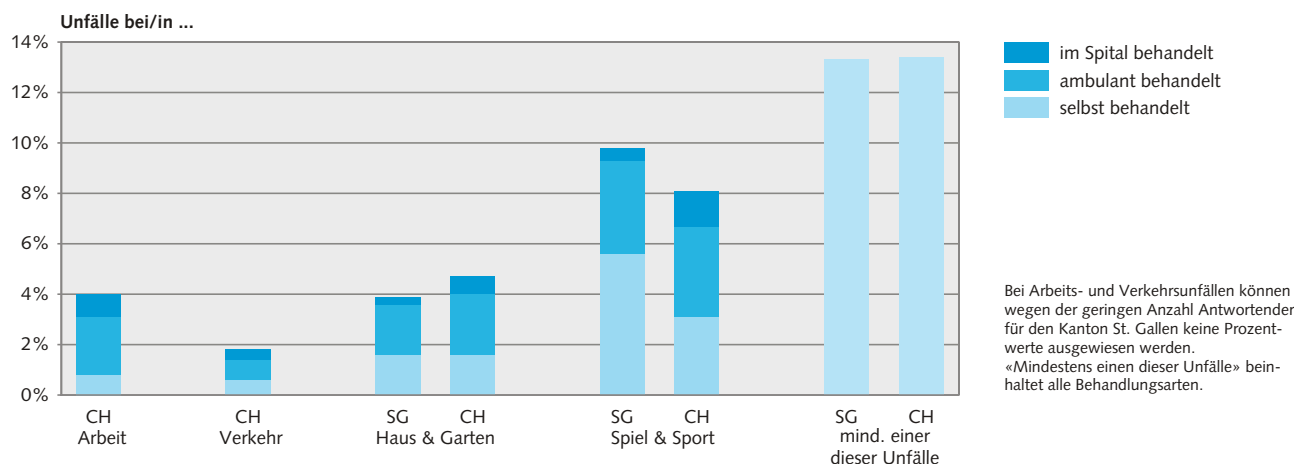
13,3% der St.Gallerinnen und St.Galler über 15 Jahren erlitten im Laufe des Jahres vor der Befragung mindestens einen Unfall. Der grösste Teil der Unfälle ereignete sich dabei bei Sport und Spiel. 9,8% der Personen im Kanton St.Gallen haben solch einen Unfall erlitten, wobei knapp die Hälfte der Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten. Verletzungen bei Sport und Spiel liegen im Kanton St.Gallen über dem Gesamtschweizer Wert von 8,1%. Der Anteil verletzter Männer ist dabei mit 13,6% um das Doppelte höher als jener der Frauen mit 6,5% (Abbildung 2.11).

Am zweithäufigsten ereignen sich Unfälle in Haus und Garten. Dabei musste eine Vielzahl der Unfälle ambulant oder stationär im Spital behandelt werden. Im Gegensatz zu den Sport- und Spielunfällen findet man hier für den Kanton St.Gallen kaum einen Unterschied zwischen dem Anteil verletzter Frauen (4%) und dem verletzter Männer (3,8%).

Einen Berufsunfall erlitten 3,5% der erwerbstätigen St.Galler/innen, wovon die Männer deutlich häufiger betroffen sind als die erwerbstätigen Frauen. Dieser Unterschied kann mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl erklärt werden.

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

Abb. 2.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG); 19'706 (CH).

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

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

2.1.6 Schwindel und Stürze

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

Stürze haben unterschiedliche Ursachen. Sie können sowohl umwelt- (ungünstiger Bodenbelag) als auch phy-

sisch bedingt sein. Unter physischen Bedingungen sind beispielsweise längere motorische Reaktionszeiten, Einbussen im Gleichgewichtssinn oder die Einnahme von Medikamenten, die das Gleichgewicht beeinträchtigen, zu verstehen.⁴ Mit zunehmendem Alter werden zudem Schwindelanfälle als Sturzursache immer häufiger. Frauen geben dabei doppelt so oft an, Schwindelprobleme zu haben, wie Männer (20,5% vs. 10,3%).

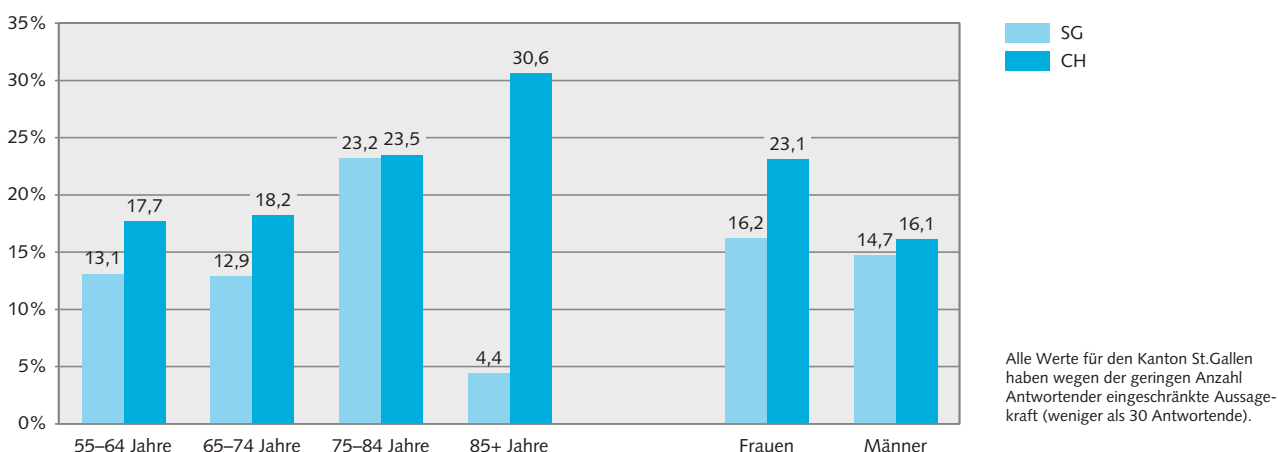
Während bei den 55- bis 64-Jährigen 13,1% der St.Galler/innen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt sind, ist dies bei den 75- bis 84-Jährigen⁵ bei knapp einem Viertel der Fall (vgl. Abbildung 2.12). Frauen stürzen häufiger als Männer, was nur bedingt durch den grösseren Frauenanteil bei den über 75-Jährigen erklärt werden kann, da Frauen bereits in jüngeren Jahren häufiger Stürze erleiden. Die Sturzhäufigkeit bei Frauen ist insofern problematisch, als ältere Frauen, bedingt durch Osteoporose, ein hohes Risiko von Knochenbrüchen aufweisen.

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

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

Abb. 2.12



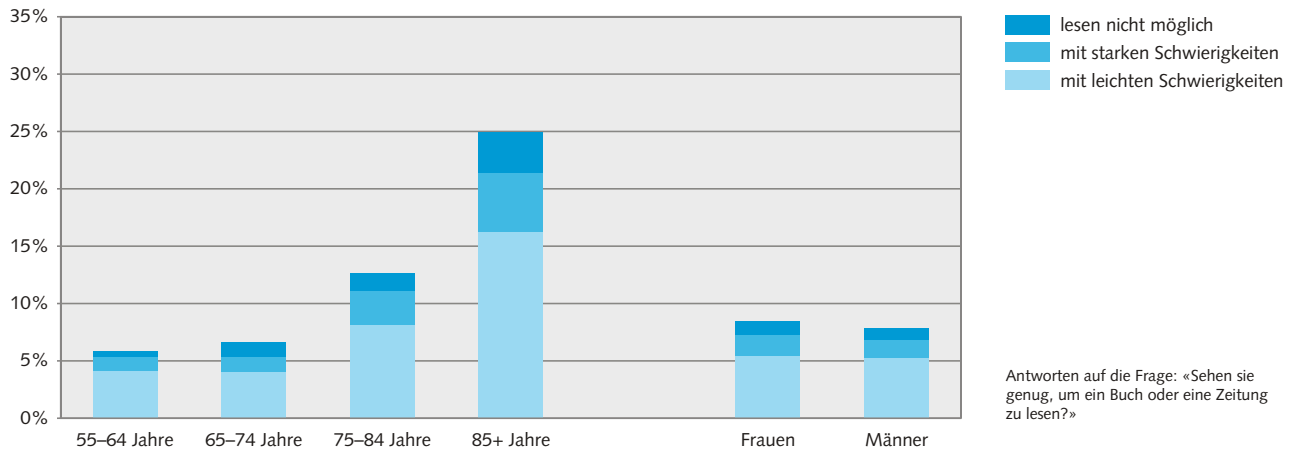
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=295 (SG); 5874 (CH).

⁴ Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Thema vgl. Höpflinger und Hugentobler (2003).

⁵ 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

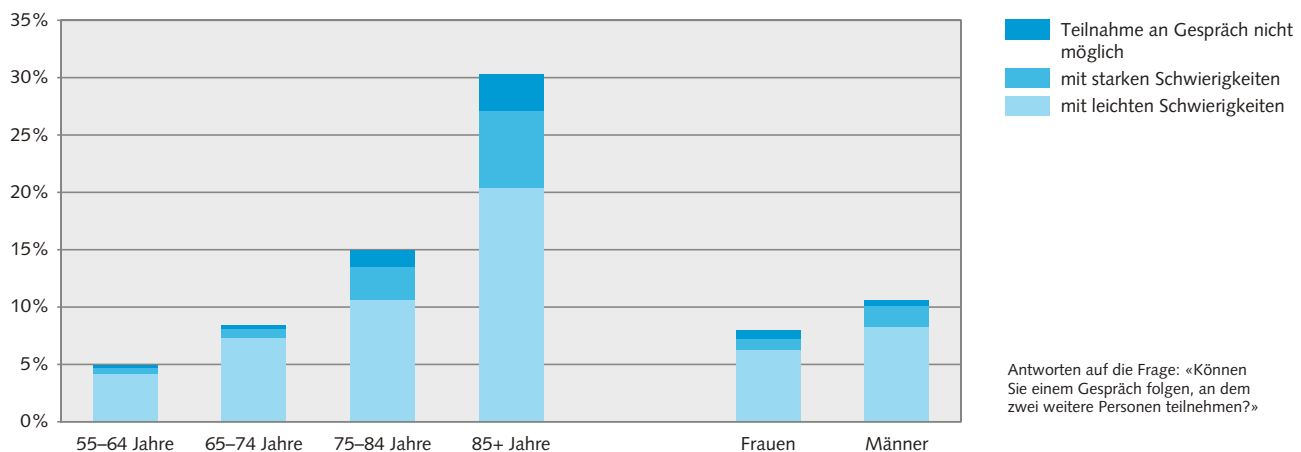
Abb. 2.13



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.

Probleme. Lediglich etwa 3% haben leichte Schwierigkeiten beim Lesen und Hören; der Anteil Personen mit starken Schwierigkeiten liegt im Promillebereich.

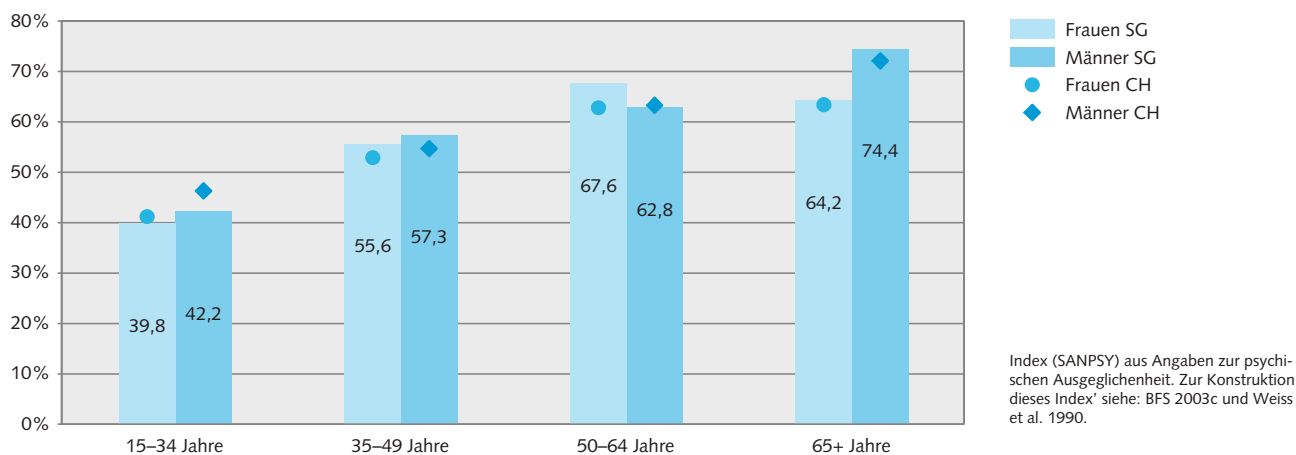
Erwartungsgemäss nehmen alle Schwierigkeiten mit dem Alter stark zu. Ein Viertel der Personen über 85 Jahren, die in einem Privathaushalt leben, hat Probleme mit Lesen und Hören (vgl. Abbildungen 2.13 und 2.14). Dies kann einerseits mit dem altersbedingten Nachlassen der Seeschärfe und Hörstärke und andererseits auch mit zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten zusammenhängen.

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).

Anteil Personen mit guter psychischer Ausgeglichenheit, nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.15



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 502 (Frauen SG); 427 (Männer SG); 10'170 (Frauen CH); 8123 (Männer CH)

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, Schlafqualität und Kontrollüberzeugung messen.

2.2.1 Psychische Ausgeglichenheit

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

Die Bevölkerung des Kantons St.Gallen erweist sich in den vier unterschiedenen Altersgruppen als psychisch etwa gleich ausgeglichen wie die entsprechenden Gruppen der Gesamtschweizer Bevölkerung (Abbildung 2.15). Dabei sind die 15- bis 49-jährigen St.Galerinnen psychisch etwa gleich ausgeglichen wie die St.Galler. Bei den 50- bis 64-Jährigen fühlen sich die St.Galerinnen etwas besser, bei den über 65-Jährigen hingegen deutlich weniger gut als die St.Galler. Analog zur Gesamtschweiz verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit in den höheren Altersgruppen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen.

Der geringe Grad der Ausgeglichenheit von jüngeren Personen könnte ihre Schwierigkeit 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. Bei den Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht, stattdessen hat hier die Höhe des Haushalteinkommens einen Einfluss auf die psychische Ausgeglichenheit. Bei verheirateten und verwitweten Frauen ist dieser Zusammenhang dabei noch ausgeprägter als bei ledigen, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen. Dies mag ein Indiz dafür sein, dass bei den (verheirateten) Frauen der soziale Status ihrer Männer 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 Index⁶ 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 psychischen Wohlbefinden bejahen Statements wie: «Meine Zukunft sieht gut aus», «Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen», «Ich freue mich zu leben», «Mein Leben scheint mir sinnvoll», «Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn» oder «Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind».

Das Niveau des psychischen Wohlbefindens im Kanton St.Gallen liegt gesamthaft sowie in allen untersuchten Bereichen über dem Gesamtschweizer wie auch über dem Deutschschweizer Durchschnitt. Besonders auffällig ist das überdurchschnittlich hohe psychische Wohlbefinden der 15- bis 34-jährigen St.Gallerinnen. Allgemein haben die Frauen im Kanton St.Gallen bis auf die Gruppe der 50- bis 64-Jährigen ein besseres Wohlbefinden als Männer.

Der in der Gesamtschweiz beobachtete leicht u-förmige Zusammenhang zwischen Alter und psychischem Wohlbefinden ist im Kanton St.Gallen nicht zu finden. Allgemein ist die Variation des psychischen Wohlbefindens der St.Galler/innen auf allen Ausprägungen der untersuchten Merkmalen gering. Personen in tiefen sozialen Lagen, insbesondere Personen fremder Nationalität, mit geringer Schulbildung und tiefem Berufsstatus, weisen im Kanton St.Gallen sogar ein auffallend hohes psychisches Wohlbefinden auf (vgl. Tabelle 2.6).

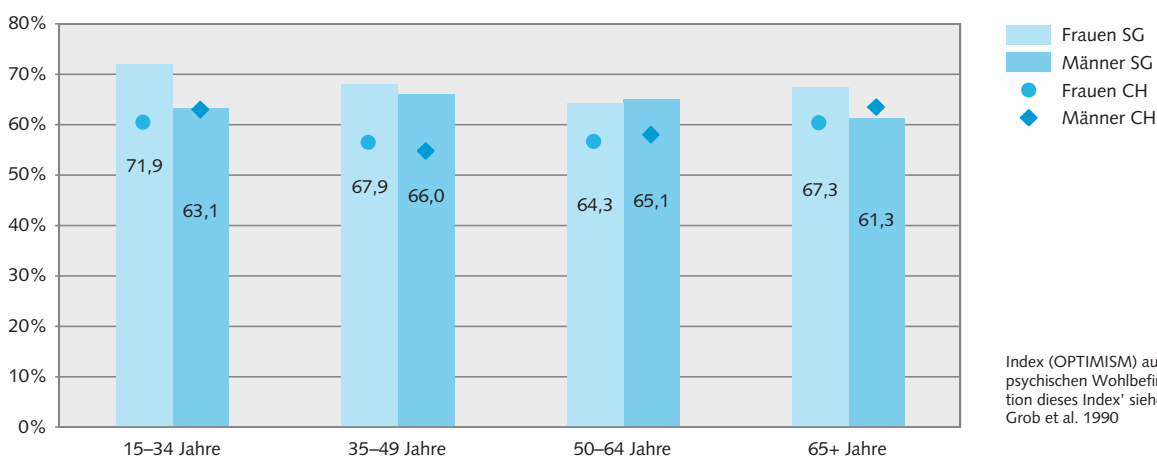
2.2.3 Schlafqualität

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 einen Einfluss auf die Schlafqualität haben. Mit zunehmendem Alter häufen sich die Schlafprobleme, wobei dieser Befund für die Frauen deutlich stärker gilt als für die Männer (vgl. Abbildung 2.17).

Anteil der Bevölkerung mit hohem psychischem Wohlbefinden unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.16



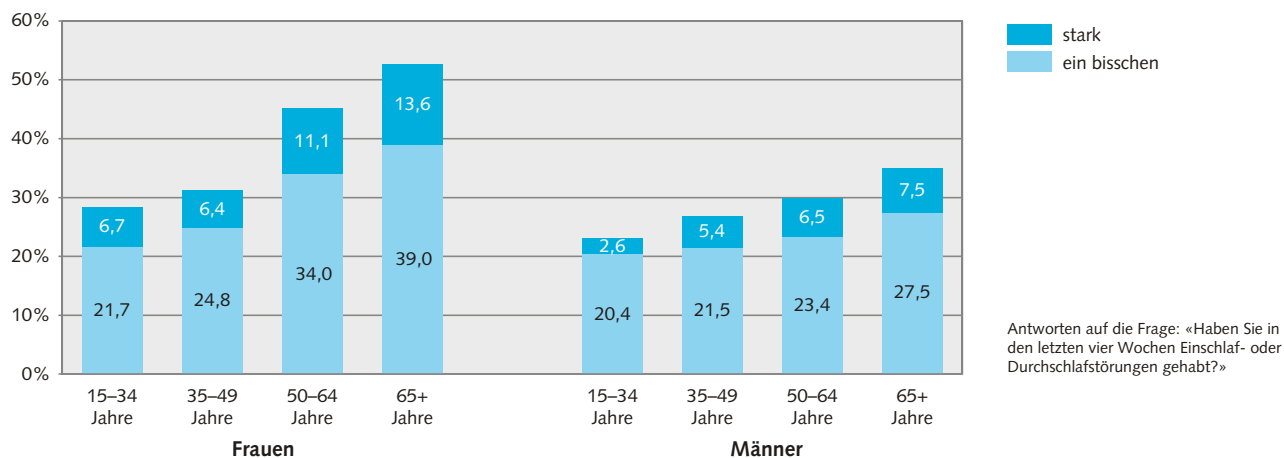
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=794 (BL); 15'587 (CH).

Index (OPTIMISM) aus Angaben zum psychischen Wohlbefinden. Zur Konstruktion dieses Index' siehe: BFS 2003 und Grob et al. 1990

⁶ 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).

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

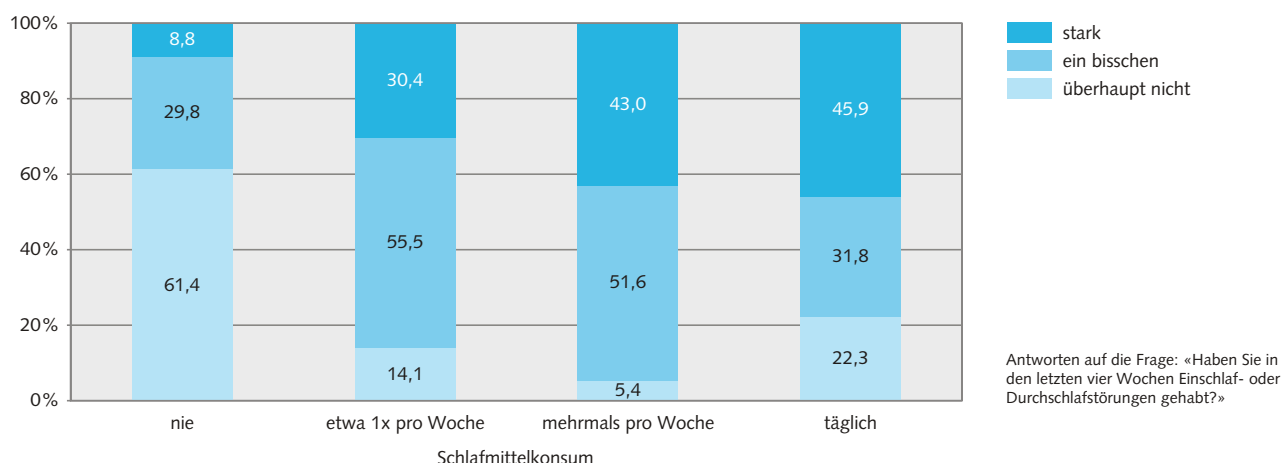
Abb. 2.17



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

Zusammenhang Schlafmittelkonsum und Schlafprobleme, Schweiz

Abb. 2.18



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

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Konsum von Schlafmitteln, so zeigt sich: Je intensiver die Schlafprobleme desto, häufiger ist der Schlafmittelkonsum. 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 Frauen deutlich häufiger konsumieren als Männer. 13% der Frauen über 65 Jahre schlafen täglich mit einem Schlafmittel, bei den Männern sind es 8%.

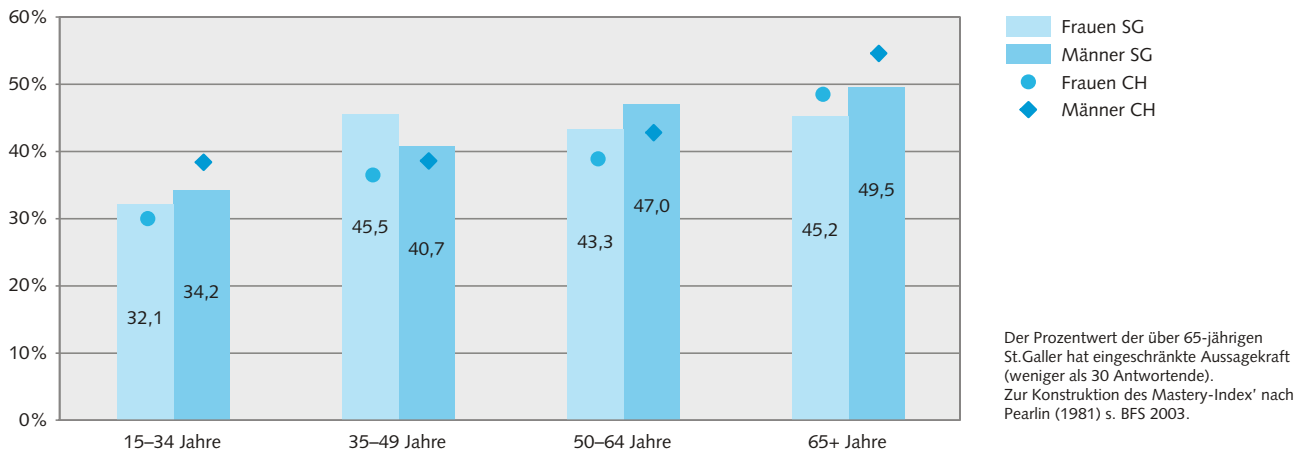
2.2.4 Lebensbewältigung

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

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geben Personen mit einer geringeren Fähigkeit zur Lebensbewältigung an, mit den eigenen Problemen nicht fertig zu

Anteil der Bevölkerung mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 2.19



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=725 (SG); 14'359 (CH).

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 St.Gallen und Schweiz (in %)

		hohe psychische Ausgeglichenheit		sehr hohes psychisches Wohlbefinden		keine Schlafprobleme		hohe Kontrollüberzeugung	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		54,4	55,0	66,3	58,9	69,7	67,1	40,2	39,3
Geschlecht	Frauen	54,7	53,7	68,3	58,5	65,1	62,0	40,1	37,0
	Männer	54,1	56,3	64,1	59,4	74,5	72,5	40,4	41,8
Altersgruppen	15-34	41,0	43,7	67,4	61,7	76,2	74,3	33,2	34,1
	35-49	56,5	53,8	66,9	55,6	75,0	71,0	42,9	37,5
	50-64	65,4	63,0	64,7	57,3	65,2	62,3	45,0	40,8
	65+	67,6	66,8	65,1	61,7	53,3	54,6	46,8	51,1
Bildung	obligatorische Schule	45,4	49,3	70,1	55,9	66,5	61,9	38,9	37,5
	Sekundarstufe II	56,4	56,3	63,7	59,0	69,0	68,1	38,4	39,6
	Tertiärstufe	62,0	58,0	71,8	62,0	81,0	71,1	51,1	40,3
Nationalität	Schweizer	55,3	55,9	65,9	60,1	68,5	67,1	38,4	39,9
	Ausländer	49,8	50,8	68,8	52,9	74,4	66,9	52,0	36,2
Haushaltseinkommen	bis CHF 3000	52,5	53,1	64,5	55,1	69,4	67,0	39,7	37,5
	CHF 3000 bis 4499	57,3	56,3	67,1	59,1	70,6	66,2	42,7	40,0
	CHF 4500 bis 5999	56,1	58,9	64,8	61,3	71,6	68,8	40,5	41,4
	CHF 6000 und höher	58,4	58,5	68,5	65,0	67,7	68,3	(33,1)	42,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete man. Berufe	54,8	55,1	74,5	59,0	71,8	67,7	46,8	40,0
	qualif. manuelle Berufe	49,2	54,9	68,6	57,7	70,3	70,7	38,6	41,0
	Kleinunternehmer	59,5	59,6	65,6	58,5	69,8	71,3	(54,6)	41,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	56,0	55,5	61,5	57,7	62,3	62,1	38,7	38,9
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl.Kader	56,0	54,8	67,1	59,8	68,4	67,3	37,8	38,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	70,3	58,1	79,5	63,0	79,7	70,8	(40,8)	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, 643<n<930 (SG); 13'434<n<18'293 (CH). Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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 St.Gallen liegt der Anteil an Personen mit hoher Kontrollüberzeugung bei den Frauen über, bei den Männern leicht unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt (vgl. Tabelle 2.6). Die 35- bis 64-jährigen Männer und Frauen im Kanton St.Gallen haben dennoch eine deutlich stärker ausgebildete Kontrollüberzeugung als die entsprechenden Gruppen im Schweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.19).

Auffällig hier auch hier die starke Kontrollüberzeugung von Personen fremder Nationalität im Kanton St.Gallen. Wie bereits bei der Schlafqualität und beim psychischen Wohlbefinden haben Personen fremder Nationalität im Kanton St.Gallen eine bessere Kontrollüberzeugung als dort wohnhafte Schweizer/innen. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt verhält es sich umgekehrt.

Allgemein ist die psychische Gesundheit in den verschiedenen sozialen Lagen im Kanton St.Gallen vergleichsweise gleich verteilt. Lediglich ein Tertiärbildungsabschluss scheint sich im Kanton St.Gallen stark positiv auf die Kontrollüberzeugung wie auch auf die anderen Indikatoren für psychische Gesundheit auszuwirken (vgl. Tabelle 2.6).

2.3 Soziales Wohlbefinden

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

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

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

2.3.1 Einsamkeitsgefühl

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

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

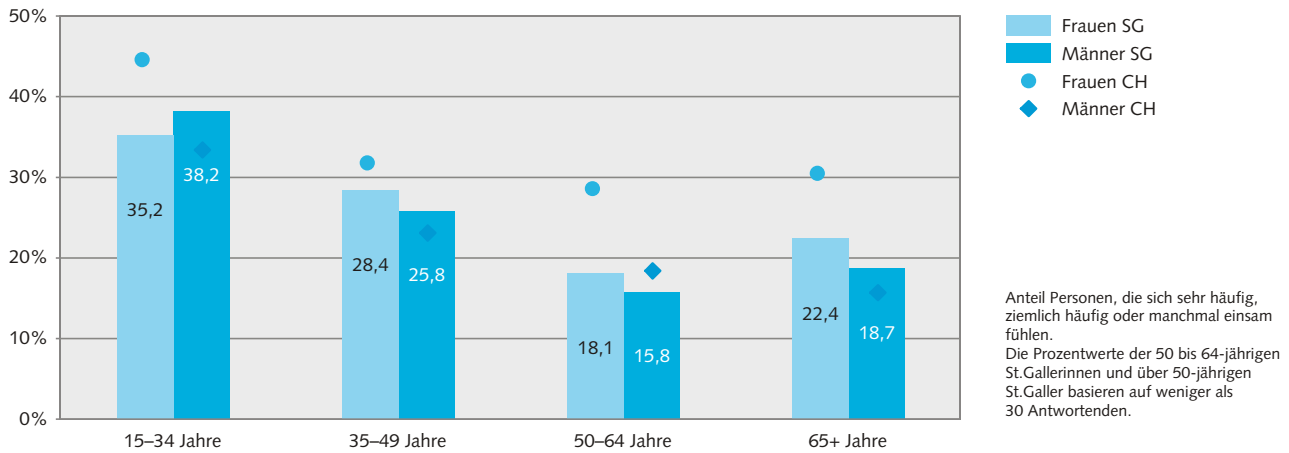
Junge Menschen leiden am häufigsten unter Einsamkeit, wobei im Kanton St.Gallen der Anteil junger Männer mit Einsamkeitsgefühlen leicht höher ist als derjenige junger Frauen (38% vs. 35%). Mit zunehmendem Alter fühlen sich sowohl die Frauen als auch die Männer tendenziell weniger einsam. Bei den über 65-Jährigen nehmen die Einsamkeitsgefühle jedoch wieder zu, was mit dem Verlust sozialer Beziehungen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und dem Ableben des Lebenspartners erklärt werden kann. Besonders bei den über 75-jährigen Personen fühlen sich immer mehr Personen – insbesondere Frauen – einsam. Abbildung 2.20 verweist darauf, dass sich Frauen (fast) aller Altersgruppen einsamer fühlen als Männer. Dabei ist der Anteil St.Galerinnen mit häufigen Einsamkeitsgefühlen deutlich geringer als bei den Schweizerinnen insgesamt. Im Kanton St.Gallen fällt die Geschlechterdifferenz bezüglich Einsamkeit allerdings markant geringer aus als im Gesamtschweizer Durchschnitt.

Der Verlust eines Lebenspartners spielt eine zentrale Rolle für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen. Getrennt lebende (52.3%) und verwitwete Personen (47.0%) fühlen sich deutlich öfter einsam als verheiratete (20.5%). Dies zeigt sich auch, wenn nach Haushaltsgrösse unterschieden wird. Jede zweite Person, die alleine wohnt, leidet mehr oder weniger regelmässig unter Einsamkeitsgefühlen. Bei Personen, die zu zweit wohnen, sind es lediglich halb so viele.

Wird konkret nach dem Vorhanden- bzw. Nichtvorhandensein von Vertrauenspersonen gefragt, so geben 3,9% (2,4% der Frauen und 5,6% der Männer) der Be-

Anteil der Bevölkerung mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton St.Gallen und Schweiz

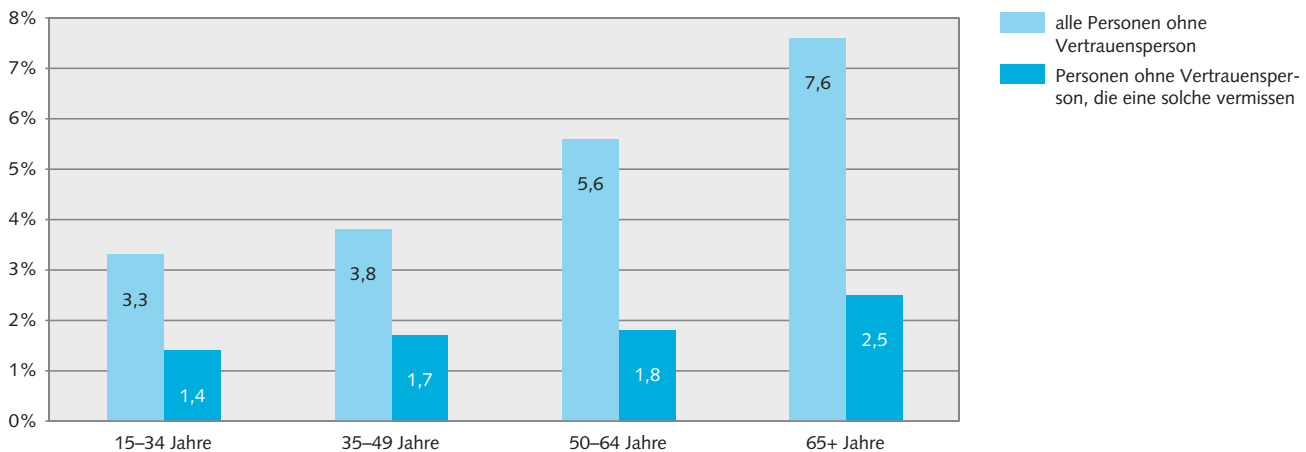
Abb. 2.20



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=949 (SG); 18'735 (CH).

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

Abb. 2.21



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

völkerung des Kantons St.Gallen an, keine solche zu haben, was etwas unter dem gesamtschweizerischen Wert von 4,7% (4% der Frauen und 5,5% der Männer) liegt. Etwa die Hälfte dieser Frauen und ein Drittel der Männer nimmt dies auch bewusst als Mangel wahr.

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 Ver-

halten 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 (Moslé, 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 St.Gallen dargestellt. Dabei werden einzelne Aspekte der Sterblichkeit, wie z. B. Differenzen nach Geschlecht und Alter untersucht und der Kanton mit der Region Ostschweiz und der gesamten Schweiz verglichen. Im zweiten Teil werden die wichtigsten Todesursa-

chen analysiert, gestützt auf die Methode der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) und der standardisierten Mortalitätsrate (SMR).

2.4.1 Die Gesamtsterblichkeit im Kanton St.Gallen

Im Jahr 2003 starben 1951 Frauen und 1911 Männer, die ihren Wohnsitz im Kanton St.Gallen hatten. Betrachtet man die Anzahl der Todesfälle der letzten 35 Jahre, ist für den Kanton St.Gallen ein Anstieg von 3726 im Jahr 1969 auf 3862 im Jahr 2003 zu beobachten. Dies entspricht einer Zunahme um rund 3,7%.

Im gleichen Zeitraum wuchs die ständige Wohnbevölkerung um 20.8% von 377'500⁸ auf 456'126 Einwohner/innen. Damit liegt die Zunahme der Todesfälle deutlich unter der Bevölkerungsentwicklung. Laut Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik ist im Kanton St.Gallen bis zum Jahr 2040 mit einem weiteren Anstieg der Todesfälle zu rechnen (BFS, 2004e). 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, Migrationsflüssen, Geburtenziffer etc.

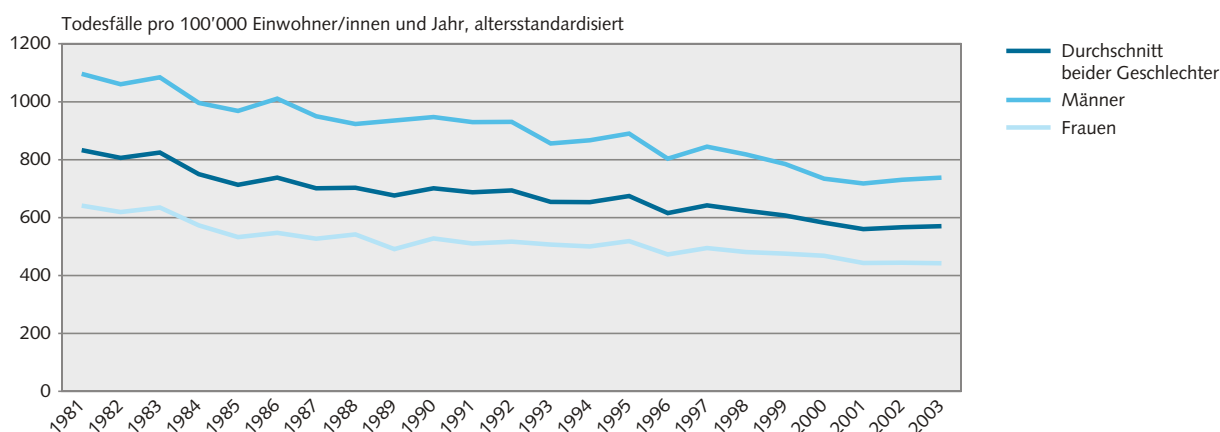
Bei Vergleichen der Mortalität zwischen verschiedenen Bevölkerungen oder über längere Zeiträume ist es von Vorteil, die Todesfälle auf eine gemeinsame Altersstruktur zu beziehen (BFS, 2004a, vgl. auch Anhang). Die altersstandardisierte Sterberate im Jahr 2003 liegt für die Frauen bei 442 und für die Männer bei 738 Todesfällen

pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten beider Geschlechter im Kanton St.Gallen 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 641 auf 442 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Jahr (-31,0%). Bei den Männern verringerte sich die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum von 1096 auf 738 Todesfälle pro 100'000 Einwohner (-32,7%).

Die altersstandardisierte Sterberate der St.Galler Männer ist im ganzen Zeitraum höher als diejenige der Frauen. Ursachen der Übersterblichkeit der Männer sind hauptsächlich physiologische und Verhaltensunterschiede (Vallin, 2002). Die geschlechtsspezifischen Sterberaten nähern sich aber im Kanton St.Gallen wie auch in der Gesamtschweiz einander an. Das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberaten zwischen St.Galler Männern und Frauen betrug im Jahr 2003 1,71 gegen 1,67. Für die Gesamtschweiz ist allerdings ein stärkerer Rückgang zu verzeichnen (von 1,72 auf 1,58). Laut Meslé (2004) ist der Rückgang der geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede hauptsächlich auf Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer zurückzuführen. Die Herz-/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 St.Gallen lag im Jahr 1999/2002 bei

Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten im Kanton St.Gallen, nach Geschlecht im Zeitraum von 1981 bis 2003

Abb. 2.22



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

⁸ Geschätzte ständige Wohnbevölkerung der Kantone in der Jahresmitte 1969.

Tab.2.7 Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten und der altersstandardisierten Gesamtsterberaten (Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen) im Kanton St.Gallen 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	59	44	29	-51,6
	25–64	243	189	167	-31,1
	65–84	3 505	2 895	2 368	-32,4
	85+	17 737	15 039	15 006	-15,4
	Total, altersstandardisiert	632	511	443	-29,9
Männer	0–24	119	101	54	-54,7
	25–64	480	383	317	-34,0
	65–84	5 422	4 872	3 837	-29,2
	85+	22 913	19 485	18 554	-19,0
	Total, altersstandardisiert	1 080	905	729	-32,5

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.

82,7 Jahren (Schweiz: 82,9 Jahren) für die Frauen und bei 77,2 Jahren (Schweiz: 77,3 Jahre) für die Männer, also leicht unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (BFS, 2005a).

Aus Tabelle 2.7 geht die Entwicklung der altersspezifischen Sterberaten im Kanton St.Gallen nach Altersklassen bzw. die altersstandardisierte Gesamtsterberate hervor. Obschon die Mortalität in den jüngeren Altersklassen gering ausfällt, bildete sich die Sterberate der 0- bis 24-Jährigen zwischen 1981/83 und 2001/03 bei den Frauen von 59 auf 29 und bei den Männern von 119 auf 54 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner zurück, was einer Abnahme um 51,6% bzw. 54,7% entspricht. Ähnliches gilt für die Altersklasse der 25- bis 64-Jährigen, deren Sterblichkeit im gleichen Zeitraum bei den Frauen um 31,1% und bei Männern um 34,0% zurückging. Der höchste 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 St.Gallen und in der Grossregion Ostschweiz⁹ zeigen in der Zeit von 1981 bis 2003 eine parallele Entwicklung, wobei die Mortalität im Kanton St.Gallen etwas höher liegt in der gesamten Schweiz, um etwa 8% für die Frauen und 9% für die Männer. Die männliche Wohnbevölkerung des Kantons St.Gallen zeichnet sich im Zeitraum 1981 bis 2003 durch eine systematische Übersterblichkeit im Vergleich zur gesamten Schweiz aus (Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen, altersstandardisiert: 1981: SG: 833, Ostschweiz: 816, CH: 806/ 2003: SG: 571, Ostschweiz: 560, CH: 551). Im Jahr 2002 und 2003 weisen im Kanton St.Gallen die Männer zudem eine leicht höhere Sterberate auf als in der Grossregion Ostschweiz.

⁹ Damit beim regionalen Vergleich die Zahlen des Referenzkantons die Analyse nicht beeinflussen, sind die altersstandardisierten Sterberaten für die Region Ostschweiz und die Schweiz ohne den Kanton St.Gallen 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 St.Gallen genauer betrachtet werden.

Wie aus Tabelle 2.8 (1. Spalte) hervorgeht, sind von 1995 bis 2001 insgesamt 13'496 Frauen mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen gestorben. Bezogen auf die Bevölkerungsgrösse entspricht dies jährlich 854 Todesfällen pro 100'000 Einwohnerinnen. Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden bilden dabei die Haupttodesursachen (70,0% aller Fälle).

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

Insgesamt gingen im Kanton St.Gallen bei den Frauen im Beobachtungszeitraum 33'652 Lebensjahre vorzeitig verloren (s. Tabelle 2.8, Spalte 3). Obschon Herz-/Kreislaufkrankheiten die Haupttodesursache der Frauen sind, geht der grösste Verlust an vorzeitig verlorenen Lebensjahren auf das Konto der Krebsleiden (38,8% aller vorzeitig verlorenen Lebensjahre). Krebskrankheiten sind somit die bedeutendste Ursache vorzeitiger Todesfälle von

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

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	6 643	49,2	3 824	11,4	115***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	2 670	19,8	1 505	4,5	120***
– Hirngefässerkrankungen	1 428	10,6	754	2,2	118***
Tumore	2 801	20,8	13 070	38,8	97
davon:					
– bösartige Tumore der Brust	553	4,1	3 771	11,2	98
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	225	1,7	1 430	4,2	83*
– bösartige Tumore des Dickdarms	235	1,7	762	2,3	101
– bösartige Tumore des Magens	102	0,8	0	0,0	96
Krankheiten des Atmungssystems	786	5,8	882	2,6	97
Diabetes mellitus	521	3,9	491	1,5	124***
alkoholische Leberzirrhose	66	0,5	891	2,6	119
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	542	4,0	7 377	21,9	98
davon:					
Suizide	156	1,2	3 374	10,0	97
übrige Todesursachen	2 137	15,8	7 117	21,1	83***
Total	13 496	100,0	33 652	100,0	103***

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<0,01, *: 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 St.Gallen bei Männern, aggregierte Fallzahlen von 1995 bis 2001¹

Todesursachen	Sterbefälle ²		VPL ³		SMR ⁴
	Anzahl	Verteilung in %	Anzahl	Verteilung in %	
Herz-/Kreislaufkrankheiten	5 496	42,1	11 852	17,2	115***
davon:					
– ischämische Herzkrankheiten	2 774	21,3	6 580	9,6	120***
– Hirngefässerkrankungen	970	7,4	1 428	2,1	122***
Tumore	3 379	25,9	16 296	23,7	94***
davon:					
– bösartige Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge	739	5,7	4 029	5,9	90*
– bösartige Tumore der Prostata	534	4,1	525	0,8	98
– bösartige Tumore des Dickdarms	219	1,7	791	1,1	86***
– bösartige Tumore des Magens	170	1,3	0	0,0	109
Krankheiten des Atmungssystems	936	7,2	1 334	1,9	98
Diabetes mellitus	375	2,9	877	1,3	133***
alkoholische Leberzirrhose	136	1,0	1 471	2,1	94
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	1 046	8,0	23 114	33,6	106
davon:					
– Suizide	492	3,8	11 409	16,6	118*
übrige Todesursachen	1 675	12,8	13 902	20,2	84***
Total	13 043	100,0	68 846	100,0	102**

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<0,01, *: p<0,05.

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

Frauen (13'070 VPL). Brustkrebs erklärt dabei über ein Drittel der durch Krebskrankheiten verlorenen potenziellen Lebensjahre.

Um die Mortalität im Kanton St.Gallen und der Schweiz zu vergleichen, wurden altersstandardisierte Mortalitätsraten (SMR, vgl. auch Anhang) berechnet. Der Wert 100 in den Tabellen 2.8 und 2.9 (Spalte 5) ent-

spricht dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Die Anzahl Todesfälle bei den Frauen im Beobachtungszeitraum ist im Kanton St.Gallen mit einem Wert von 103 leicht höher als in der Gesamtschweiz. Betrachtet man wiederum die Todesfälle durch Herz-/Kreislaufkrankheiten, zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtschweiz um 15% höhere Sterblichkeit der St.Gallerinnen. Diese erhöhte Sterblich-

keit lässt sich sowohl für Hirngefässerkrankungen (+18%) als auch vor allem für ischämische Herzkrankheiten (+20%) feststellen. Bei bösartigen Tumoren der Trachea, der Bronchien und der Lunge weisen die Frauen im Kanton St.Gallen hingegen klar unterdurchschnittliche Werte auf. Bei den anderen Krebsarten sind keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zur Schweiz zu beobachten.

Bei den Männern (Tabelle 2.9, Spalte 5) lässt sich zunächst festhalten, dass im Beobachtungszeitraum die Sterblichkeit im Kanton St.Gallen – verglichen mit der Schweiz – leicht höher liegt (2%). Positiv zu vermerken ist die im Gesamtschweizer Vergleich 6% tiefere Sterblichkeit der St.Galler Männer wegen Krebskrankheiten und alkoholischer Leberzirrhose. Todesfälle aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten kamen im Kanton St.Gallen bei den Männern deutlich häufiger (+15%) vor als in der Gesamtschweiz. Für beide Geschlechter lässt sich zudem zwischen 1995 und 2001 eine vergleichsweise hohe Anzahl Todesfälle aufgrund von Diabetes mellitus beobachten (bei den Frauen um 24% und bei den Männern um 33% höher als in der Gesamtschweiz). Hierbei ist zu beachten, dass die Kodierung dieser Todesursache schweizweit uneinheitlich geschieht, welches die Interpretation der kantonalen Unterschiede erschwert: In manchen Kantonen wird Diabetes mellitus eher als Haupt-, in anderen Kantonen eher als Nebentodesursache angegeben. In der vorliegenden Analyse wurden nur die Haupttodesursachen gezählt.

Im Zeitraum von 1995 bis 2001 sind 13'043 Männer mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen gestorben. Dies entspricht einer Sterberate von jährlich 848 Fällen pro 100'000 Einwohner. Wie bei den Frauen bilden die Herz-/Kreislaufkrankheiten und Krebsleiden die Haupttodesursachen (68,0% der Fälle). Unter den Krebsleiden sind bei Männern die bösartigen Tumore der Trachea, der Bronchien und der Lunge die häufigste Todesursache. Ischämische Herzkrankheiten und Hirngefässerkrankungen treten bei Männern gleichermassen auf wie bei Frauen. Herzkrankheiten im Allgemeinen sind im Kanton St.Gallen mit einem SMR von 115 generell häufiger als im schweizerischen Durchschnitt.

Betrachtet man wiederum die verlorenen potenziellen Lebensjahre, zeigt sich anders als bei den Frauen, dass Unfälle, Gewalttaten und Suizide die bedeutendsten Ursachen vorzeitiger Todesfälle von Männern sind (33,6% der VPL). Diese bei den Männern häufigeren Todesursachen dürften auf geschlechtsspezifische Verhaltensmuster hinweisen. Zudem treten Unfälle und Gewalttaten bei Männern im Kanton St.Gallen häufiger auf als im Schweizerischen Durchschnitt. Mit einem SMR von 118 sticht hier insbesondere die Sterblichkeit aufgrund von Suiziden hervor.

2.4.3 Ergebnisübersicht

Im Zeitraum von 1981 bis 2003 weist die Gesamt mortalität im Kanton St.Gallen wie in der übrigen Schweiz einen Rückgang auf, wobei die Sterblichkeit im Kanton St.Gallen leicht höher liegt als diejenige in der Grossregion Ostschweiz und in der gesamten Schweiz. Die Sterberaten der Männer und Frauen haben sich in den letzten zehn Jahren etwas angenähert, wobei die männliche Übersterblichkeit zurückging. Mögliche Ursachen für diesen Wandel sind Verhaltensänderungen und eine bessere Gesundheitspflege seitens der Männer (Meslé, 2004). Die grösste Abnahme der Todesfälle in absoluten Zahlen verzeichneten die oberen Altersklassen (Personen ab 65 Jahren), was mit steigender Lebenserwartung zusammenhängt. Dazu hat ebenfalls die tiefere Mortalität in den jüngeren Altersklassen beigetragen.

Die Analyse der Todesursachen zeigte, dass Krebsleiden im Kanton St.Gallen die Lebenserwartung der Menschen am stärksten beeinträchtigen. Ein Grossteil der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) ist auf diese Todesursachen zurückzuführen. Rein zahlenmässig sind die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache im Kanton St.Gallen. Sie fallen im Hinblick auf die VPL aber weniger stark ins Gewicht, da sie meist Menschen im fortgeschrittenen Alter betreffen. Aus präventivmedizinischer Sicht sind v. a. die Unfälle, Gewalttaten und Suizide bedeutsam, da diese Todesursachen im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre bei den Männern an erster Stelle (33,6%) und bei den Frauen an zweiter Stelle (21,9%) stehen. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz waren bei den Männern Unfälle, Gewalttaten und Suizide im Kanton St.Gallen im beobachteten Zeitraum häufiger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Insbesondere die hohe Suizidrate St.Galler Männer ist im Hinblick auf präventivmedizinische Massnahmen zu vermerken.

Die Sterblichkeit der beiden Geschlechter im Kanton St.Gallen aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten liegt im Beobachtungszeitraum über den Gesamtschweizer Werten, insbesondere die Sterblichkeit wegen ischämischer Herzkrankheiten. Diese Todesursache trägt mit einem Anteil von 19,8% bei Frauen und 21,3% bei Männern zum Total der Fälle bei.

2.5 Zusammenfassung

Fragt man die Einwohner/innen des Kantons St.Gallen, wie es ihnen zurzeit gesundheitlich gehe, so antwortet die grosse Mehrheit, dass sie sich gut (62,4%) oder sogar sehr gut (24,0%) fühle. Nur eine Minderheit sagt,

dass es ihr momentan schlecht oder sehr schlecht gehe. Bezüglich *selbstwahrgenommener Gesundheit* liegen die St.Galler/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. Die St.Galler weisen dabei in allen Altersgruppen eine leicht bessere Gesundheit auf als die St.Gallerinnen. Die grösste Differenz zeichnet sich bei den 35- bis 49-Jährigen ab: Während sich 92% der St.Galler in dieser Altersgruppe gut und sehr gut fühlen, trifft dies lediglich für 85% der St.Gallerinnen zu.

Ein Grund für die Verschlechterung des Wohlbefindens ist die Zunahme *lang andauernder Gesundheitsprobleme* mit höherem Alter. Während bei den 15- bis 34-Jährigen die grosse Mehrheit (91%) beschwerdefrei ist, so trifft dies nur noch für knapp drei Viertel (73%) der über 65-Jährigen zu. Auch hier besteht ein Geschlechterunterschied. Frauen berichten durchschnittlich häufiger von lang andauernden Beschwerden als Männer. Im Kanton St.Gallen fallen bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen jedoch vor allem die Männer über 50 Jahre auf. Ihr Anteil an Personen, die mit einem chronischen Leiden zu leben haben, ist bedeutend höher als der Schweizer Durchschnitt vermuten liesse und liegt auch deutlich über dem Anteil der St.Gallerinnen. Auffällig ist bei den lang andauernden Gesundheitsproblemen zudem der Einfluss der sozialen Lage: Je höher die Bildung, das Haushaltseinkommen und der berufliche Status, desto seltener treten lang andauernde Beschwerden auf.

Gewisse *körperliche Beschwerden* können mit psychosozialen Belastungen in Verbindung gebracht werden. Am weitesten verbreitet sind dabei Rückenschmerzen, Schwäche und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Während Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter häufiger werden, treten Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schwäche bei älteren Menschen bedeutend weniger auf als bei jüngeren. Frauen berichten deutlich häufiger von starken Beschwerden in den letzten vier Wochen als Männer (SG: 29,6% vs. 18,2%). Ferner zeigt sich, dass Personen mit geringer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen häufiger unter den genannten Beschwerden leiden als Personen mit höherer Bildung und Personen mit höherem Haushaltseinkommen.

Krankheiten und Unfälle können dazu führen, dass eine Person für einige Zeit nicht mehr oder nur noch *teilweise leistungsfähig* ist. Den höchsten Anteil an Personen, die mindestens während eines Tages im letzten Mo-

nat nicht voll einsatz- und leistungsfähig waren, findet man im Kanton St.Gallen wie auch in der Gesamtschweiz bei 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 hohen Blutdrucks wie auch eines erhöhten Cholesterinspiegels ist, dass beides nicht unmittelbar wahrgenommen werden kann. Es ist deshalb wichtig, dass eine medizinische Fachperson die entsprechenden Werte in regelmässigen Abständen kontrolliert. Beim Cholesterinspiegel zeigt sich, dass sehr viele Personen nicht wissen, ob ihr Cholesterin jemals gemessen wurde und was der allfällige Befund war. Dieses Problem besteht im Kanton St.Gallen in besonderem Ausmass. Jede zweite Person im Kanton St.Gallen kann über ihren Cholesterinspiegel keine Auskunft geben. Der Anteil Unwissender sinkt zwar in den höheren Altersgruppen, ist mit 20% bei den über 65-Jährigen jedoch immer noch bemerkenswert hoch. Mit höherer Bildung und höherem Einkommen steigt auch das Wissen um den persönlichen Cholesterinwert.

Übergewicht begünstigt sowohl Bluthochdruck als erhöhte Cholesterinwerte. Erwartungsgemäss nimmt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas mit höherem Alter stark zu. Der Anteil Übergewichtiger verdoppelt sich zwischen den 18- bis 34-Jährigen und den über 65-Jährigen von 17,3% auf 36,6% (SG). 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 St.Gallen in etwa überein. Männer sind in der Gruppe der Übergewichtigen auf allen Altersstufen stark übervertreten. Die grösste Differenz besteht im Kanton St.Gallen bei den über 65-Jährigen. Beinahe zwei von drei St.Gallern sind in dieser Altersgruppe (stark) übergewichtig. Damit unterscheiden

sie sich stark von den St.Gallerinnen (40,0%) aber auch – wenn auch nur leicht – von den Schweizern dieser Altersgruppe. Besonders auffällig ist im Kanton St.Gallen jedoch der Zusammenhang zwischen Bildung und Übergewicht. Nimmt im Gesamtschweizer Durchschnitt mit höherer Bildung der Anteil Übergewichtiger ab, so verhält es sich im Kanton St.Gallen zumindest bei den 35- bis 49 und bei den über 65-Jährigen genau umgekehrt. Der Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas ist bei St.Galler/innen mit Tertiärbildungsabschluss deutlich höher als bei St.Galler/innen mit Sekundärbildungsabschluss oder bei Personen in St.Gallen, welche lediglich die obligatorische Schule besucht haben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich – allgemein betrachtet – bei Personen mit geringer Bildung und tiefem Haushaltseinkommen das Risikopotenzial kumuliert. Diese Personen sind häufiger übergewichtig, haben höhere Cholesterinwerte und häufiger Bluthochdruck. Sie leiden häufiger an (lang andauernden) Gesundheitsproblemen und fühlen sich gesundheitlich weniger gut. Für den Kanton St.Gallen gilt es weiter, die über 50-jährigen Männer mit lang andauernden Gesundheitsproblemen sowie die übergewichtigen Personen mit Tertiärbildung im Auge zu behalten.

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 es bei den Männern das Bildungsniveau ist. Die St.Gallerinnen und St.Galler sind in allen Altersstufen psychisch etwa gleich ausgeglichen wie die Schweizerinnen und Schweizer.

Das *psychische Wohlbefinden* der Bevölkerung des Kantons St.Gallen ist auf einem sehr hohen Niveau und variiert, im Gegensatz zur Gesamtschweiz, auch nur unwesentlich zwischen den Altersgruppen und den verschiedenen sozialen Lagen. Die St.Gallerinnen erfreuen sich noch häufiger eines sehr hohen psychischen Wohlbefindens als die St.Galler. In der Gesamtschweiz sind es die Männer, die etwas häufiger ein sehr hohes psychisches Wohlbefinden haben.

Ein weiterer wichtiger 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 mit weniger depressiven Symptomen zusammen. Die Kontrollüberzeugung nimmt mit dem Alter zu. Eine St.Galler Besonderheit ist die ausgeprägte

Kontrollüberzeugung der 35- bis 49-jährigen St.Gallerinnen. Die über 65-jährigen Personen im Kanton St.Gallen glauben indes etwas weniger, das Leben selber bestimmen und bewältigen zu können als die entsprechende Altersgruppe im Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.19).

Soziales Wohlbefinden ist der dritte Aspekt von Gesundheit gemäss der WHO Definition. Für ein gutes soziales Wohlbefinden ist das Vorhandensein von sozialen Kontakten und Vertrauenspersonen wichtig. Es zeigt sich, dass Personen, die sich häufig einsam fühlen, öfter starke Beschwerden haben als Personen, die sich nie oder allenfalls manchmal einsam fühlen. Ein gutes Drittel der St.Gallerinnen und St.Galler im Alter von 15 bis 34 Jahren fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam. Bei den Frauen ist dies deutlich weniger, bei den Männern hingegen etwas mehr als der entsprechende Schweizer Durchschnitt. Die Frauen im Kanton St.Gallen fühlen sich im Vergleich zur Gesamtschweiz deutlich seltener einsam. In den mittleren Altersklassen nehmen die Einsamkeitsgefühle der Frauen und Männer stark ab, um bei den über 65-Jährigen wieder anzusteigen. Offensichtlich verhindert das Wissen um eine Vertrauensperson nicht, dass sich eine Person gelegentlich einsam fühlt. Während viele Personen zumindest hin und wieder vom Gefühl der Einsamkeit betroffen sind, geben nur gut 3% aller Befragten an, keine Vertrauensperson zu haben. Der Anteil steigt in höherem Alter stark an, was mit dem Hinscheiden von Ehepartner und Freunden zusammenhängen dürfte.

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 St.Gallen fällt die systematisch höhere Gesamtmortalität im Vergleich zur übrigen Schweiz auf. Der Kanton St.Gallen liegt dabei nahe bei den Werten der Grossregion Ostschweiz, weist diese doch verglichen mit der Gesamtschweiz tendenziell ebenfalls eine höhere Mortalitätsrate auf.

Die Analyse der ausgewählten Todesursachen hat gezeigt, dass der Anzahl nach die Herz-/Kreislaufkrankheiten die häufigsten Todesursachen im Kanton St.Gallen sind und diese zudem 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 Verhalten teilweise verhütet werden können. Im Kanton St.Gallen sind dies v. a. Unfälle, Gewalttaten und Suizide, da diese im Hinblick auf die verlorenen potenziellen Lebensjahre am stärksten ins Gewicht fallen. Insbesondere die im Vergleich zur Schweiz höhere Suizidrate der Männer ist hierbei zu nennen.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

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

3.1 Gesundheitsbewusstsein

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

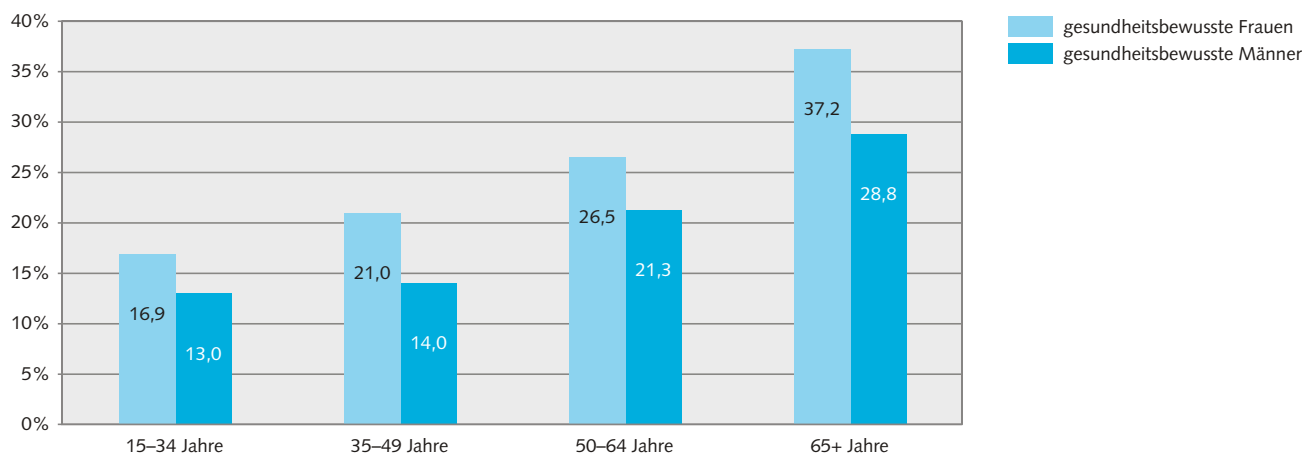
10,5% der Bevölkerung des Kantons St.Gallens stimmt der Aussage: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» zu. Die

grosse Mehrheit (68,1%) lebt nach dem Motto: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil», und schliesslich sagen 21,3% 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 Erhaltung der Gesundheit als Lebenskonzept immer wichtiger (vgl. Abbildung 3.1). Insbesondere im Pensionsalter wird der Gesundheit viel Beachtung geschenkt. Zwischen der Einstellung zur Gesundheit und dem Leiden unter lang andauernden Gesundheitsproblemen 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 we-

Anteil der Gesundheitsbewussten in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.1



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

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

		unbekümmert ¹		beachtend ²		orientiert ³	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		10,5	11,5	68,1	67,3	21,3	21,2
Geschlecht	Frauen	(6,5)	9,1	66,9	66,5	26,6	24,4
	Männer	14,9	14,1	69,5	68,2	15,6	17,7
Altersgruppen	15–34	(14,8)	17,2	67,8	67,8	17,4	15,0
	35–49	(12,6)	11,1	73,0	71,4	14,4	17,5
	50–64	(6,4)	8,5	67,0	67,5	26,6	24,0
	65+	*	6,4	63,0	59,8	33,3	33,8
Bildung	obligatorische Schule	(14,4)	17,2	55,5	56,4	30,1	26,5
	Sekundarstufe II	10,7	10,4	70,4	68,7	19,0	20,9
	Tertiärstufe	*	8,4	80,8	76,0	(17,0)	15,6
Nationalität	Schweizer	9,0	11,0	69,5	68,3	21,4	20,7
	Ausländer	19,6	14,3	59,6	62,1	20,8	23,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(12,2)	13,1	65,1	62,9	22,7	24,0
	CHF 3000 bis 4499	(8,7)	9,7	68,5	68,3	22,8	22,0
	CHF 4500 bis 5999	(5,6)	9,5	77,6	71,3	(16,8)	19,2
	CHF 6000 und höher	*	8,4	76,5	77,0	*	14,6
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	*	12,4	67,4	62,4	(21,0)	25,2
	qualifizierte manuelle Berufe	(14,1)	15,9	64,3	61,9	(21,6)	22,2
	Kleinunternehmer	*	12,4	68,8	66,7	(26,4)	20,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(12,8)	9,8	63,6	67,4	23,6	22,8
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(7,5)	9,0	76,1	71,1	16,4	19,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	8,2	78,6	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, 735 <n<793 (SG); 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.»

niger als Fr. 3000 am höchsten und nimmt in jeder höheren Einkommensklasse ab (vgl. Tabelle 3.1). Dies erklärt sich mitunter damit, dass die besonders gesundheitsorientierten älteren Frauen relativ häufig in prekäreren Einkommensverhältnissen leben.

3.2 Körperliche Aktivität

Bewegung und Sport sind für die Gesundheit von grosser Bedeutung. Die gesundheitsfördernde Wirkung von regelmässiger körperlicher Aktivität und ihre Schutzfunktion gegen zahlreiche Krankheiten sind wissenschaftlich gut belegt (vgl. Marti und Hättich 1999). Der 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 hebt nachweislich die Stimmung und verbessert die Lebensqualität.

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

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

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

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 36,5% der St.Galler/innen zumindest eine der beiden Bewegungsempfehlungen erfüllen, während 63,4% diese nicht erfüllen und als ungenügend aktiv bezeichnet werden müssen. Knapp ein Drittel 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, die Häufigkeit und/oder der Bewegungsumfang sind deutlich von einer gesundheitswirksamen «Minimaldosis» entfernt. Schliesslich erweist sich ein Sechstel der St.Galler/innen als völlig inaktiv. Das Bewegungsverhalten im Kanton St.Gallen widerspiegelt bis auf den Anteil Inaktiver die gesamtschweizerischen Verhältnisse. Im Kanton St.Gallen sind etwas weniger Personen sportlich inaktiv als im Durchschnitt der Gesamtschweiz wie auch der Deutschschweiz.

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. Während sich für die Gesamtschweiz generell sagen lässt, dass das Aktivitätsniveau mit dem sozialen Status deutlich ansteigt, findet sich im Kanton St.Gallen bei den Personen mit Tertiärbildung erneut eine Abweichung vom Trend. Personen mit Tertiärausbildung im Kanton St.Gallen sind seltener sportlich aktiv und trainieren deutlich öfter unregelmässig als die Referenzgruppe in der Gesamtschweiz. Der Anteil Akademiker im Kanton St.Gallen mit einem guten Bewegungsverhalten ist deutlich tiefer als im Schweizer Durchschnitt, zudem hat das Haushaltseinkommen im Kanton St.Gallen keinen Einfluss auf das Bewegungsverhalten.

Für die Gesamtschweiz gilt, dass Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau sowie einem überdurchschnittlichen Haushaltseinkommen ein besseres Bewegungsverhalten aufweisen als Personen in tieferen sozialen Lagen.

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 St.Gallen im Mittelfeld.

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

	SG	CH
trainiert: mindestens 3 Tage pro Woche mit Schwitzepisoden	27,5	27,0
regelmässig aktiv: mindestens 5 Tage jeweils mindestens 30 Min. Aktivitäten mit mittlerer Intensität (ausser Atem kommen)	9,0	8,9
unregelmässig aktiv: mindestens 150 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 2 Tage mit Schwitzepisoden	29,0	25,6
teilaktiv: mindestens 30 Minuten mittlere Intensität pro Woche oder 1 Tag mit Schwitzepisoden	19,4	19,1
inaktiv	15,0	19,4

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 949 (SG); 18'719 (CH).

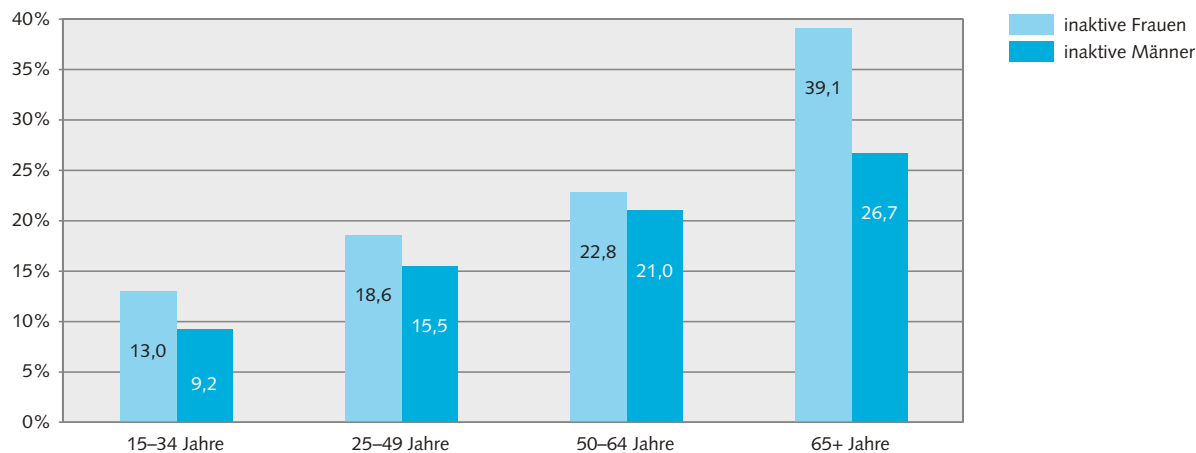
Tab. 3.3 Bewegungsverhalten nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/ teilaktiv		inaktiv	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		36,5	35,8	48,5	44,8	15,0	19,4
Geschlecht	Frauen	33,4	32,6	48,9	45,2	17,7	22,2
	Männer	39,9	39,4	48,0	44,3	12,1	16,3
Altersgruppen	15–34	43,0	42,4	49,5	46,5	(7,5)	11,1
	35–49	37,3	33,1	47,8	49,9	14,9	17,0
	50–64	32,7	33,5	53,1	44,6	14,2	22,0
	65+	25,7	31,9	41,2	33,9	33,1	34,3
Bildung	obligatorische Schule	37,3	34,8	42,5	38,1	20,2	27,2
	Sekundarstufe II	37,7	36,2	48,6	46,0	13,6	17,7
	Tertiärstufe	28,6	35,8	59,9	49,3	(11,4)	14,8
Nationalität	Schweizer	37,5	37,0	48,3	45,2	14,2	17,8
	Ausländer	(31,4)	30,5	49,4	42,8	(19,2)	26,7
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	37,5	33,9	45,5	41,9	17,0	24,2
	CHF 3000 bis 4499	35,2	34,7	51,4	45,8	13,4	19,5
	CHF 4500 bis 5999	36,3	37,9	50,8	47,0	(12,9)	15,2
	CHF 6000 und höher	35,7	37,8	50,6	49,4	(13,7)	12,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	33,8	36,3	43,7	37,9	22,5	25,8
	qualifizierte manuelle Berufe	42,2	36,1	44,0	42,8	(13,8)	21,2
	Kleinunternehmer	(29,6)	35,6	(45,5)	39,8	(24,9)	24,6
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	35,5	33,8	49,7	47,1	14,8	19,1
	höherqual. nicht-man. B. / mittleres Kader	36,2	36,4	54,2	48,0	9,6	15,6
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(29,1)	33,8	58,8	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, 869<n<950 (SG); 17'344<n<18'719 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen. Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Anteil der Inaktiven in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht, Schweiz

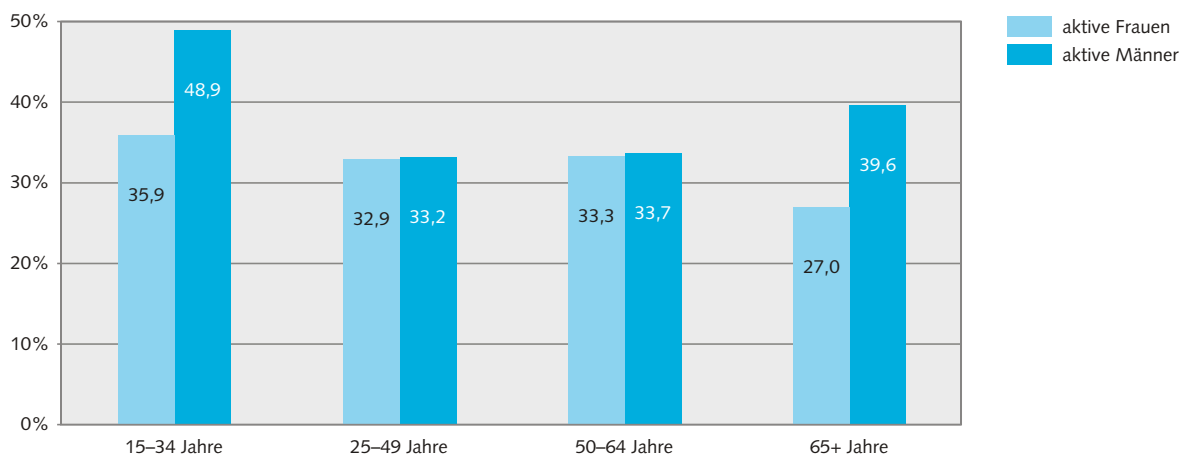
Abb. 3.2



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

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

Abb. 3.3



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

Tab. 3.4 Verschiedene Formen von körperlicher Aktivität, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

		SG	CH
Sport, Fitness, Gymnastik	nie	44,0	47,0
	teilaktiv, unregelmässig aktiv	30,5	28,6
	regelmässig aktiv: mehrmals pro Woche,	25,5	24,3
Tägliche Wegstrecke (zum Arbeiten, Einkaufen, Ausgehen) zu Fuss oder mit Velo	keine körperliche Bewegung	48,6	50,5
	bis 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	24,7	22,1
	über 30 Min. zu Fuss oder mit Velo	26,7	27,4
Körperliche Aktivität bei der Arbeit (inkl. Haus- und Gartenarbeit)	kein Schwitzen bei der Arbeit	43,9	43,4
	1 bis 2 Schweißepisoden pro Woche	30,7	28,8
	3 und mehr Schweißepisoden pro Woche	25,4	27,8

Datenquelle: BFS; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 934<n<1014 (SG); 18'376<n<19'706 (CH).

Überdurchschnittlich viele Inaktive finden wir im Kanton Basel-Stadt, während sich die Zugerinnen und Zuger als besonders aktiv erweisen.

Eine genauere Analyse der Faktoren Geschlecht und Alter findet sich in den Abbildungen 3.2 und 3.3. Dabei zeigt sich, dass der Rückgang der Bewegungsaktivitäten mit dem Alter nicht kontinuierlich erfolgt und sich die Männer und Frauen dabei klar unterscheiden. Die Männer sind in jungen Jahren deutlich 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 umfangmässig) 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 St.Gallen 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.

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 Cholesterinspiegels¹⁰ 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.

¹⁰ Zu Cholesterin s. Abschnitt 3.1.4: Risikofaktoren für chronische Krankheiten.

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 St.Gallen achten etwas weniger als drei Viertel (70,6%) der Bevölkerung auf ihre Ernährung. Dabei erweisen sich die Frauen als ernährungsbewusster als die Männer (77,2% vs. 63,6%). Unabhängig vom Geschlecht sind es im Kanton St.Gallen die über 65-Jährigen, die am häufigsten darauf achten, was sie essen.

Das Ernährungsbewusstsein steht in Zusammenhang mit Bildung und Berufsstatus, nicht aber mit dem Haushaltseinkommen. Personen mit einer höheren Bildung und Personen in nicht-manuellen Berufen achten deutlich mehr darauf, was sie essen, als Personen mit einer geringen Bildung und Personen in manuellen Berufen. Zumindest im Kanton St.Gallen besteht aber keine Beziehung zwischen dem Haushaltseinkommen und dem Er-

nährungsbewusstsein. Das Ernährungsbewusstsein scheint also eher eine Lebensstil- als eine Geldfrage zu sein (vgl. Tabelle 3.5).

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

3.3.2 Ernährungsgewohnheiten

Mehr als ein Viertel der Personen im Kanton St.Gallen isst (fast) täglich Fleisch, während 3,2% der Personen darauf weitgehend bis ganz verzichtet (Tabelle 3.6). Bei der grossen Mehrheit der Personen im Kanton St.Gallen stehen zudem täglich Gemüse und Salat auf dem Tisch. Der tägliche Konsum von Gemüse und Salat im Kanton St.Gallen ist bei den 15- bis 34-Jährigen etwas geringer als bei den übrigen Altersgruppen. Die Differenz ist jedoch nicht so gross wie beim Fruchtekonsum. Während in der jüngsten Altersgruppe nur 57,6% täglich Früchte

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

		SG	CH
Gesamtbevölkerung		70,6	69,1
Geschlecht	Frauen	77,2	76,0
	Männer	63,6	61,6
Altersgruppen	15–34	64,1	61,9
	35–49	69,5	70,5
	50–64	75,3	73,5
	65+	80,2	73,7
Bildung	obligatorische Schule	65,5	60,5
	Sekundarstufe II	71,5	71,3
	Tertiärstufe	77,6	73,7
Nationalität	Schweizer	72,8	70,5
	Ausländer	61,3	63,3
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	65,8	65,5
	CHF 3000 bis 4499	74,1	71,1
	CHF 4500 bis 5999	80,1	74,0
	CHF 6000 und höher	75,6	75,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	64,2	66,3
	qualifizierte manuelle Berufe	64,1	61,0
	Kleinunternehmer	71,1	67,3
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	75,8	73,4
	höherqualifizierte nicht-manuelle Berufe/mittleres Kader	74,5	74,2
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	80,9	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. 925<n<1013 (SG); 18'172<n<19'691 (CH).

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

	an 6–7 Tagen		an 4–5 Tagen		an bis zu 3 Tagen		selten bis nie	
	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Fleisch	29,5	25,2	27,0	26,2	40,3	43,7	3,2	4,8
Gemüse und Salat	85,9	85,2	8,4	8,0	4,7	6,1	*	0,7
Früchte	70,7	68,0	7,6	9,0	18,0	17,6	3,7	5,3
Fastfood	*	1,5	(1,8)	3,4	16,1	15,9	81,7	79,1

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 1010<n<1014 (SG); 19'662<n<19'687 (CH).

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

essen, nimmt der Fruchtekonsum in den höheren Altersklassen kontinuierlich zu. Bei den über 65-Jährigen verpeisen 83,6% täglich Früchte. Diese Differenz ist jedoch keine St.Galler Eigenheit, sondern findet sich in vergleichbarem Mass auch in der Gesamtschweiz.

Mehr als vier Fünftel der St.Galler 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 34,0%, bei den über 65-Jährigen schliesslich 88,3%, die weitgehend auf Fastfood verzichten. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil häufiger Snackbarbesucher im Kanton St.Gallen geringer.

Bei diesen Altersdifferenzen handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Kohorteneffekt. Dies spricht für die Annahme, dass sich die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch in späteren Jahren – zumindest teilweise – von Fastfood ernähren werden. Dies hängt nicht zuletzt mit den veränderten Lebensgewohnheiten zusammen. Deshalb ist es von zentraler Wichtigkeit, dass 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 Humanarzneimittel¹¹ angeboten, von denen gut die Hälfte (56,2%) verschrieben werden muss. Der Anteil der Medikamente an den gesamten Gesundheitskosten beträgt gegenwärtig 10,7%. Medikamente gegen Herz-/Kreislaufkrankungen nehmen bezüglich ihres Marktanteils seit Jahren die Spitzenposition ein. An zweiter Stelle stehen Medikamente gegen Depressionen. Im Durchschnitt geben die Schweizerinnen und Schweizer 1,5% ihres Einkommens für Medikamente aus (Kommunikationsstelle Interpharma 2003).

¹¹ Humanarzneimittel, Phytotherapeutika, Homöopathika, In-vitro-Tests, Radiopharmazeutika.

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

Gut jede dritte Person (36,7%) im Kanton St.Gallen hat in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es mit 40,8% etwas mehr. Dabei liegt der Anteil bei den Frauen mit 41,7% (CH: 46,2%) über dem Anteil der Männer mit 31,5% (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 St.Galler/innen hatten 22,1% in der Woche vor der Befragung 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 St.Gallen als auch in der Schweiz insgesamt deutlich mehr (SG: 72,3%, CH: 70,8%). Weiter zeigt sich, dass mit zunehmender Bildung der Medikamentenkonsum abnimmt. Dieser Zusammenhang besteht bei allen Altersstufen – bei den Frauen wie auch bei den Männern.

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

Schmerzmittel sind bei den eingenommenen Medikamenten die Spitzenreiter. 14,5% der in der Schweiz wohnhaften Personen über 15 Jahre haben in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schmerz-

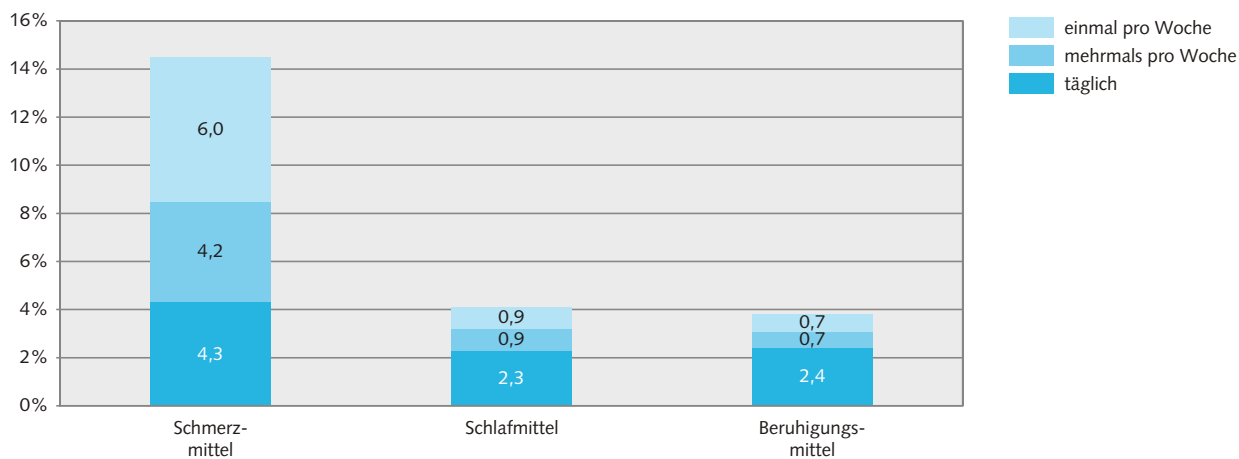
Tab. 3.7 Medikamentenkonsument nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlaf- mittel	
		SG	CH	SG	CH	CH	CH	
Gesamtbevölkerung		36,7	40,8	10,5	14,5	3,8	4,1	
Geschlecht	Frauen	41,7	46,2	13,9	18,0	4,7	5,4	
	Männer	31,5	34,9	7,0	10,8	2,8	2,7	
Altersgruppen	15–34	22,1	27,3	(8,3)	12,8	1,6	0,6	
	35–49	26,9	31,1	(9,4)	14,5	2,6	2,0	
	50–64	45,0	46,9	(9,9)	14,2	5,7	4,3	
	65+	72,3	70,8	17,7	17,7	7,0	12,9	
Bildung	obligatorische Schule	37,9	44,8	10,7	17,5	5,3	5,8	
	Sekundarstufe II	36,5	39,8	10,5	13,9	3,4	3,5	
	Tertiärstufe	35,0	38,3	(10,4)	12,2	2,9	3,6	
Nationalität	Schweizer	38,3	41,8	10,3	14,1	3,7	4,4	
	Ausländer	29,9	36,3	(11,5)	16,3	4,2	2,9	
Haushalts- einkommen	bis CHF 3000	36,0	40,3	11,2	16,3	4,6	4,9	
	CHF 3000 bis 4499	38,6	42,9	11,8	14,2	3,9	4,1	
	CHF 4500 bis 5999	31,6	41,6	*	13,1	3,2	3,4	
	CHF 6000 und höher	50,5	39,4	(19,9)	12,9	2,4	2,8	
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	41,8	40,4	(15,4)	16,2	4,3	4,1	
	qualifizierte manuelle Berufe	28,1	38,2	(8,3)	13,1	4,1	3,6	
	Kleinunternehmer	(39,5)	39,3	*	14,1	3,7	3,9	
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	37,4	45,2	(8,7)	16,0	4,2	4,6	
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	41,9	40,6	12,7	15,0	3,8	4,1	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(28,8)	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, 922<n<1011 (SG); 18'164<n<19'683 (CH).
 * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Medikamentenkonsument in der Woche vor der Befragung, Schweiz

Abb. 3.4



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

mittel eingenommen, im Kanton St.Gallen waren es deutlich weniger (10,5%). 4,3% der Schweizer Bevölkerung konsumierte täglich Schmerzmittel, wobei der Anteil der konsumierenden Frauen mit 5,1% deutlich über dem der Männer mit 3,4% lag. Mit zunehmendem Alter steigt der tägliche Schmerzmittelkonsum stark an. Während 2,6% der 15- bis 34-Jährigen in den sieben Tagen vor der Befragung täglich ein Schmerzmittel nahmen, waren es bei den über 65-Jährigen 6,9%.

Schlafmittel wurden im Kanton St.Gallen in der Woche vor der Befragung von 3,3% 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 St.Gallen in der Woche vor der Befragung 2,4% der Bevölkerung eingenommen, in der Gesamtschweiz waren es 3,8%. Dabei

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

3.5 Tabakkonsum

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

Tabelle 3.8 gibt einen Überblick über den Tabakkonsum in der Bevölkerung. Zu den Rauchenden zählen Personen, welche während mehr als sechs Monaten zumindest ab und zu Zigaretten oder andere Tabakwaren konsumiert haben. Ein knappes Drittel (30,2%) der St.Galler

Tab. 3.8 Tabakkonsum, Kanton St.Gallen und Schweiz

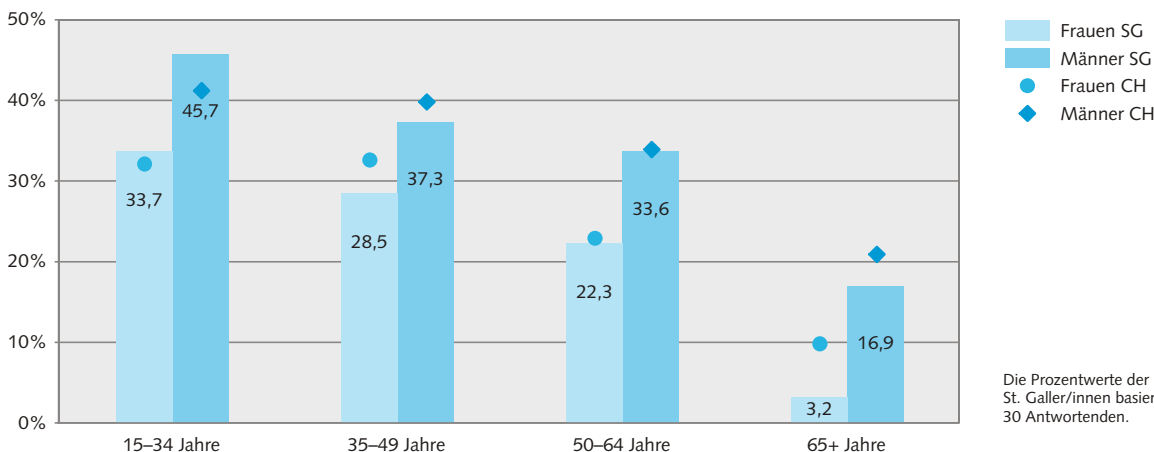
	SG	CH		SG	CH
Nichtraucher	69,8	69,5	noch nie geraucht	51,8	49,6
			Ex-Raucher	18,0	19,9
Raucher	30,2	30,5	weniger starke Raucher ¹	16,2	14,0
			starke Raucher ²	14,1	16,5

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 1013 (SG), 19'701 (CH).

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

Anteil rauchender Frauen und Männer, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 3.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=1013 (SG); 19'701 (CH).

Die Prozentwerte der über 65-jährigen St. Galler/innen basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

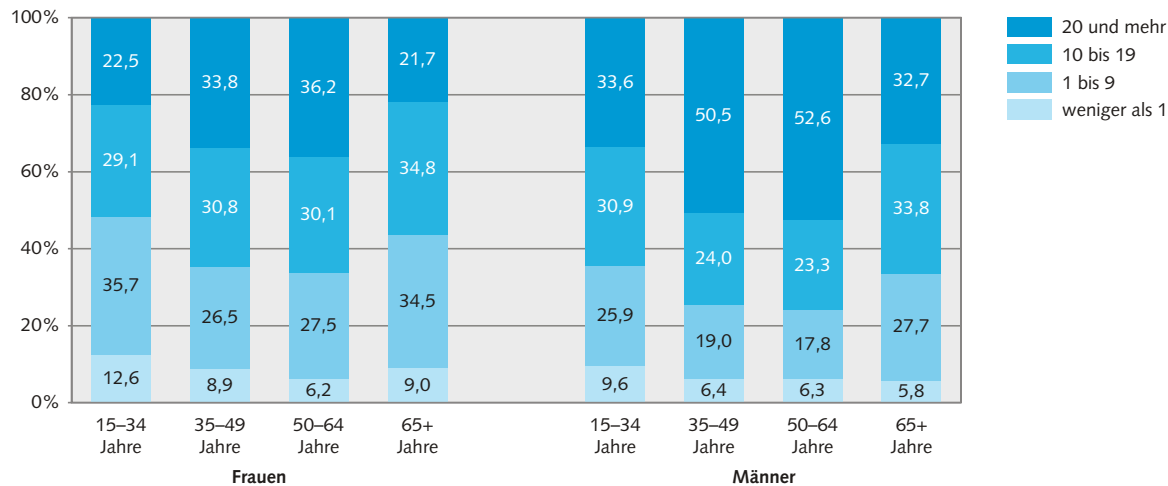
Tab. 3.9 Anteil der konsumierten Tabakprodukte, unterschieden nach Geschlecht, Schweiz (in %, Mehrfachnennungen möglich)

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

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

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

Abb. 3.6



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

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

		Nichtraucher		Raucher		starke Raucher		
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
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: ab 11 Zigaretten/Tag.

Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren raucht, wobei knapp die Hälfte davon zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten im Tag) gezählt werden kann. Im Kanton St.Gallen leben also gleich viele Nichtraucher wie 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 (SG: 37,3% vs. 23,3%). Abbildung 3.5 zeigt, wie die Differenz zwischen den Geschlechtern auch mit zunehmendem Alter bestehen bleibt, der Anteil Rauchender insgesamt hingegen abnimmt. Bei der Betrachtung der Abbildung 3.5 fällt weiter der hohe Anteil Raucher (46%) bei den 15- bis 34-jährigen St.Gallern auf.

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 10% der Tabak konsumierenden Männer (auch) Zigarillos oder Pfeife, und fast ein Fünftel raucht hin und wieder eine Zigarre (vgl. Tabelle 3.9).

Knapp die Hälfte der rauchenden Männer und ein Drittel der rauchenden Frauen konsumieren 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Rauchern zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, raucht täglich mehr Zigaretten als die jüngeren Raucher (vgl. Abbildung 3.6). Das soll jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass der hohe Anteil junger Raucherinnen und 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.

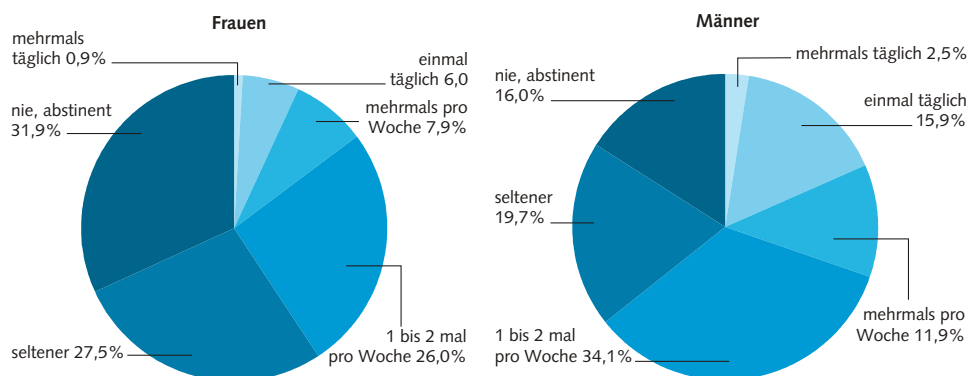
3.6 Alkoholkonsum

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, (lang andauernde) 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 folgenden Werte: Über 2100 Personen starben infolge erhöhten Alkoholkonsums, 40% davon durch Erkrankungen des Verdauungstrakts. Weitere häufige alkoholbedingte Todesursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und Suizid. 880'000 Arztbesuche und 500'000 Krankenhaustage gingen auf Alkoholmissbrauch zurück; deren Kosten

Häufigkeit des Alkoholkonsums von Frauen und Männern, Kanton St.Gallen

Abb. 3.7

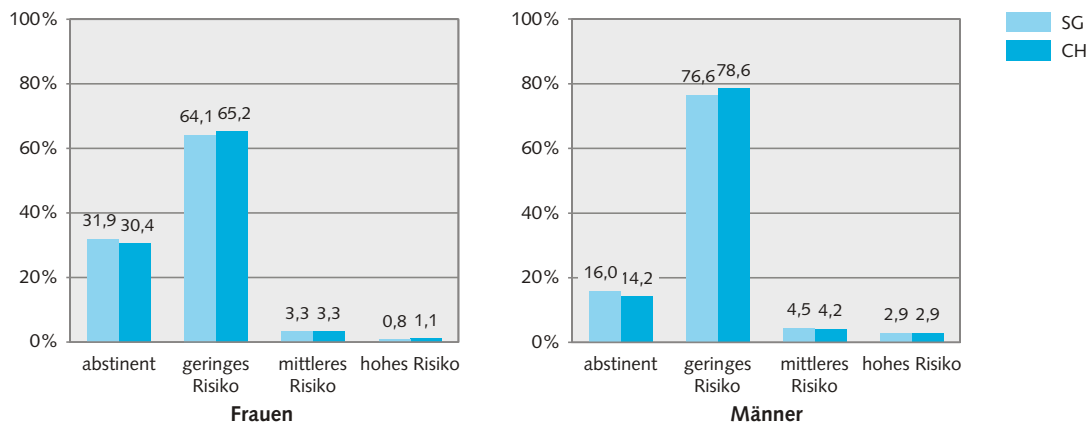


«Mehrmals täglich» hat bei den Frauen und den Männern eingeschränkte Aussagekraft (weniger als 30 Antwortende).

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 540 (Frauen); 473 (Männer).

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

n=540 (Frauen SG), 473 (Männer SG), 10'767 (Frauen CH), 8870 (Männer CH).

beliefen sich auf geschätzte 554 Millionen Franken. 2800 Menschen bezogen wegen Alkoholproblemen eine Invalidenrente mit einem durchschnittlichen Invaliditätsgrad von über 90%. Die sozialen Kosten – Kosten für sämtliche Schäden durch übermässigen Alkoholkonsum – betragen geschätzte 6.5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et al. 2003).

In der Gesundheitsbefragung wird auf verschiedene Aspekte des Trinkverhaltens eingegangen. Unter anderem wird gefragt, wie oft alkoholische Getränke konsumiert werden und wie viel in den einzelnen Trinkepisoden jeweils getrunken wird. Aus diesen Angaben lässt sich der Konsum reinen Alkohols in Gramm pro Tag berechnen. Allgemein geht man davon aus, dass ab einem täglichen Konsum von 20g bei Frauen und 40g bei Männern von einem mittleren Risiko gesprochen werden kann.¹² 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 dritter Aspekt des Trinkverhaltens werden Anzeichen von Alkoholabhängigkeit und Trinken mit sozialen Konsequenzen untersucht.

Im Kanton St.Gallen trinken 12,4% der Bevölkerung täglich, 39,7% wöchentlich und 47,8% selten bis nie Alkohol. Der Anteil selten trinkender und abstinenter Frauen ist dabei um das Doppelte höher als jener der Männer (vgl. Abbildung 3.7).

96,0% der Frauen im Kanton St.Gallen trinken keinen oder durchschnittlich weniger als 20g reinen Alkohol pro Tag, was bedeutet, dass vier von hundert Frauen die mittlere Risikogrenze überschreiten. Bei den Männern wird der Bereich von mittlerem und hohem Risiko von 7,4% erreicht. Diese Werte liegen bei den Frauen und bei den Männern etwas unter jenen der Gesamtschweiz.¹³ Bei den Frauen und Männern im Kanton St.Gallen ist der Anteil abstinent Lebender im Vergleich zur Schweiz insgesamt leicht höher, und die Konsumanteile mit geringem Gesundheitsrisiko sind tiefer (Abbildung 3.8).

In der Gesundheitsbefragung wurde neben der Trinkhäufigkeit und der konsumierten Menge auch (sozial) problematisches Trinkverhalten untersucht. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Person als alkoholabhängig bezeichnet werden muss (Kontrollverlust, Vernachlässigung von Pflichten, Trinken am Morgen, um Nachwirkungen zu mindern) oder dass ihr Trinkverhalten für die Umwelt schädigende Konsequenzen hat (Schuldgefühle, Blackouts, Gefährdung Dritter durch eigenen Alkoholkonsum, Bedenken Dritter wegen des Konsums). Es zeigt sich, dass sich bei der grossen Mehrheit der St.Galler Bevölkerung über 15 Jahren keinerlei Anzeichen von sozial unmittelbar problematischem Alkoholkonsum abzeichnen. Knapp jede zehnte (9,4%) in der Schweiz lebende Person gibt jedoch an, eine oder zwei der genannten problematischen Situationen persönlich schon erlebt zu haben.

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

¹³ Die Anzahl Personen mit einem mittlerem und hohem Risiko ist in der Stichprobe des Kantons St.Gallen sehr klein, weshalb diese Unterschiede nicht weiter analysiert werden können.

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.

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-¹⁴ oder marihuanaangereicherten¹⁵, selbst gedrehten Zigaretten (Joints) die Rede. Beide Cannabisprodukte beeinflussen sowohl das Zentralnervensystem als

auch die Psyche. Ihr Konsum führt zwar in der Regel zu keiner körperlichen Abhängigkeit, bei rund der Hälfte aller stark Cannabis Konsumierenden wird jedoch eine psychische Abhängigkeit festgestellt (WHO 1997, Müller und Gmel 2002).

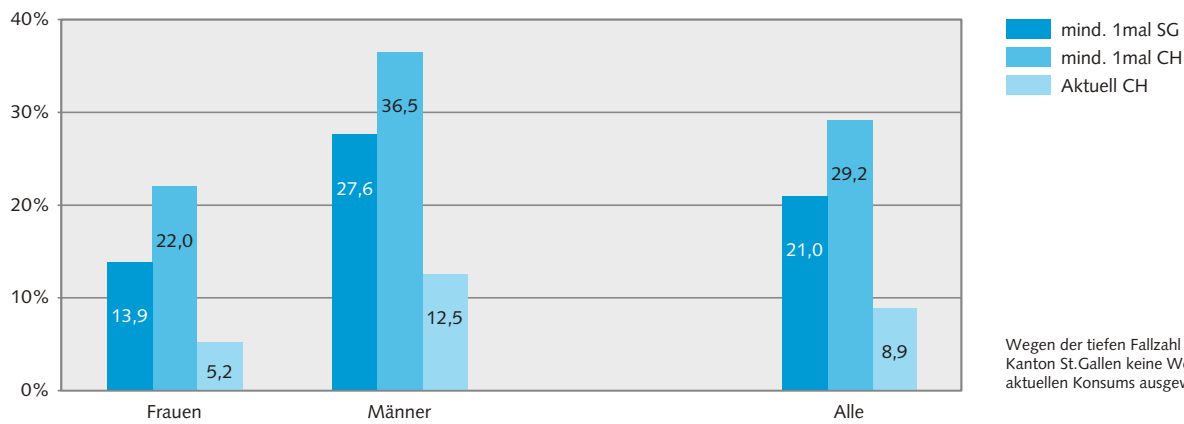
Cannabiskonsum erweist sich in verschiedener Hinsicht als problematisch: (1) Jugendliche konsumieren Cannabis aus Langeweile, als Möglichkeit der Realitätsflucht und zur Unterdrückung psychischer Probleme. (2) Rauchen belastet das Atmungssystem; längerer Konsum kann Krebs und Tumore der oberen Luftwege verursachen. (3) Die Reduktion von Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis und Reaktionsfähigkeit bleibt 12 bis 24 Stunden nach dem Cannabiskonsum bestehen. Dies hat negative Auswirkungen auf die Schul- und Arbeitsleistung. 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).

¹⁴ Harz der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

¹⁵ Blätter, Blüten und Stängel der weiblichen Cannabis sativa var. indica.

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

Abb. 3.9

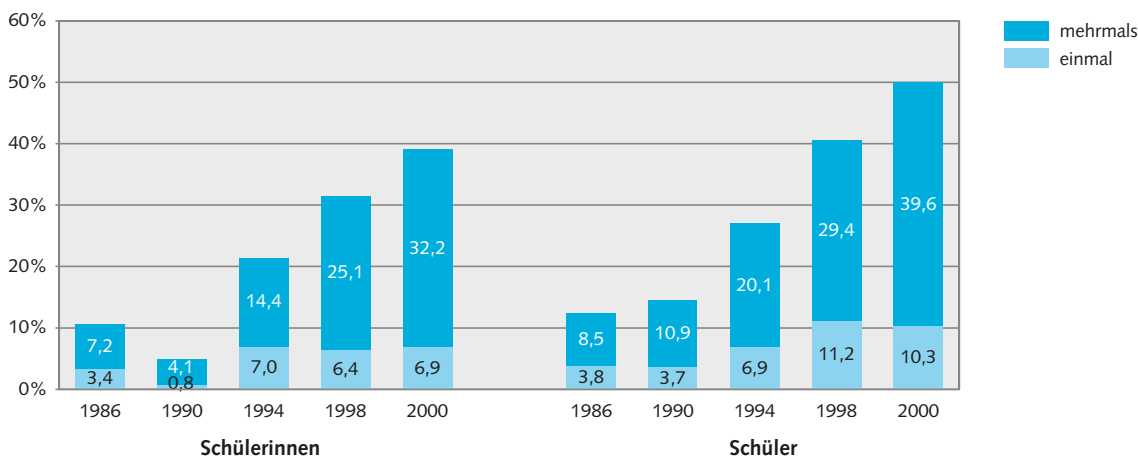


Wegen der tiefen Fallzahl können für den Kanton St.Gallen keine Werte bezüglich aktuellem Konsum ausgewiesen werden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=277 (SG), 4712 (CH).

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

Abb. 3.10



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

Im Kanton St.Gallen haben 21,0% aller 15- bis 34-Jährigen Erfahrungen mit Cannabisprodukten gemacht (vgl. Abbildung 3.9). Die so genannte Lebenszeitprävalenz liegt damit im Kanton St.Gallen deutlich unter dem Schweizer Wert. Die Lebenszeitprävalenz ist beim Cannabiskonsum indes rund dreimal höher als der aktuelle Konsum. Es zeigt sich nämlich, dass von allen 15- bis 34-jährigen Personen, die in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal Haschisch oder Marihuana konsumiert haben, nur ein Drittel angibt, dies im Zeitpunkt der Befragung noch zu tun (vgl. Abbildung 3.9 und Tabelle 3.12). Der Anteil der Frauen ist sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch beim aktuellen Cannabiskonsum deutlich tiefer als derjenige der Männer.

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

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.

Tab. 3.12 Selbstberichtete Lebenszeitprävalenz und selbstberichteter aktueller Cannabiskonsum der 15- bis 34-jährigen Schweizer Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Wohnregion¹⁶

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

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

Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

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

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

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

3.7.2 Konsum harter Drogen

Knapp jede dritte Person in der Schweiz (29,7%) zwischen 15 und 34 Jahren hat in ihrem Leben mindestens einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Bei der grossen Mehrheit beschränkt sich die Erfahrung aber auf den Konsum von Cannabis. 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen haben (zudem) mindestens einmal harte Drogen konsumiert (Abbildung 3.11). Nicht nur der Konsum von Cannabis, auch der Konsum von harten Drogen ist unter den jungen Männern (5,3%) weiter verbreitet als unter den jungen Frauen (3,2%).

Wird untersucht, welche harten Drogen von den erwähnten 4,3% aller 15- bis 34-Jährigen konsumiert worden sind, so zeigt sich, dass es sich dabei in erster Linie um Kokain und Ecstasy handelte. Abbildung 3.12 gibt eine Übersicht über die Beliebtheit der konsumierten Stoffe, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.¹⁷ 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 2004a, SFA 2004b).

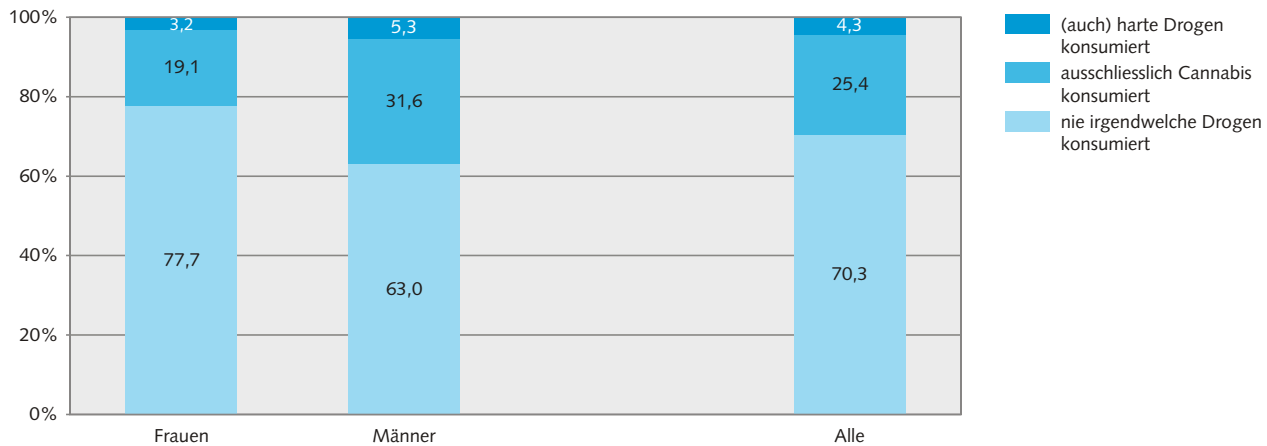
14,1% der 15- bis 34-Jährigen mit Cannabiserfahrung hatten mindestens einmal Kontakt mit harten Drogen. Umgekehrt konsumieren 96,3% der Personen mit Erfahrung mit harten Drogen auch Cannabis.

¹⁶ Diese Tabelle weicht von der Form der anderen Tabellen ab. Bei den 15- bis 34-jährigen Personen macht es wenig Sinn, Bildung, Einkommen und die sozioprofessionelle Kategorie anzugeben, da sie oft noch in der Ausbildung sind und die Angaben ein verfälschtes Bild wiedergeben würden.

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

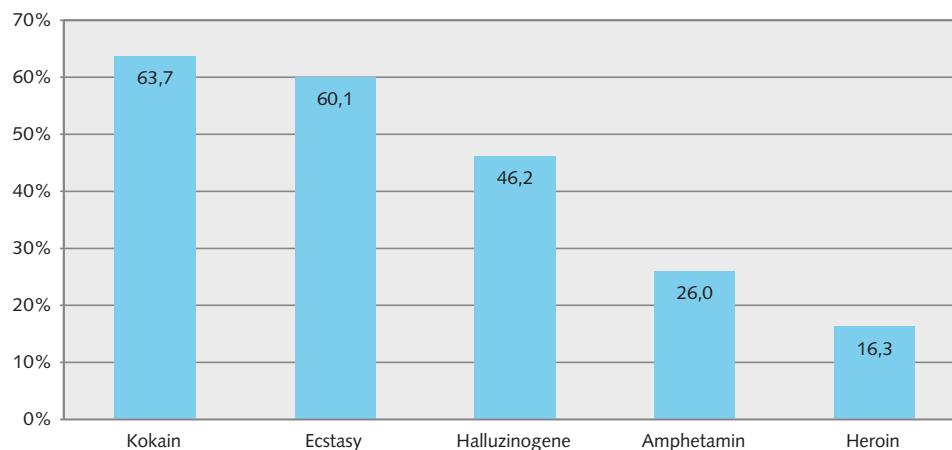
Lebenszeitprävalenz Konsum von Cannabis und harten Drogen bei 15- bis 34-Jährigen nach Geschlecht, Schweiz

Abb. 3.11



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

Rangliste des Konsums von harten Drogen (in % aller in der Schweiz lebenden 15- bis 34-Jährigen, die schon harte Drogen konsumiert haben) Abb. 3.12



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

3.8 Zusammenfassung

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

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung im Kanton St.Gallen 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 St.Gallen ist regelmässig aktiv, während ein Sechstel als völlig inaktiv bezeichnet werden muss. Das Bewegungsverhalten nimmt mit zunehmendem Alter ab, und Männer sind dabei generell etwas aktiver als Frauen. Der Bewegungsmangel ist zudem unter der ausländischen Wohnbevölkerung sowie in den unteren sozialen Lagen besonders verbreitet. Auffällig sind im Kanton St.Gallen auch Personen mit Tertiärbildungsabschluss. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz fällt ihr Bewegungsverhalten negativ auf.

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 St.Gallen ist der Anteil ernährungsbewusster Personen etwas grösser als in der Gesamtschweiz (71% vs. 69%). Untersucht man die Ernährungsgewohnheiten genauer, so zeigt sich, dass die 15- bis 34-Jährigen deutlich weniger Salat, Gemüse und Früchte essen als die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig trifft man diese Altersgruppe am häufigsten in Schnellimbisslokalen an.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der *Umgang mit Medikamenten*. Mehr als jede dritte Person im Kanton St.Gallen hat in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen, wobei der Medikamentenkonsum bei den Frauen deutlich höher ausfällt, als bei den Männern. Der Medikamentenkonsum steigt zudem mit dem Alter stark an. Nahmen in der Woche vor der Befragung 22,1% der 15- bis 34-jährigen St.Galler/innen mindestens einmal ein Medikament ein, so waren es bei den über 65-Jährigen 72,3%. Am häufigsten werden dabei Schmerzmittel konsumiert. Der Medikamentenkonsum im Kanton St.Gallen ist allgemein betrachtet, etwas geringer als der Gesamtschweizer Durchschnitt.

Zwei prominente Themen in der Gesundheitsförderung und Prävention sind der Umgang mit Nikotin und Alkohol. Beinahe jede dritte Person im Kanton St.Gallen raucht zumindest gelegentlich. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher zwar kontinuierlich ab, wer aber im Alter von 50 bis 64 Jahren noch raucht, raucht besonders viel. Der Anteil Raucher ist bei den Männern unabhängig von der sozialen Lage und von der Altersgruppe bedeutend höher als bei den Frauen. Besonders auffällig sind dabei die St.Galler im Alter von 15 bis 34 Jahren. In dieser Altersgruppe raucht beinahe jeder zweite zumindest gelegentlich.

Alkoholmissbrauch wird von der WHO als drittgrösster Risikofaktor für die Gesundheit definiert. Die grosse Mehrheit der St.Gallerinnen trinkt kaum oder in moderaten Mengen alkoholische Getränke. Bei 4,1% der Frauen besteht jedoch ein mittleres bis hohes Risiko bezüglich ihrer täglich konsumierten Alkoholmenge. Bei den St.Gallern ist der Anteil Risikotrinker mit 7,4% noch deutlich höher. Der Anteil Personen mit einem risikoreichen Trinkverhalten 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 erkennen.

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

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

4 Wohn-, Arbeitssituation und Angst vor Gewalt

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

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

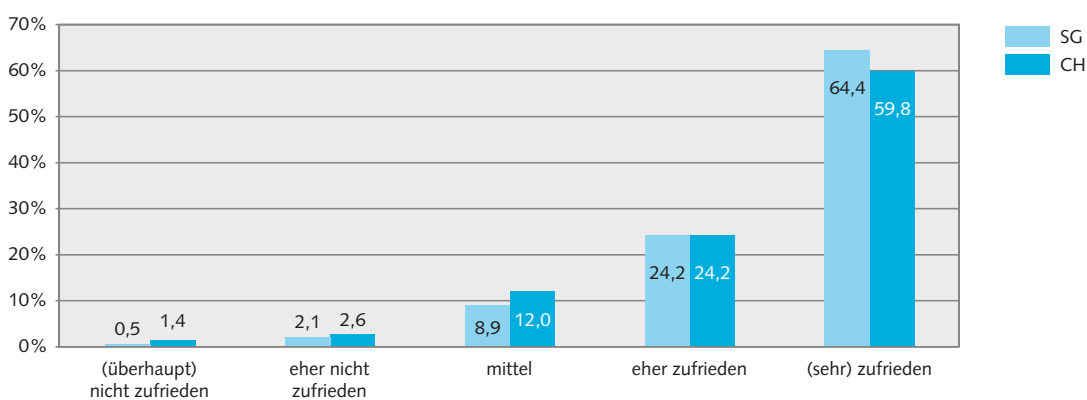
PALDIA-Studie, der besagt, dass in der Schweiz die für chronische Bronchitis charakteristischen Symptome gehäuft in Wohngebieten mit grosser Luftverschmutzung auftreten (Künzli et al. 1997).

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 St.Gallen von gesundheitsgefährdenden Umwelteinflüssen betroffen sind. Dabei wird zunächst der Wohnbereich genauer betrachtet, um dann in einem zweiten Schritt die Belastungen am Arbeitsplatz zu untersuchen. Ein zentrales Thema in diesem Bereich ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. Diese Angst kann zu einem grossen Belastungs- und Stressfaktor werden und sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Der letzte Abschnitt befasst sich schliesslich mit der Angst vor Gewalt.

Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Kanton St.Gallen 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 St.Gallen bei «(überhaupt) nicht zufrieden» und «eher nicht zufrieden» basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=799 (SG); 15'696 (CH).

4.1 Belastungen im Wohnbereich

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

Neben der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit wurde in der Gesundheitsbefragung auch 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 St.Gallen fühlt sich knapp die Hälfte der Bevölkerung zu Hause durch mindestens eine Störquelle regelmässig belastet. Jede fünfte Person leidet unter Lärm von Autos und knapp jede sechste unter Lärm, verursacht durch Erwachsene oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören. Von den weiteren Immissionen (landwirtschaftliche Belästigung, Verkehrsabgase, Zug- und Fluglärm, Industrielärm und Industrieabgase) sind jeweils weniger als 10% der Bevölkerung betroffen. Die Werte des Kantons St.Gallen liegen ausser bei der Belästigung durch die Landwirtschaft (deutlich) unter dem 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, sinkt mit zunehmenden Immissionen. Während von den Personen ohne Störungen im Kanton St.Gallen 71,1% mit ihrer Wohnsituation sehr zufrieden sind, ist dies bei Personen, die unter zwei und mehr Störungen leiden, noch bei 48,5% der Fall. Die Ver-

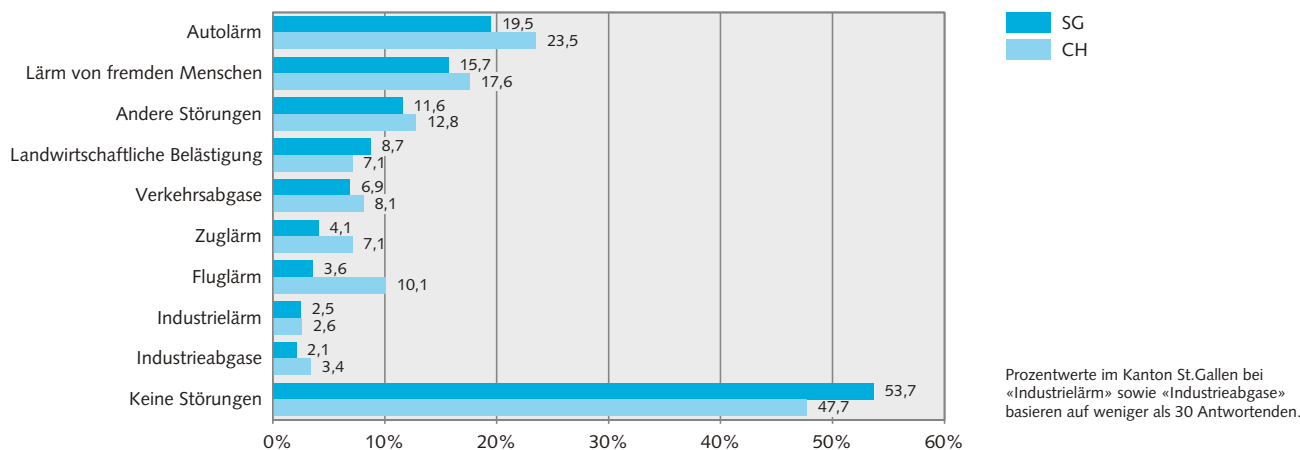
ringerung der Wohnzufriedenheit bei mehr Immissionen ist dabei im Kanton St.Gallen im Vergleich zur Gesamtschweiz weniger ausgeprägt (CH: 70,8% vs. 42,7%).

Immissionen wirken sich auch auf die psychische Gesundheit aus. Mit zunehmender Anzahl Belastungsfaktoren im Wohnbereich nimmt der Anteil an Personen mit hoher psychischer Ausgeglichenheit ab. Dieser Befund kann jedoch unterschiedlich interpretiert werden. Es ist durchaus plausibel, dass Störungen die psychische Ausgeglichenheit beeinträchtigen, wenn sie beispielsweise die Schlafqualität beeinträchtigen. Wird berücksichtigt, dass die beiden am häufigsten genannten Störfaktoren Verkehrslärm und durch Menschen verursachte Geräusche sind, so lässt dies auf Wohnlagen an verkehrsreichen Strassen sowie dicht und günstig gebaute Liegenschaften schliessen. Diese Häuser und Wohnungen werden mehrheitlich von Ausländern und Personen aus 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.

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 im Kanton St.Gallen im Vergleich zu andern Kantonen besonders deutlich aus. Interessant ist der Befund, dass ältere Per-

Belastungen durch Immissionen im Wohnbereich, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 4.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=779 (SG); 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 St.Gallen und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen						Mit Wohnsituation sehr zufrieden ¹	
		Keine		1		2 (+)		SG	CH
		SG	CH	SG	CH	SG	CH		
Gesamtbevölkerung		53,7	47,7	27,0	27,0	19,3	25,2	64,4	59,8
Geschlecht	Frauen	57,0	47,8	25,1	26,4	17,9	25,8	68,7	63,1
	Männer	50,1	47,7	29,1	27,8	20,8	24,6	59,7	56,1
Altersgruppen	15–34	54,2	48,0	29,4	28,0	16,3	24,0	51,5	50,8
	35–49	60,9	49,9	23,9	26,5	15,1	23,6	62,6	55,7
	50–64	47,2	45,9	26,1	27,2	26,7	26,9	70,9	65,1
	65+	50,0	46,1	27,9	26,0	22,0	27,9	86,4	75,0
Bildung	obligatorische Schule	51,9	46,8	31,2	27,8	16,9	25,4	63,5	60,8
	Sekundarstufe II	54,8	48,2	24,9	26,3	20,3	25,5	63,7	59,9
	Tertiärstufe	51,2	47,1	30,1	29,1	(18,7)	23,8	68,9	58,2
Nationalität	Schweizer	54,4	49,3	25,4	26,3	20,2	24,4	66,0	62,5
	Ausländer	49,3	39,8	(36,8)	31,0	*	29,2	54,6	45,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	49,8	47,3	27,5	26,4	22,7	26,3	59,7	57,2
	CHF 3000 bis 4499	52,9	47,1	27,1	26,7	20,0	26,2	64,3	60,3
	CHF 4500 bis 5999	55,2	46,8	25,3	27,7	(19,5)	25,5	71,3	59,8
	CHF 6000 und höher	60,1	49,4	(28,4)	28,2	(11,5)	22,4	68,9	62,4
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	46,8	44,6	38,3	29,1	(14,9)	26,3	71,7	58,9
	qualifizierte manuelle Berufe	48,0	46,7	35,4	27,1	(16,6)	26,2	55,8	53,0
	Kleinunternehmer	62,9	52,9	*	27,1	(21,4)	19,9	53,9	63,7
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	54,9	47,3	22,7	26,3	22,4	26,4	72,2	61,1
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	56,4	47,4	22,9	26,8	20,7	25,8	59,9	59,1
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	52,1	50,5	(31,2)	27,4	(16,7)	22,0	70,1	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, 720 <n< 780 (SG); 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 von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

sonen besonders glücklich über ihre Wohnsituation sind, obwohl sie durch eher mehr Immissionen im Wohnbereich gestört werden.

Im interkantonalen Vergleich liegt der Kanton St.Gallen bezüglich Immissionen im Wohnraum und Zufriedenheit mit der Wohnsituation auf dem ersten Rang (vgl. Tabelle 4.1). Dies dürfte u. a. 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 wohnen¹⁸.

4.2 Belastungen am Arbeitsplatz

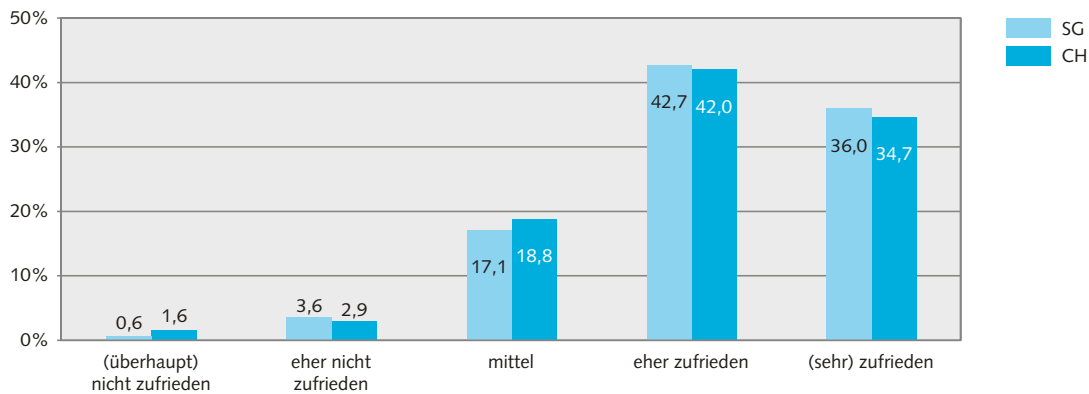
Werden die erwerbstätigen Personen¹⁹ nach ihrer Zufriedenheit mit der persönlichen Arbeitssituation gefragt, so zeigt sich ein anderes Bild als bei der Wohnzufriedenheit. War dort die Mehrheit zufrieden bis sehr zufrieden, so sieht die Lage bei der Arbeit weniger positiv aus. Weniger als die Hälfte der Personen im Kanton St.Gallen ist eher zufrieden, und lediglich ein gutes Drittel gibt an, (sehr) zufrieden zu sein. Damit ist die Zufriedenheit der St.Galler/innen mit ihrer Arbeitssituation etwas besser als der Schweizer Durchschnitt (Abbildung 4.3).

Im schriftlichen Teil der Befragung wurden erwerbstätige Personen und Lehrlinge nach Störquellen bei ihrer Arbeit befragt, die sie persönlich als belastend empfin-

¹⁸ 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.

¹⁹ Es wurden nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt.

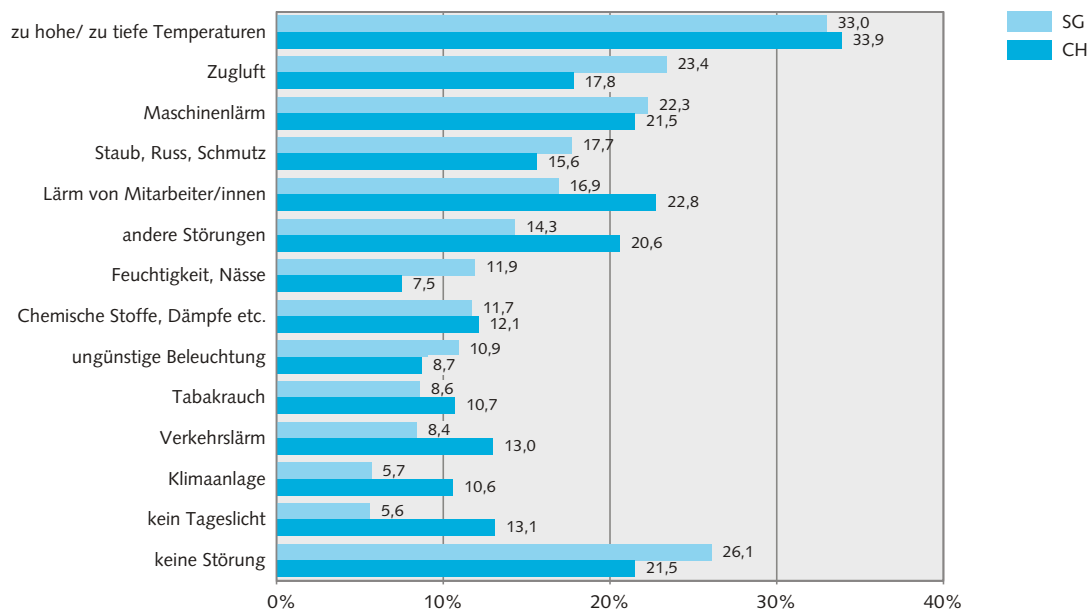
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton St.Gallen und Schweiz Abb. 4.3



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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=492 (SG); 9776 (CH).

Störungen bei der Arbeit, Kanton St.Gallen und Schweiz Abb. 4.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=469 (SG); 9120 (CH).

den. Als Hauptproblem im Kanton St.Gallen 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. Darauf folgen als Störfaktoren Zugluft, Maschinenlärm, Staub sowie Russ und Schmutz. Dabei fällt auf, dass diese Immissionen im Kanton St.Gallen häufiger genannt werden als in der Gesamtschweiz. Andere in der Gesamtschweiz verbreitete Immissionen wie beispielsweise Lärm von Mitarbeiter/innen werden indes deutlich seltener genannt. Es zeigt sich auch, dass im Kanton St.Gallen der Anteil Personen, die

sich bei der Arbeit ungestört fühlen, klar höher ist als in der Schweiz insgesamt (26,1% vs. 21,5%, vgl. Abbildung 4.4).

Es muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass sich im Kanton St.Gallen 8,6% 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 füh-

ren. Im Kanton St.Gallen ist jeder sechste bei der Arbeit solch einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt.

Betrachtet man die Kumulation von Immissionen bei der Arbeit, so zeichnet sich ein deutliches Bild ab: Personen mit qualifizierten manuellen Berufen sind 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 wesentlich unzufriedener als Büroangestellte oder das mittlere Kader. Eindeutig am zufriedensten sind jedoch die Kleinunternehmer (vgl. Tabelle 4.2).

Es zeigt sich, dass höhere Bildung, mehr Einkommen und die Schweizer Nationalität mit weniger Immissionen einhergehen. Höheres Alter scheint zudem mit sehr guter Arbeitszufriedenheit einher zu gehen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist der Anteil ungestörter sowie zufriedener St.Gallerinnen und St.Galler etwas grösser (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 die Probleme in beiden Bereichen kumulieren (vgl. Tabelle 4.3). Tatsächlich zeigt sich, dass man mit mehr Bildung, einem höheren Einkommen sowie Schweizer Nationalität gesamthaft betrachtet weniger Immissionen ausgesetzt ist. 18.6% der Erwerbstätigen im Kanton St.Gallen fühlen sich weder bei der Arbeit noch zu Hause in irgendeiner

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 St.Gallen und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen bei der Arbeit										Mit Situation zufrieden ¹	
		Keine		1		2		3		4 (+)			
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		26,1	21,5	25,0	25,0	17,6	19,9	13,9	13,8	17,3	19,8	36,0	34,7
Geschlecht	Frauen	34,0	25,1	27,2	27,5	18,5	21,1	(10,8)	12,1	(9,5)	14,3	36,6	35,7
	Männer	20,7	18,8	23,5	23,2	17,1	19,0	16,1	15,0	22,7	24,0	35,6	33,9
Altersgruppen	15–34	(19,1)	16,1	26,0	24,9	(16,4)	21,7	(17,7)	14,8	20,7	22,6	22,4	28,9
	35–49	31,0	22,6	23,2	25,1	20,9	19,7	(8,9)	12,8	(15,9)	19,8	41,7	33,0
	50+	(29,8)	27,1	26,0	25,1	(14,7)	17,7	(15,3)	13,9	(14,2)	16,2	48,5	44,3
Bildung	obligatorische Schule	(22,1)	14,5	(21,5)	26,1	(19,6)	19,0	*	16,5	(25,5)	24,0	35,0	34,8
	Sekundarstufe II	26,7	20,8	24,3	24,3	16,3	20,2	15,8	13,6	16,9	21,1	34,6	33,9
	Tertiärstufe	(27,8)	28,5	(31,2)	26,4	(21,0)	19,5	(9,3)	12,4	*	13,1	43,0	36,8
Nationalität	Schweizer	26,2	22,9	24,9	25,2	18,0	20,0	13,1	13,5	17,8	18,3	36,7	35,5
	Ausländer	(25,8)	15,1	(25,6)	24,0	*	19,3	*	14,8	*	26,9	(32,8)	30,6
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(24,2)	17,2	26,9	23,9	(15,6)	18,8	(17,1)	15,2	(16,3)	24,9	40,1	37,0
	CHF 3000 bis 4499	20,7	22,2	29,9	24,3	(14,2)	19,8	15,0	13,8	20,2	19,8	33,7	33,3
	CHF 4500 bis 5999	(22,7)	22,4	(25,9)	25,0	(24,2)	21,6	*	12,6	(15,1)	18,3	30,0	32,7
	CHF 6000 und höher	(42,8)	29,2	*	27,3	(21,0)	19,5	*	11,8	*	12,2	(40,7)	36,0
sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	*	13,5	(25,4)	23,7	(20,1)	19,0	*	16,5	(25,8)	27,3	(52,2)	34,2
	qualifizierte manuelle Berufe	*	8,5	(20,5)	15,7	(11,4)	17,3	(24,6)	17,9	(36,1)	40,6	(27,4)	32,2
	Kleinunternehmer	*	25,7	*	25,0	*	16,9	*	13,1	*	19,3	(53,3)	52,5
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	(30,2)	20,5	(23,2)	26,7	(22,1)	23,1	(12,2)	13,8	(12,4)	15,9	28,4	29,8
	höherqual. Nicht-man. B./ mittleres Kader	31,5	24,8	30,7	28,6	(15,8)	20,4	(11,5)	12,0	(10,6)	14,2	31,8	32,8
höhere Führungskräfte, freie Berufe	(38,4)	37,2	*	25,9	(19,8)	18,4	*	10,5	*	8,1	(50,9)	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, 447 >n> 470 (SG); 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.

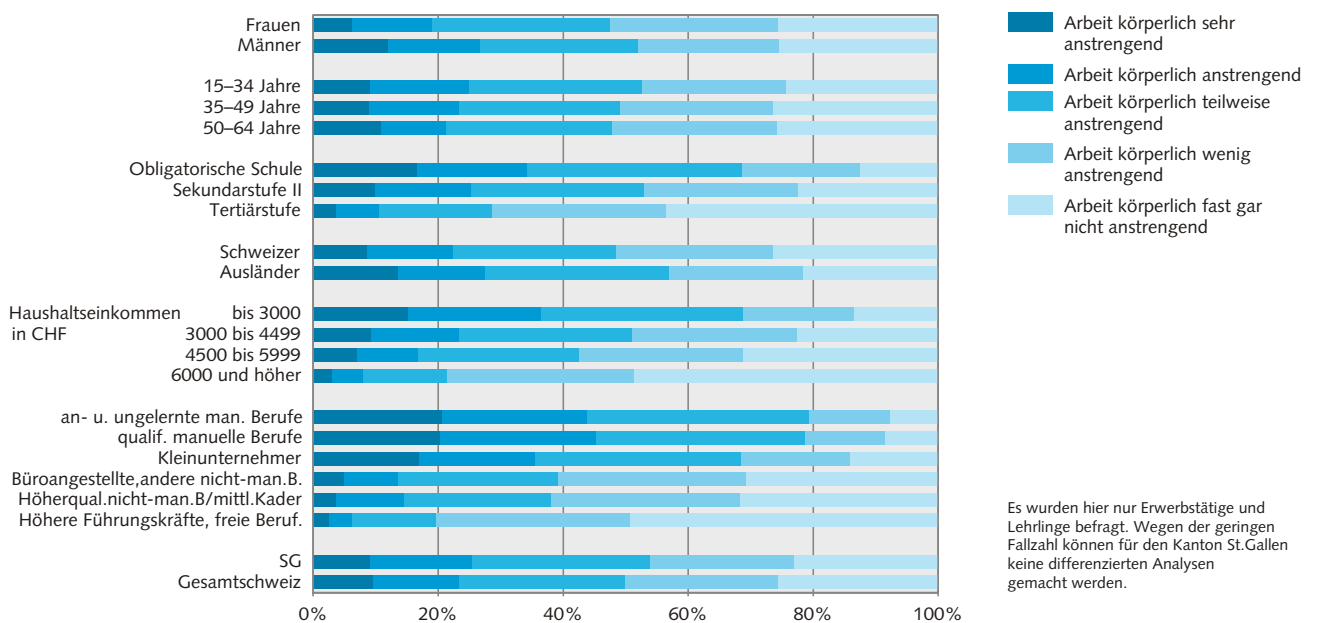
Tab. 4.3 Anteil Personen nach Anzahl Immissionen zu Hause und bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

		Anzahl Störungen							
		Keine		1-2		3-4		5+	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		18,6	14,1	37,7	36,3	23,3	26,8	20,4	22,8
Geschlecht	Frauen	23,5	15,6	43,3	40,6	21,5	24,8	(11,7)	19,0
	Männer	15,3	12,9	33,8	33,1	24,5	28,4	26,3	25,6
Altersgruppen	15-34	14,1	10,3	37,3	36,2	23,3	27,9	25,3	25,6
	35-49	22,5	15,7	39,8	35,9	20,9	26,1	16,8	22,2
	50+	(19,9)	16,5	35,2	37,2	26,8	26,5	(18,2)	19,7
Bildung	obligatorische Schule	*	9,9	(36,0)	35,5	*	27,0	(33,0)	27,6
	Sekundarstufe II	18,2	13,5	38,1	36,3	24,8	26,3	18,9	23,8
	Tertiärstufe	(22,4)	18,6	37,8	37,0	(26,2)	28,3	(13,6)	16,1
Nationalität	Schweizer	17,6	15,4	38,1	36,9	24,5	26,2	19,9	21,4
	Ausländer	(23,7)	7,8	(35,8)	33,8	(17,3)	29,6	*	28,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(16,6)	12,1	40,8	33,9	(19,6)	27,2	(23,1)	26,7
	CHF 3000 bis 4499	(15,1)	14,4	40,4	36,1	21,3	26,7	23,2	22,8
	CHF 4500 bis 5999	(14,8)	13,5	34,9	36,6	34,2	27,8	(16,0)	22,1
	CHF 6000 und höher	(29,7)	19,0	(33,1)	39,0	(24,4)	26,1	*	15,9
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	*	9,3	(32,3)	34,0	(24,7)	24,8	(24,6)	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	*	5,3	(31,5)	26,3	(19,9)	29,1	(44,0)	39,2
	Kleinunternehmer	*	18,3	(42,2)	36,9	*	24,3	*	20,5
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(21,2)	12,1	36,9	39,4	25,4	29,6	(16,5)	18,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	24,1	16,8	41,1	38,1	21,3	26,5	(13,5)	18,6
höhere Führungskräfte, freie Berufe	(23,1)	24,0	(41,0)	40,1	(30,6)	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, 440 >n> 463 (SG); 8557 <n< 8850 (CH).
 * Antworten vom 0-10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

Körperliche Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 4.5

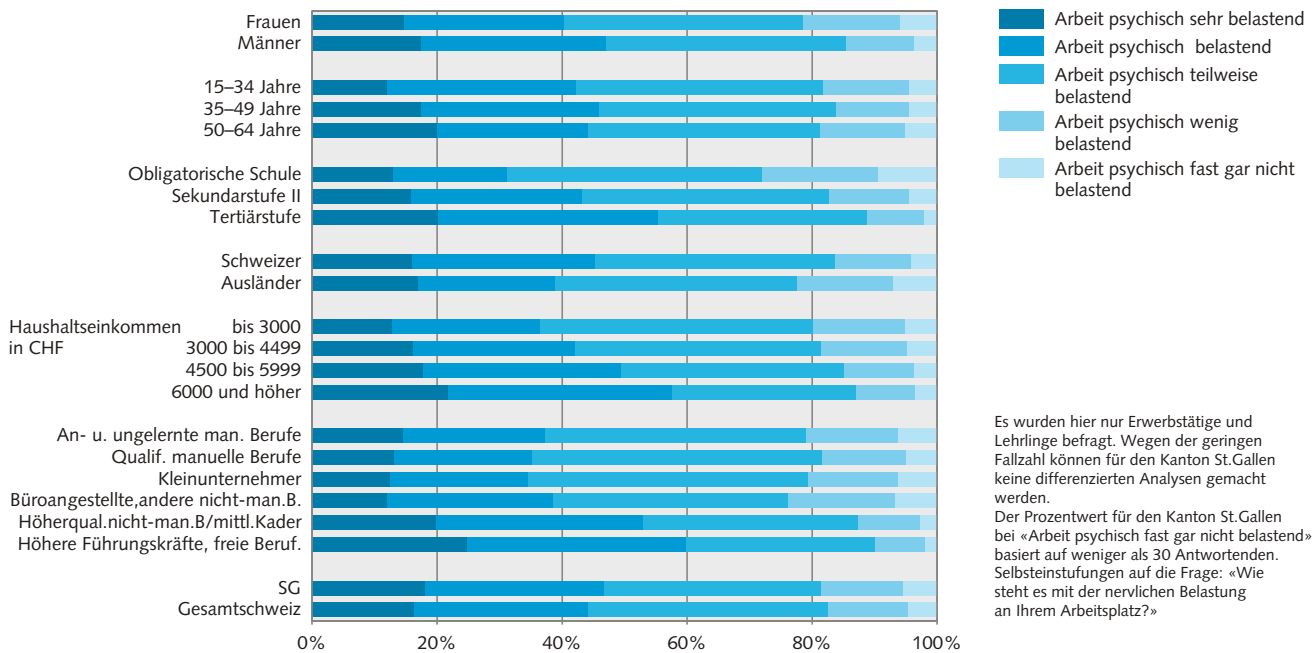


Es wurden hier nur Erwerbstätige und Lehrlinge befragt. Wegen der geringen Fallzahl können für den Kanton St.Gallen keine differenzierten Analysen gemacht werden.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=471 (SG); 9115 (CH).

Psychische Belastung bei der Arbeit nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 4.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=469 (BL); 9130 (CH).

Weise gestört. In der Gesamtschweiz sind es mit 14,1% deutlich 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 Ausländerinnen und Ausländer. Diese Personen haben wegen ihren begrenzten finanziellen Möglichkeiten häufig kaum eine andere Wahl als beispielsweise in verkehrsreiche Quartiere zu ziehen (vgl. Tabelle 4.3).

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

Umgekehrt sieht es bei der psychischen Belastung aus. Diese nimmt mit höherer Bildung und höherem Einkommen zu. Bei der sozioprofessionellen Kategorie besteht 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 manuellen Berufen wieder leicht an (vgl. Abbildung 4.6).

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

4.3 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit

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

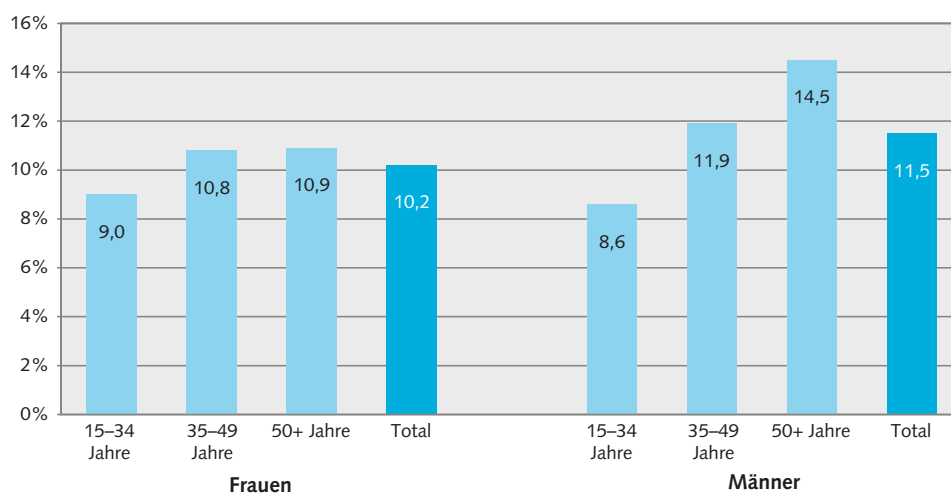
10,3% der St.Gallerinnen und St.Galler haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Dieser Anteil entspricht in etwa dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 10,9%.

Beide Werte sind bedeutend tiefer als in der Befragung von 1997. Damals bangten 18% der erwerbstätigen Personen in der Schweiz um ihren Arbeitsplatz. Die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust betrifft sowohl die Frauen als auch die Männer, wenn auch nicht ganz im gleichen Ausmass. Bei den Männern kann, wie bereits 1997, eine gewisse Altersabhängigkeit festgestellt werden: Je älter die Person, desto eher fürchtet sie, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Abbildung 4.7).²⁰

Die Angst vor Arbeitsplatzverlust wird wesentlich vom Bildungsgrad beeinflusst. Bangen 18,7% der Erwerbstä-

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

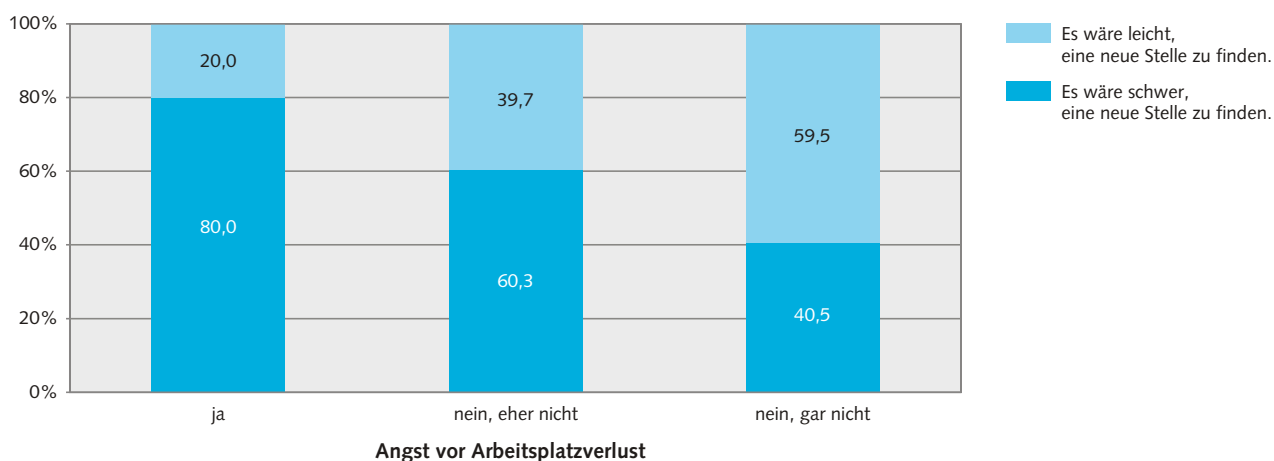
Angst erwerbstätiger Frauen und Männer vor Arbeitsplatzverlust, Schweiz **Abb. 4.7**



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

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

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.

²⁰ Da es sich hier um grundsätzliche Zusammenhänge ohne bedeutsame regionale Unterschiede handelt, werden die folgenden Analysen auf der Ebene der Schweizer Bevölkerung durchgeführt.

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

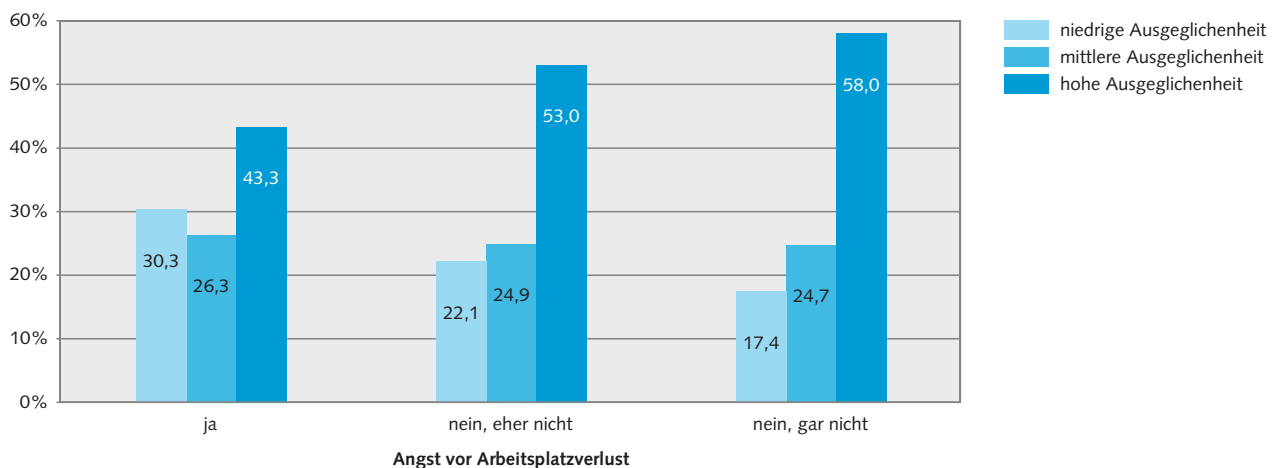
Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, sind Frauen etwas optimistischer als Männer, wenn es um die Beurteilung des Risikos geht, die Arbeitsstelle zu verlieren. Ob dies damit zusammenhängt, dass das Einkommen der Frauen allenfalls als Zweiteinkommen nicht zwingend Existenz sichernd sein muss, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Wird der Anteil Personen betrachtet, der um den Verlust seines Arbeitsplatzes fürchtet, so ist festzustellen: Je geringer die Bildung und das Haushaltseinkommen,

desto grösser ist der Anteil Betroffener. Weiter schätzen Personen ausländischer Nationalität ihre Arbeitsplatzsicherheit um ein Mehrfaches weniger optimistisch ein als Schweizerinnen und Schweizer. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Ausländerinnen und Ausländer von Ungleichstellungen im Zugang zu und auf dem Arbeitsmarkt betroffen sind. Es ist für sie bedeutend schwieriger, den Einstieg in die Arbeitswelt zu finden und dort auch zu bestehen. Dies hängt u. a. auch damit zusammen, dass sie mit einem höheren Anteil in den tiefen Lohn- und Bildungsstufen vertreten sind, wo Arbeitnehmende durch ihre Auswechselbarkeit vergleichsweise leicht unter Druck gesetzt werden können (Egger 2003).

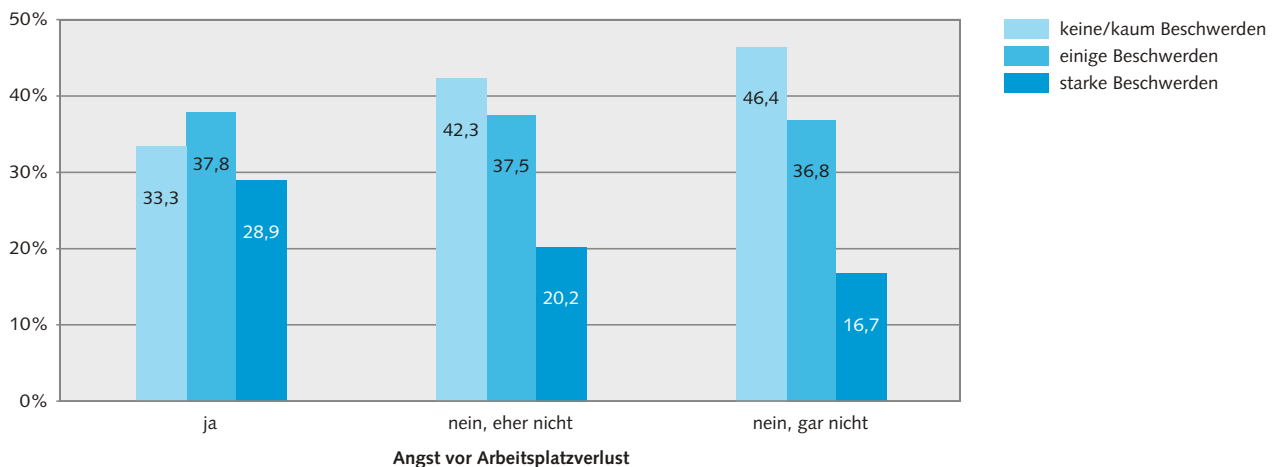
Tabelle 4.4 zeigt weiter, dass der Anteil Personen, die befürchten, ihre Arbeit zu verlieren, im Kanton St.Gallen im interkantonalen Vergleich im Mittelfeld liegt.

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.

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

		ja		nein, eher nicht		nein, gar nicht	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		10,3	10,9	44,2	43,8	45,5	45,3
Geschlecht	Frauen	(10,2)	10,2	39,7	41,9	50,1	47,9
	Männer	(10,4)	11,5	47,3	45,2	42,3	43,3
Altersgruppen	15–34	(10,1)	8,8	40,0	41,5	50,0	49,7
	35–49	(9,5)	11,4	48,0	46,1	42,5	42,5
	50+	(11,8)	13,0	44,9	43,2	43,2	43,8
Bildung	obligatorische Schule	*	18,7	(38,4)	35,4	(44,1)	45,9
	Sekundarstufe II	10,6	10,3	45,0	45,2	44,4	44,5
	Tertiärstufe	*	7,8	46,8	44,9	51,1	47,3
Nationalität	Schweizer	8,4	8,9	45,0	44,4	46,6	46,7
	Ausländer	*	20,1	(40,5)	41,1	(40,3)	38,7
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	(13,2)	13,0	45,6	42,7	41,2	44,3
	CHF 3000 bis 4499	(8,7)	11,4	44,9	43,8	46,4	44,8
	CHF 4500 bis 5999	*	8,5	42,5	46,0	48,9	45,6
	CHF 6000 und höher	*	8,4	(44,6)	45,2	48,3	46,3
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	*	12,5	(52,4)	43,2	(37,6)	44,3
	qualifizierte manuelle Berufe	*	18,2	50,1	42,0	(33,2)	39,8
	Kleinunternehmer	*	5,9	*	33,8	(62,9)	60,3
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	(8,5)	10,2	43,1	47,8	48,4	42,0
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	(8,4)	9,7	42,2	44,2	49,4	46,1
		*	9,0	(41,6)	45,9	(46,9)	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, 438 <n< 461 (SG); 8624 <n< 8916 (CH).

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

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

4.4 Angst vor Gewalt

Mit der Zuspitzung der Drogenproblematik seit Mitte der 1980er Jahre ist Kriminalität und Gewalt in der Schweiz ein zentrales öffentliches Thema geworden. Die zunehmende Sensibilisierung für das Thema, persönliche Gewalterfahrungen 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 tatsächliche Gewalttaten und dass das Gewaltniveau 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).

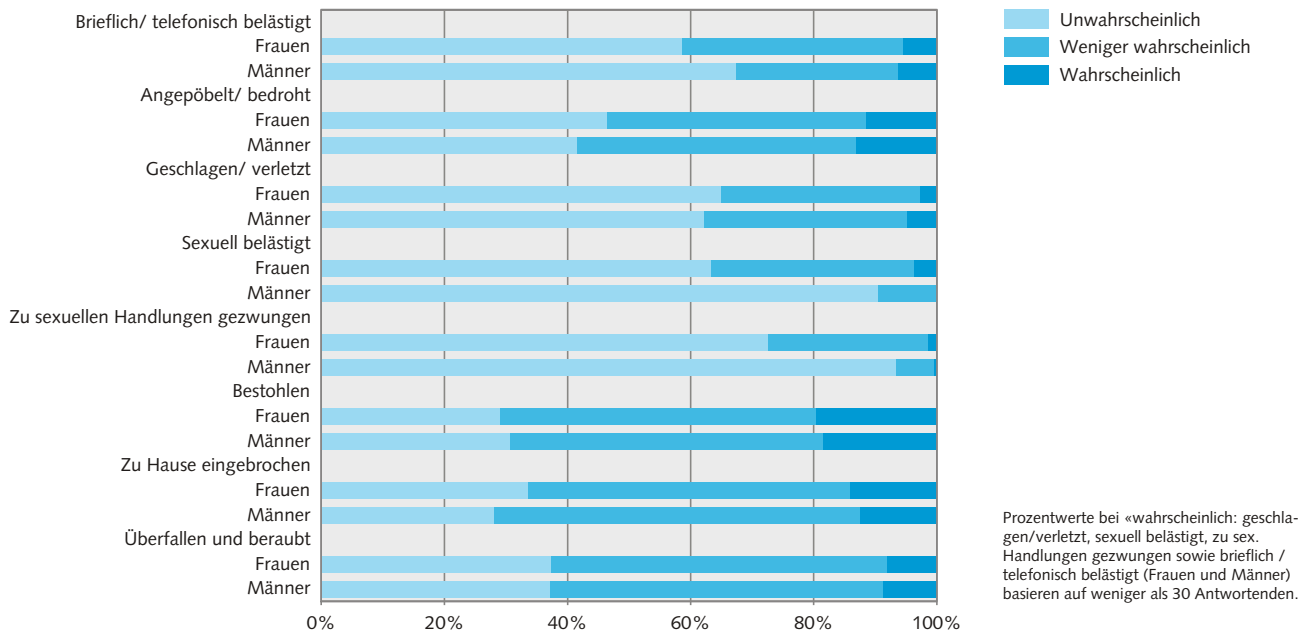
Fast ein Drittel der Bevölkerung im Kanton St.Gallen (30,6%) erachtet es als wahrscheinlich, in den nächsten 12 Monaten Opfer einer Gewalttat zu werden. Diese Zahl liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt

von 37,5%. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Einschätzung der absoluten Wahrscheinlichkeit einer Gewalttat, es zeigen sich aber Unterschiede bezüglich der befürchteten Formen von Gewalt. Frauen schätzen es als eher 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 Pöbeleien. Diese Formen der Gewalt werden jedoch in den verschiedenen Altersgruppen als unterschiedlich wahrscheinlich eingestuft. Während die Befürchtung, in naher Zukunft angepöbelt oder bedroht zu werden, mit zunehmendem Alter abnimmt, wird es mit höherem Alter als wahrscheinlicher eingeschätzt, dass zu Hause eingebrochen wird (Abbildung 4.12).

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

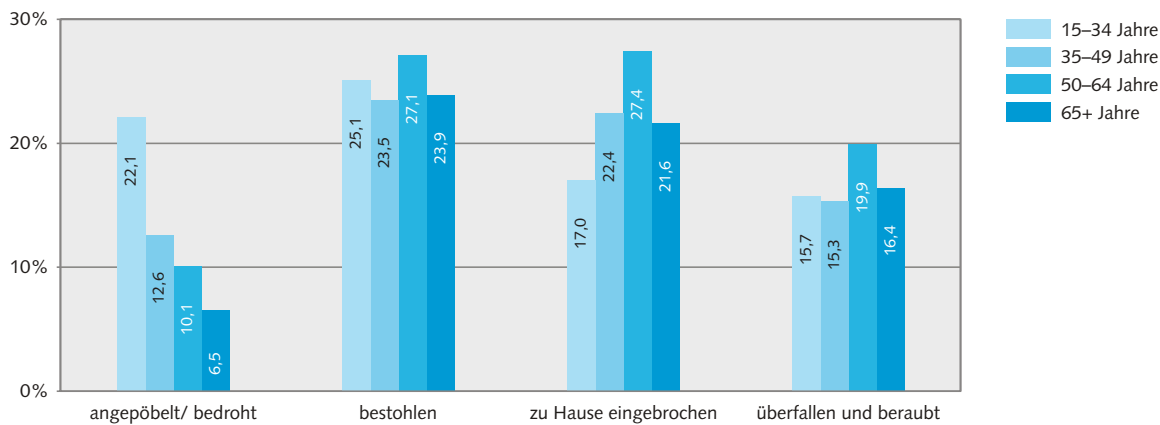
Abb. 4.11



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 785<n<794 (SG).

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.

Im Kanton St.Gallen 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.

Menschen, die auf dem Land wohnen, sind im Vergleich zu Städtern zuversichtlicher, dass sie in naher Zu-

kunft weder mit Gewalt noch mit einem Verbrechen konfrontiert werden (66% vs. 61,2%). Weiter wirkt sich eine höhere Bildung positiv auf die Einschätzung aus, in der nächsten Zukunft von jeglichen Gewalttaten verschont zu werden.²¹ Ausländerinnen und Ausländer erachten es als wahrscheinlicher als Schweizerinnen und Schweizer, von einer Form oder mehreren Formen der Kriminalität

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

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 St.Gallen und Schweiz (in %)

		keine		eine		zwei und mehr	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		69,4	62,5	14,9	13,1	15,8	24,4
Geschlecht	Frauen	69,8	61,2	14,7	12,7	15,5	26,1
	Männer	68,9	63,9	15,0	13,6	16,1	22,5
Altersgruppen	15–34	61,1	58,4	20,2	14,6	18,7	27,0
	35–49	71,9	63,6	(12,1)	12,5	16,0	23,9
	50–64	75,5	62,3	(10,7)	12,1	13,8	25,7
	65+	74,8	67,6	(13,3)	13,2	(12,0)	19,2
Bildung	obligatorische Schule	66,2	61,4	(16,4)	13,0	(17,4)	25,5
	Sekundarstufe II	70,3	62,5	14,9	12,8	14,8	24,7
	Tertiärstufe	70,5	63,8	(11,9)	14,6	(17,6)	21,6
Nationalität	Schweizer	68,5	63,2	15,3	13,0	16,1	23,8
	Ausländer	74,5	58,8	*	13,9	(13,5)	27,3
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	70,0	64,6	16,6	12,4	13,3	23,0
	CHF 3000 bis 4499	69,8	61,4	14,8	12,8	15,4	25,8
	CHF 4500 bis 5999	73,5	61,5	(10,8)	14,5	(15,7)	24,0
	CHF 6000 und höher	69,0	64,0	(16,0)	13,3	(15,0)	22,8
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	74,0	63,4	*	11,1	(16,6)	25,5
	qualifizierte manuelle Berufe	70,9	63,7	(15,7)	12,7	(13,4)	23,6
	Kleinunternehmer	82,0	69,7	*	10,1	*	20,2
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	70,3	61,4	(13,5)	13,2	16,2	25,4
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader	65,4	61,2	18,6	13,9	16,1	24,9
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	74,1	62,6	*	13,9	(20,3)	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. 754 <n< 816 (SG); 15'065 <n< 16'149 (CH).

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

betroffen zu werden. Dies hängt unter anderem auch damit zusammen, dass mit 85,2% der Anteil an Ausländerinnen und Ausländern in städtischen Gebieten höher ist als der der Schweizerinnen und Schweizer (70,7%).

Im interkantonalen Vergleich fällt auf, dass die St.Gallerinnen und St.Galler im Vergleich zum Gesamtschweizer Durchschnitt in allen Merkmalen 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 St.Gallerinnen und St.Galler sind mit ihrer *Wohnsituation* sehr zufrieden, und nur eine kleine Minderheit erweist sich als eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Dennoch fühlt sich knapp jede zweite Person zu Hause gestört. Primär wird dabei über Autolärm geklagt, wovon im Kanton St.Gallen etwa jede fünfte Person betroffen ist. Darauf folgen Lärm fremder Menschen, Belästigungen durch die Landwirtschaft, Verkehrsabgase und Zuglärm. Ausser bei Belästigung durch die Landwirtschaft werden im Kanton St.Gallen alle Immissionen (deutlich) seltener 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.

Im Kanton St.Gallen werden in allen unterschiedenen Merkmalen und Ausprägungen deutlich weniger Immissionen im Wohnbereich angegeben als im Gesamtschweizer Durchschnitt. Besonders hoch ist der Anteil Personen, die sich zu Hause in keinerlei Weise gestört fühlen bei den 35- bis 49-Jährigen, bei Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von Fr. 6000 und mehr sowie unter Kleinunternehmern. Bei der Wohnzufriedenheit erweisen sich höheres Alter, höhere Bildung und höheres Einkommen als förderlich.

Bei der Arbeitszufriedenheit zeigt sich ein weniger positives Bild. Im Kanton St.Gallen gibt nur jede dritte Person an, (sehr) zufrieden mit ihrer *Arbeitssituation* zu sein. Zudem kann nur jeder Vierte frei von Immissionen arbeiten. Die häufigsten Probleme sind dabei zu hohe oder zu tiefe Temperaturen, Zugluft, Maschinenlärm, Staub und Schmutz sowie Lärm von Mitarbeiter/innen. Bedenklich ist, dass im Kanton St.Gallen 8,6% der Erwerbstätigen während der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt sind. Passivrauchen kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. In einer gesundheitsgefährdenden Umgebung arbeiten zudem auch die 17,7% 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 St.Gallen ist die Belastungssituation bei der Arbeit etwas geringer, und auch die Zufriedenheit mit der Arbeit liegt über 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 wahrscheinlich es eine Person einschätzt, nötigenfalls eine gleichwertige Stelle zu finden. Die Angst vor Arbeitslosigkeit geht mit vergleichsweise schlechter psychischer Ausgeglichenheit und mehr psychisch (mit-)bedingten körperlichen Beschwerden einher.

Grundsätzlich schätzen erwerbstätige Frauen das Risiko, die Arbeitsstelle zu verlieren, als etwas weniger wahrscheinlich ein als Männer. Weiter zeigt sich, dass die Angst um den Arbeitsplatz ansteigt, je geringer die Bildung und das Einkommen sind. Ausländerinnen und Ausländer sind in der Gruppe der sich Sorgenden besonders häufig vertreten. Im Kanton St.Gallen entspricht die Angst vor Arbeitslosigkeit etwa dem Schweizer Durchschnitt.

Für das psychische Wohlbefinden ist es weiter wichtig, ob man mit der Angst lebt, in naher Zukunft *Opfer eines Verbrechens* zu werden. Im Kanton St.Gallen trifft dies für 30,6% 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 Pöbeleie involviert zu werden, mit zunehmendem Alter stark abnimmt, wird häufiger befürchtet, dass zu Hause eingebrochen werden könnte. Höheres Alter wirkt sich allerdings im Kanton St.Gallen 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

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 es wird dabei 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 St.Gallen und der Gesamtschweiz, welche in die Analyse einfließen werden (vgl. dazu auch Kapitel 2).

Tabelle 5.1 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 besteht zwischen den Indikatoren der Dimension «körperliche Gesundheit». Dies bedeutet, dass ein guter allgemeiner Gesundheitszustand in aller Regel mit der Abwesenheit von lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen 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.

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

Ebene	Indikator	Kategorien	SG	CH
Körperliche Gesundheit	Allgemeiner (selbst wahrgenommener) Gesundheitszustand ²³	sehr gut/gut	86,4	85,8
		mittel/schlecht/sehr schlecht	13,6	14,2
	Lang andauerndes Gesundheitsproblem	nein	82,2	83,8
		ja	17,8	16,2
Körperliche Beschwerden		keine/kaum Beschwerden	40,9	41,2
		einige Beschwerden	35,0	35,7
		starke Beschwerden	24,1	23,1
Psychische Gesundheit	Psychische Ausgeglichenheit	gut	54,4	55,0
		mittel	24,0	24,4
		schlecht	21,3	20,7
	Kontrollüberzeugung	hoch	40,2	39,3
mittel		41,3	39,8	
tief		18,4	20,9	
Soziale Gesundheit	Einsamkeitsgefühle	nie	72,4	70,2
		manchmal	25,2	26,4
		häufig	2,4	3,3
	Vertrauenspersonen	mehr als eine	68,2	65,9
eine		27,9	29,3	
keine		3,9	4,7	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 724 <n< 1014 (SG); 14'358 <n< 19'702 (CH).

²³ «Allgemeiner Gesundheitszustand» beinhaltet theoretisch Aspekte aus allen drei Ebenen. Da die Korrelationen (Tabelle) mit den anderen Indikatoren für körperliche Gesundheit besonders hoch sind, kann «allgemeiner Gesundheitszustand» der physischen Gesundheit zugeordnet werden.

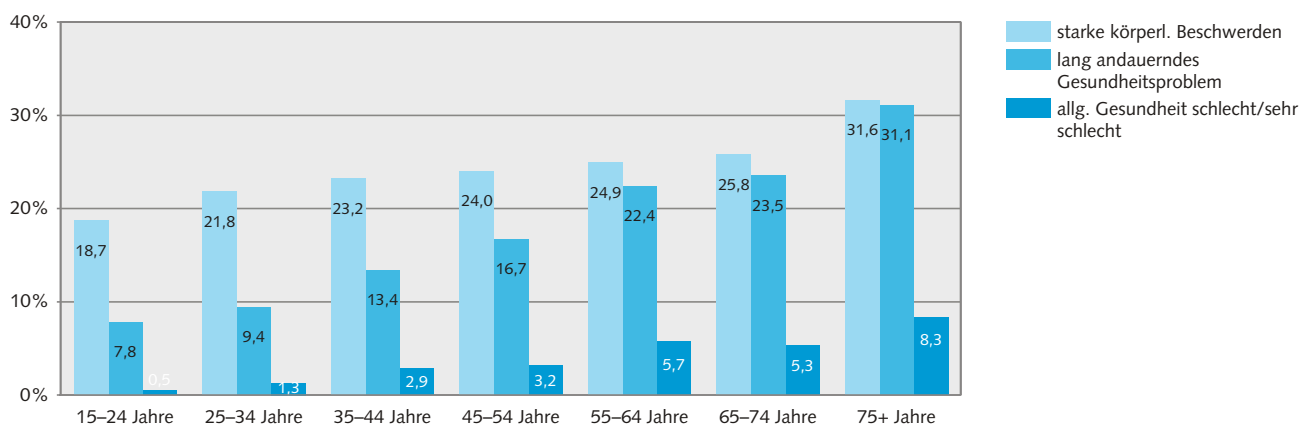
**Tab.5.2 Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren des Gesundheitszustands, Schweiz
(Gamma-Koeffizienten; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entsprechen Tabelle 5.1)**

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 14'358 <n< 19'702 (CH).
Gamma-Koeffizient für ordinales Skalenniveau (vgl. 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.

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.

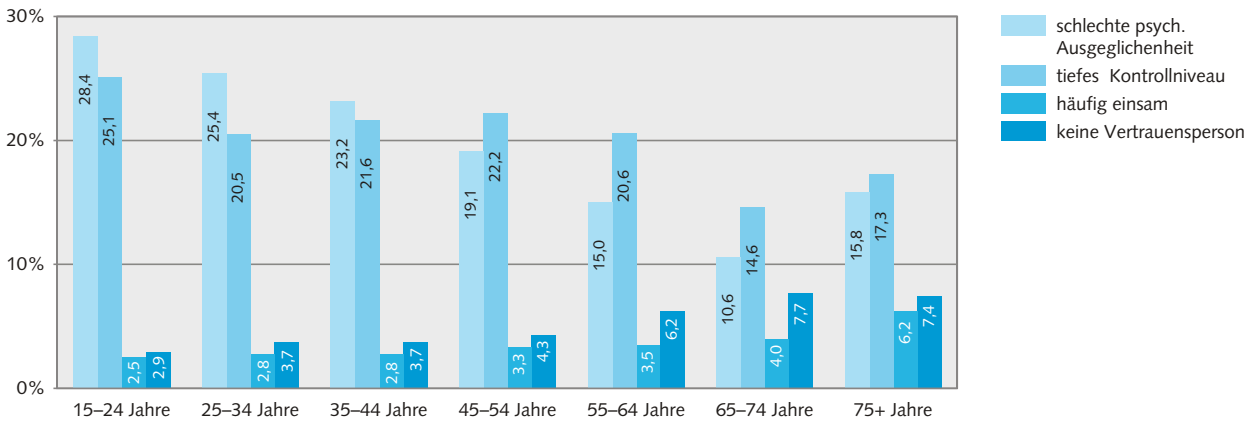
Die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen sind in den allermeisten Fällen ebenfalls beachtlich und statistisch hoch signifikant. Wer sich psychisch gut fühlt, erfreut sich in der Regel auch einer guten körperlichen Gesundheit und leidet weniger unter Einsamkeit und umgekehrt. Andererseits zeigt sich, dass ein lang andauerndes Gesundheitsproblem nicht zwingend mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit einhergehen müssen. Wird zusätzlich zwischen lang andauernden psychischen und körperlichen Gesundheitsproblemen 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 auf ein Fünftel der Personen mit psychischen Beschwerden zu.

In Kapitel 2 wurde an verschiedenen Stellen dargestellt, wie sich die wahrgenommene Gesundheit mit dem Alter verändert. Es kann deshalb vermutet werden, dass sich das Alter als die alles bestimmende Grösse bezüglich Wohlbefinden erweist. Abbildung 5.1 unterstreicht zunächst diese Vermutung: Der Anteil Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden nimmt mit höherem Alter kontinuierlich zu. Die Darstellung macht indes gleichzeitig deutlich, dass sich selbst im hohen Alter zwei von drei Personen als beschwerdefrei bezeichnen.

Während sich das körperliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert, wird die psychische Gesundheit als besser wahrgenommen. Der Anteil Personen mit schlechter psychischer Ausgeglichenheit und tiefem Kontrollniveau nimmt mit dem Alter ab, um ab 75

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

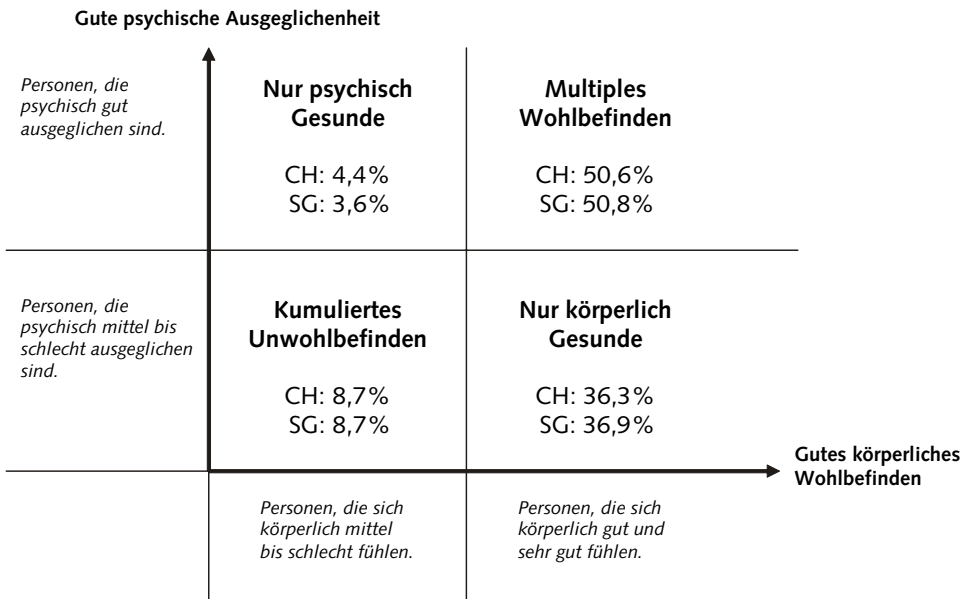
Abb. 5.2



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

Kumulation von gutem und schlechtem Wohlbefinden, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 5.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=929 (SG) 18'290 (CH).

Jahren wieder etwas zuzunehmen. Einsamkeit und das Vermissen von Vertrauenspersonen treten zwar gesamthaft bedeutend seltener auf, beides nimmt jedoch analog zu den Beschwerden mit höherem Alter leicht zu (Abbildung 5.2).

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 machen deutlich, wie sich das Wohlbefinden mit zunehmendem Alter verändert. Es gibt jedoch in jedem Alter auch Personen, deren Gesundheitszustand dem Trend widerspricht. Sie fühlen sich in hohem Alter körperlich sehr gut oder in jungen Jahren psychisch ausgeglichen. Neben dem Alter gibt es

also viele andere Faktoren, welche das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit es zu einer Kumulation von gutem bzw. schlechtem Wohlbefinden kommt. Es 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).

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

		Multiples Wohlbefinden		Nur körperlich Gesunde		Nur psychisch Gesunde		Kumuliertes Unwohlbefinden	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		50,8	50,6	36,9	36,3	3,6	4,4	8,7	8,7
Geschlecht	Frauen	49,9	49,0	35,1	36,2	(4,8)	4,7	10,2	10,1
	Männer	51,8	52,3	38,9	36,5	(2,3)	4,0	7,0	7,1
Altersgruppen	15–34	40,0	42,3	51,8	50,2	*	1,4	(7,2)	6,1
	35–49	55,5	51,5	35,0	38,5	*	2,3	(8,5)	7,7
	50–64	58,5	56,5	25,8	26,3	(6,9)	6,5	(8,9)	10,7
	65+	58,2	56,5	20,1	20,7	(9,3)	10,3	(12,3)	12,5
Bildung	obligatorische Schule	41,2	43,9	43,3	37,3	*	5,4	(11,3)	13,5
	Sekundarstufe II	52,6	52,0	35,0	35,8	(3,8)	4,3	8,6	8,0
	Tertiärstufe	60,3	54,6	34,4	37,1	*	3,4	*	4,9
Nationalität	Schweizer	51,5	51,5	36,3	36,1	3,8	4,4	8,4	8,0
	Ausländer	47,3	46,6	40,0	37,3	*	4,1	(10,2)	11,9
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	49,2	48,1	36,0	35,1	*	5,0	11,5	11,8
	CHF 3000 bis 4499	53,3	51,4	34,5	35,3	(4,0)	4,9	(8,1)	8,4
	CHF 4500 bis 5999	51,3	54,9	40,8	34,6	*	4,0	*	6,6
	CHF 6000 und höher	54,7	55,5	34,8	36,8	*	3,0	*	4,7
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernte manuelle Berufe	51,6	50,3	34,9	33,0	*	4,8	(10,3)	11,9
	qualifizierte manuelle Berufe	46,9	49,6	43,8	34,4	*	5,4	*	10,7
	Kleinunternehmer	56,7	54,5	(32,2)	33,3	*	5,0	*	7,1
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	52,0	51,2	35,7	34,6	*	4,3	(8,3)	9,9
	höherqual. nicht-man. B./mittleres Kader höhere Führungskräfte, freie Berufe	51,0 67,3	50,8 55,1	35,9 (26,8)	37,8 38,2	(5,0) *	4,0 3,0	(8,1) *	7,3 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. 851 <n< 930 (SG); 16'974 <n< 18'290 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

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

Gut einem Drittel der St.Galler 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

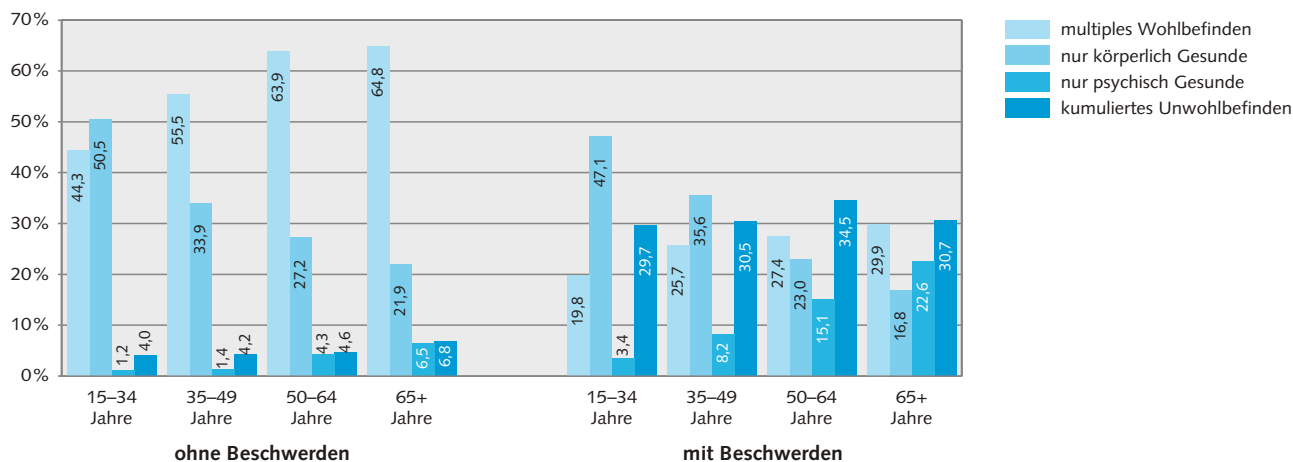
kommt vor allem bei älteren Personen vor, die mit körperlichen Beschwerden leben müssen, sich aber dennoch psychisch gut ausgeglichen fühlen.

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, tiefes Einkommen 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 St.Galler Bevölkerung die gesundheitliche Diagnose.

Aus Tabelle 5.2 lässt sich ablesen, dass sich lang andauernde Gesundheitsprobleme negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Abbildung 5.4 unterstreicht diesen Zusammenhang und verdeutlicht, dass der Anteil Personen mit multiplem Wohlbefinden bei Personen, die frei von lang andauernden Gesundheitsproblemen sind, um das Doppelte höher ist. Gleichzeitig tritt bei Personen

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). N<30 bei 15 bis 34-Jährigen mit Beschwerden und mit guter psychischer Ausgeglichenheit und schlechter allgemeiner Gesundheit.

ohne lang andauernde Gesundheitsprobleme kumuliertes Unwohlbefinden kaum auf, während dies bei einem Drittel der Personen mit Beschwerden der Fall ist.

Mit Blick auf das salutogenetische Gesundheitsverständnis sind Personen von besonderem Interesse, die seit langer Zeit 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 lang andauernden Gesundheitsproblemen und multiplem Wohlbefinden nimmt mit zunehmendem Alter zu. Dies bedeutet, dass im höheren Alter mit lang andauernden Gesundheitsproblemen leichter umgegangen wird. Es ist vorstellbar, dass ältere Personen ihr Wohlbefinden nicht zwingend als beschwerdefrei definieren. Dieser Erklärungsansatz wird unterstützt, wenn man Personen betrachtet, die unter lang andauernden Gesundheitsproblemen leiden und sich allgemein schlecht fühlen, aber dennoch angeben, dass es ihnen psychisch gut gehe. Auch diese Gruppe wird mit zunehmendem Alter grösser. Dies ist bei beiden Geschlechtern feststellbar, 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. gesundheits-schädigende 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.²³

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 auch mehr.

²³ 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. 5.4 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

Indikator	Kategorien	SG	CH
Gesundheitsbewusstsein	gesundheitsorientiert	21,3	21,2
	beachtend	68,1	67,3
	unbekümmert	10,5	11,5
Bewegungsverhalten	trainiert/aktiv	36,5	35,9
	unregelmässig/teilaktiv	48,5	44,7
	inaktiv	15,0	19,4
Ernährungsbewusstsein	achtet auf Ernährung	70,6	69,1
	achtet nicht auf Ernährung	29,4	30,9
BMI (WHO-Kategorien)	Untergewicht	3,3	4,2
	Normalgewicht	62,5	58,7
	Übergewicht	27,4	29,4
	starkes Übergewicht	6,8	7,7
Tabakkonsum	Nichtraucher/innen	69,8	69,5
	weniger starker Raucher/innen	16,2	14,0
	starker Raucher (>10 Zig./Tag)	14,1	16,5
Alkoholkonsum	abstinent	24,4	23,1
	geringeres Risiko	69,9	71,2
	mittleres/hohes Risiko	5,7	5,7

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 948 <n< 1014, Gesundheitsbewusstsein (aus der schriftlichen Befragung) n=792 (SG); 18'718 <n< 19'691, Gesundheitsbewusstsein n=15'652 (CH).

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

	Gesundheitsbewusstsein	Bewegungsverhalten	Ernährungsbewusstsein	BMI	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
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.

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.

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) vermehrt auf die Ernährung achten und gleichzeitig kaum

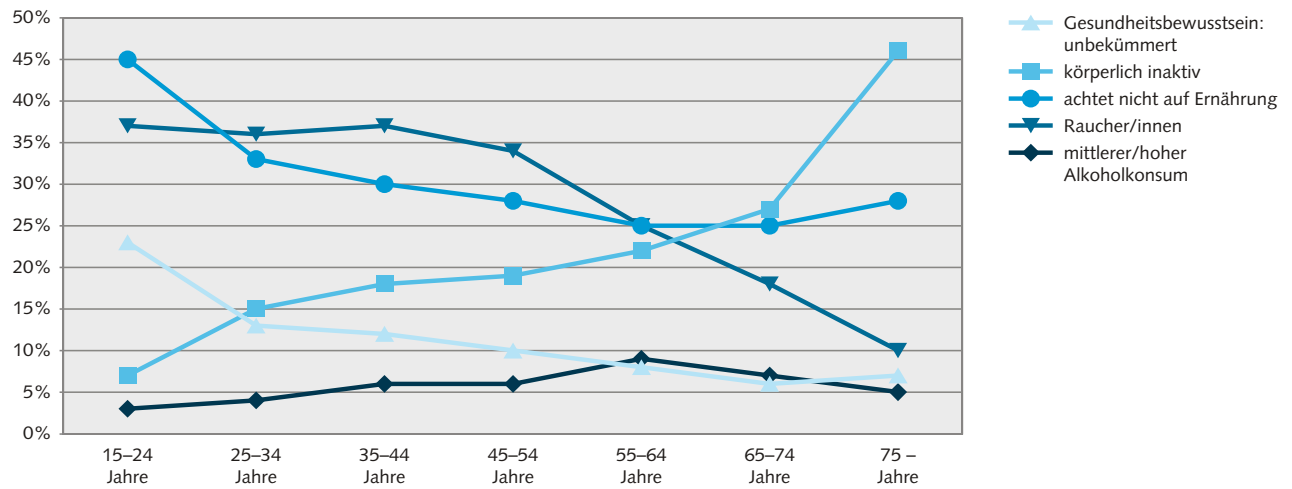
(mehr) rauchen. Es besteht also möglicherweise keine direkte Beziehung zwischen Ernährungsbewusstsein und Tabakkonsum, sondern der Zusammenhang erklärt sich allein dadurch, dass beide Verhaltensweisen sich mit zunehmendem Alter unabhängig voneinander verändern.

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

Dass diese Altersunterschiede auch auf Verhaltensänderungen im Lebenslauf zurückzuführen sind, lässt sich

Gesundheits- und Risikoverhalten nach Altersgruppen, Schweiz

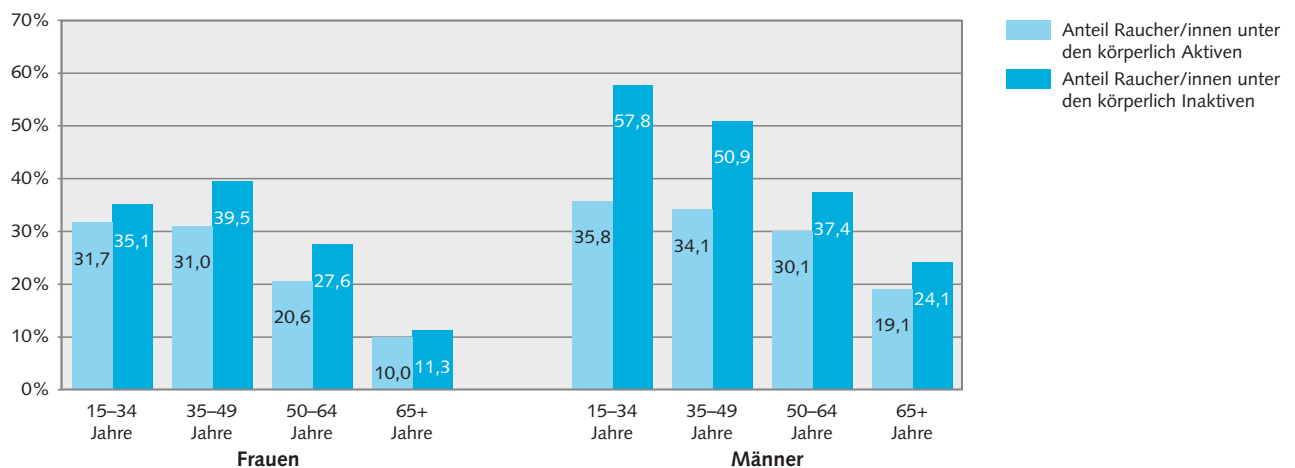
Abb. 5.5



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

Tabakkonsum und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.6



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

mit Blick auf das Rauchen zeigen. Abbildung 5.5 zeigt, dass von den 55- bis 64-Jährigen nur noch ein Viertel raucht. 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. Der gleiche Befund ergibt sich auch mit Blick auf die über 65-Jährigen, wobei einschränkend bemerkt werden muss, dass die Männer heute eher weniger rauchen als früher, die Frauen aber eindeutig mehr.

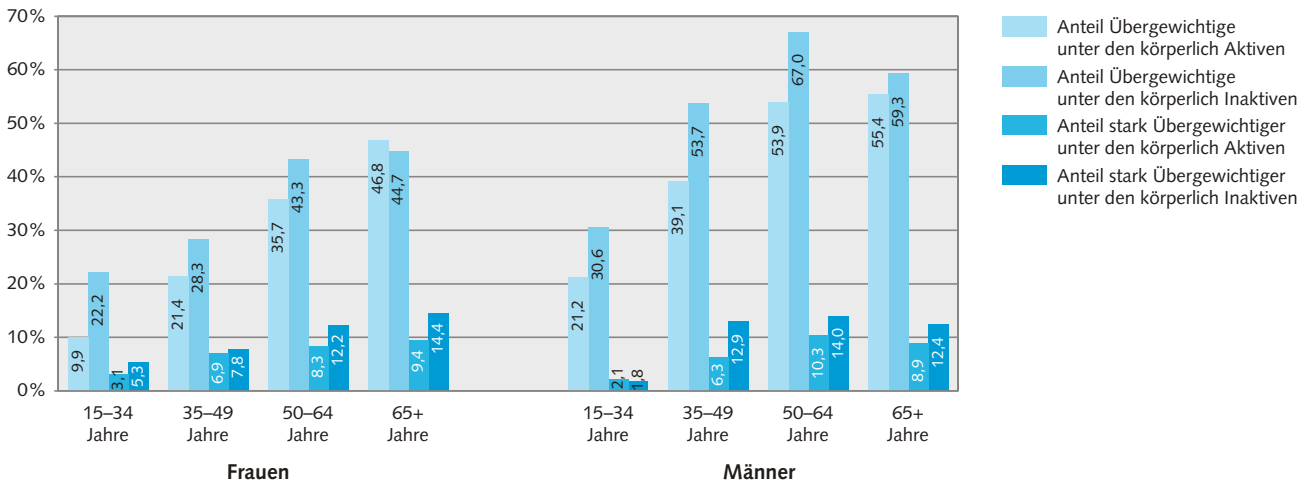
Wie sich die Beziehungen zwischen den verschiedenen Verhaltensweisen darstellen, wenn man auch die Altersunterschiede berücksichtigt, soll in der Folge etwas näher betrachtet werden.

Die Gamma-Werte in Tabelle 5.5 lassen vermuten, dass zwischen Bewegungsverhalten und Tabakkonsum nur eine

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

BMI und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.7



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

belle 5.5). Raucher sind etwas weniger häufig übergewichtig als Nichtraucher. Eine genauere Analyse unter Einbezug der Alters- und Geschlechtsunterschiede macht jedoch deutlich, dass dies für die Frauen in höherem Masse als für die Männer sowie grundsätzlich erst im Alter von über 50 Jahren gilt. In den beiden jüngeren Alterskohorten können keine entsprechenden Zusammenhänge festgestellt werden, und für die Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren gilt sogar die umgekehrte Beziehung: In diesem Alterssegment leiden die Raucher etwas häufiger an Übergewicht als die Nichtraucher.

Misst man den Einfluss des Tabakkonsums auf das Körpergewicht (arithmetisches Mittel des BMI) unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Bewegungsverhalten, so zeigt sich Folgendes: Das Alter und das Geschlecht üben einen deutlich stärkeren Einfluss auf das Körpergewicht aus als das Bewegungsverhalten und der Tabakkonsum. Unter den beiden letzteren ist das Bewegungsverhalten der wichtigere Prädiktor als der Tabakkonsum. Das heisst: Das Bewegungsverhalten beeinflusst das Körpergewicht stärker als das Rauchen.²⁴

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

²⁴ Die Zusammenhangsstruktur wurde mittels einer multiplen Klassifikationsanalyse (MCA) mit dem BMI als abhängige Variable überprüft. Die MCA beruht auf einer Varianzanalyse, bei der die Varianzerklärung über die Abweichungen vom Gruppenmittelwert ermittelt wird (vgl. Andrews, Morgan und Sonquist, 1971).

häufig nicht sehr stark sind. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung verhält sich also weder durchgängig gesundheitsbewusst noch durchgängig gesundheitsschädigend, sondern kombiniert eher positive mit eher negativen Verhaltensweisen.

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

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

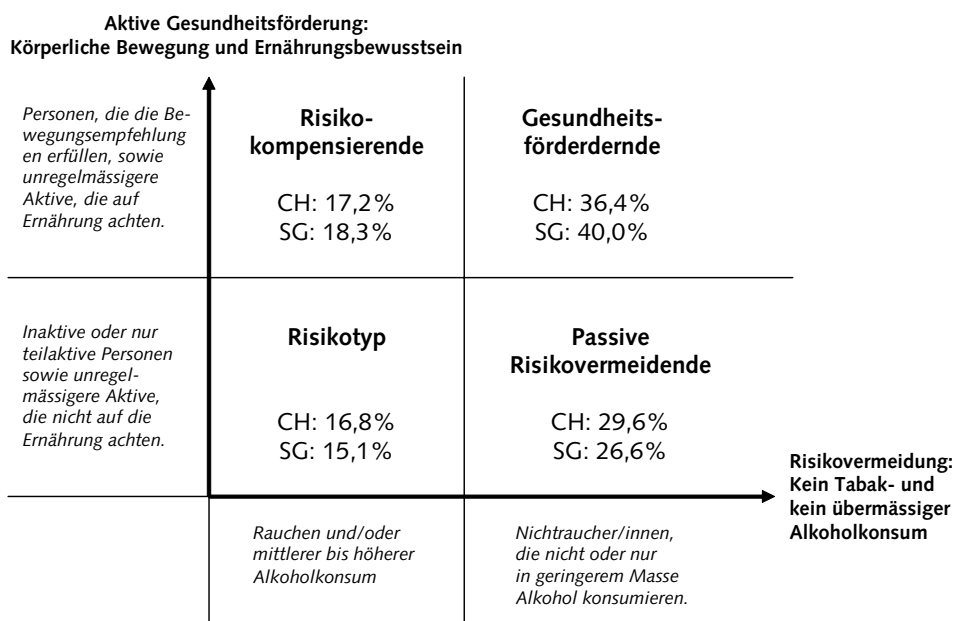
18,3% der St.Galler Bevölkerung zählen zu den *Risikokompensierenden*. Dieser Verhaltenstyp kompensiert gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak und/oder übermässigen Alkoholkonsum durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil mit Bewegung und bewusster Ernährung. Männer und generell jüngere Leute sind unter den Risikokompensierenden häufiger anzutreffen als Frauen und ältere Leute. Bezüglich sozialer Lage zeigen sich dagegen keine besonderen Auffälligkeiten.

Passive Risikovermeidende lassen zwar die Finger von Tabak und Alkohol, sie bewegen sich aber auch kaum und leben nicht ernährungsbewusst. Im Kanton St.Gallen gehören rund 26,6% 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.

40,0% der Bevölkerung des Kantons St.Gallens zeigen ein durchgängig gesundheitsförderndes Verhalten. Sie verzichten auf Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum, bewegen sich regelmässig und achten auf ihre Ernährung. Im Kanton St.Gallen sind die Frauen bei den Gesundheitsfördernden stärker vertreten als Männer. Die Gesundheitsfördernden zeichnen sich zudem durch einen höheren Berufsstatus, ein höheres Haushaltseinkommen und einen geringeren Ausländeranteil aus. Im Kanton St.Gallen finden wir etwas mehr Gesundheitsfördernde und etwas weniger Risikotypen als in der Gesamtschweiz.

Verhaltenstypen, Kanton St.Gallen und Schweiz

Abb. 5.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=949 (SG); 18'672 (CH).

Tab. 5.6 Verhaltenstypen nach soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen, Kanton St.Gallen und Schweiz (in %)

		Risikotyp		Risiko-kompensierende		Risiko-vermeidende		Gesundheits-fördernde	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Gesamtbevölkerung		15,1	16,8	18,3	17,2	26,6	29,6	40,0	36,4
Geschlecht	Frauen	13,2	14,0	12,5	14,4	30,2	34,2	44,2	37,3
	Männer	17,1	19,9	24,6	20,3	22,7	24,4	35,5	35,5
Altersgruppen	15–34	17,4	16,6	25,3	21,8	19,1	23,5	38,1	38,0
	35–49	17,6	20,4	19,0	18,6	23,7	26,8	39,7	34,3
	50–64	15,6	17,4	16,8	15,9	25,0	30,4	42,6	36,3
	65+	(5,1)	10,5	*	8,8	49,8	43,3	41,6	37,4
Bildung	obligatorische Schule	18,5	16,6	(14,9)	15,5	25,6	35,3	41,1	32,7
	Sekundarstufe II	13,6	16,9	20,5	18,2	27,2	27,8	38,7	37,0
	Tertiärstufe	(15,6)	16,6	(14,2)	15,6	24,7	28,1	45,4	39,7
Nationalität	Schweizer	14,1	16,0	18,6	17,4	26,3	28,8	41,1	37,8
	Ausländer	(20,1)	20,4	(16,9)	16,2	(28,4)	32,9	34,6	30,5
Haushalts-einkommen	bis CHF 3000	14,2	18,1	18,4	15,9	31,3	33,5	36,1	32,5
	CHF 3000 bis 4499	15,7	16,9	16,0	16,7	27,3	29,6	41,0	36,8
	CHF 4500 bis 5999	(11,6)	16,2	16,2	18,8	21,2	24,8	51,1	40,2
	CHF 6000 und höher	(15,9)	16,8	(34,0)	20,5	(22,2)	24,2	(27,9)	38,5
Sozioprofessionelle Kategorien	an- und ungelernete manuelle Berufe	(20,1)	18,6	(20,3)	18,3	34,3	31,1	25,3	31,9
	qualifizierte manuelle Berufe	(21,6)	21,7	(21,0)	19,0	21,4	27,5	36,0	31,8
	Kleinunternehmer	(20,1)	18,2	*	18,5	(36,0)	30,5	28,8	32,8
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe.	14,5	16,6	20,8	17,7	24,8	29,2	39,8	36,5
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	13,5	15,2	14,1	17,4	24,7	28,1	47,7	39,4
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	*	16,4	(17,1)	14,7	(26,0)	29,9	51,3	39,0
Regionaler Vergleich	Aargau		15,9		18,8		26,5		38,7
	Basel-Landschaft		14,5		17,1		29,3		39,0
	Basel-Stadt		18,1		19,4		27,9		34,7
	Bern		15,3		16,3		28,1		40,3
	Luzern		15,5		15,5		29,4		39,7
	Solothurn		16,6		17,9		27,8		37,8
	St.Gallen		15,0		18,3		26,6		40,0
	Zug		14,0		18,9		23,6		43,5
	Zürich		16,4		18,6		26,4		38,6
	andere Deutschschweizer Kantone		12,7		18,5		28,3		40,5
	Westschweizer Kantone		20,5		15,6		34,7		29,2
Tessin		20,3		15,1		35,0		29,6	

Datenquelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, 869 <n< 950 (SG); 17'301 <n< 18'672 (CH).
* Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern basieren auf weniger als 30 Antwortenden.

5.3 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

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

Ein Blick auf die Vorzeichen macht zudem deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und körperlicher Gesundheit nicht alle in die gleiche Richtung zeigen, und ein positives Gesundheitsverhalten nicht generell mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. Das Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein sowie der Alkoholkonsum sind negativ mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und den körperlichen Beschwerden korreliert. Das heisst: Personen, die sich körperlich nicht vollständig gesund fühlen und von lang andauernden Gesundheitsproblemen geplagt werden, leben eher gesundheitsorientiert, achten vermehrt auf die Ernährung und konsumieren weniger Alkohol als Personen, die sich einer (sehr) guten Gesundheit erfreuen. Obwohl die dargestellten Korrelationskoeffizienten keine Hinweise auf die Kausalität der Beziehungen enthalten, kann der negative Zusammenhang wohl damit erklärt werden, dass die gesundheitlichen Probleme und die physischen Beschwerden zu einem höheren Gesundheitsbewusstsein geführt haben dürften.

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.
Kontrollüberzeugung	,07	,06	n.s.	-,04	,11	-,04
Einsamkeitsgefühle	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 Gegenteiliges finden wir mit Blick auf das Bewegungsverhalten und den Body Mass Index. Ein weniger guter Gesundheitszustand und vermehrte Beschwerden sind bei den körperlich inaktiven und den übergewichtigen Personen häufiger als bei 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.

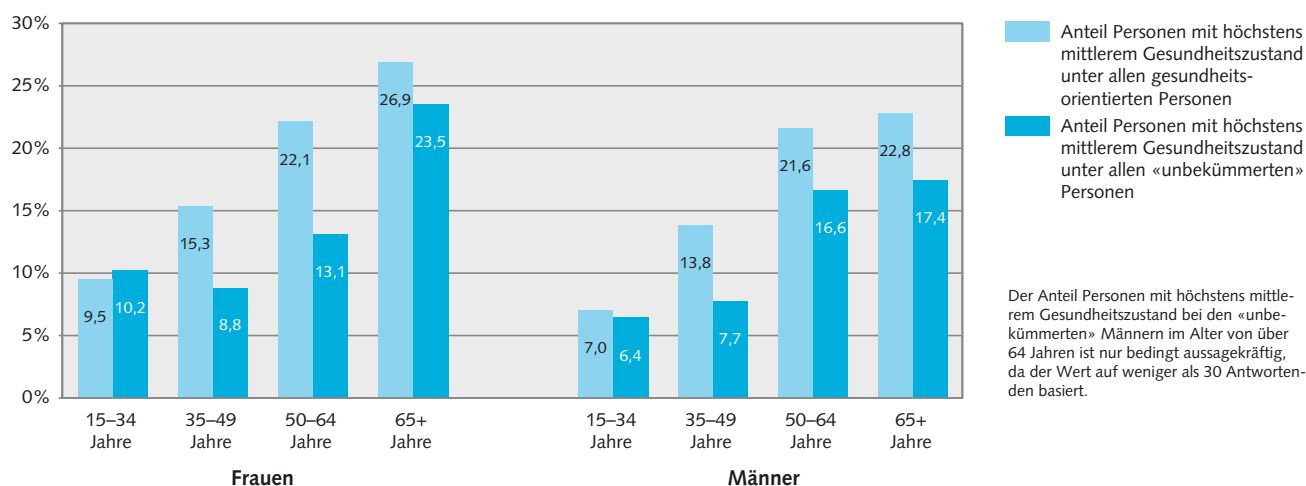
Dank der hohen Anzahl an befragten Personen lässt sich aber – zumindest auf schweizerischer Ebene – bestimmen, in welchem Masse die genannten Zusammenhänge von Alters- und Geschlechtseffekten überlagert werden. Aus Abbildung 5.9 geht hervor, dass sich der

Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen noch nicht zeigt. In allen anderen Altersgruppen ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Anteil an Personen, denen es gesundheitlich nicht gut geht, unter den gesundheitsorientierten Personen höher als unter den Personen, die leben, ohne sich gross um gesundheitliche Folgen zu kümmern. Dieser Befund spricht für die These, dass gesundheitliche Probleme mit der Zeit zu einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein führen können. Dies ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Fall. Ein eindeutiger Geschlechtsunterschied lässt sich nicht feststellen.

Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand zeigt sich in allen Altersgruppen (vgl. Abbildung 5.10). Unabhängig von Alter und Geschlecht schätzen Inaktive ihren Gesundheitszustand häufiger als weniger gut ein als körperlich Aktive. Den grössten Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten

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

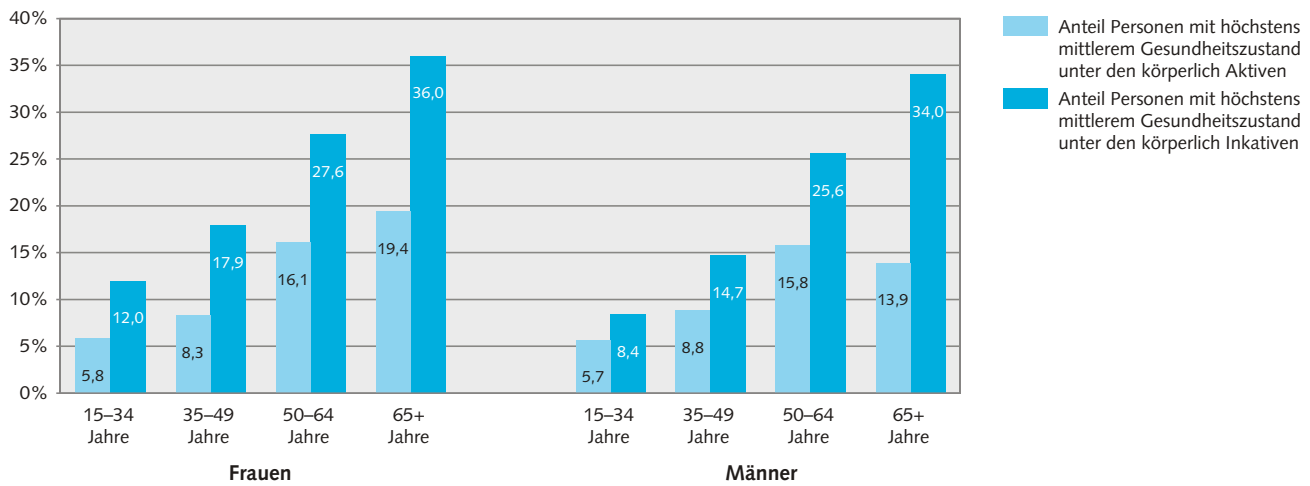
Abb. 5.9



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

Gesundheitszustand und Bewegungsverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

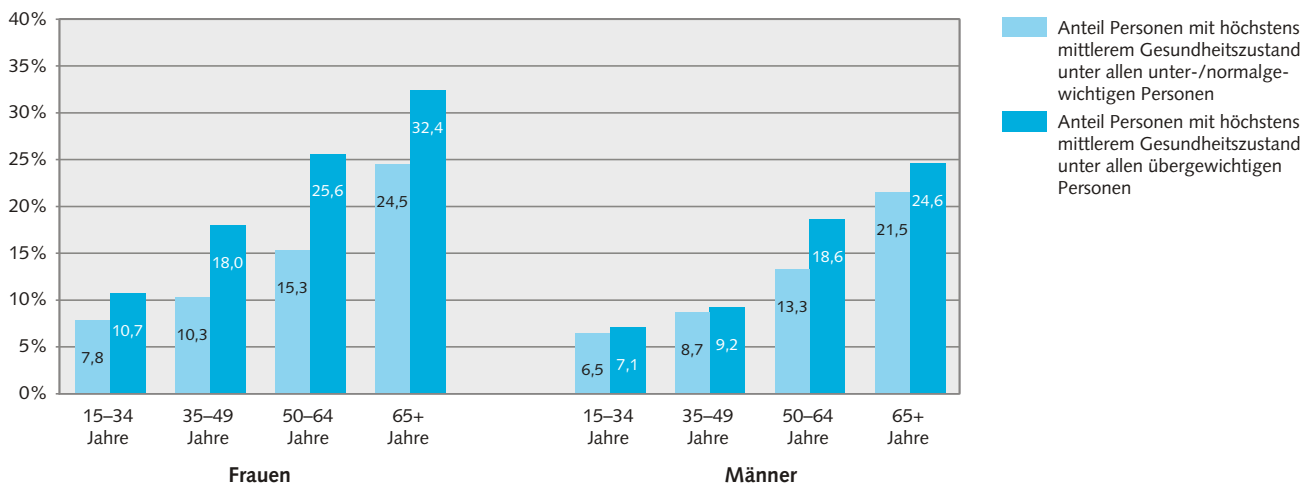
Abb. 5.10



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

Gesundheitszustand und BMI nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.11



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

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 zu vermuten, 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 ausgeglichener wie unter- und normalgewichtige Personen. Dasselbe gilt bezüglich dem allgemeinen Gesundheitsbewusstsein. Einzig mit Blick auf das Bewegungsverhalten lässt sich sagen, dass Aktive psychisch eher etwas ausgeglichener sind als Inaktive. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei den Frauen und generell bei älteren Personen etwas stärker als bei den Männern und den unter 34-Jährigen.

Für eine weitergehende Einschätzung des Zusammenhangs von Gesundheitszustand und Gesundheitsverhal-

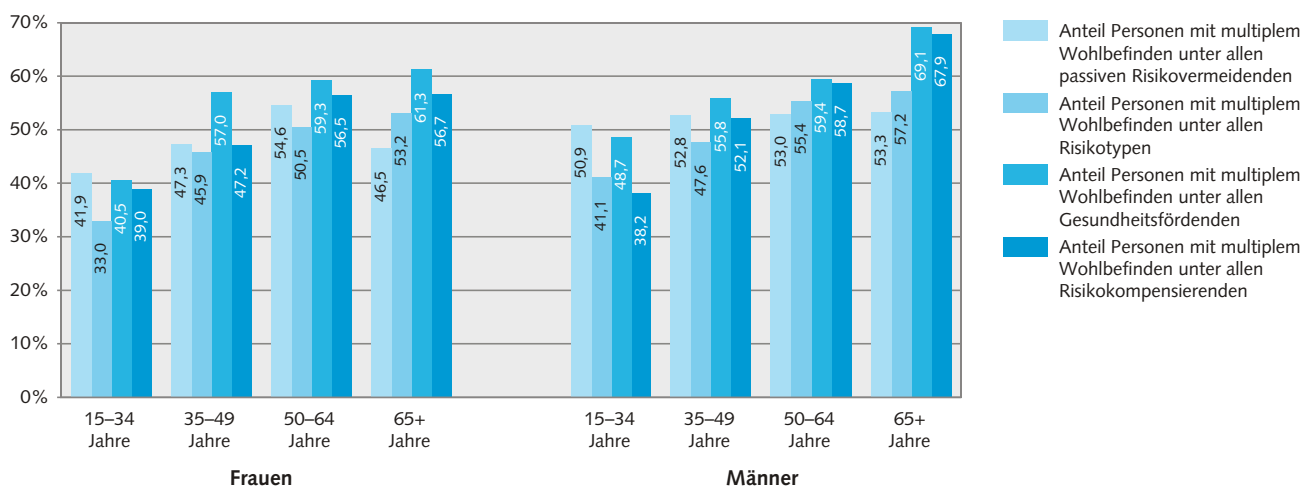
Tab. 5.8 Wohlbefinden und Verhaltenstyp, Schweiz (in %)

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n = 18'221 (CH).
Kontingenzkoeffizient CC (zwischen kumuliertem Wohlbefinden und Verhaltenstyp auf der Basis ungewichteter Daten) = 11 (auf 99%-Niveau signifikant).

Wohlbefinden und Verhaltenstyp nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz

Abb. 5.12



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

ten 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 ergibt 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.

Die zusätzliche Differenzierung nach Alter und Geschlecht macht deutlich, dass unabhängig vom Verhaltenstyp das multiple Wohlbefinden in älteren Jahren ver-

breiteter ist als in jüngeren Jahren (vgl. Abbildung 5.12). Einzig bei den passiven Risikovermeidenden lässt sich dieser Anstieg des Wohlbefindens nicht beobachten. Unabhängig von Alter und Geschlecht ist ein multiples Wohlbefinden unter den Gesundheitsfördernden häufiger anzutreffen als unter den Risikotypen. Auch mit den komplexeren Typenbildungen und unter Berücksichtigung von Alter und Geschlechtsunterschieden wird somit deutlich, dass es zwar plausible Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand gibt, die Zusammenhänge aber nicht sehr ausgeprägt sind, sodass sich keine einfachen Beziehungen finden lassen 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 Einstellungen und Verhaltensweisen miteinander 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 lang andauernden Gesundheitsproblemen sowie unter körperlichen Beschwerden allgemein, 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: 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 St.Galler Bevölkerung eines «multiplen Wohlbefindens» erfreut (d. h. sich 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 Dreissigsten geht es zwar psychisch schlecht, 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 schlecht, aber psychisch gesund. Neben dem Alter sind

auch höheres Einkommen, mehr Bildung und Schweizer Nationalität sowie Abwesenheit lang andauernder Gesundheitsprobleme förderlich für ein multiples Wohlbefinden, während ein geringer Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus die Chance erhöht, an kumuliertem Unwohlsein zu leiden.

Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Dimensionen der Einstellungen zur Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens 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 Nichtrauchenden und leidet auch weniger an Übergewicht.

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

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

6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

6.1 Einleitung

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln der Gesundheitszustand, 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 St.Galler Leistungsbezüger/innen untersucht und nicht die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Kantons St.Gallen. 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 St.Gallen Auffälligkeiten in der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen in der Hinsicht feststellen, dass Personen mit bestimmten Eigenschaften spezifische Leistungen eher in Anspruch nehmen als Personen ohne diese Eigenschaften?
- (2) Haben alle Personen die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu den unterschiedlichen medizinischen Angeboten oder werden gewisse Leistungen von bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht oder deutlich weniger in Anspruch genommen?
- (3) Lassen sich Bereiche finden, die im interkantonalen Vergleich deutlich häufiger oder weniger häufig in Anspruch genommen werden?

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

6.2 Determinanten der Inanspruchnahme

6.2.1 Das «Andersen-Behavioral-Model»

Basis der Untersuchung bildet das «Andersen-Behavioral-Model» (Andersen und Laake 1983, 1987; vgl. auch Kronenfeld 1980). Dieses Modell hat sich international als Bezugsmodell für die Analyse medizinischer Inanspruchnahme bewährt (Philips et al. 1998; Thode et al. 2004). Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt gemäss diesem Modell von prädisponierenden Faktoren, Bedingungsfaktoren²⁵ 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.

²⁵ Zu den Bedingungsfaktoren zählen auch Struktur determinanten wie beispielsweise das kantonale Angebot (Ärztedichte, etc.), soziodemographische oder soziokulturelle kantonale Strukturen wie sie im Kapitel 1.4 beschrieben werden. Diese werden für die Frage, nach den Unterschieden zwischen den Kantonen berücksichtigt.

6.2.2 Prädispositionsfaktoren

Zu den Prädispositionsfaktoren werden das Geschlecht, das Alter und die Nationalität eines Individuums gezählt. Prädispositionsfaktoren 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 auf die Inanspruchnahme wirken.

Bezüglich des Geschlechts wird häufig eine unterschiedliche Nutzung der Gesundheitsleistungen beobachtet. Als ursächlich dafür gelten 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 (Weiss und Gognalons-Nicolet 1999; Bisig et al. 2004; vgl. auch die vorhergehenden Kapitel). In neuesten Studien zur Schweiz zeigt sich dabei in praktisch allen Bereichen, dass Frauen medizinische Dienstleistungen häufiger in Anspruch nehmen als Männer (Bisig et al. 2004).

Mit der Erhöhung der Lebenserwartung ergeben sich auch erhöhte Anforderungen an das Gesundheitssystem. Verschiedene Studien zeigen eine mit dem Alter zunehmende Inanspruchnahme insbesondere kurativer Leistungen (z. B. Bisig und Gutzwiller 2004c; Coulton und Frost 1982; Wolinsky et al. 1986). Dies lässt sich dadurch erklären, dass ein verminderter Gleichgewichtssinn und längere motorische Reaktionszeit vermehrt vor allem zu Sturzunfällen führen können, die nur langsam heilende Frakturen nach sich ziehen. Darüber hinaus führen altersbedingte demenzielle, aber auch depressive Störungen zu erhöhter Pflegebedürftigkeit. Ältere Menschen weisen zudem ein höheres Risiko für Hirnschlag, Herzkrankheiten, Rheuma und Seh- und Hörbehinderungen auf (Höpflinger und Hugentobler i. E.).²⁶

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 einer Person gegenüber der eigenen Gesundheit gezählt.

In zahlreichen Studien zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Bisig et al. 2001; Weiss und Gognalons-Nicolet 1999). Dabei gelten ungünstige Lebensbedingungen, knappe Ressourcen (z. B. Bildung oder Einkommen) und je nach sozialer Lage spezifisches Gesundheitsverhalten als ursächlich für schlechtere Gesundheit von Angehörigen unterer sozialer Lagen (Meyer und Jeanneret 1999). Eine grössere Häufigkeit von Krankheiten muss aber nicht zwingend zu einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen. Geringere medizinische Kenntnisse, die grössere soziokulturelle Distanz zwischen Arzt oder Ärztin und 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 einer Person bezeichnet. Soziales Kapital kann dabei durch primäre Netzwerke (Zivilstatus, Haushaltgrösse), sekundäre Netzwerke (Freunde, Verwandte, Vertrauenspersonen, Integration am Arbeitsplatz) oder organisierte Netzwerke (Vereine) generiert werden (Bühlmann und Freitag 2004; Gabriel et al. 2002). Je dichter diese Netze sind, desto höher ist der Grad an sozialem Kapital (Bühlmann und Freitag 2004) und desto eher kann eine Person auf soziale Unterstützung zählen, die sich 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).

²⁶ Höpflinger und Hugentobler (i. E.) kommen allerdings zum Schluss, dass höhere Lebenserwartung nicht zwingend mit mehr altersbedingten Krankheiten und Unfällen, sondern auch mit mehr behinderungsfreien Lebensjahren einhergeht. Sie weisen vor allem darauf hin, dass die zunehmende demographische Alterung nicht linear mit zunehmender Pflegebedürftigkeit verbunden ist.

Andererseits stellt soziale Unterstützung auf instrumenteller Ebene eine Quelle praktischer Hilfe dar (Rüesch und Manzoni 2003). Personen mit grossem sozialem Kapital werden weniger krank und nehmen medizinische Leistungen in geringerem Umfang in Anspruch (Hu und Goldmann 1990).

Die Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit ist ein wichtiger Faktor zur Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Bullinger 1997; Ellert und Knopf 1999). Personen, denen 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 Gonalons-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 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 genügend 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 St.Gallen mittels soziodemographischer Merkmale beschrieben und mit den gesamtschweizerischen Befunden verglichen. Anschliessend wird in multivariaten statistischen Tests gemessen, welchen Beitrag die einzelnen Er-

klärungsgrößen 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 St.Gallen 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 75,9% aller St.Galler/innen in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin auf. Im Schnitt zeigt sich eine Konsultationsanzahl von 3.4 Konsultationen pro Person. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz liegen diese groben Richtwerte für den Kanton St.Gallen leicht tiefer: Gesamtschweizerisch haben 76,9% aller Befragten im Jahr vor der Befragung einen Arzt konsultiert, und im Schnitt sind ebenfalls 3.4 Arztkonsultationen zu verzeichnen

Mit Blick auf Tabelle 6.1 lässt sich feststellen, dass die männliche und die zwischen 35 und 49 Jahre alte Bevölkerung des Kantons St.Gallen häufiger zum Arzt geht als die entsprechenden Referenzgruppen für die gesamte Schweiz. Ausländer/innen und über 50-jährige Einwoh-

ner/innen des Kantons St.Gallen scheinen hingegen etwas weniger häufig zum Arzt zu gehen als die Migrant/innen und die über 50-jährigen in der gesamten Schweiz. Anders als im gesamtschweizerischen Sample nehmen im Kanton St.Gallen wohnhafte Migrant/innen weniger häufig ärztliche Dienstleistungen in Anspruch als Schweizer/innen. Bei den restlichen Gruppen zeigen sich im Vergleich mit der Schweiz sehr ähnliche Verteilungen: Frauen nehmen sowohl im Kanton St.Gallen als auch in der gesamten Schweiz häufiger ärztliche Dienstleistungen in Anspruch als Männer. Mit zunehmendem Alter, geringerer Bildung und zunehmenden körperlichen Beschwerden steigt die mittlere Inanspruchnahme. Dies gilt ebenfalls sowohl für den Kanton St.Gallen als auch für die Schweiz.

Bei der Untersuchung der Arztkonsultationen mit Hilfe des «Andersen Behavioral Models» zeigen sich in der multivariaten Überprüfung²⁷ das Geschlecht, die Nationalität, der Gesundheitszustand, die Ernährungsgewohnheiten und der Tabakkonsum als erklärungskräftig auf signifikantem Niveau. Mit anderen Worten suchten Frauen, Ausländer/innen, Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen und über eher starke körperliche Beschwerden klagen, sowie Personen, die angeben, auf die eigene Ernährung zu achten, und Raucher/innen in den letzten 12 Monaten im Kanton St.Gallen mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Arzt auf. Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz zeigen unter anderem das Alter, die Dichte der verfügbaren sozialen Netzwerke oder die körperliche Aktivität keine Erklärungskraft.

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

		nie (in %)	1–2 mal (in %)	Kanton St.Gallen		Schnitt (Anzahl)	Schweiz Schnitt (Anzahl)
				3–6 mal (in %)	7 mal + (in %)		
Geschlecht	Männer	28,9	38,3	21,3	11,6	3,2	2,9
	Frauen	20,4	36,6	31,0	12,0	3,5	3,9
Alter	15–34	24,6	40,8	23,3	11,4	2,9	2,9
	35–49	31,0	37,2	21,4	(10,4)	3,4	2,8
	50–64	24,2	36,6	29,8	(9,4)	3,3	3,8
	65+	15,5	31,6	35,1	17,8	4,2	4,5
Nationalität	Schweizer	26,6	36,0	24,6	12,8	3,4	3,4
	Ausländer	(15,8)	43,4	33,3	*	3,2	3,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	21,7	33,9	32,4	(11,9)	3,6	3,9
	Sekundarstufe II	25,0	38,6	24,1	12,3	3,4	3,3
	Tertiärstufe	29,4	39,5	(22,3)	(8,8)	2,7	2,9
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum Beschwerden	35,6	38,9	20,7	(4,8)	2,0	2,2
	einige Beschwerden	19,3	44,9	27,8	(8,0)	3,0	3,2
	starke Beschwerden	14,4	26,2	33,0	26,4	5,7	5,5

¹ Index aus Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Schmerzen im Brustbereich.

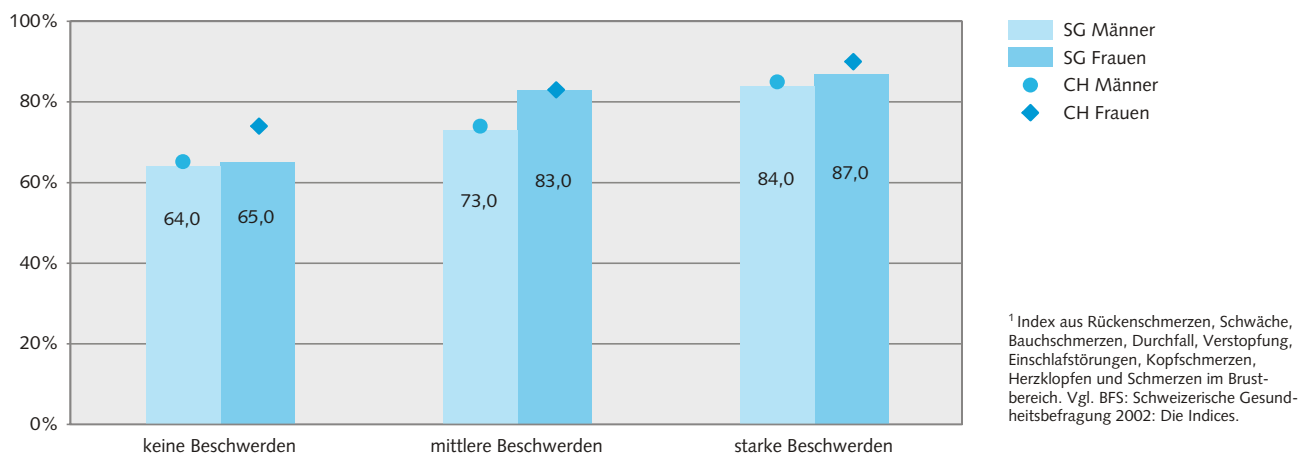
Vgl. BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices. Schnitt = durchschnittliche Anzahl Arztkonsultationen aller Befragten.

Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. * Antworten von 0–10 Personen; Die Prozentwerte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

²⁷ 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.

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

Abb. 6.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1013 (SG); 19'706 (CH).

Der Zusammenhang zwischen Nationalität und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigt sich in der gesamtschweizerischen Analyse nicht. Das Bildungsniveau ist weder im Kanton St.Gallen noch in der gesamten Schweiz wichtig für die Erklärung der Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation. Allerdings dürfte die Bildung zumindest indirekt Wirkung entfalten, zeigen doch zusätzliche Analysen, dass gerade dieser Faktor einen hohen Zusammenhang mit dem Beschwerdeindex oder dem eingeschätzten Gesundheitszustand aufweist.²⁸

In Abbildung 6.1 ist das Geschlecht mit dem Beschwerdeindex für den Kanton St.Gallen und die Schweiz verbunden. Bei den Männern zeigt sich sowohl in der kantonalen wie in der gesamtschweizerischen Analyse ein sehr ähnlicher Verlauf. Die St.Galler Männer unterscheiden sich also hinsichtlich der Häufigkeit von Arztbesuchen aufgrund von Beschwerden kaum von den Schweizer Männern. Bei den Frauen ergeben sich jedoch Unterschiede: St.Gallerinnen ohne körperliche Beschwerden gehen weniger häufig zum Arzt als Schweizerinnen, die nicht über die vom hier verwendeten Index gemessenen Beschwerden klagen. Der Unterschied beträgt 9 Prozentpunkte. Etwas weniger häufig als alle Schweizerinnen nehmen auch St.Galler Frauen mit starken Beschwerden ärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Diese Unterschiede im Verhalten der Frauen bewirken, dass sich – anders als in der gesamtschweizerischen Analyse – die Häufigkeit des Arztbesuches mit zunehmenden Beschwerden zwischen den Geschlechtern nicht linear an-

nähert: Starke Unterschiede im Verhalten der Geschlechter gibt es im Kanton St.Gallen vor allem bei Personen mit mittleren Beschwerden.

Inanspruchnahme von haus- und spezialärztlichen Leistungen

63,3% aller St.Galler/innen konsultierten im Jahr vor dem Befragungszeitpunkt mindestens ein Mal ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Rund ein Viertel aller Frauen (28,4%) und aller Männer (23,7%) aus dem Kanton St.Gallen suchten in demselben Zeitraum Spezialärztinnen und Spezialärzte auf. Im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Bevölkerung nahmen die Einwohner/innen des Kantons St.Gallen damit weniger spezialärztliche Leistungen, aber etwas mehr hausärztliche Leistungen in Anspruch. In der Schweiz konsultierten 62% aller Befragten ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin, und 28,4% aller Männer und 30,5% aller Frauen nahmen spezialärztliche Dienstleistungen in Anspruch. Ebenfalls geringer als in der Schweiz ist der Anteil an Frauen im Kanton St.Gallen, die mindestens einmal ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgesucht haben (47,5%; 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 Alters und der Nationalität grössere Unterschiede.²⁹ Die im Vergleich mit der Gesamtschweiz

²⁸ Neben hoher Bildung gehen auch ein hohes Einkommen, Vereinsmitgliedschaften und häufige körperliche Aktivität Hand in Hand mit einem tiefen Beschwerdeindex und einer positiveren Einschätzung der eigenen Gesundheit.

²⁹ Die Fallzahlen sind insbesondere bei der Betrachtung nur einer Geschlechtsgruppe teilweise sehr gering. Die Resultate müssen daher mit Zurückhaltung interpretiert werden.

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

		Hausarzt		Spezialärztin/ Spezialarzt Männer		Gynäkologin/ Gynäkologe		Spezialärztin/ Spezialarzt Frauen	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Geschlecht	Männer	62,3	60,5	23,7	28,4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Frauen	64,3	63,4	n.a.	n.a.	47,5	51,9	28,4	30,5
Alter	15–34	62,8	57,0	26,5	23,1	56,9	61,4	22,2	27,5
	35–49	51,1	55,4	(16,7)	24,9	60,6	59,6	31,9	28,8
	50–64	67,4	63,5	(23,6)	32,2	47,6	53,3	29,1	32,2
	65+	77,9	79,2	(31,7)	41,6	(19,4)	27,6	33,7	34,9
Nationalität	Schweizer	62,2	61,7	24,0	29,3	45,8	50,8	28,6	30,8
	Ausländer	69,6	63,4	(22,5)	24,7	56,4	57,6	(27,1)	28,8
Bildungsniveau	obligatorische Schule	63,6	66,6	(18,8)	25,1	37,8	41,1	24,9	26,6
	Sekundarstufe II	63,8	61,8	25,0	27,4	49,7	55,2	28,7	31,3
	Tertiärstufe	60,5	56,3	(24,5)	33,5	(73,1)	61,4	(40,2)	35,5
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	50,6	53,5	15,6	22,4	42,5	45,4	18,1	21,5
	einige	67,1	63,0	(20,6)	29,1	45,2	53,6	28,0	30,0
	starke	75,9	73,9	44,1	44,7	55,8	56,4	37,9	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 (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. n.a. = Frage trifft für eine Gruppe nicht zu. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30).

häufigeren Konsultation von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton St.Gallen scheint unter anderem auf die stärkere Inanspruchnahme hausärztlicher Dienstleistungen durch 15- bis 34-Jährige und durch 50- bis 64-jährige Personen zurückzuführen zu sein. Auch bei den spezialärztlichen Dienstleistungen zeigen sich im Vergleich mit der gesamten Schweiz bei den unter 50-jährigen St.Gallerinnen und St.Gallern etwas höhere und bei den über 50-jährigen teilweise recht deutlich tiefere Konsultationsanteile. Mit anderen Worten: Jüngere St.Galler/innen scheinen im Vergleich mit der gesamten Schweiz etwas häufiger und ältere Personen im Kanton St.Gallen etwas seltener haus- und spezialärztliche Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Sowohl in der Schweiz wie auch im Kanton St.Gallen suchen Migrant/innen häufiger ihre Haus- und Frauenärztinnen und Haus- und Frauenärzte auf als Schweizer/innen. Im Kanton St.Gallen fallen diesbezüglich aber die starken Unterschiede in den Konsultationsanteilen auf. Weder beim Geschlecht noch bei der Bildung und dem Beschwerdeindex zeigen sich ähnlich bemerkenswerte Unterschiede.

Die jeweiligen Analysen der Indikatoren auf der Basis des «Andersen-Behavioral-Models» bestätigt die gemachten Beobachtungen teilweise: Sowohl in der Schweiz als auch im Kanton St.Gallen suchten Frauen in den 12 Monaten vor dem Befragungstermin mit signifikant grösserer Wahrscheinlichkeit Hausärztinnen und Hausärzte auf als Männer.

Während das Alter in der multivariaten Überprüfung der gesamtschweizerischen Angaben für die Konsultation bei Hausärztinnen und Hausärzten die erwarteten signifikanten Erklärungsrichtungen aufweist,³⁰ bleibt es für die

³⁰ Je älter eine Person ist, desto wahrscheinlicher sucht sie Hausärztinnen oder Hausärzte auf. Dies lässt sich mit altersbedingter zunehmender Nachfrage nach medizinischer Unterstützung erklären.

Erklärung der Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen für den Kanton St.Gallen ohne Erklärungskraft. Der Grund für diesen Umstand scheint die beobachtete starke Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen durch die jüngere Bevölkerung im Kanton St.Gallen zu sein. Weder in der Schweiz noch im Kanton St.Gallen erklärt das Alter die Wahrscheinlichkeit, Spezialärztinnen und Spezialärzte aufzusuchen. Hingegen sinkt die Wahrscheinlichkeit der Konsultation bei Gynäkologinnen und Gynäkologen mit zunehmendem Alter sowohl im Kanton St.Gallen als auch in der gesamten Schweiz. Das dürfte hauptsächlich auf die höhere Konsultationshäufigkeit durch jüngere Frauen infolge von Schwangerschaften und Geburt sowie auf die höhere Relevanz der Verhütungsthematik zurückzuführen sein (Camenzind und Meier 2004).

Die Nationalität erklärt weder in der Schweiz noch im Kanton St.Gallen die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Haus- und Spezialärztinnen bzw. Haus- und Spezialärzten.

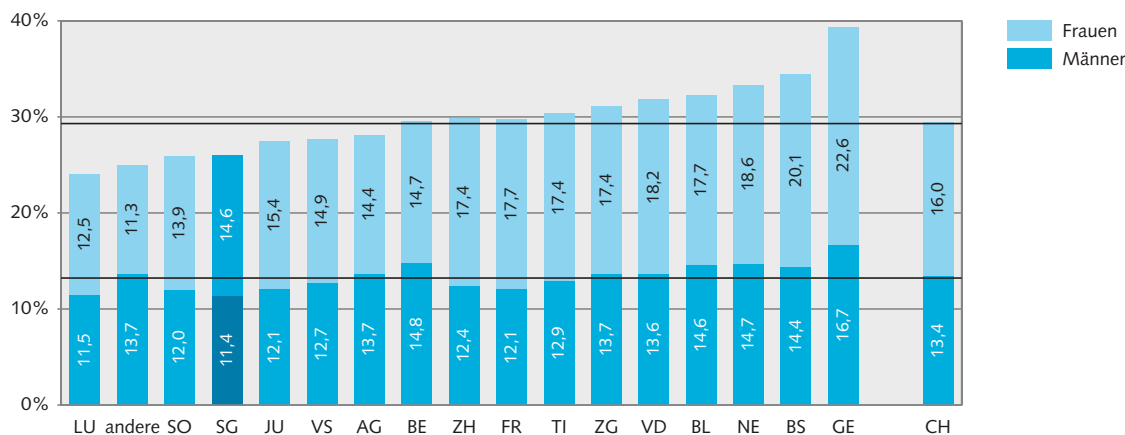
Bei den einzelnen Indikatoren der Inanspruchnahme zeigen sich in der multivariaten Überprüfung weitere Grössen aus dem «Andersen-Behavioral Model» als signifikant erklärungskräftig:

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person innerhalb der 12 Monate vor der Befragung Haus- oder Spezialärztinnen bzw. Haus- oder Spezialärzte (ausgenommen Frauenärztinnen und Frauenärzte) konsultierte, ist umso grösser, je schlechter sie ihre eigene Gesundheit einschätzt. Vereinsmitgliedschaft und körperliche Aktivität erhöhen die Inanspruchnahme spezialärztlicher Dienstleistungen im Kanton St.Gallen ebenfalls. Dies dürfte sich mit einer erhöhten Unfallgefahr bei Aktivitäten in Sportvereinen erklären lassen.

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass im Kanton St.Gallen die Inanspruchnahme von spezialärztlichen Leistungen eher selten ist. In keinem anderen Kanton

Anteile der befragten Männer und Frauen, die im Jahr vor Befragungszeitpunkt Spezialärztinnen/Spezialärzte aufgesucht haben

Abb. 6.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: SG=1013 (dunklerer Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

konsultieren weniger Männer einen Spezialarzt. Aber auch bei den Frauen ist die Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen im Jahr vor der Befragung gering (Abbildung 6.2).

Die Aggregatdatenanalysen zeigen für die Männer und die Frauen unterschiedliche Resultate. Die geringere Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch Männer scheint sich durch die spezifische Beschäftigungsstruktur erklären zu lassen (eher hohe Anteile im I. und im II. Sektor und vergleichsweise geringe Anteile im III. Sektor).

Hohe Anteile an Frauen, die Spezialistinnen und Spezialisten aufsuchen, sind in französischsprachigen Kantonen zu erwarten. Die geringe Inanspruchnahme spezialärztlicher Leistungen durch St.Gallerinnen dürfte auf die unterdurchschnittliche Arbeitslosenquote, die geringe Ärztedichte und die geringen Gesundheitsausgaben zurückzuführen sein.

Inanspruchnahme medizinischer, alternativ- und paramedizinischer Leistungen

Im Vergleich zur gesamtschweizerischen Bevölkerung nahmen St.Galler/innen im Jahr vor der Befragung ein wenig häufiger ärztliche Zahnbehandlung und ein wenig seltener Dentalhygiene in Anspruch als Schweizer/innen. Suchten im Jahr vor der Befragung 63,9% aller Einwohner/innen des Kantons St.Gallen mindestens einmal eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf, beträgt der entsprechende Anteil in der Gesamtschweiz 62,1%. Dentalhygienische Dienstleistungen nahmen 30,6% der St.Galler/innen und 36,7% aller Schweizer/innen in Anspruch.

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).³¹ Es zeigen sich bezüglich der Anteile an St.Galler/innen, die manuelle (14,3%) oder alternativmedizinische Dienstleistungen (11,9%) in Anspruch genommen haben, Unterschiede zur Gesamtschweiz (manuelle Medizin in Anspruch genommen: 18,2%; alternative Medizin in Anspruch genommen: 14,5%): Der Anteil an St.Galler/innen, die manuelle und alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch nahmen, ist geringer als der Anteil an allen Schweizer/innen.

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

Die im Vergleich zur Schweiz leicht höhere Inanspruchnahme von zahnärztlichen Dienstleistungen scheint auf den ersten Blick darauf zurückzuführen zu sein, dass St.Galler Männer im Vergleich häufiger Zahnärztinnen und Zahnärzte aufsuchen als Frauen. Die multivariate Überprüfung mit Hilfe des «Anderson-Behavioral-Models» zeigt, dass das Geschlecht im Kanton

³¹ Nicht weiter untersucht werden aus Gründen der zu niedrigen Fallzahlen die Konsultationen bei Psychologinnen und Psychologen.

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	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Geschlecht	Männer	64,2	59,7	27,9	33,9	12,8	15,8	7,5	10,0
	Frauen	63,5	64,3	33,1	39,3	15,7	20,4	15,5	18,6
Alter	15–34	62,8	62,5	22,9	30,0	15,0	15,8	(8,1)	14,2
	35–49	69,1	63,3	37,2	43,7	13,7	19,8	13,3	16,8
	50–64	67,6	66,1	37,4	42,8	14,2	20,1	14,5	15,4
	65+	53,8	54,9	28,7	29,9	(13,6)	17,5	(13,0)	10,4
Nationalität	Schweizer	63,6	63,6	32,7	38,7	14,4	18,1	12,7	15,6
	Ausländer	65,2	55,1	(19,4)	27,7	(13,5)	18,6	*	9,3
Bildungsniveau	obligatorische Schule	58,7	55,8	16,9	23,0	15,9	17,5	(7,4)	11,3
	Sekundarstufe II	63,9	63,9	33,9	39,8	12,8	18,2	12,6	14,7
	Tertiärstufe	74,6	64,2	42,8	44,9	(18,6)	19,3	(15,9)	18,1
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	61,8	61,1	32,1	36,2	8,0	12,4	(5,8)	10,5
	einige	66,8	63,4	28,4	37,4	13,3	18,3	14,2	14,9
	starke	59,6	61,5	28,4	36,9	28,1	28,0	17,1	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 (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30); * Antworten von 0–10 Personen.

St.Gallen – im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz – weder die Inanspruchnahme zahnärztlicher noch die Inanspruchnahme dentalhygienischer Leistungen zu erklären vermag.

Hervorzuheben gilt es den Zusammenhang zwischen Nationalität und Zahnarztbesuchen. In der multivariaten Überprüfung zeigt sich, dass Ausländer/innen im Kanton St.Gallen mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit zum Zahnarzt gehen als Schweizer Bürger/innen im Kanton. Im gesamtschweizerischen Sample erscheint dieser Zusammenhang umgekehrt: Gesamtschweizerisch nahmen Bürger/innen mit Schweizer Pass im Jahr vor der Befragung eher zahnärztliche Dienstleistungen in Anspruch als Migrant/innen.

In der multivariaten Überprüfung erweist sich auch, dass Bildung die Wahrscheinlichkeit zahnmedizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, beeinflusst, und zwar sowohl im Kanton St.Gallen als auch in der gesamten Schweiz: Je höher das Bildungsniveau einer Person ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker aufgesucht hat.

Keine Rolle für die Erklärung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen spielen das Alter und der Gesundheitszustand. Als erklärungskräftig stellt sich indes das individuelle Sozialkapital heraus: St.Galler/innen, die angeben, Vertrauenspersonen in ihrem Umfeld zu haben, unterziehen sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit dentalhygienischen Behandlungen. Die Wichtigkeit individueller sozialer Netzwerke zeigt sich auch bei der Analyse der gesamten Schweiz. Personen, die über viel soziales Kapital verfügen, scheinen sich also der Wichtigkeit auch prä-

ventiver zahnmedizinischer Kontrollen eher bewusst zu sein als Personen, die sozial nicht so stark integriert sind.

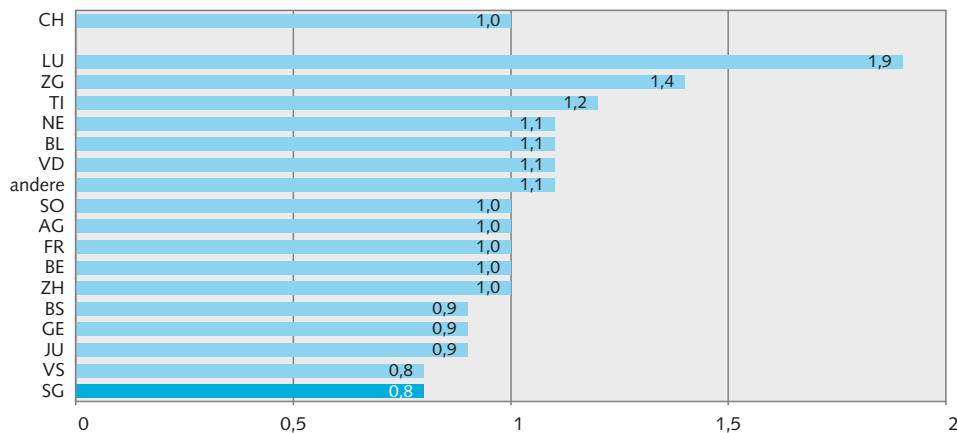
Ein Blick auf Tabelle 6.3 belegt, dass die Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Dienstleistungen im Kanton St.Gallen bei allen Kategorien geringer ist als in der gesamten Schweiz. In der multivariaten Analyse zeigt sich jedoch lediglich der Gesundheitszustand als signifikant erklärungskräftig. Sowohl für die Inanspruchnahme manueller wie auch alternativmedizinischer Dienstleistungen gilt: Je schlechter jemand die eigene Gesundheit einschätzt und über je mehr körperliche Beschwerden er/sie klagt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Dieser Befund bestätigt sich in der multivariaten Analyse des gesamtschweizerischen Samples.

Im Gegensatz zur Analyse der gesamten Schweiz sind aber im Kanton St.Gallen weder die Bildung noch die Nationalität Erklärungsfaktoren für die Inanspruchnahme manueller und alternativmedizinischer Dienstleistungen. Für die Schweiz, nicht aber für den Kanton St.Gallen gilt: Ausländer/innen nehmen signifikant häufiger manuelle und signifikant weniger häufig alternativmedizinische Dienstleistungen in Anspruch und: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist ihre Inanspruchnahme von manuellen und alternativmedizinischen Dienstleistungen.

Im interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass im Kanton St.Gallen eher selten alternativmedizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. In keinem anderen Kanton konsultieren die Einwohnerinnen und Einwohner so selten Anbieter/innen alternativmedizinischer Leistungen (vgl. Abbildung 6.3).

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

Abb. 6.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: SG=1013 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

Aggregatanalysen für die mittlere Konsultationszahl bei Alternativmediziner/innen lassen vermuten, dass insbesondere das medizinische Angebot (Ärztedichte, Klinikdichte) für die Anzahl der Konsultationen bei Anbietern und Anbieterinnen von Alternativmedizin Erklärungskraft besitzt: Je besser das medizinische und je schlechter das alternativmedizinische Angebot ist, desto niedriger ist die mittlere Konsultationszahl. Im interkantonalen Vergleich weist der Kanton St.Gallen allerdings lediglich ein eher durchschnittliches medizinisches Angebot auf. Die geringe Inanspruchnahme alternativmedizinischer Leistungen im Kanton St.Gallen dürfte also andere als die hier untersuchten Gründe haben.

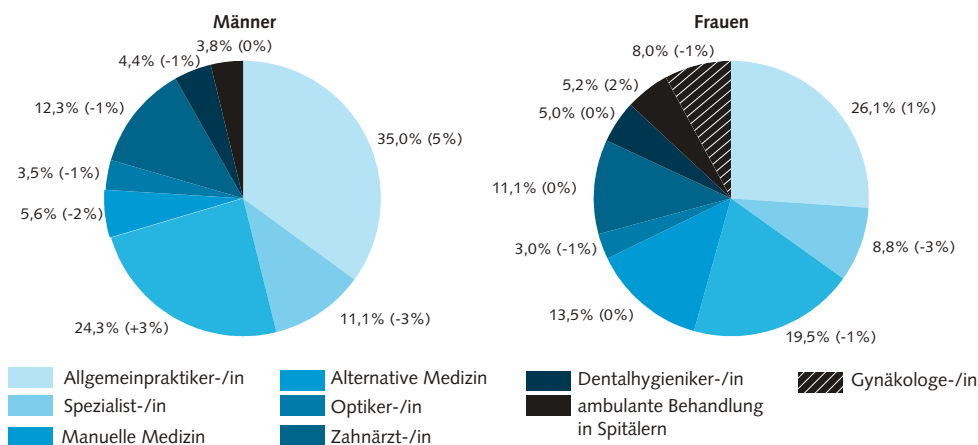
Werden die Kantone bezüglich der Alternativmedizin nach gesetzlicher Zulassung unterteilt, so zeigen sich

keine Unterschiede in der Inanspruchnahme. Mit anderen Worten: In den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Thurgau, Schaffhausen, St.Gallen und Graubünden, in denen das Angebot von alternativmedizinischen Leistungen an Prüfungen gebunden und somit gesetzlich geregelt ist, werden nicht signifikant häufiger oder weniger häufig alternativmedizinische Leistungen in Anspruch genommen als in den restlichen Kantonen, in denen die Alternativmedizin ungeregelt geduldet wird.

In Abbildung 6.4 sind die Anteile der Konsultationen von St.Galler/innen hinsichtlich der Leistungserbringer aufgeschlüsselt. Die höchsten Anteile bei den Männern nehmen die Konsultationen bei Allgemeinpraktiker/innen (35%), bei Anbieter/innen manueller Dienstleistungen (24%) und bei Zahnärztinnen und Zahnärzten

Verteilung der Gesamtzahl der Konsultationen bei Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberufe im Laufe eines Jahres im Kanton St.Gallen

Abb. 6.4



In Klammern: Unterschied zur Verteilung im Schweizerischen Mittel.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

(12%) ein. Bei den Frauen finden sich die grössten Konsultationsanteile bei den Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern (26%) sowie bei den Anbieterinnen und Anbietern von manueller (19%) und alternativer Medizin (13%).

Im Vergleich mit der Verteilung in der gesamten Schweiz sind bei den Verteilungen der Konsultationen bei den St.Galler Männern leichte Unterschiede insbesondere hinsichtlich der Inanspruchnahme allgemein- und spezialärztlicher sowie manueller Dienstleistungen festzustellen: Der Anteil der Konsultationen bei Hausärztinnen und Hausärzten und bei Anbieterinnen und Anbietern manueller medizinischer Dienstleistungen ist im Kanton St.Gallen höher, während der Anteil an Konsultationen bei Spezialärztinnen und Spezialärzten im Vergleich mit der gesamten Schweiz leicht tiefer ist. Die Verteilung der restlichen Dienstleistungen entspricht in etwa der gesamtschweizerischen Verteilung.

Unterschiede zeigen sich auch bei den Frauen, und zwar hinsichtlich der Inanspruchnahme frauen- und spezialärztlicher Dienstleistungen, deren Konsultationsanteile im Vergleich mit der gesamten Schweiz geringer sind.

Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen im Spital

Nachfolgend interessiert die Inanspruchnahme von Dienstleistungen, 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.³² Im Jahr vor der Befragung liess sich gut jede/r achte St.Galler/in mindestens einmal ambulant in einem Spital behandeln (12,2%). Dieser Anteil ist nur unwesentlich geringer als der gesamtschweizerische (12,8%). Der Anteil an St.Galler/innen, die in den 12 Monaten vor der Befragung Spitalpflege von mehreren Tagen in Anspruch nehmen mussten, ist hingegen leicht höher als der der Gesamtschweiz (SG: 12,3%; CH: 11,8%). Pro Patient/in betrug die Aufenthaltsdauer dabei im Schnitt 10,9 Tage (gesamtschweizerischer Schnitt: 9,2 Tage). Pro St.Galler/in entspricht dies 1,3 Spitalpflegetagen pro Jahr (gesamtschweizerischer Schnitt: 1,1 Tage).

Bei den ambulanten Behandlungen (z. B. in Poli- oder Tageskliniken) zeigen sich kaum Unterschiede zwischen dem Kanton St.Gallen und der gesamten Schweiz. In der multivariaten Überprüfung des «Andersen-Behavioral-Models» erweisen sich der Gesundheitszustand und die

Tab. 6.4 Anteile der Befragten, 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

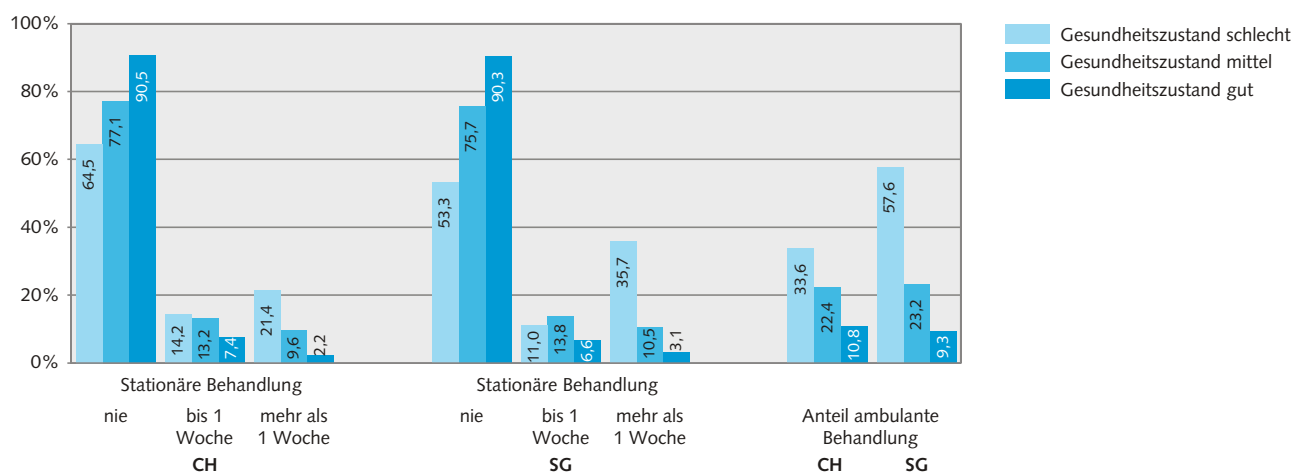
		Ambulante Behandlung (Anteile in %)		Stationäre Behandlung (Anteile in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Bewohner/in)	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Geschlecht	Männer	10,8	12,4	10,2	10,6	10,4	8,8	1,1	0,9
	Frauen	13,5	13,3	14,4	13,0	11,2	9,6	1,6	1,2
Alter	15–34	11,8	11,7	(10,3)	10,7	8,3	6,0	0,9	0,6
	35–49	(10,4)	11,5	(10,3)	9,2	13,8	8,9	1,4	0,8
	50–64	(9,5)	13,6	(11,6)	11,6	8,8	8,6	1,0	1,0
	65+	19,0	17,0	20,7	18,0	13,0	13,2	2,7	2,4
Nationalität	Schweizer	12,3	13,1	13,0	11,9	11,5	9,2	1,5	1,1
	Ausländer	(11,6)	11,8	(9,6)	11,6	7,4	9,4	0,7	1,1
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(12,0)	13,4	(10,4)	12,5	10,3	10,4	1,1	1,3
	Sekundarstufe II	12,8	12,5	13,4	11,8	10,9	9,0	1,5	1,1
	Tertiärstufe	(9,1)	13,1	(11,1)	11,0	12,6	7,7	1,4	0,8
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	(7,1)	9,9	8,0	8,6	6,0	6,4	0,5	0,6
	einige	13,5	12,7	11,6	11,4	11,3	7,9	1,3	0,9
	starke	16,9	17,6	20,7	17,5	12,3	12,9	2,5	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 (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30).

³² Aus der Spitalstatistik ist die Anzahl Patient/innen aus dem Kanton St. Gallen ersichtlich, die sich im Jahr 2002 einer stationären Behandlung unterzogen haben (unabhängig von der Art der Klinik). Die Angaben aus der Gesundheitsbefragung sind rund 3% bis 4% tiefer als jene 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 St.Gallen und in der Schweiz, unterteilt nach subjektiver Gesundheitseinschätzung

Abb. 6.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N=1013 (SG); N=19'706 (CH).

Beschäftigung als wichtig für die Erklärung für die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen: Sowohl im Kanton St.Gallen als auch in der Schweiz unterzogen sich nicht beschäftigte Personen und solche, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, in den 12 Monaten vor der Befragung mit höherer Wahrscheinlichkeit ambulanten Behandlungen. Weder das Geschlecht noch das Alter oder die Nationalität erklären die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen. Anders als im gesamtschweizerischen Sample zeigen sich die Bildung und die Höhe der Krankenkassenprämie im St.Galler Sample als nicht erklärungskräftig.³³

Die Anzahl Hospitalisierungstage im Kanton St.Gallen lassen sich im multivariaten Modell mit der Bildung, dem Beschäftigungsgrad, der Haushaltgrösse, dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand und dem Einkommen erklären: Je geringer das Bildungsniveau einer unbeschäftigten Person ist, je mehr Personen im gleichen Haushalt leben, je mehr eine Person verdient und je schlechter eine Person ihren Gesundheitszustand einschätzt, desto länger dauert der Aufenthalt für eine stationäre Behandlung für diese Person (vgl. auch Abbildung 6.5).

Weiterführende Analysen zeigen, dass St.Galler/innen, bei denen affektive Störungen (als Depressionen) diagnostiziert wurden, sowie Personen, die Gelenkkrankheiten (Kniegelenke) oder nicht weiter bestimmte Bauch- und Beckenschmerzen haben, am längsten im Spital bleiben müssen. Im gesamtschweizerischen Sample zeigen sich ebenfalls Gelenkkrankheiten sowie Geburten und

komplizierte Verletzungen als die Diagnosen, die die längste Aufenthaltsdauer im Spital nach sich ziehen.

Im Gegensatz zur multivariaten Analyse des gesamtschweizerischen Samples zeigt sich das Alter im Kanton St.Gallen als nicht erklärungskräftig. Dies scheint auf die im Vergleich häufige Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch 35- bis 49-jährige St.Galler/innen zurückzuführen sein.

Abbildung 6.5 sind die Zusammenhänge zwischen subjektiver Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in Spitälern zu entnehmen. Der Anteil an Befragten, die im Befragungszeitraum nicht im Spital waren und keine ambulanten Dienstleistungen in Spitälern in Anspruch nehmen mussten, ist höher bei Personen, die ihre Gesundheit als gut einschätzen. Unterschiede zur gesamtschweizerischen Befragung zeigen sich insbesondere bei den Befragten, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen. Der Anteil dieser Personen, die länger als eine Woche im Spital verweilen müssen und die schon einmal ambulante Dienstleistungen in Anspruch nahmen, ist im Kanton St.Gallen höher als in der gesamten Schweiz.

Operationen im Lebensverlauf

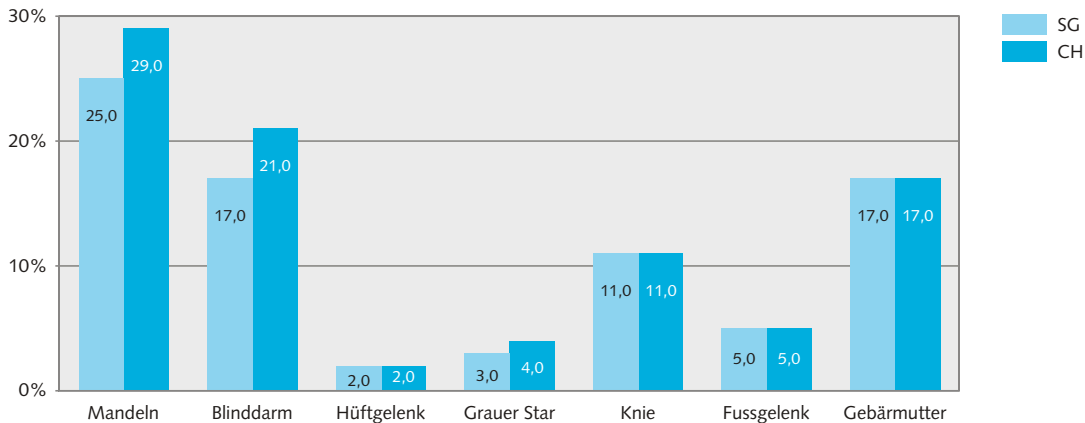
Abbildung 6.6 sind die Anteile der St.Galler/innen zu entnehmen, die sich in ihrem Leben bereits einer der aufgelisteten Operationen unterziehen mussten. Zum Vergleich sind die Anteile der operierten Schweizer/innen dargestellt.

Die Anteile an operierten St.Galler/innen entsprechen mit Ausnahme der Mandel- und der Blinddarmentfernungen in etwa der Verteilung in der gesamten Schweiz.

³³ Für die Schweiz gilt (unter anderem): Je höher der Bildungsabschluss und die Krankenkassenprämie einer Person sind, desto eher nimmt sie ambulante Behandlungen in Anspruch.

Operationen im Lebensverlauf. Anteil St. Galler/innen und Schweizerinnen und Schweizer, die sich der jeweiligen Operation unterzogen haben

Abb. 6.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, N=1013 (SG); 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	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Geschlecht	Männer	24,2	28,4	11,8	16,4	24,2	14,0	n.a.	n.a.
	Frauen	24,9	30,2	21,7	25,1	24,9	9,2	16,8	17,0
Alter	15–34	16,4	21,1	(7,5)	8,1	16,4	6,9	0	0,7
	35–49	32,5	33,6	12,9	17,4	32,5	12,2	*	7,7
	50–64	29,5	34,9	21,8	29,1	29,5	13,9	28,6	29,0
	65+	24,8	30,0	37,8	38,8	24,8	15,0	32,6	32,1
Nationalität	Schweizer	25,4	30,6	17,5	22,0	25,4	12,0	18,2	18,4
	Ausländer	(20,6)	23,7	(14,0)	16,5	(20,6)	8,8	*	9,9
Bildungsniveau	obligatorische Schule	19,5	20,6	18,9	21,2	19,5	7,8	24,3	23,2
	Sekundarstufe II	25,5	31,2	16,0	21,0	25,5	12,1	14,3	16,1
	Tertiärstufe	30,4	34,7	(17,1)	20,8	30,4	14,3	*	9,4
Operationsalter¹		13,7	12,9	20,3	20,3	13,7	38,3	45,8	45,3

¹ Mittleres Alter zur Zeit der Operation. Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; N (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30); * Antworten von 0–10 Personen. Wegen der geringen Fallzahlen werden die Merkmalsgruppen für die Hüftgelenkoperationen, die Operationen des Grauen Stars und die Fussgelenkoperationen nicht aufgeführt.

Die operative Entfernung der Mandeln und des Blinddarms wird im Kanton St.Gallen weniger häufig durchgeführt als in der gesamten Schweiz.

In Tabelle 6.5 sind die Operationsarten wiederum nach soziodemographischen Merkmalen unterteilt. Zusätzlich wird das durchschnittliche Alter genannt, bei dem die entsprechende Operation durchgeführt wurde.

Bei den Mandeloperationen zeigen sich bei den einfachen multivariaten Untersuchungen³⁴ im Gegensatz zur Gesamtschweiz keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts. In der Schweiz haben Frauen signifikant häufiger ihre Mandeln entfernt als Männer.

³⁴ 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.

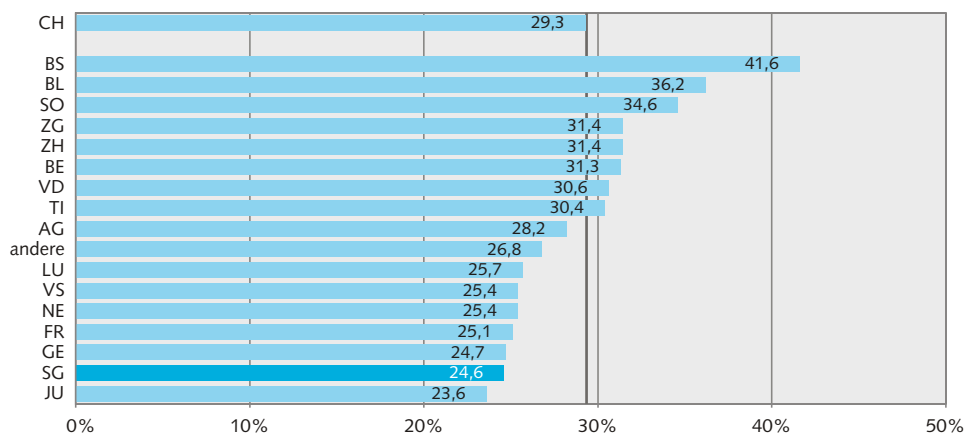
Dies kann im Kanton St.Gallen nicht festgestellt werden. Wie in der gesamtschweizerischen Analyse zeigen sich aber auch im Kanton St.Gallen die Nationalität und die Bildung als erklärungskräftige Faktoren: Personen mit hohen Bildungsabschlüssen und Personen mit einem Schweizer Pass haben sich ihre Mandeln mit grösserer Wahrscheinlichkeit entfernen lassen als Personen ohne weiterführende Ausbildung und Ausländer/innen.

Den Blinddarm haben sich signifikant mehr Frauen als Männer und signifikant mehr Schweizer/innen als Ausländer/innen entfernen lassen. Beide Zusammenhänge lassen sich sowohl in der gesamten Schweiz als auch im Kanton St.Gallen beobachten.

Frauen und Personen mit einem Schweizer Pass haben sich mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einer Operation des Grauen Stars unterzogen als Männer und Ausländer/innen. Wiederum finden sich diese Zusammenhänge sowohl im Kanton St.Gallen wie auch in der ge-

Operative Mandelentfernung. Anteil Personen pro Kanton, die sich die Mandeln operativ entfernen lassen mussten

Abb. 6.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: SG=1013 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

samten Schweiz. In der Schweiz zeigt sich zusätzlich ein negativer Zusammenhang mit der Bildung: Je schlechter eine Person gebildet ist, desto eher musste sie sich den Grauen Star operieren lassen.

Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher hat sie sich in ihrem Leben schon einmal einer Knieoperation unterziehen müssen. Für die Schweiz zeigt sich darüber hinaus, dass Männer und Personen mit einem Schweizer Pass mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal ihre Knie operieren lassen mussten. Diese beiden Zusammenhänge lassen sich im Kanton St.Gallen hingegen nicht nachweisen.

Schweizer/innen haben sich die Gebärmutter mit grösserer Wahrscheinlichkeit entfernen lassen als Ausländer/innen. Dies zeigt sich sowohl im Kanton St.Gallen als auch in der gesamten Schweiz. Während das Bildungsniveau im gesamtschweizerischen Sample ein erklärungskräftiger Faktor ist, lässt sich im Kanton St.Gallen kein Zusammenhang zwischen Bildung und Gebärmutterentfernung beobachten.³⁵

Bei den beiden restlichen hier untersuchten Operationen ergeben sich im Kanton St.Gallen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, der Nationalität und der Bildung. Dieser Befund steht im Gegensatz zu denen der multivariaten Analysen des gesamtschweizerischen Samples. Für die Gesamtschweiz zeigt sich sowohl bei den Hüftgelenk- wie auch bei den Fussgelenkoperationen eine wahrscheinlichere Inanspruchnahme durch Personen mit Schweizer Pass. Hüftgelenkoperationen sind zudem wahrscheinlicher bei Männern und

bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildungen. Fussgelenkoperationen unterziehen sich hingegen eher Personen mit höheren Bildungsabschlüssen.

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 St.Gallen bei den älteren Generationen Mandeln und Blinddarm häufiger entfernt. Mit Blick auf die jüngeren Altersgruppen im Vergleich mit der Gesamtschweiz scheint sich hier ein Wandel hin zu zurückhaltenderen Operationsentscheidungen bemerkbar zu machen.

Im Kanton St.Gallen wird der Blinddarm im Schnitt etwas später 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 St.Galler/innen im Vergleich zu den Personen im gesamtschweizerischen Sample in fortgeschrittenerem Alter einer Hüftgelenkoperation und einer Operation des Grauen Stars. Bei den restlichen Operationen zeigt sich im Vergleich mit der gesamten Schweiz im Kanton St.Gallen ein sehr ähnliches durchschnittliches Operationsalter. Der sich in der Schweiz widerspiegelnde Trend zu zunehmend zurückhaltenderen Eingriffen kann im Kanton St.Gallen ebenfalls belegt werden.

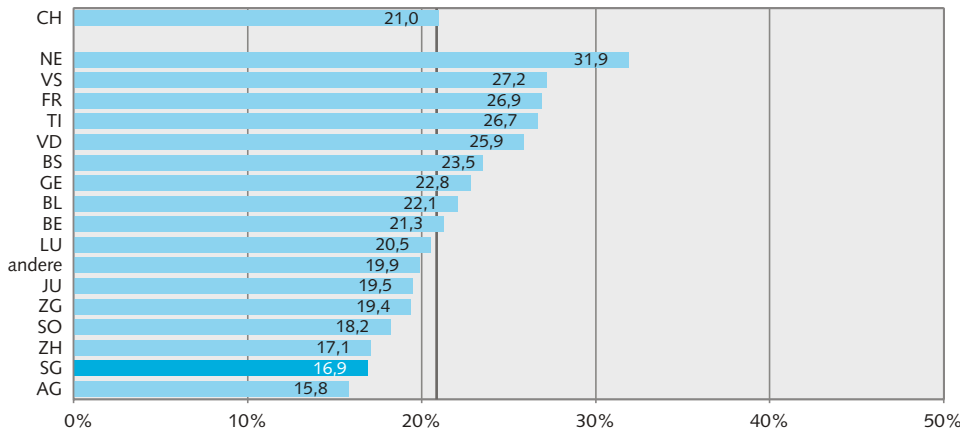
Im interkantonalen Vergleich fällt der Kanton St.Gallen mit sehr geringen Anteilen an Einwohnerinnen und Einwohnern auf, die sich die Mandeln (Abbildung 6.7) und den Blinddarm (Abbildung 6.8) entfernen lassen mussten.

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

³⁵ Für die Schweiz gilt: Je tiefer der Bildungsabschluss einer Frau ist, desto eher hat sie sich ihre Gebärmutter entfernen lassen.

Operative Blinddarmentfernung. Anteil Personen pro Kanton, die sich den Blinddarm operativ entfernen lassen mussten

Abb. 6.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: SG=1013 (dunkler Balken), CH=19'706 (abgesetzter Balken). Andere=restliche 10 Deutschschweizer Kantone zusammengefasst.

Beschäftigte im I. und hoher Anteil im III. Sektor), einem dichten Ärztenetz und hohen Gesundheitsausgaben. Der geringe Anteil an Personen, die sich die Mandeln entfernen liessen, ist für den Kanton St.Gallen auf die geringe Urbanität, die überdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile im I. und die unterdurchschnittlichen Beschäftigungsanteile im III. Sektor zurückzuführen. Im interkantonalen Vergleich sind zudem die Ärztedichte und die Gesundheitsausgaben im Kanton St.Gallen eher gering.

Auch die geringen Anteile an St.Galler/innen, die sich den Blinddarm entfernen liessen, lassen sich auf die geringe Ärztedichte und die spezifische Beschäftigungsstruktur zurückführen. Darüber hinaus zeigen die Aggregatanalysen, dass Blinddarmoperationen viel häufiger in der Romandie durchgeführt werden als in der Deutschschweiz.

6.3.2 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

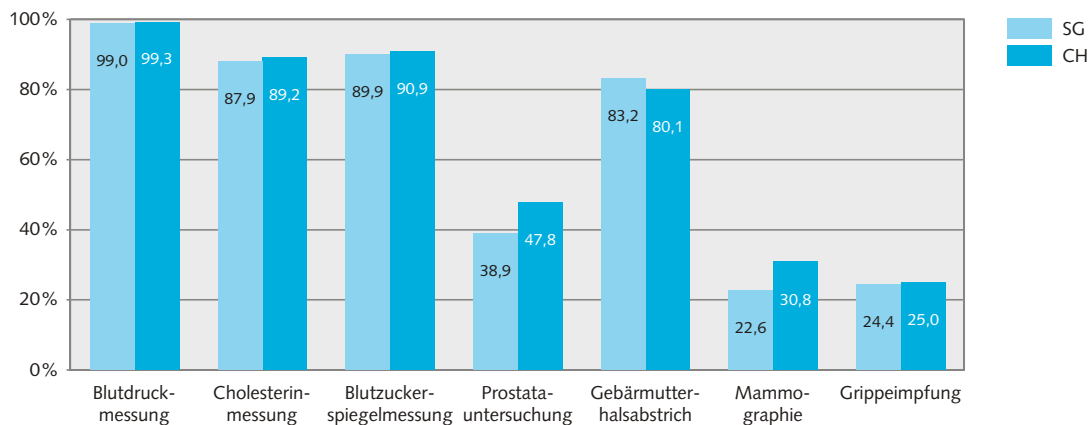
Prävention ist ein wichtiger gesundheitspolitischer Faktor. Mit Krankheits- und Krebsvorsorge lassen sich nicht nur schwere Krankheiten frühzeitig erkennen und allenfalls verhindern, sondern Präventionsmassnahmen tragen letztlich auch dazu bei, Gesundheitskosten zu senken, da die Heilungs- oder Behandlungskosten durch gesundheitliche Vorsorge gesenkt oder eingespart werden können.

Abbildung 6.9 bietet eine Übersicht der wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen in St.Gallen und in der Schweiz.

Von den Vorsorgeuntersuchungen, die nicht primär der Krebsprävention dienen, wird am häufigsten die Blutdruckmessung vorgenommen. Praktisch alle St.Galler/innen haben in ihrem Leben schon einmal den

Vorsorgeuntersuchungen. Anteil St.Galler/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=1013 (SG); 19'706 (CH).

Blutdruck messen lassen. Cholesterin wurde bei 88% und Blutzucker bei 90% aller St.Galler/innen schon einmal gemessen. Beide Anteile sind etwas 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. Bei der Analyse des Kantons St.Gallen gibt es zudem etwas weniger Personen, die sich in ihrem Leben schon einmal gegen Grippe impfen liessen als bei der Analyse der Gesamtschweiz.

Im Vergleich mit der Schweiz werden die Krebsvorsorgeuntersuchungen im Kanton St.Gallen von weniger Personen in Anspruch genommen. Ausnahme bildet dabei der Gebärmutterhalsabstrich: 83% aller St.Gallerinnen haben in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung) vorgenommen. Der Unterschied zur Gesamtschweiz bzw. der geringe gesamtschweizerische Wert lässt sich vor allem auf die geringere Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchung in der Westschweiz zurückführen. Von den St.Gallern haben 39% eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Am wenigsten häufig wird die dritte hier untersuchte Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. 23% aller St.Gallerinnen haben sich einer Mammographie (Brustkrebs-Früherkennung) unterzogen. Dieser Unterschied lässt sich auf den Umstand zurückführen, dass in den Westschweizer Kantonen ein Screening-Programm angewendet wird.

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

Betrachtet man die Inanspruchnahme präventiver Dienstleistungen in der Schweiz, so ergeben die einfachen multivariaten Analysen³⁶ geschlechtsspezifische Unterschiede: Blutdruckuntersuchungen und Grippeimpfungen werden eher bei Frauen, Cholesterinmessungen eher bei Männern durchgeführt. Im Kanton St.Gallen lassen sich diese geschlechterspezifischen Unterschiede nicht nachweisen. Hingegen zeigt sich, dass im Kanton St.Gallen Frauen mit grösserer Wahrscheinlichkeit Blutzuckermessungen durchführen liessen als Männer.

Bezüglich der Nationalität besteht bei den einfachen multivariaten Kontrollen im Kanton St.Gallen lediglich beim Gebärmutterhalsabstrich ein signifikanter Unterschied: Ausländerinnen haben mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal Portio-Zervix-Abstriche in Anspruch genommen als Schweizerinnen. Die Zusammenhänge, die sich darüber hinaus für die Schweiz zeigen, lassen sich für den Kanton St.Gallen nicht nachweisen. Für die Schweiz gilt: Ausländer/innen liessen sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit schon einmal gegen Grippe impfen als Schweizer/innen und haben mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal Cholesterinmessungen vorgenommen.

Unterschiede bezüglich der sozialen Lage (gemessen anhand der Bildungsabschlüsse) zeigen sich im Kanton St.Gallen bei der Prostata-Vorsorgeuntersuchung und

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-Vorsorgeuntersuchung		Gebärmutterhalsabstrich		Mammographie		Grippeimpfung	
		SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH	SG	CH
Geschlecht	Männer	99,3	98,9	83,1	87,3	85,8	88,3	38,9	47,8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	20,1	23,5
	Frauen	99,9	99,4	90,3	88,3	93,7	90,4	n.a.	n.a.	83,2	80,1	22,6	30,8	28,5	26,4
Alter	15–34	99,6	98,1	78,9	78,5	84,8	81,5	0	0	81,7	76,2	*	7,1	11,3	11,7
	35–49	99,3	99,5	86,1	86,8	89,4	89,2	(16,0)	21,6	92,3	87,3	23,4	26,3	14,7	16,4
	50–64	99,8	99,7	93,9	94,4	94,0	94,6	44,3	53,4	94,5	87,0	40,2	60,8	24,5	25,2
	65+	99,7	99,8	96,6	97,3	96,8	97,1	68,9	73,4	63,7	67,5	26,7	42,4	66,0	58,5
Nationalität	Schweizer	99,5	99,2	87,0	87,8	89,6	89,9	39,8	49,4	85,3	81,5	24,8	32,0	26,2	24,9
	Ausländer	100,0	99,0	85,7	87,7	91,5	87,2	(31,4)	40,1	71,5	72,8	*	24,5	(15,4)	25,5
Bildungsniveau	obligatorische Schule	99,5	98,5	88,1	86,7	91,1	86,8	(22,0)	42,3	65,9	70,7	24,5	35,3	26,4	27,4
	Sekundarstufe II	99,6	99,4	85,3	88,2	89,1	90,2	41,2	47,1	88,8	82,3	21,0	29,8	23,2	23,8
	Tertiärstufe	100,0	99,3	92,4	87,9	92,0	90,3	42,3	52,1	94,4	86,1	(33,2)	28,3	26,5	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 (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N < 30); * Antworten von 0–10 Personen.

³⁶ Da es sich hier um Lebenszeitprävalenzen handelt, wurden keine multivariaten Analysen mit allen Faktoren des «Andersen-Behavioral-Modells» durchgeführt. Insbesondere die Überprüfung der dynamischen Grössen macht keinen Sinn. Es wurde deshalb lediglich multivariat nach dem Geschlecht, dem Alter, der Nationalität und der Bildung getestet.

Tab. 6.7 Anteil der Kantonsbewohner/innen, die in ihrem Leben schon einmal eine Prostata-Vorsorgeuntersuchung / einen Portio-Zervix-Abstrich/eine Mammographie vornehmen liessen (in Klammern: Rang)

Kanton	Prostata-Vorsorgeuntersuchung	Gebärmutterhalsabstrich	Mammographie
Schweiz	47,8	80,1	30,8
Deutschschweiz			
Aargau	50,1 (5)	87,2 (2)	32,5 (8)
Basel-Landschaft	59,4 (1)	89,9 (1)	36,2 (2)
Basel-Stadt	48,4 (7)	86,5 (3)	43,2 (1)
Bern	48,9 (6)	79,9 (10)	34,0 (5)
Luzern	47,2 (8)	83,5 (8)	26,0 (14)
Solothurn	52,5 (2)	85,7 (4)	29,9 (10)
St.Gallen	38,9 (16)	83,2 (9)	22,6 (17)
Zug	46,1 (11)	84,5 (7)	25,6 (15)
Zürich	51,5 (4)	85,4 (5)	27,7 (12)
Restliche Deutschschweizer Kantone	46,4 (10)	85,2 (6)	26,8 (13)
Romandie und Tessin			
Fribourg	35,7 (17)	73,1 (12)	29,7 (11)
Genève	52,0 (3)	68,8 (14)	35,3 (3)
Jura	42,7 (13)	55,2 (17)	30,8 (9)
Neuenburg	40,8 (15)	63,2 (16)	25,5 (1)
Vaud	41,6 (14)	66,3 (15)	34,5 (4)
Valais	46,5 (9)	71,2 (13)	32,8 (7)
Tessin	45,3 (12)	79,7 (11)	34,0 (6)

Quelle: BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002; Fallzahlen: SG = 1013; CH = 19'706.

dem Gebärmutterhalsabstrich: Je höher der Bildungsabschluss einer Person ist, desto eher nimmt sie diese Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Diese Zusammenhänge lassen sich auch für die Gesamtschweiz feststellen. Dort zeigen sich darüber hinaus signifikante Zusammenhänge bei der Blutdruck- und der Cholesterinmessung sowie bei der Mammographie. Cholesterinuntersuchungen wurden mit grösserer Wahrscheinlichkeit von Personen in Anspruch genommen, die ein eher niedriges Bildungsniveau aufweisen. Für die Blutdruckuntersuchung und die 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 entsprechenden Vorsorgeuntersuchung unterzogen hat.

Mit Ausnahme des Portio-Zervix-Abstriches werden die hier untersuchten Krebsvorsorgeuntersuchungen im Kanton St.Gallen also nur von wenigen Personen in Anspruch genommen. Dies zeigt sich auch im interkantonalen Vergleich (vgl. Tabelle 6.7).

Auch bei den hier analysierten Krebsvorsorgeuntersuchungen wurden weiterführende Aggregatanalysen durchgeführt. In eher urbanen Kantonen sind die Anteile an Männern, die sich schon einmal einer Prostata-Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, höher als in eher ländlichen Kantonen. Die Sprachregion scheint zudem bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen wichtig zu sein: In den Kantonen der Romandie werden häufiger Mammographien vorgenommen, während die Anteile an Frauen, die in ihrem Leben schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich vornehmen liessen, in der Deutsch-

schweiz höher sind als in der französischen Schweiz. Die höheren Anteile an Mammographie-Untersuchungen in der Westschweiz sind auf das Screening zurückzuführen, das in der Romandie läuft. Die geringen Anteile an Personen im Kanton St.Gallen, die sich in ihrem Leben schon einmal einer der hier untersuchten Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen haben, lassen sich mit den wenig urbanen Strukturen des Kantons 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.³⁷ Im Jahr vor der Befragung hat etwas mehr als jeder elfte St.Galler bzw. jede elfte St.Gallerin informelle Hilfe wegen gesundheitlicher Probleme in Anspruch genommen (9,1%). Im Vergleich mit der gesamten Schweiz ist dieser Anteil etwas tiefer (9,6%).

Mit Blick auf Tabelle 6.8 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 sozialen Umfeld zu zählen als Schweizer/innen. Das Bild der Gesamtschweiz, nämlich dass mit zunehmender Bildung die Inanspruchnahme

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

		Informelle Hilfe	
		SG	CH
Geschlecht	Männer	(5,4)	6,5
	Frauen	12,6	12,5
Alter	15–34	10,8	8,3
	35–49	(7,9)	8,9
	50–64	*	8,8
	65+	14,7	14,1
Nationalität	Schweizer	8,8	9,2
	Ausländer	(10,5)	11,6
Bildungsniveau	obligatorische Schule	(7,6)	11,2
	Sekundarstufe II	9,8	9,6
	Tertiärstufe	(8,0)	7,6
Körperliche Beschwerden¹	keine/kaum	(4,7)	5,6
	einige	(9,2)	8,3
	starke	13,4	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 (SG) = 1013; N (CH) = 19'706. Werte in Klammern kennzeichnen eine geringe Fallzahl (N<30); * Antworten von 0–10 Personen.

informeller Hilfeleistungen abnimmt, lässt sich für den Kanton St.Gallen nicht zeigen. 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 Beschwerden. Diese Beobachtung kann als Indiz dafür dienen, dass informelle Hilfe durchaus auch gesundheitskostendämpfende Wirkung entfalten kann, da Personen mit starken körperlichen Beschwerden mit Hilfe sozialer Netzwerke zu Hause bleiben können.

Bei der multivariaten Überprüfung der Indikatoren zeigen sich nur das Geschlecht und der Gesundheitszustand, nicht aber das Alter als erklärungskräftig: Frauen und Personen, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen, nahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch. Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz ergibt sich keine Abhängigkeit der Inanspruchnahme informeller Hilfe von verfügbaren sozialen Netzwerken im Kanton St.Gallen. Für die Schweiz gilt: Die Chance einer Person, informelle Hilfe zu bekommen, ist für sie umso grösser, je grösser ihr Haushalt ist und je mehr Vertrauenspersonen sie hat. Zusätzlich erhöhen in der Schweiz auch Vereinsmitgliedschaften die Chance, informelle Hilfe zu erhalten. All diese Sozialkapitalfaktoren sind im Kanton St.Gallen jedoch nicht erklärungskräftig. Mit anderen Worten: Ein funktionierendes und dichtes soziales Beziehungsnetz ist im Kanton St.Gallen keine wichtige Voraussetzung für den Erhalt informeller Hilfe. Es scheint, dass St.Galler/innen auch zu informeller Hilfe bereit sind, ohne eine enge Beziehung zur Hilfe suchenden Person zu pflegen. Die wenig urbanen Strukturen, die oben als Ursache einer geringeren Inanspruchnahme ausgemacht wurden, scheinen für den Erhalt informeller Hilfe eher förderlich zu sein.

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» kamen eine Reihe von Merkmalen zur Sprache, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Es wurde dabei unterschieden zwischen Prädispositionsfaktoren, Bedingungsfaktoren und Bedürfnisfaktoren. Die vertieften multivariaten Analysen für den Kanton St.Gallen zeigen folgende Auffälligkeiten:

- Bei den *Prädispositionsfaktoren* zeigt sich das *Geschlecht* als wichtiger Faktor. Frauen nehmen signifikant häufiger ärztliche und hausärztliche Dienstleistungen sowie informelle Hilfe in Anspruch als Männer. Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Frauen und Männern ist insbesondere auf unterschiedliche geschlechterspezifische soziale und biologische Faktoren zurückzuführen, die sich auf die Gesundheit von Frauen und Männern anders auswirken (z. B. unterschiedliches Risikoverhalten, Schwangerschaft, etc.). Die Gesundheit von Frauen und Männern unterscheidet sich aber nicht nur quantitativ (Krankheitshäufigkeiten, Inanspruchnahme), sondern auch qualitativ (unterschiedliche Krankheiten, unterschiedliche Gesundheitsrisiken, unterschiedliches Gesundheitsverhalten; vgl. dazu die vorhergehenden Kapitel, aber auch Camenzind und Meier 2004). Beispielhaft zeigt sich dies auch bei der Entfernung des Blinddarms, die bei

Frauen häufiger vorgenommen wird als bei Männern. Dies kann auf die schwierigere Diagnostizierung einer Blinddarmentzündung bei Frauen zurückgeführt werden. Frauen haben öfter Unterleibsbeschwerden, die nicht unbedingt auf Blinddarmreizungen zurückgeführt werden müssen. Im Gegensatz zur gesamtschweizerischen Analyse zeigen sich bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen im Kanton St.Gallen keine Geschlechterunterschiede. Das *Alter* nimmt hingegen nicht den vermuteten Stellenwert ein: Mit dem Alter nimmt zwar die Konsultationswahrscheinlichkeit bei Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinen und bei Hausärztinnen und Hausärzten signifikant zu, und Frauen nehmen mit zunehmendem Alter seltener gynäkologische Dienstleistungen in Anspruch; bei allen anderen hier untersuchten Dienstleistungen spielt das Alter jedoch keine Rolle, obwohl in den vorhergehenden Kapiteln gezeigt wurde, dass mit zunehmenden Lebensjahren die Gesundheit eher schlechter wird und die körperlichen Beschwerden eher zunehmen. Die von den Befragten angegebene Inanspruchnahme scheint davon jedoch nicht in grossem Ausmass betroffen zu sein. Dies dürfte teilweise auf die häufigere Inanspruchnahme durch jüngere St.Galler/innen zurückgehen. Auffällig ist zudem auch die Bedeutung der Nationalität: Ausländer/innen gehen im Kanton St.Gallen häufiger zum Arzt als Personen mit einem Schweizer Pass. Schweizer/innen haben sich in ihrem Leben mit grösserer Wahrscheinlichkeit schon Operationen (Mandeln, Blinddarm, Gebärmutter, Grauer Star) unterzogen als Ausländer/innen und Migrantinnen haben mit geringerer Wahrscheinlichkeit schon einmal einen Portio-Zervix-Abstrich vornehmen lassen als Schweizerinnen. Es scheint, als stellten sich den Migrant/innen im Kanton St.Gallen zumindest teilweise sprachliche und kulturelle Hürden für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist hier allerdings Zurückhaltung bei der Interpretation der Daten angebracht.

- Bei den *Bedingungsfaktoren* wurde unterschieden zwischen Grössen, die die Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage messen, Grössen, die soziales Kapital indizieren, Einstellungsgrössen sowie der Krankenkassenprämie. Es kann festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Leistungen teilweise mit *Faktoren der sozialen Lage* erklärt werden kann. Auffällig ist insbesondere der Faktor Bildung, der sich auf gesamtschweizerischer Ebene allerdings insgesamt als erklärungskräftiger zeigt als im Kanton St.Gallen. Unterschiede hinsichtlich

der sozialen Lage zeigen sich bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen, bei der Operationswahrscheinlichkeit (Knieoperationen und Mandelentfernungen) und bei zwei der drei hier untersuchten Krebspräventionsuntersuchungen (Prostata-Vorsorgeuntersuchung und Gebärmutterhalsabstrich): St.Galler/innen mit hohen Bildungsabschlüssen nahmen in den 12 Monaten vor der Befragung häufiger zahnärztliche bzw. dentalhygienische Dienstleistungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch und weisen eine höhere Operationswahrscheinlichkeit bei Mandel- und Knieoperationen auf. Wer über soziales Kapital verfügt, nimmt mit grösserer Wahrscheinlichkeit dentalhygienische Dienstleistungen in Anspruch. Im Gegensatz zur Analyse der Gesamtschweiz ergeben sich jedoch im Kanton St.Gallen keine Zusammenhänge zwischen der Einbindung in soziale Netzwerke und der Inanspruchnahme allgemeiner ärztlicher Leistungen, informeller Hilfe und der Spitaldauer.

- 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 sowie ambulanter Dienstleistungen in Spitälern, die Aufenthaltsdauer für Spitalpflege und die Wahrscheinlichkeit des Erhalts informeller Dienstleistungen lassen sich durch starke körperliche Beschwerden und den als eher schlecht eingeschätzten Gesundheitszustand erklären. Erstaunlich ist hingegen die schwache Erklärungskraft von Grössen, die das Gesundheits- und Risikoverhalten der Befragten messen. Zu erwarten wäre beispielsweise eine höhere Inanspruchnahme kurativer Leistungen durch sportlich aktive Personen (vgl. dazu auch das Kapitel 3.2 zu den Unfällen bei Sport und Spiel). Alle in die Analyse einbezogenen Grössen leisten jedoch praktisch keinen Beitrag zur Erklärung von Unterschieden in der individuellen Inanspruchnahme. Ausnahme bilden einzig das Ernährungsbewusstsein und der Tabakkonsum, die zu einer höheren Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen im Allgemeinen führen. Die schwache Erklärungskraft dürfte sich auf den Umstand zurückführen las-

sen, dass sich positives wie negatives Gesundheitsverhalten erst im höheren Lebensalter auswirken dürfte. Es wurde aber nach dem jetzigen Verhalten gefragt.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass im Kanton St.Gallen die individuellen Bedürfnisse gedeckt werden. Es sind der eingeschätzte schlechte Gesundheitszustand und die angegebenen körperlichen Beschwerden, die die Unterschiede in der individuellen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erklären. Hervorzuheben ist dabei, dass Frauen die Dienstleistungen etwas stärker nutzen als Männer und dass es deutlich weniger Unterschiede in der Inanspruchnahme als erwartet bezüglich des Alters gibt, hingegen einige bezüglich der Nationalität und der Zugehörigkeit zu einer sozialen Lage.

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

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

Zwar zeigen sich im Kanton St.Gallen nicht in derselben Häufung wie in der gesamtschweizerischen Analyse Unterschiede in der Inanspruchnahme der hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen hinsichtlich der Nationalität und der sozialen Lage, dennoch scheinen Migrant/innen und Personen ohne nachobligatorische Ausbildung gewisse Angebote nur eingeschränkt in Anspruch zu nehmen.

Besonders hervorzuheben gilt es für den Kanton St.Gallen die Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Dienstleistungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen: Personen ohne nachobligatorische Bildungsabschlüsse suchen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Dentalhygieniker/innen auf. Der Grund dafür dürfte sein, dass zahnmedizinische Leistungen selber bezahlt werden müssen und geringe Bildung in der Regel mit niedrigem Einkommen einhergehen. Die seltenere Inanspruchnahme von zahnmedizinischen

Dienstleistungen durch Personen unterer sozialer Lagen ist deshalb problematisch, weil gerade bei diesen eine schlechtere Zahnhygiene festgestellt werden kann (Menghini 2003). Bei den Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und den Portio-Zervix-Abstrichen zeigt sich ebenfalls, dass sie bei Personen mit höheren Bildungsabschlüssen mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal durchgeführt wurden als bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildungen. Darüber hinaus zeigt sich im Kanton St.Gallen auch eine geringere Inanspruchnahme des Gebärmutterhalsabstriches durch Ausländerinnen. Hier sollten die Sensibilität für die wichtigen Präventivmassnahmen bei unteren sozialen Lagen gefördert und allenfalls vorhandene Sprachbarrieren abgebaut werden.

6.4.3 Wo steht der Kanton St.Gallen im interkantonalen Vergleich bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Als auffälliges Resultat ergibt sich im Kanton St.Gallen eine im Vergleich zur Gesamtschweiz eher geringere Inanspruchnahme von praktisch allen hier untersuchten medizinischen Dienstleistungen. Mit anderen Worten: Die St.Galler/innen nehmen ärztliche Hilfe in weniger grossem Umfang in Anspruch als die gesamtschweizerische Bevölkerung.

Die eher seltene Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen im Kanton St.Gallen ist durch spezifische Kontextmerkmale des Kantons zu erklären: 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), und die geringen kantonalen Gesundheitsausgaben scheinen eine extensive Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eher zu verhindern (vgl. auch Kapitel 1.4).

Eine seltenere Inanspruchnahme scheint aber auch die Gesundheitskosten zu verringern: Der Kanton St.Gallen gibt im interkantonalen Vergleich unterdurchschnittlich viel für Gesundheit aus, und die durchschnittlichen Krankenkassenprämien liegen sowohl nach Angaben der Befragten³⁸ als auch nach den offiziellen Statistiken recht deutlich unter dem Schweizerischen Mittel.³⁹

³⁸ Der Kanton St.Gallen liegt in einer Rangliste, die aufgrund des Mittels der von den Befragten angegebenen Krankenkassenprämien erstellt wird, auf Rang 20.

³⁹ 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 St.Gallen liegt bei diesem Vergleich an 19. Stelle.

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

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

Fünf Jahre nach der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) hat der Dachverband der Krankenversicherer *santésuisse* im Jahr 2001 das Informationssystem «Datenpool» eingeführt. Der Datenpool von *santésuisse* erlaubt eine verbesserte Analyse und ein vertiefteres Verständnis der Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). So kann – den politischen Akteuren und allen weiteren interessierten Kreisen – detailliert gezeigt werden, wie sich die Kosten auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilen und auf welche 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 Franken⁴⁰ 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 St.Gallen 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 St.Gallen und jenen der Kantone der Ostschweiz sowie der Schweiz insgesamt vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versicherungsmodelle und die Prämiementwicklung in der OKP analysiert und präsentiert.

Welche Kosten sind im Datenpool⁴¹ 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 St.Gallen beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2003 auf 94,5%⁴². Die offiziellen *santésuisse*-Statistiken werden anhand der Bestandszahlen des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet.⁴³ In den Publikationen des Gesundheitstobservatoriums 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 die Kostenbeteiligungen der versicherten

⁴⁰ Die 2003 Daten sind provisorisch. Die definitiven Zahlen werden im Verlauf des Jahres publiziert (vgl. <http://www.bfs.admin.ch>).

⁴¹ Die nachfolgende Beschreibung des Datenpools von *santésuisse* basiert auf dem Abschnitt «Methodische Aspekte» aus dem Arbeitsdokument Nr. 10 des Obsan (vgl. Sturny, 2004).

⁴² Der Abdeckungsgrad des Datenpools (im Vergleich mit der Statistik des Risikoausgleichs der Gemeinsamen Einrichtung KVG) betrug für den Kanton St.Gallen 94,2% im Jahr 1999, 93,5% im Jahr 2000, 93,9% im Jahr 2001 und 95,3% im Jahr 2002.

⁴³ 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 verursachen). 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.

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 St.Gallen

7.1.1 Kostenentwicklung

In Abschnitt 7.1.1 werden die Entwicklung und Verteilung der Kosten in der OKP im Kanton St.Gallen 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 St.Gallen zählte im Jahr 2003 insgesamt 460'671 Versicherte; 14,0% davon waren über 65 Jahre alt⁴⁴. Hingegen umfasste die Grossregion⁴⁵ Ostschweiz, zu welcher der Kanton St.Gallen gehört, im gleichen Jahr 1'069'776 Versicherte, wobei der Anteil Personen im Alter von über 65 Jahren 14,4% betrug.

Aus Tabelle 7.1 gehen die Kosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten für den Kanton St.Gallen hervor. Die Leistungen der OKP für Versicherte mit Wohnsitz im Kanton St.Gallen beliefen sich im Jahr 1999 auf 739,3 Millionen Franken. Im Jahr 2003 betragen diese Leistungen 948,0 Millionen Franken, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 6,4% ab 1999 entspricht. Hinter der Wachstumsrate von 11,7% bei den Apotheken und Abgabestellen findet sich die höchste jährliche Wachstumsrate bei den ambulanten Behandlungen in Spitälern

(+11,0%)⁴⁶, während die Spitalkosten für stationäre Behandlungen in derselben Periode um 4,9% 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 (23,9% aller Kosten im 2003), liegt bei 4,2%.

Im Kanton St.Gallen 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 81,9%. Dieser Wert entspricht 16,8% der gesamten OKP-Kosten im Kanton, während die von den Apotheken verkauften Medikamente (ohne Mittel und Gegenstände) nur 3,7% der Gesamtkosten ausmachen. Die Kosten aller – von Ärztinnen, Ärzten und von Apotheken abgegebenen – Medikamente (ohne Mittel- und Gegenstände) stiegen zwischen 1999 und 2003 pro Jahr um durchschnittlich 6,8% an. 2003 lagen sie bei 194.5 Millionen Franken, dies sind 20,5% 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 3,0% auf 3,7% gestiegen. Hingegen sind gemäss BFS (2004c) die Preise der meisten rezeptpflichtigen Medikamente mit Einführung der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) per 1. Juli 2001 gesunken. Dass die Kosten zwischen 2001 und 2003 in der Kategorie «Apotheken und Abgabestellen» trotzdem gestiegen sind, kann folgende Ursachen haben (BSV, 2004): Die Reduktion der Medikamentenpreise wurde durch die Einführung der Beratungstaxe wieder kompensiert; die demographische Entwicklung führte zur vermehrten Verschreibung von Medikamenten; die steigende Nachfrage der Patienten/innen nach Medikamenten löste eine Mengenausweitung aus; neue

⁴⁴ Gemäss Statistik Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

⁴⁵ Einteilung in Grossregionen gemäss Bundesamt für Statistik BFS.

⁴⁶ Die höhere jährliche Wachstumsrate in der Kategorie «Übrige Leistungen» von Ärzten ist auf eine Änderung in der Kodierung zurückzuführen.

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

Leistungserbringer	Leistungsart	1999	2000	2001	2002	2003	Anteil am Total 2003 in %	Jahresdurchschnittliche Veränderung in %
		in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF	in Mio CHF		
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen Arztpraxis	192,8	200,8	212,5	219,3	226,9	23,9	4,2
	Medikamente Arztpraxis	127,2	141,7	150,2	152,9	159,3	16,8	5,8
	übrige Leistungen	1,1	1,1	1,0	3,9	5,3	0,6	47,0
	Ärzte/Ärztinnen Total	321,1	343,7	363,7	376,1	391,5	41,3	5,1
Apotheken und Abgabestellen		24,6	28,0	30,7	34,1	38,4	4,0	11,7
Ambulante Pflege ¹		11,9	13,2	14,5	15,7	16,1	1,7	7,9
Spezifische nicht-ärztliche Therapeuten/ Therapeutinnen ²		27,3	26,6	29,7	30,3	31,3	3,3	3,5
Laboratorien		12,2	13,3	13,7	14,4	15,6	1,6	6,3
Spitäler	Spital ambulant/teilstationär	74,2	83,8	85,5	85,8	112,6	11,9	11,0
	Spital stationär	194,6	192,3	195,5	207,1	235,7	24,9	4,9
	Krankenpflege Heim	53,4	57,4	62,3	65,2	80,5	8,5	10,8
	übrige Leistungen	2,3	2,4	3,3	2,5	2,2	0,2	-0,5
	Spitäler Total	324,4	335,9	346,6	360,6	431,0	45,5	7,4
Andere Leistungen ³		17,8	19,6	22,4	39,7	24,1	2,5	8,0
Total		739,3	780,3	821,2	870,9	948,0	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.

ambulante Behandlungen führten zu einem gesteigerten Medikamentenkonsum; ältere Medikamente wurden durch neuere, wesentlich teurere Produkte ersetzt usw.

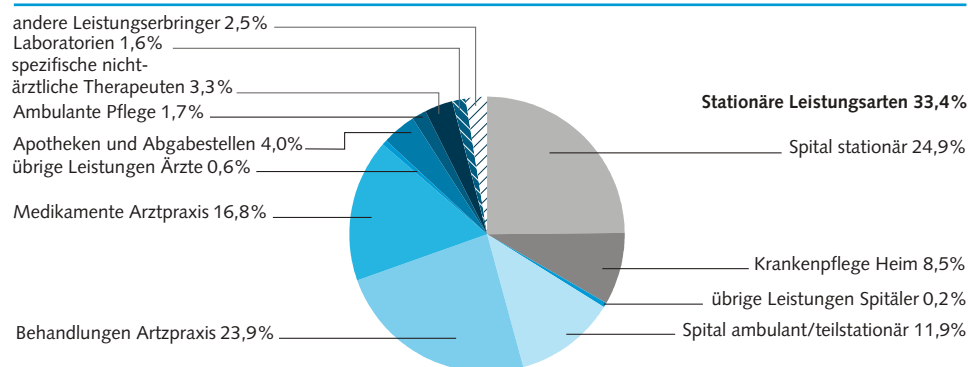
Mit den verschiedenen positiven Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der höheren Lebenserwartung steigen auch die Leistungs- und Pflegebedürfnisse der alternden Bevölkerung. Die Inanspruchnahme zusätzlicher geriatrischer Einrichtungen (vgl. Gilliland, 2004) ist ein entsprechender Indikator. Im Kanton St.Gallen, wo der Anteil der über 65-jährigen Personen von 13,5% in 1999 auf 14,0% 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.

geheimen 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 St.Gallen kann dieser Effekt in der Kategorie «Spital stationär» und «Spital ambulant/teilstationär» (Tabelle 7.1) deutlich beobachtet werden.

Verteilung der Kosten nach Kategorien von Leistungsarten Kanton St.Gallen, 2003

Abb. 7.1



Ambulante Leistungsarten 66,6%

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Datenquelle: 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 St.Gallen. Zudem werden die Anteile der verschiedenen Leistungserbringer an den Kosten in der OKP im Kanton St.Gallen ausgewiesen.

Der Anteil des stationären Sektors – bestehend aus den stationären Spitalleistungen und den Leistungen der Alters- und Pflegeheime – liegt bei 33,4%; 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 41,3% der Kosten den grössten Teil der ambulanten Leistungen im Kanton St.Gallen aus (30,5% für die Schweiz). Diese Differenz zur Gesamtschweiz geht zurück auf den hohen Anteil an Medikamenten, welche von Ärztinnen und Ärzten abgegeben werden (Selbstdispensation). An St. Galler 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 St. Galler Versicherte bei 20,9%, der für die übrigen Schweizer/innen bei 21,8%).

Verglichen mit 1999 ist der Kostenanteil des ambulanten Sektors im Kanton St.Gallen angestiegen. Wegen des erwähnten Rückhalts von Rechnungen durch die Spitäler im Jahr 2002 und der entsprechenden überhöchsten Rechnungstellung im Jahr 2003 ist die grössere Zunahme des ambulanten Sektors in Tabelle 7.2 nur schwer erkennbar. Während dem ambulanten Sektor im

Jahr 1999 rund 66,5% der OKP-Kosten zuzuschreiben waren, betrug dieser Anteil im Jahr 2003 66,6% 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 23,9% den grössten Teil der Gesamtkosten im Jahr 2003 in St.Gallen aus; im Vergleich zu 1999 mit 26,1% ist dieser Anteil jedoch um knapp zwei Prozentpunkte zurückgegangen. Der Anteil der von Apotheken oder von Ärztinnen und Ärzten dispensierten Medikamente ist gegenüber 1999 (20,2%) leicht gestiegen und lag 2003 bei 20,5%.

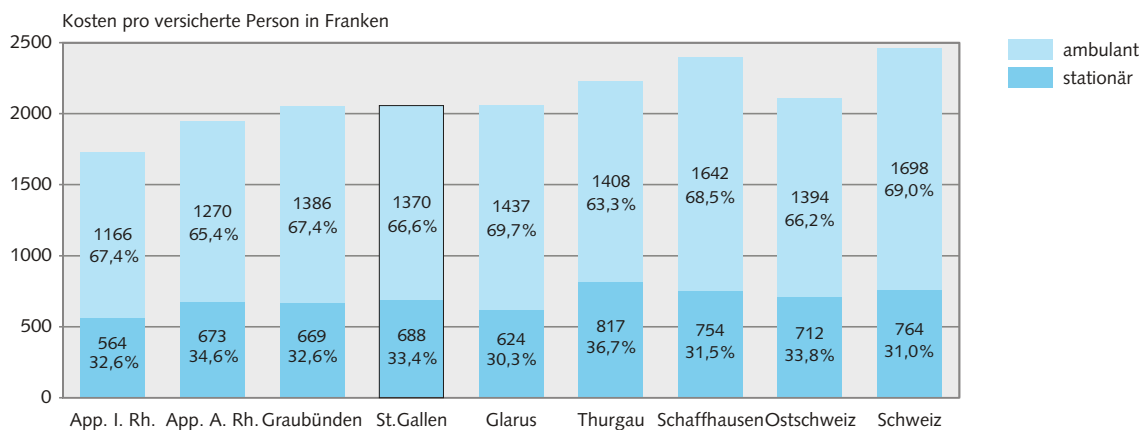
7.1.3 Regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten der OKP

In diesem Abschnitt werden die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person mit Wohnort im Kanton St.Gallen mit den Kosten in den anderen Kantonen der Grossregion Ostschweiz 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 St.Gallen bei 2058 Franken (Abbildung 7.2) und waren ungefähr gleich hoch wie die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten in der Grossregion Ostschweiz (2106 Franken pro versicherte Person). Alle Kantone der Ostschweiz lagen aber tiefer als die Gesamtschweiz, die einen Wert von 2462 Franken pro versicherte Person aufwies. Generell lassen sich die Disparitäten zwischen den Kantonen durch Unterschiede bei den Tarifen, den Löh-

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.

nen und durch unterschiedliche institutionelle Strukturen erklären. Das Vorhandensein einer medizinischen Fakultät und eines Universitätspitals, 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 St.Gallen beobachtete Wert im Jahr 2003 von 66,6% liegt jedoch zwischen den jeweiligen Werten der Grossregion Ostschweiz (66,2%) und der Schweiz insgesamt (69,0%). Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des stationären und des ambulanten Sektors sind auch deswegen schwierig zu interpretieren, weil die kantonalen Subventionen im Datenpool bzw. in der OKP nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Spitalleistungen der Grundversorgung hier nur bis zu einem Anteil von maximal 50% dieser Kosten erfasst.

Zwischen 1999 und 2003 haben sich die Pro-Kopf-Kosten der OKP in den Kantonen der Grossregion Ostschweiz unterschiedlich entwickelt. Im Kanton St.Gallen beträgt die mittlere jährliche Steigerung für den stationären Sektor 5,8%. In den anderen Kantonen der Grossregion Ostschweiz liegt diese Rate tiefer, zwischen 0,2% (Schaffhausen) und 5,5% (Appenzell I. Rh.). Im ambulanten Sektor wachsen die Kosten der OKP schneller an: Die durchschnittliche jährliche Steigerung beträgt im Kanton St.Gallen 6,1%, in den anderen Kantonen der Ostschweiz zwischen 5,0% (Glarus) und 8,1% (Appenzell I. Rh.).

7.2 Versicherungsmodelle

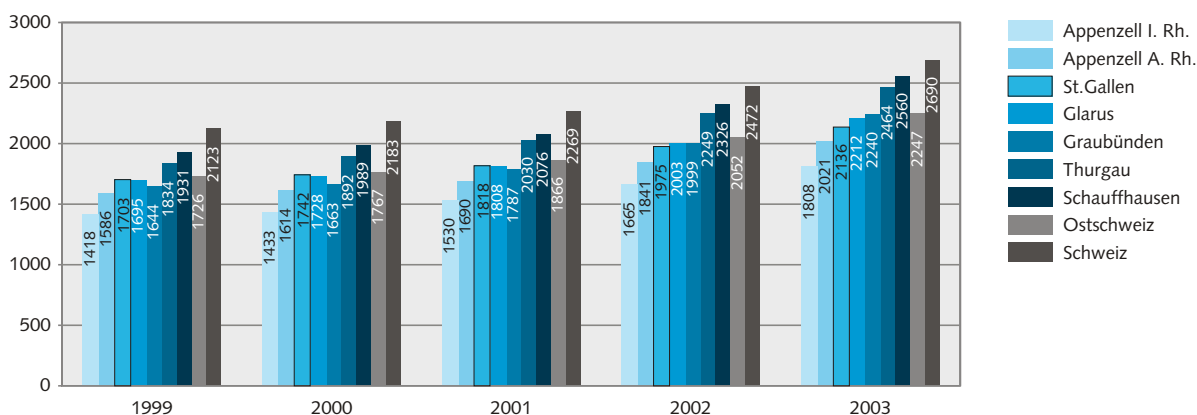
Die Prämien in der OKP, welche hauptsächlich vom Verlauf der Kosten für die erbrachten Leistungen abhängen, sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinuierlich angestiegen. Jedoch variiert der Anstieg dieser Prämien je nach gewähltem Versicherungsmodell. Der Datenpool von santésuisse unterscheidet 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 Versicherten einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton St.Gallen 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.

Im regionalen Vergleich lagen die Erwachsenenprämien⁴⁷ der OKP im Kanton St.Gallen zwischen 1999 und 2003 unter dem Durchschnitt der Schweiz und der Grossregion Ostschweiz. Auch ist die mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003 mit 5,8% etwas niedriger als jene der Schweiz (+6,1%) sowie jene der Ostschweiz (+6,8%). Innerhalb der Prämienregionen variieren die Prämien zudem je nach Versicherungsmodell.

Obligatorische Pro-Kopf-Krankenkassenprämie für erwachsene Versicherte (19 Jahre und älter) im Kanton St.Gallen, im regionalen und kantonalen Vergleich, 1999–2003, in CHF

Abb. 7.3



Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004

Datenquelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan.

⁴⁷ Um die Prämien der OKP einheitlicher vergleichen zu können, wurden Versicherte unter 19 Jahren (Kinder) aus der Analyse in diesem Abschnitt ausgeschlossen. In der Analyse wurden somit die zwei Gruppen Erwachsene (26 Jahre und älter) und junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) berücksichtigt.

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 zehnpromzentigen Selbstbehalt von 600 auf 700 Franken erhöht. Ab dem 1. Januar 2005 liegen die Beträge der wählbaren Franchisen zwischen 500 und 2500 Franken.

Das *HMO-Modell* sieht Praxisgemeinschaften vor, in denen die Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis und nicht mehr nach dem Prinzip der Einzelleistungsabrechnung, sondern mit Kostenpauschalen pro versicherte Person 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 Ärztgruppen eine Vereinbarung ausgehandelt. Die versicherte Person wählt einen auf der Liste des Versicherers aufgeführten Hausarzt oder eine Hausärztin aus. In der Schweiz gibt es zurzeit rund 58 Ärztenetze, die mit über 30 verschiedenen Krankenversicherern entsprechende Vereinbarungen getroffen haben (Baumberger, 2004). Gemäss Datenpool haben sich 2003 in der Schweiz rund 383'500 erwachsene Versicherte für dieses Modell entschieden. Managed-Care-Modelle zeichnen sich durch eine Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko für die Patienten/

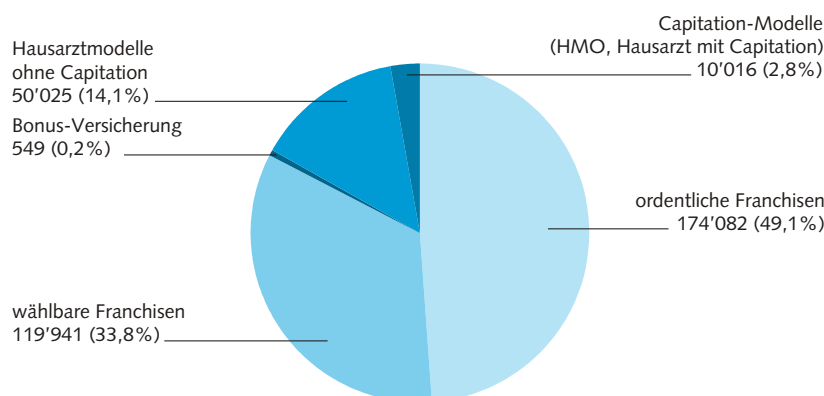
innen und die Vernetzung von Behandlungsinstitutionen aus (Lauterbach, 1996). Während im HMO-Modell die Budgetmitverantwortung realisiert ist, beschränkt sich die grosse Mehrzahl der Ärztenetze in der Schweiz auf eine verbesserte Integration der Versorgung.

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.

Im Kanton St.Gallen wählten mehr als 8 von 10 Personen (82,9%) ein Modell mit ordentlicher oder mit wählbarer Franchise. Wahlfranchisen-Modelle sind mit einer Zunahme von 25'864 Versicherten zwischen 1999 und 2003 bei Weitem die beliebtesten Modelle, während das Modell mit der ordentlichen Franchise eine Abnahme von 29'213 Versicherten verzeichnete. Rund 14% der Versicherten im Kanton St.Gallen wählten das Hausarztmodell, und 2,8% bevorzugten das HMO-Modell; 1999 waren es noch 11,1% bzw. 2,5%. Das Hausarztmodell konnte zwischen 1999 und 2003 11'830 neue Versicherte anziehen, während sich in derselben Periode 1491 Personen neu für ein HMO-Modell entschieden. Die erwachsenen Versicherten im Kanton St.Gallen haben deutlich häufiger die Managed-Care-Modelle der OKP gewählt, verglichen mit den übrigen Schweizer/innen: Mit 16,9% aller Versicherten im Kanton St.Gallen (8,1% in der ganzen Schweiz) sind die beiden Managed-Care-Modelle der OKP relativ verbreitet. Sie dürften aufgrund

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

Abb. 7.4



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

Tab.7.2 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modellen für erwachsene Versicherte aus dem Kanton St.Gallen, 1999–2003

OKP-Modelle	Durchschnittsprämie ¹ in CHF					Mittlere jährliche Veränderung in %
	1999	2000	2001	2002	2003	
Modell der ordentlichen Franchise	1790	1848	1966	2175	2378	7,4
Modelle mit wählbaren Franchisen						
- Franchise 400 CHF	1697	1751	1836	2068	2305	8,0
- Franchise 600 CHF	1514	1575	1663	1786	1969	6,8
- Franchise 1200 CHF	1262	1303	1378	1531	1670	7,2
- Franchise 1500 CHF	1089	1114	1155	1281	1405	6,6
Bonus-Versicherung ²	1298	1335	1396	1622	1770	8,1
Hausarztmodelle ohne Capitation:						
- Ordentliche Franchise	1656	1698	1788	1941	2133	6,5
- Franchise 400 CHF	1518	1563	1638	1762	1944	6,4
- Franchise 600 CHF	1401	1445	1509	1537	1694	4,9
- Franchise 1200 CHF	1156	1186	1249	1333	1451	5,8
- Franchise 1500 CHF	1001	1021	1056	1174	1308	6,9
Capitationsmodelle (HMO, Hausarzt/ärztin mit Capitation):						
- Ordentliche Franchise	1501	1484	1595	1890	1994	7,4
- Franchise 400 CHF	1396	1398	1501	1692	1828	7,0
- Franchise 600 CHF	1286	1287	1360	1463	1599	5,6
- Franchise 1200 CHF	1073	1064	1140	1272	1372	6,3
- Franchise 1500 CHF	900	907	969	1179	1278	9,1
Alle Modelle	1703	1742	1818	1975	2136	5,8

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

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

Datenstand: Jahresaufbereitung 28.04.2004.

Datenquelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan.

des erhöhten Kostendrucks im schweizerischen Gesundheitssystem auch im Kanton St.Gallen jedoch an Bedeutung gewinnen (Lehmann, 2003).

Die durchschnittlichen Erwachsenenprämien der OKP im Kanton St.Gallen sind zwischen 1999 und 2003 im Jahresmittel um 5,8%⁴⁸ 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 wurde⁴⁹, wird für das Jahr 2004 eine weitere, grössere Prämiensteigerung erwartet. Bei den Managed-Care-Modellen beträgt die Prämiensteigerung 1999–2003 zwischen 4,9% und 9,1%. Im Datenpool ist eruiert, dass der Anteil der über 65-Jährigen bei diesen beiden Versicherungs-Modellen kleiner ist als bei den Franchise-Modellen. Dies erklärt – zusammen mit den von der Versichertenstruktur unabhängigen und in der Literatur zitierten Effizienzgewinnen (Lehmann, 2003) – die tieferen Prämienbeträge der Managed-Care-Modelle.

Da diese neuen Versicherungsformen in der Bevölkerung bisher auf relativ wenig Echo gestossen sind, jedoch ein echtes Sparpotenzial aufweisen, möchte der Bundesrat im Rahmen der nächsten Revision des 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 St.Gallen zeigt, dass die Kostenzunahme im stationären Bereich dank der Anstrengungen der Kantone etwas abgebremst werden konnte (6,3% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003 gegenüber 6,5% 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 St.Gallen sind die OKP-Kos-

⁴⁸ Diese Prozentzahl ist zurückhaltend zu interpretieren, weil es sich um eine Aggregation über alle Modelle mit ihren unterschiedlichen Franchisen handelt.

⁴⁹ Verordnung über die Krankenversicherung (KVV); Änderung vom 6. Juni 2003.

ten im ambulanten Sektor weiter klar angestiegen, namentlich die Ausgaben für Medikamente (6,8% mittlere Jahressteigerung zwischen 1999 und 2003) und insbesondere für ambulante Behandlungen in den Spitälern (+11,0%). 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 St.Gallen 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 2058 Franken geschätzt werden, sind ungefähr 400 Franken tiefer als jene für die gesamte Schweiz (2462 Franken). Der Anteil des ambulanten Sektors am Total der OKP-Ausgaben liegt mit 66,6% unter dem schweizerischen Durchschnitt (68,9%), und die durchschnittliche Jahressteigerung jährliche Zunahme der Pro-Kopf-Kosten im ambulanten Sektor (6,5%) ist kaum höher als im stationären Sektor (6,3%). Auf gesamtschweizerischen Ebene ist die Kostenentwicklung in den beiden Sektoren mit 5,7% versus 3,9% divergierender verlaufen.

Die Managed-Care-Modelle (HMO, Hausarztmodell) weisen für die Versicherten günstigere Prämien auf als die anderen OKP-Modelle, die Kostenentwicklung verläuft aber wie bei den anderen OKP-Modellen. Diese Modelle sind in der Gesamtschweiz nach wie vor recht wenig verbreitet. Im Kanton St.Gallen allerdings wurden diese Modelle doppelt so oft gewählt wie in der Gesamtschweiz. Neben Effizienzgewinnen erklärt der kleinere Anteil an älteren Versicherten die tieferen Prämienbeiträge der Managed-Care-Modelle.

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. *Medical 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.
- Baumberger J. (2004). Managed Care. In: G. Kocher und W. Oggier (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz*. Bern: Huber.
- Benninghaus, H. (2002). *Deskriptive Statistik: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2004). Einfluss der KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin. Forschungsbericht Nr. 2/04. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Statistik (1997). *Die Raumgliederung der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2003a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Erhebungsmethode in Kürze*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- Bundesamt für Statistik (2003b). *Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Dokument 3.5*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- Bundesamt für Statistik (2003c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2003d). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Die Indices*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2003e). *Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1997 und 1998*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004a). *Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 1999 und 2000*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004b). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2002 und jüngste Entwicklung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- Bundesamt für Statistik (2004c), Preisstatistik 2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004d). Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen 1995–2001. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Pressemitteilung vom 19.08.2004.
- Bundesamt für Statistik (2004e). Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2004f) 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).
- 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.
- Bourdieu, P. (1987). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftliche Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bühlmann, M. und M. Freitag (2004). Individuelle und kontextuelle Determinanten der Teilhabe an Sozialkapital. Eine Mehrebenenanalyse zu den Bedingungen des Engagements in Freiwilligenorganisationen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 56 (2): 326–349.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychosom. 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.
- 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.
- Departement des Innern (2004). *Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care)*. Bern: Bundesblatt.
- Domenighetti G. (1995), *Incertitude médicale: justification éthique de la demande induite*. In *Journal d'Economie Médicale*. 13: 353–362.
- Domenighetti, G. und C. Limoni (1994). *Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse*. *Ars Medici* 14: 966–969.
- Domenighetti, G. und L. Crivelli (2001). *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*. Lausanne: IEMS, Université de Lausanne; Lugano: Università della Svizzera italiana.
- Doppmann, R. (1985). *Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz*. Basel: Schlattmann.
- Drever, F. und M. Whitehead (1995). *Mortality in Regions and Local Authority Districts in the 1990s: Exploring the Relationship with Deprivation*. *Population Trends* 82: 19–27.
- Egger T. (2003). *Integration und Arbeit: Handlungsfelder, Akteure und Ansatzpunkte zur Besserstellung von Ausländerinnen und Ausländern auf dem Schweizer Arbeitsmarkt*, Bern: Eidgenössische Ausländerkommission EKA.
- Eichholzer, M. (2003). *Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur*. <http://www.suissebalance.ch/dt/fakten/koerpergewicht.html>, 2.8.2004.
- Eisner, M. und P. Manzoni (Hg.) (1998). *Gewalt in der Schweiz: Studien zur Entwicklung, Wahrnehmung und staatlichen Reaktion*. Chur/Zürich: Rüegger.
- Eisner, M. und M. Killias (2004). *Country Survey: Switzerland*. In: *European Journal of Criminology*, Vol. 1 (2): 257–293.
- Ellert, U. und H. Knopf (1999). *Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit*. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2). 145-150.
- Freiburghaus, A. U., B. Bisig, M. Schwenkglens und F. Gutzwiller (2004). *Versicherungsstatus und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*. *Insurance status and utilization of medical services: a review of the literature*. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 147–186.
- Freitag, M. und M. Bühlmann (2003). *Die Bildungsfinanzen der Schweizer Kantone. Der Einfluss 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.
- Gilliand, P. (2004). *Kosten und Finanzierung*. In: G. Kocher und W. Oggier (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz*. Bern: Huber.
- Gmel, G. (2000). *Verbreitung und Einflussfaktoren des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln*. In: E. Maffli (Hg.). *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Grob A., R. Lüthi und A. Flammer (1990). *Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Gubéran, E. und M. Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT).
- Haari, R., C. Rüefli und A. Vatter (2002). *Ursachen der Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen*, in *Soziale Sicherheit* 1/02; 14–16.

- Harding, S. und R. Maxwell (1997). Differences in the Mortality of Migrants. In: F. Drever und M. Whitehead (Hg.). *Health Inequalities: Decennial Supplement*. London: Stationery Office: 108–121.
- Hartung, J. und B. Elpelt (1986). *Multivariate Statistik: Lehrbuch und Handbuch der angewandten Statistik*. München: Oldenbourg.
- HEA, Health Education Authority (1997). *Guidelines: promoting Physical Activity with Black and Minority Ethnic Groups*. London: Health Education Authority.
- Hessel, A., T. Gunzelmann, M. Geyer und E. Brähler (2000). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(4): 289–299.
- Hirsig, R. (1996). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band I*. Zürich: Seismo.
- Hirsig, R. (1997). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Band II*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F. und V. Hugentobler (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Huber.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (i. E.). *Pflegebedürftigkeit im Alter*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hu, Y. und 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). *Pharmamarkt Schweiz*. Basel: Pharma Information.
- Kronenfeld, J. J. (1980). Sources of ambulatory care and utilization models. *Health Serv Res* 15: 3–20.
- Künzli, N., R. Kaiser, R. Rapp, H. Sommer, H.-U. Wanner, R. Seethaler und U. Ackermann-Liebrich: Luftverschmutzung in der Schweiz – Quantifizierung gesundheitlicher Effekte unter Verwendung epidemiologischer Daten. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 127, 1997: 1361–1370.
- Ladewig, D. (2000). Arzneimittel und Missbrauchspotential. In: E. Maffli (Hg.). *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz: Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. Lausanne: SFA-ISPA Press. S. 25–31.
- Lamprecht, M. und H. P. Stamm (1999). Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: C. Maeder, C. Burton-Jangros und M. Haour-Knipe (Hg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*. Zürich: Seismo: 62–85.
- Lauterbach, K. (1996). Methoden zur Kostenkontrolle und Qualitätssicherung bei der integrierten Versorgung in den USA. In: M. Arnold, D. Paffrath (Hg.), *Krankenhaus-Report 1996*. Stuttgart: Schattauer.
- Lehmann, H. (2003), *Managed Care*. Zürich: Rüegger.
- Livingston, G., G. Leavey und G. Kitchen et al. (2002). Accessibility of Health and Social Services to Innigrant Elders: The Islington Study, *The British Journal of Psychiatry* 180; 369–373.
- MacIntyre, S. Mclver 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, B. und A. Hättich (1999). *Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Mechanic, D. (1963). Religion, religiosity and illness behavior: The special case of the Jews. *Human Organization* 22: 202–208.
- Menghini, G. (2003). *Orale Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel.
- Mensink G., M. Deketh, M. Mul, A Schuit und H. Hoffmeister (1996). Physical activity and its association with cardiovascular risk factors and mortality. *Epidemiology* 7: 391–397.
- Mensink, G. (1999). Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 126–131.
- Mensink, G. und A. Ströbel (1999). Einnahme von Nahrungsergänzungspräparaten und Ernährungsverhalten. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 132–137.
- Mensink, G., M. Thamm und K. Haas (1999). Die Ernährung in Deutschland 1998. Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 200–206.
- Meslé, F. (2004). *Espérance de vie: un avantage féminin menacé? Population et Sociétés*. Bulletin d'information 402. Paris: Institut national d'études démographiques.
- Meyer, P. C. und O. Jeanneret (1999). Soziale Umwelt – Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. In: Gutzwiller, F. und O. Jeanneret (Hg.). *Sozial- und Präventivmedizin*. Public Health. Bern: Huber: 480–489.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Mielck, A. (Hg.) (1994). *Krankheit und soziale Ungleichheit, Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske+Budrich.
- Müller, S. und G. Gmel (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Sozial- und Präventivmedizin* 47: 14–23.
- Nazroo, J. Y. (1997). *The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Organisation panaméricaine de la santé (2002). *La Standardisation: Une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux*. Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO). Vol. 23(3). Washington.
- Organisation panaméricaine de la santé (2003). *Techniques pour mesurer l'impact de la mortalité: Les Années Potentielles de Vie Perdues*. Bulletin Epidémiologique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO). Vol. 24(2). Washington.
- Philips, K. A., K. R. Morrison, R. Andersen und L. A. Aday (1998). Understanding the Context of Health-care 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 Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003). *Unfallgeschehen in der Schweiz: Statistik 2003*. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Schweizerische Herzstiftung o. J.: *Bluthochdruck*. Bern: Schweizerische Herzstiftung.
- SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft (2002). *Konjunkturtendenzen Winter 2002/03*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004a). Drogeninfo Tabak. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004b): Drogen richtig einschätzen – Fehlinformationen durchschauen. www.sfa-ispa.ch, Abfrage 2.11.2004.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004c). Drogeninfo Kokain. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004d). Drogeninfo Ecstasy. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- 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, A. M., I. Beeler und T. Szucs (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Zürich: Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals.
- Standridge J. B., R. G.Zylstra und S. M. Adams (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *South Medical Journal* 97(7): 664–672.
- Sturny, I. (2004). 5-Jahres-Vergleich 1999–2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Arbeitsdokument 10. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (2004). Unfallstatistik UVG 1998 – 2002. Fünfjahresbericht. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- Taskin, A. und B. Bisig (2004). Nationalität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?* Band 1: Gesamtübersicht. Chur: Rüegger: 83–118.
- Thode, N., E. Bergmann, P. Kamtsiuris und B.-M. Kurth (2004). Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuermechanismen. Berlin: DLR.
- Urban, D. (1993). *Regressionstheorie und Regressions-
onstechnik*. Stuttgart: Teubner.
- Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. In: Guillaume Wunsch Graziella Caselli, 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-Niccolet (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 CHSS* 6.
- 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 (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 geführt (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 Aufhalten in Spitälern oder Heimen bzw. sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt. Mit nachträglichen Gewichtungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (s. Abschnitt Gewichtungsverfahren).

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 s. 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 zurück gehen, 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 wie 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, Ausländische) 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.

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 Va-

riablen auf die Produkt-Moment-Korrelation von Pearson (r) zurückgegriffen. Die genannten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen) und 1 bzw. -1 (perfekte Beziehung zwischen den beiden Variablen) annehmen.

Für die multivariaten Auswertungen wurden zusätzlich die konventionellen Verfahren der (logistischen) Regressions- und Varianzanalyse verwendet. In der Regressionsanalyse wird versucht, diejenige Funktion zu finden, mit der die Verteilung einer abhängigen Variablen aufgrund der Verteilung einer unabhängigen Variablen am besten vorausgesagt werden kann. Am besten heisst bei der in dieser Arbeit verwendeten Kleinst-Quadrate-Methode (OLS-Schätzung), dass die Summe der quadrierten Differenzen zwischen den vorausgesagten und den tatsächlich gemessenen Werten minimal sein soll. Als Mass, wie gut diese Voraussage gelungen ist, wie stark also die lineare Beziehung zwischen den beiden Variablen ist, können zwei Kennzahlen verwendet werden: der standardisierte Regressionskoeffizient (entspricht im bivariaten Modell der Produkt-Moment-Korrelation von Pearson), welcher Stärke und Richtung des Zusammenhanges angibt und der Determinationskoeffizient (R^2), der angibt, wie viel der Varianz der abhängigen Variablen durch die unabhängige Variable erklärt werden kann. Im multivariaten Modell zeigt der standardisierte Regressionskoeffizient (Beta-Koeffizient) den Effekt der unabhängigen Variablen, wenn der Einfluss aller anderen spezifizierten unabhängigen Variablen konstant gesetzt wird.

Wird die abhängige Variable in den Ausprägungen 0 oder 1 gemessen, so kann das OLS-Verfahren nicht angewendet werden, da die Annahmen des allgemeinen linearen Modells nicht erfüllt sind. Hier wird deshalb auf die logistische Regression zurückgegriffen: Die binäre abhängige Variable wird durch Logarithmierung derart transformiert, dass sie theoretisch von minus bis plus unendlich reicht. Basierend auf den Ausprägungen der unabhängigen Variablen schätzt die logistische Regression dann die Wahrscheinlichkeit, dass die zu erklärende Variable den Wert 1 annimmt. Sind die Schätzer positiv (und signifikant), so bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt. Negative (signifikante) Schätzer geben hingegen eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit an (vgl. Urban 1993).

Bei der Varianzanalyse handelt es sich um ein Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen. Das im Kapitel 5 verwendete varianzanalytische Verfahren der multiplen Klassifikationsanalyse kann aber auch als Spezialfall der Regressionsanalyse behandelt werden (vgl. Bortz, 2004, Andrews et al. 1971.). Wie bei der Regressionsanalyse lässt sich auch mit der Varianzanalyse die Frage beantworten, inwieweit die Varianz einer abhängigen Variable sich auf eine oder mehrere unabhängige Variablen bzw. deren Interaktion zurückführen lässt. Während 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 Kapitel 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, 2004f). Berechnungsgrundlage der Sterbeziffern ist die ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte⁵⁰. Die geografischen Analysen beziehen sich auf den Kanton, in dem die verstorbenen Personen ihren legalen Wohnsitz hatten. Die altersstandardisierte 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).

⁵⁰ Arithmetisches Mittel zwischen der ständigen Wohnbevölkerung per 1. Januar und per 31. Dezember eines Kalenderjahres.

Formel 1: Berechnung der VPL

Zur Berechnung der ursachenspezifischen VPL wird die Summe nach Altersjahren aller auf diese Ursache zurückzuführenden Todesfälle mit der Differenz zwischen dem Altersjahr und dem gewählten (potenziell erreichbaren) Mindestalter von 70 Jahren multipliziert. Als Formel ausgedrückt heisst das

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

wobei l das beobachtete Alter und L die gewählte obere Altersgrenze, i das Todesalter und d_i die Anzahl Todesfälle im Alter i ist.

Quelle: Organisation panaméricaine de la santé (2003).

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)

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

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).

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 zur sozialen Lage 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, wie sie schon oben verwendet wurden: 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 abstinent [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).

