



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

OBSAN BERICHT 65

65

Gesundheit im Kanton Uri

Ergebnisse aus der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2012
und weiterer Datenbanken
(2. kantonaler Gesundheitsbericht)

Isabelle Sturny



Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Auftraggeber

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri

Autorin

Isabelle Sturny (Obsan)

Projektteam Obsan

Paul Camenzind, Clémence Merçay, Florence Moreau-Gruet, Luca Petrini,
Nicole Ruch, Tina Schmid, Daniela Schuler, Isabelle Sturny

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 65

Zitierweise

Sturny, I. (2015). *Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken (2. kantonalen Gesundheitsbericht)* (Obsan Bericht 65).
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Weitere Informationen und Bestellungen

Amt für Gesundheit des Kantons Uri
Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf
Tel. 041 875 21 51
ds.gsud@ur.ch

Download PDF

www.ur.ch/afg → Publikationen

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS;
Anhangstabellen: Obsan

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

ISBN

978-2-940502-26-4

© Obsan 2015

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit	27
Abkürzungsverzeichnis	4	2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag	30
Gesamtzusammenfassung	5	2.3.1 Lang andauerndes Gesundheitsproblem	30
1 Einleitung	9	2.3.2 Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems	31
1.1 Gesundheitsberichterstattung für den Kanton Uri	9	2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren	32
1.2 Ziele des Gesundheitsberichts	10	2.4 Körperliche Gesundheit	33
1.3 Verwendete Daten	10	2.4.1 Körperliche Beschwerden	33
1.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	10	2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren	34
1.3.2 Weitere Datenquellen	13	2.4.3 Ausgewählte Diagnosen	37
1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten	14	2.4.4 Multimorbidität	38
1.4.1 Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten	14	2.4.5 Unfälle und Stürze	40
1.4.2 Im Bericht präsentierte Gesundheitsdeterminanten	15	2.5 Psychische Gesundheit	43
1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen	18	2.5.1 Energie und Vitalität	43
1.5.1 Deskriptive Analysen	18	2.5.2 Psychische Belastung	45
1.5.2 Lesebeispiele für Tabellen und Abbildungen mit Konfidenzintervallen	19	2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen	47
1.6 Der Kanton Uri im Überblick	22	2.6 Gesundheitsressourcen	49
2 Gesundheitszustand	25	2.6.1 Kontrollüberzeugung	49
2.1 Lebenserwartung	25	2.6.2 Soziale Unterstützung	50
2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt	25	2.6.3 Einsamkeitsgefühle	51
2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	26	2.7 Sterblichkeit und Todesursachen	52
		2.7.1 Mortalität und Todesursachen	52
		2.7.2 Verlorene potenzielle Lebensjahre	54
		2.8 Zusammenfassung	54

3	Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	56	5.3	Komplementärmedizinische Leistungen	113
3.1	Gesundheitseinstellungen	56	5.4	Spitalleistungen	115
3.2	Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	59	5.4.1	Ambulante Spitalbehandlungen	115
3.2.1	Übergewicht	59	5.4.2	Stationäre Spitalbehandlungen	116
3.2.2	Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitskonsum	63	5.5	Formelle und informelle Unterstützung zu Hause	118
3.2.3	Körperliche Aktivität	66	5.6	Langzeitpflege in Pflegeheimen	122
3.3	Konsum von psychoaktiven Substanzen	70	5.7	Zusammenfassung	123
3.3.1	Tabakkonsum	70	6	Kosten- und Prämienentwicklung OKP	125
3.3.2	Passivrauchen	73	6.1	OKP-Kosten	126
3.3.3	Alkoholkonsum	75	6.2	OKP-Prämien und Versicherungsmodelle	131
3.3.4	Cannabiskonsum	78	6.3	Zusammenfassung	135
3.3.5	Medikamentenkonsum	80		Glossar	136
3.4	Zusammenfassung	82		Literatur	139
4	Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld	84		Anhang	151
4.1	Störungen im Wohnbereich	85			
4.2	Arbeit und Gesundheit	88			
4.2.1	Generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit	88			
4.2.2	Physische Belastungen bei der Arbeit	90			
4.2.3	Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit	94			
4.2.4	Arbeitszeiten	97			
4.2.5	Mehrfachbelastungen bei der Arbeit	99			
4.3	Zusammenfassung	100			
5	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	101			
5.1	Arztbesuche	102			
5.1.1	Häufigkeit von Arztbesuchen insgesamt	102			
5.1.2	Mittlere Anzahl Arztbesuche insgesamt und nach Fachgebiet	105			
5.2	Präventivmedizinische Leistungen	108			
5.2.1	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	108			
5.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	110			
5.2.3	Grippeimpfungen	112			

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser

Wie wichtig ist Ihnen die Gesundheit? Fühlen Sie sich gesund? Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wie steht es um Ihre psychische Gesundheit? Bewegen Sie sich ausreichend? Legen Sie Wert auf eine gesunde Ernährung? Wie sieht es mit Ihrem Alkoholkonsum aus? Solche und ähnliche Fragen wurden im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 gestellt.

Für gesundheitspolitische Entscheide sowie für die Planung und Umsetzung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist es wichtig, den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, zu kennen. Seit 1992 führt das Bundesamt für Statistik die Schweizerische Gesundheitsbefragung im Fünfjahresrhythmus durch. Für die Befragung 2012 hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion bereits zum zweiten Mal eine Erhöhung der Anzahl der befragten Personen in Uri in Auftrag gegeben. Dies ermöglicht detaillierte Auswertungen auf Kantons-ebene sowie Vergleiche mit der Bevölkerung der ganzen Schweiz, und die Entwicklung zwischen 2007 und 2012 kann aufgezeigt werden. Es freut mich sehr, Ihnen den zweiten ausführlichen Gesundheitsbericht für unseren Kanton zu präsentieren.

Rund 90 Prozent der befragten Urnerinnen und Urner schätzen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Dies ist wiederum – wie bereits im Jahr 2007 – ein erfreuliches Ergebnis. Verglichen mit dem Durchschnitt der Schweizerinnen und Schweizer fühlen sich Urnerinnen und Urner

psychisch gesünder, konsumieren etwas weniger Alkohol, sind körperlich aktiver, gehen seltener zum Arzt und nehmen weniger Medikamente ein, nehmen aber auch weniger präventivmedizinische Leistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfungen, in Anspruch. Entsprechend fallen die Kosten und die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Uri wesentlich tiefer aus als im Schweizer Durchschnitt. Die Auswertung der Umfrageergebnisse zeigt jedoch auch, dass die Urner Bevölkerung verglichen mit dem Schweizer Durchschnitt weniger auf gesunde Ernährung achtet und mehr Personen von Übergewicht betroffen sind als in der übrigen Schweiz. Gesamtschweizerisch und insbesondere im Kanton Uri ist eine Zunahme an Herz-Kreislauf-Erkrankungen festzustellen.

Die Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichts können grundsätzlich positiv gewertet werden. Gleichzeitig zeigen sie auf, wo Handlungsbedarf besteht und dienen so als Grundlage für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme. Letztlich geht es darum, dass sich die Bevölkerung bewusst mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzt, denn die Verantwortung liegt hauptsächlich bei jeder und jedem Einzelnen.

Gesundheit ist das höchste Gut, tragen wir Sorge dazu. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre und – gute Gesundheit!

Barbara Bär, Regierungsrätin
Vorsteherin der Gesundheits-, Sozial-
und Umweltdirektion

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
BAFU	Bundesamt für Umwelt	Ref.	Referenzkategorie
BAG	Bundesamt für Gesundheit	SASIS	Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer
BASPO	Bundesamt für Sport	SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
BFS	Bundesamt für Statistik	SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung	SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
BIP	Bruttoinlandprodukt	SR	Systematische Rechtssammlung
BMI	Body Mass Index	SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushalterhebungen
DALYs	Disability-adjusted live years	STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
EGBI	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen	SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes	UV	Unfallversicherung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	VPLJ	Verlorene potenzielle Lebensjahre
GMM I+II	Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung I und II	VVG	Versicherungsvertragsgesetz (SR 221.229.1)
GSUD	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri	WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
HMO	Health Maintenance Organization		
IV	Invalidenversicherung		
KI	Konfidenzintervall/Vertrauensintervall		
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)		
KVG	Krankenversicherungsgesetz (SR 832.10)		
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste		
MV	Militärversicherung		
N	Grundgesamtheit einer Population		
n	Anzahl der Befragten, Stichprobe		
NICER	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (National Institute for Cancer Epidemiology and Registration)		
NPEB	Nationales Programm Ernährung und Bewegung		
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium		
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)		

Gesamtzusammenfassung

Das Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über die Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, ist von grosser Wichtigkeit für gesundheitspolitische Entscheide sowie für die Planung und Umsetzung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund hat die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri (GSUD) das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, vorliegenden Gesundheitsbericht zu erarbeiten. Der Bericht liefert datenbasierte Informationen über die Gesundheit der Urner Bevölkerung und richtet sich an Gesundheitsfachleute, politische Entscheidungsträger und alle weiteren interessierten Personen. Für den Kanton Uri werden im Vergleich mit der gesamten Schweiz Informationen zum Gesundheitszustand, zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Wohn- und Arbeitsumfeld, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu den Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) präsentiert.

Die verwendeten Daten stammen vorwiegend aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Diese Befragung wird in der Schweiz seit 1992 alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt. Nach 2007 hat der Kanton Uri im Jahr 2012 zum zweiten Mal die Stichprobe der SGB erhöht und dadurch kantonale Analysen ermöglicht. Der vorliegende Bericht zeigt die Auswertung der Daten 2012 und beschreibt – wo immer möglich – die zeitliche Entwicklung zwischen 2007 und 2012. Um den Bericht zu vervollständigen, wurden weitere Datenbanken für die Analysen beigezogen, unter anderem die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und die Todesursachenstatistik des BFS sowie der Datenpool der SASIS AG.

Die Urner Bevölkerung fühlt sich gesund

Eine deutliche Mehrheit der Befragten in Uri schätzt ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein (89,6%). Damit liegt der Anteil der sich gesund fühlenden Personen im

Kanton Uri signifikant über dem Anteil der Deutschschweiz (85,0%). Bereits 2007 haben 88,1% der Urner Bevölkerung ihre Gesundheit als gut oder sehr gut eingeschätzt. 21,8% der Urnerinnen und Urner berichten über ein lang andauerndes Gesundheitsproblem, was dem kleinsten Anteil aller ausgewiesenen Kantone entspricht. Als häufigste starke körperliche Beschwerden werden dabei Rücken- oder Kreuzschmerzen genannt. 8,0% der Personen in Uri und 13,0% der Befragten in der Schweiz geben zudem an, unter zwei oder mehr chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) zu leiden. Auch haben im Jahr vor der Befragung 13,3% der Urnerinnen und mit 26,2% doppelt so viele Urner einen Unfall erlitten. Damit verunfallen Männer – in Uri wie auf nationaler Ebene – signifikant häufiger als Frauen, und dies vor allem im Sport und bei der Arbeit. Im Alter schliesslich sind oft Stürze zu verzeichnen: Kantonal wie national berichtet rund jede vierte Person ab 65 Jahren von mindestens einem Sturz im vergangenen Jahr.

Zwischen 2007 und 2012 hat der Anteil Personen, die an körperlichen Beschwerden leiden, sowohl in Uri als auch in der Schweiz insgesamt abgenommen. Demgegenüber ist für die Schweiz seit 2002 ein Anstieg der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes zu verzeichnen. Für den akuten Myokardinfarkt sowie die Herzinsuffizienz sind im Kanton Uri überdurchschnittlich hohe Prävalenzen zu verzeichnen, die vorwiegend auf die hohen Anteile der Urner Männer zurückzuführen sind, aufgrund der geringen Fallzahlen jedoch zu relativieren sind.

Bessere psychische Gesundheit im Kanton Uri als in der Schweiz insgesamt

Für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit von wesentlicher Bedeutung. Urnerinnen und Urner (11,7%) fühlen sich deutlich weniger psychisch belastet als Schweizerinnen und Schweizer (18,0%) und berichten signifikant seltener von mittleren bis schweren

Depressionssymptomen. Die Befragten in Uri verfügen über das höchste Energie- und Vitalitätsniveau in der Schweiz. Einsamkeitsgefühle sind in der Urner Bevölkerung (30,3%) weniger verbreitet als in der Schweiz insgesamt (36,1%), was möglicherweise mit der überdurchschnittlich hohen sozialen Unterstützung in Uri zusammenhängt.

Geschlechterunterschied bei Lebenserwartung und Mortalität wird immer kleiner

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt im Kanton Uri mit 84,1 Jahren bei den Frauen und 80,3 Jahren bei den Männern nahe beim Schweizer Durchschnitt (84,5 Jahre für Frauen und 80,1 Jahre für Männer). Die traditionell tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die letzten Jahrzehnte derjenigen der Frauen stetig angenähert. Dies ist unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens der beiden Geschlechter zurückzuführen.

So wie im Zeitverlauf die Lebenserwartung der Bevölkerung gestiegen ist, hat im Gegenzug die Sterbehäufigkeit (Mortalitätsrate) abgenommen. Die durchschnittliche Mortalitätsrate beläuft sich im Kanton Uri aktuell auf 794 Todesfälle pro 100'000 Frauen und auf 1086 Todesfälle pro 100'000 Männer. Wie bei der Lebenserwartung sind diese Raten für die Urner Männer ähnlich hoch wie in der Schweiz insgesamt, Urner Frauen weisen hingegen eine etwas höhere Mortalitätsrate auf als Schweizer Frauen (733 Todesfälle pro 100'000 Frauen). Aufgrund des stärkeren Rückgangs der Mortalitätsrate der Männer im Vergleich zu den Frauen ist auch hier eine Reduktion des Geschlechterunterschieds festzustellen. Zu den häufigsten Todesursachen gehören – in Uri wie auch in der Schweiz insgesamt – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen.

Zunahme des Anteils übergewichtiger Personen trotz vermehrter körperlicher Aktivität

Wesentliche Teile der Bevölkerung des Kantons Uri (47,1%) und der Schweiz insgesamt (42,2%) haben Übergewicht (inkl. Adipositas). Diese Anteile von Personen mit einem Body Mass Index von 25 und mehr sind zwischen 1992 und 2012 in der Schweiz um rund 10,8 Prozentpunkte und im Kanton Uri seit 2007 um 5,6 Prozentpunkte angestiegen. Urner Männer achten deutlich weniger auf ihre Ernährung als Schweizer Männer. Urnerinnen und Urner halten zudem die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Gemüse und/oder Früchte am Tag zu konsumieren, seltener ein als im Schweizer Durchschnitt.

Vier von fünf Urnerinnen und Urnern sowie drei von vier Schweizerinnen und Schweizern gelten als körperlich ausreichend aktiv. Auch dieser Anteil an aktiven Personen ist in der gesamten Schweiz zwischen 2002 und 2012 um 10,0 Prozentpunkte und in Uri seit 2007 um 7,7 Prozentpunkte gestiegen.

Rückläufige Tendenzen beim Tabakkonsum von Schweizer Männern und beim Passivrauchen

Der Raucheranteil in der Urner Bevölkerung beträgt 26,9% und liegt damit ungefähr im Schweizer Durchschnitt von 28,2%. Der Raucheranteil bei den Männern ist zwischen 1992 und 2012 in der Gesamtschweiz von 36,5% auf 32,4% zurückgegangen. Der Anteil Raucherinnen ist während dieser Periode bei rund einem Viertel aller befragten Personen stabil geblieben. Im Kanton Uri sind zwischen 2007 und 2012 kaum Veränderungen bezüglich Tabakkonsum festzustellen.

Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der starke Zigarettenkonsum (20 und mehr Zigaretten pro Tag) sowohl bei Frauen wie bei Männern in den letzten 20 Jahren ebenfalls rückläufig. Ausserdem ist bezüglich der Belastung durch Passivrauch eine sehr deutliche Reduktion zu verzeichnen: Der Anteil Personen in der Schweiz, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauch ausgesetzt sind, hat sich von 31,4% im Jahr 2002 auf 6,1% im Jahr 2012 reduziert. Auch im Kanton Uri ist der Anteil «Passivrauchender» massiv von 19,4% im Jahr 2007 auf 3,9% im Jahr 2012 zurückgegangen.

Geringeres Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums im Kanton Uri

6,0% der Urnerinnen und 13,2% der Urner trinken täglich Alkohol. Diese Anteile liegen etwas unter dem Schweizer Durchschnitt von 8,8% bei den Frauen und 17,4% bei den Männern (statistisch nicht signifikant). Der tägliche Alkoholkonsum der Urnerinnen und Urner steigt mit höherem Alter deutlich an, während bei der jüngeren Generation eher das Rauschtrinken, d. h. der Konsum einer grösseren Menge Alkohol innert kurzer Zeit, problematisch ist. Im Kanton Uri ist das mittlere bis hohe Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums signifikant niedriger als in der Schweiz insgesamt.

Ein Fünftel der Urner Bevölkerung hat in ihrem Leben bereits einmal Cannabis konsumiert. Dieser Anteil liegt klar unter dem Schweizer Durchschnitt (29,5%), ist seit 2007 im Kanton Uri aber tendenziell angestiegen. Der Cannabiskonsum hat auch gesamtschweizerisch zugenommen, von 18,9% im Jahr 1997 auf 29,5% im

Jahr 2012. In den letzten 20 Jahren ist zudem der Medikamentenkonsument in der gesamten Schweiz um 10,3 Prozentpunkte gestiegen. 37,2% der in der SGB 2012 befragten Urnerinnen und Urner haben in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen. Dieser Anteil ist signifikant tiefer als der gesamtschweizerische Anteil von 48,6%. Frauen konsumieren dabei auf nationalem wie kantonalem Niveau häufiger Medikamente als Männer, und wie erwartet steigt der Medikamentenkonsument mit zunehmendem Alter an.

Hohe Arbeitszufriedenheit trotz verbreiteter Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen, die eine negative Auswirkung auf die Gesundheit haben können, sind im Kanton Uri wie auch national weit verbreitet. So berichten neun von zehn (89,3%) der erwerbstätigen Urnerinnen und Urner über mindestens eine physische Belastung wie schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltung oder stets gleiche Hand- oder Armbewegungen. 79,1% der Befragten geben mindestens eine psychosoziale Belastung wie hoher Zeitdruck oder hohe Arbeitsanforderungen an. Zudem sind 7,5% der erwerbstätigen Urnerinnen und 29,0% der erwerbstätigen Urner von langer Arbeitszeit und jede sechste erwerbstätige Person im Kanton von atypischen Arbeitszeiten wie z. B. Nacharbeit betroffen.

Trotz dieser Arbeitsbelastungen sind im Kanton Uri lediglich 8,4% der Befragten der Meinung, dass ihre Arbeit negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit hat. Die grosse Mehrheit der erwerbstätigen Bevölkerung im Kanton Uri ist mit der aktuellen Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden. Der entsprechende Anteil ist zudem in Uri von 67,3% im Jahr 2007 auf 76,6% im Jahr 2012 deutlich gestiegen.

Fast ein Drittel der Urner Bevölkerung ohne Arztbesuche

30,4% der Urnerinnen und Urner geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung gar nie eine Arztpraxis aufgesucht zu haben. Dieser Anteil ist deutlich höher als in der Schweiz insgesamt (21,6%). Ein weiteres Drittel der Urner Bevölkerung (36,8%) berichtet über ein bis zwei Arztbesuche im Jahresintervall und rund jede dritte Person suchte mindestens dreimal eine Arztpraxis auf. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an. Frauen gehen insgesamt öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt als Männer, wobei diese Differenz hauptsächlich auf Konsultationen in den Frauenarztpraxen zurückzuführen ist.

Präventivmedizinische Leistungen wie Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebsvorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfungen werden von der Urner Bevölkerung unterdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen. Für ambulante Behandlungen gehen Urnerinnen und Urner (11,5%) signifikant seltener ins Spital als Schweizerinnen und Schweizer insgesamt (17,4%) und auch stationäre Spitalbehandlungen werden weniger stark beansprucht (nicht signifikant). Demgegenüber fällt die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeheime im Kanton Uri überdurchschnittlich hoch aus, während die Spitex-Leistungen und die komplementärmedizinischen Leistungen gemäss Selbstangaben der befragten Personen ähnlich häufig wie in der Schweiz insgesamt nachgefragt werden.

Unterdurchschnittliche Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die Kosten der OKP sind zwischen 2008 und 2012 für Urnerinnen und Urner um durchschnittlich 3,2% pro Jahr von 85,3 auf 96,7 Millionen Franken angestiegen. Auf gesamtschweizerischer Ebene haben sich die Kosten in der gleichen Zeitspanne um 3,4% pro Jahr von 22,7 auf 26,0 Milliarden Franken erhöht. Damit liegt die Urner Wachstumsrate für die fünf beobachteten Jahre leicht unter dem Schweizer Durchschnitt. Das Kostenniveau im Kanton Uri ist das viertiefste aller Schweizer Kantone. Pro versicherte Urnerin und Urner fallen im Jahr 2012 OKP-Kosten von 2704 Franken an. In der Schweiz belaufen sich diese Kosten auf 3260 Franken, das sind 556 Franken (20,6%) mehr als in Uri.

Wie bei den OKP-Kosten sind auch die Prämien für die OKP im Kanton Uri im Quervergleich relativ tief. Die Jahresprämie für Urnerinnen und Urner ab 26 Jahren beträgt 2012 durchschnittlich 3008 Franken und ist damit 640 Franken oder 17,7% tiefer als im Schweizer Durchschnitt (3648 Franken). Das Standardmodell KVG ist mit einem Anteil von 42,9% im Kanton Uri das am häufigsten gewählte Versicherungsmodell. Alternativmodelle wie das Hausarztmodell kommen weniger häufig vor, gewinnen aber immer mehr an Bedeutung. Der Anteil bei diesem Versicherungsmodell hat sich in Uri zwischen 2008 und 2012 von 27,0% auf 37,8% deutlich erhöht.

Fazit

Die Urner Bevölkerung fühlt sich gemäss SGB 2012 überdurchschnittlich gesund, gibt seltener als der Durchschnitt der Schweiz körperliche und psychische Gesundheitsprobleme an und hat einen vergleichsweise

unproblematischen Konsum psychoaktiver Substanzen. Zudem ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den meisten Bereichen unterdurchschnittlich, was sich ebenfalls auf die OKP-Kosten und in der Folge auf die OKP-Prämien niederschlägt, die im Vergleich zu den anderen Schweizer Kantonen niedrig sind. Allerdings ist in einigen Bereichen auch Handlungspotenzial für Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden: Beispielsweise verzeichnen Urnerinnen und Urner für akuten Myokardinfarkt sowie für Herzinsuffizienz überdurchschnittlich hohe Häufigkeiten. Auch das Essverhalten und das damit verbundene Körpergewicht könnten noch optimiert werden.

1 Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung nimmt in der nationalen und kantonalen Politik der Schweiz einen zentralen Stellenwert ein. Während sich die Gesundheitspolitik westlicher Länder bis vor rund 30 Jahren primär mit der Bereitstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung befasste, verschiebt sich seitdem der Schwerpunkt zunehmend in Richtung von Prävention und Gesundheitsförderung. Man ist sich heute in Fachkreisen und politischen Gremien vermehrt bewusst, dass – neben individuellen Faktoren wie der genetischen Veranlagung und der körperlichen Verfassung eines Menschen – auch soziale, wirtschaftliche und ökologische Faktoren Einfluss auf die Gesundheit sowie auf ein gesundheitsförderndes oder -schädigendes Verhalten haben. Die Umgebung, welche auf die Menschen einwirkt, wird dabei nicht nur von der Gesundheitspolitik selber, sondern auch von vielen weiteren Politikbereichen beeinflusst. Aus diesem Grund wird verstärkt eine multi-sektorale Gesundheitspolitik gefordert, welche andere Bereiche wie die Bildungs- oder die Sozialpolitik vermehrt einbezieht (Kickbusch & Buckett, 2010).

Die Kenntnis über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist eine entscheidende Voraussetzung, um das Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse der Bevölkerung anpassen und Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung festlegen zu können. Anhand einer fortlaufenden Datenerfassung und einer kontinuierlichen Erstellung von Indikatoren und Kennzahlen aus diesen Daten können solche Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung in aktueller und aussagekräftiger Form bereitgestellt werden. Vorliegender Bericht hat zum Ziel, den Gesundheitsfachleuten, den politischen Entscheidungsträgern und allen weiteren interessierten Personen im Kanton Uri einen solchen aktuellen Überblick über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Urner Bevölkerung zu verschaffen.

1.1 Gesundheitsberichterstattung für den Kanton Uri

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde von der Gesundheits- Sozial- und Umweltdirektion Uri (GSUD) mit der Ausarbeitung eines hauptsächlich auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 basierenden kantonalen Gesundheitsberichts beauftragt. Uri hatte bereits mit den Daten 2007 einen kantonalen Gesundheitsbericht erstellen lassen (Obsan, 2010). Der aktuelle Gesundheitsbericht ist somit der zweite umfassende Bericht über die Gesundheit der Urner Bevölkerung.

Der aktuelle Gesundheitsbericht für den Kanton Uri bietet einen breiten Überblick über die Gesundheit im Allgemeinen, detaillierte Analysen und Erläuterungen zu Themen wie die psychische Gesundheit oder das Ernährungsverhalten der Kantonsbevölkerung sowie einen Vergleich mit der Veränderung gegenüber dem Gesundheitsbericht von 2010 (Obsan, 2010). Der Bericht ist in elektronischer oder gedruckter Form verfügbar. Er richtet sich an Expertinnen und Experten sowie Fachleute des Gesundheitswesens, an Politikerinnen und Politiker sowie an alle übrigen Personen, die sich für Gesundheitsfragen interessieren.

Der vorliegende Gesundheitsbericht bildet eine Ergänzung zum ebenfalls vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium produzierten «Gesundheitsreport Kanton Uri» (Obsan, 2014). Dieser 2014 veröffentlichte Gesundheitsreport beinhaltet standardisierte Auswertungen der SGB 2012 und weiterer Datenbanken. Bei den Textpassagen im Report handelt es sich um eine Ergebnisübersicht sowie um kurze Kommentare zum methodischen Vorgehen und zu den Definitionen der verwendeten Variablen. Der Report geht jedoch nicht ins Detail und liefert keine Interpretationen zu den Ergebnissen oder Kommentare, wie der hier nun vorliegende Gesundheitsbericht.

1.2 Ziele des Gesundheitsberichts

Eine Gesundheitspolitik, welche die Prävention von Krankheiten sowie eine gezielte Gesundheitsförderung anstrebt, benötigt grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Einflussfaktoren. Der vorliegende Bericht hat deshalb zum Ziel, umfassend zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Urner Bevölkerung sowie über die Gesundheit beeinflussende Faktoren (sogenannte Gesundheitsdeterminanten) zu informieren. Die Analysen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Urner Bevölkerung sowie der Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geben zudem wertvolle Hinweise zur Qualität und Effizienz des kantonalen Gesundheitssystems.

Beim Gesundheitsbericht stehen die folgenden Ziele im Vordergrund:

- Der Gesundheitsbericht soll als Nachschlagewerk für verschiedenste Aspekte der öffentlichen Gesundheit im Kanton Uri dienen.
- Risiko- und Zielgruppen innerhalb des Kantons sollen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten identifiziert werden.
- Veränderungen im Gesundheitsgeschehen des Kantons zwischen 2007 und 2012¹ sollen identifiziert und beschrieben werden (z. B. neu auftretende, sich verschärfende oder rückläufige Gesundheitsprobleme).
- Die Eigenheiten des Kantons Uri bezüglich gesundheitsbezogener Indikatoren sollen hervorgehoben sowie die soziodemografischen und strukturellen Rahmenbedingungen des Kantons aufgezeigt werden.

¹ Die Ergebnisse der SGB der Jahre 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012 werden im Anhang präsentiert. Im Kanton Uri wurden lediglich die Stichproben der Jahre 2007 und 2012 mit genügend grossen Fallzahlen erhöht. Die Ergebnisse der Jahre davor besitzen kleinere Fallzahlen und müssen deshalb mit grosser Zurückhaltung interpretiert werden. Einige Ergebnisse der früheren Jahre fehlen zudem im Anhang, entweder weil Änderungen in der Fragestellung die zeitliche Vergleichbarkeit nicht mehr ermöglichen oder die entsprechenden Fragen damals noch nicht gestellt wurden.

1.3 Verwendete Daten

Die im Bericht präsentierten Analysen und Ergebnisse beruhen hauptsächlich auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Aus diesem Grund wird primär die für die SGB verwendete Methode im Detail vorgestellt. Die übrigen Ergebnisse stammen aus anderen Datenbanken (z. B. Datenpool der SASIS AG, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Todesursachenstatistik des BFS), die im Anschluss an die SGB übersichtsmässig vorgestellt werden.

1.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Seit 1992 führt das Bundesamt für Statistik (BFS) alle fünf Jahre die SGB durch (Tab. 1.1). Die SGB gehört zum statistischen Erhebungsprogramm der eidgenössischen Volkszählung. Bisher wurden fünf Befragungen der SGB (1992, 1997, 2002, 2007 und 2012) mit einer Stichprobengrösse von jeweils zwischen 15'000 und 22'000 Personen durchgeführt (BFS, 2013b). Die SGB ist mit ihrer breiten Themenpalette (physische und psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) und mit ihrer nationalen und regionalen Abdeckung eine der wichtigsten Datenquellen im schweizerischen Gesundheitsbereich.

Die SGB ist eine computergestützte telefonische Befragung von Personen in Privathaushalten, welche durch eine schriftliche Nachbefragung derselben Personen ergänzt wird. Die Datenerhebung der SGB erstreckt sich jeweils über das ganze Jahr, um den Einfluss der Jahreszeiten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten auszugleichen. 2012 wurde die Befragung vom Markt- und Sozialforschungsinstitut LINK in Luzern durchgeführt.

Grundgesamtheit und Stichprobe der SGB

Grundgesamtheit der SGB ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz (Schweizerinnen und Schweizer sowie niedergelassene Ausländerinnen und Ausländer) ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Festnetz- oder Mobilfunkanschluss. In Kollektivhaushalten lebende Personen² und Personen im Asylprozess werden nicht einbezogen. 2008/2009 hat das BFS eine spezielle Erhebung zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) durchgeführt (Kaeser, 2012).

² Personen oder Gruppen von Personen, die gemeinsam aber ohne selbstständige Haushaltsführung zusammenwohnen. Darunter fallen Strafvollzugsanstalten, Internate, Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Klöster, Hotels und andere Institutionen.

Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

Datenproduzent	Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit, Neuchâtel
Rechtsgrundlage	Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993 (SR 431.012.1) Verordnung über die eidgenössische Volkszählung vom 19. Dezember 2008 (SR 431.112.1)
Erhebungszweck	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen in den genannten Bereichen sowie der Auswirkungen der gesundheitspolitischen Massnahmen.
Befragte	Die repräsentative Zufallsstichprobe besteht aus Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Festnetz- oder Mobilfunkanschluss.
Stichprobe	Es handelt sich um eine Stichprobenerhebung. Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Telefonregister des BFS gezogen. Im Rahmen der SGB 2012 nahmen 21'597 Personen an der Befragung teil. Von diesen füllten 18'357 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. Im Kanton Uri wurden 514 Personen telefonisch befragt und 445 gaben ebenfalls schriftlich Auskunft. 18 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck kantonaler Analysen ihre Stichproben mit Eigenmitteln aufgestockt: AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG.
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012. Nächste Befragung: 2017.
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

Quelle: BFS – Sektion Gesundheit^a

© Obsan 2015

^a www.statistik.ch → Infothek → Erhebungen, Quellen → Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) → Steckbrief (Zugriff am 10.02.2015)

Die Stichprobe der SGB 2012 wurde vom BFS aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushalts-erhebungen (SRPH) gezogen. Der SRPH basiert auf den Datenlieferungen der kantonalen und kommunalen Einwohnerregister, die quartalsweise mit den Informationen der Telefonanbieter ergänzt werden (BFS, 2014e). Der Stichprobenplan besteht aus einer geschichteten Zufallsstichprobe von Personen und Haushalten. Die Stichprobe wird dabei so auf die Schichten verteilt, dass die Grossregionen³ eine minimale Stichprobengrösse erhalten (mindestens 900 Interviews pro Grossregion).

Die nationale Stichprobe der SGB enthält 10'000 Interviews, die gemäss Bevölkerungsanteil auf die Kantone verteilt sind. Um repräsentativere Auswertungen durchzuführen, können die Kantone ihre Stichprobe erhöhen. 2012 haben insgesamt 18 Kantone sowie die Stadt Zürich die Stichprobe erhöht (vgl. Tab. 1.1). Auch der Kanton Uri hat den Stichprobenumfang erweitert. Die endgültige Stichprobe des Kantons Uri umfasst 514 Interviews (anstelle 43 Interviews ohne Stichprobenerhöhung). Ergänzt um die kantonalen Verdichtungen beläuft sich die Nettostichprobe für die Gesamtschweiz

im Jahr 2012 auf 21'597 interviewte Personen. Die Gesundheitsbefragung 2012 wurde zudem erstmals für das Fürstentum Liechtenstein durchgeführt (1023 Interviews).

Teilnahme an der SGB 2012

Im Jahr 2012 nahmen in der Schweiz insgesamt 21'597 Personen (11'314 Frauen und 10'283 Männer) an der Erhebung der SGB teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 53,1% der insgesamt 40'670 gezogenen Adressen (Kanton Uri: 56,5%; BFS, 2013b). Gut ein Drittel der kontaktierten Personen (34,2%) konnte nicht erreicht werden und 12,7% verweigerten die Teilnahme an der Erhebung. Die Teilnahmequote belief sich auf 61,2% bei jenen Personen, deren Telefonnummer bekannt war und auf 29,1% bei jenen, deren Telefonnummer zu Beginn der Erhebung nicht vorlag.

Die Interviews wurden ausschliesslich in den drei Amtssprachen durchgeführt: 13'998 auf Deutsch, 5727 auf Französisch und 1872 auf Italienisch. Sämtlichen 21'597 Personen, die am Interview teilgenommen haben, wurde ein schriftlicher Fragebogen zugeschickt. 18'357 Personen füllten diesen aus, was einer Antwortquote von 87,9% entspricht. 38,7% der Befragten füllten dabei den Online-Fragebogen und 61,3% den Papier-Fragebogen aus.

³ Die sieben Grossregionen sind: Genferseeregion (GE, VD, VS), Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO), Nordwestschweiz (AG, BL, BS), Zürich (ZH), Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG), Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Tessin (TI).

Vorteile und Grenzen der SGB

Die SGB liefert Informationen, welche sich von Krankheitsregistern und medizinisch-administrativen Daten unterscheiden. Kenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung werden auf mindestens zwei verschiedene Arten erweitert: Erstens lassen sich mit der SGB Informationen zu Krankheit und Gesundheit einholen, denn sie richtet sich sowohl an Personen, die das Gesundheitswesen beanspruchen, wie auch an solche, die es nicht in Anspruch nehmen. Zweitens beruht die SGB auf den Aussagen der interviewten Personen. Gesundheit wird so erfasst, wie die Befragten sie wahrnehmen und nicht, wie sie von einer Ärztin oder einem Arzt definiert wird. Indem die Sicht des Individuums berücksichtigt wird, können die Praktiken und Gewohnheiten in Bezug auf die Gesundheit über den rein klinischen Kontext hinaus beleuchtet werden.

Ein solcher Ansatz bringt jedoch auch methodische Herausforderungen mit sich, welche bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. So können die Antwortmöglichkeiten von den Befragten unterschiedlich verwendet werden, je nachdem welche Erwartungen sie bezüglich ihrer Gesundheit haben (Dourgnon & Lardjane, 2007). Es können Abweichungen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Niveau und kulturellen Merkmalen vorliegen. So zeigte sich beispielsweise, dass bei identischem Gesundheitszustand Frauen häufiger als Männer angeben, an chronischen Erkrankungen und psychischen Gesundheitsproblemen zu leiden (Sermet et al., 2008).

Neben ihren Qualitäten stösst die SGB auch an gewisse Grenzen. Die subjektiven Antworten bringen Verzerrungsgefahren mit sich, beispielsweise aufgrund

unzureichender Erinnerung oder sozialer Erwünschtheit. Die Personen möchten sich von ihrer besten Seite zeigen und können bei bestimmten Parametern übertreiben (z. B. bei der Körpergrösse) oder untertreiben (z. B. beim Körpergewicht) (Faeh et al., 2009). Weiter werden in der SGB lediglich in Privathaushalten lebende Personen ab 15 Jahren mit Festnetz- oder Mobilfunkanschluss interviewt. Dadurch sind ältere Menschen, von denen ein Teil in Alters- und Pflegeheimen wohnt, untervertreten. Auch sind Personen, die keine der drei Amtssprachen beherrschen, de facto von der Erhebung ausgeschlossen. Es ist zudem davon auszugehen, dass in prekären Verhältnissen lebende Personen (ohne festen Wohnort, ohne gültige Aufenthaltsbewilligung etc.) in der Erhebung untervertreten sind, wobei solche Probleme der Unterrepräsentation nicht nur bei der SGB, sondern bei sämtlichen Bevölkerungsbefragungen auftreten.

Für die telefonische und die schriftliche Erhebung der SGB wurden separate Gewichtungen berechnet, um die Daten auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochzurechnen. Dabei wurden insbesondere die Wohnregion, das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, der Zivilstand sowie die Haushaltsgrösse berücksichtigt (BFS, 2013b). Dank dieser Gewichtungen lassen sich die erwähnten Verzerrungen ausgleichen.

Tabelle 1.2 zeigt die Anzahl der im Kanton Uri in der SGB 2012 befragten Personen sowie die entsprechende Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren nach Geschlecht und Altersgruppe. Von den insgesamt 30'686 Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Uri ab 15 Jahren (N) wurden im Rahmen der SGB 2012 insgesamt 514 Personen (n) – 266 Frauen und 248 Männer – interviewt.

Tab. 1.2 Stichprobe und Wohnbevölkerung des Kantons Uri, nach Geschlecht und Alter, 2012
(Personen ab 15 Jahren)

Altersgruppe	Frauen				Männer				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34 Jahre	71	26,7	4 722	30,6	81	32,7	6 350	41,7	152	29,6	11 072	36,1
35–49 Jahre	80	30,1	4 332	28,1	59	23,8	3 374	22,1	139	27,0	7 705	25,1
50–64 Jahre	67	25,2	3 404	22,0	56	22,6	2 794	18,3	123	23,9	6 199	20,2
Ab 65 Jahren	48	18,0	2 983	19,3	52	21,0	2 726	17,9	100	19,5	5 710	18,6
Total	266	100,0	15 442	100,0	248	100,0	15 244	100,0	514	100,0	30 686	100,0

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1.3.2 Weitere Datenquellen

Neben der SGB fliessen in einigen Kapiteln (v. a. Kap. 2, 5 und 6) auch Daten folgender weiterer Statistiken in den Bericht ein:

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT):

Die BEVNAT des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist eine der wichtigsten Grundlagen für die statistische Beobachtung der Entwicklung von Ehen und Familien in der Schweiz und umfasst Informationen zu Geburten, Heiraten, Scheidungen, Todesfällen, Vaterschaftsanerkennungen, Adoptionen und eingetragenen Partnerschaften. Sie liefert Eckwerte für die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), für die Bevölkerungsszenarien sowie für die Berechnung von demografischen Indikatoren.

Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP):

Die STATPOP des BFS liefert Informationen und Schlüsselzahlen zum Bestand, zur Struktur und zur Entwicklung der Bevölkerung sowie der Haushalte. Auf das Jahr 2011 hin hat die STATPOP die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) vollständig ersetzt.

Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik des BFS liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die Medizinische Statistik des BFS erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern und Kliniken. Es werden sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten als auch administrative Daten und medizinische Informationen erhoben.

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

Die SOMED des BFS ist eine administrative Statistik, die in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit jener Betriebe dient, die sich um ältere Menschen und um Menschen mit Behinderungen kümmern.

Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik)

Die Spitex-Statistik des BFS erhebt jährlich die Angaben zum Leistungsangebot, zum Personal, zu den Klientinnen und Klienten, zu den erbrachten Dienstleistungen sowie zu den Einnahmen und Ausgaben der ambulanten Pflege zu Hause. Seit 2010 erfasst die Spitex-Statistik nicht nur die gemeinnützigen Unternehmen, sondern auch erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen.

Datenpool SASIS AG

Der Datenpool umfasst die von der SASIS AG erhobenen Daten der Krankenversicherer und gibt Auskunft über die Prämien- und Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Leistungserbringergruppe und Leistungsarten.

Nationales Institut für Krebspidemiologie und -registrierung (NICER)

Die Stiftung NICER sammelt und aggregiert Daten, die von den verschiedenen kantonalen und regionalen Krebsregistern erhoben werden. Zurzeit sind dies folgende Kantone: Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Freiburg, Genf, Glarus, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen, Tessin, Uri, Waadt, Wallis, Zug und Zürich.

1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten

1.4.1 Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten

Auch in der Schweiz haben verbesserte Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt zu einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung geführt. Die Schweizer Bevölkerung leidet heute seltener an akuten Erkrankungen mit schnellem tödlichem Ausgang, sie ist jedoch häufiger von lang andauernden, chronischen Krankheiten betroffen. Seit Mitte der 1970er-Jahre wird in den Fachdiskussionen der singuläre und ausschliesslich positive Zusammenhang zwischen einem ausgebauten Versorgungssystem und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung vermehrt in Frage gestellt (Cantoreggi, 2010). Vielmehr werden Erklärungsmodelle vorgeschlagen, welche den Gesundheitszustand als Folge des Zusammenwirkens verschiedener Determinanten der Gesundheit erklären, woraus sich dann wiederum entsprechende gesundheitspolitische Implikationen ableiten lassen.

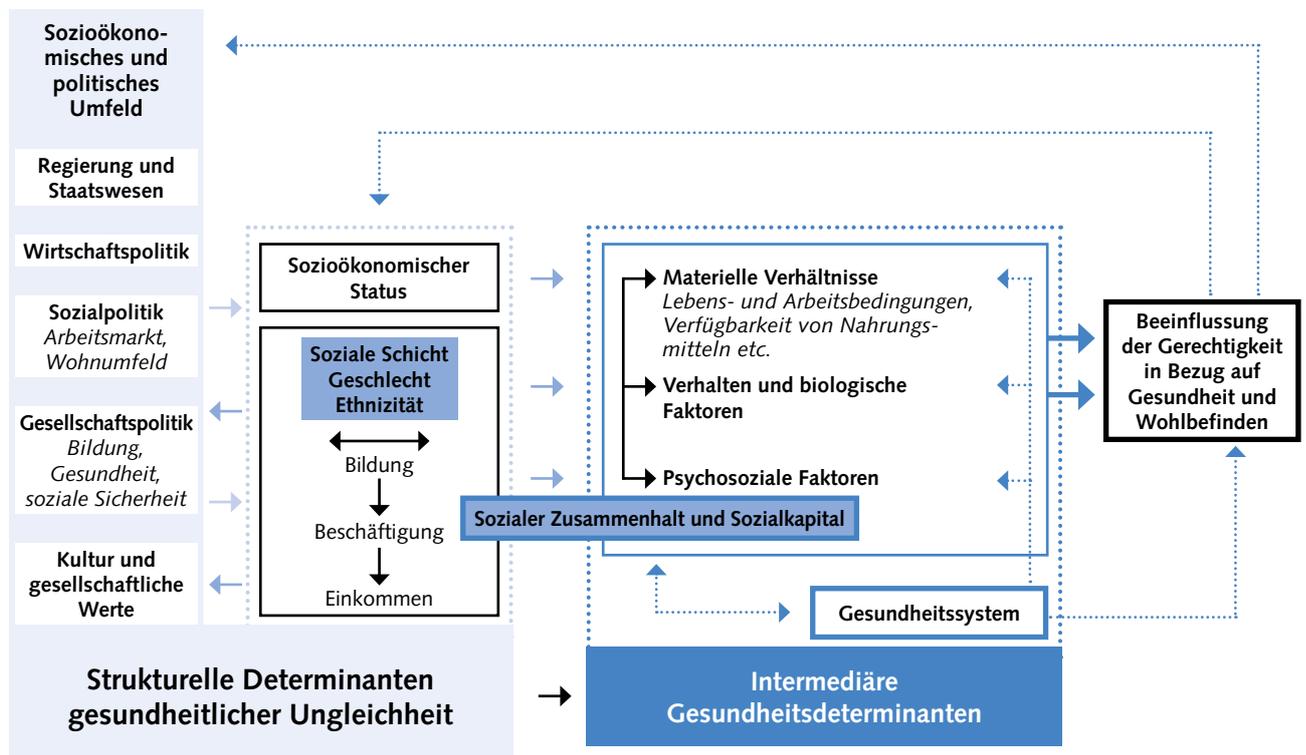
Solche Gesundheitsdeterminanten-Modelle legten in einer frühen Phase den Fokus auf den individuellen Gesundheitszustand und zielten primär auf die Lebensgewohnheiten und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ab (Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht etc.). Mit diesem Ansatz wurde hauptsächlich an die Eigenverantwortung der Menschen appelliert. In einer nächsten Phase wurden in den Modellen dann vermehrt die strukturellen Determinanten der Gesundheit hervorgehoben. Es handelt sich dabei um Faktoren im Zusammenhang mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie um soziale, kulturelle und ökologische Faktoren (sogenannte «soziale Gesundheitsdeterminanten»). Parallel dazu wurde das Thema der gesundheitlichen Ungleichheiten vermehrt diskutiert. Letztere ergeben sich aus der Kombination von unterschiedlichen Expositionen in Bezug auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Zugang zur Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitsverhalten jedes einzelnen Individuums.

Gemäss dem aktuellen Gesundheitsdeterminanten-Modell der WHO kommen die Unterschiede beim Gesundheitszustand der Bevölkerung weder zufällig zustande, noch sind diese auf bestehende biologische Unterschiede zurückzuführen. Vielmehr besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Krankheitsbelastung, der gesundheitlichen Ungleichheit und den Lebensverhältnissen der Menschen. Entscheidend für die Gesundheit ist also das Umfeld, in dem eine Person zur Welt kommt, aufwächst, lebt, arbeitet und älter wird (WHO, 2008).

Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit gehen aus der Beziehung zwischen der Gesundheit und der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht hervor. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind dabei doppelt belastet: Einerseits sind diese öfter ungesunden Lebensbedingungen ausgesetzt, was sich negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirkt. Andererseits fehlen ihnen häufiger die nötigen Ressourcen, um ihre Gesundheit zu bewahren oder zu verbessern (Roy, 2004). Gesellschaftlich höhere Schichten haben dagegen einen im Durchschnitt besseren Gesundheitszustand als weniger begünstigte Bevölkerungsgruppen. Dieses Gefälle wird als «sozialer Gradient» bezeichnet.

Das Modell der WHO-Kommission für soziale Gesundheitsdeterminanten (Solar & Irwin, 2010; Abb. 1.1) legt den Fokus auf die wesentlichen Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten. Gemäss dem Modell wirken sich die strukturellen Determinanten auf intermediäre Gesundheitsdeterminanten aus, die schliesslich den Gesundheitszustand der einzelnen Personen erklären. Dabei gehören das sozioökonomische und das politische Umfeld zu den wichtigsten strukturellen Determinanten. Zu den intermediären Determinanten werden die materiellen Verhältnisse (Lebens- und Arbeitsbedingungen, Nahrungsvfügbarkeit etc.), das Gesundheitsverhalten sowie die biologischen und die psychosozialen Faktoren der Individuen gezählt. Das Gesundheitsversorgungssystem wird ebenfalls zu den intermediären Determinanten gezählt. «Sozialer Zusammenhalt» und «Sozialkapital» werden sowohl den strukturellen als auch den intermediären Gesundheitsdeterminanten zugeordnet.

An diesem Ansatz der sozialen Gesundheitsdeterminanten der WHO wird kritisiert, dass zwischen den Gesundheitsdeterminanten und den Indikatoren des Gesundheitszustandes nur unzureichend Kausalzusammenhänge nachgewiesen werden können. So sind beispielsweise die Mechanismen des Zusammenhangs zwischen sozialer Situation in der Kindheit und der Gesundheit im Erwachsenenalter noch weitgehend unerforscht. Auch sind die Gesundheitsdeterminanten oftmals eng miteinander verbunden und interagieren miteinander: Je nach Umfeld oder Lebensbedingungen können sich positive und negative Einflüsse gegenseitig verstärken oder kompensieren. Zudem erweist sich die Festlegung politischer Massnahmen zur Beseitigung von Ungleichheiten gemäss diesem Modellansatz als besonders komplex, da der Gesundheitszustand einer Einzelperson nur durch zahlreiche und für jede Person wieder anders zu gewichtende Determinanten beeinflusst werden kann.



Quelle: Modifiziert und übersetzt aus: Solar & Irwin, 2010

© Obsan 2015

1.4.2 Im Bericht präsentierte Gesundheitsdeterminanten

Der aktuelle Gesundheitsbericht für den Kanton Uri wurde auf der theoretischen Grundlage dieses Modells der sozialen Gesundheitsdeterminanten erarbeitet. So gehen einerseits einzelne der ausgearbeiteten Kapitel auf die Gesundheitsdeterminanten der Urner Bevölkerung ein. Beispielsweise werden im Unterkapitel 1.6 einige ausgewählte kantonale Daten zur Bevölkerungs- und Beschäftigungsstruktur sowie zur medizinischen Versorgung präsentiert, und Kapitel 4 behandelt gesundheitsrelevante Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld.

Andererseits werden im gesamten Gesundheitsbericht die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Haushalts-äquivalenzeinkommen, Nationalität, Sprachregion und Urbanisierungsgrad als soziale Gesundheitsdeterminanten benutzt. Alle wichtigen Gesundheitsindikatoren der SGB sind ebenfalls nach diesen sozialen Gesundheitsdeterminanten im Anhang (A-2.1 bis A-5.7) aufgeführt.

Geschlecht

Die Variable Geschlecht wird nicht als rein biologisches Merkmal, sondern im Sinne von «Gender» als Ergebnis einer Vielzahl individueller und struktureller Prozesse im

Leben von Personen verstanden. Frauen und Männer werden demnach als verschiedene soziale Gruppen aufgefasst, die je eigene Erfahrungen, Ressourcen und Risikofaktoren aufweisen. In Bezug auf die Gesundheit treten einige Faktoren bei Frauen denn auch häufiger auf als bei Männern oder haben eine grössere Bedeutung. Beispiele sind mehr Teilzeitarbeit, tieferes Einkommen im Erwerbsleben, mehr Alleinerziehende und mehr Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, höhere Lebenserwartung sowie häufigere chronische Erkrankungen und psychische Beschwerden (BAG, 2008a). Bis ins hohe Alter zeigen sich gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern, zum Beispiel beim Ausmass der sozialen Unterstützung und dem Wohnen in Institutionen der Alterspflege.

Alter

In der SGB 2012 wurden nur Personen ab 15 Jahren befragt, weshalb Kinder und Jugendliche im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht analysiert werden können. Für die untersuchte Bevölkerung ab 15 Jahren gilt, dass mit zunehmendem Alter gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger auftreten und nicht selten zu

Multimorbidität führen. Allerdings bestehen auch bei älteren Personen grosse individuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bezüglich Selbstständigkeit und Wohlbefinden. Intakte soziale Beziehungen, Unabhängigkeit, genügend finanzielle Mittel sowie Respekt und Anerkennung erweisen sich als besonders wichtig für die Erhaltung der Lebensqualität im Alter (Perrig-Chiello, 2011; Zimmermann et al., 2012).

Bei den hochbetagten Personen sind kognitive und psychische Erkrankungen relativ häufig. In Europa sind zwischen 1% und 2% der 65- bis 69-Jährigen von demenziellen Erkrankungen betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 40%.⁴ Die Auswertungen im vorliegenden Gesundheitsbericht werden in relativ grossen Altersgruppen präsentiert, die aber den wesentlichen Phasen der Lebenszyklen von Frauen und Männern entsprechen: 15 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.

Bildung und Haushaltseinkommen

Diese beiden Variablen werden gemeinsam behandelt, da das Bildungsniveau einen direkten Einfluss auf das Einkommen hat. Der Durchschnittslohn eines Mannes ohne abgeschlossene Berufsausbildung belief sich gemäss Lohnstrukturerhebung 2012 in der Schweiz auf 5000 Franken, jener eines Mannes mit universitärem Abschluss auf 11'000 Franken.⁵ Wie in allen OECD-Ländern ist auch in der Schweiz ein hohes Bildungsniveau mit einer hohen Erwerbsquote verbunden. So liegt der Anteil an Erwerbstätigen bei Personen mit einem Diplom unterhalb der Sekundarstufe II bei 70% und bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe bei 90%.

Die sozialen Ungleichheiten bei der Gesundheit lassen sich weitgehend mit dem sozioökonomischen Status erklären. Personen der unteren sozialen Schichten sind oft mit mehr gesundheitsschädigenden Einflüssen konfrontiert und tendieren auch vermehrt zu Verhaltensweisen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Burton-Jeangros, 2009). Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein gesundheitsförderlicheres Verhalten und besitzen eine höhere Lebenserwartung (Mielck, 2005). Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass ungelernete

Personen im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher sterben als Akademikerinnen und Akademiker (Kickbusch & Engelhardt, 2009).

Auffallend sind die erheblichen Unterschiede bei Mortalität und Morbidität zwischen Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Personen mit einer abgeschlossenen Berufslehre. Dagegen sind die Unterschiede zwischen Personen mit abgeschlossener Berufslehre und jenen mit Tertiärabschluss eher gering. Der Anteil der 25- bis 64-Jährigen ohne nachobligatorischen Schulabschluss ist von 17,0% im Jahr 1996 auf 12,8% im Jahr 2013 gesunken (BFS, 2013a). Bei älteren Personen ist der Anteil ohne nachobligatorischen Schulabschluss nochmals deutlich höher (66–74 Jahre: 24,2%; ab 75 Jahren: 36,5%) (BFS, 2014g). Der Anteil der 25- bis 64-Jährigen mit Hochschulabschluss hat sich zwischen 1996 und 2013 deutlich von 21,9% auf 38,9% erhöht (BFS, 2013a).

Das angegebene Bildungsniveau entspricht in diesem Bericht der höchsten Ausbildung, die im Verlaufe des Lebens mit einem Fähigkeitsausweis oder einem Diplom abgeschlossen wurde.

- *Obligatorische Schule:* Personen, die in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule noch nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule keinen weiteren Abschluss gemacht haben.⁶
- *Sekundarstufe II:* Personen, die das zehnte Schuljahr, eine Anlehre, Haushaltsschule, 2-jährige Handelsschule, Berufslehre, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Diplom-, Fach- oder Handelsmittelschule oder ein Lehrkräfte-Seminar abgeschlossen haben.
- *Tertiärstufe:* Personen, die eine höhere Berufsbildung mit eidgenössischem Fachausweis erlangt haben oder eine höhere Techniker- bzw. Fachschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (PH) oder die Universität abgeschlossen haben.

Das Haushaltseinkommen entspricht in der SGB der Summe der Nettoeinkommen, die von den einzelnen Haushaltsmitgliedern erzielt wurden. Um in Bezug auf ihre Grösse und Zusammensetzung die sehr unterschiedlichen Haushalte vergleichen zu können, wird das sogenannte «Äquivalenzeinkommen» berechnet. Dieses wird gemäss der Definition der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) nach

⁴ www.alzheimer-europe.org → Research → European Collaboration on Dementia → Prevalence of dementia → Prevalence of dementia in Europe (Zugriff am 11.02.2015).

⁵ www.statistik.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb → Löhne, Erwerbseinkommen → Indikatoren → Lohnniveau → nach Ausbildung (Zugriff am 11.02.2015).

⁶ Insgesamt haben rund 84% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss, während rund 16% die obligatorische Schule nicht besucht oder (noch) nicht abgeschlossen haben.

der Anzahl und dem Alter der einzelnen Haushaltsmitglieder gewichtet.⁷ Folgende Kategorien von Haushaltsäquivalenzeinkommen werden im Gesundheitsbericht präsentiert: Weniger als 3000 Franken pro Monat; 3000 bis 4499 Franken pro Monat; 4500 bis 5999 Franken pro Monat; ab 6000 Franken pro Monat.⁸

Bildung und Einkommen sind zugleich kumulative und komplementäre Aspekte des sozialen Status. Personen mit hohem Bildungsniveau verfügen in der Regel über höhere Einkommen, meist ist dieses Einkommen bei Beginn der beruflichen Laufbahn aber noch bescheiden. Andererseits können Personen mit tieferem Bildungsniveau – beispielsweise bei selbstständiger Tätigkeit – auch ein sehr gutes Einkommen erzielen.

Gemäss Erhebung des BFS waren 2012 in der Schweiz 7,7% der Bevölkerung (590'000 Personen) von Einkommensarmut⁹ betroffen (BFS, 2014b). Seit dem Jahr 2007 ist die Armutsquote in der Schweiz um 1,6 Prozentpunkte zurückgegangen. Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind fast doppelt so häufig von Armut betroffen wie jene mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (13,9% gegenüber 7,3%). Bei Frauen und über 65-jährigen Personen ist die Armutsquote ebenfalls höher. Personen, die von Armut betroffen sind, verzichten öfter aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen (BFS, 2013c; Petrini & Sturny, 2013).

⁷ Die von der OECD definierten Gewichte sind: a) erstes Haushaltsmitglied (Gewichtung: 1,0), b) weiteres Haushaltsmitglied ab 14 Jahren (Gewichtung: 0,5) und c) Kind unter 14 Jahren (Gewichtung: 0,3). Das Äquivalenzeinkommen wird anhand folgender Formel ermittelt:

$$\text{Haushaltsäquivalenzeinkommen} = \frac{\text{Gesamtnettoeinkommen des Haushalts}}{1 + (0,5 \times \text{Anzahl Haushaltsmitglieder ab 14 Jahren}) + (0,3 \times \text{Anzahl Kinder unter 14 Jahren})}$$

Als Beispiel sollen drei Haushalte mit einem monatlichen Einkommen von je 7000 Franken verglichen werden: a) Paarhaushalt ohne Kinder, b) Paarhaushalt mit einem Kind und c) Haushalt bestehend aus einer Frau und drei Kindern unter 14 Jahren. Das Äquivalenzeinkommen des ersten Haushalts beträgt 4667 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,5 = 1,5$), jenes des zweiten 3889 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,5 + 0,3 = 1,8$) und jenes des dritten 3684 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,3 + 0,3 + 0,3 = 1,9$).

⁸ Die Variable zum Haushaltsäquivalenzeinkommen wurde im Oktober 2014 vom BFS angepasst. Unter anderem wurde zur Verbesserung der Datenqualität die Quote der fehlenden Werte mit Imputationen verringert. Die Ergebnisse im vorliegenden Bericht berücksichtigen diese Anpassung und entsprechen nicht genau den Ergebnissen im Gesundheitsreport (Obsan, 2014), welcher vor der Anpassung bzw. vor Oktober 2014 publiziert wurde.

⁹ Die hier präsentierte Armutsquote basiert auf einer «absoluten» Schwelle: Als arm gelten demnach Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Diese Armutsgrenze wird gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) berechnet, die in der Regel für die Festlegung des Anspruchs auf Sozialhilfeleistungen verwendet werden.

Nationalität

Verschiedene Studien weisen nach, dass Migrantinnen und Migranten in Europa in den 1980er-Jahren eine bessere Gesundheit hatten als die einheimische Bevölkerung (Efionayi & Piguët, 2011; Berchet & Jusot, 2012). Heute zeigt sich tendenziell ein umgekehrtes Bild. So weist zum Beispiel die Erhebung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) nach, dass der Gesundheitszustand der 50-jährigen und älteren Migrationsbevölkerung bezüglich selbst wahrgenommener Gesundheit und funktioneller Einschränkungen in der Schweiz, in Frankreich, in Deutschland, in den Niederlanden und in Schweden weniger gut ist als jener der einheimischen Bevölkerung (Solé-Auró & Crimmins, 2008).

Die SGB wird in drei Amtssprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) durchgeführt. Personen, die keine dieser Sprachen beherrschen, werden somit nicht berücksichtigt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Migration (BFM) liessen deshalb zwei zusätzliche Monitorings zum Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung (GMM I und GMM II)¹⁰ durchführen (Guggisberg et al., 2011). Die Analysen ergaben, dass sich Personen eher auf eine Migration einlassen, wenn sie in relativ guter gesundheitlicher Verfassung sind. Erst vor kurzem zugewanderte Personen waren denn auch körperlich und psychisch gesünder als Schweizerinnen und Schweizer im Durchschnitt. Hingegen war der Gesundheitszustand von jenen Personen mit Migrationshintergrund, die sich schon lange in der Schweiz aufhalten, weniger gut als jener der Schweizer Bevölkerung.

Die Monitorings zeigen auch, dass Migrantinnen und Migranten deutlich weniger Alkohol konsumieren, aber auch weniger Früchte und Gemüse essen und häufiger körperlich inaktiv sind als Schweizerinnen und Schweizer. So sind Migrantinnen und Migranten entsprechend öfter von Übergewicht betroffen als die einheimische Bevölkerung (Guggisberg et al., 2011). In einer Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, bei der die Befragten des GMM II mit den befragten Schweizerinnen und Schweizer der SGB 2007 verglichen wurden, verzeichneten die Migrantinnen und Migranten zudem weniger Arztbesuche als die Schweizerinnen und Schweizer (Moreau-Gruet, 2013a).

¹⁰ Die Stichprobe des GMM II umfasste vier Gruppen der ausländischen Wohnbevölkerung (Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo) sowie zwei wichtige Gruppen der Migrationsbevölkerung, wobei es sich bei einem Grossteil dieser Migrantinnen und Migranten um Asylsuchende aus Sri Lanka und Somalia handelte.

Für den vorliegenden Gesundheitsbericht wurden nur die beiden Nationalitäten «Schweiz» und «Ausland» berücksichtigt, wobei die entsprechenden Angaben aus den Einwohnerregistern stammen. Demnach gelten eingebürgerte Personen ebenfalls als Schweizer Staatsangehörige. Die Kategorie «Ausland» hingegen umfasst sämtliche ausländische Nationalitäten inklusive der kürzlich in die Schweiz eingewanderten Personen sowie die (nicht-eingebürgerten) Ausländerinnen und Ausländer der zweiten und dritten Generation. Die Interpretation der Ausprägung «Ausland» ist dementsprechend vorsichtig vorzunehmen. Analysen nach Herkunftsland sind aufgrund der geringen Fallzahlen auf kantonaler Ebene nicht möglich.

Sprachregion und Kanton

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden für sämtliche Indikatoren der SGB Vergleiche nach Sprachregionen und Kantonen präsentiert (Anhang A-2.1 bis A-5.7). In der Schweiz existieren demografische, soziale und kulturelle Unterschiede, die das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung beeinflussen können, sowohl nach Sprachregionen als auch nach Kantonen. Als Folge davon lassen sich auch kantonale Unterschiede bei der Lebenserwartung feststellen. So wurde zum Beispiel in den Kantonen Tessin (Männer) und Basel-Stadt (Frauen und Männer) von 1988 bis 1993 eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen registriert, in mehreren Kantonen der Westschweiz kam diese Todesursache hingegen unterdurchschnittlich vor. Es zeigte sich auch eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit durch Unfälle bei Männern in Bergregionen, namentlich in den Kantonen Freiburg, Wallis und Graubünden (Wanner et al., 1997). Solche regionalen Unterschiede bei den Todesursachen dürften auch heute noch kantonale Unterschiede bei der Lebenserwartung begründen.

Urbanisierungsgrad

Eine auf der Volkszählung 2000 basierende Unterscheidung zwischen städtischen und ländlichen Gebieten dient zur Festlegung des Urbanisierungsgrades in der SGB. Demnach zählen als städtisches Gebiet:

a) *Agglomerationen*: Siedlungsgebiete mit mindestens 20'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, welche aus einer Kernstadt und weiteren Gemeinden bestehen und hinsichtlich der baulichen, wirtschaftlichen und sozialen Struktur städtischen Charakter aufweisen.

b) *Isolierte Städte*: Gemeinden mit mindestens 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, die jedoch keine Agglomeration gemäss obiger Definition bilden.

Im Jahr 2000 umfasste das städtische Gebiet der Schweiz 50 Agglomerationen, 5 «isolierte» Städte und rund 1000 Gemeinden, in denen 73,3% der Schweizer Bevölkerung wohnen. Zum ländlichen Gebiet der Schweiz zählen alle Gemeinden mit weniger als 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, die keinen Agglomerationen angehören. Die gesamte Urner Bevölkerung wird gemäss dieser Definition dem ländlichen Gebiet zugeordnet (vgl. Tab. 1.4).

1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen

1.5.1 Deskriptive Analysen

Die im Gesundheitsbericht zum Kanton Uri präsentierten Ergebnisse sind primär beschreibender (deskriptiver) Art. Alle wichtigen Gesundheitsvariablen werden in den Tabellen im Anhang (A-2.1 bis A-5.7) aufgeführt. Diese weisen die relativen Häufigkeiten der Antwortkategorien der entsprechenden Variablen für das Jahr 2012 aus und erlauben jeweils einen Vergleich zwischen den Werten des Kantons Uri und jenen der Schweiz insgesamt. Wo immer dies möglich ist, werden die relativen Häufigkeiten der Variablen für die SGB-Erhebungen der früheren Jahre präsentiert. Für das aktuelle Jahr 2012 werden die Variablen jeweils nach den Kategorien Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Haushaltsäquivalenzeinkommen und Urbanisierungsgrad ausgewiesen. Die Werte des Kantons Uri können auch mit den Werten der drei Sprachregionen, der Grossregion Zentralschweiz sowie mit jenen aller übrigen Kantone mit erhöhter Stichprobe verglichen werden.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden für alle Ergebnisse die zugehörigen Konfidenzintervalle berechnet und ausgewiesen. Ein Konfidenzintervall zeigt mit einer im Voraus definierten statistischen Wahrscheinlichkeit den Wertebereich an, in dem der tatsächliche Wert der Grundgesamtheit liegen muss. Mithilfe des Konfidenzintervalls lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied statistisch gesichert ist oder eventuell rein zufällig entstanden sein könnte (vgl. Kasten).

Statistische Signifikanz

Da Stichprobenerhebungen wie die SGB nur einen Teil der interessierenden Population (Grundgesamtheit) einschliessen, sind die Ergebnisse immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Um diese Unsicherheit zu quantifizieren, kann ein Konfidenzintervall (auch Vertrauensintervall) berechnet werden. Dies ist ein Wertebereich, der den wahren Wert mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit (Konfidenzniveau) enthält. Meist wird – wie auch im vorliegenden Bericht – ein Konfidenzniveau von 95% gewählt. Vereinfacht formuliert bedeutet dies, dass der wahre Wert mit 95%iger Sicherheit im berechneten Konfidenzintervall liegt.

Die Breite des Konfidenzintervalls wird in der Regel durch die Stichprobengrösse (je grösser die Stichprobe, desto kleiner das Konfidenzintervall), die Datenvariabilität (je kleiner die Streuung der Daten, desto kleiner das Konfidenzintervall) und das gewählte Konfidenzniveau (je höher das Konfidenzniveau, desto grösser das Konfidenzintervall) bestimmt.

Durch den Vergleich der Konfidenzintervalle der berechneten Ergebnisse lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied statistisch signifikant ist oder ob auch ein blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte. Der Unterschied ist statistisch signifikant, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen und nicht signifikant, wenn es eine Überschneidung gibt (vgl. 1.5.2).

1.5.2 Lesebeispiele für Tabellen und Abbildungen mit Konfidenzintervallen

Tabelle 1.3 beinhaltet einen Teil von der im Anhang aufgeführten Tabelle A-5.2.

Beispiel 1: Relative Häufigkeit (durch Kreis markierte dunkelblaue Daten in Tabelle 1.3)

35,8% der befragten Urnerinnen und Urner liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Cholesterinspiegel messen. Der tatsächliche Wert lag mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 31,2% und 40,3% (Konfidenzintervall: $\pm 4,5\%$). Von der Schweizer Bevölkerung haben sich 44,5% dieser Kontrolluntersuchung unterzogen (Werte zwischen 43,7% und 45,4%; Vertrauensintervall: $\pm 0,9\%$). Das Konfidenzintervall der Urner Bevölkerung ist somit bedeutend grösser als jenes auf nationaler Ebene. Eine Erklärung dafür ist die Stichprobengrösse: Während im Kanton Uri auf diese Frage 478 Personen geantwortet haben, waren es für die gesamte Schweiz 20'165. Die Differenz zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz ist hier signifikant, da sich die beiden Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Ergebnisse mit einer tendenziell ungenügenden Fallzahl (n) zwischen 10 und 29 werden im Bericht aufgrund der eingeschränkten statistischen Aussagekraft in Klammern

präsentiert. Ergebnisse mit einer Fallzahl unter 10 werden nicht ausgewiesen, sondern durch einen Punkt ersetzt. Die Ergebnisse bzw. die relativen Häufigkeiten werden jeweils auf eine Nachkommastelle gerundet. Die Aufsummierung der relativen Häufigkeiten über alle Antwortmöglichkeiten ergibt aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht immer genau 100,0%. Wie erwähnt, stehen die Konfidenzintervalle in engem Zusammenhang mit den Fallzahlen: Je kleiner die Fallzahl, desto grösser ist das Konfidenzintervall und damit die statistische Unsicherheit. Zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist, dass bei relativen Häufigkeiten von 0,0% und 100,0% die Konfidenzintervalle den Wert Null annehmen und folglich nicht ausgewiesen werden.

Beispiel 2: Vergleich nach Geschlecht der befragten Person (durch Rechteck eingerahmte hellblaue Daten in Tabelle 1.3)

Im Kanton Uri liessen 37,0% der Frauen und 34,6% der Männer ihren Cholesterinspiegel messen. Die Konfidenzintervalle der beiden Geschlechter überschneiden sich; der Unterschied ist somit statistisch nicht signifikant. Auf nationaler Ebene belaufen sich die analogen Werte auf 46,0% und 43,1%. Die Konfidenzintervalle für diese zwei Gruppen betragen 44,8% bis 47,2% bzw. 41,8% bis 44,3% und überschneiden sich somit nicht. Der beobachtete Unterschied bei der Cholesterinspiegelmessung nach Geschlecht ist auf nationaler Ebene also statistisch signifikant. Die fehlende Signifikanz auf kantonaler Ebene dürfte in diesem Fall wiederum auf die geringere Stichprobengrösse zurückzuführen sein.

Beispiel 3: Kantonaler Vergleich (grau hinterlegte Daten im unteren Teil von Tabelle 1.3)

Die Cholesterinspiegelmessung im Kanton Uri (35,8%; Konfidenzintervall: 31,2% bis 40,3%) unterscheidet sich nicht signifikant von jener im Kanton Graubünden (43,1%; Konfidenzintervall: 38,8% bis 47,4%). Hingegen ist die relative Häufigkeit im Kanton Uri kleiner als jene im Kanton Tessin mit 57,8% (Konfidenzintervall: 54,9% bis 60,6%). Der Unterschied ist hier signifikant, da sich die Konfidenzintervalle nicht überschneiden.

Die Interpretation der Signifikanz von Unterschieden ist nur zulässig, wenn sich die untersuchten Gruppen gegenseitig ausschliessen. So darf beispielsweise der Unterschied zwischen allen Männern und allen Personen der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nicht bezüglich Signifikanz interpretiert werden. Trotz sich nicht überschneidender Konfidenzintervalle ist die Inter-

Tab. 1.3 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Cholesterinspiegelmessung), Kanton Uri und Schweiz sowie regionaler Vergleich

		Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monate)						Stichprobe	
		UR			CH			UR	CH
		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)		n	n
Vorjahresvergleich	1992	–	–	–	–	–	–	–	–
	1997	–	–	–	–	–	–	–	–
	2002	45,8	38,5	53,1	49,8	48,8	50,8	222	17 058
	2007	37,6	32,4	42,7	46,1	45,1	47,0	408	16 907
Total	2012	35,8	31,2	40,3	44,5	43,7	45,4	478	20 165
Geschlecht	Frauen	37,0	30,7	43,2	46,0	44,8	47,2	248	10 538
	Männer	34,6	27,9	41,2	43,1	41,8	44,3	230	9 627
Altersgruppen	15 – 34 Jahre	22,9	15,4	30,4	28,4	26,8	30,0	144	5 087
	35 – 49 Jahre	24,5	16,8	32,1	35,7	34,1	37,3	127	5 536
	50 – 64 Jahre	50,1	40,4	59,7	53,0	51,3	54,7	116	5 043
	65+ Jahre	61,1	49,4	72,8	68,3	66,6	70,0	91	4 499
Bildung	Obligatorische Schule	41,1	30,8	51,5	51,8	49,7	54,0	103	3 377
	Sekundarstufe II	34,9	29,0	40,8	45,4	44,2	46,6	285	10 910
	Tertiärstufe	31,5	21,6	41,4	38,9	37,4	40,4	88	5 805
Nationalität	Schweiz	36,4	31,7	41,2	44,1	43,1	45,0	444	16 961
	Ausland	29,6	13,3	45,9	46,3	44,1	48,5	34	3 204
Haushalts- äquivalenz- einkommen	bis CHF 2999	37,4	29,0	45,8	47,9	46,0	49,8	136	4 644
	CHF 3000 bis 4499	39,9	31,7	48,1	43,9	42,4	45,4	155	6 362
	CHF 4500 bis 5999	34,8	24,5	45,2	42,6	40,7	44,5	89	3 997
	CHF 6000 und mehr	29,3	17,3	41,2	42,5	40,6	44,4	75	4 053
Urbanisierungs- grad	Stadt	.	.	.	46,1	45,0	47,1	0	14 395
	Land	35,8	31,2	40,3	40,4	38,7	42,1	478	5 770

Regionaler Vergleich		Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monaten)				Stichprobe	
		Anteil «ja» in %		Konfidenzintervall (95%)		n	
Sprachregionen	Deutschschweiz	42,5		41,4		43,6	12 980
	Französische Schweiz	47,9		46,4		49,4	5 717
	Italienische Schweiz	57,8		54,9		60,6	1 468
Kantone	ZH	43,8		41,3		46,3	2 084
	BE	43,9		41,2		46,6	1 600
	LU	41,1		38,0		44,2	1 178
	UR	35,8		31,2		40,3	478
	SZ	38,9		34,5		43,4	560
	ZG	38,3		34,8		41,7	917
	FR	45,1		41,5		48,6	952
	BS	45,5		42,0		49,1	946
	BL	48,1		44,3		52,0	783
	AR	40,9		35,9		46,0	475
	GR	43,1		38,8		47,4	626
	AG	43,6		40,5		46,8	1 193
	TG	39,2		35,9		42,4	1 065
	TI	57,8		54,9		60,6	1 468
	VD	46,6		43,9		49,3	1 624
VS	47,2		43,8		50,7	995	
NE	50,6		46,1		55,2	580	
GE	51,6		48,1		55,2	1 075	
JU	44,2		39,1		49,3	491	

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

pretation als «signifikant unterschiedlich» in diesem Fall unzulässig, da die beiden verglichenen Gruppen eine Schnittmenge mit der Ausprägung «Männer 65+» besitzen. Unterschiede können folglich nur zwischen den Ausprägungen derselben Kategoriengruppen bezüglich Signifikanz interpretiert werden (innerhalb der horizontalen Linien in den Tabellen).

Dieser Logik folgend dürften Unterschiede zwischen einem Kanton und dem nationalen Wert (Schweiz) auch nicht bezüglich Signifikanz interpretiert werden, da jeder Kanton eine Teilmenge der gesamten Schweiz ist. Die Gesundheitsindikatoren zur Schweiz müssten streng genommen jeweils ohne den zu vergleichenden Kanton berechnet werden und jeder Kanton hätte auf diese Weise einen eigenen nationalen Wert als Vergleichsgrösse. Um nicht 26 unterschiedliche nationale Ergebnisse ausweisen zu müssen, wird in diesem Bericht die Schweiz einheitlich als Summe der 26 Kantone berechnet und ausgewiesen. Die so entstehende Unschärfe bei der Interpretation wird in Kauf genommen.

In den Abbildungen mit Säulendiagrammen zeigen die schwarzen Linien die Konfidenzintervalle. Unterschiede zwischen den Kantonen sind auch hier als signifikant interpretierbar, wenn sich die Intervalle bzw. die schwarzen Linien vertikal nicht überlappen. So sind gemäss Abbildung 1.2 die Unerinnen und Uner signifikant seltener von einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen als die Bevölkerung in den meisten anderen Kantonen. Lediglich die Unterschiede zu den Kantonen Wallis, Appenzell Ausserrhodens, Tessin und Schwyz sind statistisch nicht signifikant (Intervalle bzw. schwarze Linien überlappen sich vertikal).

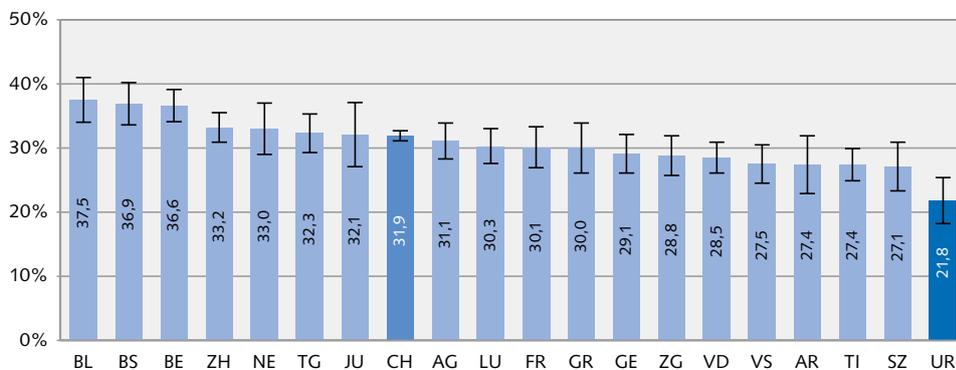
Logistische Regression

Die logistische Regression ist ein statistisches Modell zur Analyse des Zusammenhangs zwischen verschiedenen erklärenden (unabhängigen) Variablen und einer zu erklärenden (abhängigen) Variable. Diese Methode wird in der Epidemiologie oft verwendet, um das Eintreten bzw. das Ausbleiben eines Ereignisses (z. B. einer Krankheit) zu beschreiben. Die zu erklärende (abhängige) Variable ist in der logistischen Regression dichotom (ja oder nein; gesund oder krank). Für alle erklärenden Variablen (z. B. Geschlecht, Alter oder Bildungsniveau) wird in der Regression die Wahrscheinlichkeit («Odds Ratio» oder OR) ihres jeweiligen Einflusses auf die zu erklärende Variable geschätzt; dies unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Einflusses von jeweils allen übrigen erklärenden Variablen.

Der Einfluss der erklärenden Variablen kann in der logistischen Regression auf statistische Signifikanz getestet werden. Dieser ist auf dem 5%-Fehlerniveau signifikant, wenn der zugehörige Signifikanzwert («p-Wert») tiefer als 0,05 ist (Hosmer & Lemeshow, 2000). Im vorliegenden Bericht wurde unter anderem eine logistische Regression durchgeführt, um die Auswirkungen von Geschlecht, Alter, Bildung und Nationalität auf die (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit zu schätzen (vgl. Tab. 2.1). Auf der Ebene Deutschschweiz hat sich dabei gezeigt, dass diese selbst wahrgenommene Gesundheit bei den Schweizerinnen und Schweizern um 70% signifikant häufiger ist als bei den Ausländerinnen und Ausländern (OR: 1,7; p-Wert: <0.01). Die Chance bei (sehr) guter Gesundheit zu sein ist bei den 15- bis 34-Jährigen im Vergleich zu den 65-Jährigen und Älteren fast siebenmal grösser (OR: 6,8; p-Wert: <0,01).

Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 1.2



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1.6 Der Kanton Uri im Überblick

In Abschnitt 1.4.1 wurde gezeigt, dass soziodemografische und strukturelle Faktoren einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten einer Bevölkerung haben können. Erwähnt wurde dabei auch die Rolle des Gesundheitsversorgungssystems. Tabelle 1.4 präsentiert einige Kennzahlen, die einen Vergleich zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz bezüglich solcher soziodemografischer und struktureller Indikatoren ermöglichen. Analog zu den Ergebnissen der SGB 2012 werden Kennzahlen zum Jahr 2012 und die zeitliche Entwicklung seit 2007 bzw. für einzelne Indikatoren seit 2000 gezeigt.

Geringes Bevölkerungswachstum 2007–2012

Der Kanton Uri ist 2012 mit 35'693 Einwohnerinnen und Einwohnern bevölkerungsmässig der zweitkleinste Kanton der Schweiz und gilt aus statistischer Sicht als ausschliesslich ländlich. Im Vergleich zur Gesamtschweiz (5,9%) fällt Uris Bevölkerungswachstum zwischen 2007 und 2012 unterdurchschnittlich aus (2,0%). Die Geburtenrate liegt mit 10,3 Geburten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2012 im Schweizer Durchschnitt. Bezüglich Altersstruktur lassen sich im Kanton Uri im Vergleich zur Gesamtschweiz eher unterdurchschnittliche Anteile bei den 15- bis 49-Jährigen und ein etwas überdurchschnittlicher Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren feststellen. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Altersgruppen (Abb. 1.3) zeigt sich, dass vor allem die Anteile der Frauen zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr und jene der Männer zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr im Vergleich zum Total der Schweiz unterdurchschnittlich ausfallen. Für die Urner Männer sind ausserdem ab dem Alter von 50 Jahren teilweise höhere Anteile festzustellen als für die Schweizer Männer.

Tiefe Arbeitslosen- und Sozialhilfequote im Kanton Uri

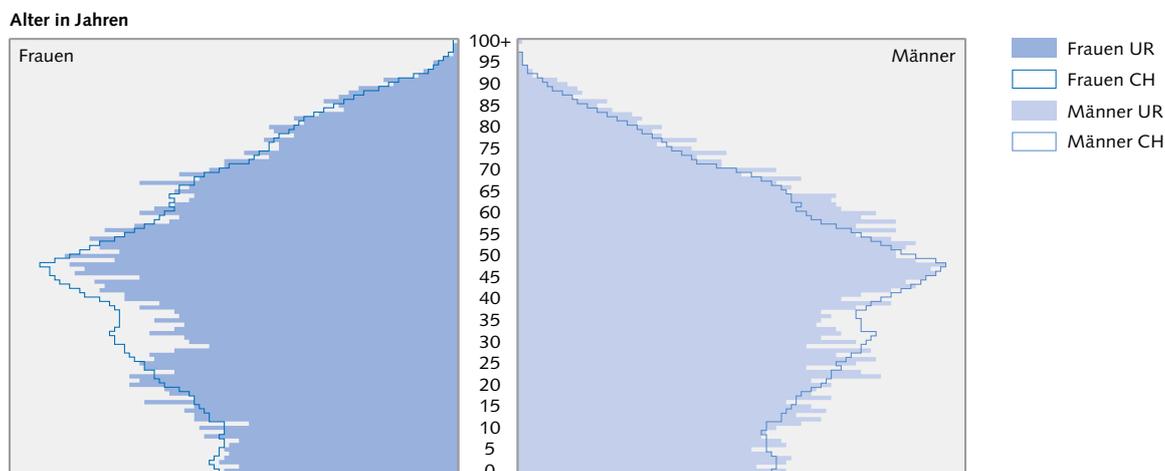
Das für ländliche Kantone typische Muster zeigt sich für Uri auch bei der Arbeitslosen- (1,3%) und der Sozialhilfequote (1,1%) sowie beim Ausländeranteil (10,5%). Diese liegen alle unter dem entsprechenden Durchschnittswert der Schweiz. Dasselbe gilt auch für das Bruttoinlandprodukt, welches mit 51'985 Franken pro Einwohnerin und Einwohner das niedrigste aller Schweizer Kantone ist. Beim Bildungsniveau schliesslich ist im Kanton der grösste Anteil Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (Uri 31,8%; Schweiz 22,0%) und ein relativ kleiner Anteil Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe zu verzeichnen (Uri 17,3%; Schweiz 29,8%).

Stark ausgebautes System der Pflegeheime

Tabelle 1.4 präsentiert auch einige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung. Die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitälern ist im Kanton Uri mit 136,8 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner tiefer als in der Gesamtschweiz (144,0). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer fällt mit 6,0 Tagen hingegen etwas höher aus als im Schweizer Durchschnitt (5,7 Tage). Das System der Pflegeheime ist im Kanton Uri relativ stark ausgebaut: 86,7 verfügbare Plätze fallen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre an (Schweiz 65,6 Plätze). Dagegen fällt die Inanspruchnahme der ambulanten Spitex-Leistungen KLV im Kanton Uri niedriger aus als im Schweizer Durchschnitt. Die Apothekendichte (0,8 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) wie auch die Ärztedichten (6,7 Grundversorger und 2,5 Fachärztinnen und Fachärzte pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) liegen im Kanton Uri ebenfalls deutlich unter den entsprechenden Schweizer Anteilen.

Bevölkerung, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 1.3



Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) 2012

© Obsan 2015

Tab. 1.4 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz (Teil 1)

Kennzahl	2007 und früher			2012			Beschreibung der Kennzahl, Quelle
	UR	CH	Rang UR ^a	UR	CH	Rang UR ^a	
Bevölkerungsgrösse							
Frauen	17 278	3 866 480	24	17 487	4 070 536	25	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Männer	17 711	3 727 014	24	18 206	3 968 524	25	
Total	34 989	7 593 494	24	35 693	8 039 060	25	
Bevölkerungsentwicklung letzte fünf Jahre (in %)							
Frauen	-1,4	3,4	26	1,2	5,3	23	Zunahme/Abnahme zwischen 2002 und 2007 bzw. 2007 und 2012 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – ESPOP 2002–2009, STATPOP 2010–2012)
Männer	0,1	4,3	24	2,8	6,5	22	
Total	-0,6	3,8	24	2,0	5,9	22	
Altersstruktur (in %)							
0–14 Jahre	16,2	15,5	14	15,2	14,9	11	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS – ESPOP 2007, STATPOP 2012)
15–34 Jahre	24,7	25,1	15	24,4	25,3	19	
35–49 Jahre	22,9	24,1	22	21,2	22,9	22	
50–64 Jahre	19,3	19,0	10	20,4	19,5	13	
65+ Jahre	16,9	16,4	12	18,7	17,4	8	
Geburtenrate (pro 1000 Einwohner/innen)							
	9,3	9,9	15	10,3	10,2	9	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen (BFS – ESPOP 2007, STATPOP 2012, BEVNAT 2007/2012)
Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen (in %)							
	0,0	73,4	23	0,0	73,7	23	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Anteil Ausländer/innen (in %)							
	8,7	21,1	26	10,5	23,3	25	Anteil der Ausländer/innen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS – ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Haushaltsstruktur							
Anzahl Personen pro Haushalt	2,5	2,2	2	2,4	2,3	4	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten (BFS – Volkszählung 2000, Strukturhebung 2012)
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	28,8	36,0	25	29,7	35,5	25	
Bildungsstand in der Bevölkerung (ab 25 Jahren, in %)							
Ohne nachobligatorische Ausbildung	34,0	22,9	1	31,8	22,0	1	Anteil der Personen mit dem jeweils höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS – Volkszählung 2000, Strukturhebung 2012)
Sekundarstufe II	49,1	49,2	17	50,4	46,6	13	
Tertiärstufe	13,3	21,5	26	17,3	29,8	25	
Beschäftigungsstruktur (in %)							
Beschäftigte im 1. Sektor	11,6	5,3	3	9,2	3,4	2	Anteil der Beschäftigten nach den drei Wirtschaftssektoren (BFS – Betriebszählung 2005, Statistik der Unternehmensstruktur provisorische Daten 2012)
Beschäftigte im 2. Sektor	32,7	25,5	11	31,7	22,2	6	
Beschäftigte im 3. Sektor	55,7	69,2	21	59,0	74,4	22	
Nettoerwerbsquote (15–64-Jährige, in %)							
	76,7	78,9	21	78,6	80,2	20	Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (BFS – Volkszählung 2000, Strukturhebung 2012)

^a Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl

Tab. 1.4 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz (Teil 2)

Kennzahl	2007 und früher			2012			Beschreibung der Kennzahl, Quelle
	UR	CH	Rang UR ^a	UR	CH	Rang UR ^a	
Arbeitslosenquote (in %)	1,1	2,8	25	1,3	2,9	22	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007/2012 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Volkszählung 2000 bzw. Strukturhebung 2010 (SECO – Arbeitslosenstatistik; BFS – Volkszählung, Strukturhebung)
Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/in (in CHF)	–	–	–	51 985	78 105	26	Durchschnittliches Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/in (BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2012)
Sozialhilfequote (in %)	1,2	3,1	24	1,1	3,1	25	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – Sozialhilfestatistik 2007/2012, ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Ärztedichte (pro 10'000 Einwohner/innen)							
Grundversorgung	9,1	10,6	16	6,7	9,3	24	Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis pro 10'000 Einwohner/innen (FMH – Ärztestatistik 2007/2012). Grundversorgung: Allgemeine Innere Medizin, Praktische/r Ärztin/Arzt, Kinder- und Jugendmedizin; Spezialmedizin: restliche Fachgebiete
Spezialmedizin	4,3	12,3	24	2,5	11,5	26	
Apothekendichte (pro 10'000 Einwohner/innen)	0,6	2,2	24	0,8	2,2	21	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 10'000 Einwohner/innen (pharmasuisse, Schweizerischer Apothekerverband 2007/2012)
Rate der belegten Spitalbetten (pro 1000 Einwohner/innen)	2,3	2,6	14	1,7	2,3	20	Anzahl belegter Betten in Krankenhäusern pro 1000 Einwohner/innen und pro Tag; Austritte im Jahr 2007/2012 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007/2012, ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Hospitalisierungsrate (pro 1000 Einwohner/innen)	143,5	146,5	14	136,8	144,0	19	Altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitalern pro 1000 Einwohner/innen; Austritte im Jahr 2007/2012; Standardbevölkerung Europa 2010 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007/2012, STATPOP 2012)
Aufenthaltsdauer in Akutspitalern (in Tagen)	7,1	6,3	4	6,0	5,7	4	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitalern; Austritte im Jahr 2007/2012; Definition Tage gemäss SwissDRG (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007/2012)
Plätze in Alters- und Pflegeheimen (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre)	105,7	70,5	3	86,7	65,6	4	Anzahl belegter und nicht belegter Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre; Verfügbare Langzeitplätze am 1. Januar 2007/2012 (BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007/2012, ESPOP 2007, STATPOP 2012)
Spitexquote für Pflege KLV (65-Jährige und Ältere, in %)	8,3	9,8	18	9,7	11,9	16	Anzahl Spitex-Klientinnen und -Klienten KLV (Langzeitpflege sowie Akut- und Übergangspflege) pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre (BFS – Spitex-Statistik 2007/2012, ESPOP 2007, STATPOP 2012)

^a Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl

2 Gesundheitszustand

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 1948¹¹ Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (WHO, 1948). Zu dieser Zeit war die Definition bahnbrechend und sie führte dazu, dass Gesundheit über die traditionellen Grenzen der Biomedizin hinaus wahrgenommen wurde. Die Definition von Gesundheit orientiert sich im vorliegenden Bericht an dieser WHO-Definition und übernimmt gleichzeitig die These von Antonovsky zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1979). So ist eine Person nicht einfach «gesund» oder «krank», sondern sie befindet sich zwischen den beiden Polen «Gesundheit» und «Krankheit». Ihr gesundheitlicher Zustand hängt dabei von den aufgetretenen Belastungen und den verfügbaren Ressourcen ab. Letztere wirken als Schutzfaktoren und können gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen mildern oder sogar verhindern, indem sie deren Bewältigung erleichtern (Schuler & Burla, 2012) (vgl. 2.6).

Im vorliegenden Kapitel 2 werden verschiedene Indikatoren zum Zustand der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zu den Gesundheitsressourcen der Urner Bevölkerung vorgestellt. Unterkapitel 2.1 zeigt die Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren. Unterkapitel 2.2 beschreibt die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch die Urner Bevölkerung. In Unterkapitel 2.3 werden lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag betrachtet. Die körperliche Gesundheit der Urnerinnen und Urner ist das Thema von Unterkapitel 2.4; es werden neben körperlichen Beschwerden, Risikofaktoren, Diagnosen und Multimorbidität auch das Ausmass an Unfällen und Stürzen gezeigt. In Unterkapitel 2.5 stehen die psychische Gesundheit sowie psychische Störungen im Fokus, während im Unterkapitel 2.6 einige der zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen aufgezeigt werden.

Das Kapitel schliesst mit einer Betrachtung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen der Urner Bevölkerung in Unterkapitel 2.7.

2.1 Lebenserwartung

2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt

Die Lebenserwartung bei Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben.¹² Dieser Messwert wird weltweit genutzt, um die Gesundheit einer Bevölkerung mit anderen Ländern zu vergleichen, unter anderem, weil die Sterblichkeit in fast allen Ländern statistisch gut dokumentiert ist. Der Indikator zur Lebenserwartung reflektiert den kumulierten Effekt von Risikofaktoren, Krankheiten, Unfällen und medizinischen Behandlungen in einem Land oder einer Region (ECHIM, 2012).

Kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung

Im Kanton Uri und in der Schweiz ist die Lebenserwartung bei Geburt für beide Geschlechter seit 1982 angestiegen (Abb. 2.1). Im Allgemeinen lässt sich die Lebenserwartung bei Geburt im Kanton Uri mit derjenigen der gesamten Schweiz vergleichen, es ergeben sich aber einige Abweichungen aufgrund der geringen Fallzahlen im Kanton Uri. Gemittelt über fünf Jahre (2008–2012) zeigen sich für den Kanton Uri und die gesamte Schweiz ähnliche Zahlen; dies sowohl bei der Lebenserwartung bei Geburt der Frauen (Uri: 84,1 Jahre; Schweiz: 84,5 Jahre), als auch bei jener der Männer (Uri: 80,3 Jahre; Schweiz: 80,1 Jahre). Die höhere Lebenserwartung der Frauen im Vergleich zu den Männern hat

¹¹ Die Konstitution der WHO wurde von der Internationalen Gesundheitskonferenz 1946 in New York beschlossen und trat 1948 in Kraft. Seither wurde sie 1977, 1984 und 2005 angepasst.

¹² www.statistik.ch → Themen → 01 – Bevölkerung → Bevölkerungsbewegung → Indikatoren → Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung → Lebenserwartung (Zugriff am 05.02.2015).

sich in den letzten Jahren im Kanton Uri und in der Schweiz leicht vermindert. Dies ist ein Trend, der auch in den anderen Ländern der OECD zu beobachten ist. Die Annäherung wird unter anderem auf eine Angleichung in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Rauchen) und auf eine Reduktion der Mortalitätsraten der kardiovaskulären Erkrankungen bei den Männern zurückgeführt (OECD, 2013).

2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

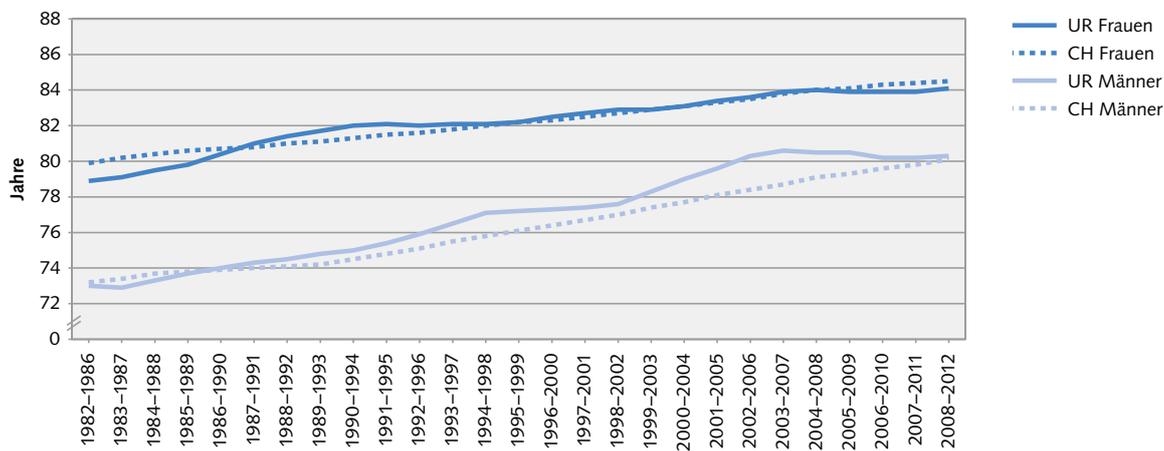
Mit der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird die verbleibende Lebenszeit einer Bevölkerung in einer bereits fortgeschrittenen Lebensphase geschätzt. Dieser

Indikator wird neben der Verwendung zum Vergleich der Gesundheit der älteren Bevölkerung auch zur Abschätzung der Ausweitung der Lebensdauer der Bevölkerung und der daraus resultierenden Folgen für die Sozialversicherungssysteme benutzt.

Auch die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist bei den Frauen und Männern im Kanton Uri (Frauen: 21,8 Jahre, Männer: 18,8 Jahre) sehr ähnlich wie in der gesamten Schweiz (Frauen: 22,1 Jahre, Männer: 18,9 Jahre). Im Durchschnitt aller Länder der OECD liegt die Lebenserwartung der 65-jährigen Frauen bei 20,9 Jahren und jene der Männer bei 17,6 Jahren (OECD, 2013); dies ist jeweils rund ein Jahr tiefer als im Kanton Uri und in der Schweiz.

Lebenserwartung bei Geburt, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1982–2012

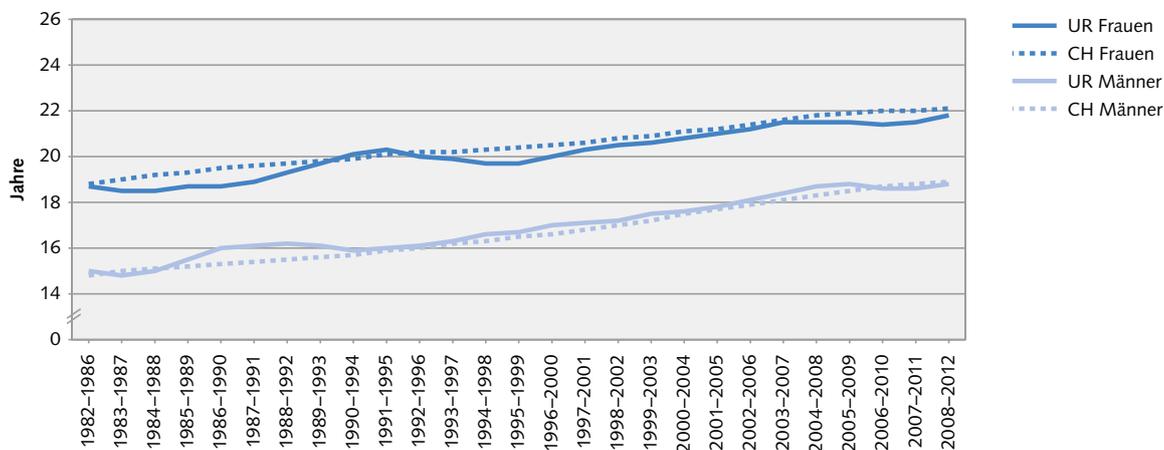
Abb. 2.1



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 1982–2012, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) 1982–2012 © Obsan 2015

Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1982–2012

Abb. 2.2



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 1982–2012, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) 1982–2012 © Obsan 2015

Wie in der Schweiz lässt sich auch im Kanton Uri ein leichter Trend für einen Anstieg der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren erkennen. Als Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung werden Fortschritte in der medizinischen Versorgung sowie verbesserte Lebensbedingungen im Alter vor und nach 65 Jahren angeführt (OECD, 2013). Auch bezüglich der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren gleichen sich die Werte der Frauen und Männer im Zeitverlauf zunehmend an. Dies dürfte dieselben Gründe haben wie bei der Lebenserwartung bei Geburt, nämlich die Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern.

2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die selbst wahrgenommene Gesundheit ist ein international verwendeter Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung und zeigt einen starken Zusammenhang mit deren Mortalität und Morbidität (Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009). So korreliert der Indikator deutlich mit verschiedenen Erkrankungen wie Diabetes, Epilepsie, Herzkrankheiten oder Bluthochdruck (Manor et al., 2001). Die selbst wahrgenommene Gesundheit widerspiegelt vor allem das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das gesundheitsrelevante Verhalten einer Person

(Jylhä, 2009). Befragte, die sich wenig gesund ernähren oder Tabak rauchen, schätzen beispielsweise ihre Gesundheit signifikant schlechter ein als solche, die sich gesund ernähren und nicht rauchen (Manor et al., 2001).

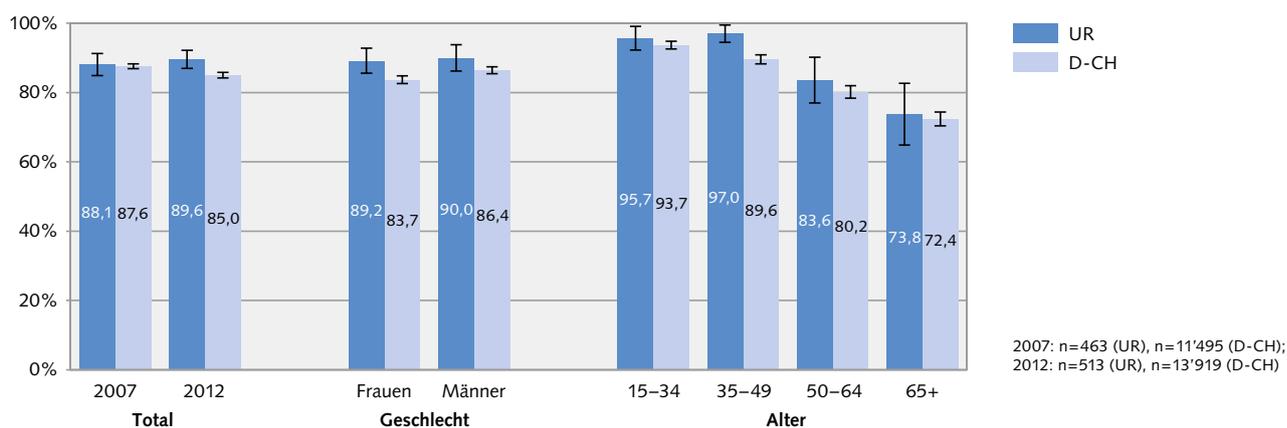
In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird die selbst wahrgenommene Gesundheit mit der Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?» erhoben. Da sich die Antwortkategorien im französischen und italienischen Fragebogen der SGB 2012 deutlich von jenen im deutschen Fragebogen unterscheiden, kann der Kanton Uri bei dieser Frage nur mit der Deutschschweiz verglichen werden.

Neun von zehn Personen im Kanton Uri schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein

Im Kanton Uri geben in der SGB 2012 89,6% der Befragten an, dass ihre Gesundheit gut bis sehr gut ist (Abb. 2.3). Damit liegt der Urner Anteil signifikant über dem Wert der Deutschschweiz (85,0%). Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil sich (sehr) gesund fühlender Personen im Kanton Uri auf hohem Niveau stabil geblieben, während für die Deutschschweiz ein kleiner Rückgang zu verzeichnen ist. Der Durchschnitt aller OECD-Länder beträgt gemäss einer OECD-Studie deutlich tiefere 69,0% (OECD, 2013). Die Schweiz befindet sich bei dieser Auswertung mit 81,3% denn auch im vorderen Viertel.¹³

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Deutschschweiz, 2007 und 2012

Abb. 2.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

¹³ Die Schweizer Daten, welche die OECD verwendet, stammen aus der Datenbank Statistics on Income and Living Conditions (SILC). Da sich die Stichprobe und der Erhebungszeitpunkt von der SGB unterscheiden, weichen die Zahlen etwas ab.

Der Anteil Frauen und Männer, welche eine gute bis sehr gute selbst wahrgenommene Gesundheit angeben, ist im Kanton Uri ähnlich hoch. Hingegen beschreiben in der Deutschschweiz die Männer ihre Gesundheit signifikant häufiger als (sehr) gut als die Frauen. Dies deckt sich mit internationalen Beobachtungen (OECD, 2013; Van Doorslaer & Gerdtham, 2003).

Der Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter signifikant ab (Abb. 2.3). In der Schweiz ist dieser Rückgang bereits bei den 35- bis 49-Jährigen zu beobachten, im Kanton Uri erst bei den 50-Jährigen und Älteren. Dennoch ist der Anteil der Personen, die 65-jährig und älter sind und gleichzeitig ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, sowohl im Kanton Uri (73,8%) wie auch in der Deutschschweiz (72,4%) immer noch sehr hoch. Ältere Personen schätzen ihren Gesundheitszustand trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme oft als (sehr) gut ein, u. a. weil sie sich häufig mit Gleichaltrigen oder mit Personen mit schlechterer Gesundheit als der eigenen vergleichen (Henchoz et al., 2008).

Zusammenhang zwischen selbst wahrgenommener Gesundheit und Bildung

Die selbst wahrgenommene Gesundheit hängt sowohl im Kanton Uri wie auch in der Deutschschweiz mit dem Bildungsniveau zusammen (Abb. 2.4). Der Anteil der Personen, die ihre selbst wahrgenommene Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, ist umso höher, je besser ihre Ausbildung ist (lediglich auf Ebene Deutschschweiz signifikant). Dieser Zusammenhang deckt sich mit

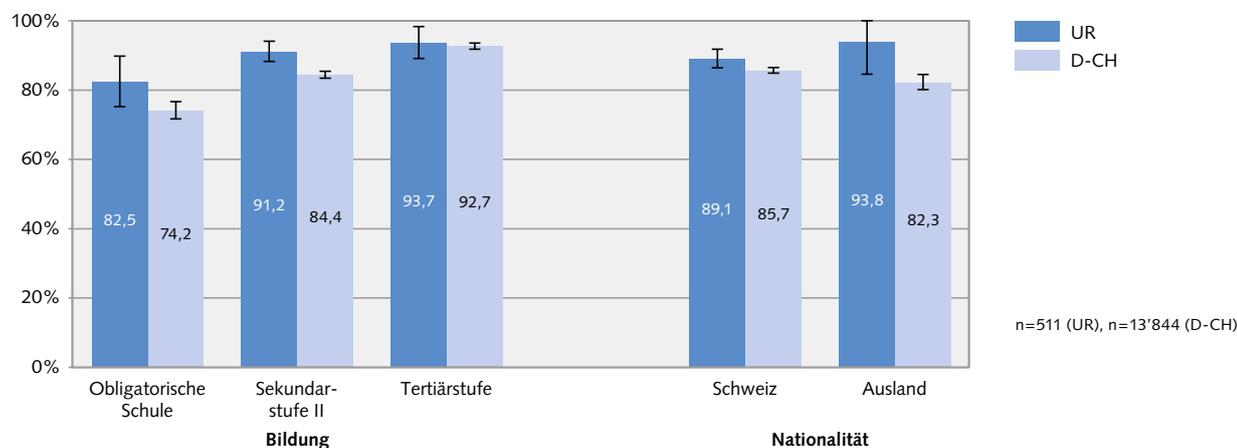
Beobachtungen der WHO, wonach Personen mit geringerer Bildung ihre Gesundheit in der Regel als schlechter einschätzen als besser Ausgebildete (Subramanian et al., 2010). Bezüglich Nationalität gibt es im Kanton Uri keine signifikanten Unterschiede bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit. In der Deutschschweiz hingegen schätzen Personen ausländischer Nationalität ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein als solche mit schweizerischer Nationalität.

Bisher wurden die Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und dem Geschlecht, dem Alter, der Bildung sowie der Nationalität jeweils einzeln dargestellt. Da diese Faktoren sich gegenseitig beeinflussen dürften, werden ihre Zusammenhänge nachfolgend in einem multivariaten Modell untersucht (Tab. 2.1). Dabei wird das Ausmass der Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und den genannten Faktoren berechnet und als sogenannte Odds Ratios ausgewiesen (Vergleich von Wahrscheinlichkeiten, vgl. 1.5).

Der Einfluss des Alters bleibt auch in der multivariaten Betrachtung – sowohl in der Deutschschweiz wie auch im Kanton Uri – erhalten und ist der stärkste Faktor (Tab. 2.1). Im Kanton Uri ist die Wahrscheinlichkeit, bei (sehr) guter Gesundheit zu sein, bei den 15- bis 34-Jährigen gut siebenmal und bei den 35- bis 49-Jährigen über neunmal grösser als bei den 65-Jährigen und Älteren. Hingegen resultiert im Kanton Uri kein signifikanter Unterschied zwischen den 50- bis 64-Jährigen und der ältesten Altersgruppe; dies im Gegensatz zur Deutschschweiz, wo die 40,0% höhere Wahrscheinlichkeit bei der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen signifikant ist.

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Bildung und Nationalität, Kanton Uri und Deutschschweiz, 2012

Abb. 2.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Im Kanton Uri sind in der Modellrechnung keine weiteren signifikanten Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und dem Geschlecht, der Bildung und der Nationalität zu beobachten. Der Faktor Bildung hat jedoch in der Deutschschweiz einen starken Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit: Für Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ist es rund viermal so wahrscheinlich, eine gute bis sehr gute Gesundheit anzugeben (Odds Ratio = 4,4; $p < 0,01$) wie für Personen, die allein die obligatorische Schulzeit absolviert haben. Auch die Nationalität hat in der Deutschschweiz einen signifikanten Einfluss: Ausländerinnen und Ausländer nehmen ihre Gesundheit auch unter Berücksichtigung von Alters-, Bildungs- und Geschlechterunterschieden in der Regel als weniger gut wahr als Schweizerinnen und Schweizer.

Das Geschlecht hat im multivariaten Modell sowohl im Kanton Uri als auch in der Deutschschweiz keinen bedeutenden Zusammenhang mehr mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit. Der oben für die Schweiz beschriebene signifikante Geschlechterunterschied in der bivariaten Analyse wird bei einer multivariaten Gesamtbetrachtung durch die Faktoren Bildung und Alter aufgehoben. An diesem Beispiel zeigt sich, dass der Einfluss von Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildung ohne multivariate Analysemethoden oft nicht eindeutig zuge-

ordnet werden kann. Dies gilt es bei deskriptiven Analysen im vorliegenden Gesundheitsbericht zu berücksichtigen.

Selbst wahrgenommene Gesundheit hat körperliche und psychische Dimensionen

Die selbst wahrgenommene Gesundheit steht sowohl mit dem effektiven körperlichen und psychischen Gesundheitszustand wie auch mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen in Zusammenhang. Im Folgenden wird deshalb die Wechselwirkung der selbst wahrgenommenen Gesundheit mit körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1), psychischer Belastung (vgl. 2.5.2), Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) und sozialer Unterstützung (vgl. 2.6.2) untersucht.

Sowohl im Kanton Uri wie auch in der Deutschschweiz sinken die Anteile der Personen mit guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit, wenn körperliche Beschwerden oder psychische Belastungen zunehmen (Abb. 2.5). Im Kanton Uri schätzen 97,2% der Personen ohne körperliche Beschwerden ihre Gesundheit als (sehr) gut ein, während es bei denjenigen mit starken körperlichen Beschwerden nur noch 60,7% sind. Ausserdem fühlen sich 93,5% der Befragten mit einer niedrigen psychischen Belastung (sehr) gut, bei Personen mit mittlerer bis

Tab. 2.1 Multivariates Modell (logistische Regression) für die (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, Kanton Uri und Deutschschweiz, 2012

	UR			D-CH		
	Odds Ratio	95%-KI Untergrenze	95%-KI Obergrenze	Odds Ratio	95%-KI Untergrenze	95%-KI Obergrenze
Geschlecht (Ref. Männer)	1,1	0,6	1,9	1,0	0,9	1,2
Alter (Jahre):						
15–34 (Ref. 65+)	7,2**	2,9	18,2	6,8**	5,5	8,5
35–49 (Ref. 65+)	9,6**	3,4	27,0	3,1**	2,6	3,7
50–64 (Ref. 65+)	1,6	0,8	3,3	1,4**	1,2	1,7
Bildung:						
Sekundarstufe II (Ref. Obligatorische Schule)	1,4	0,7	2,9	1,9**	1,6	2,2
Tertiärstufe (Ref. Obligatorische Schule)	2,4	0,9	6,4	4,4**	3,6	5,5
Nationalität (Ref. Ausländer/innen)	0,8	0,2	4,3	1,7**	1,4	2,1

** Der Wert unterscheidet sich signifikant von der Referenzkategorie ($p < 0,01$).

95%-KI = 95% Konfidenzintervall

Interpretation der Odds Ratios: Werte < 1 = negativer Effekt, Werte > 1 = positiver Effekt. Odds Ratios > 1 geben an, um wieviel die Chance, eine (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit zu haben, höher ist als in der Referenzkategorie (in Klammer: Ref.)

n=511 (UR), n=13'844 (D-CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

hoher psychischer Belastung sind es lediglich 67,7%. Eine hohe Kontrollüberzeugung – die Überzeugung, Ereignisse, die einen betreffen, selber beeinflussen zu können (vgl. 2.6.1) – geht im Durchschnitt mit einer besseren Einschätzung der eigenen Gesundheit einher. Ebenfalls positiv korreliert mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit ist das Ausmass an sozialer Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann. Beide Zusammenhänge werden auch durch die Literatur unterstützt (Mackenbach et al., 2002).

2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag

Lang andauernde Gesundheitsprobleme haben einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden und können zu funktionellen Einschränkungen führen, welche das Ausführen von Alltagsaktivitäten einschränken. Vorliegendes Unterkapitel behandelt die lang andauernden Gesundheitsprobleme im Kanton Uri und analysiert die Alltags Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems in der Urner Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz.

2.3.1 Lang andauerndes Gesundheitsproblem

In der SGB wird nach gesundheitlichen Beschwerden oder Krankheiten gefragt, die bereits mindestens sechs Monate bestehen und schätzungsweise noch weitere sechs Monate andauern dürften. Diese Gesundheitsprobleme werden auch als «chronische Krankheiten» bezeichnet und

hängen oftmals mit Hör- und Sehschwierigkeiten, Kreislaufproblemen, muskuloskelettalen Erkrankungen oder mit Krebserkrankungen zusammen (Ayis et al., 2003).

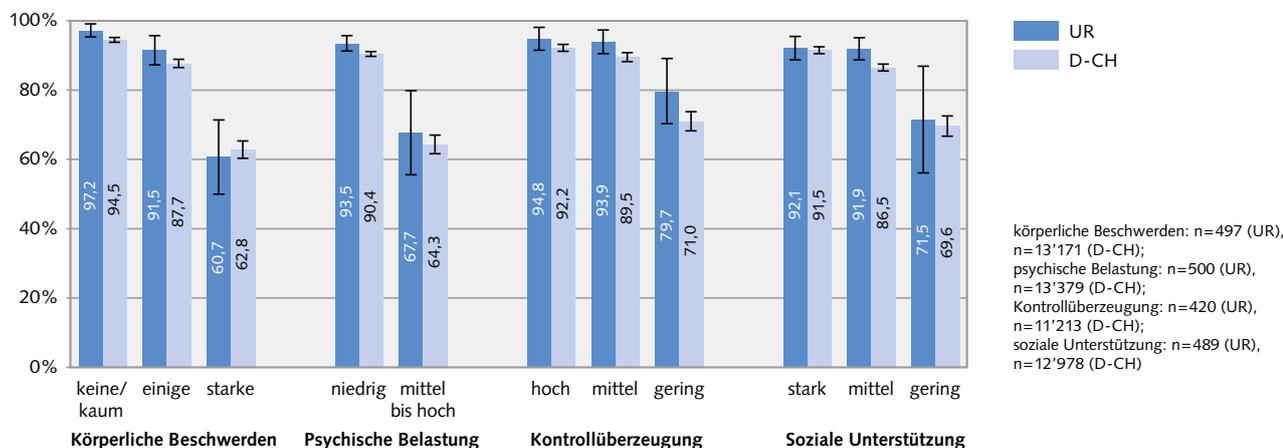
Geringer Anteil lang andauernder Gesundheitsprobleme im Kanton Uri

Der Anteil der Bevölkerung mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist im Kanton Uri sehr niedrig (21,8%, tiefster Wert aller Schweizer Kantone) und liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 31,9% (Anhang A-2.2). Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Urnerinnen und Urner mit lang andauernden Gesundheitsproblemen von 26,4% auf 21,8% etwas zurückgegangen (nicht signifikant), in der Schweiz ist demgegenüber eine signifikante Zunahme von 27,3% im Jahr 2007 auf 31,9% im Jahr 2012 zu beobachten.

Im Kanton Uri geben 25,4% der Frauen und 18,2% der Männer ein lang andauerndes Gesundheitsproblem an (Tab. 2.2; Unterschied nicht signifikant). Der entsprechende Anteil nimmt bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen signifikant zu und bleibt danach konstant. Das Bildungsniveau und die Nationalität stehen im Kanton Uri in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten lang andauernder Gesundheitsprobleme. Demgegenüber lassen sich auf Ebene Schweiz signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsniveaus und der Nationalität feststellen (weniger lang andauernde Gesundheitsprobleme bei Personen mit Ausbildung auf Tertiärstufe sowie bei Schweizerinnen und Schweizern; Anhang A-2.2).

(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Deutschschweiz, 2012

Abb. 2.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tab. 2.2 Lang andauerndes Gesundheitsproblem,
nach Geschlecht, Alter, Bildung und Nationalität, Kanton Uri, 2007 und 2012

		Anteil Befragter (%)	Untergrenze KI	Obergrenze KI
Total	2007	26,4	22,0	30,7
	2012	21,8	18,2	25,4
Geschlecht	Frauen	25,4	20,1	30,7
	Männer	18,2	13,4	22,9
Alter	15–34	11,1	6,3	15,9
	35–49	14,6	8,5	20,6
	50–64	37,6	28,6	46,6
	65+	35,3	25,6	45,0
Bildung	Obligatorische Schule	21,0	13,7	28,4
	Sekundarstufe II	20,7	16,2	25,2
	Tertiärstufe	27,1	17,7	36,6
Nationalität	Schweiz	22,2	18,4	25,9
	Ausland	18,4	6,4	30,5

KI = Konfidenzintervall

2007: n=463; 2012: n=513

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

2.3.2 Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems

Vorliegender Abschnitt geht der Frage nach, in welchem Ausmass es in der Bevölkerung Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten gibt, die aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems entstanden sind. Die Ergebnisse lassen sich als eine generelle Übersicht über den Behinderungsgrad der von chronischen Gesundheitsproblemen Betroffenen interpretieren (Jagger et al., 2010). Abbildung 2.6 zeigt neben dem Anteil Personen, die kein Gesundheitsproblem haben, das Ausmass von keinen, leichten oder starken Einschränkungen bei Personen mit Gesundheitsproblemen.

Jede dritte Urner Person ab 65 Jahren mit Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems

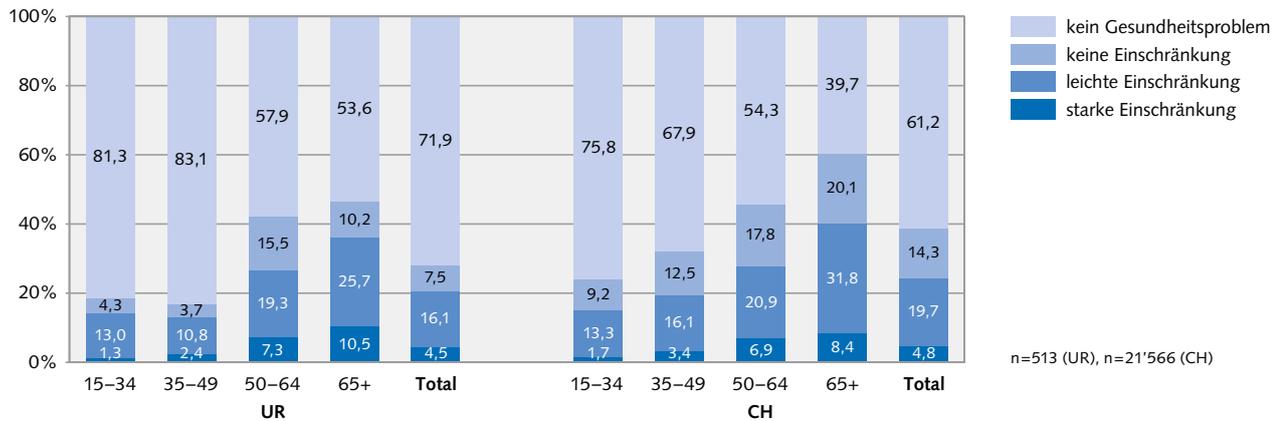
Im Kanton Uri fühlen sich 4,5% und in der Schweiz 4,8% der Bevölkerung durch dauerhafte gesundheitliche Probleme im Alltag stark eingeschränkt (Abb. 2.6). 16,1% der Urnerinnen und Urner sowie 19,7% der Schweizerinnen und Schweizer geben eine leichte Einschränkung durch Gesundheitsprobleme an. Die restlichen drei Viertel der Urner und Schweizer Bevölkerung sind aufgrund von Gesundheitsproblemen nicht eingeschränkt oder weisen keine Gesundheitsprobleme auf. Während der Anteil Personen mit Einschränkungen aufgrund eines Gesundheits-

problems im Kanton Uri zwischen 2007 und 2012 stabil geblieben ist, kann für die Schweiz ein signifikanter Rückgang der starken Einschränkungen beobachtet werden (Anhang A-2.3). Sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz nehmen die Anteile der leichten und starken Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems mit steigendem Alter zu (Uri nicht signifikant). Im Alter von 65 Jahren und mehr berichten 36,2% der Urner Bevölkerung und 40,2% der Schweizerinnen und Schweizer über irgendwelche Einschränkungen.

Die meisten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten sind durch ausschliesslich körperliche Gesundheitsprobleme verursacht; dies wird von 77,4% der Urnerinnen und Urner mit leichten Einschränkungen und von 73,5% der Personen mit starken Einschränkungen berichtet (Abb. 2.7). 18,1% der Befragten mit leichten und 14,5% der Befragten mit starken Einschränkungen im Kanton Uri sehen die Ursache in einer Kombination von körperlichen und psychischen Problemen und 4,5% bzw. 3,3% geben rein psychische Probleme als Grund für die Einschränkungen an. Ein Anteil von 8,7% der Urnerinnen und Urner mit starken Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten führt andere Ursachen des Gesundheitsproblems an. Es muss berücksichtigt werden, dass die Prozentwerte bei den starken Einschränkungen im Kanton Uri auf einer Fallzahl unter 30 beruhen und damit eingeschränkte Aussagekraft haben.

Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems, nach Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.6

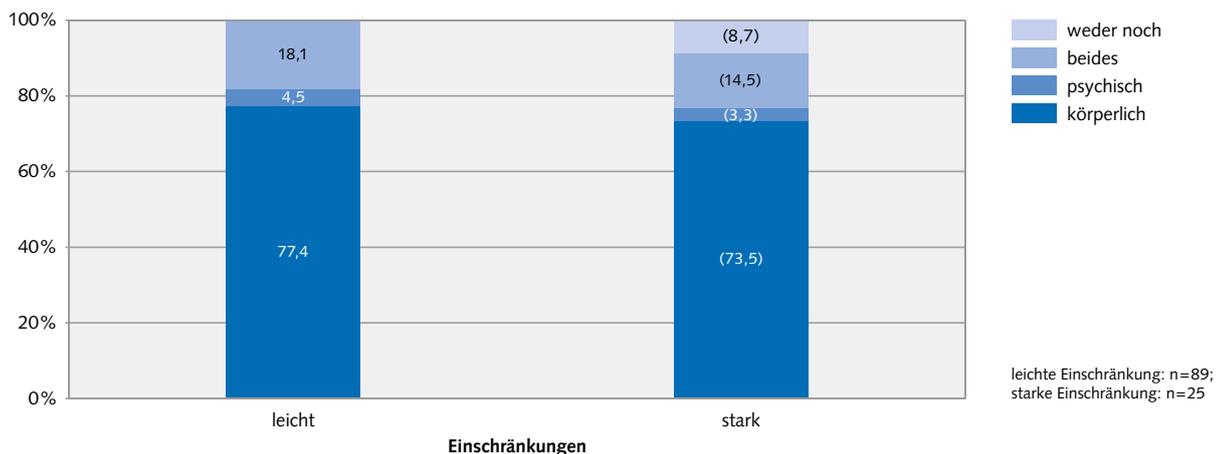


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, nach Ursache des Gesundheitsproblems (körperlich oder psychisch), Kanton Uri, 2012

Abb. 2.7



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren

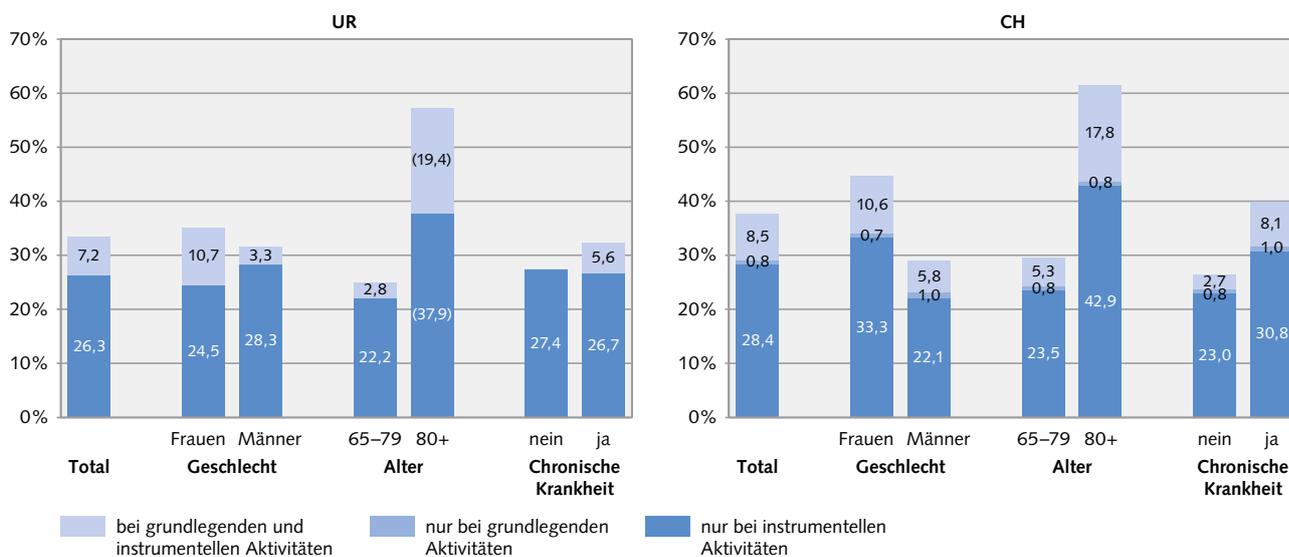
Die hier thematisierten Alltagseinschränkungen im höheren Alter werden nach «grundlegenden» und «instrumentellen» Alltagsaktivitäten unterschieden (Lawton & Brody, 1970; Katz, 1983). Grundlegende Aktivitäten sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, wie z. B. Essen, Baden oder das Benützen der Toilette. Instrumentelle Aktivitäten beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren wie etwa Einkaufen, Kochen, den Haushalt erledigen und sich um die eigenen Finanzen kümmern (WHO, 2004). Generell ist anzumerken, dass Einschränkungen bei grundlegenden Aktivitäten selten alleine vorkommen.

Die meisten Personen, die eine Einschränkung bei grundlegenden Aktivitäten haben, berichten auch über Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten.

Im Kanton Uri fühlen sich 33,5% der 65-Jährigen und Älteren bei mindestens einer grundlegenden oder instrumentellen Aktivität eingeschränkt (Abb. 2.8). Bei den Frauen sind es 35,2%, bei den Männern 31,6%. Statistisch gesehen berichten Urner Frauen allerdings nicht häufiger über Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten als Urner Männer; in der gesamten Schweiz hingegen ist dieser Unterschied – auch wegen den höheren Fallzahlen – signifikant. Erwartungsgemäss nehmen sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz die Einschränkungen bei den über 80-Jährigen signifikant zu.

65-Jährige und Ältere mit Einschränkungen bei instrumentellen und grundlegenden Alltagsaktivitäten, nach Geschlecht, Alter und chronischer Krankheit, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.8



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)
 Alter/Geschlecht: n=100 (UR), n=4801 (CH); chronische Krankheit: n=80 (UR), n=4125 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Weiter wurde verglichen, ob chronisch erkrankte 65-Jährige und Ältere häufiger über Einschränkungen im Alltag berichten als Gleichaltrige ohne chronische Erkrankung. Bei chronisch erkrankten Personen ist in der Schweiz signifikant häufiger mit einer Einschränkung der instrumentellen und grundlegenden Aktivitäten zu rechnen als bei Personen ohne chronische Krankheit. Im Kanton Uri sind diese Unterschiede so statistisch nicht nachzuweisen.

2.4 Körperliche Gesundheit

Die körperliche Gesundheit wird im vorliegenden Unterkapitel zuerst mittels Daten der SGB präsentiert. Hierzu werden die Prävalenz verschiedener körperlicher Beschwerden wie Schmerzen, Müdigkeit oder Schlafstörungen (vgl. 2.4.1) sowie ausgewählte körperliche Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes dargestellt (vgl. 2.4.2). Abschnitt 2.4.3 zeigt anhand der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Statistik der Todesursachen und dem nationalen Krebsregister die Häufigkeit ausgewählter Diagnosen. Schliesslich werden das Thema der Multimorbidität (vgl. 2.4.4) sowie Unfälle und Stürze behandelt (vgl. 2.4.5).

2.4.1 Körperliche Beschwerden

Körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Müdigkeit und Schlafstörungen können das Wohlbefinden eines Menschen erheblich beeinträchtigen. Die Symptome können sowohl körperliche als auch psychische Ursachen haben. Rücken- und Kreuzschmerzen treten beispielsweise häufiger bei Übergewicht auf (Shiri et al., 2010). Durch körperliche Aktivität können sie oft vermindert oder gar vermieden werden (Bigos et al., 2009; Zronek et al., 2013). Andererseits gehen Rückenschmerzen und Schlafstörungen in nicht wenigen Fällen mit depressiven Erkrankungen einher (Baer et al., 2013).

Müdigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen als häufigste körperliche Beschwerden im Kanton Uri

Lediglich 21,9% der Bevölkerung des Kantons Uri (Schweiz 18,9%) geben an, in den letzten vier Wochen unter gar keinen körperlichen Beschwerden gelitten zu haben. Ein fast gleich grosser Anteil der Urner Bevölkerung (22,5%) weist auf sieben oder mehr solcher Beschwerden hin. In der Schweiz ist dieser Wert mit 27,5% signifikant höher (Daten nicht dargestellt).

In Abbildung 2.9 wird auf einzelne körperliche Beschwerden eingegangen. Es werden dabei die Anteile der Urnerinnen und Urner gezeigt, die in den letzten vier Wochen unter den genannten körperlichen Beschwerden

«leicht» oder «stark» gelitten haben. Die am häufigsten verbreiteten starken Beschwerden im Kanton Uri sind Rücken- und Kreuzschmerzen (6,2%) sowie allgemeine Schwäche/Müdigkeit (5,1%). Diese fallen auch bei der leichteren Intensität mit Anteilen zwischen 28,4% und 36,5% auf. Kopf- und Gesichtsschmerzen, Schulter- und Nackenschmerzen sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen werden ebenfalls häufig angegeben, besonders in der leichteren Ausprägung.

Rückgang der körperlichen Beschwerden zwischen 2007 und 2012

Die körperlichen Beschwerden der Urnerinnen und Urner haben im Zeitraum von 2007 bis 2012 abgenommen (Abb. 2.10): Haben 2007 noch 20,6% der Urner Bevölkerung an starken körperlichen Beschwerden gelitten, ist 2012 nur noch ein Anteil von 15,5% betroffen. Auch der

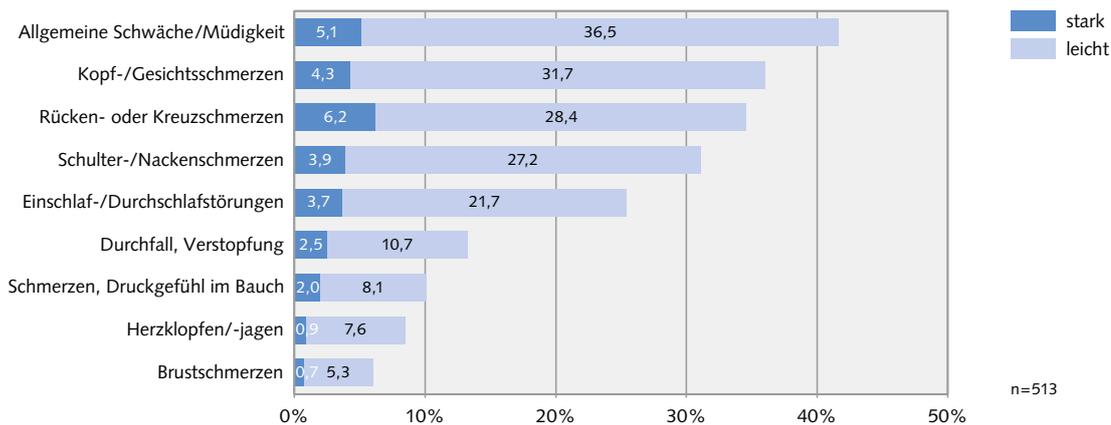
Anteil Personen mit einigen körperlichen Beschwerden ist zwischen 2007 und 2012 von 39,7% auf 35,1% zurückgegangen. Demgegenüber ist der Anteil Befragter, die keine oder kaum körperliche Beschwerden verzeichnen, in diesen fünf Jahren im Kanton Uri angestiegen (2007: 39,7%; 2012: 49,4%). Diese Tendenz zeichnet sich auch in der gesamten Schweiz ab.

2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren

Dank besserer Behandlungsmöglichkeiten und einer Reduktion der Risikofaktoren sinken die Todesraten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den westlichen Ländern seit 1990 (OECD, 2013). Trotzdem sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer die häufigsten Todesursachen in der Schweiz und in anderen westlichen Ländern (Jüni & Siegrist, 2012; Moreau-Gruet & Luyet, 2012). Die wichtigsten, vorwiegend verhaltensbedingten

Körperliche Beschwerden, nach Intensität, Kanton Uri, 2012
(in den vier Wochen vor der Befragung)

Abb. 2.9

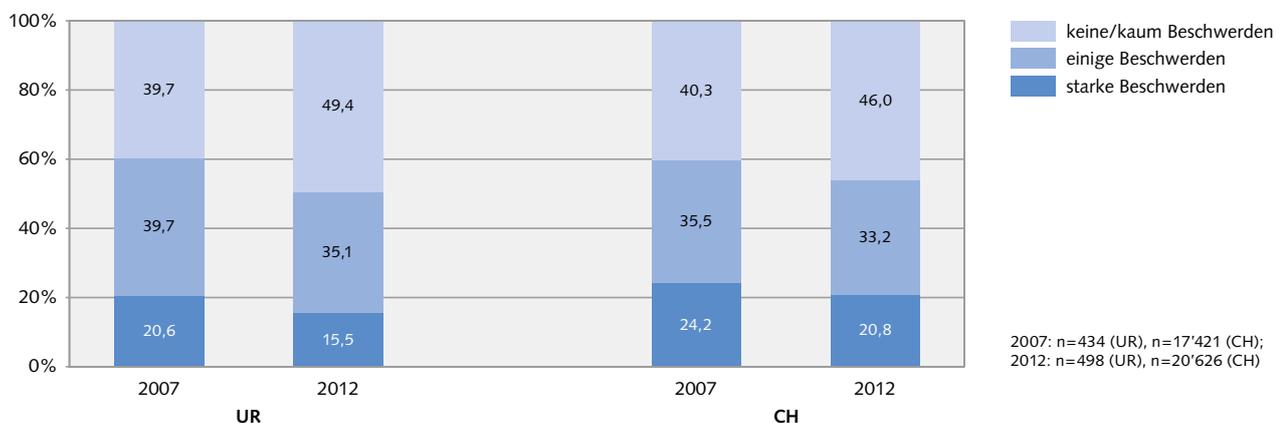


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Körperliche Beschwerden, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012

Abb. 2.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Risikofaktoren sind Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie damit verbundenes Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen (Jüni & Siegrist, 2012; Mendis et al., 2011; Perret-Guillaume et al., 2009). Diabetes ist nicht nur eine eigene Krankheitsdiagnose, sondern gilt auch als weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Die Prävalenz von Diabetes nimmt mit abnehmender körperlicher Aktivität und zunehmendem Übergewicht in der Gesellschaft zu. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2011 rund 8,3% der weltweiten Bevölkerung an Diabetes litten und dass dieser Anteil bis 2030 auf rund 10% ansteigen wird (Whiting et al., 2011). Abbildung 2.11 zeigt den Anteil der Personen im Kanton Uri und in der Schweiz, die angeben, unter den Risikofaktoren «Bluthochdruck», «hoher Cholesterinspiegel» und «Diabetes» zu leiden oder entsprechende Medikamente zu nehmen.

Zunahme von Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes in der Schweiz

In der SGB 2012 geben 15,2% der Urner Bevölkerung (Schweiz: 18,8%) einen erhöhten Blutdruck an. Der Wert blieb zwischen 2007 (14,9%) und 2012 (15,2%) im Kanton Uri konstant, während in der Schweiz eine signifikante Zunahme von 14,8% im Jahr 2002 auf 18,8% im Jahr 2012 zu beobachten ist. Auch bei den erhöhten Cholesterinwerten ist zwischen 2002 und 2012 gesamtschweizerisch eine signifikante Zunahme festzustellen. Die Urner Anteile liegen deutlich unter den Schweizer Werten und sind zwischen 2007 und 2012 von 6,0% auf 8,3% gestiegen (nicht signifikant). Bei Diabetes sanken

die Werte der Urner Bevölkerung in diesen Jahren von 3,0% auf 1,7% (nicht signifikant), während in der Schweiz ein signifikanter Anstieg von 3,5% im Jahr 2007 auf 4,3% im Jahr 2012 zu beobachten ist.

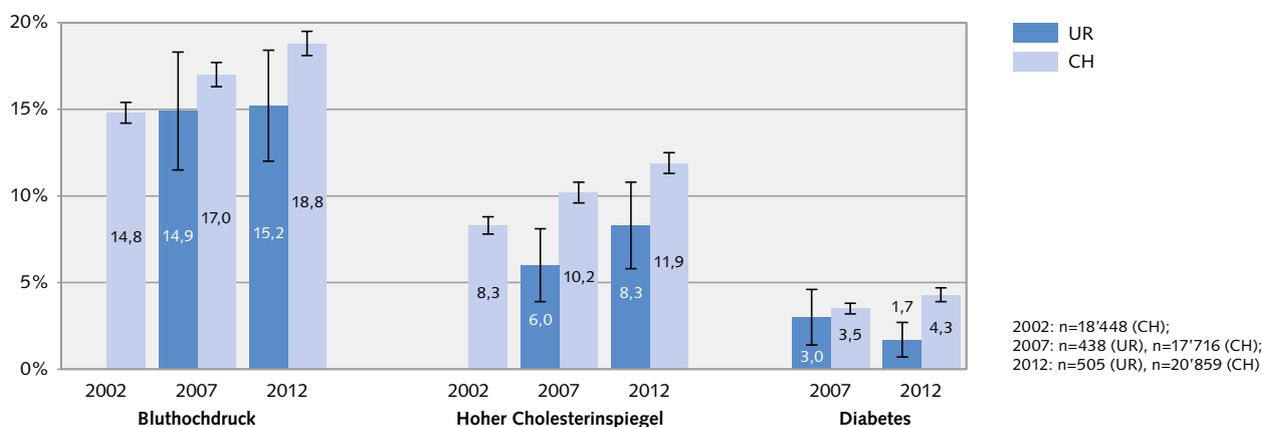
Bei allen drei gezeigten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen im Kanton Uri keine Geschlechterunterschiede (Abb. 2.12). Mit zunehmendem Alter jedoch nimmt die Prävalenz für hohen Blutdruck und hohen Cholesterinspiegel stark zu, wobei diese Probleme im Alter ab 50 Jahren im Kanton Uri statistisch signifikant häufiger auftreten als bei jüngeren Personengruppen. Diabetes wird im Kanton Uri hingegen nur von einer Minderheit angegeben und zeigt auch keinen statistischen Zusammenhang mit dem Alter.

Geschlechterspezifischer Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Bildungsniveau

Der Gesundheitszustand und das Ausmass an Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hängen mit dem Bildungsniveau zusammen. Generell weisen Personen mit höherer Bildung eine bessere Gesundheit auf (Subramanian et al., 2010; Mackenbach et al., 2002). Es wird davon ausgegangen, dass diese sich auch gesünder verhalten, also weniger rauchen, sich gesünder ernähren und sich mehr bewegen (Brannon et al., 2013). In der Literatur finden sich Hinweise, dass es bei den Frauen einen stärkeren Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Mortalität durch kardiovaskuläre Krankheiten gibt als bei den Männern (Laaksonen et al., 2008). Dieser Unterschied wird mit unterschiedlichem Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern innerhalb der verschiedenen Bildungsniveaus assoziiert.

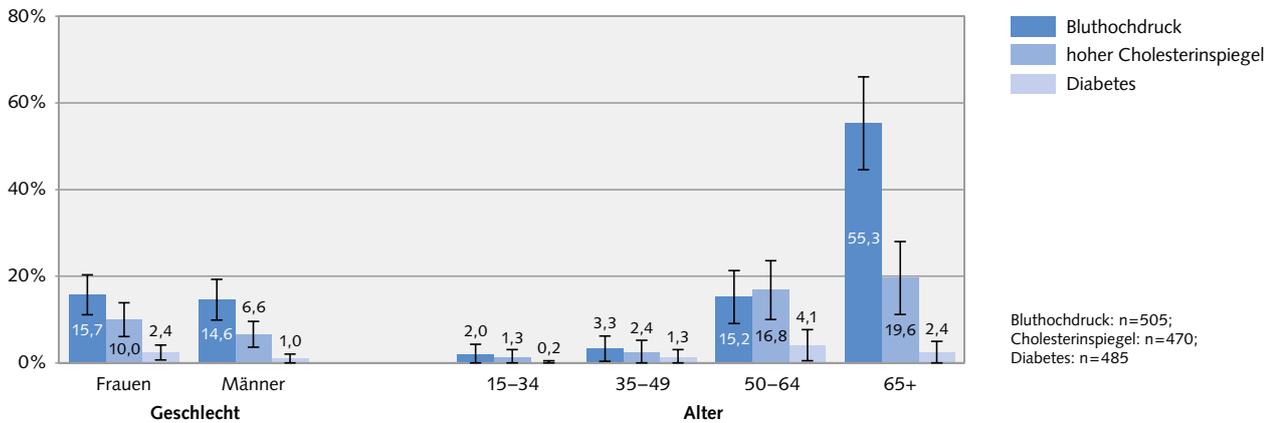
Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2012

Abb. 2.11



Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.12

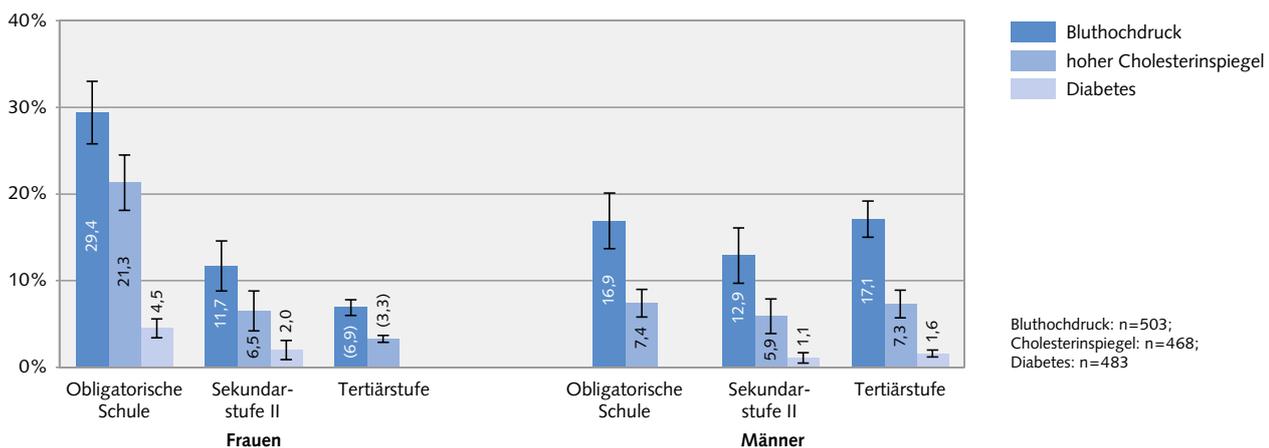


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Geschlecht und Bildung, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.13



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

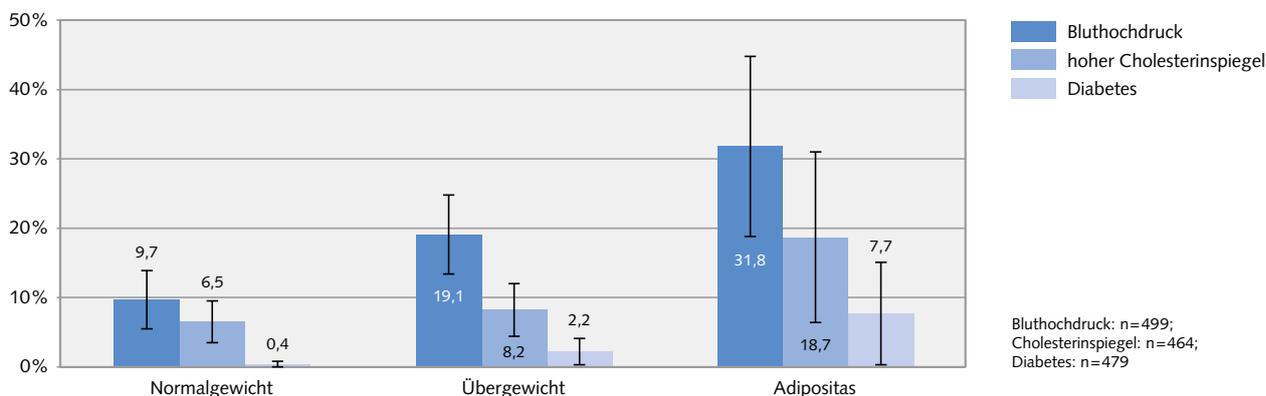
Auch im Kanton Uri zeigen sich geschlechterspezifische Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau und den untersuchten Risikofaktoren. Die Prävalenz des Bluthochdrucks nimmt mit zunehmender Bildung bei den Frauen signifikant ab (Abb. 2.13). Bei den Männern hingegen sinkt sie nur bis zu einem Abschluss auf Sekundarstufe II und nimmt auf der Tertiärstufe wieder zu (nicht signifikant). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim erhöhten Cholesterinspiegel und bei Diabetes: Während diese Anteile mit zunehmender Ausbildung bei den Frauen abnehmen, bleiben sie bei den Männern in etwa gleich hoch. Analog zu Bluthochdruck und erhöhtem Cholesterinspiegel hängt auch das Körpergewicht bei den Frauen stärker mit dem Bildungsniveau zusammen als bei den

Männern. Besser gebildete Frauen haben weniger Gewichtprobleme und leiden daher auch seltener unter den ausgewählten Risikofaktoren Bluthochdruck und hoher Cholesterinspiegel (BFS & BAG, 2014).

Zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes gehören unter anderem Bewegungsmangel und Fehlernährung und damit verbundenes Übergewicht. Der Body Mass Index (BMI, vgl. 3.2.1) ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) und der quadrierten Körpergröße (m²). Anhand dieses Wertes kann bestimmt werden, ob eine Person normalgewichtig (18,5 ≤ BMI < 25), übergewichtig (25 ≤ BMI < 30) oder adipös (BMI ≥ 30) ist.

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Körpergewicht, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Übergewicht hat einen nachweisbaren Zusammenhang mit Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes. Von den normalgewichtigen Urnerinnen und Urnern haben 9,7% einen hohen Blutdruck, 6,5% erhöhte Cholesterinwerte und 0,4% Diabetes (Abb. 2.14). Bei den Befragten mit Übergewicht sind die entsprechenden Werte bereits höher (19,1%, 8,2%, 2,2%). Bei den Personen mit Adipositas leiden schliesslich 31,8% unter Bluthochdruck, 18,7% an einem erhöhten Cholesterinspiegel und 7,7% an Diabetes.

2.4.3 Ausgewählte Diagnosen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz. 35,6% aller Todesfälle bei den Frauen und 31,7% aller Todesfälle bei den Männern wurden in der Schweiz im Jahr 2012 durch solche Erkrankungen verursacht. Der Anteil der Todesfälle durch Krebs ist etwas niedriger (Frauen: 22,3%; Männer: 29,4%). Krebserkrankungen stellen jedoch die wichtigste Ursache für verlorene potenzielle Lebensjahre (VPLJ) dar; konkret sind dies 46,8% der VPLJ bei den Frauen und 29,5% bei den Männern (BFS, 2014h). Präventive und medizinisch-kurative Massnahmen, die bei diesen Krankheiten ansetzen, können die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Bevölkerung besonders stark erhöhen. Im vorliegenden Abschnitt wird die Prävalenz von drei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Kasten) sowie von Krebs für die Bevölkerung des Kantons Uri im Vergleich zur Schweiz beschrieben.

Der **akute Myokardinfarkt** wird durch den Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefässe verursacht. Dadurch kommt es zu einer Mangel durchblutung des Herzmuskels, wobei in der Regel ein Teil des Herzmuskelgewebes abstirbt. Da hierauf die Pumpleistung des Herzens eingeschränkt ist, können nach einem Herzinfarkt weitere Herzbeschwerden auftreten, wie zum Beispiel eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder Herzrhythmusstörungen.

Die **Herzinsuffizienz** ist eine Beeinträchtigung der Herzfunktion, bei der das Herz nicht in der Lage ist, ausreichend Blut zu pumpen, um den energetischen Bedarf des Organismus zu decken. Der Körper versucht, die verringerte Pumpleistung auszugleichen, was mit der Zeit aber die Belastung des Herzens verstärkt.

Der **Hirnschlag** ist die Folge einer Durchblutungsstörung im Hirn und ist in den meisten Fällen durch eine mangelhafte Gehirndurchblutung (Ischämie) oder eine Blutung (Hämorrhagie) bedingt. Hirnschläge können tödlich sein oder zu Behinderungen und Demenz führen.

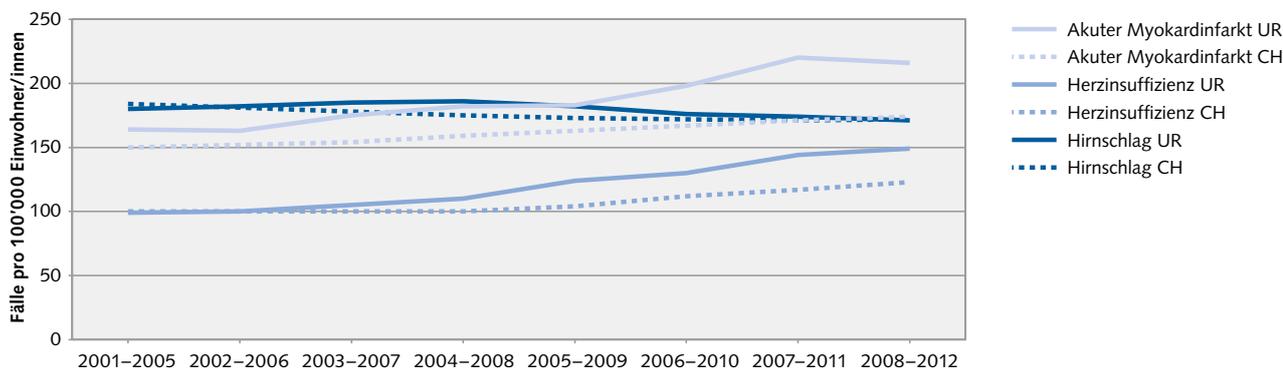
Quelle: Obsan, Gesundheitsindikatoren; Schweizerische Herzstiftung

Hohe Prävalenz für akuten Myokardinfarkt und für Herzinsuffizienz im Kanton Uri

Abbildung 2.15 zeigt die Entwicklung 2001 bis 2012 der Prävalenz für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Hirnschlag für den Kanton Uri und die Gesamtschweiz. Die ausgewiesene Prävalenz umfasst die Anzahl Hospitalisierungen abzüglich Todesfälle im Krankenhaus, zuzüglich Total der Sterbefälle durch diese Erkrankungen. Die Daten sind zwecks Vergleichbarkeit mittels Europäischer Standardbevölkerung 2010 altersstandardisiert und werden pro

Altersstandardisierte Prävalenz ausgewählter Diagnosen, Kanton Uri und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 2001–2012

Abb. 2.15



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen 2001–2012;
Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010

© Obsan 2015

100'000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen.¹⁴ Es muss berücksichtigt werden, dass die Prävalenz für die ausgewiesenen Diagnosen aufgrund der geringen Fallzahlen im Kanton Uri vorsichtig interpretiert werden müssen.

Die Prävalenz für akuten Myokardinfarkt liegt im Kanton Uri für die gesamte Zeitspanne deutlich über dem Schweizer Durchschnitt und hat seit 2001 leicht zugenommen. Für die Fünfjahresperiode 2008 bis 2012 weist der Kanton Uri mit 216 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner hinter dem Kanton Jura die zweithöchste Prävalenz für akuten Myokardinfarkt auf (Schweiz: 174 Fälle). Urner Männer sind im Vergleich zu Urner Frauen deutlich häufiger vom akuten Myokardinfarkt betroffen. Auch für die Herzinsuffizienz liegen die Urner Werte ab der Periode 2004 bis 2008 über dem Schweizer Durchschnitt und sind leicht angestiegen. Der Kanton Uri nimmt in der aktuellsten Zeitspanne 2008 bis 2012 mit 149 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner den fünftöchsten Rang der Schweizer Kantone ein (Schweiz: 123 Fälle). Schliesslich fällt die Prävalenz für Hirnschlag im Kanton Uri ähnlich wie im Schweizer Mittel aus: Gut 170 Fälle pro 100'000 Ein-

wohnerinnen und Einwohner sind im Kanton und in der Schweiz für die Periode 2008 bis 2012 zu beobachten. Seit 2001 ist diese Prävalenz in beiden Regionen leicht rückläufig.

Höhere Krebsinzidenz bei Männern

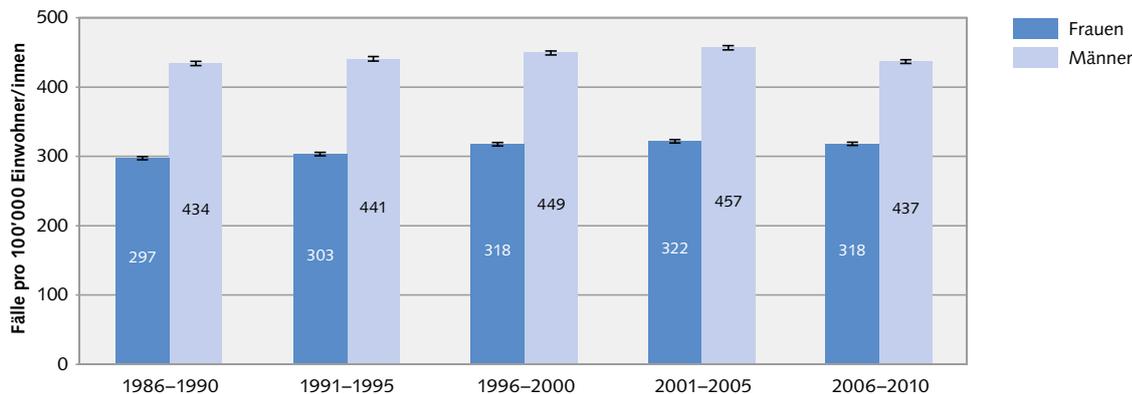
«Krebs» ist ein genereller Begriff für eine grosse Gruppe von Krankheiten, bei denen sich Zellen unkontrolliert vermehren und in benachbarte Körperteile und andere Organe eindringen. Dadurch wird die Funktion der betroffenen Organe beeinträchtigt. Dieser Prozess ist der Hauptgrund für die Mortalität durch Krebs (WHO, 2014a). Gemäss dem Zentralschweizer Krebsregister erkrankten im Jahr 2011 85 Urnerinnen und 104 Urner neu an Krebs (LUSTAT, 2013). Da für den Kanton Uri die Krebserkrankungen erst seit 2011 im Zentralschweizer Krebsregister erfasst werden, wird im Folgenden die zeitliche Entwicklung auf Schweizer Ebene diskutiert. Die altersstandardisierte Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen) befindet sich in der Schweiz im Bereich der umliegenden europäischen Länder (WHO, 2012).

Die altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten ist seit 1986 stetig angestiegen und nur von 2006 bis 2010 insbesondere bei den Männern gesunken. Schweizer Männer haben dabei im Durchschnitt eine signifikant höhere altersstandardisierte Erkrankungsrate als Schweizer Frauen (Abb. 2.16).

¹⁴ Für vorliegende Indikatoren wurde neu die Europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) als Standardbevölkerung verwendet. Die hier angewandte Standardbevölkerung unterscheidet sich von derjenigen aus dem kantonalen Gesundheitsreport für Uri (Obsan, 2014): Während die Standardbevölkerung aus dem kantonalen Report auf der effektiven demografischen Struktur Europas von 2010 beruht (Eurostat, 2011), berücksichtigt die «Revision der europäischen Standardpopulation 2010» die künftige Entwicklung der europäischen Population (Eurostat, 2013). Diese neue Vorgehensweise ermöglicht es, dass die demografische Struktur über einen längeren zukünftigen Zeitraum abgebildet werden kann und vergleichbar bleibt. Die Vergleichbarkeit innerhalb des vorliegenden Berichts ist gewährleistet und kohärent, hingegen können die standardisierten Raten wegen dieser methodischen Anpassung nicht mit dem kantonalen Report verglichen werden.

Altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten, nach Geschlecht, Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1986–2010

Abb. 2.16



Quelle: NICER 1986–2010

© Obsan 2015

2.4.4 Multimorbidität

Die Zunahme von chronischen Erkrankungen ist eine weltweite Herausforderung (WHO, 2011c). Heute sind die meisten Versorgungssysteme westlicher Länder immer noch primär darauf ausgerichtet, medizinische Leistungen für einzelne Erkrankungen und Unfälle bereitzustellen. Der Anteil der Personen mit zwei oder mehr gleichzeitigen chronischen Erkrankungen hat aber in der Vergangenheit deutlich zugenommen und betrifft rund 20% bis 30% der Gesamtpopulation bzw. rund 50% der älteren Bevölkerungsgruppen (Marengoni et al., 2011).

Es gibt bezüglich chronischer Erkrankungen zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen: Als «Komorbiditäten» werden mehrere gleichzeitig auftretende Krankheiten bezeichnet, bei denen aber nur deren Auswirkungen auf den Verlauf der Haupterkrankung betrachtet wird. Unter dem Begriff «Multimorbidität» versteht man dagegen mehrere gleichzeitig auftretende Krankheiten, die als gleichwertig nebeneinander betrachtet werden (Marengoni et al., 2011; Bopp & Holzer, 2012). Diese zweite Betrachtungsweise ist darauf ausgerichtet, mögliche Synergien in der Behandlung von multimorbid Erkrankten besser zu nutzen. Oft werden Therapien (zu) wenig koordiniert und integriert durchgeführt. Dies kann für Patientinnen und Patienten belastend oder gar gefährlich sein (Wolff et al., 2002; Starfield et al., 2005; Moreau-Gruet, 2013b).

Weniger chronisch Kranke in Uri als in der Schweiz insgesamt

Abbildung 2.17 zeigt für den Kanton Uri die Prävalenz von einzeln vorliegenden chronischen Erkrankungen¹⁵ sowie den Anteil der Personen, die an zwei und mehr Krankheiten leiden (Multimorbidität). Im Kanton Uri geben im Jahr 2012 22,1% der Bevölkerung eine chronische Krankheit an (Schweiz: 27,4%), und 8,0% der Urner Bevölkerung (Schweiz: 13,0%) sind von mindestens zwei Krankheiten betroffen. Urnerinnen (28,4%) berichten signifikant häufiger als Urner Männer (15,5%) von einer chronischen Krankheit. Auch bezüglich Multimorbidität sind bei Frauen im Kanton (11,3%) höhere Anteile zu verzeichnen als bei Männern (4,5%; Unterschied nicht signifikant).

Multimorbidität ist auch stark altersabhängig. Die 50- bis 64-jährigen Urnerinnen und Urner (16,9%) haben signifikant häufiger zwei oder mehr Krankheiten als die 15- bis 34-Jährigen (2,5%) und die 35- bis 49-Jährigen (5,0%). Bei den über 65-Jährigen nimmt der Anteil der Multimorbidität wieder leicht ab (13,0%), dafür berichten 34,9% in dieser ältesten Bevölkerungsgruppe von einer chronischen Erkrankung. Der Zusammenhang von Alter und Multimorbidität ist in der Literatur breit nachgewiesen (Barnett et al., 2012; Taylor et al., 2010). Jedoch hat sich in diversen Untersuchungen auch gezeigt, dass mehr als die Hälfte aller multimorbiden Personen jünger als 65 Jahre waren. Für den Kanton Uri gilt dies in besonderem Masse, denn hier beträgt der Anteil der

¹⁵ Migräne, Asthma, Diabetes, Arthrose, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Osteoporose, chronische Bronchitis/Emphysem, hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenkrankheit, Krebs.

unter 65-Jährigen am Total aller multimorbid Erkrankten 71,7%, was auffallend hoch ist (Schweiz: 53,3%; Daten nicht dargestellt). Für die Gesundheitspolitik ist somit zentral, dass Multimorbidität nicht nur bei der Versorgung betagter Personen zu berücksichtigen ist, sondern bereits in der jüngeren Bevölkerung ein wesentliches Gewicht hat und entsprechend beachtet werden muss.

Gemäss Literatur nimmt die Prävalenz von Multimorbidität mit steigendem sozioökonomischem Status ab (Barnett et al., 2012). Verwendet man das Bildungsniveau als Hinweis für den sozioökonomischen Status, so lässt sich dieser Zusammenhang in der Tendenz im Kanton Uri und in signifikanter Weise für die Schweiz nachweisen (Daten nicht dargestellt).

2.4.5 Unfälle und Stürze

Für das Jahr 2013 haben die Unfallversicherer in der Schweiz 516'725 Nichtberufsunfälle, 268'922 Berufsunfälle und 14'775 Unfälle von Stellensuchenden erfasst (SUVA, 2014). Die Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu geht in ihren Schätzungen von insgesamt 1'066'310 Nichtberufsunfällen im Jahr 2011 aus, wobei die Mehrzahl der Unfälle (96,2%) Leicht- oder Mittelschwerverletzte zur Folge hatte. Vorliegender Abschnitt beschreibt auf der Grundlage der SGB 2012 das Unfallgeschehen im Kanton Uri und in der Schweiz und geht anschliessend speziell auf die Stürze von älteren Personen ein.

Männer verunfallen deutlich häufiger als Frauen

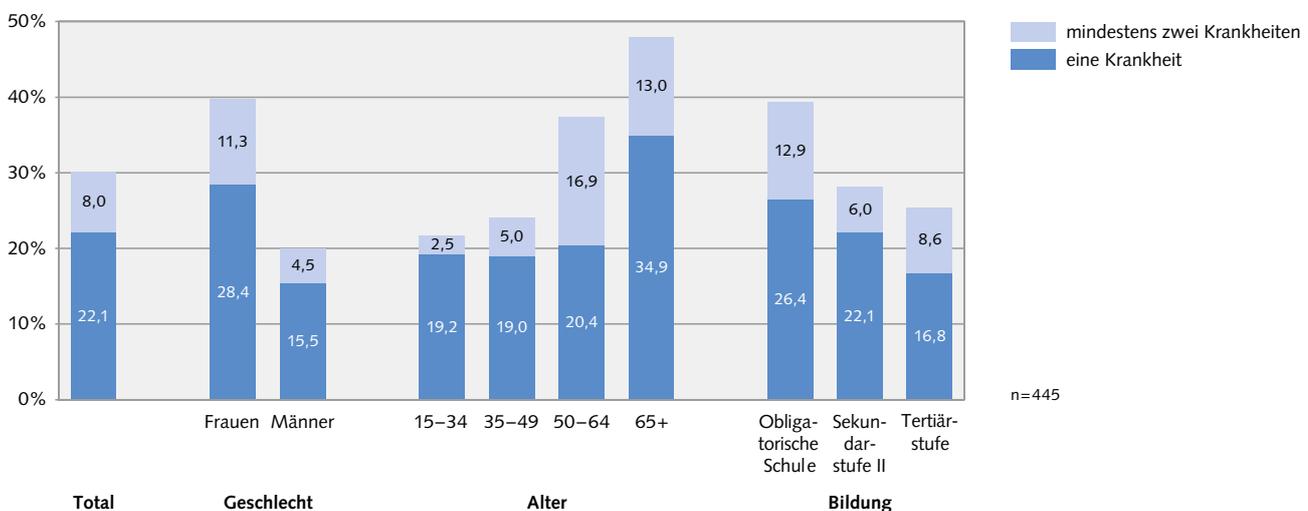
Ein Fünftel der Urner Bevölkerung (19,7%) hat im Jahr vor der Befragung 2012 einen Unfall erlitten, der entweder ärztlich oder selbst behandelt wurde. 2007 gaben 14,9% der Urnerinnen und Urner einen Unfall an (Unterschied nicht signifikant, Anhang A-2.7). Abbildung 2.18 gibt die Angaben der befragten Personen zu erlittenen Unfällen im Jahr vor der Befragung 2012 nach Geschlecht und Alter wieder. Demnach verunfallten 13,3% der Urnerinnen und 26,2% der Urner. Die Schweizer Anteile sind mit 15,1% bzw. 22,7% ähnlich hoch. Männer erleiden somit deutlich häufiger Unfälle als Frauen.

Der Anteil der Urner Frauen, die einen Unfall erleiden, geht von 20,9% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 4,6% bei den 65-Jährigen und Älteren signifikant zurück. Für die Schweizer Frauen ist zwar auch ein Rückgang der Unfallrate für die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen zu beobachten (12,9%), ab 50 Jahren nimmt sie allerdings wieder zu (15,7%) und beträgt bei den 65-Jährigen und Älteren 14,0%. Urner Frauen weisen im Alter ab 50 Jahren somit signifikant niedrigere Unfallraten aus als Schweizer Frauen.

Bei den Urner Männern zeigt sich ein anderes Muster: Während der Anteil Männer mit einem Unfall im Alter zwischen 15 und 64 Jahren zwischen 25,7% und 31,3% beträgt (Unterschiede nicht signifikant), haben 65-Jährige und Ältere mit einem Anteil von 13,1% signifikant weniger Unfälle. Die Anteile der Schweizer Männer gehen mit jeder Altersgruppe von 33,2% bei den 15- bis

Chronische Krankheit und Multimorbidität, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

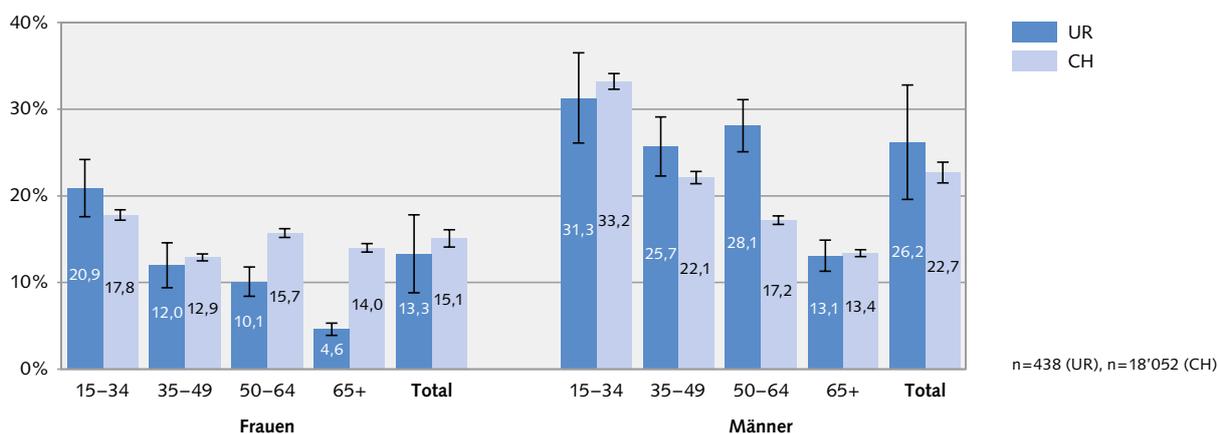
34-Jährigen auf 13,4% bei den 65-Jährigen und Älteren signifikant zurück. Die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Unfällen bei den jungen Männern wird in der Literatur mit einer höheren Bereitschaft für risikoreiches Verhalten erklärt (Grazier & Sloane, 2008). Urner Männer weisen 2012 gegenüber Schweizer Männern überdurchschnittliche Unfallraten bei den 50- bis 64-Jährigen aus.

Bei der Arbeit weisen Männer generell erhöhte Unfallraten aus, da diese eher risikoreiche Arbeiten wählen oder dafür ausgewählt werden (Grazier & Sloane, 2008; Abb. 2.19). Hingegen unterscheiden sich die Unfallraten im Verkehr und im Haus oder Garten kaum zwischen den Geschlechtern. Einen Geschlechterunterschied – im Kanton Uri ist der Unterschied aufgrund tiefer Fallzahlen

knapp nicht signifikant – gibt es bei Sport- und Spielunfällen. Gemäss Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) geschehen die häufigsten Sportverletzungen in der Schweiz beim Wintersport (22%) und beim Fussballspiel (20%) (Niemann & Achermann Stürmer, 2014). Zwei Drittel aller Sportverletzten sind Männer. Insbesondere hoch ist der Männeranteil bei Verletzungen im Fussball und beim Mountainbike-Fahren (je 84%), Frauen verletzen sich dafür mehr beim Reiten und Bergwandern (je 74%). Zwischen der Urner Bevölkerung und der gesamten Bevölkerung der Schweiz sowie den Befragungen 2007 und 2012 gibt es bezüglich geschlechterspezifischer Unfallarten keine signifikanten Unterschiede.

Unfälle, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.18

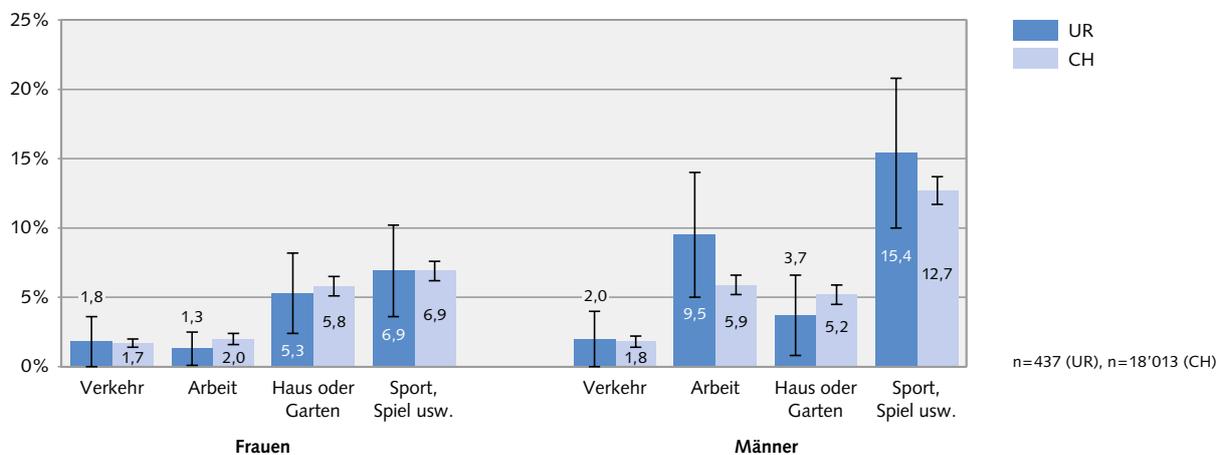


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Unfälle, nach Geschlecht und Unfallart, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Jährlich stürzt jede vierte 65-jährige und ältere Person mindestens einmal

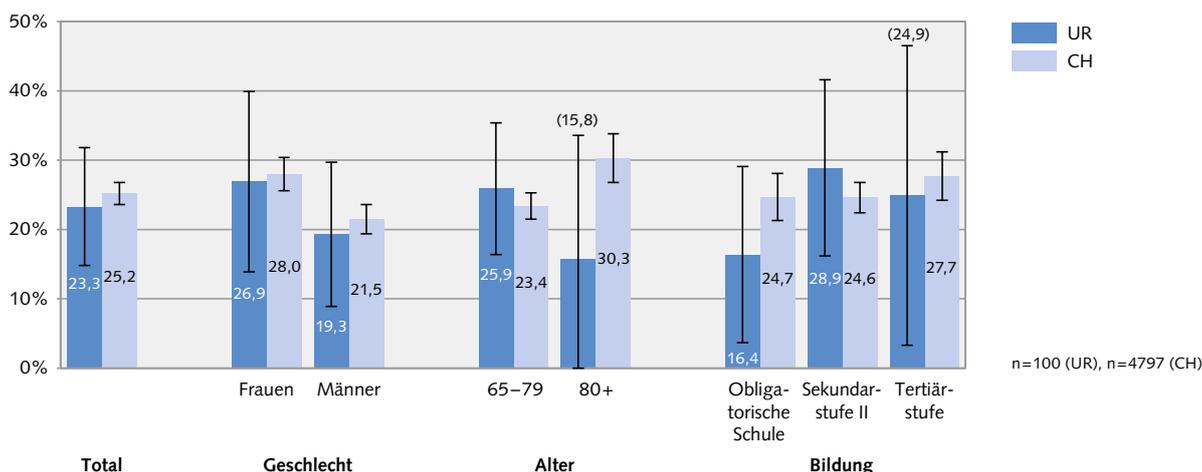
Stürze, Sturzgefahr und Sturzangst sind im Leben von älteren Menschen ein häufiges Thema. Stürze können zu erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung oder sogar zu Pflegeheimenitritten führen. In Deutschland lösen Stürze 10% aller Transporte in die Notfallstationen aus (Becker & Rapp, 2011). Laut SUVA handelte es sich bei jedem dritten Unfall zwischen 2008 und 2012 um einen Sturz. Hierbei sind Stolper- und Sturzunfälle gemeint, ohne Stürze aus der Höhe oder beim Sport. Jährlich geschehen in der Schweiz rund 170'000 Stolper- und Sturzunfälle. Damit sind solche Stürze die häufigste Unfallursache in der Schweiz.¹⁶ Das Risiko zu stürzen ist bei bereits früher erlittenen Stürzen, Gehproblemen, Problemen mit Gehhilfen, Schwindelanfällen, Parkinson-erkrankungen und Nebenwirkungen antiepileptischer Medikamente besonders erhöht (Deandrea et al., 2010). Auch Gleichgewichtsprobleme sowie die Abnahme von Reflexen und Muskelkraft können zu vermehrten Stürzen führen (Ambrose et al., 2013).

Gemäss SGB 2012 gibt es hinsichtlich Stürze keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Kanton Uri und der gesamten Schweiz (Abb. 2.20): Rund ein Viertel

der 65-Jährigen und Älteren gibt im Jahr 2012 mindestens einen Sturz an. Im Jahr 2007 lagen diese Anteile mit 21,6% für die Urner Bevölkerung und mit 24,8% bei den Schweizerinnen und Schweizer ähnlich hoch (Anhang A-2.7). Im Kanton Uri stürzen Frauen tendenziell (in der Schweiz signifikant) häufiger (Uri: 26,9%; Schweiz: 28,0%) als Männer (Uri: 19,3%; Schweiz: 21,5%). Während in der Schweiz die 80-Jährigen und Älteren signifikant häufiger stürzen als die 64- bis 79-Jährigen, verhält es sich im Kanton Uri gerade umgekehrt: 65- bis 79-Jährige weisen eine Sturzrate von 25,9%, 80-Jährige und Ältere von 15,8% auf (Unterschied nicht signifikant). Damit fallen die Anteile der 80-Jährigen und Älteren bezüglich Stürze im Kanton Uri (15,8%) nur halb so hoch aus wie in der Schweiz (30,3%), der Unterschied ist aufgrund der kleinen Stichproben statistisch jedoch nicht signifikant. Während der Anteil Stürze bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung im Kanton Uri etwas tiefer ausfällt (16,4%) als bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (28,9%) oder Tertiärstufe (24,9%; Unterschiede nicht signifikant), scheint das Bildungsniveau auf dem Niveau Gesamtschweiz keinen Einfluss auf das Sturzrisiko zu haben.

65-jährige und ältere Personen mit mindestens einem Sturz,
nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.20



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

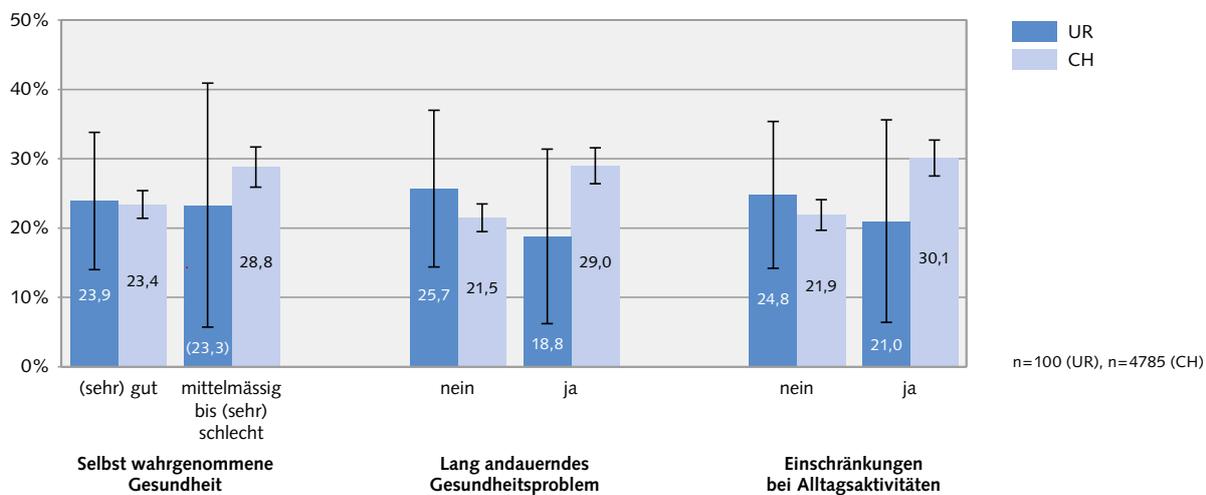
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

¹⁶ www.suva.ch → Prävention → Arbeit → Gefahren → Stolper-, Sturz- und Absturzgefahren → Stolpern, Stürzen, Ausrutschen → Unfallstatistik Stolper- und Sturzunfälle (Zugriff am 11.03.2015).

65-jährige und ältere Personen mit mindestens einem Sturz,
nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.21



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

In Abbildung 2.21 werden Stürze in Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit, mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten betrachtet, da Stürze von diesen Gesundheitsindikatoren abhängen können. Es lässt sich für die Schweiz erkennen, dass Personen mit einer (sehr) guten selbst wahrgenommenen Gesundheit, ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem oder ohne Einschränkungen bei gewöhnlichen Alltagsaktivitäten signifikant seltener stürzen als Personen mit entsprechenden Problemen. Im Kanton Uri ist ein solcher Zusammenhang statistisch nicht nachweisbar.

2.5 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist eine entscheidende Dimension menschlichen Wohlbefindens. Die WHO schätzt, dass in der Schweiz 27% der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Problemen wie Substanzmissbrauch, Psychosen, Depressionen, Angstzuständen und Essstörungen leiden.¹⁷ Die Kosten psychischer Erkrankungen werden auf rund 4% des Bruttoinlandproduktes eines Landes geschätzt (OECD, 2014). Im vorliegenden Unterkapitel werden verschiedene Aspekte von psychischer Gesundheit thematisiert. Zum einen wird das Ausmass an Energie und Vitalität in der Urner Bevölkerung als positives Merkmal psychischer Gesundheit analysiert (vgl. 2.5.1). Danach werden als Indikatoren für allfällig bestehende psychische Probleme das Ausmass an allgemeinen psychischen Belastungen (vgl. 2.5.2) und die Häufigkeit von Symptomen depressiver Erkrankungen (vgl. 2.5.3) betrachtet.

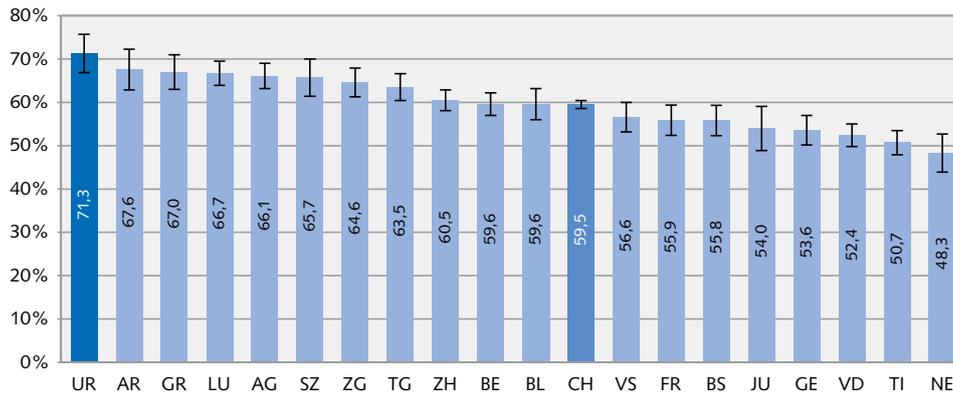
2.5.1 Energie und Vitalität

Im Jahr 2012 wurde in der SGB zum ersten Mal eine Frage zum Energie- und Vitalitätsniveau einer Person gestellt. Dieser Indikator betont die positive Dimension der psychischen Gesundheit. Urnerinnen und Urner (71,3%) berichten signifikant häufiger über ein hohes Energie- und

¹⁷ www.euro.who.int → Health topics → Noncommunicable diseases → Mental health → Data and statistics (Zugriff am 11.03.2015).

Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.22

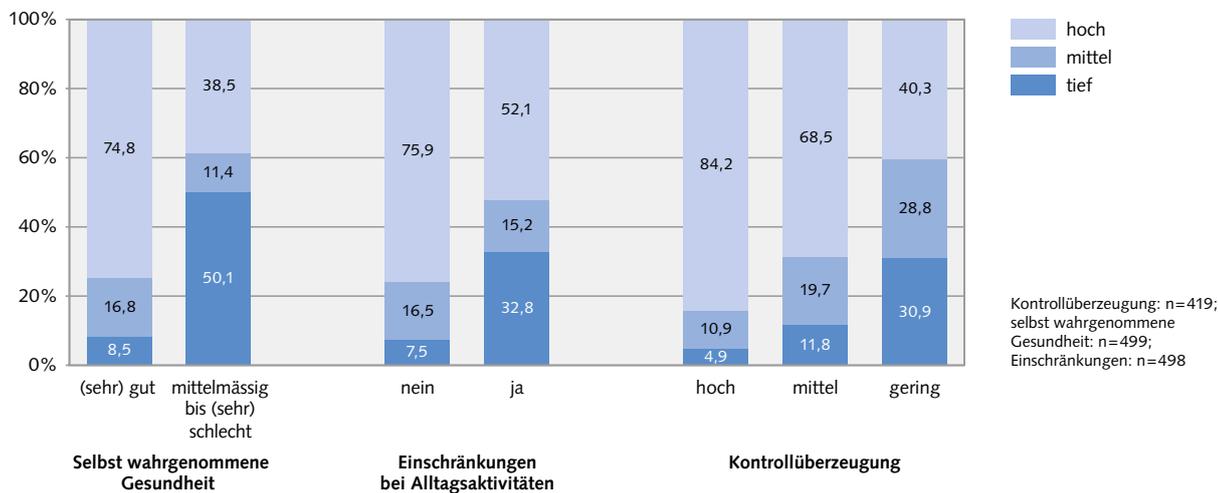


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Energie und Vitalität, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.23



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Vitalitätsniveau als der Schweizer Durchschnitt (59,5%) (Abb. 2.22). Der Kanton Uri hat bei diesem Indikator sogar den höchsten Anteil aller Schweizer Kantone. Auffallend sind dabei die deutlich tieferen Werte in der Westschweiz und im Kanton Tessin.

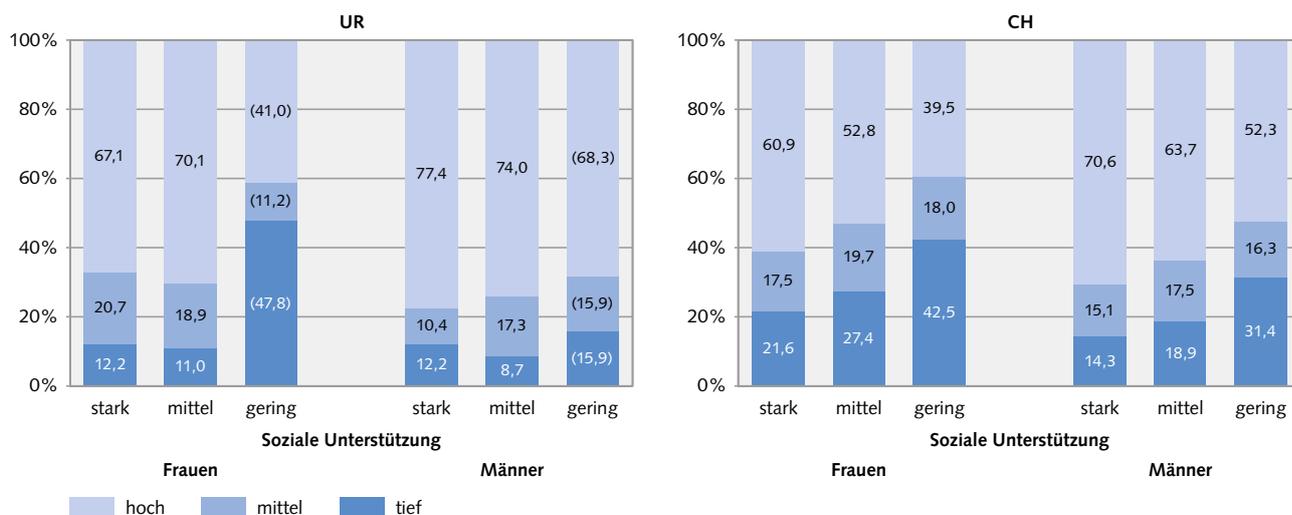
Energie und Vitalität hängen stark mit dem Gesundheitszustand, den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und der Kontrollüberzeugung zusammen

Verschiedene Faktoren können das Energie- und Vitalitätsniveau einer Person beeinflussen. Die Abbildungen 2.23 und 2.24 untersuchen den Zusammenhang zwischen Energie und Vitalität sowie verschiedenen Gesundheitsindikatoren. Drei Viertel der Urnerinnen und

Urner, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen und sich bei Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt fühlen, verfügen über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (Abb. 2.23). Ist die Gesundheit mittelmässig bis (sehr) schlecht, so ist auch die Energie und Vitalität deutlich reduziert (38,5%). Dasselbe gilt, wenn Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten vorhanden sind (52,1%). Bei hoher Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) beträgt der Anteil der Urner Befragten mit hohem Energie- und Vitalitätsniveau ebenfalls hohe 84,2%. Ist die Kontrollüberzeugung allerdings gering, beträgt der Anteil an hoher Energie und Vitalität nur noch 40,3%. Dieselben Tendenzen sind auch für die Schweiz insgesamt festzustellen (Daten nicht dargestellt).

Energie und Vitalität, nach Geschlecht und sozialer Unterstützung, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.24

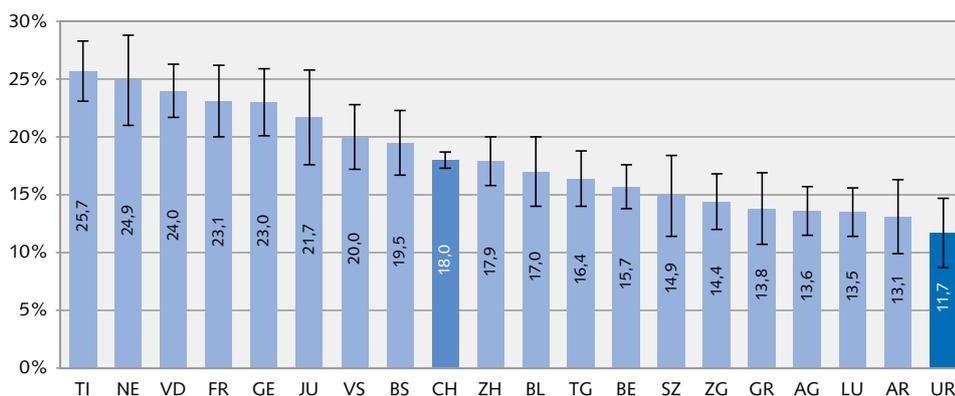


n=487 (UR), n=19'764 (CH)
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere bis hohe psychische Belastung, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.25



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Urner Frauen, die von ihrem Umfeld eine mittlere (70,1%) oder starke (67,1%) soziale Unterstützung erwarten können, berichten signifikant häufiger über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als diejenigen mit lediglich geringer Unterstützung (41,0%) (Abb. 2.24). Dieselben signifikanten Unterschiede sind ebenfalls für die Schweizer Frauen und für die Schweizer Männer zu beobachten, während bei den Urner Männern ein solcher Zusammenhang nur als Tendenz erkennbar ist. Das Zusammenspiel von einem höheren Energie- und Vitalitätsniveau bei stärkerer sozialer Unterstützung ist ebenfalls aus der Literatur bekannt (Lehtinen et al., 2005).

2.5.2 Psychische Belastung

In der SGB wird die psychische Belastung der Bevölkerung mittels Fragen nach der Häufigkeit von Symptomen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit oder Depressivität geschätzt. Die Kategorisierung in keine/geringe, mittlere und hohe psychische Belastung entspricht allerdings keiner klinischen Diagnosestellung (Veit & Ware, 1983; Schuler & Burla, 2012). Bei einer mittleren bis hohen psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus klinischer Sicht jedoch wahrscheinlich (Schuler & Burla, 2012).

Urnerinnen und Urner sind selten psychisch belastet

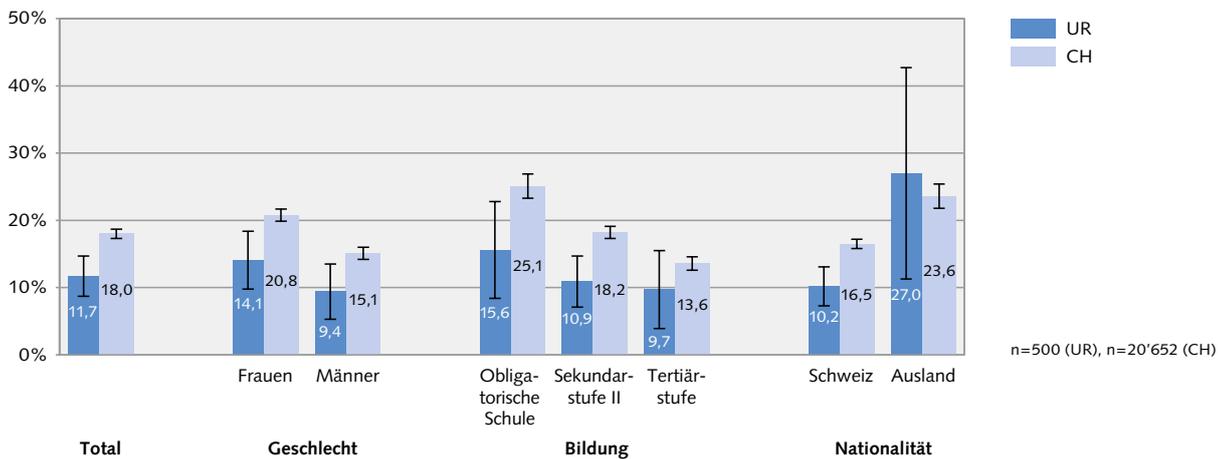
Im Jahr 2012 fühlen sich im Kanton Uri 11,7% aller Befragten mittel bis stark psychisch belastet, dies ist ähnlich hoch wie im Jahr 2007 (10,5%; Anhang A-2.9). Damit ist die Urner Bevölkerung signifikant seltener von psychischen Belastungen betroffen als die Schweizer Bevölkerung insgesamt (18,0% im Jahr 2012 und 17,0% im Jahr 2007). Im schweizweiten Vergleich hat Uri 2012 sogar die geringste kantonale Rate (Abb. 2.25). Insbesondere die Westschweizer Kantone und das Tessin geben häufiger eine mittlere bis hohe psychische Belastung an.

Das Geschlecht, das Bildungsniveau und die Nationalität stehen im Kanton Uri – primär wegen der relativ kleinen Fallzahlen – in keinem signifikanten Zusammen-

hang mit der psychischen Belastung (Abb. 2.26). In der Tendenz zeigen sich allerdings dieselben Ergebnisse wie für die Schweiz: Schweizer Frauen sind signifikant häufiger von mittleren und starken psychischen Belastungen betroffen als Schweizer Männer. Und mit höherer Bildung nimmt die psychische Belastung ab: 25,1% der Personen in der Schweiz ohne nachobligatorische Ausbildung sind von mittlerer bis starker psychischer Belastung betroffen, bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind es nur 13,6%. Schliesslich sind Personen mit Ausländerstatus (23,6%) deutlich häufiger von psychischer Belastung betroffen als Schweizerinnen und Schweizer (16,5%).

Mittlere bis hohe psychische Belastung, nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.26

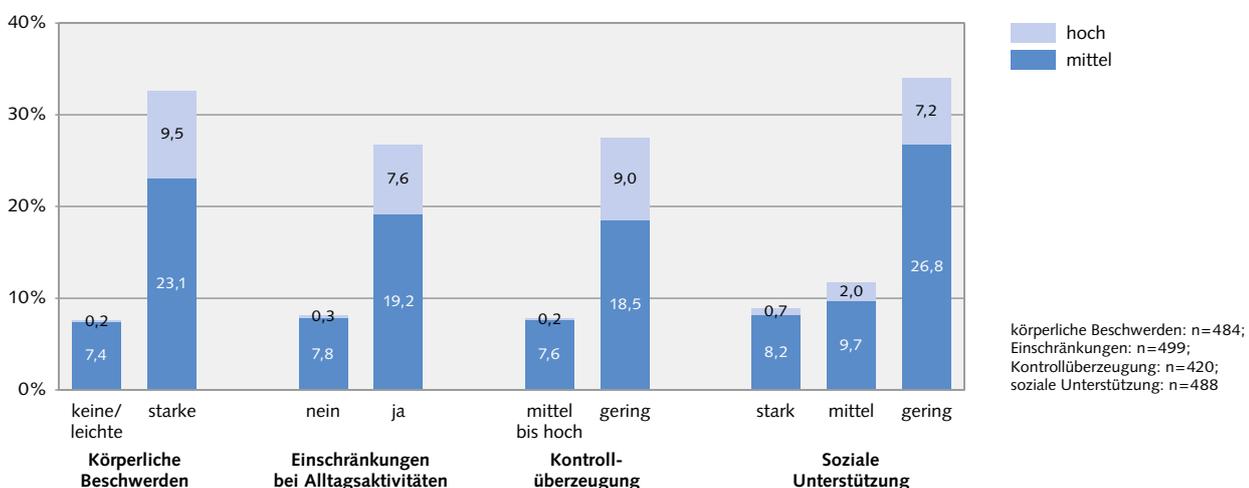


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere und hohe psychische Belastung, nach Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsressourcen, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.27



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit psychischer Belastung einher

Psychische Belastungen stehen mit dem körperlichen Gesundheitszustand wie auch mit den zur Verfügung stehenden Gesundheitsressourcen im Zusammenhang. In Abbildung 2.27 werden die Wechselwirkungen von psychischen Belastungen mit körperlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Schlafstörungen etc.; vgl. 2.4.1) sowie mit den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2.3.2) untersucht. Zudem wird der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und ausgewählten Gesundheitsressourcen wie der Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) und der sozialen Unterstützung (vgl. 2.6.2) analysiert.

Bei starken körperlichen Beschwerden ist der Anteil an Personen mit mittlerer (23,1%) wie auch mit hoher psychischer Belastung (9,5%) im Kanton Uri deutlich erhöht. Urnerinnen und Urner mit bestehenden Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nennen ebenfalls häufiger psychische Belastungen im Vergleich zu Personen ohne Einschränkungen. Auch die Gesundheitsressourcen stehen in einem klaren Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mit zunehmendem Gefühl der Kontrolle über Ereignisse, die das eigene Leben betreffen, und mit guter sozialer Unterstützung treten psychische Belastungen deutlich seltener auf.

2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen

Depressionen sind relativ häufige psychische Erkrankungen, die zu erheblichen Behinderungen im Alltag, in Beziehungen und im Beruf führen können. In Europa leidet eine von 15 Personen an Depressionen.¹⁸ Im Verlauf des Lebens ist sogar eine von fünf Personen betroffen (Baer et al., 2013). Depressionen zeigen häufig einen chronischen Verlauf (Hardeveld et al., 2010) und treten oft zusammen mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf. Depressive Erkrankungen werden zudem allgemein mit verkürzter Lebensdauer in Zusammenhang gebracht (Lawrence et al., 2013). Ausserdem verursachen sie hohe individuelle und gesellschaftliche Kosten (McMahon et al., 2012).

Mit dem in der SGB 2012 verwendeten Modul aus dem international angewandten «Patient Health Questionnaire» (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001) wird gezielt nach Symptomen depressiver Erkrankungen gefragt. Auf diese Weise können Aussagen über

depressive Stimmung oder Depressivität in der Bevölkerung gemacht werden, es handelt sich jedoch nicht um eine klinisch gestellte Depressions-Diagnose. Wie Studien zeigen, wirken sich aber bereits leichte Depressionen und auch Depressivität unterhalb der Krankheitsschwelle behindernd aus.

Gut jede vierte Person im Kanton Uri mit Depressionssymptomen

Im Jahr 2012 geben im Kanton Uri 24,5% (Schweiz: 22,2%) aller befragten Personen «leichte» und 1,6% (Schweiz: 6,5%) «mittlere bis schwere» Symptome depressiver Erkrankungen an (Abb. 2.28). Bei den leichten depressiven Symptomen ist in der gesamten Schweiz ein signifikanter Geschlechterunterschied feststellbar: Frauen berichten häufiger über Depressionssymptome als Männer. Auch Urnerinnen sind häufiger von leichten und mittleren bis schweren depressiven Symptomen betroffen als Urner, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Klinisch manifeste Depressionen zeigen in der Literatur das gleiche Muster (Regan et al., 2013). Gemäss Untersuchungen der WHO sind Depressionen bei Frauen gar doppelt so häufig wie bei Männern (WHO, 2014b).

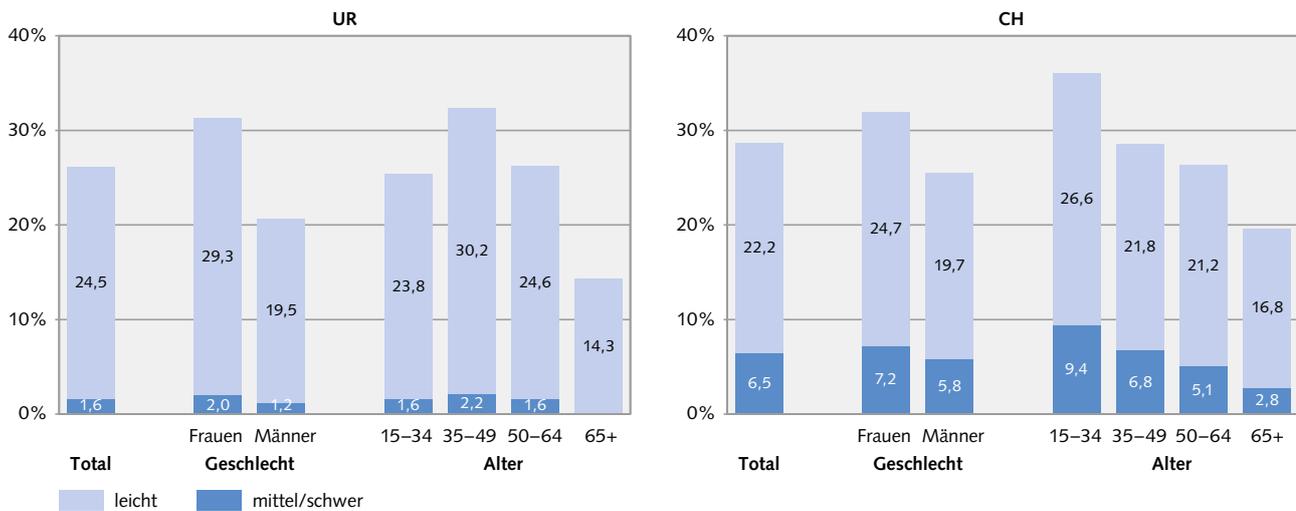
Der Anteil der 15- bis 34-jährigen Urnerinnen und Urner mit leichten und mittleren bis schweren Depressionssymptomen liegt bei 25,4%, bei den 35- bis 49-Jährigen bei 32,4% und bei den 50- bis 64-Jährigen bei 26,2%. Bei den 65-Jährigen und Älteren sinkt dieser Anteil auf 14,3%. In dieser Altersgruppe werden im Kanton Uri zudem nur noch leichte, aber keine mittleren bis schweren Depressionssymptome mehr angegeben. In der Schweiz werden die Anteile der Bevölkerung mit leichten oder mit mittleren bis schweren depressiven Symptomen mit dem Alter signifikant kleiner. Dieses Resultat wird auch in der Literatur bestätigt (Regan et al., 2013).

In der Schweiz ist der Anteil Personen mit leichten Depressionssymptomen bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (25,7%) signifikant höher als bei tertiärer Bildung (20,2%) (Abb. 2.29). Die mittleren bis schweren Symptome depressiver Erkrankungen sind mit jeder zusätzlichen Bildungsstufe weniger häufig. Auch im Kanton Uri ist dieses Muster zu beobachten, allerdings sind die Unterschiede nicht signifikant. In der Literatur zeigt sich, dass Personen mit tiefer Schul- und Berufsausbildung gefährdeter sind, an klinisch manifesten Depressionen zu erkranken als Personen mit höherer Ausbildung (Regan et al., 2013). Als weitere Risikofaktoren für Depressionen werden in der Literatur auch Arbeitslosigkeit, finanzielle Verschuldung und soziale Deprivation genannt (WHO, 2014b).

¹⁸ www.euro.who.int → Health topics → Noncommunicable diseases → Mental health → Data and statistics (Zugriff am 11.03.2015).

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.28



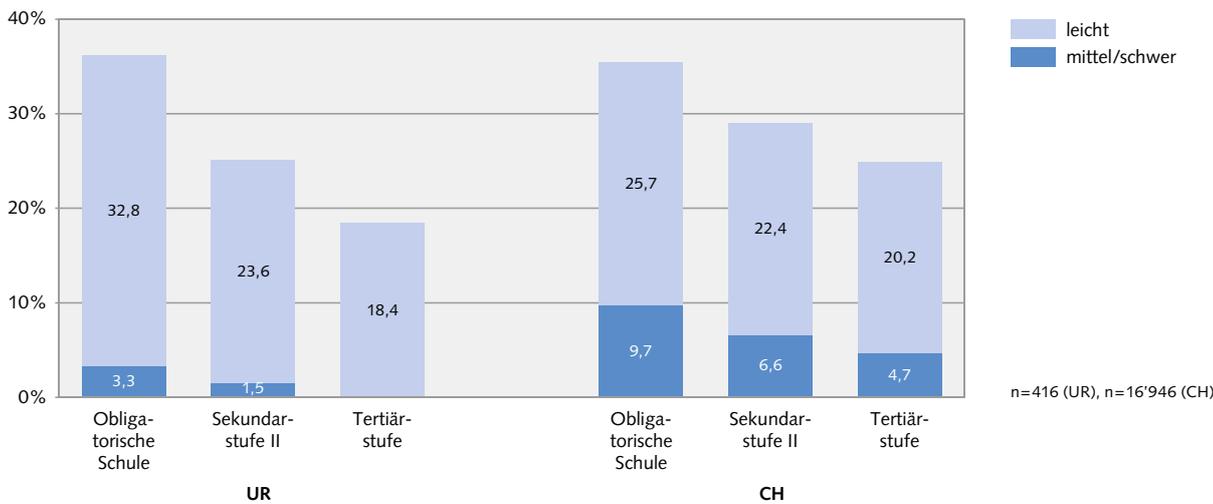
n=417 (UR), n=16'980 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 2.29



n=416 (UR), n=16'946 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

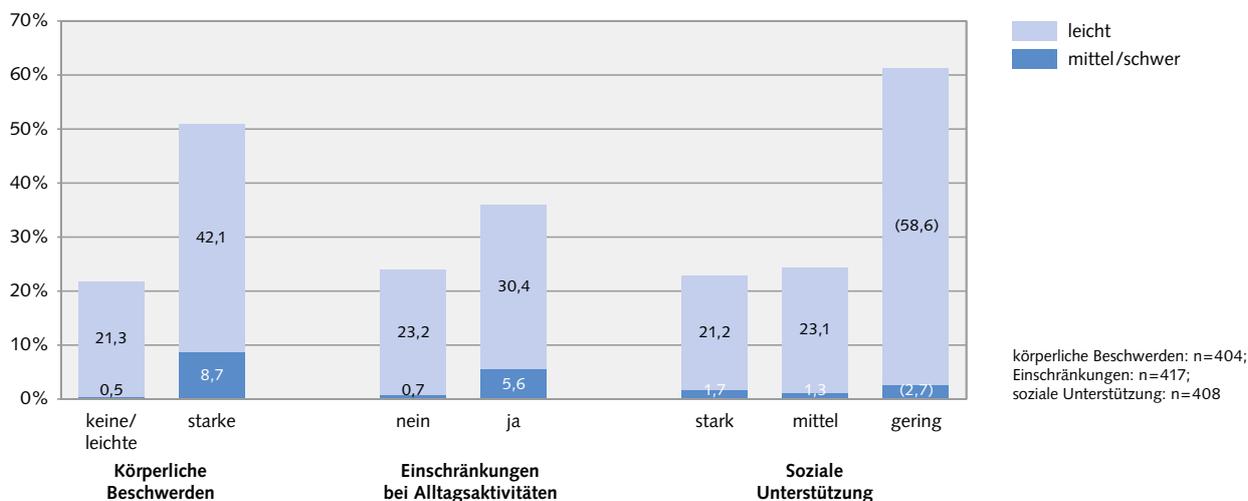
Zusammenhang zwischen Depressionssymptomen und sozialer Unterstützung

Depressivität hängt in der Regel eng mit dem körperlichen Gesundheitszustand und entsprechender Autonomie im Alltag zusammen. Daher wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen den Symptomen depressiver Erkrankungen und den körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) einerseits sowie den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2.3.2) andererseits untersucht.

Für die Urner Bevölkerung ergibt sich folgendes Bild (Abb. 2.30): Der Anteil der Bevölkerung mit sowohl leichten als auch mittleren bis schweren Depressionssymptomen ist bei starken körperlichen Beschwerden signifikant höher. Dieselben Tendenzen sind festzustellen, wenn Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten bestehen; diese Unterschiede sind im Kanton jedoch statistisch nicht signifikant. Der Zusammenhang zwischen körperlichen Einschränkungen und psychischen Beschwerden ist in der Literatur – insbesondere auch für ältere Personen – hinreichend belegt (Berkman et al., 1986).

Leichte und mittlere bis schwere Depressionssymptome, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.30



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Symptome depressiver Erkrankungen können auch mit dem Ausmass vorhandener Gesundheitsressourcen zusammenhängen. Allgemein wird von einer mildernden oder verhindernden Wirkung vorhandener Gesundheitsressourcen auf depressive Symptome ausgegangen. Für die hier gezeigte Gesundheitsressource «soziale Unterstützung» (vgl. 2.6.2) ist im Kanton Uri ein Zusammenhang bei den leichten Depressionssymptomen ersichtlich: Mehr als die Hälfte (58,6%) aller Urner Personen mit geringer sozialer Unterstützung leiden an leichten Depressionssymptomen. Bei Personen mit starker sozialer Unterstützung ist nur jede fünfte Person von diesen Symptomen betroffen. In der Schweiz insgesamt nehmen neben den leichten auch die mittleren bis schweren Depressionssymptome mit zunehmender sozialer Unterstützung signifikant ab (Daten nicht dargestellt). Dies ist ein Resultat, das auch in der Literatur nachgewiesen wird (Takizawa et al., 2006).

2.6 Gesundheitsressourcen

Beim ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit wird der Gesundheitszustand einerseits von Belastungen geprägt, die auf eine Person wirken. Diese Belastungen können physischer, psychischer oder sozialer Art sein. Andererseits beeinflussen die Ressourcen, die eine Person zur Verfügung hat, ihren Gesundheitszustand (Hurrelmann, 2002). Diese Ressourcen können die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern. Sie können aber auch einen direkten Effekt auf die Gesundheit haben, wenn die Person dadurch bestimmten Belastungen gar nicht erst ausgesetzt wird. Gesundheitsressourcen können dabei Merkmale der Person selber sein oder als Merkmale der Umwelt dieser Person vorkommen (Schuler & Burla, 2012).

2.6.1 Kontrollüberzeugung

Die Überzeugung, einen Einfluss auf das eigene Leben zu haben, ist eine wichtige Ressource für die eigene Gesundheit und wird «Kontrollüberzeugung» genannt (Mackenbach et al., 2002). Je höher diese Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern und gestalten zu können. Eine geringe Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Empfindung verbunden, dass primär äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche die eigene Existenz prägen (Rotter, 1990).

45,7% der Bevölkerung des Kantons Uri verfügen 2012 über eine hohe, 37,1% über eine mittlere und 17,2% über eine geringe Kontrollüberzeugung (Abb. 2.31). Ähnliche Anteile konnten im Jahr 2007 beobachtet werden. Im Vergleich der Geschlechter und der Altersklassen sind bezüglich Kontrollüberzeugung im Kanton Uri keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (28,0%) weisen aber signifikant seltener eine hohe Kontrollüberzeugung aus als Urnerinnen und Urner mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (51,9%). Auch in der Schweiz ist dieser Unterschied zwischen der

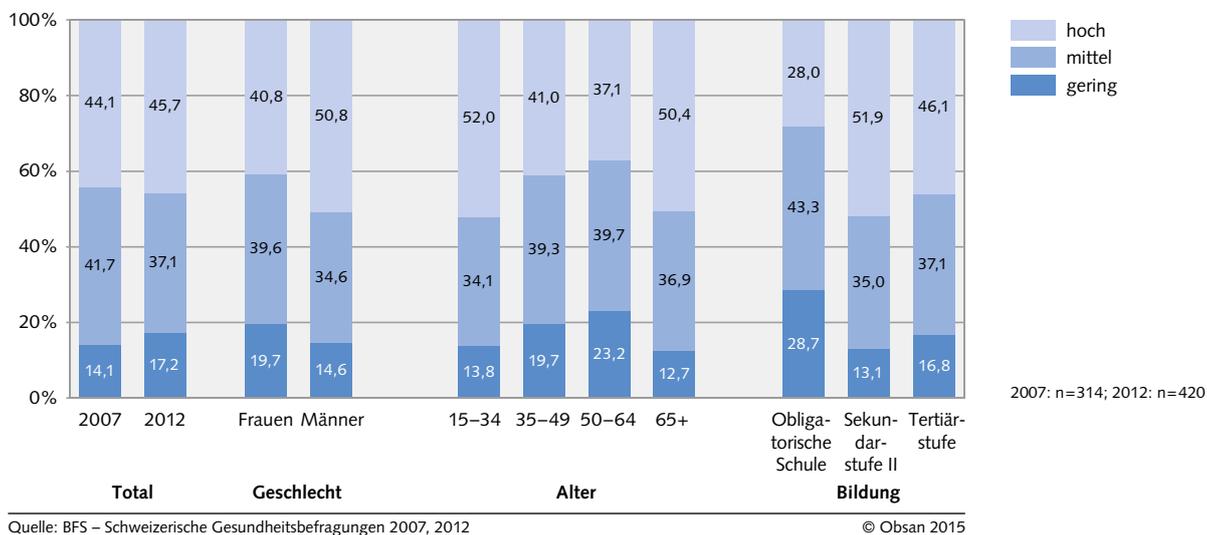
obligatorischen Ausbildung und den anderen Bildungsstufen signifikant, zusätzlich berichten auch Männer und 65-Jährige und Ältere häufiger über eine hohe Kontrollüberzeugung im Vergleich zu Frauen und zu Jüngeren (Daten nicht dargestellt).

2.6.2 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann, hat einen Effekt auf die selbst wahrgenommene Gesundheit (Mackenbach et al., 2002). So beeinflussen soziale Beziehungen den

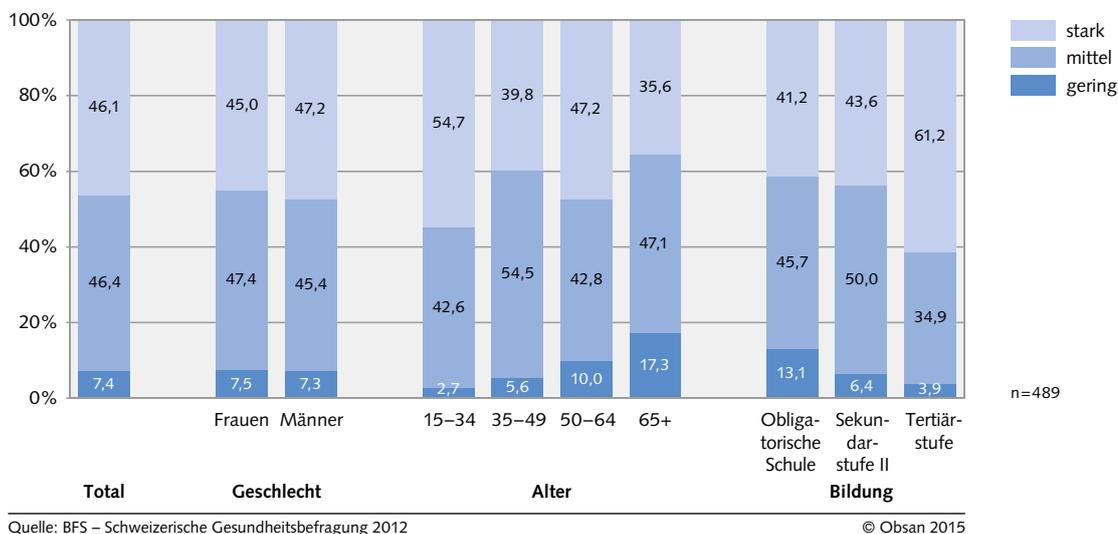
Kontrollüberzeugung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2007 und 2012

Abb. 2.31



Soziale Unterstützung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2012

Abb. 2.32



Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Entscheidungen (Heaney & Israel, 2002). Gemäss SGB 2012 erfahren 46,1% aller Urnerinnen und Urner eine starke soziale Unterstützung, 46,4% eine mittlere und 7,4% eine geringe (Abb. 2.32). In der Schweiz geben 38,7% eine starke, 48,9% eine mittlere und 12,4% eine geringe soziale Unterstützung an (Daten nicht dargestellt). Damit ist die soziale Unterstützung im Kanton Uri grösser als im Schweizer Durchschnitt. Ein zeitlicher Vergleich ist nicht möglich, da die Frage in der SGB 2012 zum ersten Mal gestellt wurde.

Das Ausmass an sozialer Unterstützung ist im Kanton Uri für beide Geschlechter sehr ähnlich. Der Anteil Personen im Kanton, welche geringe soziale Unterstützung erfahren, nimmt mit zunehmendem Alter stetig zu und ist im Alter von 65 Jahren und mehr signifikant höher als bei den 15- bis 34-Jährigen. Urnerinnen und Urner mit einem Abschluss auf Tertiärstufe erfahren signifikant öfter starke soziale Unterstützung von ihrem Umfeld als solche auf Sekundärstufe II. Der Anteil starker sozialer Unterstützung ist bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung niedriger, jedoch statistisch nicht signifikant. Auch auf nationaler Ebene nimmt der Anteil Personen mit einer starken sozialen Unterstützung mit steigendem Bildungsniveau zu.

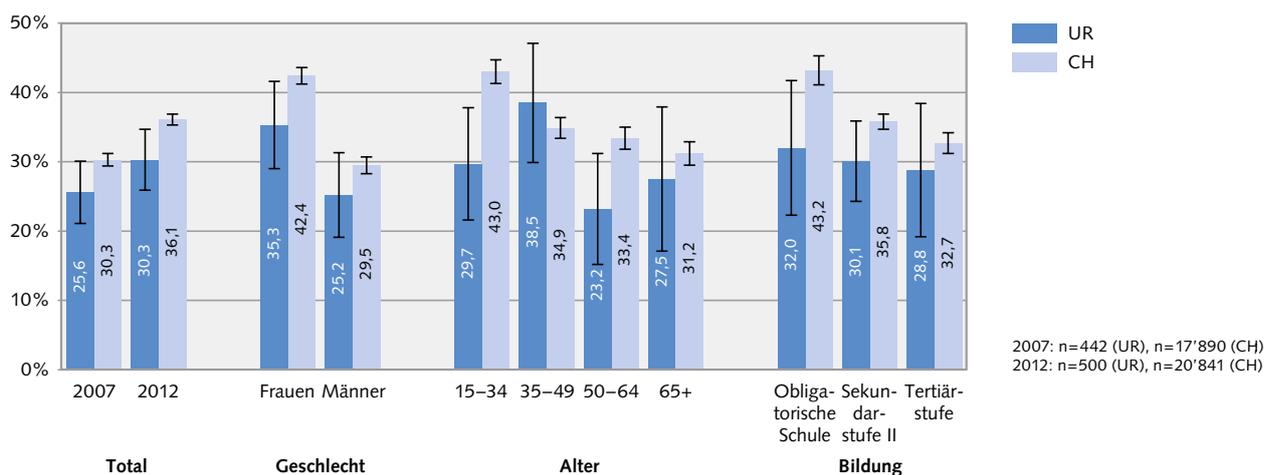
2.6.3 Einsamkeitsgefühle

Einsamkeit wird von jeder Person in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlichem Ausmass erlebt. Sie kann als Negativerfahrung definiert werden, die auftritt, wenn das persönliche Netzwerk aus sozialen Beziehungen mangelhaft ist (Perlman & Peplau, 1981). Einsamkeitsgefühle treten insbesondere dann auf, wenn die erwünschten Beziehungen nicht mit den tatsächlich erfahrenen übereinstimmen (Salimi, 2011). Im Jahr 2012 geben im Kanton Uri 30,3% aller in der SGB befragten Personen an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (Abb. 2.33). Dieser Wert ist signifikant tiefer als jener der Schweiz (36,1%). Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Personen mit Einsamkeitsgefühlen im Kanton Uri und in der Schweiz angestiegen (Kanton Uri nicht signifikant).

Frauen haben im Kanton Uri tendenziell und in der gesamten Schweiz signifikant öfter Einsamkeitsgefühle als Männer. Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab 35 Jahren, nimmt der Anteil an Personen, die manchmal bis sehr häufig unter Einsamkeitsgefühlen leiden, in der Schweiz signifikant ab. Mit zunehmender Bildung sind die Anteile der Personen mit Einsamkeitsgefühlen in der Schweiz ebenfalls kleiner. Im Kanton Uri sind diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Einsamkeitsgefühle, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2007 und 2012

Abb. 2.33



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

2.7 Sterblichkeit und Todesursachen

2.7.1 Mortalität und Todesursachen

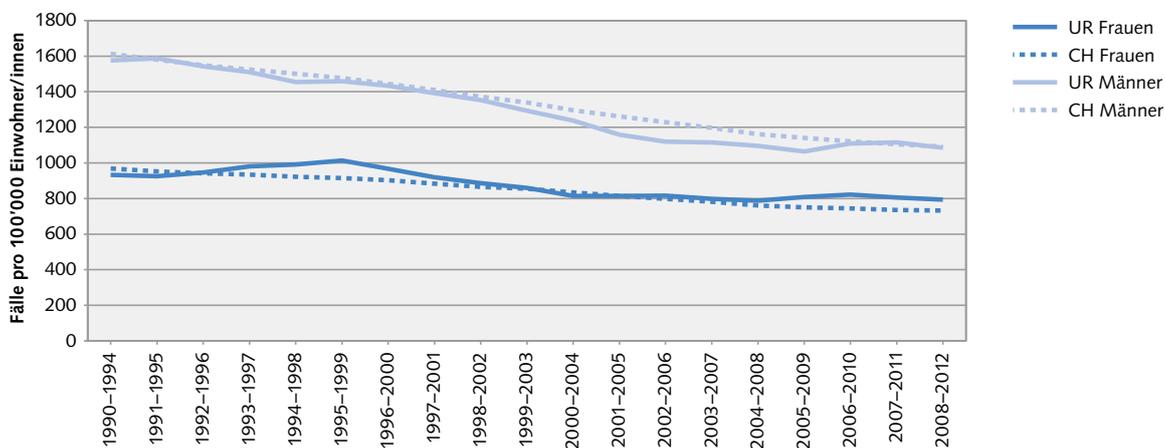
Die Mortalitätsrate ist definiert als die Anzahl Todesfälle pro 100'000 Personen einer Bevölkerung. Bei dieser so berechneten «rohen» Rate ist die Altersverteilung der entsprechenden Population nicht berücksichtigt. Da die Altersstruktur jedoch regional und im Zeitverlauf variiert, hat sie teilweise einen erheblichen Einfluss auf die Mortalitätsraten (je älter die Bevölkerung ist, umso höher fällt die Mortalitätsrate aus). Mit einer Standardisierung gemäss der Europäischen Standardbevölkerung 2010

werden die Unterschiede bezüglich Altersstrukturen von Bevölkerungen ausgeglichen und die Raten somit vergleichbar gemacht.¹⁹

Im Fünfjahresdurchschnitt 2008–2012 beträgt die altersstandardisierte Mortalitätsrate im Kanton Uri 794 Todesfälle pro 100'000 Frauen und 1086 Todesfälle pro 100'000 Männer und liegt bei den Männern sehr nahe am Schweizer Mittel (1091). Urnerinnen haben etwas höhere Mortalitätsraten als Schweizerinnen (733) (Abb. 2.34). Zwischen 1990 und 2012 haben die geschlechterspezifischen Mortalitätsraten im Kanton und in der Schweiz abgenommen, dies für Männer tendenziell stärker als für Frauen.

Alterstandardisierte Mortalitätsrate, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1990–2012

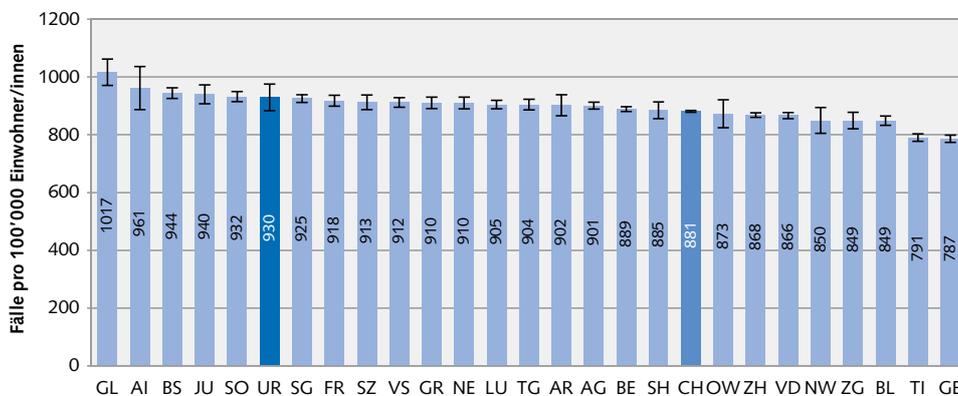
Abb. 2.34



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 1990–2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010 © Obsan 2015

Alterstandardisierte Mortalitätsrate, Schweiz und Kantone, Fünfjahresdurchschnitt 2008–2012

Abb. 2.35



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2008–2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010 © Obsan 2015

¹⁹ Für die Standardisierung vgl. Fussnote 14.

In der Schweiz gibt es bezüglich Mortalitätsrate beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen (Abb. 2.35). Die altersstandardisierte Mortalitätsrate 2008–2012 des Kantons Uri (930 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner) ist etwas höher als jene der Schweiz insgesamt (881 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner); statistisch sind die beiden Raten aber knapp nicht verschieden. Tiefe Mortalitätsraten bestehen in den Kantonen Genf und Tessin, hohe Raten hingegen gibt es in Glarus und Appenzell Innerrhoden. Wanner et al. (2012) diskutieren vier verschiedene Gruppen von Hypothesen zur Erklärung regionaler Mortalitätsunterschiede: die soziale Struktur

(soziodemografische und berufliche Zusammensetzung der Region), der unterschiedliche Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen, Unterschiede im Gesundheitsverhalten und die Exposition gegenüber Umweltbelastungen.

Tabelle 2.3 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Uri mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate (SMR). Im Kanton Uri wurden zwischen 2008 und 2012 jährlich 320 Todesfälle registriert; es starben durchschnittlich 161 Frauen und 159 Männer. Die Mortalitätsrate liegt bei den Urner Frauen signifikant über der Gesamtschweizer Rate, bei Urner Männern ist eine durchschnittliche Mortalitätsrate zu verzeichnen.

Tab. 2.3 Sterbefälle, nach Todesursachen und Geschlecht, Kanton Uri im Vergleich mit der Schweiz (SMR), aggregierte Fallzahlen 2008–2012

	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt (N)	Anteil in %	SMR ^a (CH=100)	Signifikanz ^b	Jährlicher Durchschnitt (N)	Anteil in %	SMR ^a (CH=100)	Signifikanz ^b
Infektiöse Krankheiten	2	1,5	-		1	0,9	-	
Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen)	35	21,7	105,8		49	30,5	106,7	
Kolon, Rektum	4	2,6	-		6	3,8	-	
Lunge, Bronchien, Trachea	3	1,7	-		8	5,3	-	
Brust	6	3,8	-		-	-	-	
Prostata	-	-	-		8	5,0	-	
Übrige Krebserkrankungen	22	13,5	120,9		26	16,4	112,1	
Diabetes mellitus	2	1,5	-		2	1,5	-	
Demenz	15	9,1	-		7	4,6	-	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	68	42,3	123,0	*	56	35,3	104,3	
Ischämische Herzkrankheiten	20	12,5	107,7		27	16,7	112,4	
Zerebrovaskuläre Krankheiten	14	8,4	-		9	5,4	-	
Übrige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34	21,3	130,0	*	21	13,2	97,5	
Krankheiten des Atmungssystems	9	5,6	-		13	8,4	-	
Alkoholische Leberkrankheiten	0	0,2	-		1	0,6	-	
Unfälle und Gewalteinwirkungen	6	4,0	-		11	7,2	-	
Suizide	0	0,0	-		0	0,1	-	
Übrige Unfälle und Gewalteinwirkungen	6	4,0	-		11	7,0	-	
Übrige Todesursachen	23	14,1	96,4		18	11,0	-	
Total	161	100,0	108,3	*	159	100,0	99,5	

^a Standardisierte Mortalitätsrate (SMR): Standardisierte Sterberate gemäss Europäischer Standardbevölkerung 2010, CH = 100. Die Rate wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 2008 und 2012 unter 100 liegt.

^b Signifikanz (*): Signifikante Unterschiede zwischen der Schweiz und dem Kanton Uri ($p < 0,05$).

Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2008–2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010

© Obsan 2015

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören im Kanton Uri zu den häufigsten Todesursachen, dies mit einem Anteil von 42,3% bei den Frauen und 35,3% bei den Männern. Sie liegen bei den Urnerinnen um 23,0% signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. Vor allem die «übrigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen» fallen für Urner Frauen deutlich höher aus als für Schweizerinnen. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache mit 21,7% bei den Urnerinnen und 30,5% bei den Urnern. Die Anzahl Krebsfälle weichen zwar nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab, allerdings lassen sich bei den «übrigen Krebserkrankungen» im Kanton Uri tendenziell höhere Anteile feststellen.

2.7.2 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Das Konzept der verlorenen potenziellen Lebensjahre schätzt die durchschnittliche Zeit, die eine Person erlebt hätte, wäre sie nicht «vorzeitig», d. h. vor einer festgelegten Altersgrenze (hier 75 Jahre), gestorben. Diese Berechnung wird verwendet, um den sozialen und ökonomischen Verlust vorzeitiger Todesfälle zu quantifizieren (Gardner & Sanborn, 1990). Konkret wird die Summe der Jahre berechnet, die von allen Individuen einer Bevölkerung nicht erlebt wurden, da sie vor dem 75. Lebensjahr verstorben sind (Alberta Health Services, 2011). Die Zahl wird altersstandardisiert gemäss der unter 75-jährigen Europäischen Standardpopulation 2010 angegeben (Eurostat, 2013, vgl. Fussnote 14).

Die verlorenen potenziellen Lebensjahre bis zur Altersgrenze 75 Jahre betragen im Kanton Uri 2012 3729 Jahre pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (Abb. 2.36). Im Vergleich mit den Schweizer Kantonen

hat Uri – hinter Appenzell Innerrhoden, Basel Stadt, Neuenburg und Appenzell Ausserrhoden – die fünft-höchste altersstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre. Der Kanton Uri liegt damit auch deutlich über dem Durchschnitt der Schweiz insgesamt (3373 Jahre pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner).

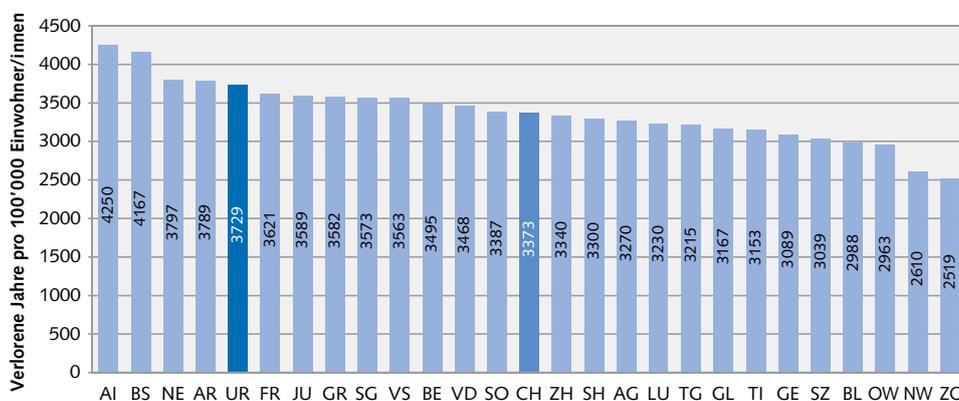
2.8 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die verschiedenen Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie diverse Gesundheitsressourcen, die Aufschluss über den Gesundheitszustand der Urner Bevölkerung geben, aufgezeigt. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt im Kanton Uri bei den Frauen mit 84,1 Jahren und bei den Männern mit 80,3 Jahren nahe beim Schweizer Durchschnitt (84,5 Jahre für Frauen und 80,1 Jahre für Männer). Die kantonale und nationale tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die Jahre derjenigen der Frauen etwas angenähert, was unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern zurückgeführt werden kann.

2007 und 2012 schätzen neun von zehn Urnerinnen und Urner ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Das Alter hat den grössten Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit. So berichten 15- bis 34-jährige Urnerinnen und Urner im Jahr 2012 deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit (95,7%) als 65-Jährige und Ältere (73,8%). Auch bei einem höheren

Altersstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre, Schweiz und Kantone, 2012

Abb. 2.36



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2012; Eurostat – Europäische Standardbevölkerung 2010

© Obsan 2015

Bildungsniveau wird öfter ein (sehr) guter Gesundheitszustand angegeben. Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand wird massgeblich durch körperliche Beschwerden und psychische Belastungen, aber auch durch Gesundheitsressourcen wie Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung geprägt.

Gut ein Fünftel (21,8%) der Urner Bevölkerung hat 2012 ein lang andauerndes Gesundheitsproblem, was deutlich unter dem Schweizer Mittel liegt (31,9%). 2007 berichteten noch 26,4% der Urnerinnen und Urner von einem lang andauernden Gesundheitsproblem (Unterschied nicht signifikant). Die häufigsten starken körperlichen Beschwerden im Kanton Uri sind Rücken- oder Kreuzschmerzen (6,2%), allgemeine Schwäche/Müdigkeit (5,1%) und Kopfschmerzen (4,3%). Zwischen 2007 und 2012 hat der Anteil Personen, die an körperlichen Beschwerden leiden, sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz abgenommen. Demgegenüber ist für die Schweiz eine Zunahme der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes zu verzeichnen. Der Kanton Uri weist bezüglich akuten Myokardinfarkts und Herzinsuffizienz eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz aus, die aber aufgrund der geringen Fallzahlen zu relativieren ist.

22,1% der Urner Bevölkerung geben eine chronische Erkrankung an und 8,0% sind von mindestens zwei solchen Krankheiten (Multimorbidität) betroffen. Im Jahr vor der Befragung haben 13,3% der Urnerinnen und 26,2% der Urner einen Unfall erlitten. Damit verunfallen Männer deutlich häufiger als Frauen, vor allem bei der Arbeit und beim Sport. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind schliesslich oft Stürze zu verzeichnen: Rund ein Viertel der Befragten in dieser Altersgruppe – im Kanton und auch national – erwähnen mindestens einen Sturz im Jahr vor der Befragung.

Neben der körperlichen Gesundheit wurde im vorliegenden Kapitel auch die psychische Gesundheit der Bevölkerung analysiert. Urnerinnen und Urner fühlen sich nicht nur seltener psychisch belastet (11,7%) als der Schweizer Durchschnitt (18,0%), sie weisen auch seltener Depressionssymptome auf. Ausserdem verzeichnet die Urner Bevölkerung im kantonalen Vergleich 2012 das höchste Energie- und Vitalitätsniveau und verfügt mit einem Anteil von 46,1% über eine starke soziale Unterstützung. Etwa drei von zehn Befragten (30,3%) empfinden manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle, was signifikant unter dem Schweizer Anteil von 36,1% liegt, seit 2007 aber tendenziell angestiegen ist.

Zwischen 1990 und 2012 haben die altersstandardisierten Mortalitätsraten im Kanton Uri und in der Schweiz abgenommen. Während Urner Männer eine ähnlich hohe Sterberate wie Schweizer Männer ausweisen, ist die Mortalitätsrate bei den Urnerinnen signifikant höher als bei den Schweizerinnen. Auch die altersstandardisierte Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre liegt im Kanton Uri über dem Schweizer Durchschnitt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören mit einem Anteil von 42,3% bei den Frauen und 35,3% bei den Männern zu den häufigsten Todesursachen im Kanton Uri. Sie liegen bei den Urnerinnen signifikant über dem Schweizer Anteil. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache mit einem Anteil von 21,7% bei den Urnerinnen und 30,5% bei den Urnern.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Individuelle Verhaltensweisen und deren Veränderungen im Zeitablauf haben sowohl positive als auch negative Einflüsse auf die Gesundheit einer Bevölkerung. Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel etc.) stellen wichtige Risikofaktoren für jene Erkrankungen dar, welche in vielen Ländern weltweit zu den häufigsten Todesursachen gehören.

In den europäischen Ländern hängen sechs der acht wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit mit dem Essverhalten und der körperlichen Aktivität zusammen. Es handelt sich dabei um Bluthochdruck, Übergewicht oder Adipositas, Bewegungsmangel, erhöhten Cholesterinspiegel, erhöhten Blutzuckergehalt und ungenügenden Konsum von Obst und Gemüse (WHO, 2009). Zwei weitere Faktoren zum Substanzkonsum, der zu einer Abhängigkeit führen kann, vervollständigen die Liste: Rauchen (zweitstärkster Mortalitätsrisikofaktor) und Alkohol (siebtstärkster Risikofaktor). Es zeigt sich zudem, dass sich die Risiken deutlich erhöhen, wenn verschiedene dieser Faktoren kombiniert vorhanden sind (Åkesson et al., 2014).

«Disability-adjusted live years» (DALYs) gelten als Mass für die Belastung einer Bevölkerung durch Krankheiten. DALYs werden definiert als die Summe gesunder Jahre, welche entweder durch vorzeitige Sterblichkeit oder durch Behinderung für eine Bevölkerung verloren werden. Es zeigt sich, dass in Europa Tabak und Alkohol die beiden Hauptursachen für den Verlust von gesunden Lebensjahren sind, gefolgt von hohem Blutdruck. Menschen mit geringem Einkommen sind dabei viel stärker von solchen Risikofaktoren betroffen als Personen mit hohem Einkommen (WHO, 2009).

Da Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes bereits in Abschnitt 2.4.2 behandelt wurden, konzentriert sich vorliegendes Kapitel auf verhaltensbedingte gesundheitliche Risikofaktoren. In Unterkapitel 3.1 werden die Gesundheitseinstellungen der Schweizerinnen und Schweizer sowie der Urnerinnen und Urner untersucht. Anschliessend folgt Unterkapitel 3.2 zum Körpergewicht, den Ernährungsgewohn-

heiten und dem Ausmass körperlicher Aktivität der Urner Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz. In Unterkapitel 3.3 wird der Konsum psychoaktiver Substanzen behandelt, d. h. Produkte, deren Konsum eine Bewusstseinsänderung herbeiführen kann und die ein Abhängigkeitspotenzial bergen. Der Tabakkonsum der Urner Bevölkerung wird als erstes beschrieben. Darunter fällt auch das «Passivrauchen», also die Inhalation von Tabakrauch durch Nichtraucherinnen und Nichtraucher. Im Weiteren wird das Ausmass des Alkoholkonsums der Urnerinnen und Urner präsentiert. Auf die Verbreitung des Cannabiskonsums, welcher bei häufigem Konsum ebenfalls gesundheitsschädigende Effekte haben kann, wird auch kurz eingegangen. Schliesslich wird der Medikamentenkonsum im Kanton beschrieben, welcher ebenfalls zu unerwünschten Nebenwirkungen führen kann.

3.1 Gesundheitseinstellungen

Das Interesse der Menschen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit gibt wertvolle Informationen über die Bedeutung, die sie diesem Aspekt ihres Lebens beimessen. Im Gegensatz zur SGB 2007, welche eine Reihe von Fragen zu Wissen und Kompetenzen im Bereich Gesundheit enthält, behandelt die SGB 2012 diese Thematik nicht mehr. Es ist in Fachkreisen jedoch erwiesen, dass die Bedeutung, die jemand seiner eigenen Gesundheit beimisst, als indirekter Indikator für die Gesundheitskompetenz dieser Person angesehen werden kann (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass Personen mit Interesse am Thema «Gesundheit» auch eher gesundheitsfördernde Ratschläge befolgen. Es ist aber auch möglich, dass manche Menschen an diesem Thema mehr interessiert sind, da ihre Gesundheit bereits angeschlagen ist. Ein Teil der Bevölkerung zeigt ausserdem kein Interesse, da andere Themen als wichtiger eingestuft werden (Wohn- und Arbeitssituation, verfügbare finanzielle Mittel etc.).

Auf die Frage zur Bedeutung der eigenen Gesundheit konnten die Befragten in der SGB zwischen drei Antworten wählen:

- 1) «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» (unbekümmert);
- 2) «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» (beachtend);
- 3) «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (orientiert).

Im Kanton Uri sind 11,9% der Befragten bezüglich der eigenen Gesundheit «unbekümmert», 69,0% «beachtend» und 19,1% «orientiert» (Anhang A-3.1). Diese Anteile entsprechen in etwa dem Schweizer Durchschnitt (14,4% Unbekümmerte, 67,0% Beachtende und 18,6% Orientierte). Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Personen mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung gesamtschweizerisch um 2,1 Prozentpunkte signifikant angestiegen. Für die beiden anderen Ausprägungen und den Kanton Uri sind im Zeitvergleich keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

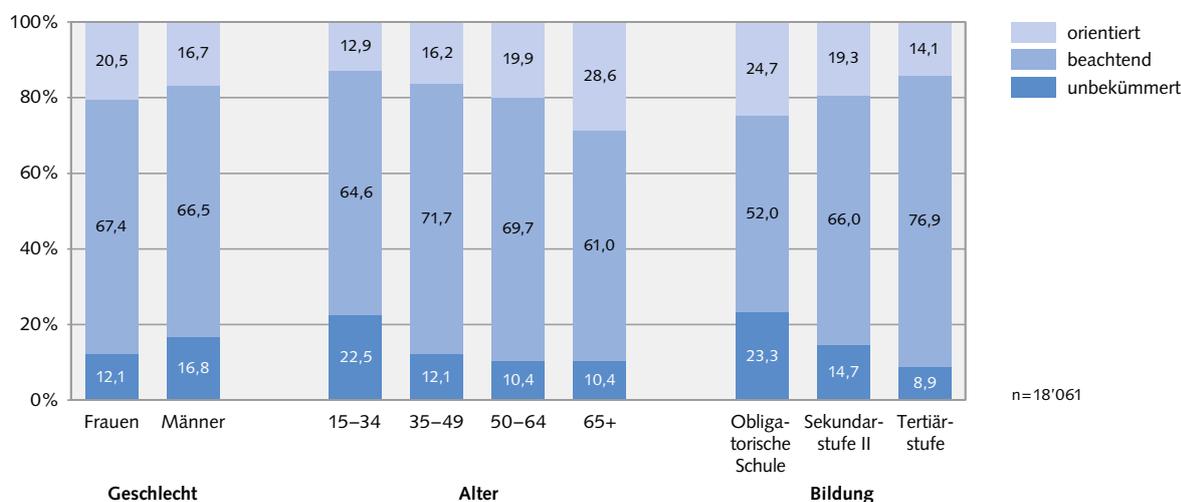
Frauen achten häufiger auf ihre Gesundheit als Männer

Die Gesundheitseinstellungen variieren nach Geschlecht, Alter und Bildung (Abb. 3.1). Die Ergebnisse werden im Folgenden für die Gesamtschweiz gezeigt, da die Unterschiede im Kanton Uri kaum signifikant sind, jedoch in die gleiche Richtung weisen wie im Schweizer Durchschnitt.

Frauen achten häufiger auf ihre Gesundheit als Männer (Einstellung «orientiert»). Sie zeigen sich umgekehrt seltener unbekümmert bezüglich ihrer Gesundheit. Die grössten Unterschiede sind nach Alter festzustellen: Während 22,5% der 15- bis 34-Jährigen eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung angeben, sinkt dieser Anteil bei den 35- bis 49-jährigen Personen auf 12,1% und stabilisiert sich bei 10,4% bei den Personen ab 50 Jahren. Die Anteile der gesundheitlich orientierten Personen zeigen einen umgekehrten Verlauf mit einem Maximum von 28,6% bei den über 65-Jährigen und einem Minimum von 12,9% bei den 15- bis 34-jährigen Personen.

Ein deutlicher sozialer Gradient bezüglich Gesundheitseinstellungen lässt sich bei der Betrachtung nach Bildungsniveau feststellen: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind hinsichtlich ihrer Gesundheit häufiger unbekümmert (23,3%) als Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II (14,7%). Diese sind ihrerseits häufiger unbekümmert als Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (8,9%). Ein ähnliches Bild zeigt sich für die orientierte Gesundheitseinstellung: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung geben am häufigsten an, dass gesundheitliche Überlegungen ihr Leben bestimmen (24,7%). Dieses scheinbar widersprüchliche Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass die Kategorie «obligatorische Schule» viele 15- bis 34-jährige Personen beinhaltet, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben. Enthalten sind auch einige 65-jährige und ältere Personen, davon insbesondere Frauen, welche ein tiefes Bildungsniveau aufweisen. Die

Gesundheitseinstellung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Schweiz, 2012 **Abb. 3.1**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

im Vergleich zu den höheren Bildungsstufen relativ grossen Anteile unbekümmerter und orientierter Personen kommt folglich in dieser Bildungskategorie aufgrund einer Überzahl jüngerer und älterer Personen und gleichzeitiger Unterzahl von Personen im mittleren Alter zustande.

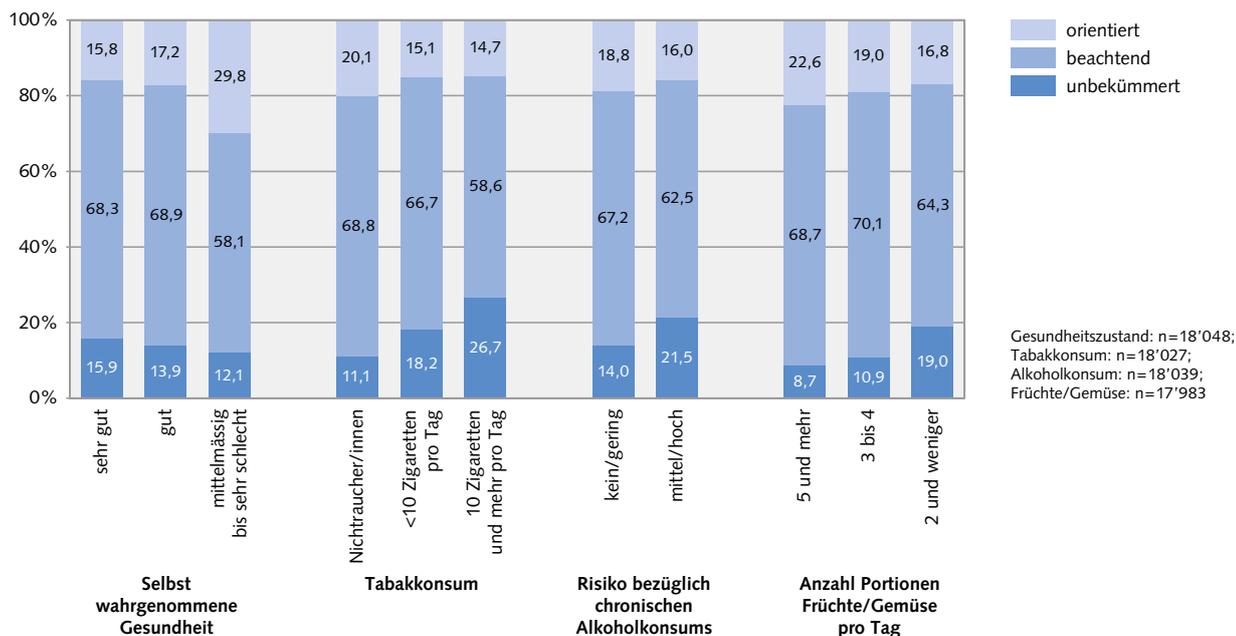
Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen gehen mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung einher

Die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und der Gesundheitszustand hängen mit der Gesundheitseinstellung zusammen (Abb. 3.2). Personen, die ihre Gesundheit als mittelmässig bis sehr schlecht einschätzen, geben seltener eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung an (12,1%) als Personen, die einen sehr guten Gesundheitszustand ausweisen (15,9%). Die Befragten mit ungünstigem Gesundheitsverhalten zeigen sich auch häufiger unbekümmert bezüglich ihrer Gesundheit. Dies gilt insbesondere für den Tabakkonsum: Raucherinnen und Raucher, die 10 Zigaretten und mehr pro Tag konsumieren, sind bezüglich ihrer Gesundheit deutlich unbekümmerter (26,7%) als Nichtraucherinnen und Nichtraucher (11,1%). Mässige Raucherinnen und Raucher (unter 10 Zigaretten pro Tag) nehmen mit einem Anteil von 18,2% Unbekümmerter eine mittlere Position ein.

Weiter sorgen sich 21,5% der Befragten mit einem mittleren bis hohen Risiko für chronischen Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit. Im Vergleich dazu sind es 14,0% der Befragten, die nur ein minimales oder gar kein Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums haben. Schliesslich geben Personen, die fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag essen, nur selten eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung an (8,7%), während dieser Anteil bei den Befragten, die lediglich zwei Portionen oder weniger pro Tag konsumieren, auf 19,0% steigt.

Gesundheitseinstellung, nach Gesundheitszustand und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Schweiz, 2012

Abb. 3.2



Definitionen: Selbst wahrgenommene Gesundheit vgl. 2.2; Alkoholkonsum vgl. 3.3.3.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

Im Rahmen der nationalen Präventionsprogramme hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2008 das Nationale Programm Ernährung und Bewegung (NPEB) lanciert (BAG, 2013c). Das NPEB läuft noch bis 2016 und verfolgt das Ziel, in der Schweizer Bevölkerung eine ausgewogene Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität zu fördern. Damit soll wirkungsvoll gegen Übergewicht, Adipositas und weitere damit verbundene nichtübertragbare Krankheiten vorgegangen werden. Mit dem NPEB soll allen Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit und die Motivation gegeben werden, sich täglich zu bewegen. Ein günstiges Umfeld für Bewegung (z. B. die Förderung von Fahrradwegen oder Grünflächen) soll jeden ermutigen, körperlich aktiv zu sein – zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit, auf Reisen und in der Freizeit. Im Kanton Uri läuft seit 2008 das Aktionsprogramm «Gesundes Körpergewicht», welches durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt wird und sich schwerpunktmässig auf Kinder und Jugendliche fokussiert.²⁰

3.2.1 Übergewicht

Übergewicht betrifft eine übermässige Ansammlung von Fettgewebe im menschlichen Körper und kann gesundheitsschädigende Folgen haben. Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr die vom Körper benötigte Menge übertrifft. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas hat in den letzten zehn Jahren weltweit stark zugenommen (Finucane et al., 2011). In vielen OECD-Ländern (OCDE, 2013) ist Übergewicht zu einem der Hauptprobleme der öffentlichen Gesundheit geworden (WHO, 2000). Ein erhöhtes Körpergewicht gilt als Risikofaktor für verschiedene gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma), Erkrankungen des Bewegungsapparates und einige Formen von Krebs (OCDE, 2013). Eine Schweizer Studie hat allerdings gezeigt, dass nur Adipositas (nicht jedoch Übergewicht) ein erhöhtes Risiko für die Gesamtmortalität und die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei Krebs beinhaltet. Daraus folgt, dass Präventionsmassnahmen primär auf Personen mit Normal- und Übergewicht zielen sollten, um zu verhindern, dass diese adipös werden (Faeh et al., 2011).

Durch die Lebensbedingungen in modernen Gesellschaften hat sich der Energiebedarf der Menschen verringert. Eine systematische Literaturrecherche hat ergeben, dass die entscheidenden Umweltfaktoren, die zur Zunahme von Übergewicht in den OECD-Ländern geführt haben, genau jene sind, die das individuelle und soziale Wohlbefinden deutlich gesteigert haben (z. B. moderne Arbeitsformen, Transportmittel, Raumheizung, Aufzüge). Die «Epidemie» des Übergewichts ist daher ein integraler Bestandteil des Fortschritts (Schmidhauser et al., 2009).

Die wirtschaftlichen Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas sind erheblich. In der Schweiz werden die gesamten direkten und indirekten Krankheitskosten von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2012 auf 8 Milliarden Franken geschätzt (Schneider & Venetz, 2014). Dieselben Kosten waren auf 2,7 Milliarden Franken im Jahr 2002 (Schmid et al., 2005) und auf 5,8 Milliarden Franken im Jahr 2007 (Schneider et al., 2009) geschätzt worden. Die Gesamtkosten haben sich in zehn Jahren somit fast verdreifacht, allerdings wurden in der jüngsten Studie mehr Erkrankungen berücksichtigt.

Die direkten Kosten von Übergewicht und Adipositas betragen 77 Millionen Franken im Jahr 2012 (47 Millionen Franken im Jahr 2007) und beinhalten Kosten für Medikamente, Arztkonsultationen sowie für Operationen. Diese stellen aber nur ein Prozent der Gesamtkosten dar. Über 4,7 Milliarden Franken (3,9 Milliarden Franken im Jahr 2007) wurden für die direkten Kosten der von Übergewicht bedingten Folgeerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck ausgegeben. Die indirekten Kosten dieser Erkrankungen werden im Jahr 2012 auf 3,3 Milliarden Franken geschätzt (1,9 Milliarden Franken im Jahr 2007) und enthalten die Kosten für einen vorzeitigen Tod oder den Verlust des Arbeitsplatzes.

Der Body Mass Index (BMI), welcher zur Bewertung des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergrösse benutzt wird (vgl. Kasten), wird bei Bevölkerungsstudien häufig verwendet. Sein Vorteil ist die einfache und schnelle Berechnung. Von Nachteil ist jedoch, dass der BMI keine Information zur Körperzusammensetzung misst wie beispielsweise den Anteil Körperfett oder Muskeln. Es wurde jedoch gezeigt, dass der BMI mit dem Körperfettanteil, der Morbidität und der Mortalität korreliert ist und dass sich mit ihm künftige Gesundheitsrisiken übergewichtiger Menschen vorhersagen lassen (Malatesta, 2013). In der Schweiz zeigen Selbstangaben aus Befragungen im Vergleich zu objektiven Messdaten eine deutliche Unterschätzung von Übergewicht, dies ist insbesondere bei älteren Menschen der Fall. Allerdings

²⁰ www.gesundheitsfoerderung-uri.ch → Bewegung und Ernährung (Zugriff am 11.03.2015).

Der **Body Mass Index (BMI)** ist folgendermassen definiert:

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$$

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000) gilt für 18-jährige und ältere Personen:

BMI < 18,5:	Untergewicht
BMI 18,5 bis < 25:	Normalgewicht
BMI 25 bis < 30:	Übergewicht
BMI 30 und mehr:	Adipositas (starkes Übergewicht)

sind selbst berichtete Daten insofern zuverlässig, als dass sie die Zunahme von Übergewicht in der Bevölkerung aufzeigen und die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen identifizieren können (Faeh et al., 2008).

Die Verwendung des BMI erlaubt soziodemografische, zeitliche und geografische Vergleiche. Das mit dem BMI gemessene Übergewicht kommt in allen Gesellschaftsklassen vor, es gibt jedoch klare Unterschiede. In der Schweiz stellt der Datensatz zu den Stellungspflichtigen für den Militärdienst eine wertvolle Informationsquelle dar, in der seit 1875 rund 90% der Schweizer Männer eines Geburtsjahres untersucht werden. Es zeigt sich, dass im Jahr 2012 in der Gruppe der 19-Jährigen gut ein Viertel (25,5%) einen BMI von über 25 kg/m² haben, dies entspricht einer Zunahme um 8,0 Prozentpunkte gegenüber 2004 (Radoslaw et al., 2013). Stellungspflichtige mit niedrigem Berufsstatus sind im Jahr 2012 bei hohen BMI-Werten übervertreten. Das Gegenteil wurde noch in den Jahren 1875 bis 1879 beobachtet (Staub et al., 2010). Die Studie weist ebenfalls auf regionale Unterschiede hin: Beispielsweise finden sich niedrigere BMI-Werte in den Bezirken am Genfersee, am Zürichsee und am Zugersee, in der Ostschweiz und in

Teilen der Kantone Graubünden und Wallis. Höhere BMI-Werte sind dagegen bei Wehrpflichtigen aus ländlichen Regionen festzustellen. Eine detaillierte Analyse der SGB-Daten seit 1992 zeigt, dass Übergewicht und Adipositas mit einem niedrigen Bildungsniveau zusammenhängen und dass die beobachtete Zunahme zwischen 1992 und 2007 bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau am grössten ist (Marques-Vidal et al., 2010).

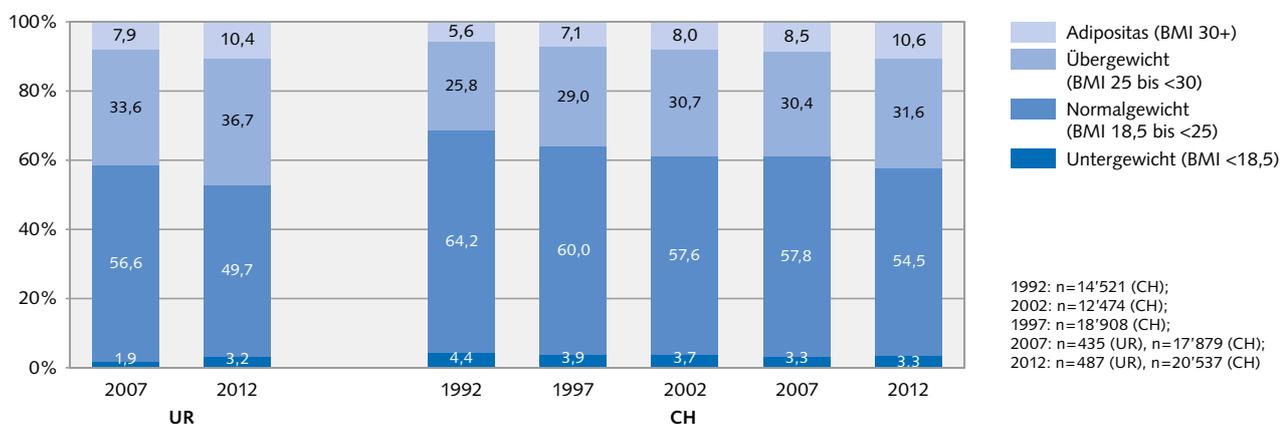
Zunahme von Übergewicht (inkl. Adipositas) im Kanton Uri und in der Schweiz

Abbildung 3.3 zeigt, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Uri und der Schweiz von Übergewicht betroffen ist. Im Jahr 2012 sind 36,7% der 18-jährigen und älteren Urnerinnen und Urner übergewichtig und 10,4% sind adipös. Gesamtschweizerisch haben 31,6% der Befragten ein Übergewicht und 10,6% Adipositas. Die Anteile im Kanton Uri unterscheiden sich zwar nicht signifikant vom Schweizer Mittel, die Urner Bevölkerung weist aber bezüglich Übergewicht (ohne Adipositas) eher überdurchschnittliche Werte auf und hat signifikant höhere Anteile an Übergewichtigen als die Kantone Waadt, Freiburg und Zürich (Anhang A-3.2).

Zwischen 1992 und 2012 hat der Anteil Übergewichtiger in der Schweiz von 25,8% auf 31,6% zugenommen, jener der Adipösen von 5,6% auf 10,6%. Auch im Kanton Uri ist zwischen 2007 und 2012 eine Zunahme des Anteils Übergewichtiger (inkl. Adipositas) festzustellen, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Körpergewicht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2012
(18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Das Risiko für Adipositas ist bei Schweizer Personen mit einem Tertiärabschluss zweimal niedriger als bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung

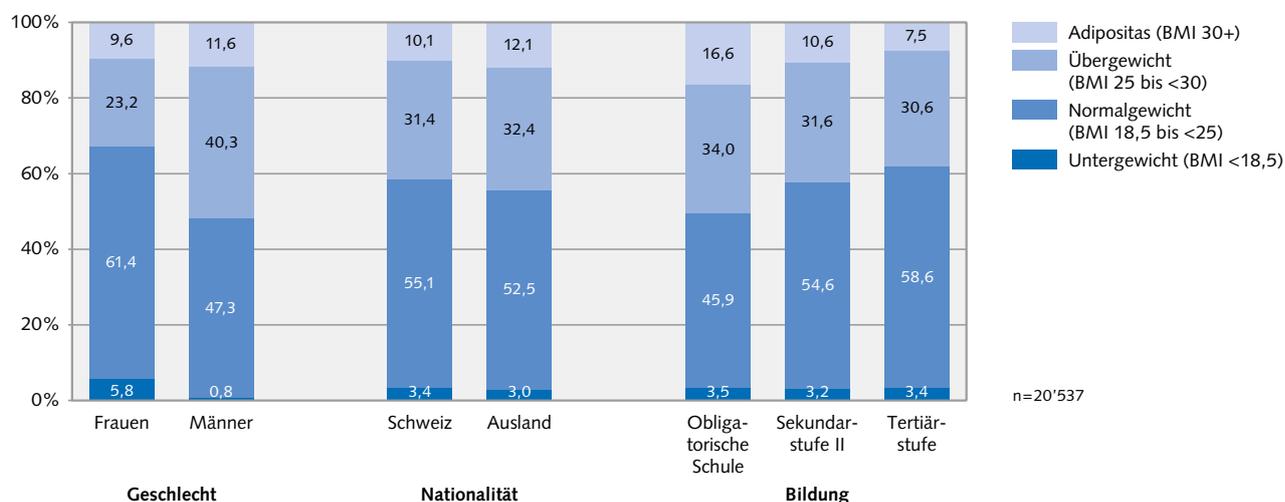
Abbildung 3.4 zeigt den BMI auf Ebene Schweiz nach Geschlecht, Nationalität und Bildungsniveau. Die entsprechenden Daten für den Kanton Uri sind in Abbildung 3.5 dargestellt. Schweizer Frauen (32,8%) sind signifikant seltener von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen als Schweizer Männer (51,9%). Hingegen weisen Schweizerinnen deutlich häufiger auf ein Unter-

gewicht (5,8%) als Schweizer (0,8%). Diese Geschlechterunterschiede sind auch im Kanton Uri festzustellen: 39,0% der Urnerinnen und 55,4% der Urner berichten von Übergewicht (inkl. Adipositas) und 6,3% der Urnerinnen bzw. 0,0% der Urner sind von Untergewicht betroffen.

Ausländerinnen und Ausländer sind sowohl gesamtschweizerisch als auch im Kanton Uri häufiger übergewichtig (einschliesslich adipös) als Schweizerinnen und Schweizer, die Unterschiede sind jedoch lediglich für die Schweizer Werte und bezüglich Adipositas signifikant.

Körpergewicht, nach Geschlecht, Nationalität und Bildung, Schweiz, 2012
(18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.4

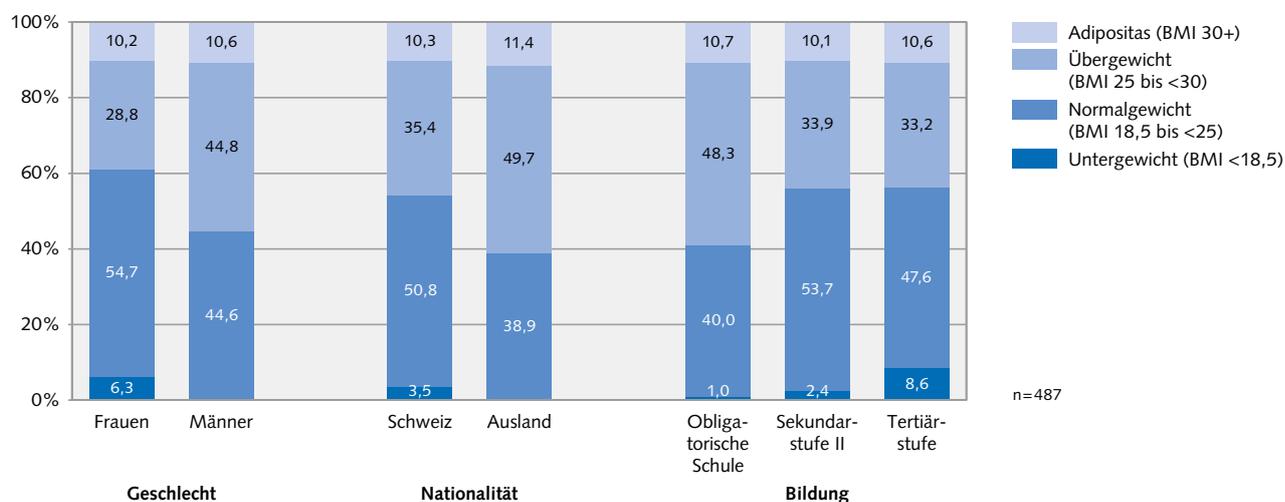


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Körpergewicht, nach Geschlecht, Nationalität und Bildung, Kanton Uri, 2012
(18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ein klares soziales Gefälle ist in der Schweiz ausserdem mit Blick auf das Bildungsniveau zu beobachten: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind deutlich häufiger von Adipositas betroffen als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe. Dieser Unterschied bezüglich Adipositas ist im Kanton Uri nicht festzustellen, allerdings sind Urnerinnen und Urner ohne nachobligatorische Ausbildung tendenziell häufiger übergewichtig (48,3%) als Urnerinnen und Urner in den beiden anderen Bildungsstufen (je ein Drittel; Unterschied nicht signifikant).

Im Kanton Uri und in der Schweiz nimmt der Anteil übergewichtiger Personen (inkl. Adipositas) mit dem Alter zu (Abb. 3.6). Eine Ausnahme ist für die Urner Männer im Alter zwischen 35 und 49 Jahren zu beobachten. Diese sind mit einem Anteil von 63,1% am

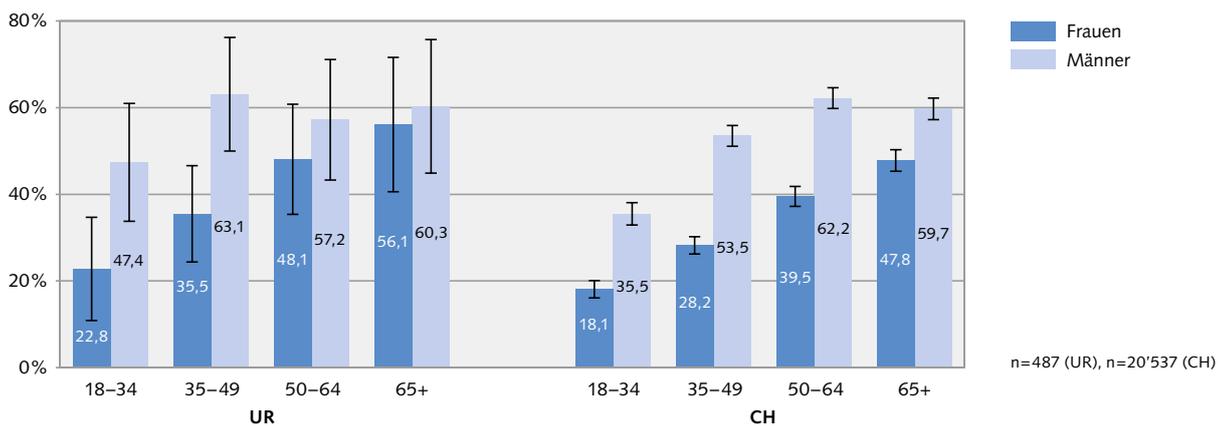
stärksten von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen, was bereits im Jahr 2007 beobachtet werden konnte. In der Schweiz geht der Anteil übergewichtiger Männer ab 65 Jahren geringfügig zurück.

Die Geschlechterunterschiede sind in den tiefen Altersklassen am ausgeprägtesten. Bei den 18- bis 34-Jährigen sind Männer sowohl im Kanton Uri als auch im Durchschnitt der Schweiz rund doppelt so häufig von Übergewicht betroffen wie Frauen. Anders als auf der Ebene der Gesamtschweiz bestehen im Kanton Uri bei den über 65-Jährigen bezüglich Übergewicht kaum mehr Geschlechterunterschiede.

Übergewichtige Personen sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als Normalgewichtige. Es können jedoch deutliche Geschlechterunterschiede beobachtet werden (Abb. 3.7). Fast die Hälfte der

Übergewicht (inkl. Adipositas), nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.6

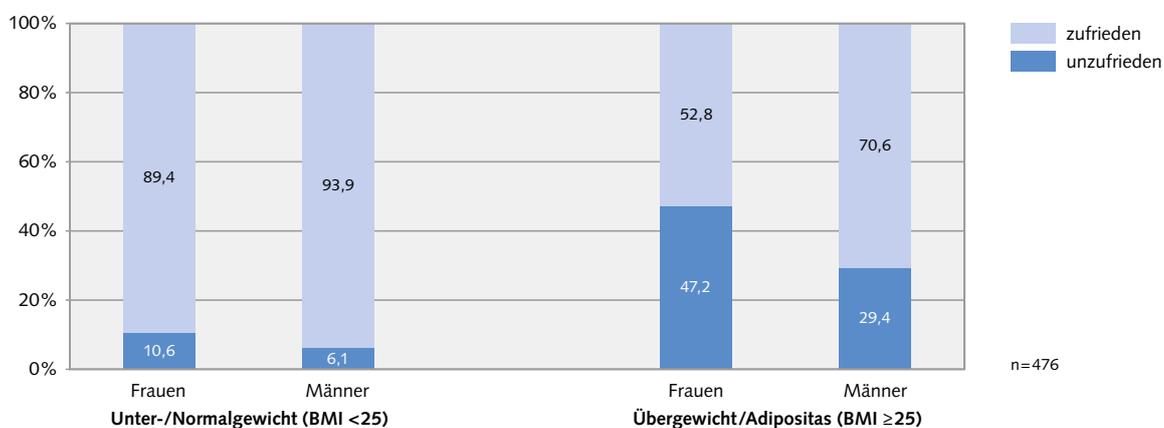


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht, nach Geschlecht, Kanton Uri, 2012 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

übergewichtigen Urnerinnen und rund ein Drittel der übergewichtigen Urner sind mit ihrem Körpergewicht unzufrieden. Bei Personen mit Unter- oder Normalgewicht sind 10,6% der Frauen und 6,1% der Männer bezüglich Gewicht nicht zufrieden. Der Anteil der Unzufriedenen ist im Kanton Uri zwischen 2007 und 2012 jedoch zurückgegangen. Ein Geschlechterunterschied zeigt sich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen zwölf Monaten eine Diät gemacht habe: 7,9% der Urnerinnen und 3,4% der Urner bejahen dies (Daten nicht dargestellt).

3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitskonsum

Eine ausgewogene Ernährung ist Teil eines gesunden Lebensstils, beeinflusst das geistige und körperliche Wohlbefinden und trägt dazu bei, ernährungsbedingten Krankheiten vorzubeugen. Der sechste Schweizerische Ernährungsbericht (Keller et al., 2012) fasst auf der Grundlage der Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (Lüthy et al., 2012) die wichtigsten Aspekte einer gesunden Ernährung zusammen. Diese besteht gemäss der in der Schweiz etablierten Lebensmittelpyramide aus reichlich pflanzlichen Lebensmitteln (Gemüse, Früchte, Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Getreide etc.) ergänzt mit Milchprodukten und in kleineren Mengen mit Fleisch, Fisch, Eiern sowie Nüssen und hochwertigen Pflanzenölen.

Für eine ausgewogene Ernährung ist zunächst ein ausreichender alkoholfreier Flüssigkeitskonsum notwendig. Der menschliche Körper besteht zu ungefähr 60% aus Wasser, und dieser Wasserhaushalt ist für Stoffwechselprozesse von wesentlicher Bedeutung (Kleiner, 1999). Es wird empfohlen, pro Tag einen bis zwei Liter ungesüsster Getränke – vorzugsweise Wasser – zu trinken.

Früchte und Gemüse sind die Grundlage für eine gesunde Ernährung. Sie stimulieren die Verdauung und enthalten eine grosse Anzahl von Nährstoffen bei gleichzeitig niedriger Kalorienzufuhr. Untersuchungen haben die Bedeutung von Früchten und Gemüse in der Prävention von Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachgewiesen (IARC, 2003). Es wird empfohlen, täglich fünf Portionen Früchte bzw. Fruchtsäfte und/oder Gemüse bzw. Gemüsesäfte in verschiedenen Farben zu konsumieren.²¹ Eine Portion entspricht dabei ungefähr 120 Gramm bzw. zwei Dezilitern.

²¹ In der SGB 2012 gilt die Empfehlung als erfüllt, wenn an mindestens fünf Tagen in der Woche fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse gegessen wird.

Milch oder Milchprodukte sollten mehrmals täglich eingenommen werden.²² Die Empfehlung gilt als erfüllt, wenn Personen an mindestens sechs Tagen pro Woche Milch oder Milchprodukte konsumieren. Milchprodukte enthalten wichtige Nährstoffe, vor allem Kalzium, das für die Knochenbildung benötigt wird. Die Kalziumzufuhr kann ebenfalls mit etwas Trockenobst und einigen Mineralwassern gesichert werden. Eine kalziumarme Ernährung gilt als einer der Risikofaktoren für Osteoporose.

Eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung beinhaltet auch den Konsum von proteinhaltigen Lebensmitteln. Fleisch enthält Nährstoffe wie Proteine und Vitamine, aber auch tierische Fette, die ungesund und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich sein können. Deshalb sollte mageres Fleisch fettreichem Fleisch vorgezogen werden. In den Ernährungsempfehlungen wird angeraten, täglich eine Portion Fleisch, Fisch, Eier oder andere proteinreiche Lebensmittel zu essen. Der tägliche Verzehr von Fleisch (oder an mindestens sechs Tagen in der Woche) wird aber als übermässig beurteilt, weil damit die anzustrebende Variation im Konsum von vitamin- und proteinreichen Lebensmitteln eingeschränkt wird. Aufgrund der ungesättigten Fettsäuren sollte auch Fisch in einer gesunden und ausgewogenen Ernährung nicht fehlen. Fisch enthält ebenfalls Vitamine und Mineralstoffe. Um die Proteinquellen zu variieren, wird empfohlen, mindestens einmal pro Woche Fisch zu essen.

Diese Empfehlungen sind allgemein und gelten für gesunde Erwachsene. Sie sind nicht auf die Bedürfnisse bestimmter Personengruppen zugeschnitten, deren Nahrungsbedarf vom Durchschnitt abweicht wie beispielsweise junge Menschen im Wachstum, Personen mit bestimmten Erkrankungen (z. B. Diabetes), sehr alte Menschen oder Personen in einem bestimmten Lebensabschnitt (z. B. Schwangerschaft). Um sich ausgewogen und gesund zu ernähren, sind ein entsprechendes Wissen und das Bewusstsein der gesundheitlichen Bedeutung daher Voraussetzung.

Urner Männer achten weniger auf die Ernährung als Schweizer Männer

2012 gibt die Bevölkerung des Kantons Uri (60,0%) deutlich seltener als der Schweizer Durchschnitt (67,9%) an, auf die Ernährung zu achten (Abb. 3.8). Dieser Unterschied ist dabei auf die Männer zurückzuführen, denn

²² Im Bericht werden zur Vereinfachung lediglich Personen berücksichtigt, die mindestens einmal pro Tag Milchprodukte konsumieren.

Urner (45,6%) achten signifikant seltener auf die Ernährung als Schweizer (60,6%). Erstaunlicherweise ist zwischen 2007 und 2012 der Anteil Personen, die auf die Ernährung achten, sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch um 10,9 bzw. 2,6 Prozentpunkte signifikant zurückgegangen (Anhang A-3.3).

Frauen haben ein deutlich grösseres Ernährungs-bewusstsein als Männer, sei es im Kanton Uri oder auf Schweizer Ebene. Für das Total der Schweiz lassen sich zudem signifikante Unterschiede bezüglich Nationalität sowie Urbanisierungsgrad feststellen: Ausländerinnen und Ausländer (64,7%) sowie Personen aus ländlichen Regionen (65,3%) achten seltener auf ihre Ernährung als Schweizerinnen und Schweizer (68,9%) sowie Personen aus städtischen Gebieten (68,9%). Schliesslich ist das Ernährungsbewusstsein bei höherem Bildungsniveau ausgeprägter. Allerdings weisen Urnerinnen und Urner mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe einen fast gleich grossen Anteil auf wie Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II.

Unterdurchschnittlicher Früchte- und Gemüsekonsum im Kanton Uri

Die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen, wird von 12,4% der Urner Bevölkerung befolgt; dies liegt signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt von 19,2% (Anhang A-3.3). Im kantonalen Quervergleich weist Uri sogar den kleinsten gesamtschweizerischen Anteil aus. Die Änderungen in den Fragen der SGB 2012 zu diesem Thema erlauben keinen zeitlichen Vergleich mit den

Daten 2007. Es konnten im Kanton Uri jedoch auch in der früheren Version der SGB zur Empfehlung «5 am Tag» unterdurchschnittliche Werte beobachtet werden (Obsan, 2010).

Gemäss SGB 2012 hält fast jede fünfte Urnerin (18,9%) die Empfehlung «5 am Tag» ein, bei den Männern (5,8%) sind es mehr als dreimal weniger (Abb. 3.9). Frauen befolgen diese Ernährungsempfehlung somit deutlich häufiger als Männer, die Urner Anteile liegen jedoch bei beiden Geschlechtern signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt. Bezüglich Anteil Personen, welche weniger als eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich nehmen, lassen sich 2012 keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz feststellen.

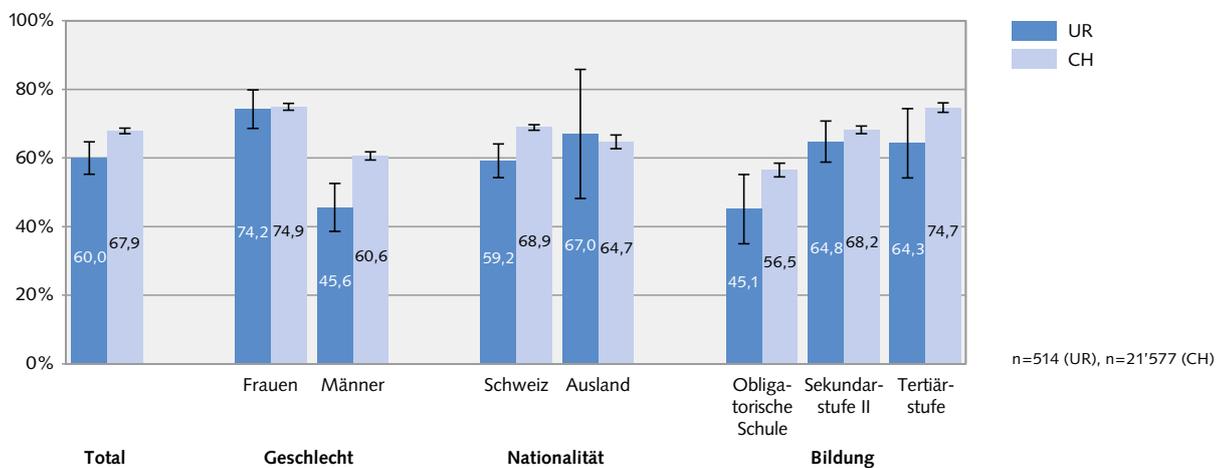
Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» wird allgemein von jungen Menschen und im Kanton Uri zudem von den 65-jährigen und älteren Personen am wenigsten oft befolgt (nicht signifikant). Es zeigt sich allerdings, dass der Anteil Personen, die weniger als eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag konsumieren, im Kanton wie in der Schweiz mit dem Alter deutlich sinkt.

Häufiger Konsum von Fleisch und Milchprodukten

Tabelle 3.1 zeigt den Konsum von Fleisch/Wurstwaren, von Fisch sowie von Milchprodukten im Kanton Uri und in der Schweiz. Im Gegensatz zur Zurückhaltung beim Früchte- und Gemüsekonsum wird im Kanton Uri überdurchschnittlich viel Fleisch konsumiert. Über ein Drittel der Urner Bevölkerung (38,4%) nimmt an mindestens sechs Tagen pro Woche Fleisch zu sich (Schweiz: 23,9%).

Personen, die auf die Ernährung achten, nach Geschlecht, Nationalität und Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 3.8

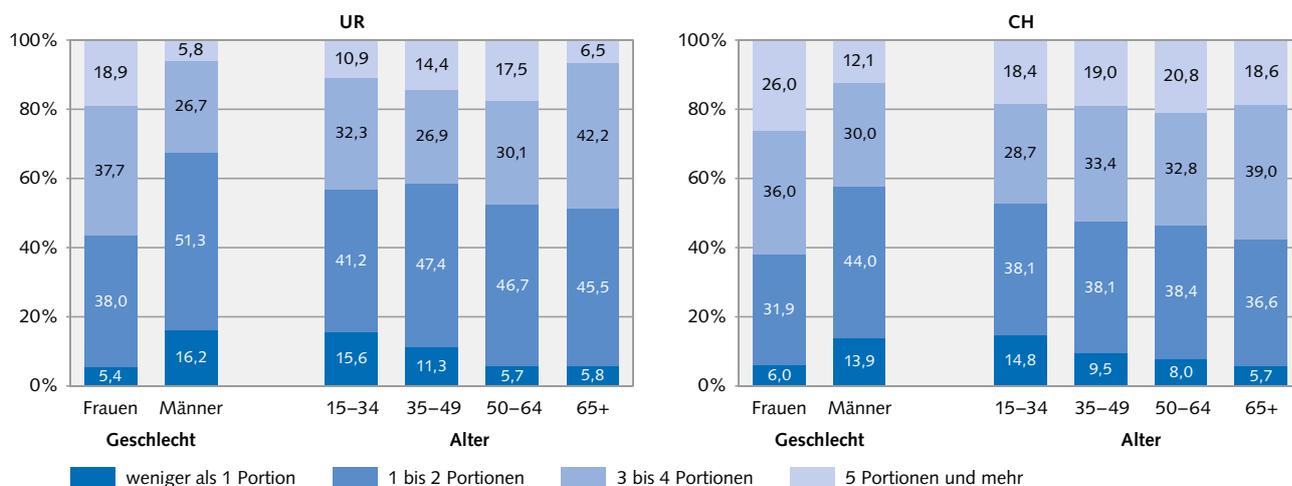


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 3.9



n=500 (UR), n=20'769 (CH)

Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» gilt als erfüllt, wenn die befragte Person an mindestens fünf Tagen pro Woche fünf oder mehr Portionen Früchte/Gemüse zu sich nimmt. Weniger als eine Portion bedeutet einen Früchte- oder Gemüsekonsum an weniger als fünf Tagen die Woche.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tab. 3.1 Konsum von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in %)

	6-7 Tage pro Woche		4-5 Tage pro Woche		1-3 Tage pro Woche		seltener/nie	
	UR	CH	UR	CH	UR	CH	UR	CH
Fleisch und Wurstwaren	38,4*	23,9	35,3	32,2	24,4*	40,1	1,9*	3,8
Fisch	.	0,3	0,4*	1,5	53,5*	63,4	46,1*	34,7
Milch und Milchprodukte	70,5*	64,8	12,6	12,5	14,6*	19,0	2,2	3,7

Fleisch/Wurstwaren: n=514 (UR), n=21'567 (CH); Fisch: n=514 (UR), n=21'576 (CH); Milch/Milchprodukte: n=514 (UR), n=21'577 (CH)

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich signifikant vom Schweizer Wert (p<0,05)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Der Anteil Personen, die nie oder nur seltener als einmal die Woche Fleisch essen, ist im Kanton Uri mit 1,9% dementsprechend sehr gering.

Fisch ist eine gute Alternative zu Fleisch, wird im Kanton Uri im Vergleich zur Gesamtschweiz aber nur sehr selten gegessen. Fast die Hälfte der Urnerinnen und Urner verzehrt keinen Fisch oder konsumiert ihn seltener als einmal pro Woche. Überdurchschnittlich häufig ist im Kanton Uri hingegen der Konsum von Milch und Milchprodukten: Diese werden von 70,5% der Urnerinnen und Urner im Vergleich zu 64,8% der Schweizerinnen und Schweizer an mindestens sechs Tagen pro Woche konsumiert. Zwischen 2007 und 2012 hat der Konsum von Milch und Milchprodukten sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch abgenommen (Daten nicht dargestellt).

Lediglich ein Viertel der Urner Bevölkerung mit ungenügender Flüssigkeitszufuhr

Rund ein Viertel (23,0%) der Bevölkerung des Kantons Uri gibt einen ungenügenden Konsum nicht-alkoholischer Flüssigkeiten von einem Liter oder weniger pro Tag an. Hingegen befolgen 58,5% der Urnerinnen und Urner die offiziellen Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung von täglich einem bis zwei Litern. 18,5% der Befragten im Kanton trinken über zwei Liter pro Tag.²³

²³ In vorliegender Analyse werden Personen, die einen Liter oder weniger nicht-alkoholische Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen, als Personen definiert, welche die Empfehlungen nicht befolgen. Dies deckt sich nicht genau mit den offiziellen Empfehlungen, die einen Flüssigkeitskonsum von mindestens einem Liter vorschlagen.

Die ungenügende Flüssigkeitszufuhr im Kanton Uri (23,0%) liegt signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt von 29,1%; dieser fällt vor allem aufgrund der überdurchschnittlichen Anteile in den lateinischen Kantonen höher aus (Anhang A-3.3). Wie aus Abbildung 3.10 zu entnehmen ist, geben Frauen häufiger als Männer an, lediglich einen Liter oder weniger pro Tag zu trinken, die Unterschiede sind jedoch nur auf Ebene Schweiz signifikant.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil Personen mit einem ungenügenden Konsum nicht-alkoholischer Flüssigkeiten. So trinken 12,0% der 15- bis 34-jährigen Urnerinnen und Urner nicht genügend, während dieser Anteil bei den über 65-Jährigen mehr als ein Drittel (37,9%) beträgt. Auch gesamtschweizerisch nimmt der ungenügende Flüssigkeitskonsum mit dem Alter zu, von 23,0% in der jüngsten Altersgruppe auf 41,9% bei den 65-Jährigen und Älteren.

3.2.3 Körperliche Aktivität

Eine regelmässige körperliche Aktivität geht gemäss verschiedener Studien mit positiven gesundheitlichen Effekten wie einer Verringerung von koronaren Herzerkrankungen, Insulinunverträglichkeit, Osteoporose, Darmkrebskrankungen und Depressionen einher (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Department of Health, 2011). Bewegungsmangel gilt hinter Bluthochdruck (13% aller Todesfälle; WHO,

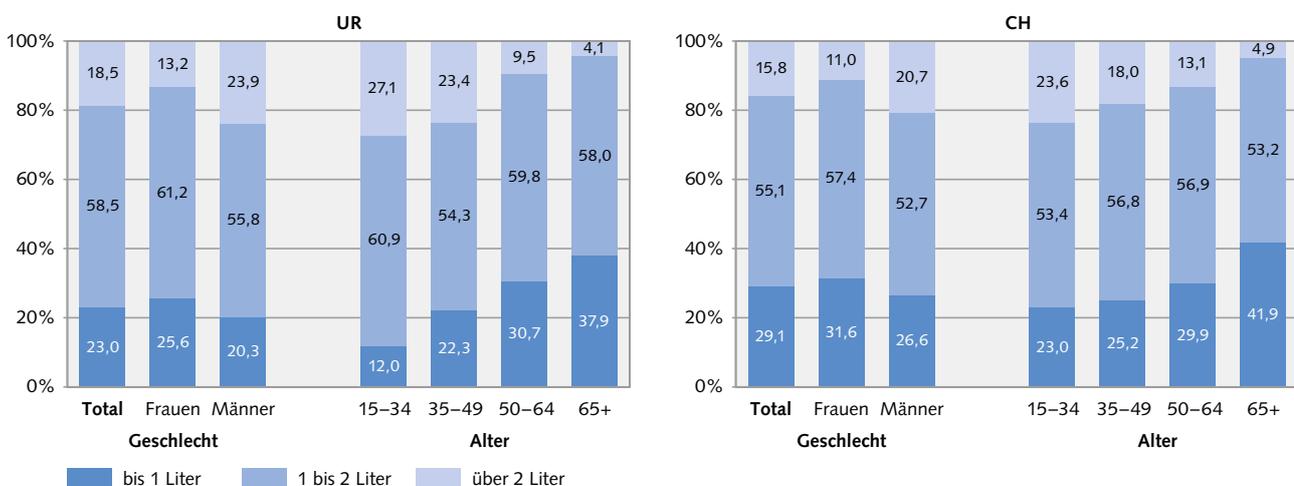
2011b), Rauchen (9%) und Diabetes (6%) weltweit als der viertwichtigste Risikofaktor für Sterblichkeit (6%). Körperliche Bewegung verursacht zudem einen wesentlichen Energieverbrauch und ermöglicht so eine bessere Gewichtskontrolle.

Es wird geschätzt, dass im Jahr 2011 Bewegungsmangel in der Schweiz mehr als 300'000 Krankheitsfälle verursacht und mehr als 1100 Todesopfer gefordert hat. Die direkten medizinischen Kosten hiervon belaufen sich auf 1,2 Milliarden Franken und entsprechen damit rund 1,8% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz. Darüber hinaus werden indirekte Kosten von rund 1,4 Milliarden Franken geschätzt (Mattli et al., 2014). In einer im Jahr 2001 publizierten Studie waren die direkten Kosten von Bewegungsmangel auf höhere 1,6 Milliarden Franken und die indirekten Kosten auf tiefere 0,8 Milliarden Franken geschätzt worden (Smala et al., 2001). Die Abnahme der direkten Kosten kann gemäss Mattli et al. (2014) auf eine vermehrte körperliche Aktivität in der Bevölkerung zurückgeführt werden. Die Zunahme der indirekten Kosten dagegen wird mit der verbesserten und umfangreicheren Definition dieser Kosten erklärt.

Das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch hat im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Sport (BASPO) sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität der Schweizer Bevölkerung erarbeitet (Netzwerk Gesundheit und Bewegung

Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 3.10



n=500 (UR), n=20'811 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Schweiz hepa.ch, 2013; BAG, 2013c). Es gelten folgende Empfehlungen für Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter:

- Mindestens 2½ Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität.
- Oder 1¼ Stunden Sport oder Bewegung pro Woche mit hoher Intensität.
- Auch Kombinationen von Bewegung mit verschiedenen Intensitäten sind möglich. 10 Minuten Bewegung mit hoher Intensität bringt dabei den gleichen gesundheitlichen Nutzen wie 20 Minuten mit mittlerer Intensität.

Bei einer Bewegung mit mittlerer Intensität kommt man etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen. Zügiges Gehen, Velofahren, Gartenarbeiten und andere Freizeit- oder Alltagsaktivitäten sind Beispiele solcher Bewegungsformen. Eine hohe Intensität weisen Aktivitäten auf, die beschleunigtes Atmen und zumindest leichtes Schwitzen verursachen. Die Autoren der Empfehlungen raten, die körperliche Aktivität auf mehrere Tage in der Woche zu verteilen. Jede Bewegung von mindestens

10 Minuten Dauer kann dabei zusammengezählt werden. Im Kasten wird der Index der körperlichen Aktivität dargestellt, welcher auf den Empfehlungen des Netzwerkes Gesundheit und Bewegung Schweiz beruht.

Um eine Übersicht zur körperlichen Aktivität im Kanton Uri zu erhalten, wird diese in einem ersten Schritt mit drei Kategorien analysiert, welche die Einteilung der Empfehlungen 2013 berücksichtigen: «ausreichend aktiv», «teilaktiv», «inaktiv». In einem zweiten Schritt wird die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität im Kanton Uri detaillierter betrachtet und die Kategorie «ausreichend aktiv» zusätzlich in die zwei Gruppen «trainiert» und «regelmässig/unregelmässig aktiv» unterteilt (vier Kategorien).

Zunahme des Bewegungsniveaus

Die Abbildung 3.11 zeigt die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität auf der Grundlage der neusten Empfehlungen auf. In den Jahren 2007 und 2012 ist die Urner Bevölkerung signifikant häufiger ausreichend aktiv als der Schweizer Durchschnitt. Sowohl im Kanton Uri als auch auf Ebene Schweiz hat der Anteil ausreichend aktiver Personen in den letzten Jahren zugenommen. Im Kanton Uri ist der Anteil Aktiver von 72,2% im Jahr 2007 auf 79,9% im Jahr 2012 angestiegen (Zunahme statistisch nicht signifikant). Gesamtschweizerisch ist eine signifikante Zunahme um 10 Prozentpunkte zwischen 2002 und 2012 zu beobachten. Gleichzeitig ist auch der Anteil der Inaktiven zurückgegangen, im Kanton Uri von 9,7% im Jahr 2007 auf 7,4% im Jahr 2012 (nicht signifikant) und in der Schweiz von 18,4% im Jahr 2002 auf 10,7% im Jahr 2012 (signifikant).

Die allgemeine Zunahme der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung wurde ebenfalls in anderen Schweizer Studien belegt. Im Bericht «Sport Schweiz 2014» weisen die Autoren darauf hin, dass vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung die aktuellen Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivität befolgen (Lamprecht et al., 2014). Die Analyse des Bewegungsverhaltens mit der Omnibus-Studie des BFS, welche die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit, im Alltag und in der Freizeit berücksichtigt, zeigt einen nur geringen Anteil von 7,0% der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung, die nicht ausreichend aktiv sind (Wiegand et al., 2012).

Personen, die körperlich aktiv sind, befolgen die Ernährungsempfehlung, fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu essen, häufiger (Abb. 3.12). Höhere Anteile übergewichtiger Personen sowie von Befragten, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, sind

Index der körperlichen Aktivität

Der Index der körperlichen Aktivität beruht auf Fragen im Zusammenhang mit dem Ausmass von körperlichen Aktivitäten mit mittlerer Intensität (leicht ausser Atem kommen) und intensiven körperlichen Aktivitäten (ins Schwitzen kommen). Letztere werden in der SGB jedoch nur bezüglich Freizeit erhoben. Der Index unterscheidet fünf körperliche Aktivitätsniveaus:

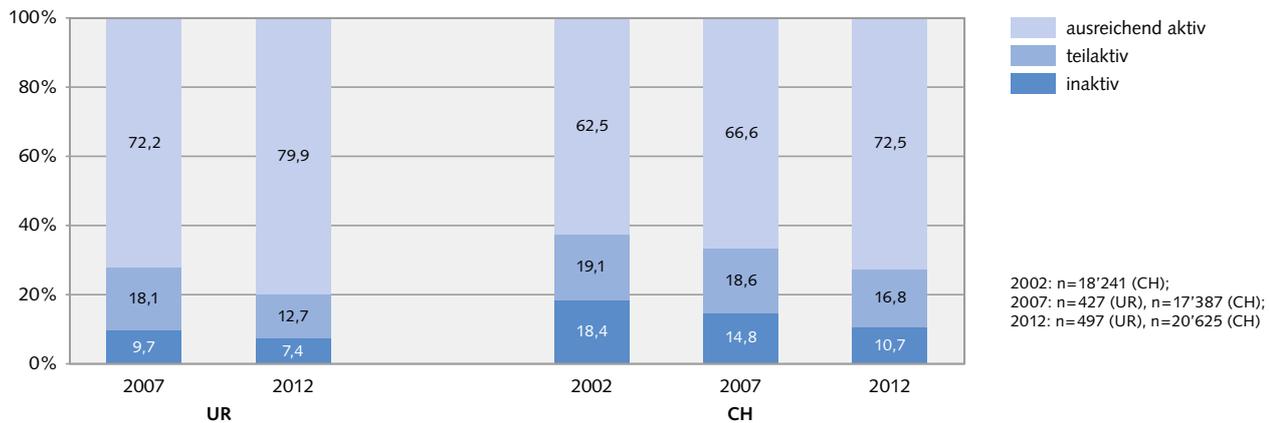
- *Trainiert*: mindestens dreimal pro Woche intensive körperliche Aktivität mit Schwitzen.
- *Regelmässig aktiv*: körperliche Aktivität von mittlerer Intensität (leicht ausser Atem kommen) an mindestens fünf Tagen pro Woche mindestens 30 Minuten.
- *Unregelmässig aktiv*: wöchentlich mindestens 150 Minuten mässige körperliche Aktivität oder zweimal intensive körperliche Aktivität.

Diese drei Gruppen erfüllen die Empfehlungen 2013 bezüglich körperlicher Aktivität und können als «ausreichend aktiv» definiert werden. Die folgenden zwei Gruppen erfüllen die Empfehlungen hingegen nicht und gelten als nicht ausreichend aktiv:

- *Teilaktiv*: wöchentlich zwischen 30 und 149 Minuten mässige körperliche Aktivität oder einmal intensive körperliche Aktivität.
- *Inaktiv*: keine nennenswerte körperliche Aktivität.

Körperliche Aktivität, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2012

Abb. 3.11

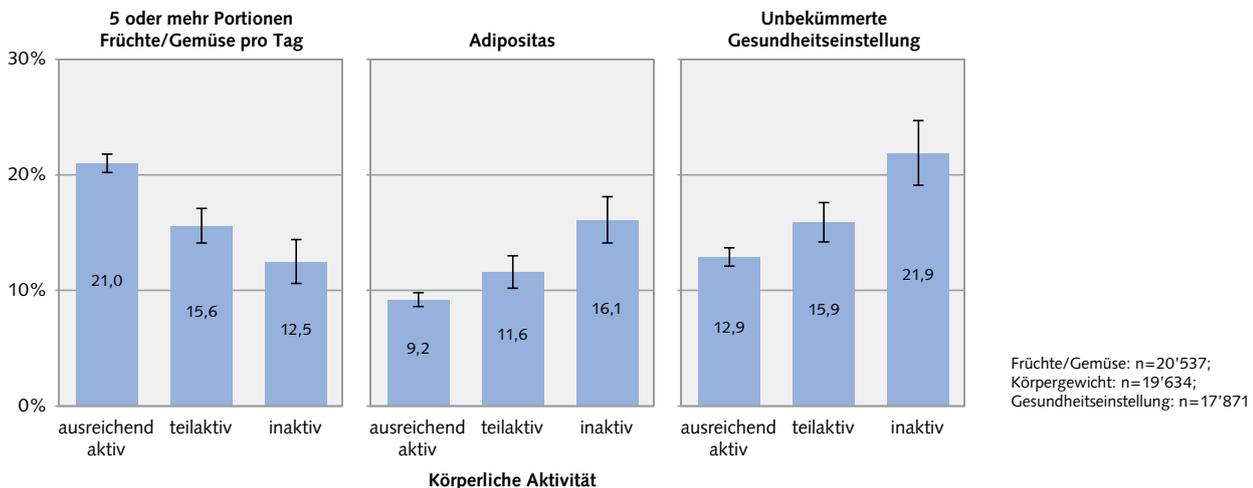


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität, nach Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Adipositas und unbekümmerte Gesundheitseinstellung, Schweiz, 2012

Abb. 3.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

körperlich inaktiv. Diese Ergebnisse zeigen, dass körperliche Inaktivität oft mit weiteren, der Gesundheit nicht zuträglichen Verhaltensweisen einhergeht.

Die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität im Kanton Uri und der Gesamtschweiz wird in Abbildung 3.13 nach Geschlecht dargestellt. Die Gruppe der körperlich ausreichend aktiven Personen ist dabei aufgeteilt in «trainiert» und «regelmässig/unregelmässig aktiv». Bei den Frauen ist im Kanton Uri und im Durchschnitt der Schweiz ein Rückgang des Anteils Inaktiver festzustellen. Gleichzeitig hat zwischen 2007 und 2012 aber auch der Anteil der trainierten Frauen im Kanton abgenommen bzw. stabilisierte sich 2012 gesamtschweizerisch auf dem Niveau von 2002. In den beobachteten Jahren hat der Anteil der Frauen, die sich entweder regelmäßig oder unregelmässig körperlich betätigen, am

stärksten zugenommen. Im Kanton Uri stieg er von 38,3% im Jahr 2007 auf 53,4% im Jahr 2012 und gesamtschweizerisch von 33,6% im Jahr 2002 auf 45,1% im Jahr 2012 an (jeweils signifikant).

Während der Anteil inaktiver Männer im Kanton Uri zwischen 2007 und 2012 stabil geblieben ist, kann für die Schweiz ein Rückgang von 15,2% im Jahr 2002 auf 8,7% im Jahr 2012 beobachtet werden. Der Anteil trainierter Männer hat sich im zeitlichen Vergleich sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz nicht wesentlich verändert.

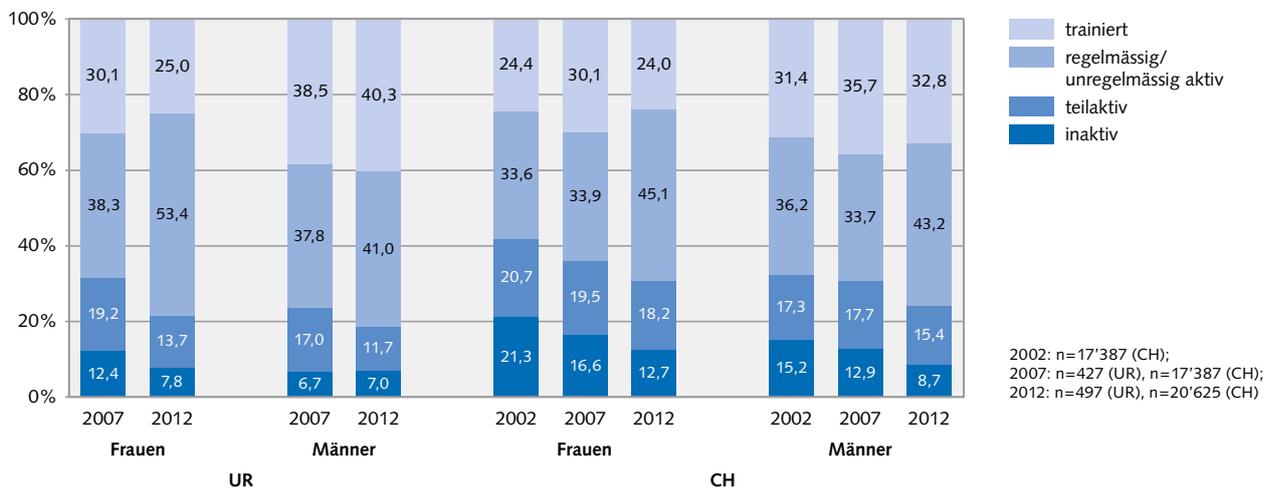
Das Geschlecht und das Alter hängen mit verschiedenen Lebensphasen und sozialen Rollen zusammen, die wiederum der körperlichen Aktivität förderlich oder aber hinderlich sein können (Abb. 3.14). In der Schweiz ist der Anteil trainierter Frauen in der Altersgruppe 15 bis 34 Jahre deutlich niedriger als bei den Männern (29,3% vs. 45,5%).

Frauen sind demgegenüber häufiger regelmässig oder unregelmässig körperlich aktiv. In den mittleren Altersgruppen (35 bis 64 Jahre) unterscheidet sich der Anteil Trainierter zwischen 24,9% und 28,9% nur wenig zwischen den Geschlechtern. Frauen ab 65 Jahren (15,3%) sind im Vergleich zu gleichaltrigen Männern (26,5%) deutlich seltener trainiert. Mit dem Alter nimmt der Anteil inaktiver Frauen und Männer deutlich zu und erreicht bei den 65-Jährigen und Älteren einen Anteil von 22,4% bei den Frauen und 12,7% bei den Männern. Ähnliche Tendenzen sind im Kanton Uri festzustellen (Daten nicht dargestellt).

Das Ausmass der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung unterscheidet sich auch nach Bildungsniveau, Nationalität und Einkommen (Anhang A-3.4). In der

Schweiz nimmt der Anteil Inaktiver mit höherem Bildungsniveau ab: 19,0% der Personen ohne nach-obligatorische Ausbildung, 10,9% der Befragten mit Abschluss auf Sekundarstufe II sowie 5,8% der Hochschulabgängerinnen und -abgänger sind körperlich inaktiv. Ausländerinnen und Ausländer (15,6%) geben signifikant häufiger an, körperlich inaktiv zu sein als Schweizerinnen und Schweizer (9,4%). Schliesslich sind Personen mit niedrigem Einkommen deutlich häufiger inaktiv als die Befragten mit höherem Einkommen. Im Kanton Uri sind bezüglich Bildungsniveau ähnliche Ergebnisse festzustellen, die Anteile nach Nationalität und Einkommen unterscheiden sich jedoch kaum im Kanton.

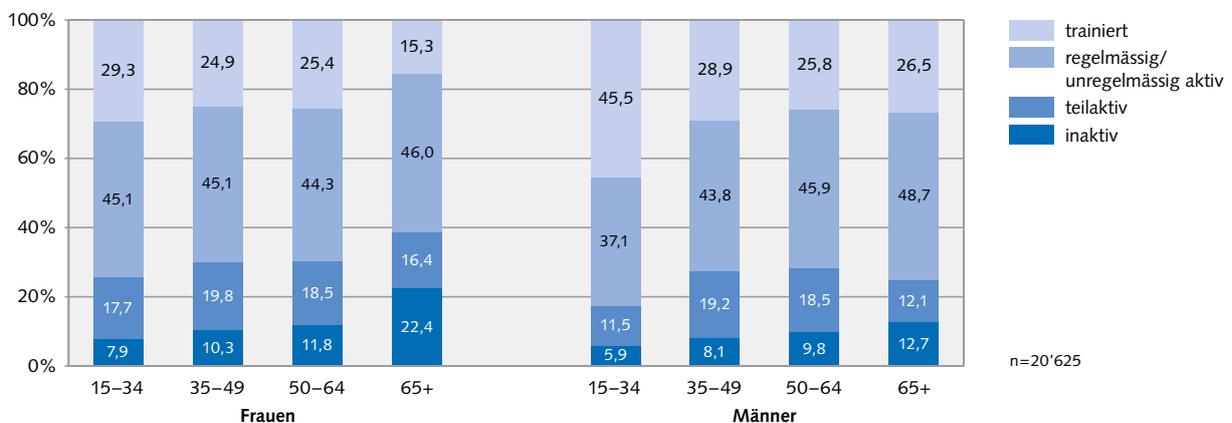
Körperliche Aktivität, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2012 **Abb. 3.13**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012 **Abb. 3.14**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen sind Stoffe oder Produkte, die das Funktionieren des zentralen Nervensystems beeinträchtigen (Empfinden, Wahrnehmung, Stimmungen, Gefühle, Motorik) oder Bewusstseinszustände verändern. Sie können zudem zu physischen und/oder psychischen Abhängigkeiten führen. Psychoaktive Substanzen umfassen sowohl illegale Stoffe wie Cannabis, Heroin oder Kokain²⁴ als auch legale Substanzen oder Produkte wie Nikotin, Alkohol und Medikamente. Im vorliegenden Unterkapitel wird der Konsum von Tabak (inkl. Passivrauchen), Alkohol, Cannabis und von Medikamenten behandelt.

3.3.1 Tabakkonsum

Rauchen ist heute als ernstes Gesundheitsrisiko anerkannt. Aufgrund einer hohen Raucherquote hat die Schweiz ab 1996 einen Aktionsplan zur Reduktion des Tabakkonsums erarbeitet. Das nationale Programm Tabak 2008–2012 wurde bis 2016 verlängert, mit dem Ziel, den Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie des Passivrauchens in der Bevölkerung weiter zu senken. Nach diversen früheren Projekten im Bereich der Tabakprävention hat der Kanton Uri 2012 ein Tabakpräventionsprogramm erarbeitet, das dieselben Ziele anstrebt wie das nationale Programm (Gesundheitsförderung Uri, 2012).

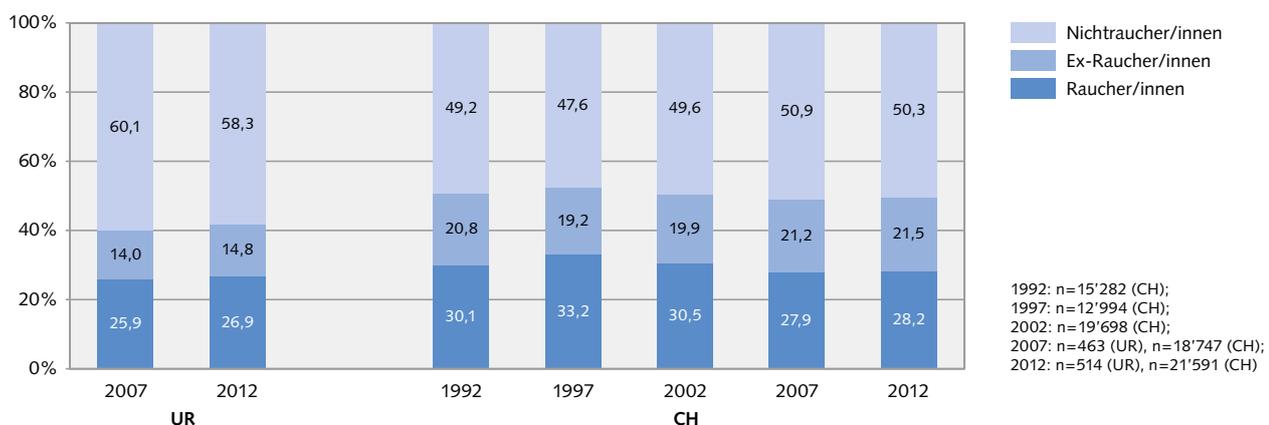
Die überwiegende Mehrheit der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz konsumiert Zigaretten: 2011 wurden schweizweit 10,6 Millionen Stück, 2008 noch 12,0 Millionen verkauft.²⁵ Die Tabaksteuer, deren Einnahmen in der Schweiz zur Mitfinanzierung der AHV/IV verwendet werden, belief sich 2011 auf 2,2 Milliarden Franken. Die Zigarettenhersteller zahlen zudem rund 1% des Verkaufspreises einer Schachtel Zigaretten in den Tabakpräventionsfonds.

In der Schweiz wurde für das Jahr 2007 die Zahl der durch Tabakkonsum verursachten Todesfälle auf rund 9000 geschätzt, d. h. rund 15% aller Todesfälle (BFS, 2009). Von diesen 9000 Fällen starben 41% an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 41% an Krebserkrankungen und 18% an einer Lungenkrankheit. Das Total aller Todesfälle, die sich auf den Tabakkonsum zurückführen lassen, hat in der Schweiz zwischen 1997 und 2007 um 5% abgenommen. Dieser Rückgang betraf allerdings nur die Männer (bis 64 Jahre: –11%, ab 65 Jahren –9%). Bei den Frauen stieg die Zahl der tabakbedingten Todesfälle hingegen um 7% an (bis 64 Jahre: +17%, ab 65 Jahren: +5%).

Neben Todesfällen und schweren Erkrankungen verursacht Rauchen auch hohe soziale Kosten. Im Jahr 2007 haben durch Rauchen hervorgerufene Gesundheitsschäden rund 10 Milliarden Franken gekostet. Die sozialen Gesamtkosten umfassen dabei direkte Kosten (1733 Millionen Franken für medizinische Behandlungen, Medikamente, Hospitalisierungen), indirekte Kosten (3929 Millionen Franken durch Produktionsausfälle, Invalidität und

Tabakkonsum, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.15



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

²⁴ Heroin und Kokain werden im vorliegenden Bericht aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht behandelt.

²⁵ http://www.swiss-cigarette.ch/fileadmin/media/pdf/Factsheet_2011_d1.pdf (Zugriff am 15.01.2015).

Todesfälle) und immaterielle Kosten (4272 Millionen Franken durch Verlust von Lebensqualität der Rauchenden und ihrer Angehörigen) (Füglister-Dousse et al., 2009).

Die Ergebnisse aus dem Tabakmonitoring Schweiz 2001 bis 2010 zeigen, dass der Anteil Rauchender in der 14- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung von 33% im Jahr 2001 auf 27% im Jahr 2008 gesunken und seither stabil geblieben ist (Keller et al., 2011).

Gut ein Viertel der Urner Bevölkerung raucht

Gemäss SGB ging der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz in den letzten 20 Jahren von 30,1% im Jahr 1992 auf 28,2% im Jahr 2012 leicht zurück (Abb. 3.15). Im Kanton Uri ist der Raucheranteil zwischen 2007 und 2012 bei gut einem Viertel der Bevölkerung stabil geblieben. Zwischen der Urner Bevölkerung und der Schweiz gibt es bezüglich Tabakkonsum keine statistisch signifikanten Unterschiede. Der Anteil täglich Rauchender hat sich im Schweizer Mittel seit 2007 bei 20,4% stabilisiert. Im Kanton Uri ist diesbezüglich eine nicht signifikante Zunahme von 16,2% im Jahr 2007 auf 19,6% im Jahr 2012 zu beobachten (Daten nicht dargestellt).

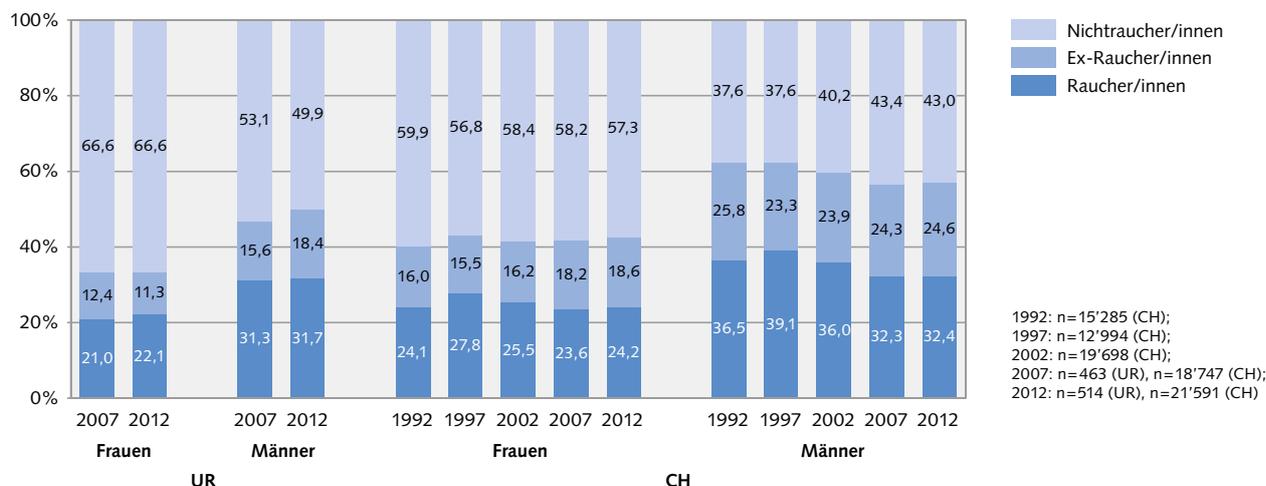
Rückgang des Tabakkonsums bei Schweizer Männern

Frauen rauchen seltener als Männer. Dies ist sowohl im Kanton Uri (22,1% vs. 31,7%) als auch für das Total der Schweiz (24,2% vs. 32,4%) zu erkennen (Abb. 3.16). Die Geschlechterunterschiede sind schweizweit in den letzten 20 Jahren jedoch geringer geworden, da sich der Anteil der Raucherinnen bei knapp einem Viertel stabilisiert hat und jener der männlichen Raucher gesunken ist. Zwischen 2007 und 2012 gab es bezüglich Tabakkonsum kaum Veränderungen, was für die Schweiz wie auch für den Kanton Uri feststellbar ist.

Junge Urnerinnen und Urner rauchen deutlich häufiger als die ältere Generation

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab. Gelten im Kanton Uri bei den 15- bis 34-Jährigen noch 35,7% als Raucherinnen oder Raucher, beträgt dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren lediglich noch 13,9% (Anhang A-3.5). Abbildung 3.17 zeigt den Anteil Rauchender nach Geschlecht und Alter. Im Alter von 15 bis 34 Jahren wird deutlich häufiger geraucht als in den anderen Altersgruppen, wobei der Unterschied im Kanton Uri lediglich bei den Männern und dort nur zur ältesten Altersgruppe signifikant ist. Zudem nehmen die Geschlechterunterschiede mit dem Alter ab. Bei den 65-Jährigen und Älteren ist im Kanton Uri sogar ein höherer Anteil Raucherinnen als Raucher festzustellen, dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabakkonsum, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2012 **Abb. 3.16**

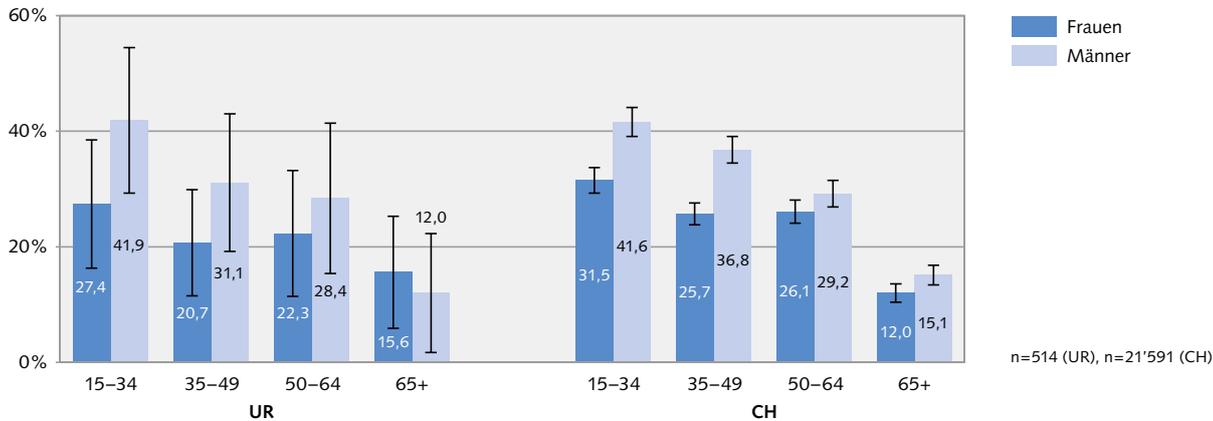


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Raucherinnen und Raucher, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 3.17

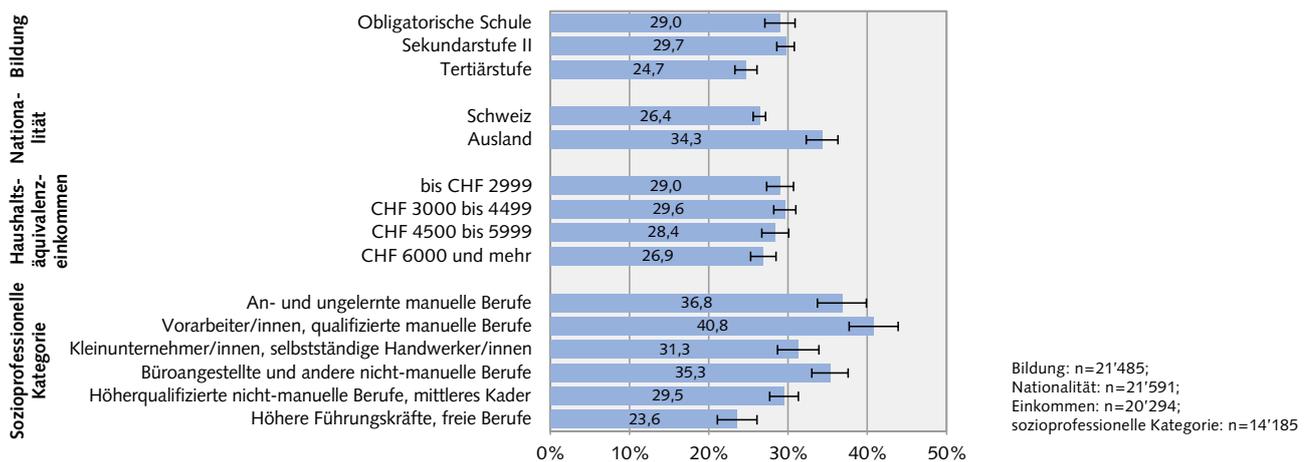


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Raucherinnen und Raucher, nach Bildung, Nationalität, Einkommen und sozioprofessioneller Kategorie, Schweiz, 2012

Abb. 3.18



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe beeinflusst das Rauchen stark

Der Tabakkonsum hängt mit verschiedenen soziodemografischen Variablen zusammen (Abb. 3.18). Die Ergebnisse werden im Folgenden für die Schweiz präsentiert, da die Unterschiede im Kanton Uri nicht signifikant aber ähnlich sind.

Personen mit einem Hochschulabschluss (24,7%) rauchen signifikant seltener als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (29,7%) oder ohne nachobligatorische Ausbildung (29,0%). Ausländerinnen und Ausländer (34,3%) weisen einen höheren Anteil Rauchender aus als Schweizerinnen und Schweizer (26,4%). Während bezüglich Einkommensniveau keine

signifikanten Unterschiede im Rauchverhalten von Schweizerinnen und Schweizern festzustellen sind, zeigen sich deutliche Differenzen hinsichtlich der sozioprofessionellen Kategorie: Der Raucheranteil ist bei den Vorarbeiterinnen und Vorarbeitern sowie den qualifizierten manuellen Berufen (40,8%) am höchsten, bei den höheren Führungskräften und den freien Berufen (23,6%) am niedrigsten.

Deutlicher Rückgang der stark Rauchenden

Zwischen 1992 und 2012 hat sich die Verteilung der täglich gerauchten Zigaretten erheblich verändert (Abb. 3.19). Aufgrund der geringen absoluten Anzahl Rauchender im Kanton Uri werden im Folgenden wieder

nur die Schweizer Werte dargestellt. Für Schweizerinnen ist zwischen 1992 und 2012 eine signifikante Abnahme der starken Raucherinnen (20 Zigaretten pro Tag und mehr) festzustellen (von 32,4% auf 17,7%). In der gleichen Zeitspanne hat der Anteil der Gelegenheitsraucherinnen (weniger als eine Zigarette pro Tag²⁶) von 5,2% auf 17,9% zugenommen. Dieses Ergebnis weist auf eine positive Entwicklung hin, welche die zwischen 1992 und 2012 beobachteten stabilen Raucheranteile bei den Frauen relativiert. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass ein geringer Zigarettenkonsum nicht harmlos ist. Laut einer norwegischen Studie haben Gelegenheitsrauchernde (eine bis vier Zigaretten pro Tag) ein 50% höheres Risiko, früher zu sterben als Nichtraucherinnen und Nichtraucher, und sie haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko bezüglich Herzinfarkt, Hirnschlag und Krebs (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Bei den Männern ist der oben erwähnte Trend noch deutlicher. Während der Anteil Gelegenheitsraucher im Jahr 1992 sehr niedrig war (7,2% im Schweizer Durchschnitt), gehört 2012 fast ein Fünftel der männlichen Raucher zu dieser Gruppe (19,7%). Der Anteil der starken Raucher ist demgegenüber in den letzten 20 Jahren von 48,0% auf 28,0% deutlich gesunken. Diese Tendenz, zusammen mit dem allgemeinen Rückgang des Raucheranteils, deutet auf eine noch deutlichere Abnahme des Tabakkonsums bei den Männern hin. Auch hier sollten allerdings die Risiken des Gelegenheitsrauchens nicht unterschätzt werden.

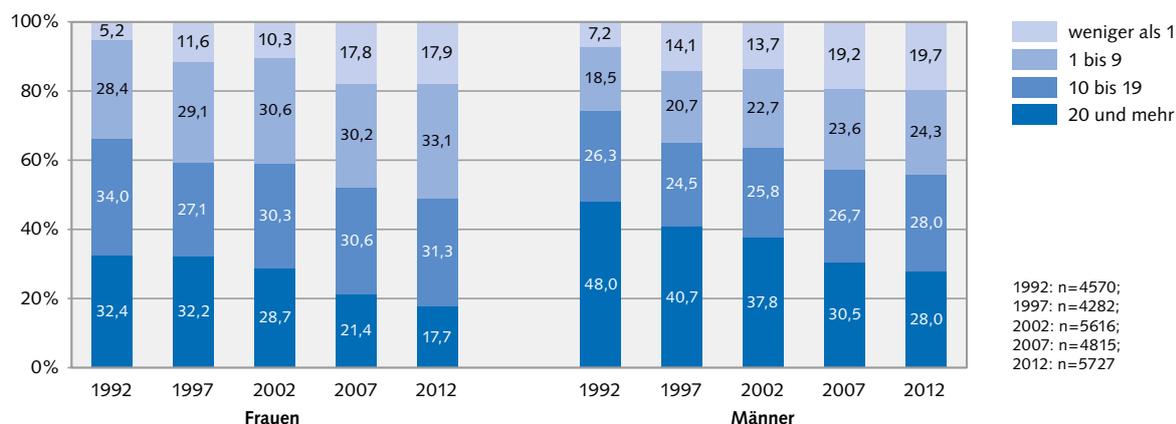
3.3.2 Passivrauchen

Passivrauchen ist das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft. Insbesondere der sogenannte «Sekundärrauch», der von der brennenden Spitze der Zigarette entweicht, ist aufgrund der Dauer der Exposition und der Zusammensetzung schädlich, da dieser weder vom Zigarettenfilter noch von der Lunge der Raucherinnen und Raucher gefiltert wird (Dautzenberg, 2001). Mehrere Studien haben die Gefahren des Passivrauchens aufgezeigt, welche bei erwachsenen Nichtraucherinnen und Nichtrauchern das Risiko von koronaren Herzerkrankungen (+31%), von Lungenkrebs (+25%) und von Atemwegserkrankungen (+39% bis +116%) erhöht (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Schätzungen ergeben, dass 2006 in der Schweiz wegen Passivrauchen rund 3000 Lebensjahre verloren, 32'000 Spitalaufenthaltstage benötigt sowie medizinische Kosten in der Höhe von 330 Millionen Franken verursacht wurden (Hauri et al., 2011).

Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen ist seit 1. Mai 2010 in Kraft. Es verbietet das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen (Krankenhäuser, Schulen und öffentliche Verkehrsmittel). Im Bereich der Restauration sieht das Gesetz Ausnahmen vor: Betriebe mit einer Fläche von maximal 80 m² werden als Raucherlokale bewilligt, falls sie gewisse Voraussetzungen erfüllen und eine kantonale Genehmigung vorweisen. Der Betrieb von Raucherräumen in

Zigarettenkonsum pro Tag, nach Geschlecht, Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

²⁶ Personen, die sich als Raucherin bzw. als Raucher bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen (Gelegenheitsrauchernde).

Restaurants und Hotels (sogenannte «Fumoirs») ist ebenfalls erlaubt. In den Raucherräumen ist die Beschäftigung von Personen jedoch nur möglich, wenn diese ihrer Tätigkeit schriftlich zugestimmt haben.

Die Mehrheit der Kantone hat restriktivere Bestimmungen als das Bundesgesetz erlassen. So gilt die auf Bundesebene definierte Ausnahme für kleine Restaurantsbetriebe von weniger als 80 m² im Kanton Uri nicht. Zudem ist gemäss kantonalem Gesundheitsgesetz Tabakwerbung sowie der Verkauf von Zigaretten an unter 16-jährige Personen verboten.

Diese von den nationalen und kantonalen Behörden umgesetzten Massnahmen scheinen sich auszuzahlen. So zeigt etwa eine Studie des Universitätsspitals Genf, dass sich das Rauchverbot an öffentlichen Orten positiv auf die Gesundheit der Genferinnen und Genfer ausgewirkt hat. Es konnte ein Rückgang von 7% bei den Spitaleinweisungen wegen akutem Koronarsyndrom nachgewiesen werden (statistisch nicht signifikanter Rückgang aufgrund der ungenügenden Teststärke der Studie). Weiter geht das Rauchverbot mit einer 19% statistisch signifikanten Reduktion der Spitaleinweisungen wegen chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Lungenentzündung einher (Humair et al., 2014). Darüber hinaus hat die Umsetzung des Gesetzes gegen Passivrauchen die Zahl der Raucherinnen und Raucher leicht gesenkt, jedoch nur für das Jahr direkt nach der Einführung des Gesetzes und nur bei Personen, die oft ausgehen (Boes et al., 2014). Gemäss Suchtmonitoring Schweiz geben im Jahr 2013 immer noch 6,0% der Bevölkerung an, mindestens eine Stunde pro Woche Passivrauch ausgesetzt zu sein (Kuendig et al., 2014).

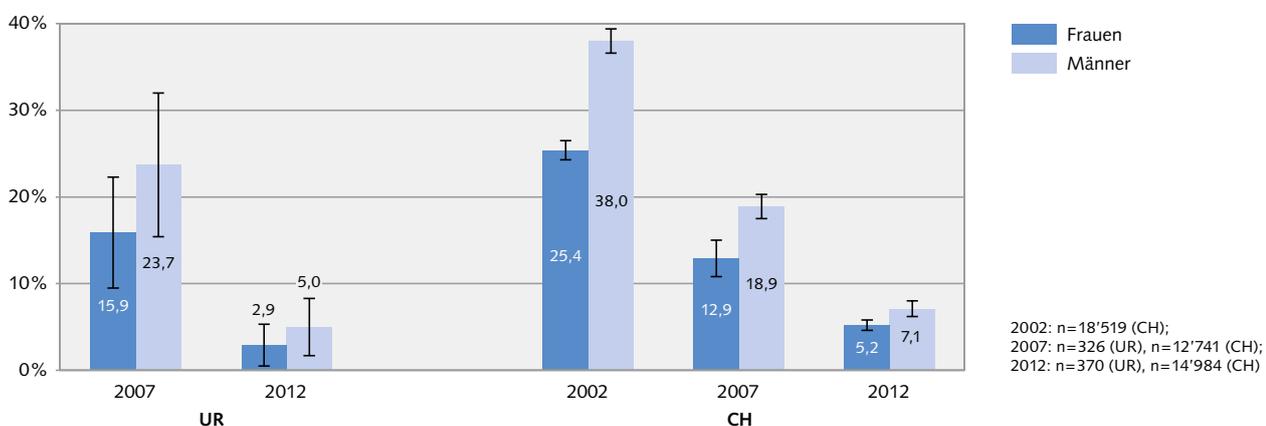
Deutlicher Rückgang des Passivrauchens

Gemäss SGB hat sich in der Schweiz die Belastung durch Passivrauch seit 2002 deutlich verringert. Während im Jahr 2002 noch 31,4% der Schweizer Bevölkerung mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauch ausgesetzt waren, ging dieser Anteil 2007 auf 15,6% zurück und beläuft sich im Jahr 2012 auf 6,1%. Im Kanton Uri hat sich die Belastung durch Passivrauch von 19,4% im Jahr 2007 auf 3,9% im Jahr 2012 verringert (Daten nicht dargestellt). Die Exposition gegenüber Passivrauch variiert nach Geschlecht (Abb. 3.20). Männer sind dem Passivrauch häufiger ausgesetzt als Frauen (Unterschied im Kanton Uri nicht signifikant), die Geschlechterunterschiede haben sich in den letzten zehn Jahren jedoch deutlich verringert. 2012 sind nur noch 2,9% der Urnerinnen und 5,0% der Urner Passivrauch ausgesetzt.

Das Passivrauchen am Arbeitsplatz stellt ein besonderes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, da die Arbeitsumgebung in den meisten Fällen nicht frei gewählt werden kann. Im Folgenden werden hierzu aufgrund der kleinen Fallzahlen im Kanton Uri erneut die Schweizer Werte präsentiert. Gemäss SGB 2012 ist auch bei der Arbeit die Exposition gegenüber Passivrauch bei den Schweizer Männern höher als bei den Frauen, die Jüngeren sind dabei häufiger von Passivrauch betroffen als die Älteren (Abb. 3.21). So geben 19,3% der 15- bis 34-jährigen Männer an, bei der Arbeit während mindestens einem Viertel der Zeit Passivrauch ausgesetzt zu sein, was nur bei 9,1% der gleichaltrigen Frauen der Fall ist. Bei den 50- bis 64-jährigen Männern geben nur noch 7,9% das Problem des Passivrauchens an (3,3% bei den Frauen).

Passivrauchen (eine Stunde und mehr pro Tag), nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2012

Abb. 3.20

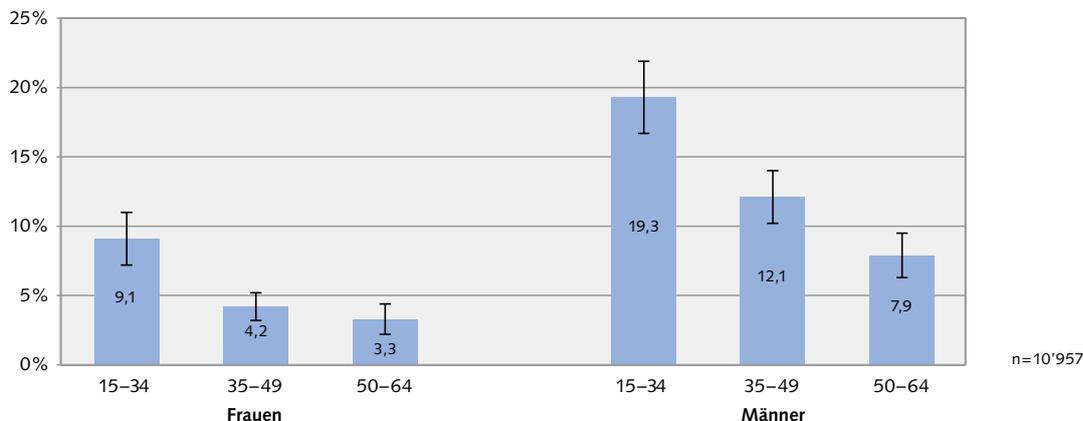


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit), nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012 (Erwerbstätige)

Abb. 3.21



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.3.3 Alkoholkonsum

In der Schweiz ist der Konsum von Alkohol ein fester kultureller Bestandteil. Die Mehrheit der Bevölkerung weist dabei einen unproblematischen Alkoholkonsum auf. Ein übermässiger oder unangemessener Konsum (z. B. im Verkehr) kann sich jedoch nicht nur auf die Betroffenen negativ auswirken, sondern auch ihr Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes schädigen. Im Jahr 2008 hat der Bundesrat das Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008–2012 verabschiedet, um die Kompetenzen der Bevölkerung im Umgang mit Alkohol zu stärken und den Alkoholmissbrauch einzudämmen (BAG, 2008b). Dieses Programm wurde um vier Jahre bis 2016 verlängert und verfolgt den Leitsatz: «Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies, ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen» (BAG, 2013b). Die Bevölkerung soll so für die Schädlichkeit problematischen Alkoholkonsums weiter sensibilisiert, der Jugendschutz beim Alkohol gestärkt (Regelung des Alkoholverkaufs an Minderjährige) und die Akteure der Alkoholprävention besser unterstützt werden.

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation kann übermässiger und damit gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum in zwei Kategorien eingeteilt werden: chronischer Alkoholkonsum (regelmässig zu viel trinken) und Rauschtrinken, auch bekannt unter dem Begriff «binge drinking» (Konsum einer relativ grossen Menge Alkohol in einem kurzen Zeitraum) (WHO, 2010). In spezifischen Situationen (im Strassenverkehr, am Arbeitsplatz, während der Schwangerschaft) können auch schon kleine Mengen Alkohol mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden sein.

Bei den Konsumierenden selber kann chronischer Alkoholkonsum insbesondere zu Erkrankungen der Leber und des Verdauungssystems führen. Darüber hinaus können bei chronischem Alkoholkonsum verschiedene Formen von Krebs, Bluthochdruck und Erkrankungen des peripheren Nervensystems auftreten. Bislang sind kausale Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und mehr als 230 Krankheiten, Vergiftungen und Verletzungen belegt (Rehm et al., 2010). Alkoholkonsum kann auch zu Abhängigkeiten führen. So wurden für das Jahr 2007 in einer Studie zwischen 220'000 und 330'000 Alkoholabhängige in der Schweiz geschätzt (Kuendig, 2010). Bei regelmässigem Alkoholkonsum in kleinen Mengen konnte jedoch eine schützende Wirkung vor koronaren Herzkrankheiten sowie vor Hirnschlägen, Diabetes Typ II und Gallensteinen nachgewiesen werden (Babor et al., 2010).²⁷

Alkohol ist zusammen mit Tabak weltweit eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle oder Behinderungen. Für die Schweiz schätzt eine neuere Studie (Marmet et al., 2013) die Anzahl alkoholbedingter Todesfälle 2011 auf 2863, wobei sich die Art der Todesfälle mit dem Alter verändert: Bei jungen Erwachsenen sind die mit Alkohol assoziierten Todesfälle hauptsächlich auf Unfälle und Verletzungen zurückzuführen, im mittleren Erwachsenenalter auf Erkrankungen des Verdauungssystems und bei älteren Personen bis 74 Jahre ist Krebs die häufigste alkoholbedingte Todesursache. Der relative Anteil der mit Alkohol assoziierten Todesfälle am Total aller Todesfälle

²⁷ Die schützende Wirkung von Alkohol wird im vorliegenden Bericht nicht behandelt.

in der Schweiz ist im Alter zwischen 25 und 35 Jahren am höchsten (rund ein Viertel der Todesfälle bei den Männern).

Laut einer weiteren Studie (Fischer et al., 2014) betragen die Kosten von übermässigem Alkoholkonsum 2010 4,2 Milliarden Franken für die Schweizer Volkswirtschaft. Dies entspricht 0,7% des Bruttoinlandprodukts oder 630 Franken pro Einwohnerin und Einwohner über 15 Jahre. Indirekte Kosten bilden den grössten Anteil (80% der Gesamtkosten, 3,4 Milliarden Franken) und beinhalten Produktivitätsverluste durch vorzeitigen Tod, Invalidität und Arbeitslosigkeit. Im Gesundheitsbereich lassen sich direkte Kosten für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen von 613 Millionen Franken (15%) und im strafrechtlichen Bereich (Polizei- und Gerichtskosten sowie Strafvollzug) von 251 Millionen Franken (6%) ausmachen.

Im Jahr 2012 beträgt der durchschnittliche Konsum reinen Alkohols bei den über 15-jährigen Schweizerinnen und Schweizern 9,9 Liter, was etwas niedriger ist als der durchschnittliche Konsum in den OECD-Ländern insgesamt (10,1 Liter) (OCDE, 2014). Der Alkoholkonsum hat in den letzten Jahren in der Schweiz zwar abgenommen, ist im internationalen Vergleich jedoch immer noch hoch.

In der SGB 2012 werden drei Aspekte des Alkoholkonsums behandelt: die Häufigkeit des Konsums, die Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Liköre, Aperitifs, Spirituosen) und die dabei getrunkene Menge. Ausgehend von den erhobenen Daten kann der Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Bei einem durchschnittlichen täglichen Konsum ab 21 g bei Frauen und 41 g bei Männern besteht für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko.²⁸ Ab einem täglichen Konsum von 41 g bei Frauen und 61 g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2010; vgl. Kasten). Als Rauschtrinken wird der Konsum von sechs oder mehr Standardgetränken auf einmal definiert, wobei das Ereignis nicht mehr als zwölf Monate zurückliegt und die konsumierte Menge hier unabhängig vom Geschlecht ist.

Kriterien für chronischen täglichen Alkoholkonsum der WHO:

	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Frauen	≤ 20 g	21–40 g	> 40 g
Männer	≤ 40 g	41–60 g	> 60 g

Deutlicher Rückgang des täglichen Alkoholkonsums bei Schweizer Männern

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz unterscheidet sich der Alkoholkonsum von Frauen und Männern deutlich (Abb. 3.22). Im Jahr 2012 konsumieren Männer rund doppelt so häufig täglich Alkohol als Frauen, und auch der wöchentliche Konsum ist bei Männern ausgeprägter als bei Frauen. Frauen trinken somit seltener Alkohol und sind auch rund doppelt so häufig total abstinent wie Männer. Die Urner Werte unterscheiden sich nicht signifikant von den Schweizer Zahlen, liegen bezüglich täglichem Alkoholkonsum und Alkoholabstinenz aber etwas unter dem Durchschnitt.

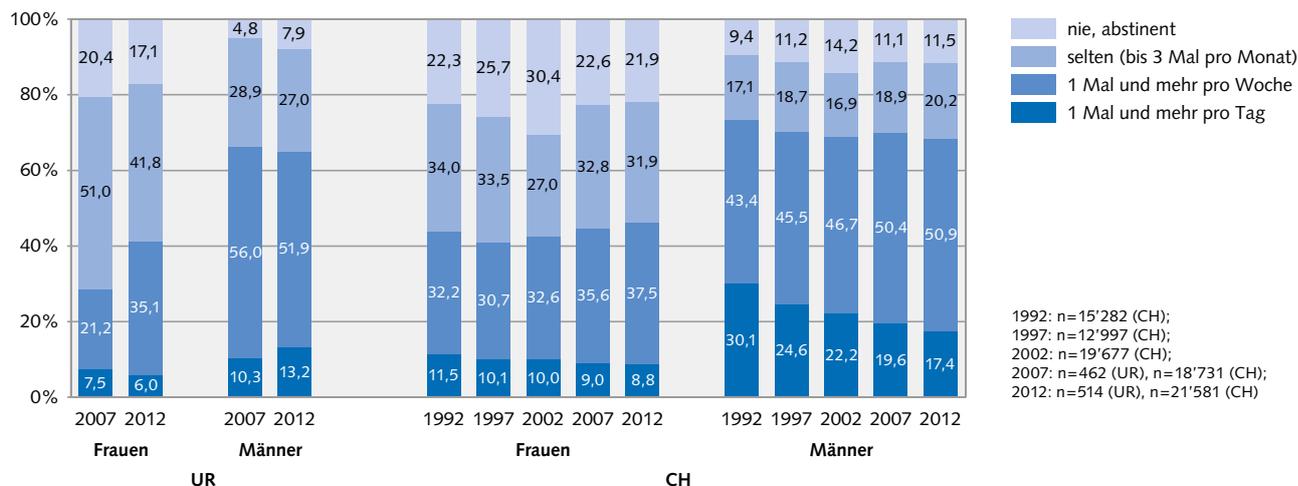
In den letzten 20 Jahren hat sich der tägliche Alkoholkonsum bei Schweizer Männern deutlich verringert. Während im Jahr 1992 noch 30,1% der Schweizer täglich Alkohol tranken, ist dieser Anteil im Jahr 2012 mit 17,4% signifikant tiefer. Zugenommen haben demgegenüber der wöchentliche und der seltene Alkoholkonsum. Bei den Schweizerinnen hat sich der tägliche Alkoholkonsum ebenfalls verringert, während der wöchentliche Konsum seit 1992 zugenommen hat. Der Alkoholkonsum im Kanton Uri hat sich seit 2007 kaum verändert; einzig bei den Urnerinnen ist eine Verschiebung vom seltenen zum wöchentlichen Alkoholkonsum festzustellen.

Täglicher Alkoholkonsum vor allem bei älteren Menschen

Nach Geschlecht und Alter (Abb. 3.23) fällt auf, dass der tägliche Alkoholkonsum bei Urnerinnen und Urnern mit höherem Alter stark ansteigt, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Während bei den 15- bis 34-Jährigen kaum täglich Alkohol konsumiert wird, trinken 14,5% der 65-jährigen und älteren Urnerinnen und 39,1% der 65-jährigen und älteren Urner täglich Alkohol. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass auch der Anteil der Alkoholabstinenten in dieser ältesten Gruppe am höchsten ist (32,9% bei den Urnerinnen und 12,3% bei den Urnern).

²⁸ Ein Glas eines alkoholischen Getränks (beispielsweise 3 dl Bier, 1 dl Wein, 25 cl Schnaps) enthält 10 bis 12 g reinen Alkohol.

Alkoholkonsum, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1992–2012 **Abb. 3.22**

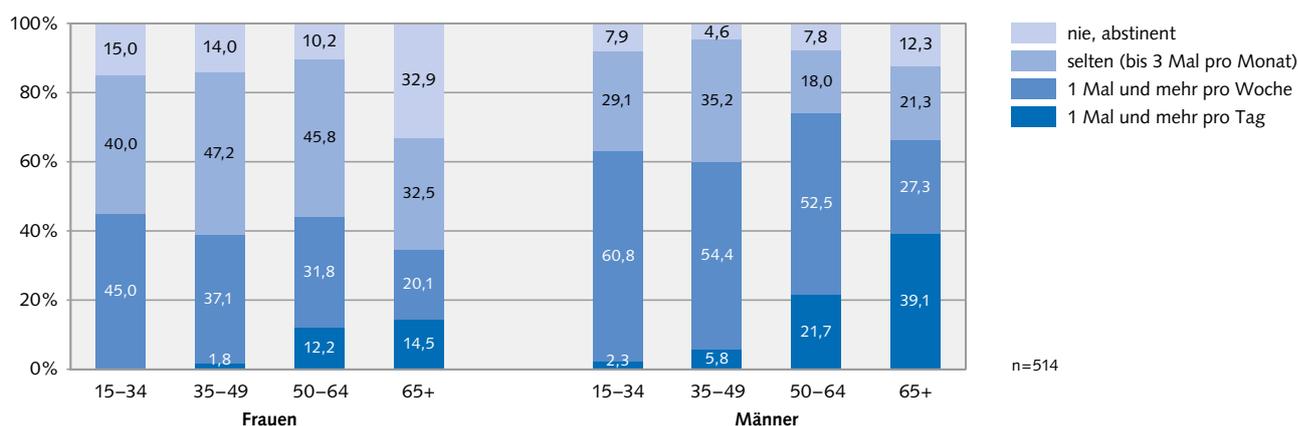


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

1992: n=15'282 (CH);
 1997: n=12'997 (CH);
 2002: n=19'677 (CH);
 2007: n=462 (UR), n=18'731 (CH);
 2012: n=514 (UR), n=21'581 (CH)

Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri, 2012 **Abb. 3.23**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

n=514

Der im Alter häufigere tägliche Alkoholkonsum muss insofern betont werden, als dass das Risiko einer Alkoholabhängigkeit mit dem Alter zunimmt. Dies deshalb, weil die gleiche Menge Alkohol bei Älteren zu höherem Blutalkoholgehalt führt als bei Jüngeren. Dazu kommt das höhere Risiko für Krankheiten wie Diabetes, Demenz oder Krebs, welches ein lang anhaltender übermässiger Alkoholkonsum im Alter mit sich zieht (Hess-Klein, 2014).

Die grosse Mehrheit der Urner Bevölkerung hat ein nur geringes (69,1%) oder gar kein Risiko (28,0%) bezüglich chronischen Alkoholkonsums (Abb. 3.24). Ähnliche Anteile sind für das Jahr 2007 und für die Gesamtschweiz zu verzeichnen (68,4% bzw. 26,8%; Anhang A-3.7). Der Anteil der Urnerinnen und Urner, die mit ihrem Konsum ein mittleres bis hohes Risiko

eingehen, liegt im Jahr 2012 bei 3,0%; dies ist knapp signifikant unter dem Schweizer Anteil von 4,8%. Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko unterscheidet sich im Kanton nicht zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen oder nach dem Bildungsniveau. Allerdings lassen sich signifikante Unterschiede in Bezug auf den risikofreien Alkoholkonsum feststellen: Frauen haben häufiger einen risikofreien Alkoholkonsum als Männer, und 65-jährige und ältere Urnerinnen und Urner sind im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe signifikant häufiger ohne Risiko. Urnerinnen und Urner ohne nachobligatorische Ausbildung oder mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II haben zudem öfter einen risikofreien Alkoholkonsum als Urner Hochschulabgängerinnen und -abgänger.

2012 wurde in der SGB zum ersten Mal eine Frage zum Rauschtrinken (sechs Gläser oder mehr auf einmal trinken) gestellt. Rauschtrinken kommt bei 15,7% der Urner Bevölkerung mindestens einmal im Monat vor, was signifikant über dem Schweizer Anteil von 11,1% liegt (Daten nicht dargestellt). Dieses Phänomen betrifft deutlich häufiger die Männer (22,8%) als die Frauen (8,7%) und wird vor allem von der jüngeren Generation genannt (29,3% bei den 15- bis 34-Jährigen, 5,1% bei den 65-Jährigen und Älteren) (Abb. 3.25). Damit kommt zum Ausdruck, dass sich die Art des risikoreichen Alkoholkonsums zwischen den Altersgruppen unterscheidet: Während bei Jüngeren das Rauschtrinken eher problematisch ist, gehen ältere Personen eher mit der Regelmässigkeit ihres Konsums Risiken ein.

3.3.4 Cannabiskonsum

Cannabis wird in Form von Marihuana (getrocknete Blüten, Blätter), Haschisch (Harz, gemischt mit Pflanzenteilen) und Öl (dickflüssige Substanz) verwendet und in der Regel mit Tabak gemischt geraucht oder inhaliert. Je nach Dosierung, Konsumart, bisherigen Cannabiserfahrungen, Persönlichkeit, momentaner psychischer Verfassung und Mischkonsum mit anderen Substanzen ist der Gebrauch von Cannabis mit gesundheitlichen Risiken verbunden.²⁹ Die negativen Folgen des Cannabiskonsums sind vergleichbar mit jenen des Rauchens.

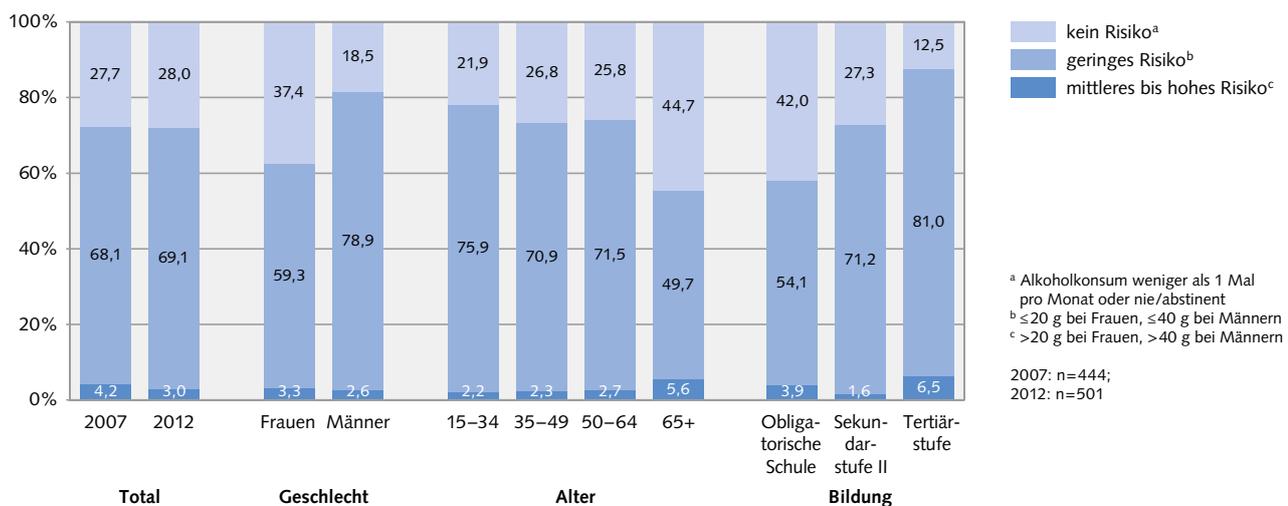
So ist bei regelmässigem Gebrauch eine Zunahme der Atemwegsentzündungen und der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten (Hall, 2009). Darüber hinaus wird mit dem Cannabiskonsum die Aufmerksamkeit reduziert und damit das Risiko von Unfällen erhöht (Hall & Degenhardt, 2009). Häufiger Konsum und Cannabisabhängigkeit erhöhen zudem das Risiko von Psychosen (Hall 2009) und haben bei einem Beginn in jungen Jahren auch negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung und die psychische Gesundheit bei Jugendlichen (Grotenhermen, 2007; Hall, 2009).

Cannabis ist die am weitesten konsumierte illegale Droge in der Schweiz. Seit dem 1. Oktober 2013 ist die Revision des Betäubungsmittelgesetzes in Kraft, wonach der Cannabiskonsum bei Erwachsenen strafrechtlich nicht mehr verfolgt, sondern über das Ordnungsbussensystem geahndet wird. Damit wurde der Cannabiskonsum zwar entkriminalisiert, jedoch nicht banalisiert.

Gemäss dem Suchtmonitoring Schweiz haben 29,6% aller Personen ab 15 Jahren in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Die Prävalenz für die letzten zwölf Monate beträgt 6,3% (8,8% der Männer und 4,0% der Frauen) (Gmel et al., 2013). Die Autorinnen und Autoren der Studie weisen darauf hin, dass eine Unterschätzung dieser Zahlen nicht auszuschliessen ist, da der Cannabiskonsum verboten ist und Personen in den Interviews somit zögern, diesen zu er-

Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2007 und 2012

Abb. 3.24



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

²⁹ www.suchtmonitoring.ch → Cannabis (Zugriff am 21.01.2015).

wählen. Die ebenfalls telefonisch durchgeführte SGB 2012 unterschätzt deshalb wahrscheinlich auch den effektiven Cannabiskonsum.

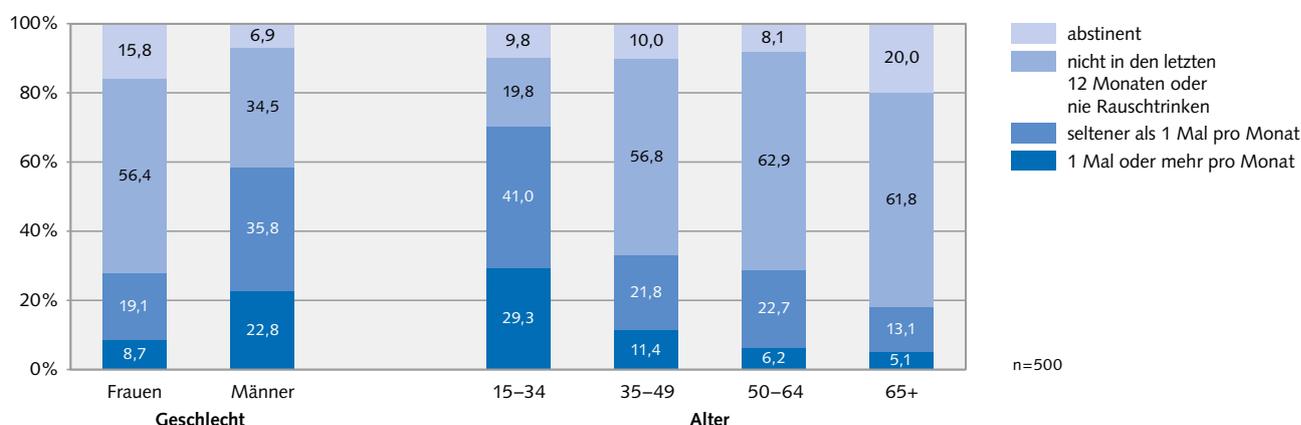
Zunahme der Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum

Gemäss SGB ist in der Schweiz die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum bei Personen zwischen 15 und 59 Jahren³⁰ mit jeder Befragungsrunde signifikant gestiegen, von 18,9% im Jahr 1997 auf 29,5% im Jahr 2012 (Abb. 3.26). Auch im Kanton Uri ist zwischen 2007 und 2012 ein An-

stieg des Cannabiskonsums zu beobachten (von 16,3% auf 20,9%), dieser ist jedoch statistisch nicht signifikant. Geschlechterspezifisch verläuft die zeitliche Entwicklung des Cannabiskonsums sehr ähnlich, Männer weisen insgesamt aber eine höhere Lebenszeitprävalenz aus als Frauen (für die Schweiz signifikant). Für den Kanton Uri lassen sich im Vergleich zur gesamten Schweiz in beiden Jahren signifikant tiefere Anteile der Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum feststellen. Der Unterschied zwischen den Urnerinnen und den Schweizerinnen ist für 2012 jedoch statistisch nicht mehr signifikant.

Rauschtrinken, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri, 2012

Abb. 3.25

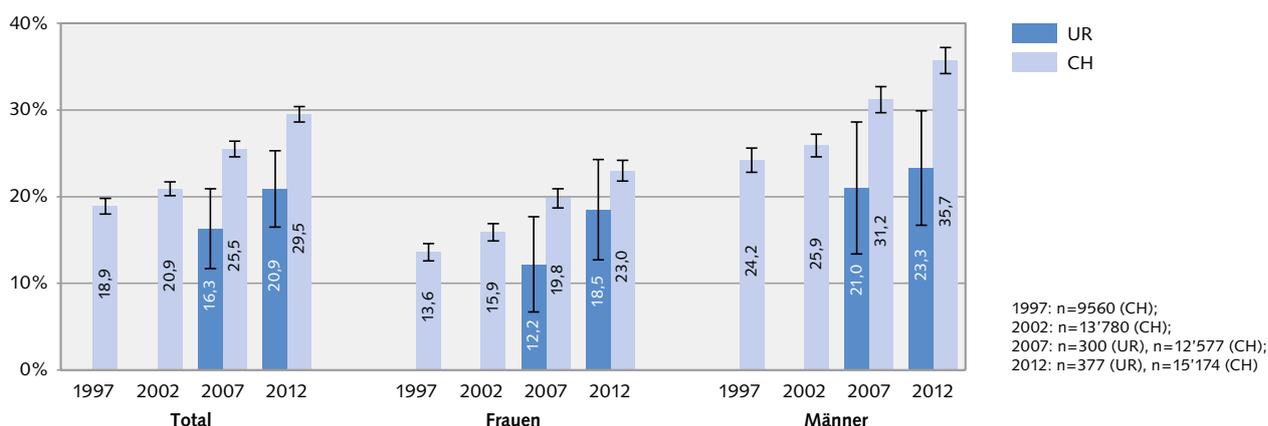


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 1997–2012 (15- bis 59-jährige Personen)

Abb. 3.26



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

³⁰ Da in früheren Befragungen lediglich Personen zwischen 15 und 59 Jahren befragt wurden, werden im Folgenden für den zeitlichen Vergleich ebenfalls nur Personen in dieser Alterskategorie berücksichtigt; dies gilt auch für die Analyse des Cannabiskonsums in den letzten zwölf Monaten.

6,6% der Schweizer Bevölkerung geben 2012 an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben (Abb. 3.27).³¹ Diese Prävalenz ist bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen (8,9% vs. 4,2%) und ist im Alter zwischen 15 und 24 Jahren am höchsten (14,9%). Bei den 35- bis 44-Jährigen sinkt der Anteil der Cannabiskonsumenten in der Bevölkerung auf 4,6% und bei den 55- bis 59-Jährigen beträgt dieser Anteil nur noch 1,4%. Während 67,8% der Personen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren noch nie Cannabis konsumiert haben, liegt dieser Anteil bei den 55- bis 59-Jährigen bei 83,2%.

3.3.5 Medikamentenkonsument

In den letzten hundert Jahren hat sich die Pharmakologie enorm entwickelt und bietet heute Hunderte von chemischen Molekülen für die Behandlung verschiedenster Krankheiten an. Der Einsatz von Medikamenten ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und trägt entscheidend zur Verlängerung der Lebenserwartung und zur Verbesserung der Lebensqualität bis ins hohe Alter bei. Medikamente sind aber nicht nur nützlich, sondern sie bergen auch das Risiko von Missbrauch und können erhebliche Nebenwirkungen haben. Ausserdem werden gewisse Medikamente manchmal nicht für den vorgesehenen Heilungszweck eingesetzt oder sie werden ohne medizinische Indikation eingenommen. Der Übergang von einer medizinisch

indizierten Verwendung zu einem unangemessenen Konsum von Medikamenten ist teilweise schwierig zu definieren.³²

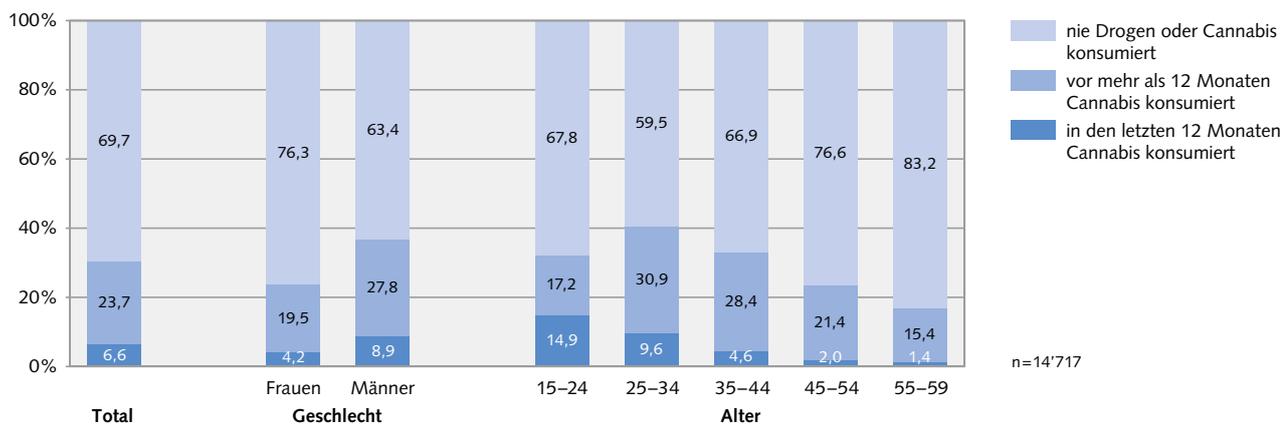
Wie in Abschnitt 2.5.2 gezeigt wurde, sind Störungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit und Angstzustände in der Schweizer Bevölkerung stark verbreitet. Um Stress in der Schule oder bei der Arbeit zu bewältigen, nehmen einige Personen psychotrope Medikamente wie Beruhigungsmittel, Schlaftabletten und Antidepressiva ein. Eine längere Verwendung von solchen Medikamenten kann aber zu Abhängigkeiten führen und ist mit Risiken insbesondere in Bezug auf das Erinnerungsvermögen und die psychomotorische Koordination verbunden (Lader, 2011). Schmerzmittel, von welchen einige zur Kategorie der Opiate gehören, haben ebenfalls ein erhöhtes Suchtpotenzial.

Frauen konsumieren im Allgemeinen mehr Medikamente als Männer (BAG, 2006). Spezifische Aspekte der Geschlechtersozialisation führen zu einer häufigeren und stärkeren Medikalisierung weiblicher Lebensphasen (Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre). Daneben existieren in der Schweizer Bevölkerung auch soziale Ungleichheiten bezüglich Medikamentenkonsument: Ältere Personen und Befragte mit geringeren wirtschaftlichen und kulturellen Ressourcen weisen in der Regel einen höheren Medikamentenkonsument auf.

In der SGB wird der generelle Medikamentenkonsument mit der Frage nach der Einnahme irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen erhoben. Daneben

Cannabiskonsum, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012
(15- bis 59-jährige Personen)

Abb. 3.27



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

³¹ Die Prävalenz des Cannabiskonsums in den letzten zwölf Monaten kann aufgrund der geänderten Fragestellung nicht mit den Vorjahren verglichen werden.

³² Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten erlauben es nicht, die Frage nach dem angemessenen Medikamentenkonsument zu beantworten.

wird auch der Konsum von vier spezifischen Medikamentengruppen befragt: Schmerzmittel (Anhang A-3.8), Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Antidepressiva (Anhang A-3.9).

Unterdurchschnittlicher Medikamentenkonsum im Kanton Uri

Im Jahr 2012 hat gut ein Drittel der Urner Bevölkerung (37,2%) in der Woche vor der Erhebung mindestens ein Medikament konsumiert. Der entsprechende Schweizer Anteil liegt mit 48,6% signifikant über dem Urner Wert (Abb. 3.28). In den letzten 20 Jahren hat sich der Anteil der Bevölkerung mit Medikamentenkonsum deutlich erhöht, gesamtschweizerisch stieg er von 38,3% im Jahr 1992 auf 48,6% im Jahr 2012 (Anhang A-3.8). Auch im Kanton Uri kann zwischen 2007 und 2012 eine Erhöhung des Medikamentenkonsums festgestellt werden, diese Zunahme ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Frauen weisen einen deutlich höheren Medikamentenkonsum auf als Männer. Während 45,2% der Urnerinnen in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen haben (Schweiz 53,2%), liegt dieser Anteil bei den Urnern lediglich bei 29,1% (Schweiz 43,8%). Auch bezüglich Alter lassen sich signifikante Unterschiede im Kanton feststellen. So nahmen rund ein Viertel der 15- bis 49-jährigen Urnerinnen und Urner, jedoch 43,5% der 50- bis 64-Jährigen und gar drei Viertel der 65-Jährigen und Älteren in der Woche vor der Befragung Medikamente ein. Der niedrigere Medikamentenkonsum im Vergleich zur Schweiz ist bei den 35- bis 49-Jährigen Urnerinnen und Urnern am deutlichsten sichtbar.

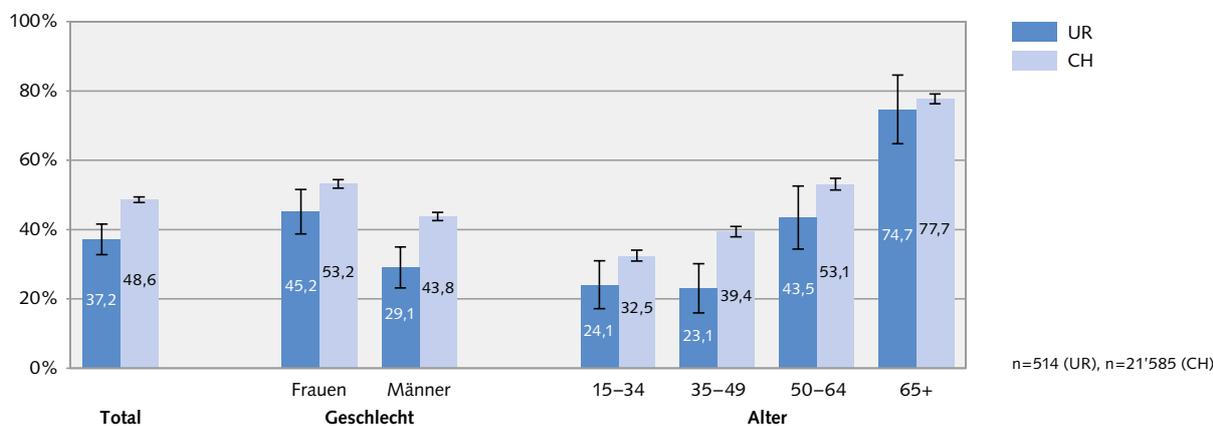
Zunahme des Schmerzmittelkonsums und Stabilisierung bei Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Antidepressiva

In der Schweiz hat sich der Anteil Personen mit wöchentlichem Schmerzmittelkonsum in den letzten 20 Jahren von 12,4% auf 23,4% fast verdoppelt (Anhang A-3.8). Im Kanton Uri ist ein im Vergleich zur Gesamtschweiz unterdurchschnittlicher und seit 2007 stabiler Schmerzmittelkonsum zu beobachten (15,6%). 4,3% der Schweizerinnen und Schweizer (Urnerinnen und Urner: 3,2%) nahmen in der Woche vor der Befragung Beruhigungsmittel ein, 5,3% (Urnerinnen und Urner: 3,3%) konsumierten Schlafmittel und 4,1% (Urnerinnen und Urner: 2,8%) Antidepressiva (Anhang A-3.9). Der Konsum dieser drei Medikamentengruppen ist gesamtschweizerisch seit 1992 (Antidepressiva erst ab 2007 in der SGB verfügbar) stabil geblieben.

Ein wöchentlicher Konsum von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie von Antidepressiva kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern: 21,5% der Urnerinnen gegenüber 9,8% der Urner geben an, in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen zu haben (Schweiz 28,4% vs. 18,2%). Die Geschlechterunterschiede für die drei anderen Medikamentengruppen sind im Kanton Uri statistisch nicht signifikant, jedoch schon auf Schweizer Ebene: bei den Beruhigungsmitteln mit 5,4% der Frauen gegenüber 3,1% der Männer, bei den Schlafmitteln mit 7,2% der Frauen und 3,4% der Männer und bei den Antidepressiva mit 5,4% der Frauen und 2,7% der Männer.

Medikamentenkonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (letzte 7 Tage)

Abb. 3.28

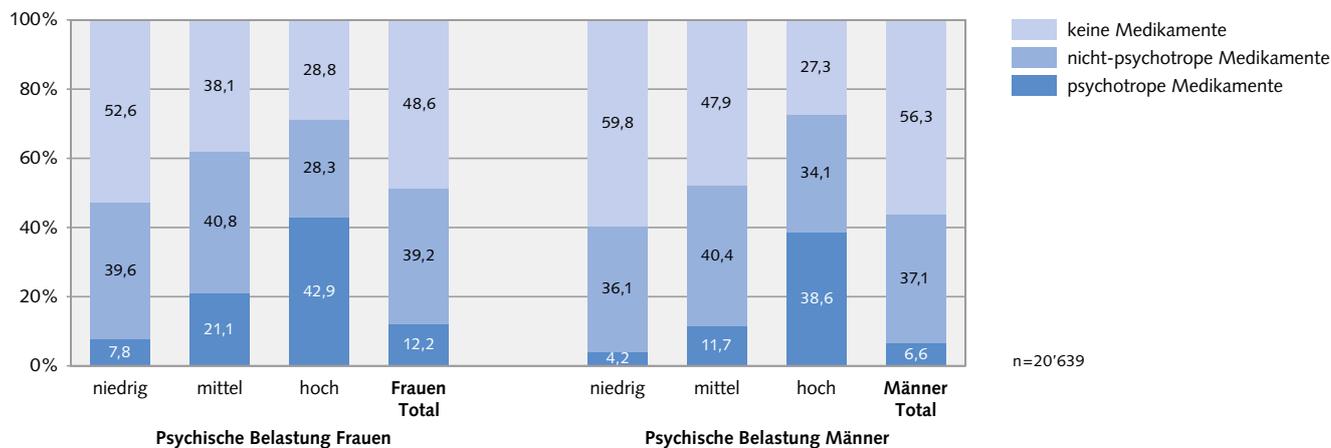


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Medikamentenkonsument, nach Geschlecht und psychischer Belastung, Schweiz, 2012 (letzte 7 Tage)

Abb. 3.29



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Abbildung 3.29 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dem Medikamentenkonsument in der Schweizer Bevölkerung. Wie zu erwarten, nehmen Frauen und Männer mit hoher psychischer Belastung signifikant häufiger Psychopharmaka ein als jene, die nicht oder nur leicht unter psychischer Belastung leiden. Bei den Männern bleibt der Konsum nicht-psycho troper Medikamente bei unterschiedlichen psychischen Belastungen gleich hoch. Demgegenüber fällt bei den Frauen mit hoher psychischer Belastung der Anteil mit Konsum nicht-psycho troper Medikamente signifikant niedriger aus als bei den Frauen mit nur niedriger oder mittlerer psychischer Belastung. Unabhängig von der psychischen Belastung nehmen Frauen häufiger psycho trope Medikamente ein als Männer, für die hohe psychische Belastung ist der Unterschied jedoch statistisch nicht signifikant.

3.4 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden verschiedene Verhaltensweisen dargestellt, die die Gesundheit positiv beeinflussen (körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten) und andere, die die Gesundheit eher beeinträchtigen, da sie Krankheiten verursachen und zu Abhängigkeiten führen können (Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und von Medikamenten).

Wie in der Gesamtschweiz achtet die grosse Mehrheit der Urner Bevölkerung auf ihre Gesundheit. Lediglich ein Anteil von 11,9% der Urnerinnen und Urner ist bezüglich der eigenen Gesundheit unbekümmert (Schweiz: 14,4%). Trotzdem ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Uri (47,1%) und der Schweiz (42,2%) von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen. Männer sind dabei häufiger übergewichtig als Frauen, dies sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz.

Urner Männer achten signifikant seltener auf ihre Ernährung als Schweizer Männer (45,6% vs. 60,6%), und auch die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» wird von Urner Männern (5,8%) deutlich weniger befolgt als von Schweizern (12,1%). Rund ein Viertel der Urnerinnen und der Schweizerinnen achtet auf ihre Gesundheit, Urnerinnen weisen aber im Vergleich zu den Schweizerinnen bezüglich der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» unterdurchschnittliche Anteile aus (18,9% vs. 26,0%). Fleisch und Milchprodukte werden dagegen im Kanton Uri deutlich häufiger konsumiert als im Durchschnitt der Schweiz.

Im Kanton Uri sind 79,9% der Bevölkerung körperlich ausreichend aktiv, was signifikant über dem Schweizer Anteil von 72,5% liegt. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der Anteil der aktiven Personen zwischen 2002 und 2012 deutlich gestiegen, und auch im Kanton Uri ist zwischen 2007 und 2012 eine Zunahme des Bewegungsniveaus festzustellen, diese ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher im Kanton Uri entspricht mit 26,9% etwa dem Schweizer Durchschnitt von 28,2%. Zwischen 2007 und 2012 sind die Anteile bezüglich Tabakkonsum im Kanton Uri stabil geblieben. Auf gesamtschweizerischer Ebene kann in den letzten 20 Jahren jedoch ein leichter Rückgang des Tabakkonsums von Männern beobachtet werden. Ausserdem ist der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher seit 1992 in der Schweiz deutlich zurückgegangen, und auch die Belastung durch Passivrauch hat sich zwischen 2002 (31,4%) und 2012 (6,1%) deutlich verringert.

In den letzten 20 Jahren hat sich der tägliche Alkoholkonsum in der Schweiz deutlich verringert, der wöchentliche ist dagegen angestiegen. Im Kanton Uri sind für diesen Zeitraum keine kantonalen Daten vorhanden. Beim Alkoholkonsum zeigt sich sowohl im Kanton Uri als auch auf Schweizer Ebene ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren rund doppelt so häufig täglich Alkohol wie Frauen, und auch der wöchentliche Konsum ist bei Männern ausgeprägter. Frauen ihrerseits sind rund doppelt so häufig abstinent wie Männer. Während der tägliche Alkoholkonsum mit dem Alter stark zunimmt, ist bei der jüngeren Generation eher das Rauschtrinken problematisch.

Die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum hat in den letzten 15 Jahren schweizweit stark zugenommen. Auch im Kanton Uri ist zwischen 2007 (16,3%) und 2012 (20,9%) ein Anstieg festzustellen, dieser ist jedoch statistisch nicht signifikant. Die Urner Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum liegt 2012 deutlich unter dem Schweizer Anteil von 29,5%.

Auch der Konsum von Medikamenten in der Woche vor der Befragung ist im Kanton Uri (37,2%) deutlich seltener als in der Schweiz (48,6%). Frauen geben häufiger als Männer an, ein Medikament konsumiert zu haben, und der Medikamentenkonsum nimmt mit dem Alter deutlich zu.

4 Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. In Unterkapitel 1.4 wurde gezeigt, dass strukturelle Determinanten (soziale, ökonomische und politische Faktoren sowie die sozio-ökonomische Position) zusammen mit intermediären Determinanten (Lebens- und Arbeitsbedingungen, verhaltensbezogene Faktoren, psychosoziale Faktoren) auf die Gesundheit jedes Einzelnen wirken. Vorliegendes Kapitel behandelt zentrale Aspekte des Wohn- und Arbeitsumfelds und deren spezifischen Auswirkungen auf die Gesundheit. Hierfür werden wiederum die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ausgewertet. Im ersten Unterkapitel 4.1 werden für Urnerinnen und Urner Immissionen im Wohnbereich untersucht, während sich das zweite Unterkapitel 4.2 mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Aspekten des Arbeitslebens im Kanton Uri beschäftigt.

Sowohl im Wohn- als auch im Arbeitsbereich haben verschiedene Umwelteinflüsse Auswirkungen auf das Auftreten von Gesundheitsproblemen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass in Europa zwischen 15% und 20% der Todesfälle auf schädliche Umwelteinflüsse zurückzuführen sind, wobei die osteuropäischen Länder überdurchschnittliche Werte aufweisen (EUA, 2010). Zu den wichtigsten Einflussfaktoren zählen dabei die Feinstaubbelastung und der Lärm, aber auch Tabakrauch (vgl. Kapitel 3), Klimawandel (z. B. in Form vermehrter Hitzeperioden) und Strahlungen sind in der Schweiz gesundheitsrelevant (Meyer, 2009).

Hohe Konzentrationen von Feinstaub, Ozon und Stickoxiden gehen mit Atemwegsbeschwerden, erhöhter allergischer Disposition, Verminderung des Lungenwachstums bei Kindern (EKL, 2013), mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Brook et al., 2010) und mit erhöhtem Risiko für Lungenkrebs und Leukämie einher (WHO, 2013). Der Schweizer Umweltbericht des Bundesamtes für Umwelt (BAFU, 2013) weist darauf hin, dass der gegenwärtige Zustand der Luft jährlich 3000 bis 4000 vorzeitige Todesfälle zur Folge hat (davon 300 durch Lungenkrebs), bei Kindern zu 39'000 Fällen akuter bzw. bei Erwachsenen zu 1000 Fällen chronischer Bronchitis

führt und Gesundheitskosten in der Höhe von schätzungsweise 5,1 Milliarden Franken verursacht. Das im Kanton Uri grosse Verkehrsaufkommen aufgrund der Nord-Süd-Achse dürfte im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen eine wichtige Rolle spielen. So haben Hazenkamp-von Arx et al. (2011) für zehn ländliche Gemeinden nahe einer stark befahrenen Autobahn (darunter Erstfeld) eine schlechtere Gesundheit der Atemwege von Erwachsenen als in städtischen Gebieten festgestellt.

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheit ist im Wohn- und Arbeitsumfeld ebenfalls der Lärm. Ein Sechstel der Schweizer Bevölkerung ist übermässigem Lärm ausgesetzt, was zu Belästigungen, Stress, Schlafstörungen, erhöhtem Blutdruck, Herz-Kreislauf-Problemen, erhöhtem Risiko für Herzinfarkt und zu sozialen Problemen führen kann (BAFU, 2013). Als wichtigste schädliche oder lästige Lärmquelle wird dabei der Strassenverkehr angesehen, dem tagsüber jede fünfte Person und nachts jede sechste Person ausgesetzt ist (BAFU, 2014). Von Eisenbahn- und Fluglärm sind in der Schweiz mit 1% bis 2% der Bevölkerung deutlich weniger Menschen betroffen, allerdings fallen diese Lärmquellen vorwiegend in Städten und Agglomerationen an (BAFU, 2009). Es ist zu berücksichtigen, dass die Grenzwerte der Lärmschutzverordnung, auf welche sich die Studien des Bundesamtes für Umwelt stützten, deutlich höher liegen als die Empfehlungen der WHO. Würde man die Grenzwerte der WHO auf die Schweiz anwenden, wären doppelt so viele Menschen von Lärm betroffen.

Eine Studie von Ecoplan (2013) zeigt auf, dass die Schweizer Bevölkerung jedes Jahr rund 47'000 Lebensjahre verliert, die ohne Verkehrslärm bei einwandfreier Gesundheit hätten gelebt werden können. Am meisten Lebensjahre gehen dabei durch Schlafstörungen wegen Strassenverkehrslärm verloren. Die Ergebnisse von Brink (2011) weisen hingegen darauf hin, dass der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand in der Schweiz eher mit soziodemografischen Variablen wie Geschlecht, Alter und Einkommen als mit der Lärmbelastung zusammenhängt.

Auch der Klimawandel hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. So gefährden Hitzeperioden vorwiegend ältere und chronisch kranke Menschen sowie Kleinkinder. Steigende Temperaturen begünstigen ausserdem die Verbreitung von neuen Krankheitserregern und von Pflanzen mit hohem Allergiepotenzial (BAFU, 2013).

Schliesslich können verschiedene Strahlungen die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. So weist die WHO auf die hohe Radonbelastung in der Schweiz hin, welche jährlich zu 230 Lungenkrebstoten führt (WHO, 2011a). Weiter sind in der Schweiz rund 85'000 vorwiegend in der medizinischen Diagnostik tätige Personen Strahlendosen ausgesetzt (BAG, 2013a), und die UV-Strahlung erhöht das Hautkrebsrisiko und kann zu Augenschäden führen. Die gesundheitlichen Langzeiteffekte von elektromagnetischen Strahlungen (z. B. von Mobilfunkantennen) sind demgegenüber wissenschaftlich noch nicht belegt (Rösli et al., 2010).

Neben umweltbezogenen Einflüssen im Wohn- und Arbeitsbereich hat die Erwerbstätigkeit selbst einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. So weisen Erwerbstätige in der SGB 2012 allgemein einen besseren Gesundheitszustand aus als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose (BFS, 2014a). Dies ist einerseits auf den «Healthy Worker Effect» zurückzuführen, wonach Erwerbstätige für die Ausübung ihrer Tätigkeit einen gewissen Gesundheitszustand benötigen, während Personen mit angeschlagener Gesundheit Mühe haben, in der Arbeitswelt zu bestehen. Andererseits kann Arbeit als zentraler Lebensbereich zur Existenzsicherung, zu Anerkennung und Wohlbefinden und dementsprechend zu einer guten Gesundheit beitragen, wohingegen längere Arbeitslosigkeit ein Risiko für die Gesundheit darstellt.

Arbeit kann sich allerdings auch negativ auf die Gesundheit auswirken. So werden von der SUVA jährlich rund 3000 berufsbedingte Versicherungsfälle wie Lärmschwerhörigkeit und Hauterkrankungen anerkannt (BAG, 2014a). Weitaus häufiger fallen berufsassozierte Gesundheitsstörungen an. Diese physischen und psychischen Leiden wie Rücken- und Kopfschmerzen sowie Stress haben in den letzten Jahren stark zugenommen (Läubli & Müller, 2009; Krieger & Graf, 2009; Krieger et al., 2012; Grebner et al., 2011). Mit der Globalisierung sowie neuen Informations- und Kommunikationstechnologien haben sich die Arbeitsanforderungen und -modelle stark gewandelt, was unter anderem zu einer generellen Beschleunigung, einer höheren Arbeitsintensität, konstantem Zeitdruck und Multitasking geführt hat (EU-OSHA, 2014).

Arbeitsbedingungen, die ein Gesundheitsrisiko darstellen können, sind auch in der Schweiz häufig. So berichtet über die Hälfte der erwerbstätigen Schweizer Bevölkerung von mindestens drei physischen Risiken wie beschwerliche Arbeit, giftige Substanzen oder Lärm. Ebenfalls die Hälfte der in der SGB befragten erwerbstätigen Personen gibt mindestens drei psychosoziale Belastungen wie hohe Anforderungen, Zeitdruck oder geringer Gestaltungsspielraum an (BFS, 2014a). Physische Belastungen sind dabei bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger vertreten, während psychosoziale Anforderungen eher bei Personen mit höherem sozialen Status vorkommen (Hämmig & Bauer, 2013).

Ungünstige Arbeitsbedingungen korrelieren mit verschiedenen Indikatoren eines schlechteren Gesundheitszustands wie körperlichen und psychischen Beschwerden. Mit der Exposition gegenüber mehreren physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen erhöht sich auch der Anteil Personen mit einem schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand (BFS, 2014a). Allerdings weist das Collège d'expertise (2011) darauf hin, dass belastende Arbeitsbedingungen nicht per se ein Gesundheitsrisiko darstellen, sondern stark von den vorhandenen Entlastungs- und Schutzfaktoren der Erwerbstätigen mit beeinflusst werden. Dazu zählen unter anderem Mitspracherecht, Unterstützung durch Arbeitskollegen und Führungskraft, gutes Führungsverhalten und angemessener Lohn (Grebner et al., 2011). Zentral sind ebenfalls eine angemessene Work-Life-Balance und eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

4.1 Störungen im Wohnbereich

Menschen können in ihrem Wohnumfeld verschiedenen Störungen ausgesetzt sein. Abbildung 4.1 zeigt für das Jahr 2012 insgesamt elf verschiedene Störungsquellen im Wohnbereich jeweils für die im Kanton Uri wohnhaften Personen im Vergleich zur Gesamtschweiz.

Strassenverkehrs- und Eisenbahnlärm als häufigste Störungsquellen im Kanton Uri

Während 58,7% der Urnerinnen und Urner keine Störungen im Wohnbereich erwähnen, liegt dieser Wert im Schweizer Mittel mit 56,2% nur geringfügig niedriger. Die häufigsten Störungsquellen im Kanton Uri sind der Strassenverkehrs- und der Eisenbahnlärm: je rund 13% der Urnerinnen und Urner sind von diesen beiden Lärmstörungen betroffen. Der Strassenverkehrslärm wird im

Kanton Uri mit einem Anteil von 13,2% signifikant seltener erwähnt als im Schweizer Mittel (17,9%). Dies ist angesichts der wichtigen Verkehrsachse, die den Kanton durchzieht, eher überraschend. Der zwischen 2007 und 2012 um 8,7 Prozentpunkte zu beobachtende Rückgang des Anteils Personen, die Strassenverkehrslärm als Störung nennen, ist möglicherweise auf verschiedene Lärmschutzmassnahmen zurückzuführen (Daten nicht dargestellt). Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass dieser Rückgang knapp nicht signifikant ist und im Jahr 2007 der «Autolärm» befragt wurde, während sich die Frage für das Jahr 2012 allgemein auf den «Strassenverkehrslärm» bezieht.

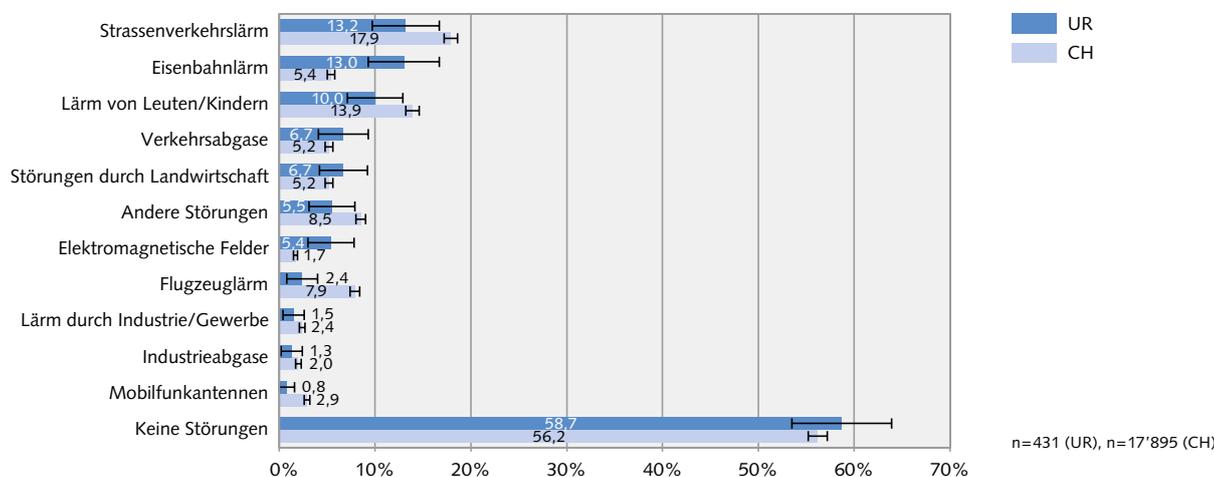
Eisenbahnlärm erwähnen Urnerinnen und Urner deutlich häufiger (13,0%) als Schweizerinnen und Schweizer (5,4%). Jede zehnte Person aus dem Kanton Uri führt zudem den Lärm von Leuten und Kindern als Störungsquelle an, wobei dieser Anteil signifikant unter dem Schweizer Wert von 13,9% liegt. Die übrigen in der Abbildung 4.1 dargestellten Störungsquellen treten seltener auf und werden von jeweils weniger als 7% der befragten Urnerinnen und Urner genannt. Im Vergleich zur Gesamtschweiz fallen dabei aber die unterdurchschnittlichen kantonalen Anteile beim Fluglärm und bei den Störungen durch Mobilfunkantennen auf. Überdurchschnittlich ist hingegen der Urner Anteil bei elektromagnetischen Feldern. Eine erfreuliche Entwicklung zwischen 2007 und 2012 kann im Bereich der Verkehrsabgase festgestellt werden: Während sich 2007 noch 16,7% der Urnerinnen und Urner durch Verkehrsabgase belästigt fühlten, ist dieser Anteil im Jahr 2012 signifikant auf 6,7% zurückgegangen.

Über die Hälfte der Bevölkerung hat im Wohnumfeld keine Störungen

Fasst man diese elf verschiedenen Störungsquellen zusammen und analysiert die Anzahl empfundener Immissionen pro Person, so ergibt sich für den Kanton Uri ein ähnliches Bild wie im Schweizer Mittel: Gut die Hälfte der befragten Personen (58,7% Uri, 56,2% Schweiz) erwähnt keine Störungen im Wohnumfeld. Rund ein Viertel (23,9% Uri, 25,1% Schweiz) gibt eine Störung an und jede fünfte bis sechste Person (17,4% Uri, 18,7% Schweiz) fühlt sich durch zwei oder mehr Störungen belästigt. Sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch ist zwischen 2007 und 2012 ein Rückgang des Anteils Personen zu verzeichnen, welche zwei oder mehr Störungen im Wohnbereich angeben. Der Anteil Personen mit einer Störung ist stabil geblieben und jener ohne Störungen hat dementsprechend in den letzten fünf Jahren zugenommen.

Bezüglich Anzahl Störungen sind zwischen dem Kanton Uri und den anderen Kantonen bzw. dem Durchschnitt der Schweiz keine signifikanten Unterschiede festzustellen (vgl. Anhang A-4.1). Auf Ebene Gesamtschweiz ist ein Zusammenhang zwischen der Anzahl Störungen im Wohnbereich und dem Alter, dem Urbanisierungsgrad und der Wohnform der Befragten beobachtbar (Abb. 4.2). So nimmt die Mehrfachbelastung im Wohnbereich mit steigendem Alter zu, von 15,1% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 23,7% bei den 65-Jährigen und Älteren. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass ältere Menschen möglicherweise ein sensibleres Störungsempfinden haben als jüngere. Andererseits

Immissionen im Wohnbereich, Kanton Uri und Schweiz, 2012 **Abb. 4.1**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

verbringen ältere Personen viel mehr Zeit im Wohnbereich, weshalb vorhandene Störungen auch häufiger wahrgenommen werden.

In ländlichen Gegenden der Schweiz werden im Wohnbereich deutlich weniger Störungen empfunden als in urbanen Regionen. 61,4% der Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen fühlen sich im Wohnbereich ungestört (Stadt 54,4%), 23,1% geben eine Störung an (Stadt 25,8%) und 15,5% sind im Wohnbereich zwei oder mehr Störungen ausgesetzt (Stadt 19,9%). Auch weisen Mieterinnen und Mieter in der Schweiz deutlich häufiger auf Störungen im Wohnbereich hin als Eigentümerinnen und Eigentümer. Dabei dürfte wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen dem

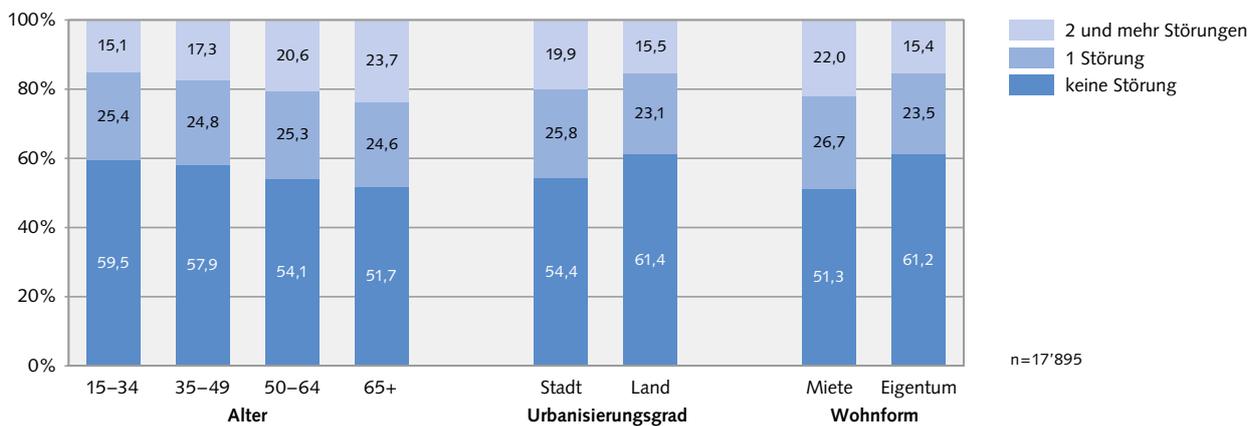
Urbanisierungsgrad und der Wohnform bestehen, weil in ländlichen Regionen die Wohneigentumsquote höher ist als in städtischen Gebieten.

Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnumfeld und Gesundheit auf Ebene Schweiz

Abbildung 4.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen im Wohnbereich und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit. Dabei wird in den Säulen jeweils der Anteil Personen mit einer negativen Ausprägung bestimmter Gesundheitsindikatoren angegeben. Der Anteil für «gesunde» Personen ergibt sich dementsprechend

Störungen im Wohnbereich, nach Alter, Urbanisierungsgrad und Wohnform, Schweiz, 2012

Abb. 4.2

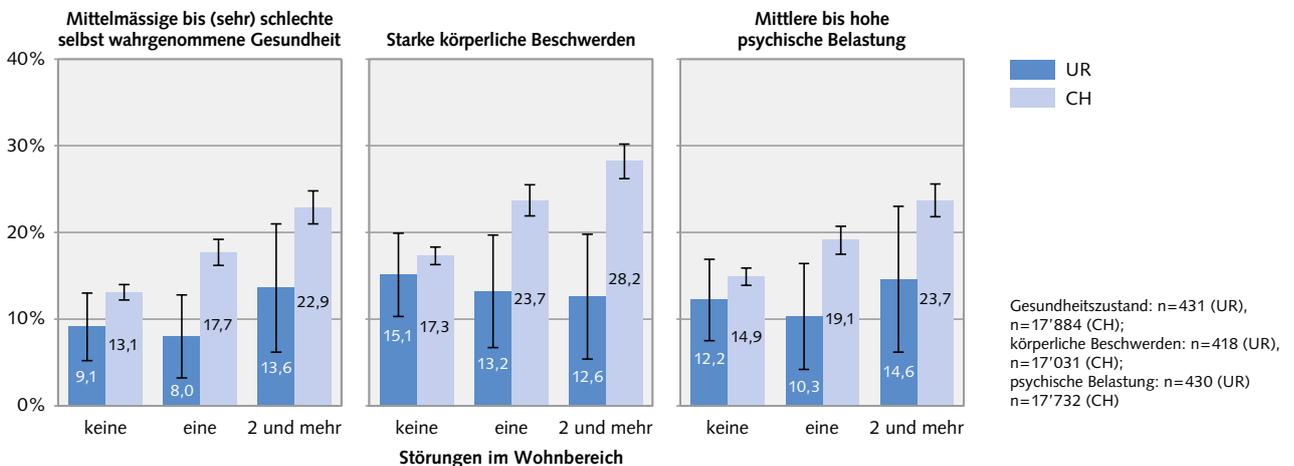


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Störungen im Wohnbereich, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012

Abb. 4.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

aus der Differenz zu 100%. Beispielsweise berichten von den Personen, welche keine Störungen im Wohnbereich empfinden, im Jahr 2012 schweizweit 13,1% von einer mittelmässigen bis sehr schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheit. Dementsprechend geben 86,9% (100%–13,1%) einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand an.

Für den Schweizer Durchschnitt lässt sich generell ein Zusammenhang zwischen einem negativen Gesundheitszustand und den Störungen im Wohnbereich feststellen. Dies gilt sowohl für die selbst wahrgenommene Gesundheit, für starke körperliche Beschwerden als auch für die mittlere bis hohe psychische Belastung. Die Exposition gegenüber einer Störung im Wohnbereich erhöht den Anteil Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand deutlich. Den schlechtesten Gesundheitszustand haben jene Personen, die zwei oder mehr Störungen im Wohnbereich angeben. Hier geben rund ein Viertel der Schweizerinnen und Schweizer an, einen mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand (22,9%), starke körperliche Beschwerden (28,2%) oder eine mittlere bis hohe psychische Belastung zu haben (23,7%).

Ein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnumfeld und den ausgewiesenen Gesundheitsindikatoren ist im Kanton Uri nicht beobachtbar. Dies kann unter anderem mit der kleinen Stichprobe und demzufolge den grossen Konfidenzintervallen erklärt werden. Auffallend ist, dass der Anteil «schlechte Gesundheit» von Personen mit mindestens einer Wohnstörung im Kanton Uri bei fast allen Gesundheitsindikatoren signifikant unter dem Schweizer Wert liegt.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass hier keine Kausalität zwischen Wohnstörungen und Gesundheit postuliert werden darf. Die Frage, ob Störungen im Umfeld «krank» machen oder umgekehrt verschiedene Gesundheitsindikatoren das Empfinden von Störungen im Wohnbereich beeinflussen, kann hier nicht beantwortet werden. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass zusätzliche Faktoren diese Unterschiede überlagern. So können zum Beispiel schlechtere Lebensbedingungen sowohl die Wohnsituation als auch die gesundheitlichen Bedingungen unabhängig voneinander beeinflussen.

4.2 Arbeit und Gesundheit

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich und gilt demzufolge als wichtige Determinante von Gesundheit. Vorliegendes Unterkapitel behandelt verschiedene Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit. Im ersten Abschnitt 4.2.1 werden generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit beleuchtet. Abschnitt 4.2.2 behandelt die physischen Belastungen bei der Arbeit der 15- bis 64-jährigen Erwerbsbevölkerung, während Abschnitt 4.2.3 psychosoziale Risiken und Abschnitt 4.2.4 Arbeitszeitbelastungen erläutern. Im letzten Abschnitt 4.2.5 wird schliesslich der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Arbeitsbelastungen und der Gesundheit der 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen diskutiert.

4.2.1 Generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit

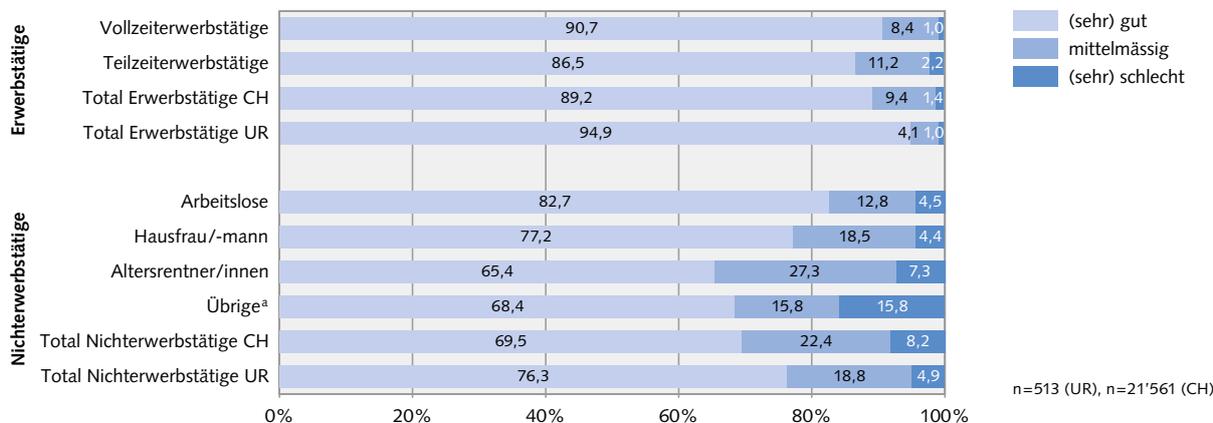
Erwerbstätige fühlen sich generell gesund

Erwerbstätige haben generell eine bessere Gesundheit als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose. Dies zeigt Abbildung 4.4, die die selbst wahrgenommene Gesundheit nach Arbeitsmarktstatus abbildet. In der Schweiz berichten 89,2% der Erwerbstätigen im Vergleich zu 69,5% der Nichterwerbstätigen von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand. Im Kanton Uri liegen diese Anteile mit 94,9% bei den Erwerbstätigen und 76,3% bei den Nichterwerbstätigen deutlich höher.

Schweizweit am gesündesten fühlen sich die Vollzeit-erwerbstätigen. Den schlechtesten Gesundheitszustand weist die Gruppe der «übrigen Nichterwerbspersonen» aus, von welchen rund jede sechste Person einen schlechten bis sehr schlechten und ebenfalls jede sechste Person einen nur mittelmässigen Gesundheitszustand angibt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass diese Gruppe auch invalide Personen beinhaltet. Altersrentnerinnen und -rentner berichten ebenfalls häufig von einem mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand (34,6%), was aber vorwiegend auf das Alter der befragten Personen zurückgeführt werden kann. Hausfrauen und -männer sowie Arbeitslose fühlen sich in der Schweiz im Vergleich zu den Rentnerinnen und Rentnern bzw. den übrigen Nichterwerbstätigen etwas gesünder. Jedoch ist der Anteil Personen mit guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit bei diesen beiden Gruppen im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung signifikant niedriger.

Selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Arbeitsmarktstatus, Kanton Uri (Total) und Schweiz, 2012

Abb. 4.4



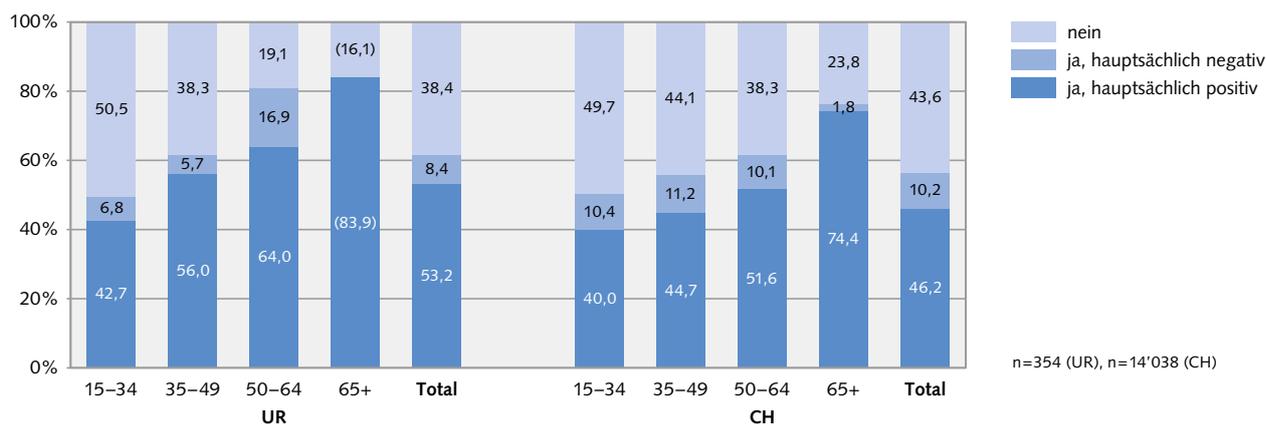
^a Übrige Nichterwerbspersonen: in Ausbildung, invalid, im Militär/Zivildienst, anderes

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit, nach Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (Erwerbstätige)

Abb. 4.5



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Je älter die Personen, umso positivere Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit

In der SGB 2012 wurden die Personen im Telefoninterview zum ersten Mal dazu befragt, ob und wie sich die Arbeit auf die Gesundheit auswirkt. Über die Hälfte (53,2%) der Urnerinnen und Urner weist auf eine hauptsächlich positive Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit hin, während 8,4% einen negativen Einfluss und 38,4% keinen Einfluss nennen (Abb. 4.5). Die Befragten aus dem Kanton Uri geben häufiger eine positive Auswirkung an als im Durchschnitt der Schweiz (46,2%).

Für die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit ist ein deutlicher Alterseffekt beobachtbar: Je älter die Erwerbstätigen sind, desto häufiger wird ein positiver

Effekt von Arbeit genannt. Am positivsten äussern sich die 65-jährigen und älteren Erwerbstätigen (83,9% Uri, 74,4% Schweiz), was sicherlich darauf zurückzuführen ist, dass diese Personen ihre Erwerbstätigkeit freiwillig über das Rentenalter hinaus fortgeführt haben. Im Kanton Uri weist bei den 50- bis 64-Jährigen mit 16,9% ein erhöhter Anteil Personen auf eine negative Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit hin. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant, weder im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt, noch zu den anderen Altersgruppen.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation hat zugenommen

Weil Erwerbsarbeit einen wichtigen Stellenwert im Leben vieler Menschen einnimmt, ist die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität. Die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ist sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch sehr hoch (Abb. 4.6). Gut drei Viertel der Urnerinnen und Urner und über zwei Drittel der Schweizerinnen und Schweizer sind mit ihrer Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden, weitere 16,7% (Uri) bzw. 20,2% (Schweiz) sind ziemlich zufrieden. 4,9% der Urner Bevölkerung (7,1% Schweiz) sind teils zufrieden und teils unzufrieden und nur 1,8% (4,5% Schweiz) äussern sich als ziemlich, sehr oder ausserordentlich unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation.

In den letzten Jahren ist der Anteil der mit der Arbeit sehr oder ausserordentlich Zufriedenen im Kanton Uri und in der Schweiz stark angestiegen. Bezeichneten sich 2002 noch 49,5% der Schweizerinnen und Schweizer als sehr oder ausserordentlich zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, waren es 2007 bereits 65,8% und 2012 68,1% der Befragten. Auch im Kanton Uri hat dieser Anteil von 67,3% im Jahr 2007 auf 76,6% im Jahr 2012 zugenommen. Dieser Anstieg geht jedoch weniger auf Kosten der Unzufriedenen, sondern ergibt sich hauptsächlich aus der Abnahme der ziemlich zufriedenen Personen.

4.2.2 Physische Belastungen bei der Arbeit

Im vorangegangenen Abschnitt konnte gezeigt werden, dass sich die erwerbstätigen Urnerinnen und Urner einer guten Gesundheit erfreuen, eine mehrheitlich positive Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit angeben und

sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind. Allerdings können sich gewisse Arbeitsbedingungen auch negativ auf die Gesundheit der einzelnen Menschen auswirken. Vorliegender Abschnitt untersucht deshalb verschiedene physische Belastungen und Abschnitt 4.2.3 psychosoziale Belastungen bei der Arbeit. Berücksichtigt wird dabei nur die 15- bis 64-jährige erwerbstätige Bevölkerung.

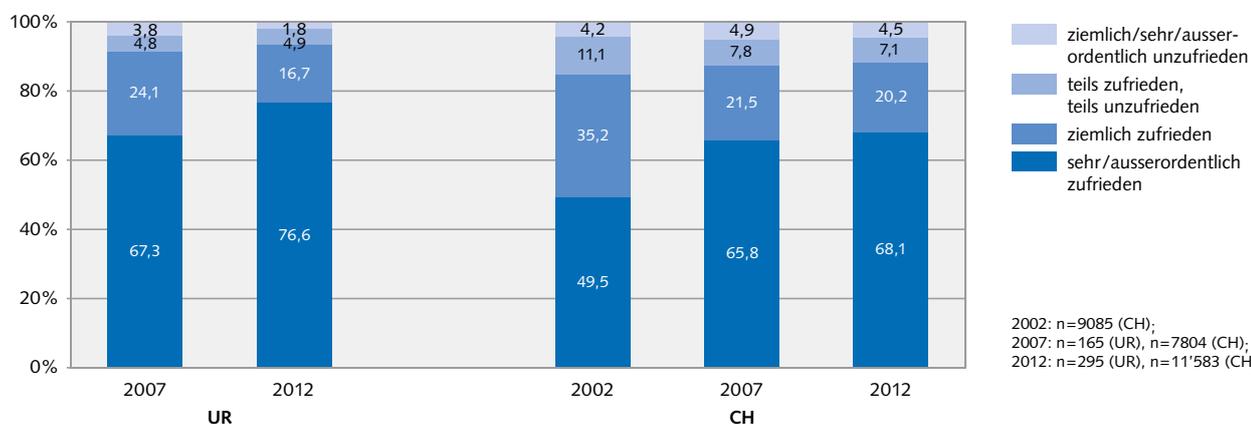
Die Fragen zur konkreten Arbeitstätigkeit wurden im schriftlichen Fragebogen der SGB gestellt. Da die Stichprobe der schriftlichen Befragung kleiner ist als jene der telefonischen Interviews und ausserdem lediglich die 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen ausgewertet werden, sind die entsprechenden Fallzahlen im vorliegenden und in den nachfolgenden Abschnitten vergleichsweise gering. Dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

89,3% der Urner Bevölkerung sind bei der Arbeit physisch belastet

In der SGB 2012 wurden elf verschiedene physische Belastungen bei der Arbeit erhoben. Darunter fallen sowohl ergonomische Risiken (Stehen, stets gleiche Hand- oder Armbewegungen, schmerzhafte Körperhaltungen etc.), umgebungs- und umweltbedingte Risikofaktoren (Lärm, hohe oder tiefe Temperaturen) als auch chemische bzw. biologische Risiken (z. B. giftige Produkte). Abbildung 4.7 listet diese physischen Belastungen für die Urner Bevölkerung und die Schweiz nach Geschlecht auf und zeigt den Anteil der Erwerbstätigen, die während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit physischen Belastungen ausgesetzt sind.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Uri und Schweiz, 2002–2012 (Erwerbstätige)

Abb. 4.6

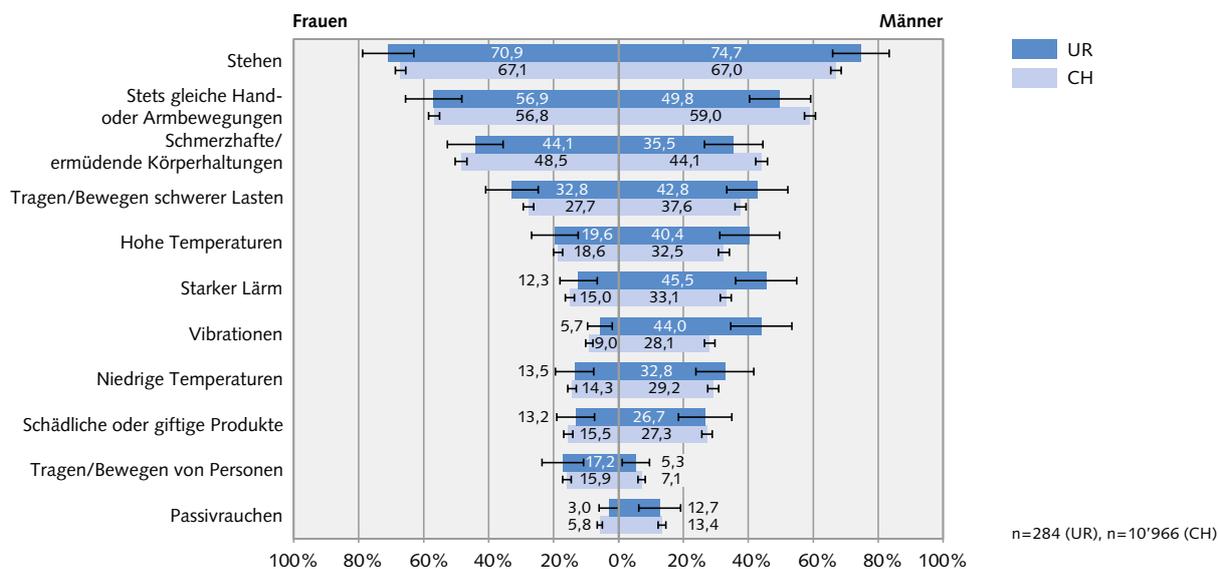


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Physische Belastungen bei der Arbeit, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ergonomische Belastungen werden sowohl von der Urner als auch von der Schweizer Bevölkerung am häufigsten genannt. 70,9% der Urnerinnen und 74,7% der Urner berichten, während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit zu stehen und 56,9% der Urner Frauen bzw. 49,8% der Urner Männer machen stets gleiche Hand- oder Armbewegungen. Für die restlichen physischen Belastungen lassen sich noch deutlichere Geschlechterunterschiede feststellen. So sind Männer signifikant häufiger hohen oder niedrigen Temperaturen, starkem Lärm, Vibrationen, Passivrauch und schädlichen oder giftigen Substanzen ausgesetzt. Sie müssen ebenfalls häufiger schwere Lasten tragen oder bewegen. Frauen ihrerseits weisen häufiger auf schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen hin und tragen bzw. bewegen häufiger Personen, was vermutlich mit vermehrter Pflegetätigkeit im Gesundheitswesen erklärt werden kann.

Bei den meisten untersuchten physischen Arbeitsbelastungen finden sich nur geringfügige Abweichungen zwischen dem Kanton Uri und dem Durchschnitt der Schweiz. Allerdings verweisen Urner Männer signifikant häufiger auf starken Lärm und Vibrationen als Schweizer Männer. Dies dürfte auf den vergleichsweise hohen Anteil an industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen im Kanton Uri zurückzuführen sein (vgl. Tab. 1.4).

Zwischen 2007 und 2012 hat die Exposition gegenüber physischen Arbeitsbelastungen sowohl im Kanton Uri als auch im Durchschnitt der Schweiz tendenziell

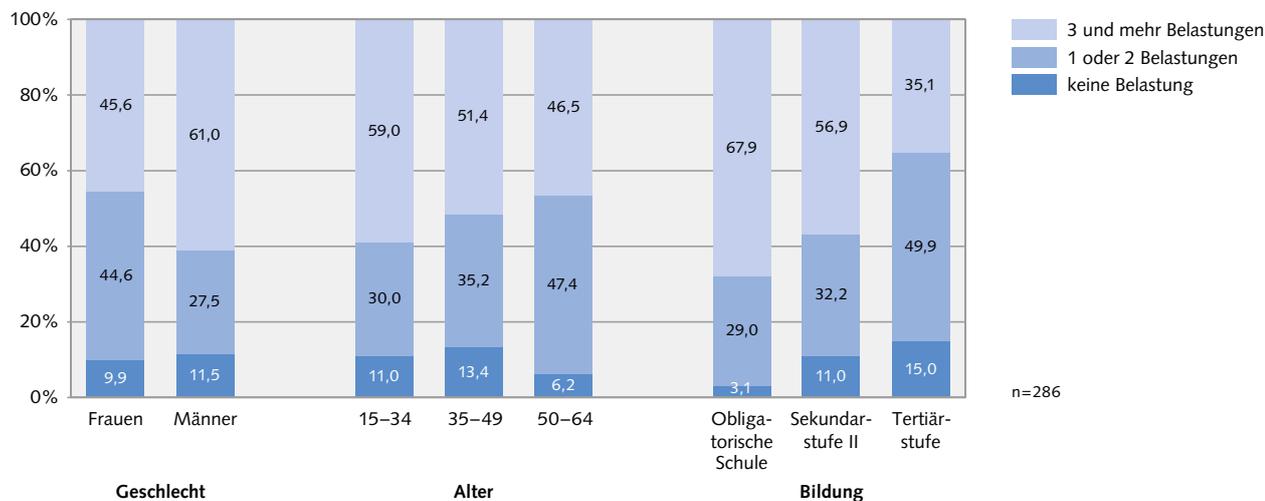
zugenommen. Ausnahme bildet das Passivrauchen, das im Kanton Uri und in der Schweiz seit 2007 rückläufig ist (vgl. 3.3.2). Es ist nicht auszuschliessen, dass ein Teil des Anstiegs der physischen Arbeitsbelastungen auf ein stärkeres öffentliches Bewusstsein für diese Fragen zurückzuführen ist.

In der fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Eurofound, 2012) sowie in der Publikation zur Arbeit und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung (BFS, 2014a) wurden neun der oben dargestellten elf physischen Risiken³³ zu einem Indikator mit drei Abstufungen zusammengefasst. Überträgt man dies auf den Kanton Uri, so haben im Jahr 2012 10,7% der Urnerinnen und Urner keine physischen Arbeitsbelastungen von mindestens einem Viertel der Arbeitszeit, 35,6% weisen eine oder zwei physische Risiken auf und 53,6% berichten von drei oder mehr physischen Belastungen. Ähnliche Anteile sind im Schweizer Durchschnitt festzustellen.

Mehrfachbelastungen durch physische Risiken bei der Arbeit erwähnen Urner Männer deutlich häufiger als Urnerinnen (Abb. 4.8). 61,0% der Urner weisen drei und mehr physische Arbeitsbelastungen aus, im Vergleich

³³ Die Variablen «Tragen oder Bewegen von Personen» und «Passivrauchen» wurden für den Indikator nicht verwendet. Es gilt ebenfalls zu berücksichtigen, dass sich die Publikation des BFS auf die 15- bis 64-jährige Erwerbsbevölkerung mit einem Mindestpensum von 20% bezieht, während in vorliegender Publikation alle Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren in die Analysen eingeschlossen wurden.

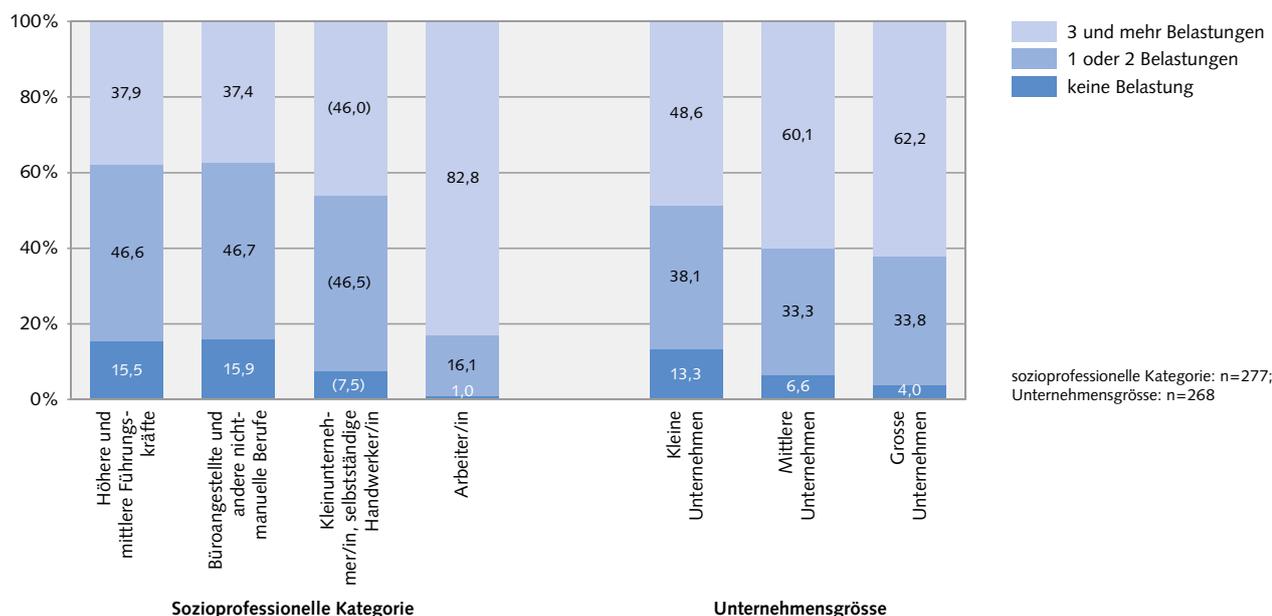
Physische Belastungen bei der Arbeit, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.8



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Physische Belastungen bei der Arbeit, nach sozioprofessioneller Kategorie und Unternehmensgrösse, Kanton Uri, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.9



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

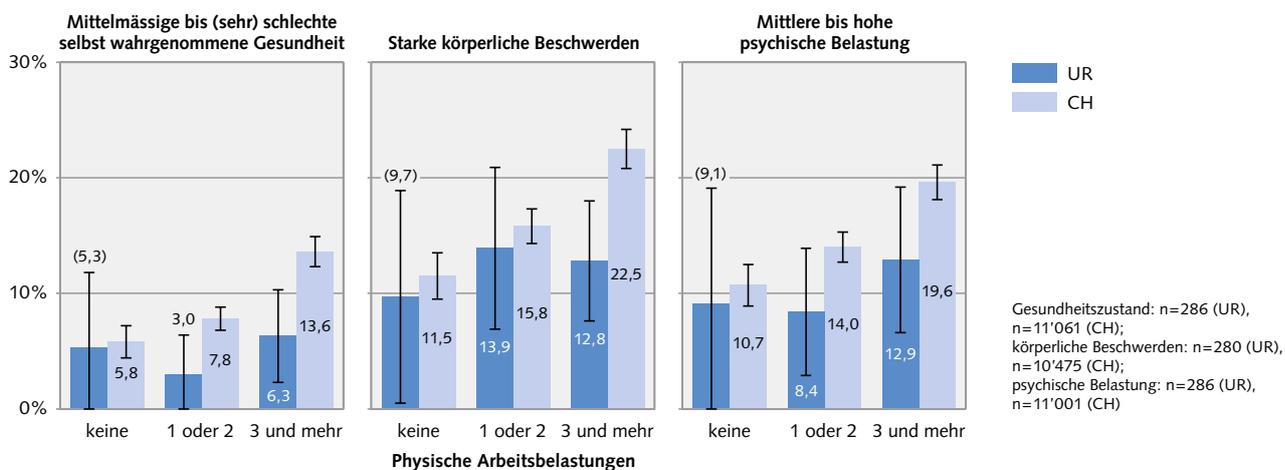
© Obsan 2015

dazu sind es 45,6% bei den Urnerinnen. Demgegenüber liegt der Anteil Personen mit einer oder zwei Belastungen bei den Männern (27,5%) deutlich unter dem Wert der Frauen (44,6%). Junge erwerbstätige Urnerinnen und Urner berichten tendenziell häufiger von drei und mehr physischen Arbeitsbelastungen als ältere (59,0% der 15- bis 34-Jährigen gegenüber 46,5% der 50- bis

64-Jährigen). Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die 50- bis 64-Jährigen häufiger eine oder zwei Belastungen erwähnen und der Anteil Personen, welche keine Belastungen bei der Arbeit erleben, in dieser Altersgruppe mit 6,2% relativ gering ist.

Physische Belastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.10



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Sozialer Gradient bei physischen Arbeitsbelastungen

Bei der Anzahl physischer Arbeitsbelastungen lässt sich ein Zusammenhang mit dem Bildungsniveau nachweisen: Je höher der Bildungsabschluss der Urnerinnen und Urner ist, desto seltener werden physische Arbeitsbelastungen erwähnt (Abb. 4.8). Auch gesamtschweizerisch ist dies feststellbar. Nach sozioprofessioneller Kategorie arbeitet rund jede sechste Person mit einer Führungsfunktion und jede sechste Person mit einer nicht-manuellen Berufstätigkeit im Kanton Uri ohne physische Belastungen (Abb. 4.9). Dieser Anteil ist bei den Urner Arbeiterinnen und Arbeitern mit 1,0% sehr gering. In dieser Gruppe weisen über vier Fünftel der Personen (82,8%) auf drei oder mehr physische Arbeitsbelastungen hin. Physische Belastungen treten somit deutlich häufiger im gewerblichen und industriellen Sektor auf als im Dienstleistungssektor, was auch gesamtschweizerisch beobachtet werden kann. Ein gewisser Zusammenhang zwischen physischen Belastungen und der Unternehmensgrösse ist im Kanton Uri ebenfalls feststellbar. So berichten Arbeitnehmende in Kleinunternehmen weniger von physischen Arbeitsbelastungen als Arbeitende in mittleren und grossen Unternehmen. Gerade umgekehrt verhält es sich im Schweizer Durchschnitt: Arbeitnehmende in Kleinunternehmen (52,8%) geben signifikant häufiger drei und mehr physische Arbeitsbelastungen an als Erwerbstätige in Grossunternehmen (47,2%) (Daten nicht dargestellt).

Physische Belastungen beeinflussen die Gesundheit negativ

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Interpretation der physischen Arbeitsbelastungen nach den Gesundheitsindikatoren «selbst wahrgenommene Gesundheit», «körperliche Beschwerden» und «psychische Belastung» im Kanton Uri schwierig. Generell fühlen sich Urnerinnen und Urner – ob physisch belastet oder nicht – gesünder als Personen im Schweizer Durchschnitt. Die Unterschiede sind allerdings nur in wenigen Fällen signifikant. Zusätzlich sind im Kanton Uri bezüglich Gesundheitsindikatoren kaum Unterschiede zwischen dem Ausmass physischer Arbeitsbelastungen zu beobachten, weshalb nachfolgend lediglich die Schweizer Zahlen kommentiert werden (Abb. 4.10).

Schweizer Erwerbstätige, welche in der SGB 2012 mindestens eine physische Belastung bei der Arbeit nennen, verfügen im Vergleich zu den Erwerbstätigen ohne jede physische Belastung über einen schlechteren Gesundheitszustand. Am negativsten bezüglich ihrer Gesundheit äussern sich die Beschäftigten mit drei oder mehr physischen Risiken bei der Arbeit. Diese Personen geben zu 13,6% eine mittelmässige bis sehr schlechte selbst wahrgenommene Gesundheit an, berichten zu 22,5% über starke körperliche Beschwerden und weisen zu 19,6% eine mittlere bis hohe psychische Belastung aus. Diese Anteile sind gegenüber den Personen ohne physische Arbeitsbelastungen rund doppelt so hoch und unterscheiden sich signifikant.

4.2.3 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit

Neben physischen Belastungen gibt es auch psychosoziale Risiken bei der Arbeit, die sich aus der Interaktion zwischen Menschen und aus der Interaktion des Einzelnen mit seiner Arbeit (Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation) ergeben. Vorliegender Abschnitt stützt sich konzeptionell auf die Arbeiten des Collège d'expertise (2011) und des Schweizer Berichts zu Arbeit und Gesundheit (BFS, 2014a) ab. Es werden acht verschiedene Gruppen von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit unterschieden (Abb. 4.11), die sich insgesamt aus 32 Variablen bzw. Fragen der SGB zusammensetzen.³⁴ Zusätzlich wird auch der Stress bei der Arbeit ausgewertet. Stress ist zwar keine bestimmte Arbeitsbedingung, sondern ein Gefühlszustand der befragten Personen. Da es sich aber um einen gängigen Begriff in Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit handelt, wird die Variable zum subjektiv empfundenen Stress ausgewertet, aber nicht in einen Indikator aufgenommen. Die Fragen zu den psychosozialen Arbeitsbelastungen wurden in der SGB 2012 grundlegend geändert, weshalb keine zeitlichen Entwicklungen analysiert werden können.

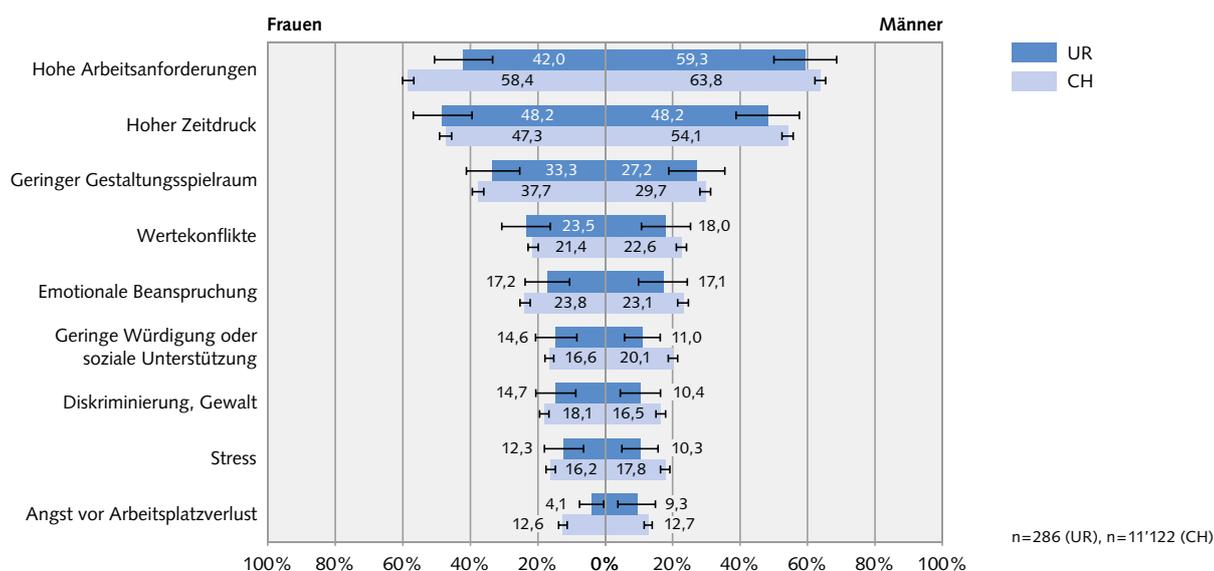
Urner Erwerbstätige signifikant häufiger ohne psychosoziale Arbeitsbelastungen als im Schweizer Durchschnitt

Abbildung 4.11 weist für den Kanton Uri und die Schweiz jeweils für Frauen und Männer den Anteil der Erwerbstätigen aus, die mindestens einer der in neun Indikatoren zusammengefassten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. 2012 waren 42,0% der Urnerinnen und 59,3% der Urner von mindestens einer hohen Arbeitsanforderung betroffen. Sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch berichten Frauen seltener von dieser Belastung als Männer, Urner Frauen darüber hinaus noch signifikant seltener als Schweizerinnen (58,4%). Schweizerinnen sind auch seltener hohem Zeitdruck ausgesetzt als Schweizer (47,3% der Frauen, 54,1% der Männer), während im Kanton Uri zu diesem Indikator keine Geschlechterunterschiede festzustellen sind (je 48,2%). Umgekehrt sind mehr Frauen als Männer bei ihrer Arbeit mit einem geringen Gestaltungsspielraum konfrontiert: 33,3% der Urnerinnen (37,7% der Schweizerinnen) berichten von diesem Risikofaktor im Vergleich zu 27,2% der Urner (29,7% der Schweizer).

Keine signifikanten Geschlechterunterschiede bestehen bei den Anteilen der Erwerbstätigen, die mit mindestens einem Wertekonflikt konfrontiert sind oder

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.11



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

³⁴ Für die Gliederung und den Inhalt der Indikatoren zu den psychosozialen Belastungen sei auf die Publikation des BFS verwiesen (BFS, 2014a).

mindestens eine (erhöhte) emotionale Beanspruchung nennen. Von diesen beiden Belastungen sind im Schweizer Durchschnitt jede vierte Person und im Kanton Uri jede vierte bis sechste Person betroffen. Die Analyse der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz ergibt, dass Schweizer Männer häufiger finden, ihre Arbeit werde zu wenig gewürdigt und sozial unterstützt als Schweizer Frauen (20,1% gegenüber 16,6%). Gerade umgekehrt verhält es sich im Kanton Uri, wo 14,6% der Frauen und 11,0% der Männer von dieser psychosozialen Belastung sprechen (Unterschied nicht signifikant).

Von Diskriminierung und Gewalt berichten im Jahr 2012 14,7% der Urnerinnen (18,1% der Schweizerinnen) und 10,4% der Urner (16,5% der Schweizer). Rund jede sechste Schweizerin und jeder sechste Schweizer ist bei der Arbeit zudem immer oder meistens von Stress betroffen, welcher im Kanton Uri tendenziell weniger genannt wird (12,3% der Urnerinnen und 10,3% der Urner). Schliesslich geben Urnerinnen (4,1%) signifikant seltener als Schweizerinnen (12,6%) an, Angst vor Arbeitsplatzverlust zu haben. Auch Urner (9,3%) weisen tendenziell seltener auf diese Angst hin als Schweizer (12,7%).

Fasst man diese psychosozialen Belastungen (mit Ausnahme des Stresses) als Indikator zusammen, so hat im Kanton Uri jede fünfte Person (20,9%) bei ihrer Arbeit keine psychosozialen Belastungen. 29,5% berichten von einer bis zwei Belastungen, 28,3% von drei bis vier Belastungen und gut ein Fünftel (21,3%) nennt fünf und mehr Belastungen (Anhang A-4.4). Gesamtschweizerisch ist der Anteil Erwerbstätiger ohne psychosoziale Belastungen

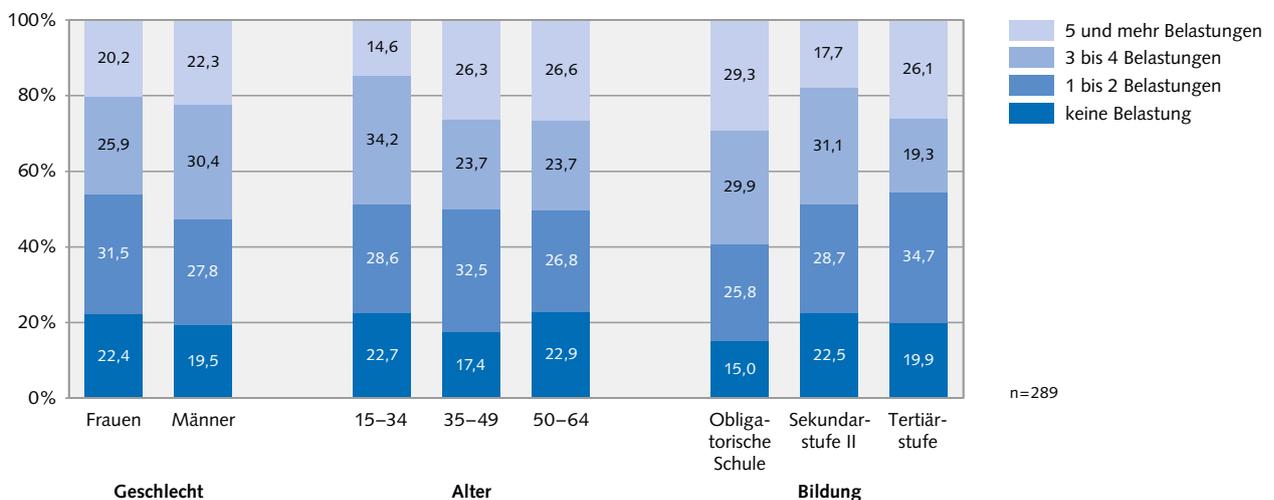
deutlich niedriger (12,1%), demgegenüber werden im Schweizer Durchschnitt (30,3%) signifikant häufiger fünf und mehr psychosoziale Risiken genannt als im Kanton Uri.

Psychosoziale Belastungen kaum von soziodemografischen Variablen abhängig

Bezüglich der Anzahl psychosozialer Belastungen bei der Arbeit sind im Kanton Uri keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, dem Alter und der Bildung festzustellen (Abb. 4.12), dies unter anderem wegen der kleinen Stichprobe. Frauen geben aber tendenziell seltener psychosoziale Arbeitsbelastungen an als Männer. Weiter verzeichnen die 15- bis 34-jährigen Urnerinnen und Urner den kleinsten Anteil Personen mit fünf und mehr Belastungen (14,6% gegenüber 26,3% bei den 35- bis 49-Jährigen und 26,6% bei den 50- bis 64-Jährigen); sie nennen aber häufiger drei bis vier Belastungen (34,2%) als die beiden anderen Altersklassen (je 23,7%). Ausserdem scheinen Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss im Kanton Uri tendenziell häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt zu sein als Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe: Lediglich 40,8% der Urnerinnen und Urner mit obligatorischem Schulabschluss geben keine oder eine bis zu zwei Belastungen an gegenüber 51,2% der Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II und 54,6% mit Tertiärabschluss.

Nach sozioprofessioneller Kategorie fallen auf der einen Seite die höheren und mittleren Führungskräfte auf, die im Kanton Uri zu 29,8% fünf und mehr

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Uri, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

psychosoziale Belastungen bei der Arbeit angeben. Auf der anderen Seite weist ein nur kleiner Anteil (6,6%) der Kleinunternehmenden sowie der selbstständigen Handwerkerinnen und Handwerker auf eine hohe Mehrfachbelastung hin. Diese Berufsgruppe berichtet am häufigsten (37,3%) davon, bei der Arbeit keinen psychosozialen Risiken ausgesetzt zu sein, wobei wieder die kleinen Fallzahlen zu berücksichtigen sind.

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit hängen auch mit der Unternehmensgrösse zusammen. In Grossunternehmen mit über 250 Vollzeitstellen geben 38,5% der Arbeitnehmenden an, fünf und mehr psychosozialen Belastungen ausgesetzt zu sein. Dieser Anteil ist in Kleinunternehmen mit bis zu 50 Vollzeitstellen sowie in mittleren Unternehmen mit zwischen 50 und 250 Vollzeitstellen deutlich niedriger (19,3% bzw. 23,1%). 52,0% der Urner Arbeiterinnen und Arbeiter in Kleinunternehmen nennen keine oder wenige (eine bis zwei) psychosoziale Belastungen, während dieser Anteil bei den mittleren Unternehmen 45,7% beträgt und bei den Grossunternehmen auf 41,7% sinkt.

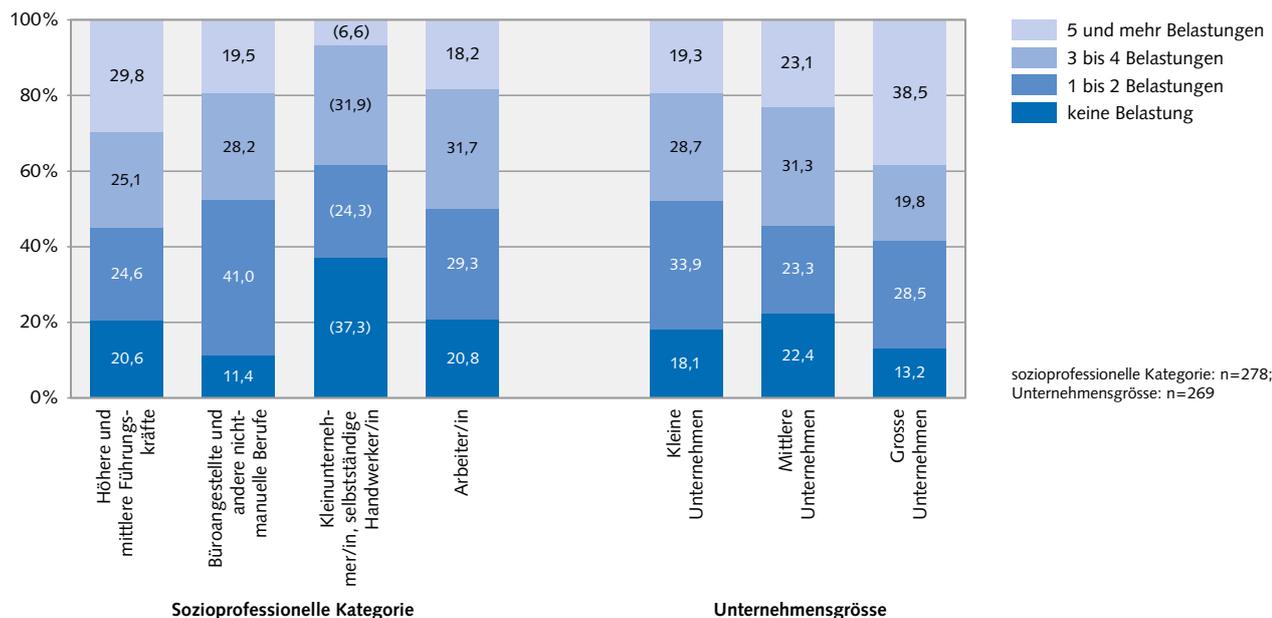
Psychosoziale Mehrfachbelastungen stellen ein Gesundheitsrisiko dar

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit sind mit verschiedenen Gesundheitsrisiken verbunden (Abb. 4.14). Auf dem Niveau der Gesamtschweiz weisen Personen mit einer Mehrfachbelastung durch fünf und mehr psychosoziale Faktoren gegenüber den weniger Belasteten eine signifikant schlechtere selbst wahrgenommene Gesundheit, einen höheren Anteil starker körperlicher Beschwerden und häufiger psychische Belastungen aus. Mit Ausnahme des Indikators «Psychische Belastung» unterscheiden sich die Anteile zwischen Personen ohne psychosoziale Risiken und Personen mit einem bis vier psychosozialen Belastungen nicht signifikant.

Im Kanton Uri kann zwischen der Belastung durch psychosoziale Faktoren bei der Arbeit und der selbst wahrgenommenen Gesundheit kein statistisch relevanter Zusammenhang festgestellt werden. Für den Indikator «Körperliche Beschwerden» sind ebenfalls keine signifikanten Unterschiede beobachtbar. In der Tendenz nehmen die starken körperlichen Beschwerden mit zunehmenden Arbeitsbelastungen aber zu. Urnerinnen und Urner mit drei bis vier (18,7%) oder fünf und mehr psychosozialen Belastungen bei der

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach sozioprofessioneller Kategorie und Unternehmensgrösse, Kanton Uri, 2012
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.13



sozioprofessionelle Kategorie: n=278;
Unternehmensgrösse: n=269

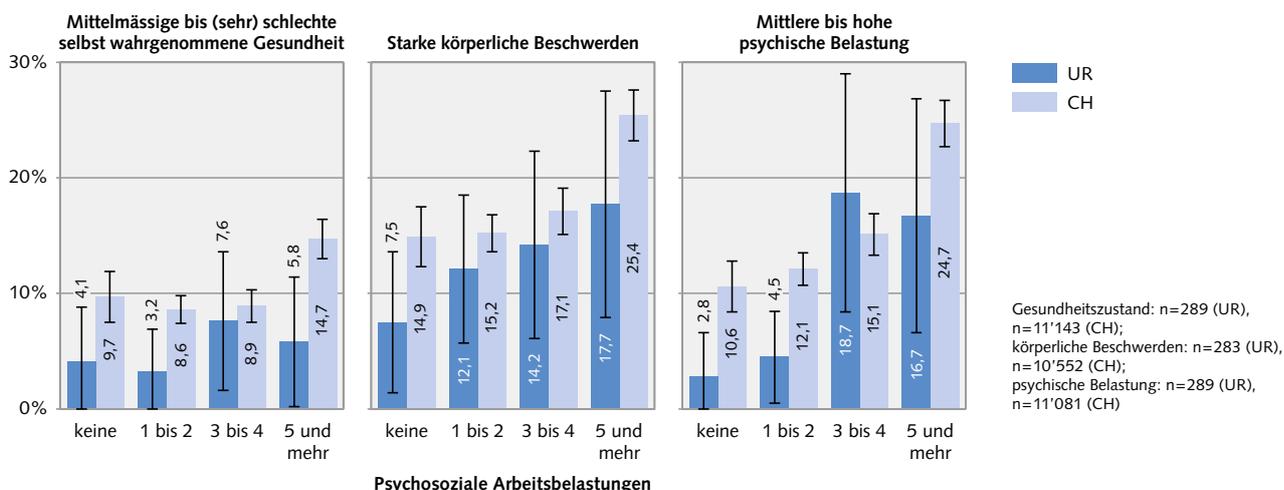
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Arbeit (16,7%) weisen signifikant häufiger eine mittlere bis hohe psychische Belastung aus als Urnerinnen und Urner ohne (2,8%) oder mit ein bis zwei solcher Risiken (4,5%).

Wie bereits bei den physischen Arbeitsbelastungen (Abschnitt 4.2.2) fällt die Gesundheit der Urner Bevölkerung auch für die verschiedenen Ausprägungen psychosozialer Belastungen positiver aus als im Schweizer Durchschnitt. Ausnahme bilden Urnerinnen und Urner, welche drei bis vier psychosoziale Arbeitsbelastungen aufweisen und zu 18,7% eine mittlere bis hohe psychische Belastung nennen. Dieser Anteil ist höher als im Schweizer Durchschnitt (15,1%) jedoch nicht signifikant.

4.2.4 Arbeitszeiten

Lange Arbeitszeiten und atypische Arbeitsformen wie Nacht- und Schichtarbeit sowie Arbeit auf Abruf können die Gesundheit der Erwerbstätigen negativ beeinflussen. In einer Auswertung von vier in Deutschland und weiteren europäischen Ländern durchgeführten Umfragen wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen langen wöchentlichen Arbeitszeiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Herzbeschwerden gefunden (Wirtz et al., 2009). Weitere potenziell ungünstige Bedingungen wie Nacht- oder Schichtarbeit, variable Arbeitszeiten und Arbeit auf Abruf erhöhten dabei die gesundheitlichen Risiken. Die Arbeitszeiten und -modelle können einerseits ein direktes Gesundheitsrisiko darstellen, indem

beispielsweise Nachtarbeit den Schlaf-Wach-Rhythmus stört. Andererseits bergen sie auch indirekte Risiken wie etwa negative Auswirkungen auf das Familien- und Sozialleben der Erwerbstätigen.

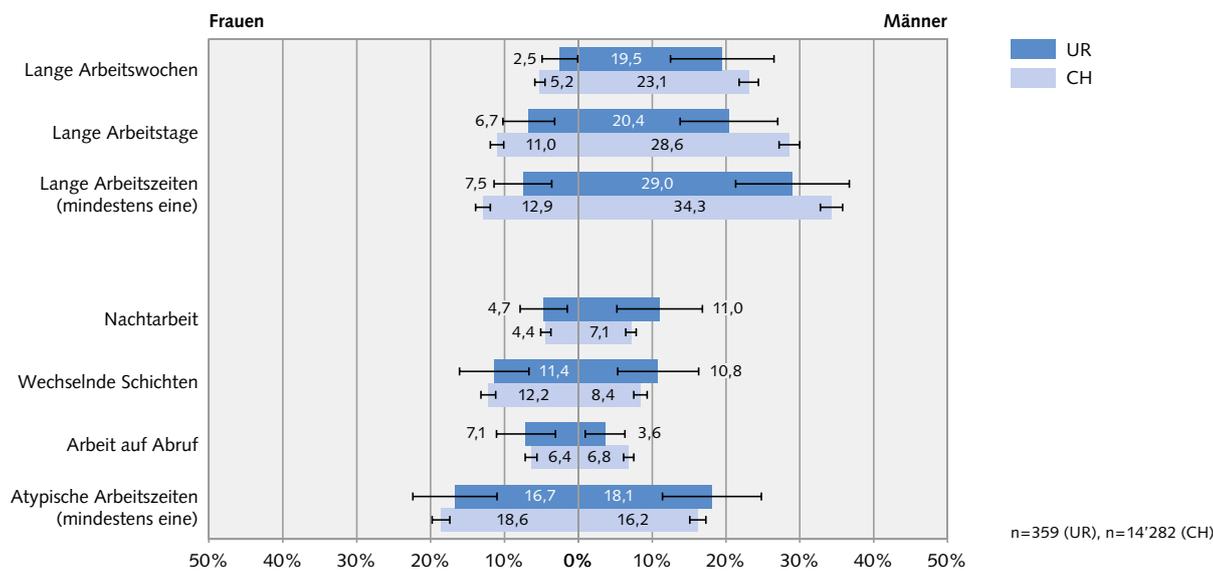
Lange Arbeitszeiten vor allem bei Männern

In der SGB 2012 geben jede achte Schweizerin (7,5% der Urnerinnen) und jeder dritte Schweizer (29,0% der Urner) mindestens eine der zwei erhobenen Formen von langer Arbeitszeit an (Abb. 4.15). Damit sind Frauen deutlich seltener von langen Arbeitszeiten betroffen, was unter anderem durch ihre vermehrte Teilzeitaktivität erklärt werden kann. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen werden am häufigsten lange Arbeitstage erwähnt: Von monatlich mindestens fünf Arbeitstagen mit jeweils mehr als zehn Stunden Dauer sind 6,7% der Urnerinnen und 20,4% der Urner betroffen. Diese Werte liegen unter dem Schweizer Durchschnitt (11,0% der Schweizerinnen und 28,6% der Schweizer). Auch bezüglich langer Arbeitswochen sind die Anteile der Urner Bevölkerung tendenziell tiefer als die gesamtschweizerischen Werte. So arbeiten 2,5% der Frauen und 19,5% der Männer im Kanton Uri regelmässig mehr als 48 Stunden pro Woche (5,2% der Schweizerinnen und 23,1% der Schweizer).

Sowohl im Kanton Uri als auch gesamtschweizerisch arbeitet im Jahr 2012 rund jede sechste Person in mindestens einer atypischen Arbeitsform wie Nacht- oder Schichtarbeit sowie Arbeit auf Abruf. Männer berichten häufiger von Nachtarbeit als Frauen, während Frauen

Arbeitszeiten, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.15

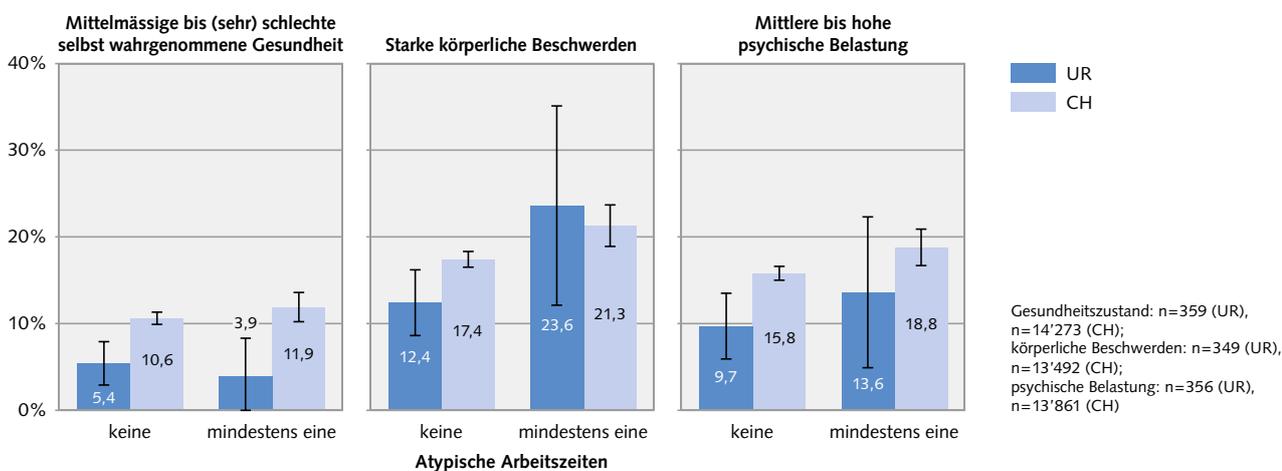


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Atypische Arbeitszeiten, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.16



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

umgekehrt häufiger Schichtarbeit angeben. Zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz bestehen bezüglich atypischer Arbeitsformen keine signifikanten Unterschiede. Urner Männer arbeiten aber tendenziell häufiger in der Nacht oder in wechselnden Schichten als Schweizer Männer.

Lange Arbeitszeiten in der SGB 2012 ohne Auswirkungen auf die Gesundheit

Die Annahme, dass lange Arbeitszeiten mit einer schlechteren Gesundheit der Arbeitnehmenden zusammenhängen, kann weder für den Kanton Uri noch für die Schweiz mit den Daten der SGB gestützt werden. Der Anteil Personen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut wahrnehmen, ist bei den Erwerbstätigen mit atypischen Arbeitsformen nicht grösser als bei den übrigen (Abb. 4.16).

Es bestehen allerdings Tendenzen im Kanton Uri bzw. signifikante Unterschiede im Total der Schweiz, was starke körperliche Beschwerden bzw. mittlere bis hohe psychische Belastungen betrifft: Die Personen mit mindestens einer atypischen Arbeitsform berichten häufiger von solchen negativen Gesundheitszuständen.

Der fehlende Zusammenhang zwischen langen Arbeitszeiten und schlechtem Gesundheitszustand hat auch damit zu tun, dass es sich in vorliegender Studie um eine Momentaufnahme handelt. Solche sogenannten Querschnittstudien vermögen Effekte nicht abzubilden, die sich erst nach relativ langer Zeit bemerkbar machen. So können lange oder atypische Arbeitszeiten zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht gesundheitsschädigend sein und sich erst längerfristig negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Andererseits gibt es Selektionseffekte: Eine kranke Person wird sich kaum für Arbeiten mit langen Arbeitszeiten melden bzw. wird für solche nicht eingestellt.

4.2.5 Mehrfachbelastungen bei der Arbeit

Mit zunehmender physischer und psychosozialer Belastung bei der Arbeit erhöht sich der Anteil Personen in der Schweiz, die einen mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand, starke körperliche Beschwerden oder eine mittlere bis hohe psychische Belastung angeben. Lange Arbeitszeiten gehen in vorliegender Studie nicht mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher, atypische Arbeitsformen stehen allerdings mit vermehrten körperlichen Beschwerden und mit erhöhter psychischer Belastung in Zusammenhang.

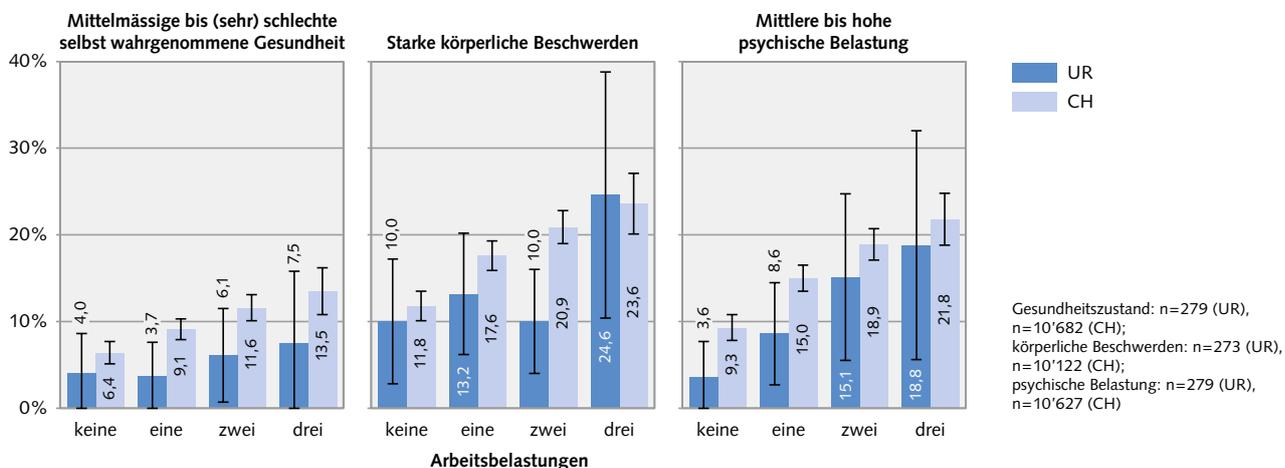
In vorliegendem Abschnitt soll dargestellt werden, wie sich eine Mehrfachbelastung durch physische und psychosoziale Faktoren sowie lange und atypische Arbeitszeiten auf die Gesundheit auswirkt. Hierzu werden die drei oben behandelten Belastungsfaktoren in je zwei Gruppen mit geringer/mittlerer Belastung bzw. hoher Belastung unterteilt. Eine hohe Belastung liegt vor bei Personen, welche drei und mehr physische Arbeitsbelastungen, drei und mehr psychosoziale Risiken oder mindestens eine lange oder eine atypische Arbeitszeit aufweisen.

Im Kanton Uri ist bezüglich Mehrfachbelastung ein ähnliches Muster wie gesamtschweizerisch zu beobachten. Ein Fünftel der Urner Erwerbstätigen ist bei der Arbeit keiner der drei analysierten Belastungen ausgesetzt. Je rund ein Drittel der befragten Personen weisen eine oder zwei Arbeitsbelastungen auf und 14,5% der Urnerinnen und Urner sind von physischen, von psychosozialen und von arbeitszeitlichen Belastungen betroffen. Frauen sind bezüglich Arbeitsrisiken deutlich häufiger unbelastet als Männer: 30,8% der Urnerinnen gegenüber 13,9% der Urner bzw. 24,6% der Schweizerinnen gegenüber 14,6% der Schweizer geben keine der drei Belastungen bei der Arbeit an. Demgegenüber berichten Männer häufiger von Mehrfachbelastungen (zwei oder drei Risiken). Die 15- bis 34-jährigen Erwerbstätigen sowie Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind von Mehrfachbelastungen bei der Arbeit am häufigsten betroffen.

Wie aus Abbildung 4.17 hervorgeht, äussern sich Schweizerinnen und Schweizer mit einer höheren Anzahl Arbeitsbelastungen vermehrt negativ zu verschiedenen

Mehrfachbelastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Abb. 4.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Gesundheitsindikatoren. Bereits mit nur einer Belastung bei der Arbeit erhöht sich der Anteil Personen mit schlechter selbst wahrgenommener Gesundheit, mit starken körperlichen Beschwerden und mit mittlerer bis hoher psychischer Belastung. Am negativsten äussern sich Personen mit drei verschiedenen Arbeitsbelastungen, wobei die Unterschiede zu den Zweifachbelasteten nicht signifikant sind. Für Urnerinnen und Urner sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten. Gewisse Tendenzen sind allerdings für die mittlere bis hohe psychische Belastung festzustellen.

4.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden potenziell gesundheitsgefährdende Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld aufgezeigt. Bezüglich Wohnen fällt positiv auf, dass die Mehrheit der Urnerinnen und Urner (58,7%) störungsfrei lebt. Nur rund jede sechste Person fühlt sich im Kanton Uri durch zwei oder mehr Störungen belästigt. Als wichtigste Störfaktoren im Wohnumfeld werden von der Urner Bevölkerung der Strassenverkehrs- und der Eisenbahnlärm angegeben. Auf Ebene der Gesamtschweiz ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnumfeld und der Gesundheit der Befragten festzustellen: Je mehr Störungen angegeben werden, desto schlechter fällt die selbst wahrgenommene Gesundheit aus und umso häufiger wird von starken körperlichen Beschwerden oder einer mittleren bis hohen psychischen Belastung berichtet.

Bezüglich der Arbeitssituation sind einige positive Ergebnisse hervorzuheben. So fühlen sich Urner Erwerbstätige generell gesünder als Nichterwerbstätige, und weniger als jede zehnte Person im Kanton Uri weist auf eine negative Auswirkung ihrer Arbeit auf die Gesundheit hin. Zusätzlich hat die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation in den letzten Jahren im Kanton zugenommen, von 67,3% im Jahr 2007 auf 76,6% sehr oder ausserordentlich Zufriedener im Jahr 2012. Der Anteil der mit der Arbeitssituation Unzufriedenen liegt bei 1,8% und ist entsprechend sehr gering.

Neben dieser positiven Dimension werden von den befragten Personen auch negative gesundheitsbezogene Aspekte von Arbeit genannt. So geben 89,3% der erwerbstätigen Urner Bevölkerung mindestens eine physische Belastung bei der Arbeit an und 79,1% weisen auf psychosoziale Arbeitsbelastungen hin. Weiter nennt rund jede sechste Person im Kanton Uri mindestens eine der beiden Formen langer Arbeitszeiten oder mindestens eine atypische Arbeitsform. Männer, junge Erwerbstätige und Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind von diesen Arbeitsbelastungen häufiger betroffen als Frauen, ältere Erwerbstätige und Personen mit höherer Bildung. Sie sind ebenfalls häufiger mehrfachbelastet.

Wie bei den Störungen im Wohnbereich haben auch Arbeitsbelastungen Auswirkungen auf die Gesundheit. So geben Befragte mit Arbeitsbelastungen einen schlechteren Gesundheitszustand und häufigere Beschwerden an als Personen ohne Arbeitsbelastungen. Je mehr Belastungen von den befragten Personen genannt werden, desto schlechter fällt ihre Gesundheit aus. Ausnahme bilden die langen Arbeitszeiten, welche in der SGB 2012 ohne Auswirkung auf die Gesundheit sind.

5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die OECD und die WHO bezeichnen das schweizerische Gesundheitssystem als leistungsstark und bedarfsorientiert. Gelobt werden insbesondere das flächendeckende medizinische Angebot sowie die Möglichkeit, den Leistungserbringer frei wählen zu können. Das Schweizer Gesundheitssystem hat jedoch auch seinen Preis: Die Schweiz gehört zu den OECD-Ländern mit den höchsten Gesundheitskosten (OECD/WHO, 2011).

Im vorliegenden Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Bevölkerung des Kantons Uri medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. In der Literatur gelten das Alter, das Geschlecht sowie der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand als wichtige Determinanten der Inanspruchnahme. Frauen, ältere Menschen und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch (Jaccard Ruedin et al., 2007; Schleiniger & Blöchliger, 2012). Auch der sozioökonomische Status und die Nationalität beeinflussen das Ausmass der Inanspruchnahme (Bisig & Gutzwiller, 2004). Wie das Verhaltensmodell von Andersen (vgl. Kasten) zeigt, gibt es eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren (Andersen, 1995).

Das vorliegende Kapitel untersucht folgende medizinische Leistungen der Urner Bevölkerung:

- Besuche in Arztpraxen (insgesamt und nach Fachgebiet)
- Präventionsmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sowie Grippeimpfungen
- Komplementärmedizinische Leistungen
- Spitalleistungen (ambulant und stationär)
- Unterstützung zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)
- Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen

Die Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stammen, mit Ausnahme der Spitex-Daten und der Daten zur Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Die SGB erfasst die Inanspruchnahme

Das Verhaltensmodell nach Andersen

Für die Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird oft das «Verhaltensmodell von Andersen» (Behavioral Model of Health Services Use) zitiert (Andersen, 1995). Das Modell enthält ein breites Spektrum von Kategorien zur Subsummierung individueller und gesellschaftlicher Determinanten, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben können (Guggisberg & Spycher, 2005). Die Einflussgrössen im Modell werden dabei in die folgenden drei Hauptkategorien eingeteilt (Babitsch et al., 2012):

- *Predisposing factors*: Dies sind individuelle Faktoren wie demografische Merkmale (Geschlecht und Alter), soziale Faktoren (z. B. Bildung, Beruf, Nationalität und Familienstand) und persönliche Überzeugungen in Bezug auf die Gesundheit (Einstellungen, Werte und Wissen bezüglich Gesundheit und Gesundheitsleistungen). Dazu kommen sogenannte kontextuelle Faktoren, welche die demografische und soziale Zusammensetzung der Gesellschaft, kollektive und kulturelle Werte sowie politische Perspektiven beinhalten.
- *Enabling factors*: Darunter sind einerseits auf individueller Ebene finanzielle Faktoren wie Einkommen und Versicherungsstatus enthalten. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung werden organisatorische Faktoren wie z. B. das Vorhandensein einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes subsummiert. Andererseits, auf kontextueller Ebene, sind finanzielle Faktoren wie Wohlstand und Gesundheitsausgaben in der Gesellschaft sowie organisatorische Faktoren in Bezug auf das Angebot und die Struktur der Gesundheitsversorgung massgebend.
- *Need factors*: Auf individueller Ebene wird hier zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf (selbst wahrgenommene Gesundheit, Krankheitssymptome etc.) und dem durch professionelle Einschätzung erlangten objektiven Bedarf nach medizinischen Leistungen unterschieden. Die kontextuelle Ebene enthält alle Faktoren, welche den Bedarf an medizinischen Leistungen durch Umwelteinflüsse begründen (z. B. berufs- und verkehrsbedingte Einwirkungen auf die Gesundheit) sowie Gesundheitsindikatoren, welche der Messung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dienen (Indikatoren zur Lebenserwartung, Mortalität etc.).

verschiedener medizinischer Leistungen mehrheitlich innerhalb einer Periode von zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt.

Die Ergebnisse der unterschiedlichen medizinischen Leistungen werden je separat präsentiert. Die gleichzeitige Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen ist hingegen nicht Gegenstand der Analyse. Auch werden lediglich nachfrageseitige Aspekte von Gesundheitsdienstleistungen präsentiert. Die medizinische Angebotsstruktur im Kanton Uri wird nicht explizit behandelt. Einige angebotsseitige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton wie die Ärztedichte oder die Spitalbettendichte sind jedoch im Unterkapitel 1.6 zu finden.

5.1 Arztbesuche

Die SGB beinhaltet verschiedene Informationen zur Häufigkeit von Arztbesuchen. Sie ist zudem die einzige umfassende nationale Datenquelle in der Schweiz mit Angaben über jenen Bevölkerungsteil, der in der betrachteten Periode keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat. Es können somit auch Bevölkerungsgruppen analysiert werden, die in den zwölf Monaten vor der Befragung weder eine Arztpraxis, noch ein Spital oder einen anderen Leistungserbringer aufgesucht haben. Im ersten Abschnitt von Unterkapitel 5.1 werden die Arztbesuche insgesamt untersucht, im zweiten Abschnitt wird zusätzlich nach ärztlichen Fachgebieten unterteilt.

5.1.1 Häufigkeit von Arztbesuchen insgesamt

Fast jede dritte Person im Kanton Uri ohne Arztbesuch in den zwölf Monaten vor der Befragung

Fast jede dritte Person im Kanton Uri (30,4%) hat gemäss eigenen Angaben in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht (Abb. 5.1). Dieser Anteil ist signifikant höher als in der Schweiz (21,6%). 36,8% der Urnerinnen und Urner war ein- bis zweimal in einer Arztpraxis. Die Mehrheit der Urner Bevölkerung (67,2%) verzeichnet folglich in einem Zeitintervall von zwölf Monaten keine oder nur wenige Arztbesuche. Ein Drittel der kantonalen Bevölkerung (32,7%) geht hingegen öfter als zweimal zur Ärztin bzw. zum Arzt: 19,4% der im Kanton Uri befragten Personen berichten über drei bis fünf und 13,3% über sechs oder mehr Arztbesuche in den zwölf Monaten vor der Befragung. Es gilt zu berücksichtigen, dass im Kanton Uri sowohl für die

Grundversorgung als auch für die spezialärztliche Versorgung eine der tiefsten Ärztedichten der Schweiz zu verzeichnen ist (vgl. Tab. 1.4), die wahrscheinlich einen wesentlichen Einfluss auf die Anzahl Arztbesuche hat.

Zwischen 2007 und 2012 hat der Anteil Urnerinnen und Urner ohne Arztbesuche von 23,2% auf 30,4% zugenommen, während die Anteile der Bevölkerung mit einem bis fünf Arztbesuchen zurückgegangen sind (Anhang A-5.1). Der Anteil der Urner Bevölkerung mit sechs oder mehr Arztbesuchen ist mit 13,3% stabil geblieben. Die Unterschiede zwischen 2007 und 2012 sind statistisch jedoch nicht signifikant.

Urner Männer (35,2%) waren 2012 häufiger gar nie in einer Arztpraxis als Urner Frauen (25,6%), wobei dieser Unterschied im Kanton nicht signifikant ist. In der Schweiz berichten rund doppelt so viele Männer (29,2%) wie Frauen (14,3%) über keinen Arztbesuch. Auf dem Niveau Schweiz ist auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den Kategorien drei bis fünf sowie sechs und mehr Arztbesuchen signifikant: 27,4% der Schweizerinnen besuchten in den zwölf Monaten vor der Befragung drei- bis fünfmal und 22,1% sechsmal oder mehr eine Arztpraxis (Männer: 20,0% und 14,7%). Wie noch gezeigt wird, ist diese häufigere Inanspruchnahme bei den Frauen jedoch zu einem guten Teil mit den Konsultationen in Frauenarztpraxen zu erklären.

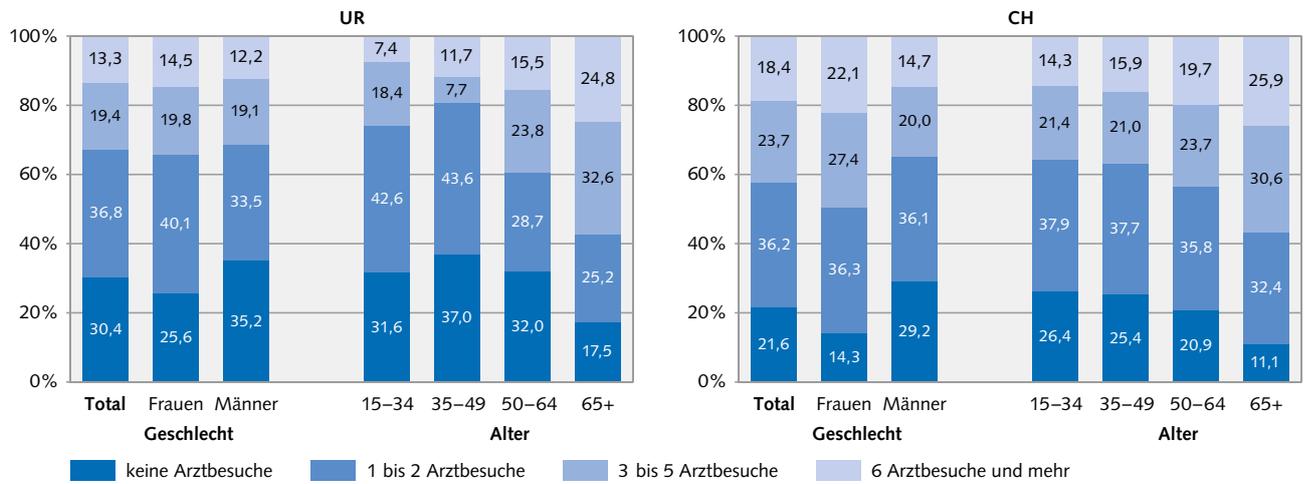
Wie erwartet nimmt mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Arztbesuchen zu. Rund ein Viertel (24,8%) der Urnerinnen und Urner ab 65 Jahren gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung sechsmal oder mehr in einer Arztpraxis gewesen zu sein. Dieser Anteil beläuft sich bei den 15- bis 34-Jährigen auf 7,4% und bei den 35- bis 49-Jährigen auf 11,7%. Umgekehrt ist der Anteil Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung nie bei einer Ärztin bzw. einem Arzt waren, bei den 15- bis 34-Jährigen (31,6%) und den 35- bis 49-Jährigen (37,0%) höher als bei Personen ab 65 Jahren (17,5%).

Personen ohne nachobligatorische Ausbildung gehen öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt

Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen sind neben Geschlecht und Alter auch nach Bildungsniveau feststellbar (Abb. 5.2). Personen ohne nachobligatorische Ausbildung in der Schweiz haben öfter sechsmal oder häufiger eine Arztpraxis aufgesucht (22,0%) als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (18,5%) oder auf Tertiärstufe (16,1%).

Arztbesuche, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.1



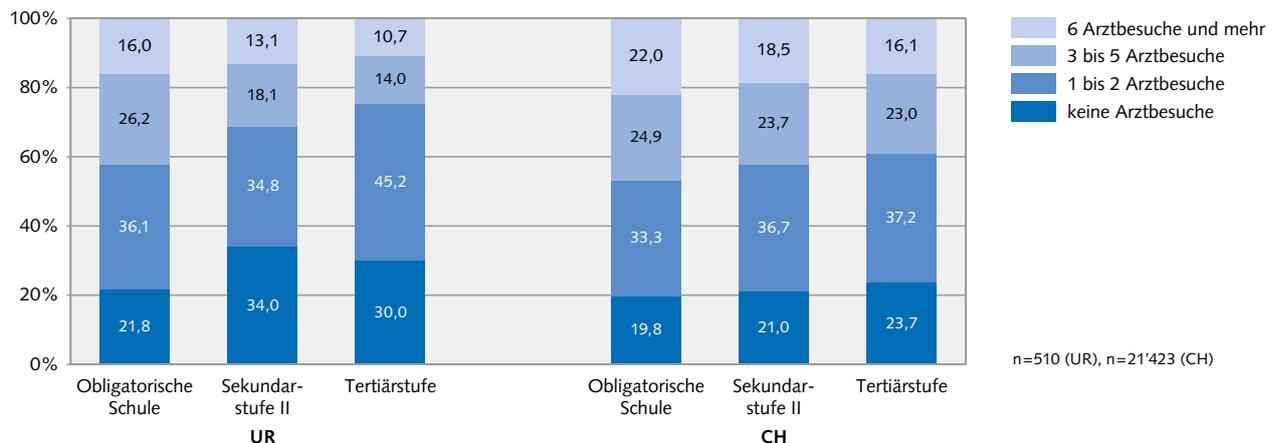
n=512 (UR), n=21'524 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Arztbesuche, nach Bildung, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.2



n=510 (UR), n=21'423 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

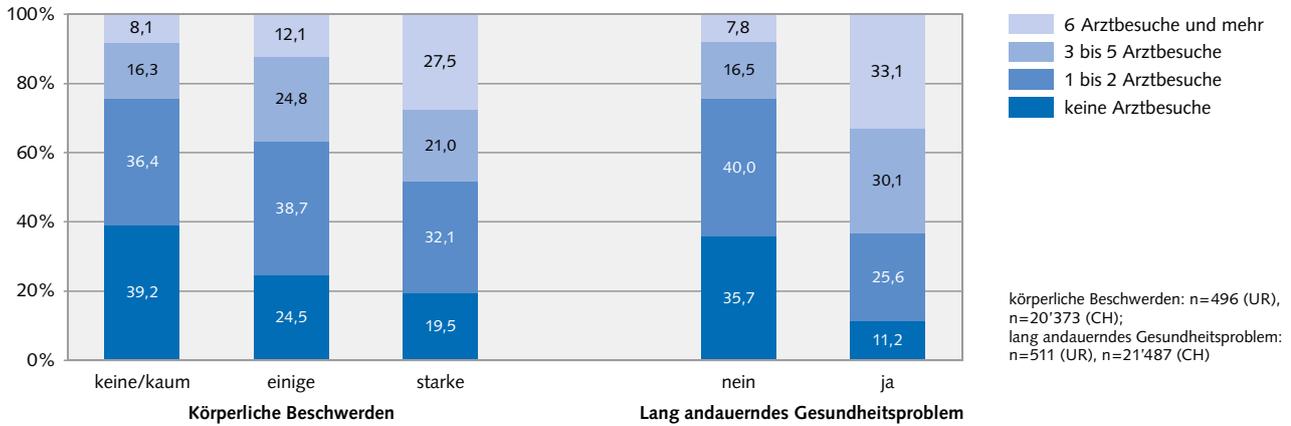
Im Kanton Uri sind diesbezüglich analoge Ergebnisse zu verzeichnen, jedoch sind die Unterschiede nicht signifikant.

Weitere signifikante Unterschiede gibt es auf der Ebene der gesamten Schweiz bei Personen mit keinen oder nur wenigen (1 bis 2) Arztbesuchen: Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II geben öfter ein bis zwei Arztbesuche an als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung. Das Gleiche gilt für Personen mit Tertiärabschluss, wobei diese auch einen hohen Anteil «keine Arztbesuche» im Vergleich zu Personen ohne nachobligatorische Ausbildung haben.

Die Häufigkeit ärztlicher Konsultationen hängt erwartungsgemäss stark vom Gesundheitszustand ab. Mit zunehmenden körperlichen Beschwerden oder anderen Gesundheitsproblemen steigt der Anteil jener Personen, die häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen. Fast die Hälfte der Urnerinnen und Urner mit aktuell starken körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens dreimal eine Arztpraxis auf (Abb. 5.3). Sogar 63,2% der Personen, die unter einem lang andauernden bzw. chronischen Gesundheitsproblem (vgl. 2.3.1) leiden, berichten von drei oder mehr Arztbesuchen. Umgekehrt hatten

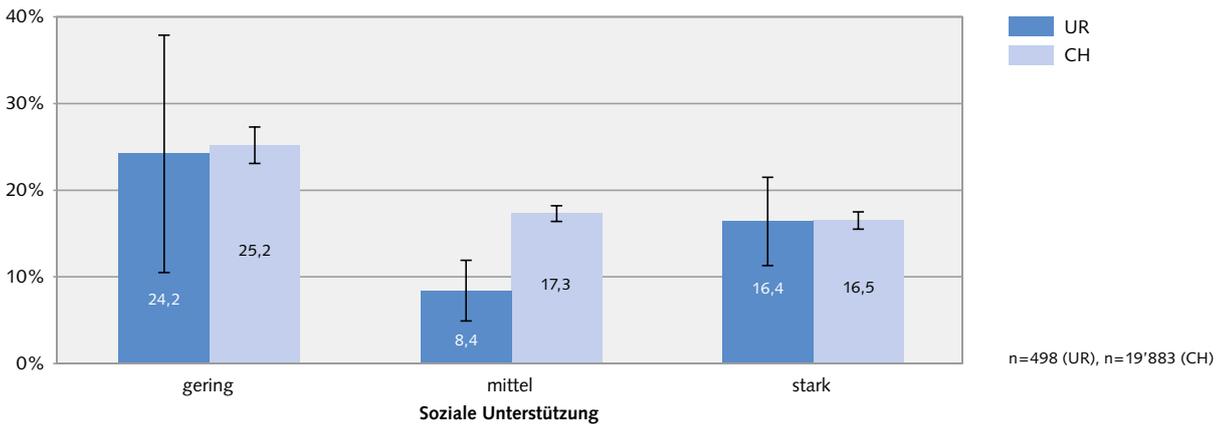
Arztbesuche, nach körperlichen Beschwerden und lang andauerndem Gesundheitsproblem, Kanton Uri, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.3



Sechs und mehr Arztbesuche, nach sozialer Unterstützung, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.4



drei Viertel der Urnerinnen und Urner ohne körperliche Beschwerden und ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem höchstens zwei Arztbesuche im Jahr 2012. Die Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen «keine/kaum» und «starke» körperliche Beschwerden sowie dem Vorliegen eines lang andauernden Gesundheitsproblems sind für die beiden Kategorien «keine Arztbesuche» und «6 Arztbesuche und mehr» im Kanton signifikant.

Geringere soziale Unterstützung ist mit höherer Anzahl Arztbesuche assoziiert

Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Besuchen in Arztpraxen und dem Ausmass an sozialer Unterstützung (vgl. 2.6.2). Personen im Kanton Uri und in der Schweiz mit geringer sozialer Unterstützung suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung öfter eine Arztpraxis auf als solche mit mittlerer oder starker sozialer Unterstützung (Abb. 5.4). So liegt bei geringer sozialer Unterstützung gesamtschweizerisch der Anteil von Personen mit sechs und mehr Arztbesuchen bei 25,2%. Dieser Anteil sinkt bei Personen mit mittlerer oder starker sozialer Unterstützung signifikant auf 17,3% bzw. 16,5%.

Im Kanton Uri sieht die Situation ähnlich aus, obschon aufgrund der kleinen Stichprobe die entsprechenden Anteile grosse Varianzen aufweisen und sich somit statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden. Allerdings fällt auf, dass Urnerinnen und Urner mit einer mittleren sozialen Unterstützung (8,4%) signifikant seltener sechs und mehr Arztbesuche angeben als Schweizerinnen und Schweizer mit demselben Ausmass an sozialer Unterstützung (17,3%).

Es ist hier anzufügen, dass die Analyse keine kausale Interpretation erlaubt: Ob der Grad an sozialer Unterstützung die Krankheitsverläufe (und damit verbunden die Beanspruchung ärztlicher Konsultationen) beeinflusst, ob sich umgekehrt die Krankheiten selber auf die Wahrnehmung an sozialer Unterstützung auswirken oder ob ein dritter unberücksichtigter Faktor auf beide Phänomene zugleich einwirkt, kann hier nicht schlüssig beantwortet werden.

5.1.2 Mittlere Anzahl Arztbesuche insgesamt und nach Fachgebiet

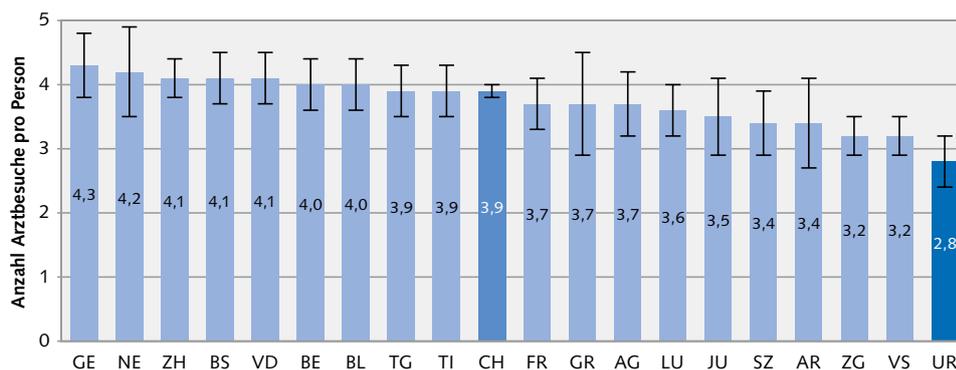
Vorliegender Abschnitt präsentiert die mittlere Anzahl Arztbesuche, welche pro Person in den zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen wurden. Der Durchschnittswert ist jeweils auf der Basis aller Befragten berechnet; Personen ohne Arztbesuch werden somit auch berücksichtigt.

Geringster Durchschnitt an Arztbesuchen im Kanton Uri

Die Abbildung 5.5 zeigt die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche in der Schweiz und in allen Kantonen, die im Rahmen der SGB 2012 ihre Stichprobe erhöht haben. Mit durchschnittlich 2,8 Arztbesuchen in den zwölf Monaten vor der Befragung hat der Kanton Uri den kleinsten Durchschnittswert der ausgewiesenen Kantone und liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 3,9 Arztbesuchen pro Person.³⁵ Zwischen den ausgewiesenen Kantonen variieren die Durchschnittswerte deutlich: Die Kantone Genf und Neuenburg zeigen die höchsten Werte (4,3 und 4,2 Arztbesuche), die Kantone Uri, Wallis und Zug weisen die tiefsten Werte aus (zwischen 2,8 und 3,2 Arztbesuchen). Zu erwähnen ist, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen nur in wenigen Fällen signifikant sind. Einzig die drei Kantone Uri, Zug

Mittlere Anzahl Arztbesuche, Schweiz und Kantone, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

³⁵ Eine hier nicht präsentierte Analyse der Daten des Datenpools (Abrechnungsdaten der Krankenversicherer, SASIS AG; vgl. Kapitel 6) zeigt eine höhere Durchschnittszahl. Gemäss Datenpool wurden im Jahr 2012 in der Schweiz durchschnittlich 5,3 Arztkonsultationen in Anspruch genommen. Die Differenz zur SGB 2012 ist einerseits auf die unterschiedlichen Definitionen bei der Erfassung der Daten zurückzuführen. So werden beispielsweise im Datenpool telefonische Konsultationen ebenfalls mitgezählt. Andererseits ist nicht auszuschliessen, dass in der SGB die Anzahl Arztkonsultationen von den Befragten teilweise unterschätzt wird.

und Wallis mit den niedrigsten Durchschnittswerten unterscheiden sich in mehreren Fällen statistisch signifikant von den anderen Kantonen.

Gemäss SGB 2012 haben gut neun von zehn Urnerinnen und Urner (92,6%) eine Hausärztin oder einen Hausarzt, die bzw. den sie bei Gesundheitsproblemen konsultieren können. In der gesamten Schweiz liegt dieser Anteil bei 90,3%. Erwartungsgemäss steigt mit zunehmendem Alter der Anteil Personen, die eine Hausärztin oder einen Hausarzt haben: In der Schweiz nimmt dieser von 87,2% bei den 15- bis 34-jährigen Personen auf 95,5% bei Personen ab 65 Jahren zu (Daten nicht dargestellt).

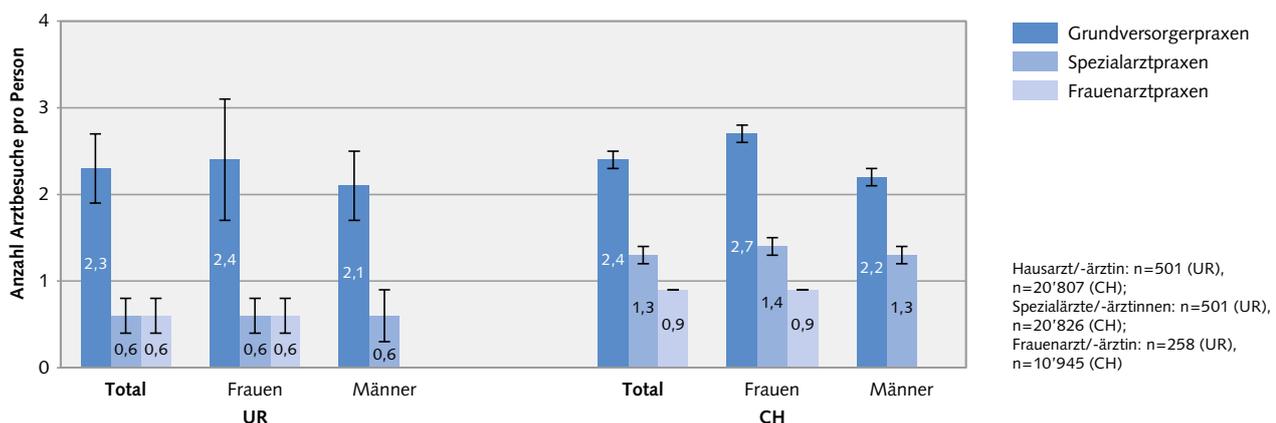
Im Folgenden wird die Anzahl Arztbesuche pro befragte Person nach Facharztgruppen untersucht. Die erste Gruppe umfasst die Grundversorgung. Dazu zählen Hausärztinnen und Hausärzte sowie Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte.³⁶ Die zweite Gruppe schliesst alle Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine Spezialisierung in einem anderen ärztlichen Fachgebiet als der Grundversorgung (erste Gruppe) und der Gynäkologie (dritte Gruppe) haben; ausserdem sind Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgeschlossen. Die dritte Gruppe schliesslich umfasst alle Frauenärztinnen und Frauenärzte.

Frauen haben mehr Arztbesuche wegen den zusätzlichen Konsultationen in Frauenarztpraxen

Urnerinnen und Urner suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich 2,3-mal eine Arztpraxis für Grundversorgung auf. Spezialarztpraxen und Frauenarztpraxen wurden durchschnittlich 0,6-mal konsultiert. In der gesamten Schweiz ist der Durchschnittswert von 2,4 Arztbesuchen in der Grundversorgung praktisch gleich hoch wie im Kanton. Allerdings suchen Schweizerinnen und Schweizer insgesamt deutlich häufiger Spezialärztinnen und Spezialärzte auf (1,3 Arztbesuche), und die Schweizer Durchschnittswerte sind auch im Bereich der Frauenarztpraxen höher (0,9 Arztbesuche) als im Kanton Uri. Zwischen 2007 und 2012 ist die mittlere Anzahl Arztbesuche im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz stabil geblieben.

Im Geschlechtervergleich ist eine etwas höhere Beanspruchung der Grundversorgung durch Frauen zu erkennen. Frauen benötigen auch Konsultationen in Frauenarztpraxen, wobei es sich dabei oft um gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen oder um Konsultationen während der Schwangerschaft handelt. Die insgesamt höhere Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen bei den Frauen ist also in erster Linie auf die zusätzlichen Termine in Frauenarztpraxen zurückzuführen.

Mittlere Anzahl Arztbesuche, nach Geschlecht und Facharztgebiet, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) Abb. 5.6

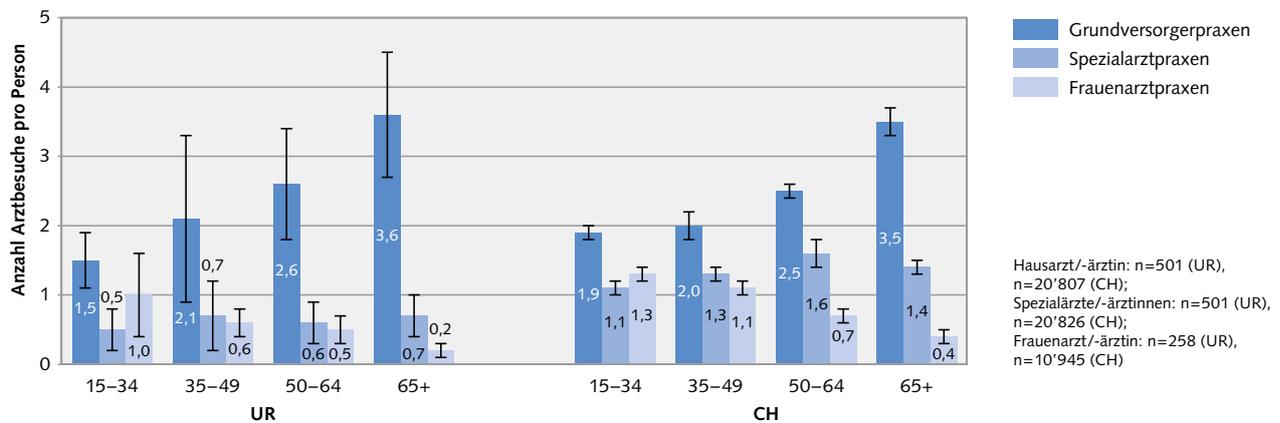


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

³⁶ In der SGB geben die befragten Personen an, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung bei der persönlichen Hausärztin bzw. beim Hausarzt oder bei einer anderen Allgemeinpraktikerin bzw. einem Allgemeinpraktiker gewesen sind. Diese Bezeichnungen entsprechen jedoch nicht den offiziellen Facharztstiteln, sondern sind eher im alltäglichen Sprachgebrauch üblich. Es ist folglich möglich, dass in der Gruppe der Grundversorgung auch Ärztinnen bzw. Ärzte mit einer Spezialisierung in anderen Fachgebieten enthalten sind (z. B. eine als Hausärztin tätige Ärztin, welche sich (nur) in Rheumatologie spezialisiert hat).

Mittlere Anzahl Arztbesuche, nach Alter und Facharztgebiet, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) Abb. 5.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Die mittlere Anzahl Arztbesuche nach Altersgruppen (Abb. 5.7) wird nur für die gesamte Schweiz kommentiert. Die Ergebnisse für den Kanton Uri sind in der Grundversorgung sehr ähnlich, aber aufgrund der kleineren Stichprobe mit statistischen Unsicherheiten behaftet. Es lässt sich aber gut erkennen, dass die Konsultationen in Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxen mit höherem Alter zunehmen. So suchten Befragte in der Schweiz im Alter zwischen 15 und 49 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich rund zweimal eine Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxis auf. Bei den 50- bis 64-jährigen Personen und bei Personen ab 65 Jahren steigt dieser Durchschnittswert auf 2,5 bzw. 3,5 Arztbesuche an.

Fast kein Verlaufsmuster ist hingegen im Bereich der Spezialarztpraxen zu beobachten, wo die durchschnittlichen Arztbesuche mit höherem Alter nur leicht ansteigen (von 1,1 in der untersten zu 1,4 in der obersten Alterskategorie). Hingegen sind mit zunehmendem Alter die Konsultationen in Frauenarztpraxen deutlich weniger häufig. Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren suchen 1,1 bis 1,3-mal pro Jahr eine Frauenarztpraxis auf. Bei den 50- bis 64-jährigen Frauen und den Frauen ab 65 Jahren sinkt dieser Durchschnittswert auf 0,7 bzw. 0,4 Konsultationen pro Jahr.

Ältere Personen sind seltener wegen eines psychischen Problems in Behandlung als jüngere

Behandlungsstrukturen im Zusammenhang mit psychischen Beschwerden sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die SGB beinhaltet eine Frage zur Inanspruchnahme von Behandlungen auf-

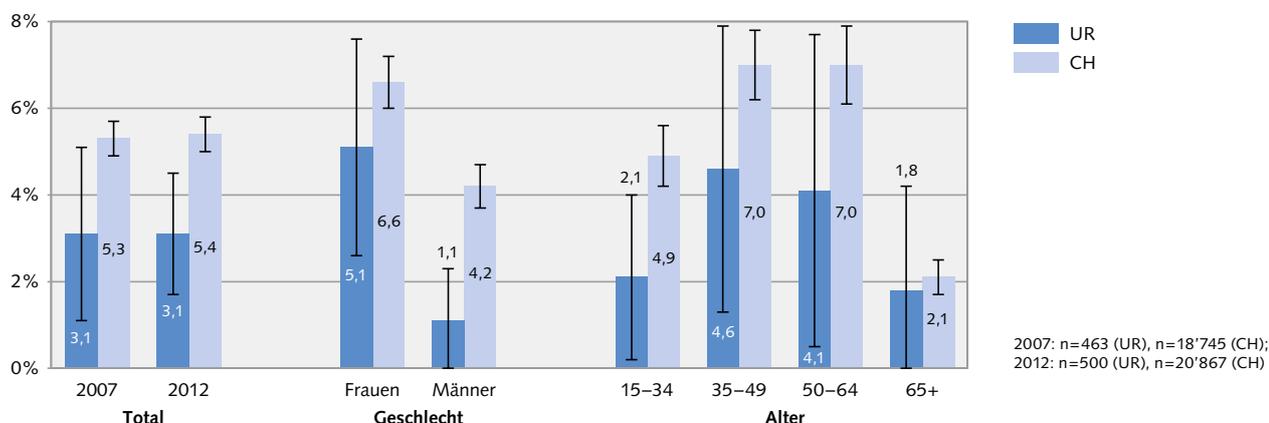
grund eines psychischen Problems und eine Anschlussfrage, in welcher nach der Ausbildung der leistungserbringenden Fachperson gefragt wird (Psychiaterin/Psychiater, Psychologin/Psychologe, andere ärztliche oder nicht-ärztliche Fachperson). Die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme psychischer Behandlungen werden in Abbildung 5.8 präsentiert.

Ähnlich wie im Jahr 2007 berichten 2012 im Kanton Uri 3,1% und in der Schweiz 5,4% der befragten Personen, in den zwölf Monaten vor der Befragung wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen zu sein. Damit liegt der Urner Anteil signifikant unter dem Schweizer Wert, was vorwiegend auf die unterdurchschnittliche Behandlungsquote von Urner Männern bzw. von 15- bis 34-jährigen Urnerinnen und Urner zurückzuführen ist und unter anderem mit der geringen Anzahl Psychiaterinnen und Psychiater im Kanton zusammenhängen dürfte. In der Schweiz erfolgten 43,4% der Behandlungen bei einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater (Uri 19,0%). 32,9% der Behandlungen wurden von Psychologinnen bzw. Psychologen (Uri 42,9%) und 23,7% von anderen Ärztinnen und Ärzten sowie nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt (Uri 38,1%; Daten nicht dargestellt).

Frauen (Uri 5,1%, Schweiz 6,6%) lassen sich öfter aufgrund psychischer Probleme behandeln als Männer (Uri 1,1%, Schweiz 4,2%). Die Analyse nach Alterskategorien zeigt einen Verlauf, der zuerst zu- und dann wieder abnimmt. Am meisten psychische Behandlungen nehmen Personen zwischen 35 und 64 Jahren in Anspruch. In dieser Alterskategorie waren zwischen 4,1% und 4,6% der Urnerinnen und Urner bzw. 7,0% der befragten Schweizerinnen und Schweizer in einer solchen

Behandlungen aufgrund psychischer Probleme,
nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.8



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Behandlung. Jüngere Personen zwischen 15 und 34 Jahren waren mit 2,1% im Kanton Uri bzw. 4,9% in der Schweiz weniger häufig in psychischer Behandlung. Bei den älteren Personen ab 65 Jahren sinkt dieser Anteil sogar auf 1,8% im Kanton Uri bzw. 2,1% in der Schweiz. Ältere Personen scheinen somit deutlich seltener wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung zu sein als jüngere.

Die Frage, ob die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter tatsächlich abnimmt oder wie weit die persönliche Haltung gegenüber psychischen Krankheiten ein verzerrtes Antwortmuster begünstigt, kann hier nicht beantwortet werden. Ein Vergleich mit Abschnitt 2.5.3 zeigt zumindest, dass ältere Personen in der Schweiz ebenfalls weniger oft über mittlere bis schwere depressive Symptome berichten wie jüngere Personen.

5.2 Präventivmedizinische Leistungen

In diesem Unterkapitel wird die jährliche Häufigkeit der Inanspruchnahme von präventivmedizinischen Leistungen untersucht. Der erste Abschnitt präsentiert verschiedene Kontrolluntersuchungen betreffend Vermeidung bzw. Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Cholesterin und Diabetes). Der zweite Abschnitt befasst sich mit Krebsvorsorgeuntersuchungen: Bei den Frauen sind dies die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sowie die Mammografie und bei den Männern ist es die Früherkennung von Prostatakrebs. Auf Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen wird

ebenfalls kurz eingegangen. Der letzte Abschnitt untersucht schliesslich, in welchem Ausmass sich die Bevölkerung in Kanton Uri gegen die Grippe impfen lässt.

5.2.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckerwert haben messen lassen. Blutdruck und Cholesterinwert werden insbesondere im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen kontrolliert, der Blutzuckerwert im Hinblick auf Diabetes. Diabetes wiederum ist selber ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Die Kontrolluntersuchungen dieser Risikofaktoren können entweder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen oder im Rahmen von medizinischen Behandlungen bei bereits erkrankten Personen erfolgen. Im vorliegenden Abschnitt werden diese zwei Arten von Kontrolluntersuchungen nicht unterschieden.

Weniger Kontrolluntersuchungen im Kanton Uri als in der Schweiz

Die Untersuchung des Blutdrucks ist mit 66,1% die häufigste Kontrolluntersuchung, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung im Kanton Uri durchgeführt wurde (Tab. 5.1). Der Cholesterin- und der Blutzuckerwert wurden hingegen mit 35,8% bzw. 42,8% deutlich weniger häufig überprüft. In der gesamten Schweiz sind

Tab. 5.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, Anteil in %)

		Blutdruck		Cholesterin		Blutzucker	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total	2007	68,8	75,8	37,6	46,1	45,3	50,9
	2012	66,1	74,9	35,8	44,5	42,8	49,1
Geschlecht	Frauen	68,8	79,6	37,0	46,0	44,3	51,8
	Männer	63,3	70,1	34,6	43,1	41,3	46,4
Alter	15–34	58,0	65,7	22,9	28,4	34,2	36,0
	35–49	60,9	68,4	24,5	35,7	31,7	39,9
	50–64	71,3	80,1	50,1	53,0	52,5	55,8
	65+	84,2	90,7	61,1	68,3	64,2	71,9
Bildung	Obligatorische Schule	67,7	76,8	41,1	51,8	47,0	54,8
	Sekundarstufe II	65,7	76,3	34,9	45,4	43,0	50,1
	Tertiärstufe	64,8	71,4	31,5	38,9	36,2	43,9

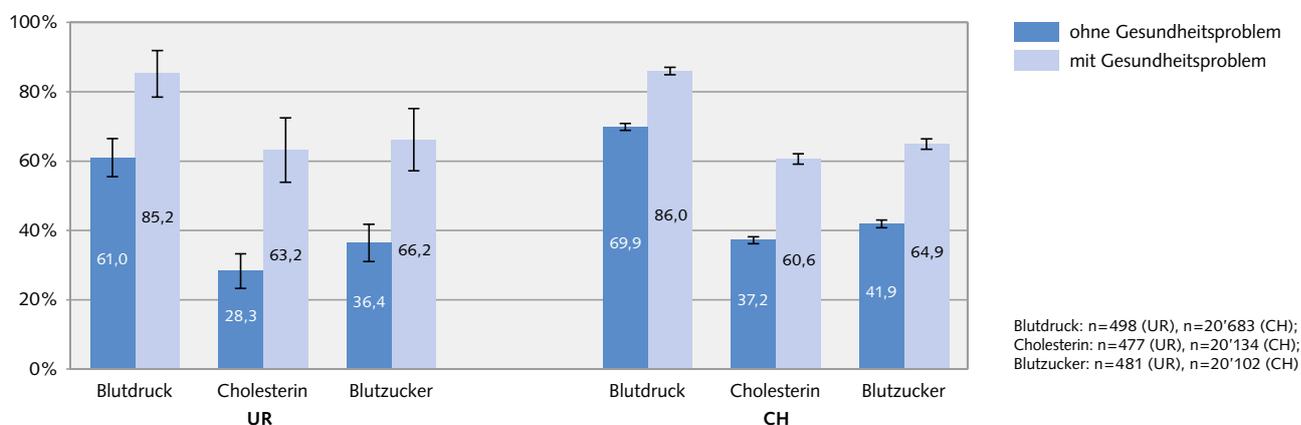
Blutdruck: n=499 (UR), n=20'718 (CH); Cholesterin: n=478 (UR), n=20'165 (CH); Blutzucker: n=482 (UR), n=20'135 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nach lang andauerndem Gesundheitsproblem, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.9



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

signifikant höhere Anteile als im Kanton Uri zu verzeichnen. Zwischen 2007 und 2012 hat sich der Anteil der drei dargestellten Kontrolluntersuchungen im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz nicht signifikant verändert.

Ein Geschlechterunterschied ist bei allen drei aufgeführten Kontrolluntersuchungen zu erkennen. Die Kontrollen sind bei Frauen häufiger als bei Männern, wobei die Unterschiede nur auf der Ebene der Gesamtschweiz signifikant sind. Ebenfalls spielt das Alter eine Rolle: Die Blutdruckmessung kommt bei 65-jährigen und älteren Personen deutlich öfter vor als bei 15- bis 49-jährigen

Personen, und die Cholesterinmessung wird in der ältesten Altersgruppe gar mehr als doppelt so häufig vorgenommen wie in der jüngsten Altersgruppe.

Weniger akzentuiert, aber dennoch signifikant sind die Unterschiede zwischen den drei ausgewiesenen Bildungsniveaus. Je höher der Bildungsabschluss der befragten Person ist, umso weniger häufig werden bei ihr solche Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Die Unterschiede sind auf der Ebene der gesamten Schweiz fast überall signifikant (Ausnahme bei der Blutdruckmessung zwischen Personen ohne nachobligatorische Ausbildung

und mit Sekundarstufe II). Im Kanton Uri sind die gleichen Tendenzen feststellbar, diese sind statistisch jedoch nicht signifikant.

Wie eingangs erwähnt, werden in der SGB die Fragen zu den Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl «gesunden» wie auch «erkrankten» Personen gestellt. Abbildung 5.9 zeigt, dass eine vorliegende Erkrankung massgeblich mit der Häufigkeit der Durchführung solcher Kontrolluntersuchungen zusammenhängt. So berichten Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (vgl. 2.3.1) signifikant häufiger über alle drei Arten von Kontrolluntersuchungen als Personen ohne solche Probleme. Bei der Messung des Blutdrucks beträgt der Unterschied im Kanton Uri 24 Prozentpunkte, bei der Messung des Cholesterins 35 Prozentpunkte und bei der Messung des Blutzuckers 30 Prozentpunkte. Die Ergebnisse der Gesamtschweiz sind vergleichbar für Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem. Allerdings berichten Schweizerinnen und Schweizer ohne vorhandenes Gesundheitsproblem signifikant häufiger von Blutdruck- und Cholesterinmessungen als die Urner Vergleichsgruppe.

5.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und von Brustkrebs (Mammografien) gehören zu den häufig durchgeführten Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen. Bei Männern wird ab einem

bestimmten Alter die Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs empfohlen. Die SGB erfasst die Häufigkeit dieser Krebsvorsorgeuntersuchungen, welche Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 40 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchführen liessen (Tab. 5.2). Sie erlaubt zudem die Auswertung der Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs (Daten nicht dargestellt). Während im Jahr 2007 6,4% der über 40-jährigen Urner Bevölkerung einen Stuhltest durchführen liessen, ist dieser Anteil 2012 signifikant auf 2,0% zurückgegangen. Eine Darmspiegelung in den zwölf Monaten vor der Befragung wurde im Jahr 2007 von 6,5% und im Jahr 2012 von 3,5% der Urnerinnen und Urner genannt (Unterschied nicht signifikant). Es wird sich zeigen, ob sich diese Anteile mit dem für die Jahre 2013 bis 2015 eingeführten Darmkrebs-Vorsorgeprogramm im Kanton Uri erhöhen werden.³⁷

Ein Viertel der Schweizer Männer ab 40 Jahren unterzog sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung. Dieser Anteil liegt für die Männer im Kanton Uri mit 13,7% deutlich niedriger. Sowohl im Kanton Uri wie in der Schweiz insgesamt lassen sich Männer ab 50 Jahren signifikant häufiger untersuchen als Männer zwischen 40 und 49 Jahren.

Zwei von fünf Schweizer Frauen aller Altersklassen liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen. Auch hier liegt der Anteil für Urner Frauen mit 31,9% signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt. Zwischen dem 20. und

Tab. 5.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, Anteil in %)

		Frauen (ab 20 Jahren)				Männer (ab 40 Jahren)	
		Gebärmutterhalskrebs		Mammografie (Brustkrebs)		Prostatakrebs	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total	2007	35,1	42,7	9,8	13,1	16,6	25,6
	2012	31,9	42,1	4,9	14,1	13,7	25,1
Frauen	20–49 Jahre	39,8	49,5	1,2	7,2	–	–
	50+ Jahre	21,3	34,2	9,7	21,6	–	–
Männer	40–49 Jahre	–	–	–	–	1,4	9,2
	50+ Jahre	–	–	–	–	18,6	32,9

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

³⁷ www.ur.ch → Verwaltung → Dienste A–Z → Darmkrebs-Vorsorgeprogramm Uri (Zugriff am 16.02.2015).

49. Altersjahr lässt sich gar jede zweite Schweizerin untersuchen (Uri 39,8%). Dieser Anteil reduziert sich bei den Schweizerinnen ab 50 Jahren auf 34,2% bzw. im Kanton Uri auf 21,3%. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), wonach jüngere Frauen häufiger (alle zwei Jahre) als ältere Frauen eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen sollten.³⁸

Im Gegenzug werden Mammografien bei Frauen ab 50 Jahren deutlich öfter als bei Frauen zwischen 20 und 49 Jahren durchgeführt. Rund jede fünfte Schweizerin ab 50 Jahren berichtet über eine Mammografie in den zwölf Monaten vor der Befragung, während dieser Anteil bei den Urnerinnen nur halb so gross ist (9,7%). Der Anteil bei den Frauen unter dieser Altersgrenze ist deutlich tiefer, wobei auch hier die Urnerinnen mit 1,2% seltener als die Schweizerinnen insgesamt (7,2%) eine Mammografie durchführen liessen oder durchführen lassen mussten.

Für das Total der Schweiz lassen sich in den Jahren 2007 und 2012 bei allen drei dargestellten Krebsvorsorgeuntersuchungen ähnliche Anteile feststellen. Im Kanton Uri sind die Anteile seit 2007 etwas rückläufig, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Unterschiede zwischen den Bildungsniveaus werden hier wegen der kleinen Stichprobe und den damit verbundenen statistischen Unsicherheiten für den Kanton Uri nicht präsentiert. Auf der Ebene der gesamten Schweiz sind jedoch gewisse Muster zu erkennen

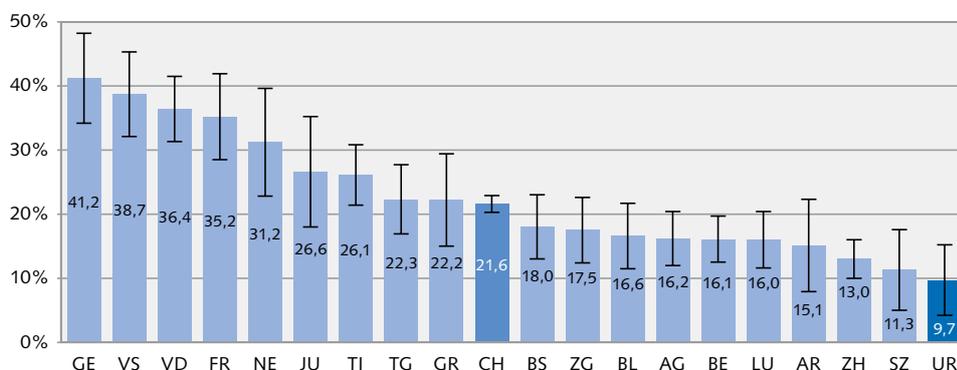
(Anhang A-5.3): Frauen ab 50 Jahren mit einem Tertiärabschluss unterziehen sich häufiger einer Mammografie (24,6%) als Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (17,7%). Der Unterschied bei der Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist noch deutlicher: Die Hälfte der Frauen ab 20 Jahren mit Tertiärabschluss (49,6%) berichtet über eine solche Vorsorgeuntersuchung. Dieser Anteil sinkt bei Frauen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II auf 42,4% und bei Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss auf 29,5%. Bei der Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern ab 40 Jahren sind diesbezüglich keine Unterschiede zu erkennen. Über alle drei Bildungsniveaus hinweg sind hier die Anteile etwa gleich hoch (rund ein Viertel).

Häufigere Mammografien in Kantonen mit etablierten Mammografie-Programmen

Unterschiede zwischen den Kantonen sind insbesondere bei der Häufigkeit von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen (Mammografien) festzustellen. Wie schon erwähnt, liess jede zehnte Urnerin und jede fünfte Schweizerin ab 50 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Mammografie durchführen. Weitaus höhere Anteile sind in Kantonen der Westschweiz zu verzeichnen. Die Kantone Freiburg, Waadt, Wallis und Genf liegen mit Anteilen zwischen 35,2% und 41,2% signifikant über dem Schweizer Durchschnittswert. Am unteren Ende sind die Kantone Uri, Schwyz und Zürich

Mammografie, Frauen ab 50 Jahren, Schweiz und Kantone, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

³⁸ www.sggh.ch → Fachthemen → Expertenbriefe → Expertenbrief Nr. 40 PAP-Abstrich (Zugriff am 16.02.2015).

anzutreffen, welche Anteile zwischen 9,7% und 13,0% ausweisen und damit signifikant unter dem Durchschnittswert der Schweiz liegen. Höhere Anteile liegen vor allem in Kantonen vor, welche seit mehreren Jahren ein flächendeckendes Mammografie-Programm eingeführt haben.³⁹ Im Kanton Uri wurde bis jetzt auf ein solches Programm verzichtet.

5.2.3 Grippeimpfungen

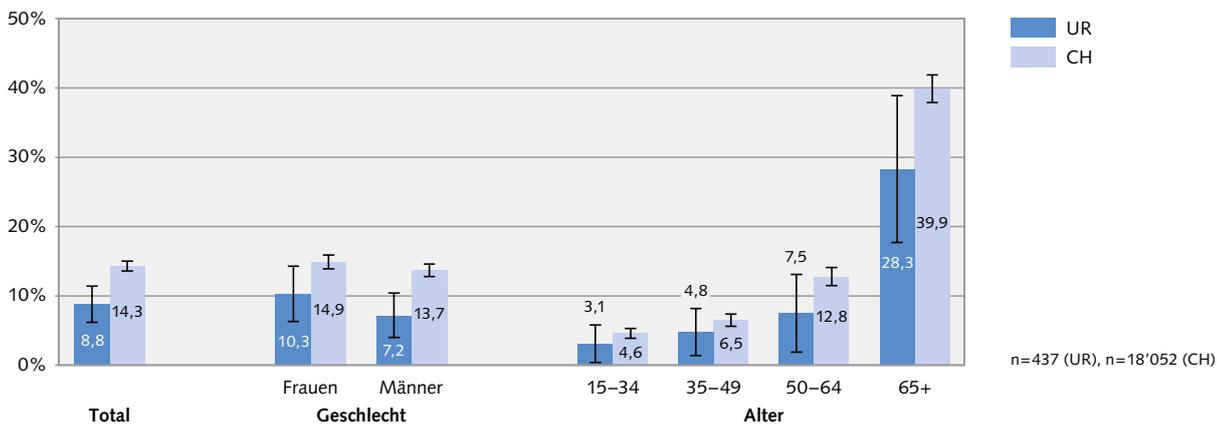
In den zwölf Monaten vor der Befragung haben sich im Kanton Uri 8,8% der befragten Personen gegen die saisonale Grippe impfen lassen, Urnerinnen (10,3%) etwas (jedoch nicht signifikant) mehr als Urner (7,2%). Klare Unterschiede sind hingegen zwischen Personen ab 65 Jahren und den Jüngeren zu erkennen. Die Grippe-Impfrate im Kanton Uri beläuft sich bei den 65-Jährigen und Älteren auf 28,3%. Diese Impfrate ist rund viermal höher als die Rate bei den 50- bis 64-jährigen Personen (7,5%) und rund zehnmal höher als bei den 15- bis 34-jährigen Personen (3,1%). Demnach befolgt im Kanton Uri fast jede dritte Person ab 65 Jahren die Empfehlungen des BAG, sich ab diesem Alter gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.⁴⁰

Im Vergleich zur gesamten Schweiz sind die Grippe-Impfraten im Kanton Uri unterdurchschnittlich: Während für das Total und die Männer im Kanton Uri signifikant tiefere Impfraten als in der Schweiz festzustellen sind, sind für die Urner Frauen und die verschiedenen Altersgruppen zwar ebenfalls tiefere Anteile zu verzeichnen, diese sind statistisch jedoch nicht signifikant. Aufgrund der veränderten Fragestellung 2012 ist ein Vergleich mit den Daten 2007 leider nicht möglich.

Eine hier nicht präsentierte Analyse zeigt, dass sich vor allem Personen, welche ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht einschätzen, gegen die saisonale Grippe impfen lassen. Der Kanton Uri weist diesbezüglich einen Anteil von 24,0% aus. Rund dreimal weniger häufig lassen sich hingegen Personen mit einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand impfen (7,2%). In der gesamten Schweiz sind die Ergebnisse mit 28,1% (mittelmässige bis sehr schlechte Gesundheit) etwas bzw. mit 11,7% (gute bis sehr gute Gesundheit) signifikant höher als im Kanton.

Grippeimpfung, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.11



³⁹ In Kantonen mit einem Mammografie-Programm werden alle Frauen ab 50 Jahren alle zwei Jahre von der zuständigen kantonalen Stelle zur Durchführung einer Mammografie eingeladen. In den anderen Kantonen wird diese Vorsorgeuntersuchung in Absprache mit der Ärztin bzw. dem Arzt durchgeführt (www.krebsliga.ch → Prävention → Prävention Krebsarten → Brustkrebs → Mammografie-Screening (Zugriff am 16.02.2015)).

⁴⁰ www.bag.admin.ch → Themen → Krankheiten und Medizin → Saisonale Grippe (Zugriff am 17.02.2015).

5.3 Komplementärmedizinische Leistungen

Am 17. Mai 2009 wurde in einer Volksabstimmung der Verfassungsartikel für eine bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin angenommen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat daraufhin entschieden, die Anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die Traditionelle Chinesische Medizin provisorisch in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufzunehmen. Bis Ende 2017 werden diese fünf komplementärmedizinischen Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Die Weiterführung im Leistungskatalog der OKP nach dieser Periode hängt jedoch davon ab, ob für die erwähnten komplementärmedizinischen Leistungen die im Krankenversicherungsgesetz (KVG) definierten Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) nachgewiesen werden können.

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung die folgenden komplementärmedizinischen Leistungen in Anspruch genommen haben: Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), Indische Medizin (Ayurveda), Shiatsu/Fussreflexzonenmassage, Osteopathie oder andere Therapien (z. B. Kinesiologie, Feldenkrais, Autogenes Training, Neuraltherapie, Bioresonanztherapie, Anthroposophische Medizin). Dabei wird in der SGB nicht unterschieden, ob die Behandlung von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder von einer nicht-ärztlichen Therapeutin

bzw. einem nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt wurde. Die hier erbrachten Leistungen können somit nicht einem bestimmten Kostenträger (OKP, freiwillige Zusatzversicherung oder Out-of-Pocket) zugeordnet werden.

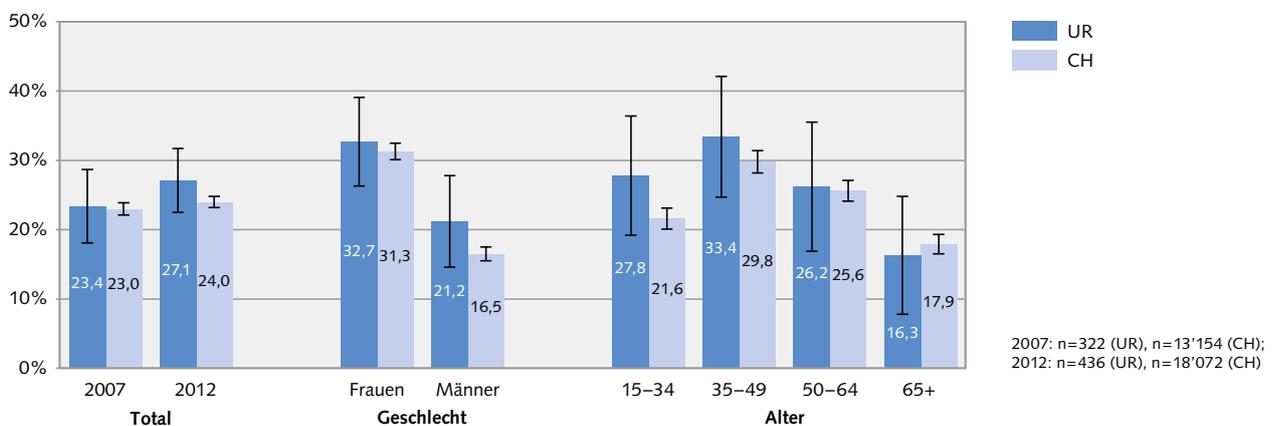
Frauen nehmen öfter komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch als Männer

Gut ein Viertel der befragten Personen (Uri 27,1%, Schweiz 24,0%) gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung 2012 mindestens einmal komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben (Abb. 5.12). Damit geben etwas mehr Personen als 2007 komplementärmedizinische Leistungen an (nicht signifikant). Rund ein Drittel der Urner und der Schweizer Frauen berichtet von komplementärmedizinischen Leistungen, während dieser Anteil bei den Urner Männern 21,2% (Geschlechterunterschied nicht signifikant) bzw. bei den Schweizer Männern tiefere 16,5% beträgt (Geschlechterunterschied signifikant). Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen unterscheidet sich nicht signifikant zwischen dem Kanton Uri und der Gesamtschweiz.

Sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz erreicht der Anteil Personen mit komplementärmedizinischen Leistungen seinen höchsten Wert in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (Uri 33,4%, Schweiz 29,8%). Die Anteile der anderen Altersgruppen sind für die Schweiz signifikant und für Uri in der Tendenz kleiner. Den geringsten Anteil weisen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren auf (Uri 16,3%, Schweiz 17,9%).

Komplementärmedizinische Leistungen,
nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Weitere Unterschiede bei der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen sind in der Gesamtschweiz zwischen den drei Bildungsniveaus zu erkennen (Anhang A-5.5). Personen mit einem Tertiärabschluss beanspruchen mit 28,9% am häufigsten komplementärmedizinische Leistungen, gefolgt von Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (24,1%) und Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (15,2%).

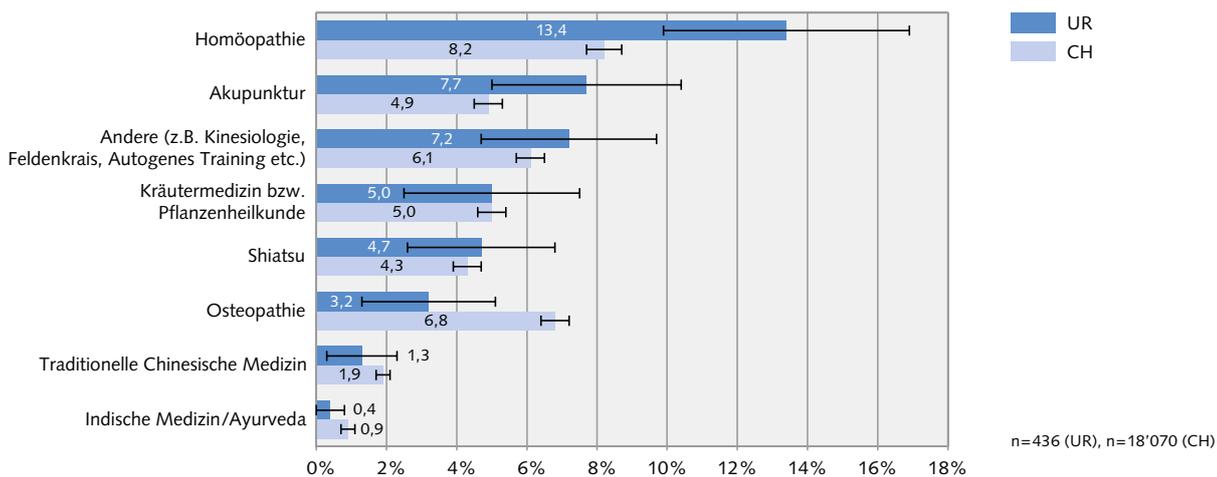
Deutliche Inanspruchnahme von Homöopathie im Kanton Uri

Im Kanton Uri geben 13,4% und in der Schweiz 8,2% der befragten Personen an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal Leistungen der

Homöopathie in Anspruch genommen zu haben. Damit lassen sich Urnerinnen und Urner signifikant häufiger homöopathisch behandeln als Schweizerinnen und Schweizer. An zweiter Stelle folgt im Kanton Uri die Akupunktur (7,7%) und an dritter Stelle die «anderen komplementärmedizinischen Leistungen» wie Kinesiologie oder Neuraltherapie (7,2%). In der Schweiz ist mit 6,8% auch die Osteopathie weit verbreitet, die im Kanton Uri mit 3,2% signifikant weniger in Anspruch genommen wird. Die Indische Medizin ist sowohl in der Schweiz als auch im Kanton Uri am wenigsten verbreitet (Schweiz 0,9%, Uri 0,4%).

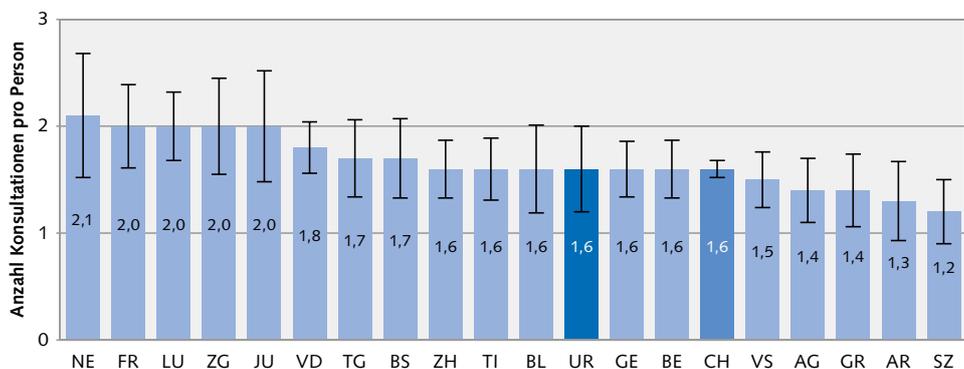
Die in der SGB interviewten Personen werden nicht nur gefragt, ob und welche komplementärmedizinischen Leistungen sie in Anspruch genommen haben, sondern auch wie viele komplementärmedizinische Konsultationen

Komplementärmedizinische Leistungen, nach Behandlungsmethode, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) Abb. 5.13



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen, Schweiz und Kantone, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) Abb. 5.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

angefallen sind (Abb. 5.14). In der Schweiz liegt der Durchschnitt über alle befragten Personen bei 1,6 Konsultationen. Der Kanton Uri weist einen Wert von ebenfalls 1,6 Konsultationen aus, der sich nicht signifikant von der Schweiz und den anderen Kantonen unterscheidet. Ein signifikanter Unterschied gegenüber der Schweiz zeigt sich nur für den Kanton Schwyz, wo die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen mit durchschnittlich 1,2 Konsultationen pro Person schweizweit am tiefsten ist.

5.4 Spitalleistungen

Dieses Unterkapitel präsentiert die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Spitalleistungen der Urner Bevölkerung. Im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenversicherungen werden diese beiden Behandlungsarten wie folgt voneinander abgegrenzt: Stationäre Spitalbehandlungen sind Behandlungen, welche mehr als 24 Stunden dauern oder während mindestens einer Nacht ein Bett benötigen.⁴¹ Alle anderen Behandlungen gelten als ambulante Spitalbehandlungen. Im Folgenden werden zuerst die ambulanten und dann die stationären Spitalbehandlungen betrachtet.

5.4.1 Ambulante Spitalbehandlungen

Vorliegender Abschnitt zeigt den Anteil Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ambulante Leistungen im Spital beansprucht haben. Darin enthalten sind Behandlungen in Spital-Ambulatorien und Notfallstationen sowie Behandlungen in Tageskliniken.⁴²

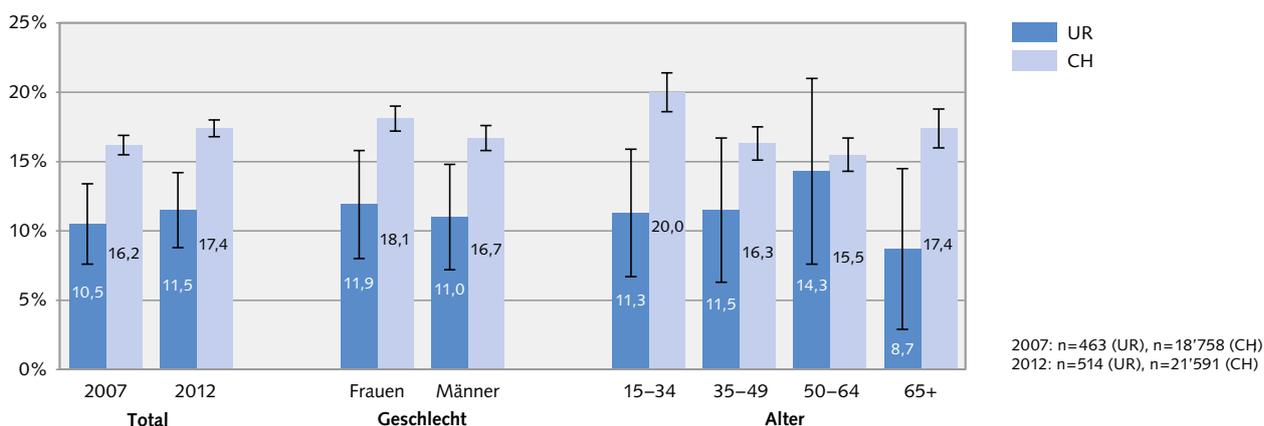
Unterdurchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen im Kanton Uri

Ähnlich wie 2007 geben 11,5% der Urner Bevölkerung im Jahr 2012 an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine ambulante Spitalbehandlung in Anspruch genommen zu haben. Dieser Anteil ist in der Schweiz insgesamt mit 17,4% signifikant höher. Urnerinnen wie Schweizerinnen liessen sich im Jahresintervall häufiger ambulant im Spital behandeln als Urner und Schweizer, diese Geschlechterunterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen in der Gesamtschweiz einen relativ hohen Anteil ambulanter Spitalbehandlungen bei jüngeren Personen: In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen liegt dieser Anteil mit 20,0% signifikant über jenen der 35- bis 49-Jährigen (16,3%) und der 50- bis 64-Jährigen (15,5%). Anders als bei den Arztbesuchen, welche ab der Altersgruppe

Ambulante Leistungen im Spital (inkl. Notfallstation),
nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.15



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

⁴¹ Vgl. Artikel 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

⁴² Wortlaut der Fragen in der SGB: Sind Sie in den letzten zwölf Monaten in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital-Ambulatorium oder in einer Poliklinik gewesen? Sind Sie in den letzten zwölf Monaten in einem Tagesspital oder in einer Tagesklinik gewesen?

der 50- bis 64-Jährigen häufiger sind, haben im ambulanten Spitalbereich also jüngere Personen eine stärkere Inanspruchnahme. Dies könnte zumindest teilweise mit der Tatsache zusammenhängen, dass jüngere Personen weniger regelmässig eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt haben (vgl. 5.1.2) und vielleicht deswegen bei Gesundheitsproblemen häufiger ambulante Spitalleistungen nutzen. Ausserdem dürften hier auch Sport- und Berufsunfälle für die erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen eine Rolle spielen.

Im Kanton Uri ist bei den jüngeren Altersgruppen kein erhöhter Anteil von Personen mit ambulanten Spitalbehandlungen festzustellen, sondern lediglich ein tieferer Anteil bei Personen ab 65 Jahren; dieser liegt auch signifikant unter dem Schweizer Anteil. Alle Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind im Kanton Uri jedoch statistisch nicht signifikant.

Abbildung 5.16 präsentiert die Inanspruchnahme ambulanter Spitalbehandlungen nach Bildungsniveau und Nationalität. In der Schweiz berichten Personen ohne nachobligatorische Ausbildung öfter darüber, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal im Spital zur ambulanten Behandlung aufgesucht zu haben (19,7%), als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (17,0%) oder auf Tertiärstufe (16,5%). Im Kanton Uri fällt die Rate der Inanspruchnahme dagegen in allen Bildungsniveaus gleich hoch aus.

16,8% der Schweizer Bürgerinnen und Bürger liessen sich im Spital ambulant behandeln, wohingegen 19,6% der in der Schweiz wohnhaften Personen mit ausländischer Nationalität mindestens einen ambulanten Spital-

besuch verzeichneten. Im Kanton Uri weisen Personen mit ausländischer Nationalität zwar tiefere, aber statistisch nicht signifikante Anteile ambulanter Spitalbehandlungen aus als Personen im Kanton mit Schweizer Nationalität.

5.4.2 Stationäre Spitalbehandlungen

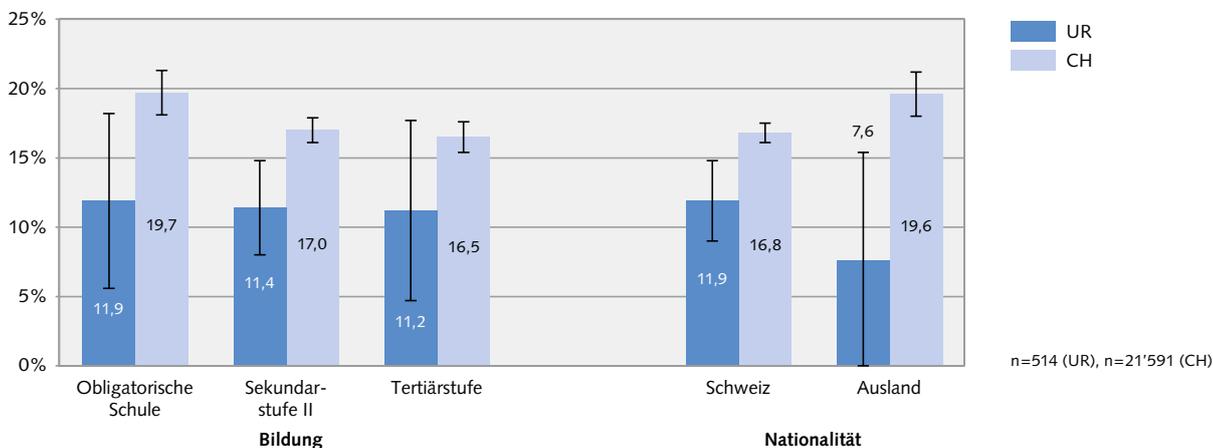
Die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen umfasst den Anteil Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine Nacht im Spital oder in einer Spezialklinik verbracht haben. Aufenthalte in Kurhäusern werden hier nicht mitgezählt und sind in der SGB im Wortlaut der Frage explizit ausgeschlossen. Personen, die mindestens einen stationären Aufenthalt angeben, werden zusätzlich nach der Anzahl der im Spital verbrachten Tage gefragt. Auf der Grundlage dieser Anschlussfrage kann in diesem Abschnitt folglich auch die durchschnittliche Anzahl Spitaltage der Befragten analysiert werden.

Jüngere Personen im Kanton Uri signifikant weniger stationär behandelt als in der Schweiz

8,7% der Urner Bevölkerung wurden in den zwölf Monaten vor der Befragung 2012 stationär behandelt. In der Schweiz berichten 11,7% der Personen, mindestens eine Nacht im Spital verbracht zu haben. Dieser Unterschied zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz ist knapp nicht signifikant. Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil stationärer Spitalbehandlungen in beiden Regionen stabil geblieben. Auf Ebene der gesamten Schweiz

Ambulante Leistungen im Spital (inkl. Notfallstation), nach Bildung und Nationalität, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.16



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

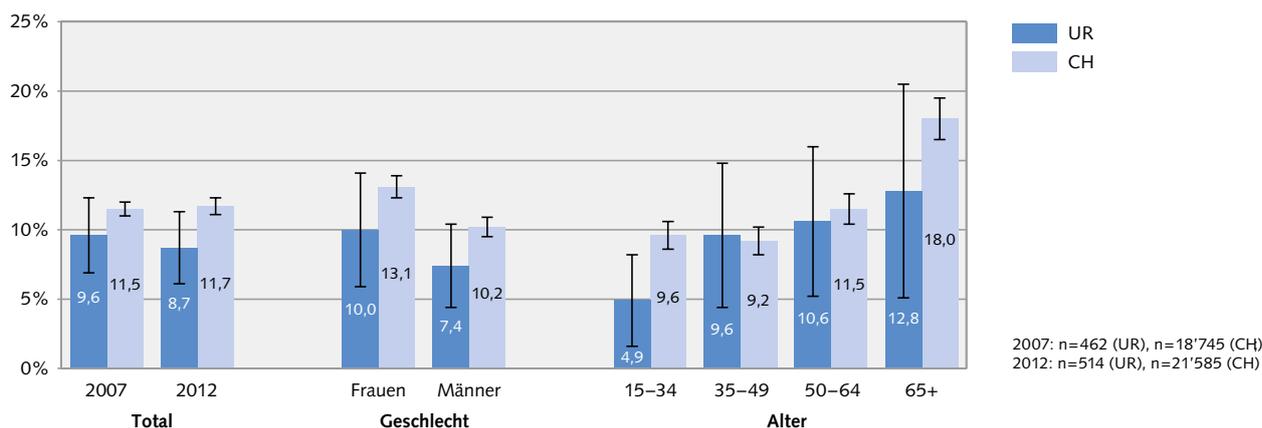
sind signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ersichtlich: Schweizerinnen (13,1%) waren im Jahresintervall häufiger in stationärer Behandlung als Schweizer (10,2%). In welchem Ausmass dieser Geschlechterunterschied auf Geburten im Spital zurückzuführen ist, kann aus den Fragen zur Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen in der SGB nicht ermittelt werden.

Erwartungsgemäss nimmt die Häufigkeit von stationären Spitalbehandlungen mit dem Alter zu. Der Unterschied wird vor allem bei Personen ab 65 Jahren deutlich. In der Schweiz berichten in dieser Altersgruppe 18,0% davon, mindestens einmal stationär im Spital gewesen zu sein. Dieser Anteil ist signifikant höher als die Anteile in den übrigen Altersgruppen. Im Kanton Uri ist ebenfalls ein höherer Anteil bei höherem Alter zu erken-

nen, wobei die Unterschiede zwischen den Altersgruppen nicht signifikant sind und sich die 65-Jährigen und Älteren weniger stark von den Jüngeren unterscheiden. Ein deutlicher Unterschied zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz ist bei den 15- bis 34-Jährigen festzustellen: Während in dieser Altersgruppe «nur» 4,9% der Urner Bevölkerung eine stationäre Spitalbehandlung im Jahr vor der Befragung angeben, liegt dieser Anteil in der Schweiz mit 9,6% fast doppelt so hoch.

Abbildung 5.18 präsentiert die durchschnittliche Anzahl Tage, welche die Personen in einem Spital verbracht haben. Aufgrund der kleineren Stichprobe im Kanton Uri können nur die Resultate der gesamten Schweiz gezeigt werden. Wie bereits erwähnt, sind Unterschiede bei der Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen insbesondere zwischen den Altersgruppen zu erkennen. Ein

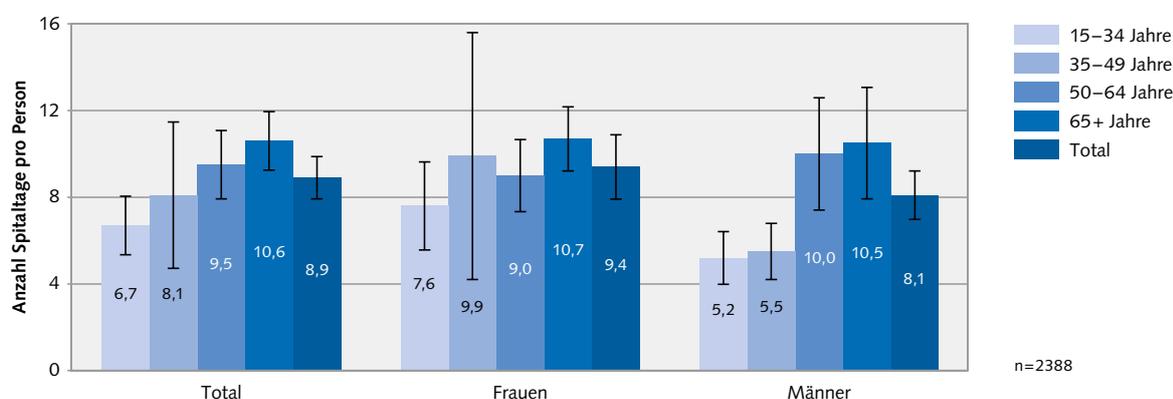
Stationäre Spitalbehandlungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2007 und 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) **Abb. 5.17**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl Spitaltage, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) **Abb. 5.18**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

ähnliches Resultat zeigt sich bei der Analyse der durchschnittlichen Spitaltage. In der Schweiz verweilen stationär behandelte Personen aller Altersgruppen im Jahresintervall durchschnittlich 8,9 Tage im Spital. Der Durchschnittswert bei Personen ab 65 Jahren (10,6 Tage) ist signifikant höher als der Durchschnittswert bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren (6,7 Tage).

Die nach Geschlecht getrennt untersuchten Ergebnisse für die Gesamtschweiz weisen bei den Männern signifikante Unterschiede aus. Männer zwischen 15 und 49 Jahren waren im Jahr vor der Befragung durchschnittlich gut fünf Tage und Männer ab 50 Jahren gut zehn Tage im Spital. Bei den Frauen sind hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen festzustellen. Auch der Unterschied zwischen Frauen (9,4 Tage) und Männern (8,1 Tage) insgesamt ist nicht signifikant.

Zu beachten ist, dass in Abbildung 5.18 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Person während einer Periode von zwölf Monaten gezeigt wird und nicht die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro einzelnen Spitalfall. Diese zwei Betrachtungsweisen erklären grösstenteils den Unterschied zwischen den eben präsentierten Ergebnissen aus der SGB und der im Unterkapitel 1.6 vorgestellten mittleren Aufenthaltsdauer pro Fall in Akutspitälern gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser des BFS. Der Durchschnitt liegt dort bei 5,7 Tagen pro stationären Spitalfall und ist deutlich tiefer als in der SGB. Personen, die im Jahresintervall mehr als einmal stationär im Spital behandelt wurden, ziehen in der SGB den Durchschnittswert nach oben.

5.5 Formelle und informelle Unterstützung zu Hause

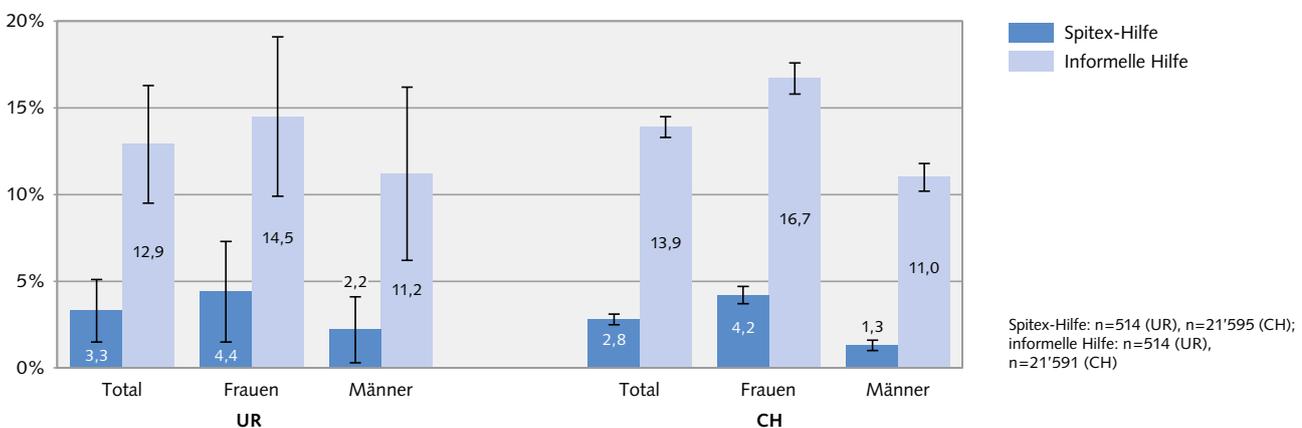
Unter formeller Unterstützung zu Hause sind Leistungen von professionellen Hilfs- und Pflegediensten zu verstehen, welche am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbracht werden. In der Schweiz werden solche Dienstleistungen hauptsächlich von Spitex-Organisationen angeboten. Der Begriff «Spitex» steht für «spital-externe Hilfe und Pflege» und ist in der Schweiz weit verbreitet. Im vorliegenden Unterkapitel wird deshalb dieser Begriff als Synonym für formelle Unterstützung zu Hause verwendet. Bei der informellen Unterstützung zu Hause handelt es sich hingegen um Hilfe oder Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Diese Aktivität wird im Folgenden als «informelle Hilfe» bezeichnet. Für beide Formen der Unterstützung wird nachfolgend analysiert, welche Gruppen von Personen zu Hause unterstützt werden. Bei der informellen Hilfe interessiert zudem, welche Personen solche Hilfe und Pflege leisten.

Hilfe und Pflege zu Hause wird mehrheitlich von Angehörigen, Freunden und Nachbarn erbracht

Gemäss Selbstangaben wurden Spitex-Dienstleistungen im Kanton Uri in den zwölf Monaten vor der Befragung von 3,3% der befragten Personen in Anspruch genommen (Abb. 5.19). Eine Unterstützung zu Hause erfolgt jedoch in Uri mit einem Anteil von 12,9% weitaus häufiger auf der Basis von informeller Hilfe. In der Schweiz

Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

insgesamt zeigt sich dasselbe Muster, wobei 2,8% der Befragten durch die Spitex und 13,9% durch informelle Hilfe unterstützt werden.

Zwischen den Geschlechtern sind bezüglich Unterstützung zu Hause Unterschiede zu verzeichnen, die aber nur in der Gesamtschweiz signifikant sind. Schweizerinnen nutzen sowohl die Spitex (4,2%) als auch die informelle Hilfe (16,7%) häufiger als Schweizer (1,3% bzw. 11,0%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist unter anderem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen (BFS, 2014f). So beanspruchen Frauen insbesondere im hohen Alter häufiger externe Hilfe, weil deren männliche Partner im Durchschnitt früher sterben. Die Tatsache, dass in traditionellen Partnerschaften Männer häufiger älter sind als Frauen, verstärkt diesen Effekt zusätzlich (BFS, 2014c).

Bei der Analyse der Spitex-Statistik fällt auf, dass die Urner Bevölkerung im Jahr 2012 im Vergleich zum Total der Schweiz eine unterdurchschnittliche Spitex-Quote für die Pflege KLV ausweist: 9,7% der 65-jährigen und älteren Urnerinnen und Urner werden von der Spitex betreut, während gesamtschweizerisch 11,9% der älteren Personen Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen. Überdurchschnittliche Spitex-Quoten sind in den Westschweizer Kantonen festzustellen, während in den Ost- und Innerschweizer Kantonen unterdurchschnittliche Quoten zu verzeichnen sind.

Die Fragen zur Unterstützung zu Hause werden nicht nur für die Periode der letzten zwölf Monate, sondern auch mit besonderem Blick auf die Periode der letzten sieben Tage vor der Befragung gestellt. Mit dieser Abgrenzung auf sieben Tage soll grob abgeschätzt werden, welcher Anteil der befragten Personen eher regelmässig und nicht nur vorübergehend zu Hause unterstützt wird.

Gegenüber der Jahresbetrachtung reduziert sich der Anteil Personen mit Spitex-Hilfe in der Schweiz von 2,8% auf 1,0% (Daten nicht dargestellt). Bei der informellen Hilfe sinkt dieser Anteil von 13,9% auf 4,1%. Die Anteile zwischen dem Jahres- und dem Wochenintervall unterscheiden sich also deutlich, was eine mehrheitlich nur vorübergehende Nutzung von Spitex-Hilfe bzw. informeller Hilfe vermuten lässt.

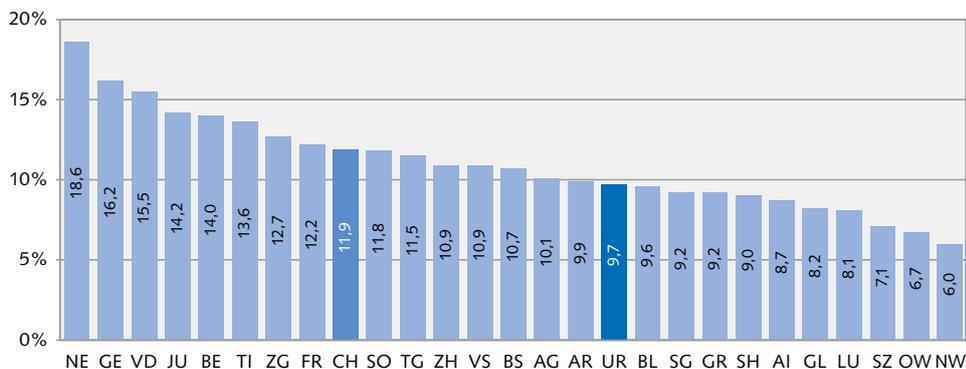
Die Unterstützung zu Hause steigt mit höherem Alter und mehr Schwierigkeiten bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten

In den zwölf Monaten vor der Befragung beanspruchten Personen in der Schweiz zwischen 65 und 79 Jahren öfter Spitex-Hilfe (4,2%) als Jüngere zwischen 15 und 64 Jahren (1,3%) (Abb. 5.21). Bei der informellen Hilfe sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Altersgruppen hingegen nicht signifikant. Deutlich höher sind die Werte bei den 80-jährigen und älteren Personen: 19,9% der in dieser Altersgruppe befragten Personen beanspruchen Spitex-Hilfe und 28,4% informelle Hilfe.

Klare Unterschiede sind auch – abhängig von bestehenden Einschränkungen in Alltagsaktivitäten – bei Personen ab 65 Jahren zu erkennen. Personen, die keine Schwierigkeiten bei der Verrichtung von instrumentellen und grundlegenden Aktivitäten (vgl. 2.3.3 und Fussnoten zu Abb. 5.21) aufweisen, nehmen die Spitex (2,3%) und die informelle Hilfe (6,3%) eher selten in Anspruch. Diese Anteile steigen bei Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung mindestens einer instrumentellen Aktivität auf 11,3% bzw. 24,3%. Die stärkste Beanspruchung haben jedoch Personen, die Mühe mit der Ausführung von grundlegenden und

Spitex-Quote für Pflege KLV, Schweiz und Kantone, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

Abb. 5.20



Quelle: BFS – Spitex-Statistik 2012

© Obsan 2015

instrumentellen Aktivitäten bekunden. Von diesen Personen benötigten in den zwölf Monaten vor der Befragung 37,2% Spitex-Hilfe und 60,5% informelle Hilfe. Zu erwähnen ist hier, dass 65-jährige und ältere Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender Aktivitäten oftmals auch Schwierigkeiten mit mindestens einer instrumentellen Aktivität haben. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit erfolgt die Unterstützung zu Hause zudem häufig in einer Kombination von Spitex und informeller Hilfe (Höpflinger et al., 2011).

Die SGB erfasst nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Art der erhaltenen Hilfe zu Hause. Die befragten Personen können dabei die Aktivitäten «Pflege», «Hilfe im Haushalt» und «andere Unterstützung» (beispielsweise Mahlzeiten- oder Fahrdienste) angeben. Von den Spitex-Organisationen werden etwa zu gleichen Teilen Leistungen der Pflege von Patientinnen bzw. Patienten und der Hilfe im Haushalt erbracht. So geben 1,4% der in der Schweiz befragten Personen an, in den zwölf Monaten vor der Befragung Pflegeleistungen von der Spitex erhalten zu haben, und 1,6% haben Hilfe im Haushalt bekommen. Die anderen Hilfen wie Mahlzeiten- oder Fahrdienste werden mit 0,8% relativ selten in Anspruch genommen. Die Urner Anteile bei der Spitex-Hilfe unterscheiden sich nicht von diesen Schweizer Mittelwerten.

Die informelle Hilfe wird sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz hauptsächlich für die Hilfe im Haushalt (Uri: 6,2%; Schweiz: 6,3%) und für andere Leistungen (Uri: 5,2%; Schweiz: 5,1%) beansprucht. Pflegeleistungen sind bei der informellen Hilfe mit 1,6% im Kanton und 2,4% in der Schweiz deutlich seltener, die absoluten Anteile liegen jedoch immer noch höher als bei der Spitex (für die Schweiz signifikant).

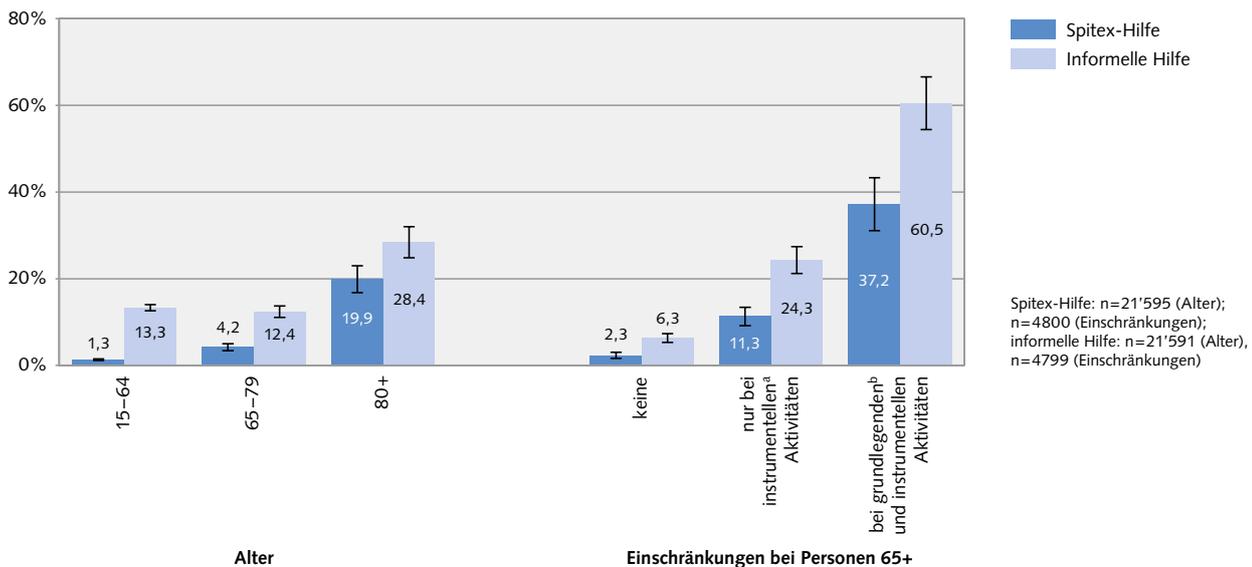
Bei der informellen Hilfe interessiert auch, welche Personen eine Unterstützung zu Hause leisten. Allgemein erhalten nicht allein lebende Personen diese Hilfe mehrheitlich von den Haushaltsmitgliedern (zumeist Partnerin bzw. Partner). Weniger oft erfolgt die informelle Hilfe hingegen auf der Basis haushaltsübergreifender Hilfeleistung durch Freunde, Nachbarn und andere (Höpflinger et al., 2011).

Über die Hälfte der befragten Personen erhält informelle Hilfe von der Partnerin bzw. vom Partner

Abbildung 5.23 zählt mögliche Personen im Familienkreis, Nachbarn, Freunde sowie Personen aus Vereinen und anderen Institutionen auf, die Unterstützung zu Hause leisten. Die Ergebnisse können wegen des Detaillierungsgrads nur für die gesamte Schweiz

Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Alter und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten für Personen ab 65 Jahren, Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.21



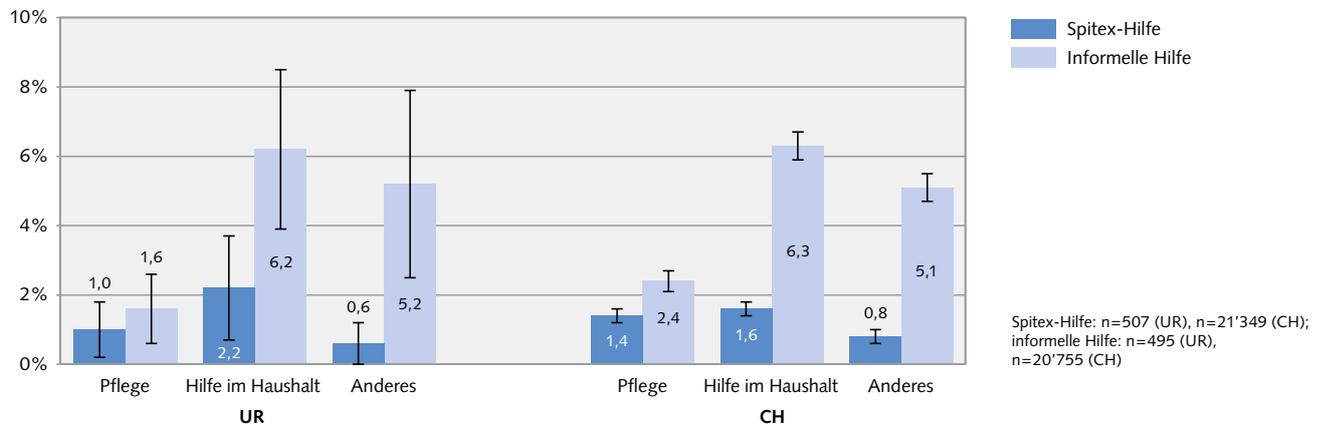
^a Selbstständig Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern und öffentliche Verkehrsmittel benutzen.
^b Stelbstständig essen, ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, an- und ausziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bezügerinnen und Bezüger von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Art der Hilfe, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.22

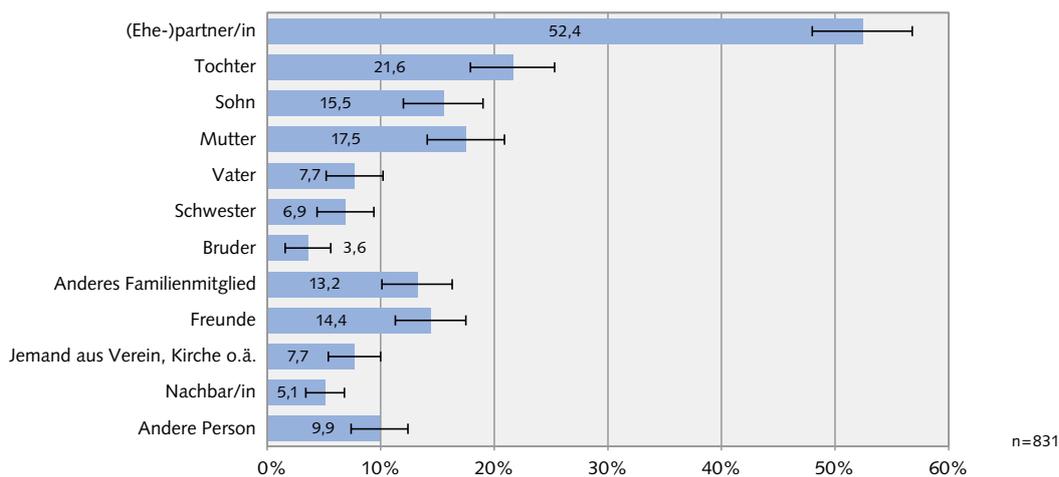


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2012

Abb. 5.23



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

präsentiert werden. Über die Hälfte der Personen, die informelle Hilfe erhalten, bekommt diese von der Partnerin bzw. vom Partner (52,4%). Alle anderen Personen werden deutlich weniger genannt. So unterstützen in den Familien neben den Partnerinnen und Partnern am häufigsten die Töchter (21,6%), die Mütter (17,5%) und die Söhne (15,5%) ihre Angehörigen. Väter (7,7%), Schwestern (6,9%) und Brüder (3,6%) werden deutlich seltener genannt. Ausserhalb der Familie unterstützen Freunde (14,4%) am häufigsten, gefolgt von Vereinen und anderen Institutionen (7,7%) sowie Nachbarn (5,1%).

5.6 Langzeitpflege in Pflegeheimen

Der demografische Wandel in der Schweiz hat eine Zunahme von Gesundheitsleistungen zur Folge, welche sich spezifisch an ältere Personen richten. Die Langzeitpflege in Pflegeheimen gilt als solche Leistung und wird in diesem Unterkapitel analysiert. Die Datenquelle für die Analyse stammt hier nicht aus der SGB, sondern aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS. Diese wird jährlich in Alters- und Pflegeheimen sowie Institutionen für Behinderte und Suchtkranke erhoben und ist eine Vollerhebung. Die SOMED unterscheidet sich gegenüber der Stichprobenerhebung SGB also primär in der Erhebungsart.

Im Folgenden wird der Anteil Personen ab 65 Jahren präsentiert, welche in Alters- und Pflegeheimen leben. Nicht berücksichtigt bzw. ausgeschlossen sind dabei Personen, die als Kurzaufenthalter⁴³ gelten. Die geografische Zuteilung der Personen in Langzeitpflege erfolgt nach dem Kanton, in welchem sie vor Eintritt in das Alters- bzw. Pflegeheim gelebt haben (nicht nach dem Kanton, in welchem sich das Alters- und Pflegeheim befindet). Um den Anteil in der Bevölkerung ab 65 Jahren zu berechnen, wird als zusätzliche Datenquelle die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS benutzt.

Der Anteil am Total aller Personen ab 65 Jahren, welche in Alters- und Pflegeheimen leben, ist seit 2006 sowohl im Kanton Uri wie in der Schweiz leicht rückläufig. Im Kanton Uri ist der Anteil der in stationären Langzeitpflege lebenden und behandelten Personen von 8,8% im Jahr 2006 auf 8,3% im Jahr 2012 gesunken. In der Schweiz reduzierte sich dieser Anteil von 6,4% im Jahr 2006 auf 5,9% im Jahr 2012.

Mehr Frauen als Männer leben in Pflegeheimen

Die Urner Bevölkerung ab 65 Jahren lebt 2012 mit einem Anteil von 8,3% deutlich häufiger in Alters- und Pflegeheimen als der Schweizer Durchschnitt (5,9%). Der Anteil Urner Männer ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen beläuft sich auf 5,3%. Urnerinnen leben mit einem Anteil von 10,7% mehr als doppelt so häufig in Alters- und Pflegeheimen. Wie in Unterkapitel 5.5 erwähnt, spielt hier die höhere Lebenserwartung der Frauen eine Rolle. Statistisch betrachtet stirbt der Lebenspartner früher als die Partnerin, welche dann oft alleine in einem Einpersonenhaushalt lebt und die Möglichkeit einer allfälligen Unterstützung durch den Partner verliert. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist auch in der Gesamtschweiz ersichtlich.

Unterschiede gibt es ebenfalls zwischen den Altersgruppen. 2,3% der Personen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren leben in Alters- bzw. Pflegeheimen. Bei Personen ab 80 Jahren verzehnfacht sich dieser Anteil auf

Tab. 5.3 Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, nach Geschlecht, Alter und Pflegebedarf, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

		UR		CH	
		Anteil in %	Anzahl Heimbewohner/innen	Anteil in %	Anzahl Heimbewohner/innen
Total		8,3	550	5,9	82 733
Geschlecht	Frauen	10,7	390	7,8	61 443
	Männer	5,3	160	3,5	21 290
Alter	65–79 Jahre	2,3	107	1,6	16 231
	80+ Jahre	22,5	443	17,0	66 502
Pflegebedarf	kein/gering ^a	2,6	170	1,3	18 272
	mittel/hoch ^b	5,6	373	4,5	63 537

^a Pflegebedarf bis 40 Minuten pro Tag

^b Pflegebedarf mehr als 40 Minuten pro Tag

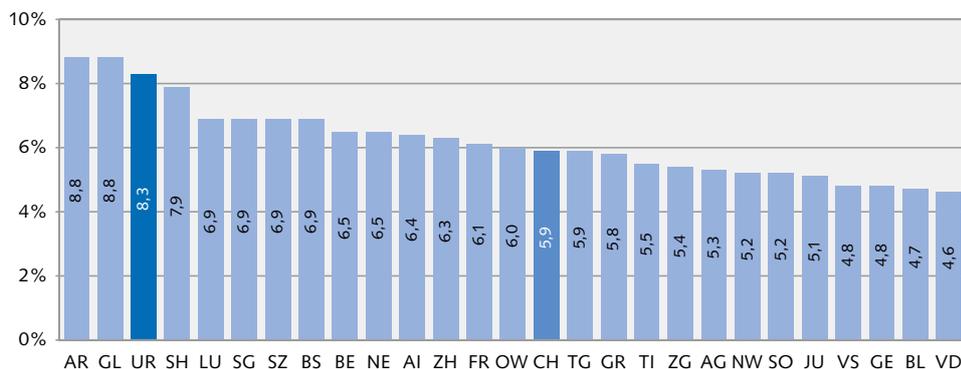
Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und STATPOP 2012

© Obsan 2015

⁴³ Kurzaufenthalter sind Personen, die nur vorübergehend in einem Alters- bzw. Pflegeheim betreut werden (z. B. nach einem operativen Eingriff oder während der Abwesenheit anderer pflegenden Personen am Wohnort).

Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, Schweiz und Kantone, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

Abb. 5.24



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und STATPOP 2012

© Obsan 2015

22,5%. Von den insgesamt 8,3% der Urnerinnen und Urner, die in Alters- bzw. Pflegeheimen untergebracht sind, weisen 2,6% keinen oder nur einen geringen und 5,6% einen mittleren bis hohen Pflegebedarf auf (Schweiz 1,3% bzw. 4,5%).⁴⁴ Nicht oder gering pflegebedürftig sind dabei Personen, welche nicht mehr als 40 Minuten Pflege pro Tag benötigen. Bei über 40 Minuten Pflege pro Tag gilt hingegen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; Art. 7a Abs. 3) ein mittlerer bis hoher Pflegebedarf.

Im kantonalen Vergleich 2012 liegt Uri bei der stationären Langzeitpflege mit einem Anteil von 8,3% über dem Schweizer Durchschnitt (5,9%) und nimmt damit den dritten Rang aller Kantone ein. In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Uri und Schaffhausen leben im Verhältnis zur Bevölkerung ab 65 Jahren am meisten (über 7%) und in den Kantonen Waadt, Basel-Landschaft, Genf und Wallis am wenigsten Personen (unter 5%) in Alters- und Pflegeheimen.

Das Verhältnis zwischen Personen mit einem mittleren bis hohen zu Personen mit keinem/geringen Pflegebedarf ist von Kanton zu Kanton sehr verschieden. Weniger als jede fünfzigste Heimbewohnerin bzw. jeder fünfzigste Heimbewohner in den Westschweizer Kantonen Genf, Waadt, Neuenburg und Jura weist keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf auf. Hingegen ist mehr als jede dritte Heimbewohnerin bzw. jeder dritte Heimbewohner in den Ostschweizer Kantonen St. Gallen, Glarus und Appenzell Inner- sowie Ausserrhoden nicht oder nur gering pflegebedürftig. Im Kanton Uri liegt der Anteil der nicht/leicht Pflegebedürftigen am Total aller Betreuten bei 31,3%.

⁴⁴ Die hier präsentierten Ergebnisse zur Pflegebedürftigkeit stimmen mit den Ergebnissen der Studie von Höpfinger et. al (2011) überein, wonach fast ein Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Schweiz höchstens leicht pflegebedürftig ist.

5.7 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel untersucht das Ausmass der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Kanton Uri und in der Schweiz. Dabei stellt sich heraus, dass die Inanspruchnahme im Kanton Uri in den meisten Leistungsbereichen geringer ist als im Schweizer Durchschnitt, bei vielen sogar am geringsten in der Schweiz. Lediglich für komplementärmedizinische Leistungen und die selbst berichtete Hilfe zu Hause sind im Kanton Uri ähnliche hohe Raten der Inanspruchnahme wie in der Schweiz insgesamt zu verzeichnen, und die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen fällt im Kanton Uri überdurchschnittlich hoch aus. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Bildungsniveaus sind im Kanton Uri und in der Schweiz sehr ähnlich. Es ist dabei für den Kanton – wegen der im Vergleich zur Gesamtschweiz viel kleineren Stichprobe in der SGB – jeweils deutlich schwieriger, entsprechende Unterschiede als statistisch signifikant nachzuweisen.

Etwas mehr als zwei Drittel (67,2%) aller befragten Personen im Kanton Uri haben im Jahresintervall gar nie (30,4%) oder nur ein- bis zweimal (36,8%) eine Arztpraxis aufgesucht. Die übrigen befragten Personen (32,7%) sind hingegen dreimal oder mehr in der Praxis einer Ärztin bzw. eines Arztes gewesen. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an. Personen ab 65 Jahren (57,4%) berichten mehr als doppelt so häufig über drei oder mehr Arztbesuche als Personen zwischen 15 und 34 Jahren (25,8%).

Der Kanton Uri liegt mit durchschnittlich 2,8 Arztbesuchen pro befragte Person an letzter Stelle der ausgewiesenen Kantone. Sowohl für die Grundversorgung als

auch für die spezialärztliche Versorgung ist in Uri eine der tiefsten Ärztedichten zu verzeichnen, die wahrscheinlich einen wesentlichen Einfluss auf die Anzahl Arztbesuche hat. In der gesamten Schweiz beträgt der Durchschnittswert 3,9 Arztbesuche, also rund einen Arztbesuch mehr pro Person und Jahr. Frauen weisen einen höheren Durchschnittswert aus als Männer, wobei die Differenz hauptsächlich auf Konsultationen in Frauenarztpraxen zurückzuführen ist.

Unterschiede bei präventivmedizinischen Leistungen sind in Uri hauptsächlich zwischen den Altersgruppen zu erkennen und treten insbesondere bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen zum Vorschein. 39,8% der Urnerinnen zwischen 20 und 49 Jahren haben sich im Jahresintervall einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs unterzogen. Dieser Anteil beträgt bei Frauen ab 50 Jahren noch 21,3%. Dafür sind die Früherkennung von Brustkrebs mittels Mammografie bei Frauen (9,7%) und von Prostatakrebs bei Männern (18,6%) ab dem 50. Lebensjahr klar häufiger.

Komplementärmedizinische Leistungen werden deutlich öfter von Frauen genutzt. In den zwölf Monaten vor der Befragung berichteten 32,7% der Urnerinnen, mindestens einmal solche Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Bei den Urnern ist der Anteil mit 21,2% tendenziell tiefer. Die am häufigsten beanspruchte komplementärmedizinische Leistung im Kanton ist die Homöopathie (13,4%). Diese wird im Kanton Uri signifikant häufiger genutzt als im Schweizer Mittel (8,2%).

11,5% der im Kanton Uri befragten Personen suchten im Jahresintervall mindestens einmal ein Spital für eine ambulante Behandlung auf. Diese Inanspruchnahme fällt deutlich niedriger aus als in der Schweiz insgesamt (17,4%). Relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sind im Kanton nicht festzustellen. Ebenfalls etwas weniger oft (8,7%) als in der Schweiz (11,7%) wurden die Spitäler von den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern des Kantons für stationäre Behandlungen aufgesucht (nicht signifikant). Erwartungsgemäss sind dabei Personen ab 65 Jahren häufiger in stationärer Behandlung, wobei die Unterschiede zu den jüngeren Altersklassen in der Schweiz wegen der grösseren Stichprobe deutlicher zum Ausdruck kommen als im Kanton Uri.

Hilfe und Pflege am Wohnort erfolgt bei einem grossen Teil der Befragten auf der Basis von informeller Hilfe (Hilfe oder Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn). Im Kanton Uri berichtet jede achte Person (12,9%) davon, im Jahresintervall informelle Hilfe von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn erhalten zu

haben. Deutlich weniger oft werden diesbezüglich die Dienste von Spitex-Organisationen in Anspruch genommen (3,3%). Die informelle Hilfe wird hauptsächlich für die Unterstützung im Haushalt beigezogen. Die körperliche Gesundheitspflege der betroffenen Person steht bei der informellen Hilfe nicht an erster Stelle. Trotzdem werden diese Pflegeleistungen tendenziell immer noch häufiger im Rahmen der informellen Hilfe (1,6%) als von der Spitex erbracht (1,0%).

Bei der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen ist der Anteil Personen ab 65 Jahren im Kanton Uri von 8,8% im Jahr 2006 auf 8,3% im Jahr 2012 gesunken. Der Kanton Uri weist die dritthöchste kantonale Rate der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen auf, wobei Frauen (10,7%) deutlich häufiger in Alters- und Pflegeheimen leben als Männer (5,3%). Dieser Unterschied ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen, welche von einem Verlust ihrer Partner häufiger betroffen sind.

6 Kosten- und Prämienentwicklung OKP

Die Festlegung und Veröffentlichung der kantonalen Versicherungsprämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) führt jährlich zu öffentlichen Diskussionen über die stetig ansteigenden Gesundheitskosten. In der Schweiz wurden im Jahr 2012 insgesamt 68,0 Milliarden Franken für die Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil von 11,5% am Bruttoinlandprodukt (BIP) entspricht (BFS, 2014d). Diese Gesamtkosten wurden zu 35,8% durch die OKP (Nettokosten), zu 25,2% durch die privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Ausgaben und Kostenbeteiligungen) und zu 20,2% durch den Staat (vorwiegend Spital- und Pflegesubventionen) finanziert. Den restlichen Anteil (18,8%) trugen die Privatversicherungen, die weiteren Sozialversicherungen (UV, MV, IV, AHV) sowie die anderen Regimes der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AVH/IV sowie Alters- und Pflegehilfe).

Ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist seit Jahren zu beobachten. So sind die Gesamtkosten für die Gesundheit in der Schweiz von 42,8 Milliarden Franken im Jahr 2000 um jahresdurchschnittlich 3,9% auf 68,0 Milliarden Franken im Jahr 2012 gestiegen (BFS, 2014d). In der gleichen Zeitspanne haben die OKP-Bruttokosten um durchschnittlich 4,3% pro Jahr von 15,7 auf 26,0 Milliarden Franken zugenommen. Verschiedene, nachfolgend aufgeführte Studien zeigen, dass demografische Faktoren wie die Bevölkerungszunahme und die demografische Alterung lediglich einen Teil des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen oder der OKP erklären können. So sind gemäss einer BFS-Studie 39,0% des Kostenanstiegs zwischen 1985 und 2002 auf diese Faktoren zurückzuführen (BFS, 2005), während sie – gemäss einer Obsan-Studie – für einen Fünftel des Kostenanstiegs in der OKP zwischen 1998 und 2010 verantwortlich sind (Roth & Roth, 2012). Der Hauptteil der Kostenzunahme in der Grundversicherung wird einerseits auf Mengenausweitungen (Schleinitzer & Blöchlinger, 2012) und andererseits auf eine allgemeine Trendvariable zurückgeführt. Letztere beinhaltet unter anderem jenen medizinisch-technolog-

ischen Fortschritt, welcher kostentreibend ist, sowie veränderte Strukturen und Bedürfnisse auf der Angebots- und Nachfrageseite (BFS, 2005; Wildi et al., 2005; Camenzind & Sturny, 2013).

Die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung variieren sehr stark zwischen den 26 Kantonen, was – je nach Leistungskategorie – auf Unterschiede im Versorgungsangebot (z. B. Angebotsdichte, Angebotsstruktur, Patientenwanderungen), in der Nachfrage und dem Inanspruchnahme-Verhalten für Gesundheitsleistungen (z. B. Bevölkerungsdichte und -zusammensetzung, Morbiditätsrate), in der Finanzierung des Gesundheitswesens (z. B. Ausmass der öffentlichen Subventionierung) sowie in der politischen Praxis und Tradition der Kantone zurückzuführen ist (Camenzind & Sturny, 2013).

Im vorliegenden Kapitel werden die Bruttokosten und die Prämien der OKP mittels Datenpool der SASIS AG (SASIS, 2013; vgl. Kasten) analysiert. Die OKP-Bruttokosten (von den Versicherern bezahlte OKP-Nettokosten zuzüglich erfasste Kostenbeteiligungen der Versicherten) entsprechen dabei gesamtschweizerisch einem Anteil von 38,2% der gesamten oben dargestellten Gesundheitskosten. Bei den vorliegenden Analysen wird der Kanton Uri aus der Perspektive des Wohnkantons der versicherten Personen untersucht. Somit wird nicht berücksichtigt, in welchem Kanton die Kosten anfallen bzw. ob die Leistungserbringer, bei denen sich die Urner Bevölkerung behandeln lässt, ihren Standort im Kanton selber oder ausserhalb haben. Ausserdem sind direkte Vergleiche zu den vorangegangenen Kapiteln 2 bis 5 des Berichts insofern eingeschränkt, als sich diese auf das generelle Gesundheitsverhalten beziehen, während sich das vorliegende Kapitel 6 auf den durch die OKP finanzierten Teil des Gesundheitswesens beschränkt.

Im ersten Teil des Kapitels werden die OKP-Kosten für verschiedene Leistungserbringergruppen analysiert. Es wird dabei sowohl auf die Entwicklung dieser Kosten in den Jahren zwischen 2008 und 2012 als auch auf deren Aufteilung auf verschiedene Leistungskategorien im Jahr 2012 eingegangen. Im zweiten Teil des Kapitels werden

Niveaus und Entwicklungen der OKP-Prämien sowie der gewählten Versicherungsmodelle beschrieben. Zusätzlich wird kurz die individuelle Prämienverbilligung in der Krankenversicherung behandelt.

Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool ist eine seit 2001 von santésuisse (Branchenverband der Krankenversicherer) und seit 2009 von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Datenpool dient in erster Linie als Brancheninformationssystem und erlaubt den Krankenversicherern, das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern (u. a. für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie die Entwicklung der Prämien und der Kosten im Bereich der OKP zu verfolgen.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z. B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken zwischen 97,6% im Jahr 2008 und 99,7% aller versicherten Personen in der Schweiz im Jahr 2012 ab. Für den Kanton Uri beläuft sich dieser Abdeckungsgrad auf 98,9% im Jahr 2008 und auf 97,0% im Jahr 2012. Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich⁴⁵ der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs multipliziert.

Seit dem 1. Januar 2007 gehören Personen im Asylprozess nicht mehr zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs, sie werden aber im Datenpool der SASIS AG nach wie vor erfasst. Für die Hochrechnung der Daten wird der Risikoausgleich deshalb ab 2007 mit den Daten aus der Asylstatistik des Bundesamtes für Migration ergänzt. Die Hochrechnung

erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Dabei wird angenommen, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten.

Vorliegende Daten stammen aus der Jahresproduktion 2008–2012 der SASIS AG vom 23. Mai 2013 und beziehen sich auf die Geschäftsperiode (Abrechnungszeitpunkt) und nicht auf die Behandlungsperiode. Das Abrechnungsverhalten der Krankenversicherer kann demzufolge Einfluss auf die ausgewiesenen Kosten haben.

6.1 OKP-Kosten

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP der Jahre 2008 bis 2012 für die Urner Bevölkerung nach Leistungskategorien im Vergleich zur Gesamtschweiz dargestellt. Ebenfalls wird kurz auf die Kostenbeteiligung der versicherten Personen eingegangen, bevor in einem weiteren Abschnitt die interkantonalen Unterschiede in den Pro-Kopf-Kosten behandelt werden.

Drei Viertel des Kostenanstiegs in Spitälern

Im Jahr 2012 belaufen sich die OKP-Kosten der Urner Bevölkerung auf insgesamt 96,7 Millionen Franken (Tab. 6.1), welche zu 71,1% innerkantonal und zu 28,9% ausserkantonal anfallen. Der grösste Kostenblock fällt bei den Spitälern an (26,0% für stationäre, 19,4% für ambulante Leistungen), gefolgt von den ambulanten Arztbehandlungen (17,6%) und den Medikamenten sowie Mitteln und Gegenständen (insgesamt 16,9% in Arztpraxen und Apotheken bzw. Abgabestellen MiGeL⁴⁶). Diese fünf Leistungskategorien machen im Kanton Uri fast vier Fünftel der OKP-Gesamtkosten im Jahr 2012 aus. Wie bereits oben erwähnt, wird über die OKP lediglich ein Teil der gesamten Gesundheitskosten finanziert. Überträgt man den gesamtschweizerischen Anteil von 38,2% der OKP-Kosten an den gesamten Gesundheitskosten auf den Kanton Uri, so würde ein Total von 253 Millionen Franken resultieren, welches gesamthaft im Kanton für Gesundheit ausgegeben wird.

Die OKP-Kosten im Kanton sind zwischen 2008 und 2012 um jahresdurchschnittlich 3,2% gestiegen (von 85,3 Millionen Franken auf 96,7 Millionen Franken). In der Schweiz haben sich die Kosten in der gleichen

⁴⁵ Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP und bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen).

⁴⁶ Mittel- und Gegenstände-Liste, vgl. www.bag.admin.ch/migel (Zugriff am 23.04.2014).

Tab. 6.1 Bruttokosten in der OKP, nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Uri und Schweiz, 2008–2012 (in Millionen Franken)

		UR						CH	
		2008	2009	2010	2011	2012	Anteil 2012 am Total in %	Durchschnittliche Veränderung 2008–2012 in %	Durchschnittliche Veränderung 2008–2012 in %
Spitäler	Stationäre Leistungen	20,4	21,4	21,1	20,9	25,2	26,0	5,3	2,8
	Ambulante Leistungen	15,1	16,6	16,6	17,2	18,7	19,4	5,5	7,4
	Total	35,5	38,0	37,7	38,1	43,9	45,4	5,4	4,7
Arztpraxen	Behandlungen	14,8	16,4	16,7	17,0	17,0	17,6	3,5	3,8
	Medikamente	13,9	14,0	14,0	13,8	13,5	13,9	–0,7	1,5
	Übrige Leistungen	3,0	3,1	2,7	3,0	2,9	3,0	–0,9	–1,0
	Total	31,7	33,5	33,5	33,7	33,4	34,5	1,3	2,9
Pflegeheime		8,9	9,0	9,0	8,7	8,9	9,2	0,2	1,4
Apotheken und Abgabestellen MiGeL		2,3	2,4	2,4	2,5	2,9	3,0	6,6	2,0
Physiotherapeutinnen/-therapeuten		1,5	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	4,5	3,3
Laboratorien		1,7	1,7	1,8	1,7	1,5	1,6	–2,7	5,0
Spitex-Organisationen		1,7	1,7	1,7	1,7	2,0	2,1	3,5	6,3
Übrige Leistungserbringer		2,1	2,3	2,8	2,1	2,3	2,4	2,7	–0,1
Total		85,3	90,3	90,6	90,3	96,7	100,0	3,2	3,4

Quelle: SASIS AG – Datenpool; Gemeinsame Einrichtung KVG – Risikoausgleichsstatistik / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Zeitspanne um durchschnittlich 3,4% von 22,7 Milliarden Franken auf 26,0 Milliarden Franken erhöht. Damit liegt die Urner Wachstumsrate für die fünf beobachteten Jahre leicht unter dem Schweizer Durchschnitt. Nach einzelnen Jahren betrachtet sind die OKP-Kosten der Urnerinnen und Urner 2009 und 2012 mit 5,8% bzw. 7,1% am stärksten gestiegen.

Die höchste jahresdurchschnittliche Wachstumsrate 2008 bis 2012 ist im Kanton Uri mit 6,6% bei den Apotheken und Abgabestellen MiGeL zu verzeichnen. Aufgrund der im Kanton vorherrschenden Selbstdispensation fallen diese Kosten allerdings nicht stark ins Gewicht. Fügt man die in Arztpraxen abgegebenen Medikamente, für welche zwischen 2008 und 2012 ein Kostenrückgang zu beobachten ist, hinzu, so fällt das Kostenwachstum für das Total der Medikamente bzw. Mittel und Gegenstände deutlich niedriger aus.

Überdurchschnittlich haben in den beobachteten fünf Jahren ebenfalls die OKP-Kosten für ambulante und stationäre Spitalleistungen zugenommen. Diese beiden Kategorien sind für fast drei Viertel der gesamten Kostenzunahme im Kanton verantwortlich. Die ambulanten Spitalkosten sind um jährlich 5,5% angestiegen, was

vorwiegend auf die erhöhten Wachstumsraten in den beiden Jahren 2009 und 2012 zurückzuführen ist. Für das Kostenwachstum von durchschnittlich 5,3% im stationären Spitalbereich dürfte die Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 zumindest mitverantwortlich sein. Im Kanton Uri haben diese Kosten 2012 – nach geringen Rückgängen in den Jahren 2010 und 2011 – um über einen Fünftel zugenommen. Diese hohe Wachstumsrate 2012 ist aufgrund der Änderung in der Spitalfinanzierung nur schwer zu interpretieren, und kantonale Vergleiche bzw. die Gegenüberstellung mit den Gesamtschweizer Daten müssen vorsichtig gedeutet werden, da verschiedene Faktoren durch den Finanzierungswechsel beeinflusst wurden. Unter anderem hat sich die Aufteilung der Kosten zwischen dem Kanton und den Versicherern verändert, und mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) werden seit 2012 neu auch die Investitionen in die Leistungsvergütung einbezogen. Dass eine vermehrte Inanspruchnahme stationärer Leistungen diesen Kostenanstieg erklären könnte, ist aufgrund der vorliegenden Daten wenig wahrscheinlich (vgl. 5.4.2).

Zwischen 2008 und 2012 haben auch die Kosten bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten um jährlich 4,5% überdurchschnittlich zugenommen. Aufgrund des relativ geringen Volumens für diese Kategorie fällt dieses Kostenwachstum allerdings weniger stark ins Gewicht. Durchschnittliche Wachstumsraten sind für die Kosten von Behandlungen in Arztpraxen, von Leistungen der Spitex-Organisationen und für die übrigen Leistungserbringer zu verzeichnen. Lediglich um 0,2% sind die OKP-Kosten für Pflegeheimleistungen von Urnerinnen und Urnern angestiegen, während für die Laboranalysen sogar ein Kostenrückgang um 2,7% beobachtet werden kann.

Auf gesamtschweizerischer Ebene sind zwischen 2008 und 2012 die Kosten für ambulante Spitalleistungen (jahresdurchschnittlich 7,4%) und für Spitex-Leistungen (6,3%) stark angestiegen. Im Gegensatz zum Kostenrückgang im Kanton Uri (-2,7%) ist national auch für die Laborkosten eine überdurchschnittliche Wachstumsrate (5,0%) zu verzeichnen. Während für Urnerinnen und Urner 2012 im stationären Spitalbereich mit 5,3% ein relativ hoher Kostenanstieg zu beobachten ist, fällt diese Erhöhung auf Schweizer Ebene deutlich tiefer aus (2,8%). Dies könnte auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen sein, welche in einigen Kantonen zu Verzögerungen in der Rechnungsstellung geführt hat und somit den Quervergleich der Kantone erschwert. Auch der Kostenanstieg bei den in Apotheken und Abgabestellen MiGeL verkauften Medikamenten sowie Mitteln und Gegenständen fällt auf Schweizer Ebene mit 2,0% deutlich niedriger aus als im Kanton Uri (6,6%). Wie schon erwähnt ist jedoch das Volumen in dieser Kategorie im Kanton Uri eher gering bzw. das Kostenwachstum in Kombination mit den durch Ärztinnen und Ärzte abgegebenen Medikamenten unterdurchschnittlich.

Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich ist mit den vorliegenden Daten für den Kanton Uri nicht zu beobachten.⁴⁷ Insgesamt sind in den fünf beobachteten Jahren die OKP-Kosten für die stationären Leistungen mit jahresdurchschnittlich 3,9% sogar stärker angestiegen als im ambulanten Bereich (2,8%), was möglicherweise – wie oben bereits beschrieben – auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 zurückzuführen ist. Werden lediglich die Jahre 2008 bis 2011 analysiert, so sind die

Kosten im stationären Bereich mit einer Zunahme von 0,3% relativ stabil geblieben, während im ambulanten Bereich eine Erhöhung um 2,8% zu beobachten ist. Auf Gesamtschweizer Ebene ist die Wachstumsrate 2008 bis 2012 im ambulanten Bereich (3,9%) höher als im stationären (2,4%). Dies ist wohl auf die bereits oben erwähnten Abrechnungsverzögerungen im Spitalbereich zurückzuführen.

Höchste Kostenbeteiligung bei Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die versicherten Personen beteiligen sich mit der Franchise, dem Selbstbehalt und dem Spitalaufenthaltsbeitrag an den Kosten der OKP.⁴⁸ Diese im Datenpool erfassten Beteiligungen betragen im Kanton Uri für das Jahr 2012 rund 14,6 Millionen Franken, d. h. Urnerinnen und Urner bezahlen 15,1% der OKP-Kosten direkt in Form von Kostenbeteiligungen. Zwischen 2008 und 2012 beträgt die Kostenbeteiligung im Kanton jeweils zwischen 15,1% und 15,7% der Bruttokosten. Für die Gesamtschweiz variiert dieser Anteil zwischen 14,1% und 14,5% und fällt somit etwas tiefer aus als im Kanton Uri.

Die erfasste Kostenbeteiligung verteilt sich unterschiedlich auf die diversen Leistungskategorien. So zahlen die versicherten Personen im Kanton Uri rund einen Drittel der Laboruntersuchungen und 28,9% der Arztbehandlungen als Kostenbeteiligung. Im stationären Spitalbereich (7,5%), bei den Spitex-Leistungen (6,3%) und vor allem bei den Pflegeheimleistungen OKP (4,8%) sind diese Anteile deutlich niedriger. Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Patientinnen und Patienten, welche die erwähnten Leistungen beanspruchen, tendenziell älter sind und folglich die ordentliche Franchise von 300 Franken für Erwachsene wählen. Andererseits sind die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung, welche im stationären oder langzeitpflegerischen Bereich anfallen, meistens höher als die Kosten für die Leistungen bei einer ambulanten Behandlung, womit der relative Anteil der Kostenbeteiligung für diese Leistungsgruppen geringer ausfällt.

⁴⁷ Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» umfasst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten.

⁴⁸ Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der OKP-Kosten und können hier deshalb nicht analysiert werden. Darunter fallen beispielsweise die Beiträge an die Wohn- und Betreuungskosten in Pflegeheimen. Die Kostenbeteiligung OKP kann bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da sie bei den ersten im Jahr eingereichten Rechnungen abgezogen wird. Versicherte Personen können ihre Kostenbeteiligung ausserdem beeinflussen, indem sie beispielsweise ihre Franchise senken, wenn im Folgejahr eine grössere medizinische Behandlung ansteht.

Unterdurchschnittliche Urner OKP-Kosten

Im Kanton Uri fallen im Vergleich zur Gesamtschweiz unterdurchschnittliche Bruttokosten OKP pro Kopf der Bevölkerung an (Tab. 6.2, Abb. 6.2): 2012 wurden im Kanton von der Grundversicherung 2704 Franken pro versicherte Person für medizinische Leistungen übernommen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz liegen diese Kosten um 556 Franken oder 17,1% tiefer. Gut ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird im Kanton Uri für stationäre Leistungen ausgegeben (954 Franken; vgl. Definition in Fussnote 47), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1750 Franken pro versicherte Person). In der Gesamtschweiz ist der Anteil stationärer Leistungen am

Total der OKP-Kosten um 5,5 Prozentpunkte niedriger als im Kanton Uri. Damit sind die relativen Kostenunterschiede zwischen dem Kanton Uri und der Schweiz im ambulanten Bereich (30,8%) klar grösser als im stationären Bereich (1,7%). Die Urnerinnen und Urner weisen zwar in beiden Bereichen geringere Kosten auf als der Schweizer Durchschnitt, im ambulanten Sektor aber noch deutlich weniger als im stationären.

Urner Frauen haben im Jahr 2012 zwischen 22,0% (ambulant) und 30,6% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Urner Männer. Dies ist zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung und die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen (Camenzind & Meier, 2004). Im Schweizer

Tab. 6.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten, nach Geschlecht und Alter, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (in Franken)

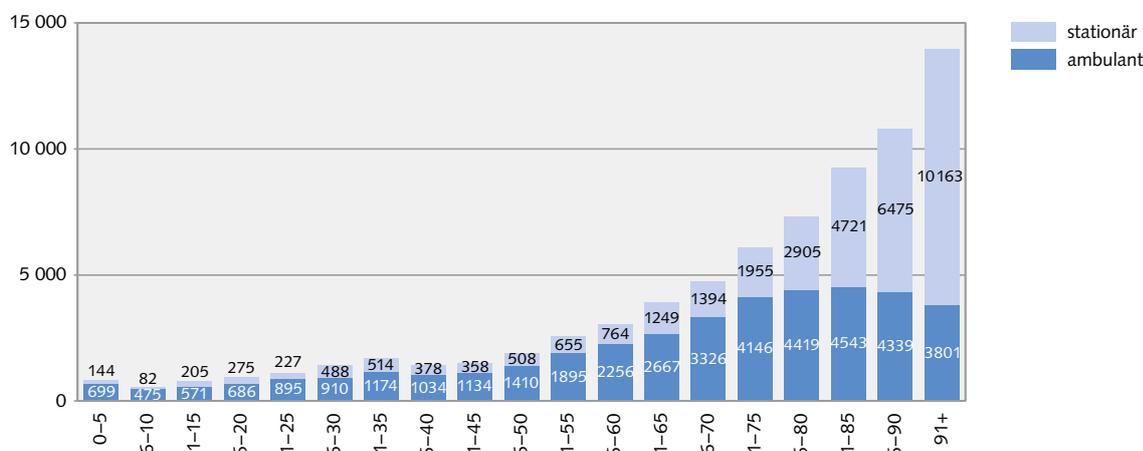
		Ambulant		Stationär		Total	
		UR	CH	UR	CH	UR	CH
Total		1750	2289	954	970	2704	3260
Geschlecht	Frauen	1925	2589	1082	1122	3007	3711
	Männer	1579	1982	828	815	2407	2797
Alter	0–15 Jahre	585	850	146	154	730	1004
	16–35 Jahre	917	1240	375	398	1292	1638
	36–50 Jahre	1205	1864	419	471	1623	2334
	51–65 Jahre	2246	2923	868	891	3114	3814
	66+ Jahre	4013	5080	3184	3383	7198	8463

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten, nach 5-Jahres-Altersgruppen, Kanton Uri, 2012 (in Franken)

Abb. 6.1



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Mittel sind die Geschlechterunterschiede bezüglich OKP-Kosten ausgeprägter als im Kanton: Schweizerinnen weisen im ambulanten Bereich 30,6% und im stationären Bereich 37,8% höhere Kosten aus als Schweizer. Auch mit höherem Alter werden vermehrt OKP-Leistungen bezogen bzw. benötigt. So hat eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Uri mit 730 Franken im Jahr 2012 im Durchschnitt fast zehnmal tiefere OKP-Kosten als eine 66-jährige und ältere Person (7198 Franken). Erwartungsgemäss besonders markant sind diese Kostenunterschiede zwischen Jung und Alt im stationären Bereich.

Der KVG-Grundsatz der Solidarität zwischen der jüngeren und der älteren Generation tritt bei der verfeinerten Betrachtung der Urner OKP-Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen noch deutlicher hervor (Abb. 6.1). Mit Ausnahme der beiden Altersgruppen 0 bis 5 Jahre und 31 bis 35 Jahre, in denen die OKP-Kosten wegen Geburt, Schwangerschaft und Mutterschaft höher ausfallen, werden mit zunehmendem Alter kontinuierlich höhere OKP-Kosten ausgewiesen. Dabei erhöhen sich die ambulanten Kosten bis zum Alter von 81 bis 85 Jahren, um danach leicht wieder zurückzugehen. Im stationären Bereich ist ein beinahe exponentieller Kostenanstieg über die Altersgruppen zu beobachten. Vor allem in den hohen Altersklassen werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen. So steigt der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten von 17,1% bei den 0- bis 5-jährigen auf 72,8% bei den über 91-jährigen Urnerinnen und Urnern.

Abbildung 6.2 zeigt die Aufteilung der OKP-Kosten pro versicherte Person nach Leistungskategorien und Kanton. Die beiden Kategorien «Spital stationär» sowie

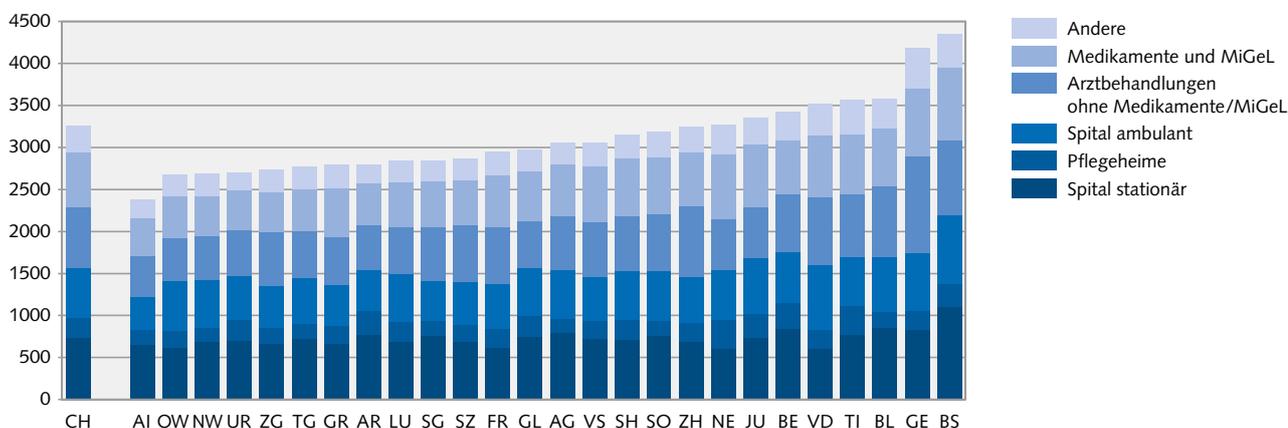
«Pflegerheime» entsprechen dabei den oben ausgewiesenen stationären Leistungen. Alle übrigen Leistungskategorien werden dem ambulanten Leistungsbereich zugerechnet.

Die Urner OKP-Pro-Kopf-Kosten sind – hinter jenen der Kantone Appenzell Innerrhoden, Ob- und Nidwalden – die vierttiefsten der Schweiz. Die höchsten Kosten fallen mit 4353 Franken im Kanton Basel-Stadt und mit 4179 Franken im Kanton Genf an. Mit Ausnahme der Pflegeheimleistungen, welche im Kanton Uri mit 250 Franken pro versicherte Person über dem Schweizer Durchschnitt von 229 Franken liegen, fallen in allen Leistungskategorien unterdurchschnittliche OKP-Kosten an. Diese erhöhten Pflegeheimkosten sind unter anderem auf einen relativ höheren Anteil der älteren Bevölkerung im Kanton zurückzuführen (vgl. Tab. 1.4). Ebenfalls treten Urnerinnen und Urner eher früher in ein Alters- und Pflegeheim ein als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung, und die stationäre Betreuungsquote in Heimen ist im Kanton Uri grundsätzlich höher als in den meisten anderen Kantonen (vgl. 5.6). Zusätzlich ist auch die zu den Pflegeheimen teilweise komplementäre Betreuungsform der Spitex im Kanton Uri – wie auch in den übrigen Zentralschweizer Kantonen – im Vergleich zu beispielsweise den französischsprachigen Kantonen und dem Tessin weniger stark ausgebaut.

Im Jahr 2012 geben Urnerinnen und Urner für stationäre Spitalleistungen 704 Franken pro Kopf aus, was knapp unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 741 Franken liegt. Im ambulanten Spitalbereich belaufen sich die Urner OKP-Kosten auf jährlich 523 Franken pro Person. Gesamtschweizerisch werden hierfür 592 Franken bezahlt. Deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten

OKP-Pro-Kopf-Kosten, nach Leistungskategorien, Schweiz und Kantone, 2012 (in Franken)

Abb. 6.2



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

(1106 Franken im stationären und 817 Franken im ambulanten Spitalbereich) fallen für diese zwei Leistungskategorien im Kanton Basel-Stadt an. Für Behandlungen in Arztpraxen (537 Franken) und für die von Arztpraxen und Apotheken abgegebenen Medikamente sowie Mittel- und Gegenstände (477 Franken) sind im Kanton Uri mehr als ein Viertel tiefere OKP-Kosten zu verzeichnen als im Durchschnitt der Schweiz. Die höchsten Kosten für diese Kategorien fallen in den Kantonen Genf und Basel-Stadt an, die niedrigsten in Appenzell Innerrhoden. In der Restkategorie der übrigen Leistungserbringer weist der Kanton Uri im Quervergleich die tiefsten kantonalen Kosten pro versicherte Person aus (212 Franken). Gut zwei Drittel dieser Leistungen werden im Kanton durch Spitex-Organisationen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Laboratorien erbracht.

6.2 OKP-Prämien und Versicherungsmodelle

Die Leistungen der OKP werden neben den Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten über die Prämien der versicherten Personen finanziert. Vorliegendes Unterkapitel behandelt die kantonalen Prämienunterschiede und stellt die Prämienausgaben im Kanton Uri im Zusammenhang mit den gewählten Versicherungsmodellen dar. Auf die kantonale Prämienverbilligung wird ebenfalls kurz eingegangen. Die dargestellten Werte beziehen sich stets auf die erwachsenen (26-jährige und ältere Versicherte), im Kanton Uri wohnhaften Personen. Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus dem Datenpool der SASIS

AG ausgewertet. Es handelt sich dabei um die OKP-Prämie gemäss Angebotstarif, d. h. um die Prämie vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung, aber nach Abzug des Prämiennachlasses für Wahlfranchise, alternatives Versicherungsmodell und Unfallausschluss. Vorliegende Werte können somit nicht direkt mit den vom Bundesamt für Gesundheit jeweils im Herbst publizierten Durchschnittsprämien verglichen werden, da sich diese auf das Standardmodell inkl. Unfall beziehen.

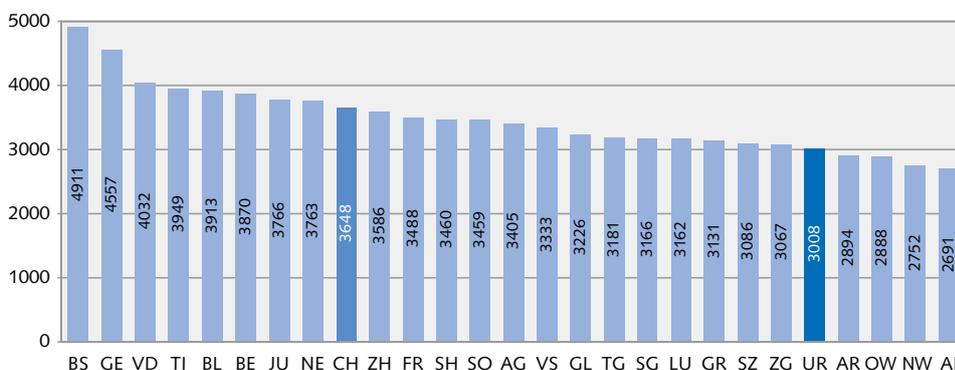
Tiefes Prämienniveau im Kanton Uri

Die jährlichen Erwachsenenprämien in der OKP sind im Kanton Uri von 2317 Franken im Jahr 2008 auf 3008 Franken im Jahr 2012 gestiegen, was einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 6,7% entspricht. In der Schweiz haben sich die Prämien im selben Zeitraum um jahresdurchschnittlich 4,0% von 3116 Franken auf 3648 Franken erhöht. Im Kanton Uri sind somit unterdurchschnittliche Prämien festzustellen, das relative Prämienwachstum der letzten fünf Jahre fällt allerdings höher aus als im Schweizer Durchschnitt, dies unter anderem aufgrund der erwarteten Kostenentwicklung und wegen geringeren Reservequoten der im Kanton Uri tätigen Krankenversicherer.

Wie bei den OKP-Kosten weist der Kanton Uri im Vergleich mit den anderen Kantonen auch bei den OKP-Prämien 2012 niedrige Werte aus (Abb. 6.3). Lediglich in Appenzell Inner- und Ausserrhoden sowie in Nidwalden und Obwalden fallen die Prämien mit jährlichen Beiträgen zwischen 2691 und 2894 Franken noch tiefer aus. Deutlich höhere Beiträge sind in den Kantonen Basel-Stadt (4911 Franken) und Genf (4557 Franken) zu bezahlen.

OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, Schweiz und Kantone, 2012
(26-jährige und ältere Versicherte, in Franken)

Abb. 6.3



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Vergleicht man diese kantonalen Jahresprämien OKP (Abb. 6.3) mit den jährlichen kantonalen Gesundheitskosten OKP (Abb. 6.2), so ergeben sich die zu erwartenden ähnlichen Muster: Die jeweils höchsten Kosten und Prämien fallen in beiden Basel, Genf, Waadt und Tessin an, während die jeweils tiefsten Prämien und Kosten in den Inner- und Ostschweizer Kantonen zu verzeichnen sind.

Am 12. September 2014 hat der Bundesrat die Verordnung über die Prämienkorrektur verabschiedet, welche einen Ausgleich der seit Einführung des KVG in den Kantonen zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien erlaubt. Gemäss der Gegenüberstellung der Nettokosten mit den Prämien hat die Urner Bevölkerung zwischen 1996 und 2013 insgesamt 27,2 Millionen Franken zu wenig Prämien bezahlt (BAG, 2014c). Vor allem in den Jahren 2000, 2001 sowie 2003 bis 2010 waren die Prämien im Kanton Uri zu tief. Urnerinnen und Urner werden deshalb während der Jahre 2015 bis 2017, wie zwölf weitere Kantone, einen Prämienzuschlag bezahlen müssen.

Deutliches Einsparpotenzial der Prämien mit Alternativmodellen und hohen Franchisen

Die in der OKP versicherten Personen haben die Möglichkeit, durch den Abschluss alternativer Versicherungsmodelle (z. B. Hausarztmodell, HMO, Telemedizin) oder durch die Erhöhung der jährlichen Franchise einen Teil ihrer Prämien einzusparen. Tabelle 6.3 zeigt die jährlichen Durchschnittsprämien pro versicherte Person nach Versicherungsmodell und Franchisestufe auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Prämien je nach gewähltem Versicherer innerhalb eines Kantons stark unterscheiden können und hier somit als Durchschnitt über alle im Kanton aktiven Krankenversicherer dargestellt werden.

Der Kanton Uri weist über alle Versicherungsmodelle und Franchisenstufen tiefere Prämien aus als in der Gesamtschweiz. Die Durchschnittsprämie 2012 für Erwachsene variiert im Kanton Uri je nach Versicherungsmodell und Franchisestufe zwischen 1869 und 3669 Franken. Urnerinnen und Urner können ihre Durchschnittsprämien

Tab. 6.3 OKP-Jahresprämien pro Kopf und Versicherte,
nach OKP-Modell und Franchisestufe, Kanton Uri und Schweiz, 2012 (26-jährige und ältere Versicherte)

		UR		CH	
		Durchschnittsprämie in Franken	Anteil Versicherte in %	Durchschnittsprämie in Franken	Anteil Versicherte in %
Standardmodell gemäss KVG	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3669	21,9	4493	23,8
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3595	8,4	4448	9,7
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2708	6,9	3585	6,1
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2103	5,6	2808	5,9
Hausarztmodelle mit Einzelleistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3305	17,5	3821	13,8
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3049	6,9	3740	5,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2547	9,4	2989	7,5
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2060	4,0	2417	8,5
Capitation-Modelle (HMO, Hausarzt mit Capitation)	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3054	2,8	3715	4,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2857	1,2	3526	1,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2173	4,0	2710	3,3
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1869	1,6	2452	2,3
Versicherungsmodelle mit Telemedizin	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3168	2,3	3842	2,2
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3082	1,8	3713	1,0
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2390	2,6	3008	1,9
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1890	2,8	2455	2,7
Bonusversicherung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2650	0,1	3131	0,1
Total		3008	100,0	3648	100,0

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene

- *Standardmodell mit ordentlicher Franchise:* Grundversicherung mit einer jährlichen Kostenbeteiligung (Franchise) von 300 Franken für die versicherte Person.
- *Standardmodell mit wählbarer Franchise:* Versicherungsmodell, welches eine Prämienermässigung ermöglicht, wenn die versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken) wählt.
- *Hausarztmodelle mit Einzelleistungsfakturierung:* Hausarztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die versicherte Person bzw. den Versicherer für die einzelnen erbrachten Leistungen gemäss gültigen Tarifen erfolgt.
- *Capitation-Modelle:* HMO-, Hausarztmodelle oder Ärztenetzwerke, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpauschalen pro versicherte Person entschädigt werden.
- *Telemedizin:* Versicherungsmodell, bei welchem die Patientinnen und Patienten sich bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem (mit der Ausnahme von Notfällen) zuerst telefonisch beraten lassen.
- *Bonusversicherung:* Eine Prämienreduktion wird gewährt, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat.

Capitation-Modell gewählt haben, gefolgt von jenen mit Telemedizin und dem Hausarztmodell mit Einzelleistungsfakturierung.

Je höhere Franchisen gewählt werden, desto tiefer fallen die durchschnittlichen Prämien aus. So können je nach Versicherungsmodell im Kanton Uri zwischen durchschnittlich 37,7% (Hausarztmodell ohne Capitation) und 42,7% (Standardmodell) Prämien gespart werden, wenn anstelle der ordentlichen Franchise von 300 Franken eine hohe Franchise von 2000 oder 2500 Franken gewählt wird. Aus der Kombination von Capitation-Modell und hoher Franchise resultiert das im Durchschnitt grösste Prämien-Einsparpotenzial im Kanton.

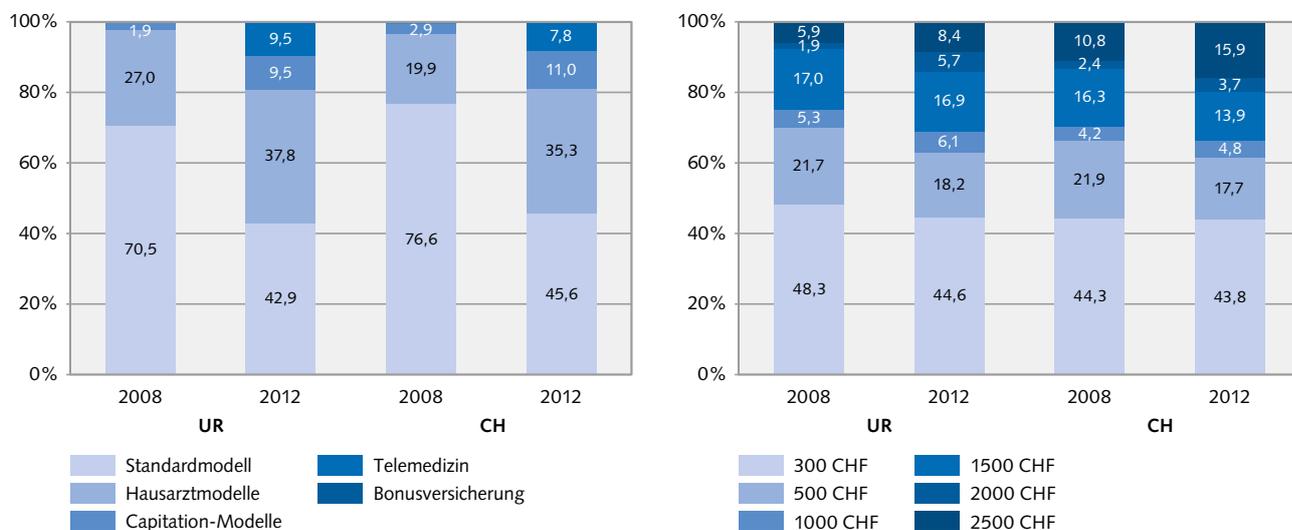
Alternative Versicherungsmodelle immer populärer

Trotz diverser Einsparmöglichkeiten mit Alternativmodellen haben im Jahr 2012 immer noch 42,9% der erwachsenen Urnerinnen und Urner ein Standardversicherungsmodell mit ordentlicher oder wählbarer Franchise gemäss KVG abgeschlossen (Abb. 6.4, vgl. Definition der Versicherungsmodelle im Kasten). Dieses Standardmodell bleibt am meisten verbreitet, ist aber rückläufig: 2008 hatten noch 70,5% der Urner Bevölkerung ein solches Versicherungsmodell. Ein Teil dieses Rückgangs ist allerdings damit zu erklären, dass das Versicherungsmodell mit Telemedizin erst seit 2010 als eigene Kategorie im Datenpool erfasst ist. In diesem Modell sind im Jahr 2012 9,5% der versicherten Personen aus

mit einem Wechsel des Versicherungsmodelles oder der Franchise somit fast halbieren. Die höchsten Durchschnittsprämien 2012 haben Versicherte mit Standardmodell KVG, die tiefsten Prämien bezahlen Urnerinnen und Urner, welche eine Bonusversicherung oder ein

OKP-Versicherte, nach Versicherungsmodell KVG und Franchisenstufe, Kanton Uri und Schweiz, 2008 und 2012 (26-jährige und ältere Versicherte)

Abb. 6.4



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2015

dem Kanton Uri versichert. Die Hausarztmodelle und die Capitation-Modelle haben in den letzten fünf Jahren an Bedeutung gewonnen: Der Anteil am Total der Versicherten ist für die Hausarztmodelle zwischen 2008 und 2012 von 27,0% auf 37,8% und für die Capitation-Modelle von 1,9% auf 9,5% angestiegen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz weist der Kanton Uri nur einen geringfügig kleineren Anteil an Standard- und an Capitation-Modellen auf, die Hausarztmodelle und die Telemedizin werden entsprechend etwas mehr gewählt, während die Bonusversicherung sowohl im Kanton Uri als auch in der Gesamtschweiz kaum verbreitet ist bzw. kaum angeboten wird (je 0,1% aller versicherten Personen).

Die ordentliche Franchise von 300 Franken für erwachsene Personen ist im Kanton Uri und in der Gesamtschweiz am meisten verbreitet, ihr Anteil über alle Versicherungsmodelle hinweg ist aber zwischen 2008 und 2012 im Kanton Uri von 48,3% auf 44,6% und in der Schweiz von 44,3% auf 43,8% zurückgegangen. Fast ein Fünftel der Urner Versicherten hat 2012 eine Franchise von 500 Franken gewählt, während 16,9% eine Franchise von 1500 Franken ausweisen. Die Franchisenstufen 1000, 2000 und 2500 Franken sind mit Anteilen von 6,1%, 5,7% und 8,4% im Kanton Uri weniger stark verbreitet, der Anteil der hohen Franchisen von 2000 und 2500 Franken ist in den letzten fünf Jahren allerdings um 3,9 bzw. 2,6 Prozentpunkte auf 5,7% bzw. 8,4% angestiegen. Im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt (15,9%) fällt der Anteil der höchsten Franchise von 2500 Franken im Kanton Uri deutlich niedriger aus. Demgegenüber wählen Urnerinnen und Urner häufiger Franchisen von 1500 (16,9%) und 2000 Franken (5,7%) als die Schweizer Bevölkerung (13,9% bzw. 3,7%).

Sowohl im Kanton Uri als auch im Total der Schweiz wird der Krankenversicherer OKP nur selten gewechselt. So gibt nur ein Viertel der in der SGB 2012 befragten Personen an, in den letzten drei Jahren die Krankenkasse

gewechselt zu haben. Dabei wird als Wechselgrund vor allem eine zu hohe Prämie angegeben. Ein Wechsel aufgrund schlechten Services oder wegen anderer Gründe wird von den Befragten sowohl im Kanton Uri als auch in der Schweiz insgesamt nur selten erwähnt.

Zwei Fünftel der Urnerinnen und Urner erhalten Prämienverbilligung

Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden mittels individueller Prämienverbilligung durch Bund und Kantone finanziell unterstützt. Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) im Jahr 2008 ist die Bundesbeteiligung nicht mehr abhängig von der Finanzkraft der Kantone, sondern entspricht einem konstanten Anteil von 7,5% der Gesamtschweizer Bruttokosten OKP und wird anhand der Wohnbevölkerung auf die Kantone aufgeteilt (Kägi et al., 2012; BAG, 2014b). Die Kantone ergänzen den Bundesanteil mit eigenen Mitteln, wodurch sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme sehr stark voneinander unterscheiden können.

41,1% der Urnerinnen und Urner konnten 2012 eine Prämienverbilligung gemäss KVG beziehen (Tab. 6.4). Im gesamtschweizer Durchschnitt liegt dieser Anteil mit 29,0% aller versicherten Personen deutlich tiefer. Im Kanton Uri wurden 2012 insgesamt 15,6 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen ausgerichtet, welche zu 38,6% durch den Kanton und zu 61,4% durch den Bund finanziert wurden. Im Vergleich zu 2008 ist dieser Kantonsanteil in Uri um 3,5 Prozentpunkte zurückgegangen. Im Schweizer Mittel beträgt der Anteil der Kantonsbeiträge im Jahr 2012 45,8%. Mit einem durchschnittlichen Betrag von 1060 Franken pro Bezügerin und Bezüger pro Jahr liegt der Kanton Uri 2012 deutlich unter dem Schweizer Mittel von 1719 Franken. Urnerinnen und Urner erhalten im Vergleich zur Gesamtschweiz somit häufiger eine Prämienverbilligung, die

Tab. 6.4 Prämienverbilligung KVG^a, Kanton Uri und Schweiz, 2008 und 2012

		Anteil der Bezüger/innen in %	Total Beiträge nach KVG in Millionen Franken	Kantonsbeitrag in %	Durchschnitt- licher Beitrag pro Bezüger/in in Franken	Durchschnitt- licher Beitrag pro versicherte Person in Franken	In % der Brutto- prämie aller Versicherten
UR	2008	41,1%	14,0	42,1%	971	397	20,8%
	2012	41,1%	15,6	38,6%	1 060	436	17,2%
CH	2008	28,6%	3 253,9	45,3%	1 498	426	16,4%
	2012	29,0%	3 967,7	45,8%	1 719	497	16,1%

^a Prämienverbilligung KVG ohne Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen in der OKP.

Quelle: BAG –Krankenversicherungsstatistik; SASIS AG – Datenpool / Schätzung Obsan

© Obsan 2015

ausbezahlten Beträge pro Person fallen jedoch deutlich niedriger aus. Im Verhältnis zu den Durchschnittsprämien aller versicherten Personen wird im Kanton Uri ein etwas höherer Anteil der Prämien verbilligt (17,2%) als im Schweizer Durchschnitt (16,1%).

6.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Urner Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) dargestellt. 2012 wurden im Kanton Uri 96,7 Millionen Franken im Rahmen der OKP und geschätzte 253 Millionen Franken für die Gesundheit insgesamt ausgegeben. Der Kostenanstieg zwischen 2008 und 2012 beläuft sich in der OKP für den Kanton Uri auf durchschnittlich 3,2% pro Jahr. In der Schweiz insgesamt haben die OKP-Kosten in der gleichen Zeitspanne mit durchschnittlich 3,4% pro Jahr leicht stärker zugenommen. Die Apotheken und Abgabestellen MiGeL (6,6%) sowie der ambulante (5,5%) und stationäre Spitalbereich (5,3%) weisen im Kanton Uri zwischen 2008 und 2012 die relativ höchsten Kostenzunahmen aus.

Das OKP-Kostenniveau liegt im Kanton Uri unter dem Schweizer Durchschnitt. Mit 2704 Franken pro versicherte Person fallen im Jahr 2012 in der OKP 556 Franken oder 17,1% tiefere Kosten an als in der Gesamtschweiz (3260 Franken). Rund zwei Drittel dieser Kosten werden für ambulante und ein Drittel für stationäre Behandlungen ausgegeben. Erhebliche Kostenunterschiede sind erwartungsgemäss zwischen den einzelnen Altersgruppen zu erkennen. Die durchschnittlichen Ausgaben der über 66-jährigen Personen sind im Kanton Uri beispielsweise fast zehnmal höher als die Ausgaben der unter 15-jährigen Personen. Der KVG-Grundsatz der Solidarität zwischen Jung und Alt, welches dem System der Einheitsprämien zugrunde liegt, kommt hier deutlich zum Vorschein.

Wie die OKP-Kosten sind auch die OKP-Prämien im Kanton Uri tiefer als in der gesamten Schweiz. Die Durchschnittsprämie für Urnerinnen und Urner ab 26 Jahren beträgt 3008 Franken im Jahr 2012 und fällt damit 17,7% tiefer aus als im Schweizer Durchschnitt (3648 Franken). Mit einem Anteil von 42,9% ist das Standardmodell das am meisten verbreitete Versicherungsmodell im Kanton Uri. Die alternativen Versicherungsmodelle kommen weniger häufig vor, gewinnen aber auch im Kanton immer mehr an Bedeutung. So hat sich beispielsweise der Anteil der Hausarztmodelle von

27,0% im Jahr 2008 auf 37,8% im Jahr 2012 erhöht. Eine gleiche Tendenz – jedoch weniger stark – ist bei der Entwicklung der wählbaren Franchisen zu beobachten: Die ordentliche Jahresfranchise von 300 Franken ist zwischen 2008 und 2012 um 3,7 Prozentpunkte auf einen Anteil von 44,6% gesunken; die Anteile der höchsten wählbaren Franchisen von 2000 sowie 2500 Franken haben sich hingegen um 3,9 bzw. 2,6 Prozentpunkte auf 5,7% bzw. 8,4% erhöht.

Gut zwei Fünftel (41,1%) der Urner Bevölkerung hat im Jahr 2012 eine Prämienverbilligung erhalten. Damit ist dieser Anteil deutlich höher als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (29,0%). Der durchschnittliche Beitrag pro Bezügerin und Bezüger beträgt im Kanton Uri 1060 Franken. Im Schweizer Mittel beläuft sich dieser Beitrag auf 1719 Franken. Urnerinnen und Urner erhalten somit im Vergleich zur Gesamtschweiz öfter eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person fallen jedoch deutlich niedriger aus.

Glossar

Adipositas

Starkes Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Altersstandardisierte Rate

Vergleiche von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zwischen verschiedenen Regionen und über die Zeit sind aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen nur beschränkt möglich. Für regionale und zeitliche Vergleiche werden die Raten deshalb oft altersstandardisiert. Der Bevölkerung einer Region wird eine Referenzpopulation bzw. die sogenannte Standardbevölkerung unterstellt (z. B. die Europäische Standardpopulation). Die altersspezifischen Raten werden dabei mit der entsprechenden Altersstruktur der Standardbevölkerung gewichtet.

Ambulante Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die weniger als 24 Stunden dauern und bei denen über Nacht kein Bett belegt wird.

Body Mass Index (BMI)

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist:

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2.$$

Capitation

Capitation ist ein Vergütungssystem der Krankenversicherungen und bezeichnet eine im Voraus bestimmte Pauschale für die medizinische Versorgung pro versicherte Person. Die Leistungserbringer werden dabei mit Kopfpauschalen entschädigt, unabhängig davon, ob die versicherte Person medizinische Leistungen beansprucht oder nicht.

Franchise

Die Franchise ist eine Kostenbeteiligung der versicherten Person, die in der Schweiz im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vertraglich festgelegt wird. Die Mindestfranchise bei erwachsenen Personen beträgt 300 Franken pro Kalenderjahr, es können aber auch höhere Franchisen vereinbart werden (bis 2500 Franken). Die versicherte Person muss die Kosten für medizinische Leistungen bis zum festgelegten jährlichen Betrag selber übernehmen.

Gesundheitsressourcen

Ressourcen einer Person, die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern können. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber (Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung etc.) oder Merkmale der Umwelt dieser Person (Vorhandensein von Vertrauenspersonen, soziale Unterstützung etc.) zu verstehen.

Grundgesamtheit

Die Menge der Personen oder Objekte, für die die Aussagen einer Untersuchung gelten sollen, z. B. «alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Alter ab 15 Jahren». Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit, sondern an einer daraus gezogenen Stichprobe.

Grundlegende Alltagsaktivitäten

BADL (engl. basic activities of daily living) sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, z. B. selbstständig essen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen.

Haushaltsäquivalenzeinkommen

Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder.

Informelle Hilfe

Hilfe und Pflege am Wohnort durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Parallel zur informellen Hilfe existiert auch die formelle Hilfe, die von professionellen Hilfs- und Pflegediensten erbracht wird (vgl. Spitex).

Instrumentelle Alltagsaktivitäten

IADL (engl. instrumental activities of daily living) beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren, z. B. kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

Inzidenz (Epidemiologie)

Anzahl Neuerkrankungen bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird oft als Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.

Kausaler Zusammenhang

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung.

Komorbidität

Eine oder mehrere gleichzeitig vorliegende Begleiterkrankungen, die aber nur in Zusammenhang mit der Hauptkrankheit betrachtet werden.

Konfidenzintervall/Vertrauensintervall

Da Stichprobenerhebungen nur einen Teil der interessierenden Population (Grundgesamtheit) einschliessen, sind ihre Ergebnisse immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Um diese Unsicherheit zu quantifizieren, kann ein Konfidenzintervall berechnet werden. Dies ist ein Wertebereich, der den wahren Wert des Ergebnisses (z. B. Mittelwert oder Anteil) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit enthält. Oft wird dabei eine Wahrscheinlichkeit von 95% gewählt. Bei Ziehung unendlich vieler Stichproben aus der Grundgesamtheit bedeutet dies, dass der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im berechneten Konfidenzintervall liegt.

Kontrollüberzeugung

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Leben in bestimmten Situationen selbst steuern und gestalten kann oder ob es durch äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche bestimmt wird.

Lebenserwartung

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre, die ein Mensch ab einem bestimmten Alter noch leben könnte unter der Voraussetzung, dass die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse während des restlichen Lebens gleich bleiben.

Lebenszeitprävalenz

Anteil Personen an einem Stichtag, bei denen ein bestimmtes Ereignis oder eine Erkrankung schon einmal in ihrem bisherigen Leben aufgetreten ist (z. B. Anteil Personen, die in ihrem Leben schon einmal eine bestimmte Droge konsumiert haben).

Mammografie

Die Mammografie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust, welche oft zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt wird.

Morbidität

Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität (Sterblichkeit)

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

Multimorbidität

Zwei oder mehr chronische Krankheiten, die zur gleichen Zeit vorliegen und als gleichwertig nebeneinander und nicht als Begleiterkrankungen zu einer Haupterkrankung betrachtet werden (vgl. Komorbidität).

Prävalenz

Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prävention

Massnahmen, die das Auftreten und die Ausbreitung von Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen. Präventive Massnahmen können sich an die ganze Bevölkerung, an ausgewählte Gruppen oder auch an einzelne Individuen richten. In der Krankheitsprävention stehen dabei oft die Früherkennung und die Verminderung von Risikofaktoren bestimmter Krankheiten im Mittelpunkt.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z. B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Risikofaktor

Individuelle Faktoren einer Person oder seiner Umwelt, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergehen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, jedoch nicht zwingend eine kausale Ursache für die Krankheit sein müssen.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt ist im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) eine Kostenbeteiligung der versicherten Person. Nach Erreichen der Franchisegrenze (vgl. Franchise) übernimmt eine erwachsene Person jeweils 10% der Kosten für medizinische Leistungen bis zum Maximalbetrag von 700 Franken pro Kalenderjahr selbst.

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe (siehe auch Konfidenzintervall).

Soziale Unterstützung

Unterstützung (z. B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen dient.

Spitex

Der Begriff Spitex steht für «spitalexterne Hilfe und Pflege». In der Schweiz ist dieser Begriff weit verbreitet und umfasst im Allgemeinen Spitex-Organisationen, die professionelle Hilfs- und Pflegedienstleistungen am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbringen (siehe auch informelle Hilfe).

Stationäre Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die mindestens 24 Stunden dauern oder bei denen über Nacht ein Bett belegt wird.

Stichprobe

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und analysiert werden.

Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit.

Literatur

- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A. & Wolk, A. (2014). Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men – A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13): 1299–1306.
- Alberta Health Services (2011). Indicator Definition – Potential Years of Life Lost. Edmonton: Government of Alberta, Health and Wellness.
- Ambrose, A.F., Paul, G. & Hausdorff, J.M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1): 51–61.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36, No. 1.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ayis, S., Gooberman-Hill, R. & Ebrahim, S. (2003). Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and ageing*, 32(3): 265–272.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2012, Vol. 9.
- Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BAFU (2009). Lärmbelastung in der Schweiz. Ergebnisse des nationalen Lärmmonitorings SonBase. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAFU (2013). Umwelt Schweiz 2013. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAFU (2014). Lärmbelastung durch Strassenverkehr in der Schweiz. Zweite nationale Lärmberechnung, Stand 2012. Bern: Bundesamt für Umwelt (BAFU).
- BAG (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008a). Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2008b). Nationales Programm Alkohol 2008–2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013a). Dosimetrie der beruflich strahlenexponierten Personen in der Schweiz. Jahresbericht 2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013b). Nationales Programm Alkohol 2013–2016. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2013c). Nationales Programm Ernährung und Bewegung – Bericht für die Jahre 2008–2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

- BAG (2014a). Arbeit und Gesundheit. spectra 105. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014b). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2014c). Tabellen mit detaillierter Berechnung zur Bestimmung der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien 1996–2013. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836): 37–43.
- Becker, C. & Rapp, K. (2011). Stürze in der Geriatrie. *Der Internist*, 52(8): 939–945.
- Berchet, C. & Jusot, F. (2012). Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*(172): 1–7.
- Berkman, L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H., Leo, L., Ostfeld, A.M. et al. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124(3): 372–388.
- BFS (2005). Kosten des Gesundheitswesens und Demografie – Detaillierte Kosten nach Alter im Jahr 2002 und Entwicklung von 1985 bis 2020. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2009). Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2013a). Bildungsperspektiven. Szenarien 2013–2022 für das Bildungssystem. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2013b). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2013c). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014a). Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014b). Armut in der Schweiz. Ergebnisse 2007 bis 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014c). Demos. Informationen aus der Demografie: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014d). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014e). SRPH. FAQ zum Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014f). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013: Zahlen und Trends. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2014g). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2014. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- BFS (2014h). Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS & BAG (2014). Übergewicht und Adipositas. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bigos, S.J., Holland, J., Holland, C., Webster, J.S., Battie, M. & Malmgren, J.A. (2009). High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *The spine journal*, 9(2): 147–168.
- Bisig, B. & Gutzwiller, F. (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität und Geschlecht. Band 2: Detailresultate. Zürich: Ruegger.

- Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5): 315–320.
- Boes, S., Marti, J. & Maclean, J.C. (2014). The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland. *Health Econ.*
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS One*, 7(2).
- Bopp, M. & Holzer, B.M. (2012). Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources. *Praxis*, 101(25): 1609–1613.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). Health psychology: An introduction to behavior and health: Cengage Learning.
- Brink, M. (2011). Parameters of well-being and subjective health and their relationship with residential traffic noise exposure – a representative evaluation in Switzerland. *Environ Int*, 37(4): 723–733.
- Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope, C.A., Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V. et al. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121(21): 2331–2378.
- Burton-Jeangros, C. (2009). Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. In: M. Oris, E. Widmer et al. (Ed.), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (273–295). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Camenzind, P. & Meier, C. (Hrsg.). (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2013). *Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren (Obsan Bericht 59)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Cantoreggi, N. (2010). *Pondération des déterminants de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse: étape 1: rapport final*. Genève: Université de Genève. Institut de l'environnement. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES).
- Collège d'expertise (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser*. Paris: Collège d'expertise.
- Dautzenberg, B. (2001). *Le tabagisme passif. Rapport du groupe de travail DGS*. Paris: Direction générale de la santé.
- Dawson, D.A. & Room, R. (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1–2): 1–21.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5): 658–668.
- Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection (2011). *Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. London, UK: Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection.
- Dourgnon, P. & Lardjane, S. (2007). Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. *Economie et statistique*: 165–177.
- ECHIM (2012). *ECHI documentation sheets: Joint Action for European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM)*.

- Ecoplan (2013). Auswirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit – Berechnung von DALY für die Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Umwelt. Altdorf und Bern: Ecoplan.
- Efionayi, D. & Piguet, E. (2011). Partir ou rester? La migration dans le projet de vie des étudiants universitaires d'Afrique de l'ouest. Rapport de synthèse. Neuchâtel: Institut de géographie et Forum Suisse des Migrations.
- EKL (2013). Feinstaub in der Schweiz 2013. Bern: Eidgenössische Kommission für Lufthygiene (EKL).
- Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375, 2215–2222.
- EU-OSHA (2014). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- EUA (2010). Die Umwelt in Europa: Zustand und Ausblick 2010: Synthesebericht. Kopenhagen: Europäische Umweltagentur (EUA).
- Eurofound (2012). Fifth European Working Condition Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2011). Technical Group. Causes of Death Statistics (TG COD). Task Force on the revision of the Standard Population – State of the art: 12.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population. Eurostat methodologies and working papers: 121.
- Faeh, D., Braun, J. & Bopp, M. (2009). Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report. *Swiss Med Wkly*, 139(51–52): 752–756.
- Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S. & Bopp, M. (2011). Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *Eur J Epidemiol*, 26(8): 647–655.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J. et al. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377(9765): 557–567.
- Fischer, B., Telser, H., Widmer, P. & Leukert, K. (2014). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Polynomics.
- Füglister-Dousse, S., Jeanrenaud, C., Kohler, D. & Marti, J. (2009). Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Gardner, J.W. & Sanborn, J.S. (1990). Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? *Epidemiology*, 1(4): 322–329.
- Gesundheitsförderung Uri (2012). Tabakpräventionsprogramm Kanton Uri 2012–2015. Altdorf: Gesundheitsförderung Uri.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C. & Flury, R. (2013). Monitoring suisse des addictions. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. L'essentiel en bref. Lausanne: Addiction Suisse.
- Grazier, S. & Sloane, P.J. (2008). Accident risk, gender, family status and occupational choice in the UK. *Labour Economics*, 15(5): 938–957.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

- Grotenhermen, F. (2007). The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chem Biodivers*, 4(8): 1744–1769.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T. et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Guggisberg, J. & Spycher, S. (2005). Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Hall, W. (2009). The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy? *Int J Drug Policy*, 20(6): 458–466.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698): 1383–1391.
- Hämmig, O. & Bauer, G.F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13: 1170.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3): 184–191.
- Hauri, D.D., Lieb, C.M., Rajkumar, S., Kooijman, C., Sommer, H.L. & Roosli, M. (2011). Direct health costs of environmental tobacco smoke exposure and indirect health benefits due to smoking ban introduction. *Eur J Public Health*, 21(3): 316–322.
- Hazenkamp-von Arx, M.E., Schindler, C., Ragetti, M.S., Kunzli, N., Braun-Fahrlander, C. & Liu, L.J. (2011). Impacts of highway traffic exhaust in alpine valleys on the respiratory health in adults: a cross-sectional study. *Environ Health*, 10: 13.
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 3: 185–209.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3): 282–290.
- Hess-Klein, D. (2014). Das tückische «Gläschen in Ehren» der älteren Menschen. *Spectra*, 106 (Lebensqualität im Alter): 3.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Humair, J.P., Garin, N., Gerstel, E., Carballo, S., Carballo, D., Keller, P.F. et al. (2014). Acute respiratory and cardiovascular admissions after a public smoking ban in Geneva, Switzerland. *PLoS One*, 9(3).
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45: 866–872.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables. Handbook of Cancer Prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N. & Busato, A. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse (Document de travail 22)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8): 892–899.
- Jüni, P. & Siegrist, J. (2012). Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: M. Egger & O. Razum (Hrsg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Bielefeld: De Gruyter Studium.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307–316.

- Kaeser, M. (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Kägi, W., Frey, M., Säuberli, C., Feer, M. & Koch, P. (2012). Monitoring 2010 – Wirksamkeit der Prämienvverbilligung. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Keller, R., Radtke, T., Krebs, H. & Hornung, R. (2011). Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2010. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A. et al. (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Kickbusch, I. & Buckett, K. (Hrsg.). (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia.
- Kickbusch, I. & Engelhardt, K. (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (19–33)*. Bern: Hans Huber.
- Kleiner, S.M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *J Am Diet Assoc*, 99(2): 200–206.
- Krieger, R. & Graf, M. (2009). Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9): 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606–613.
- Kuendig, H. (2010). Estimation du nombre de personnes alcooloo-dépendantes dans la population helvétique. Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, G. (2014). Le tabagisme passif en Suisse en 2013 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse.
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S. et al. (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *The European Journal of Public Health*, 18(1): 38–43.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction*, 106(12): 2086–2109.
- Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2014). Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).
- Läubli, T. & Müller, C. (2009). Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Lawrence, D., Hancock, K.J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research*, 19(3): 278.

- Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1): 9.
- LUSTAT (2013). Krebs in den Kantonen der Zentralschweiz (lustat aktuell 2013/10). Luzern: LUSTAT.
- Lüthy, J., Hayer, A. & Jaquet, M. (2012). Aktuelle Ernährungsempfehlungen. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht (13–48). Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W. & Joung, I.M. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1162–1168.
- Malatesta, D. (2013). Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique. Berne: Promotion santé suisse.
- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A. et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4): 430–439.
- Marmet, S., Gmel, G., Frick, H. & Rehm, J. (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F. & Chiolerio, A. (2010). Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC Public Health*, 10: 87.
- Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- McMahon, E.M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E.-M., Rost, F. et al. (2012). Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs. *International journal of family medicine*, 2012.
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: World Health Organization (WHO).
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Moreau-Gruet, F. (2013a). Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit der Jahre 2008–2013». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Moreau-Gruet, F. (2013b). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Moreau-Gruet, F. & Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit. Analyse der Hospitalisierungen (Obsan Bulletin 1/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch (2013). Gesundheitswirksame Bewegung bei Erwachsenen – Empfehlungen für die Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Sport (BASPO) sowie in Zusammenarbeit mit den folgenden Institutionen: bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung, Gesundheitsförderung Schweiz, Public Health Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM), Sportwissenschaftliche Gesellschaft der Schweiz (SGS), SUVA. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).

- Niemann, S. & Achermann Stürmer, Y. (2014). Gesamtunfallgeschehen in der Schweiz (bfu-Report 70). Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
- Obsan (2010). Gesundheit im Kanton Uri. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenbanken. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Obsan (2014). Gesundheitsreport Kanton Uri. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken (Obsan Dossier 39). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- OCDE (2013). Surpoids et obésité chez les adultes. In: Editions OCDE (Ed.), Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE.
- OCDE (2014). Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014. Paris: OCDE.
- OECD (2013). Health at a glance: OECD Indicators 2013. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014). Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris: OECD Publishing.
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: OECD Publishing.
- Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, 31(1): 19–26.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3: 31–56.
- Perret-Guillaume, C., Joly, L. & Benetos, A. (2009). Heart rate as a risk factor for cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 52(1): 6–10.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In: A. Holenstein, R. Meyer Schweizer et al. (Hrsg.), Glück (241–254). Bern: Haupt.
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertungen der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Radoslaw, P., Woitek, U., Rühli, F. & Staub, K. (2013). Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index (BMI) von Schweizer Stellungs-pflichtigen 2004–2012. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit*, 47: 857–859.
- Regan, C.O., Kearney, P.M., Savva, G.M., Cronin, H. & Kenny, R.A. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(12): 1280–1287.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5): 817–843.
- Rösli, M., Frei, P., Mohler, E. & Hug, K. (2010). Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations. *Bull World Health Organ*, 88(12): 887–896.
- Roth, M. & Roth, S. (2012). Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010 (Obsan Bericht 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4): 489.
- Roy, J.-P. (2004). Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective. *Medical Hypotheses*(62): 222–227.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29: 292–295.

- SASIS (2013). Datenpool SASIS AG – Jahresdaten 2008–2012. Solothurn: SASIS AG.
- Schleiniger, R. & Blöchliger, J. (2012). Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachstelle für Wirtschaftspolitik.
- Schmid, A., Schneider, H., Golay, A. & Keller, U. (2005). Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 50(2): 87–94.
- Schmidhauser, S., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). Les déterminants économiques de l'obésité: Revue de littérature internationale étendue. Zürich: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Schneider, H. & Venetz, W. (2014). Cost of Obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schneider, H., Venetz, W. & Gallani Berardo, C. (2009). Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Sermet, C., Tubeuf, S., Devaux, M. & Jusot, F. (2008). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*.
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S. & Viikari-Juntura, E. (2010). The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2): 135–154.
- Smala, A., Beeler, I. & Szucs, T.D. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Studie im Auftrag des Sportwissenschaftlichen Instituts Magglingen, des Bundesamtes für Sport, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA und der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu. Zürich: Abteilung für Medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsospitals Zürich.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. (2008). Health of Immigrants in European Countries. *International Migration Review*, 42(4): 861–876.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3): 457–502.
- Staub, K., Ruhli, F.J., Woitek, U. & Pfister, C. (2010). BMI distribution/social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present. *Eur J Clin Nutr*, 64(4): 335–340.
- Subramanian, S., Huijts, T. & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2): 131–138.
- SUVA (2014). Unfallstatistik UVG 2014. Luzern: SUVA.
- Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N. & Oyama, H. (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: reciprocity and community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6): 652–661.
- Taylor, A.W., Price, K., Gill, T.K., Adams, R., Pilkington, R., Carrangis, N. et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*, 10(1): 718.

- U.S. Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. Atlanta U.S. Department of Health and Human Services.
- Van Doorslaer, E. & Gerdtham, U.-G. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social science & medicine*, 57(9): 1621–1629.
- Veit, C.T. & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(5): 730.
- Wanner, P., Lerch, M. & Kohli, R. (2012). Räumliche Unterschiede bei der Mortalität in der Schweiz seit 1970. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Wanner, P., Peng, F. & Cotter, S. (1997). Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93. *Revue européenne de démographie*, 4(381–399).
- Whiting, D.R., Guariguata, L., Weil, C. & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 94(3): 311–321.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization.
- WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Geneva: World Health Organization (WHO), Centre for Health Development.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2010). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2011a). Environmental burden of disease associated with inadequate housing – A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2011b). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2011c). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Lyon: World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer.
- WHO (2013). Air pollution and Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- WHO (2014a). Cancer, Fact sheet N° 297. Geneva: World Health Organization (WHO).
- WHO (2014b). RC63. Faktenblatt zu psychischer Gesundheit. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wiegand, D., Stamm, H. & Lamprecht, M. (2012). Analyse von Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S).

- Wildi, M., Unternährer, T. & Locher, R. (2005). Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenversicherung (OKP). Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wirtz, A., Nachreiner, F., Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2009). Lange Arbeitszeiten und Gesundheit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Wolff, J.L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20): 2269–2276.
- Zimmermann, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution et à domicile. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Zronek, M., Sanker, H., Newcomb, J. & Donaldson, M. (2013). The influence of home exercise programs for patients with non-specific or specific neck pain: a systematic review of the literature. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*.

Anhang

Tabelle A-2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	(sehr) gut		mitelmässig		(sehr) schlecht		CH		Stichprobe								
	UR		UR		UR		CH		CH								
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	n							
Vorjahresvergleich	85,7	76,9	94,5	85,2	84,6	83,9	85,2	11,2	12,3	8,4	1,0	15,8	3,7	3,3	4,0	75	15 288
2007	88,8	79,5	98,0	83,9	83,2	82,5	83,9	11,2	12,2	11,2	2,0	20,5	12,8	12,2	13,5	4,4	76
2002	90,8	86,9	94,8	86,4	85,8	85,2	86,4	6,7	3,8	9,6	3,8	9,6	10,7	10,2	11,3	3,1	13 000
2007	88,1	84,9	91,3	87,3	86,7	86,1	87,3	10,7	7,6	13,9	6,0	10,7	9,8	9,3	10,4	3,4	19 701
Total	89,6	86,9	92,2	82,4	82,8	82,2	83,4	8,3	6,0	10,7	13,6	13,0	14,2	14,2	14,2	3,9	463
Geschlecht	89,2	85,5	92,8	80,4	82,2	80,4	82,2	8,4	5,3	11,4	15,0	14,2	15,9	15,9	15,9	3,2	21 571
Frauen	90,0	86,2	93,7	83,5	84,3	83,5	85,2	8,3	4,8	11,8	12,1	11,4	12,9	11,4	12,9	3,1	21 571
Männer	95,7	92,3	99,1	91,9	92,8	91,9	93,7	4,3	0,9	7,7	6,4	5,6	7,3	0,0	0,5	4,0	10 274
Altersgruppen	97,0	94,5	99,5	97,0	97,3	96,3	98,4	2,6	0,3	5,0	8,9	10,8	0,4	0,0	0,5	1,0	5 609
15–34 Jahre	83,6	77,0	90,2	76,8	78,3	76,8	79,7	12,5	6,6	18,4	16,0	14,7	17,3	3,9	5,0	3,4	5 900
35–49 Jahre	73,8	64,9	82,8	68,0	68,0	66,4	69,7	19,5	11,8	27,1	25,8	24,3	27,4	6,7	7,1	6,6	123
50–64 Jahre	82,5	75,2	89,9	71,4	69,5	73,3	73,3	14,2	7,6	20,7	21,3	19,6	23,0	1,2	1,2	5,3	266
65+ Jahre	91,2	88,2	94,1	82,6	81,8	83,5	83,5	6,9	4,2	9,5	14,0	13,2	14,8	2,0	2,0	2,9	4 796
Bildung	93,7	89,1	98,3	90,5	89,6	91,4	91,4	5,3	1,1	9,6	7,8	7,1	8,6	0,9	0,9	1,3	3 854
Obligatorische Schule	89,1	86,4	91,8	83,7	83,1	84,4	84,4	8,7	6,3	11,1	13,2	12,6	13,8	2,2	2,2	3,1	11 561
Teritärstufe	93,8	84,6	100,0	79,7	78,0	81,3	81,3	4,7	0,0	13,5	15,1	13,6	16,6	1,5	1,5	2,0	303
Schweiz	89,9	85,2	94,6	75,3	73,8	76,9	76,9	7,9	3,6	12,1	18,8	17,4	20,2	2,2	2,2	4,4	3 652
Ausland	88,4	83,9	92,8	82,1	84,3	84,3	84,3	9,4	5,4	13,4	13,6	12,6	14,6	2,2	2,2	6,7	6 047
bis CHF 2999	90,0	84,0	96,0	87,4	86,2	88,6	88,6	9,0	3,3	14,8	10,6	9,4	11,7	0,9	0,9	2,0	5 092
CHF 3000 bis 4499	94,7	88,2	100,0	90,7	89,6	91,8	91,8	4,1	0,0	10,1	7,8	6,8	8,9	1,3	1,3	1,4	169
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	82,5	81,8	83,3	83,3	-	-	-	13,8	13,2	14,5	-	-	3,6	671
CHF 6000 und mehr	89,6	86,9	92,2	83,5	82,3	84,7	84,7	8,3	6,0	10,7	13,0	11,9	14,1	2,1	2,1	4,1	4 214
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15 399
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 210
Urbanisierungsgrad	89,6	86,9	92,2	83,5	82,3	84,7	84,7	8,3	6,0	10,7	13,0	11,9	14,1	2,1	2,1	4,1	6 172
Regionaler Vergleich	(sehr) gut	mitelmässig		(sehr) schlecht	Konfidenzintervall (95%)		Konfidenzintervall (95%)		Konfidenzintervall (95%)		Konfidenzintervall (95%)		Konfidenzintervall (95%)		Stichprobe		
Regionen ¹⁾	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	Anteil in %	n	
Deutschschweiz	85,0	84,3	85,8	85,8	84,3	85,8	85,8	12,0	12,7	11,3	11,3	12,7	17,9	3,0	2,6	3,4	13 919
Französische Schweiz	78,0	76,8	79,3	79,3	76,8	79,3	79,3	16,8	17,9	15,7	15,7	17,9	24,3	5,2	4,5	5,9	6 104
Italienische Schweiz	74,0	71,5	76,4	76,4	71,5	76,4	76,4	22,0	24,3	19,6	19,6	24,3	30,3	4,1	3,0	5,2	1 548
Zentralschweiz	88,2	86,8	89,7	89,7	86,8	89,7	89,7	9,1	10,5	7,8	7,8	10,5	14,3	2,6	2,0	3,3	3 489
ZH	84,7	83,0	86,5	86,5	83,0	86,5	86,5	12,7	14,3	11,1	11,1	14,3	18,8	2,6	1,8	3,3	2 226
BE	83,5	81,6	85,5	85,5	81,6	85,5	85,5	13,4	15,2	11,6	11,6	15,2	20,2	3,1	2,2	4,0	1 715
LU	88,0	86,1	89,9	89,9	86,1	89,9	89,9	9,2	10,9	7,6	7,6	10,9	14,3	2,8	1,8	3,7	1 280
UR	89,6	86,9	92,2	92,2	86,9	92,2	92,2	8,3	10,7	6,0	6,0	10,7	14,1	2,1	0,8	3,4	513
SZ	90,5	88,0	93,0	93,0	88,0	93,0	93,0	7,2	9,4	4,9	4,9	9,4	12,6	2,3	1,1	3,5	598
ZG	88,4	86,3	90,6	90,6	86,3	90,6	90,6	8,8	10,7	6,9	6,9	10,7	14,1	2,7	1,5	4,0	995
FR	79,8	76,9	82,7	82,7	76,9	82,7	82,7	16,2	18,9	13,5	13,5	18,9	24,3	4,0	2,5	5,5	1 026
BS	82,4	79,7	85,0	85,0	79,7	85,0	85,0	14,3	16,8	11,8	11,8	16,8	21,3	3,3	2,3	4,4	1 011
BL	81,1	78,1	84,0	84,0	78,1	84,0	84,0	14,4	17,0	11,7	11,7	17,0	21,3	4,6	3,0	6,2	846
AR	88,7	85,8	91,5	91,5	85,8	91,5	91,5	9,2	11,8	6,5	6,5	11,8	14,3	2,2	1,0	3,3	509
GR	86,1	83,2	89,0	89,0	83,2	89,0	89,0	11,3	14,0	8,6	8,6	14,0	17,9	2,6	1,3	3,8	666
AG	86,5	84,4	88,5	88,5	84,4	88,5	88,5	10,8	12,6	8,9	8,9	12,6	16,8	2,7	1,7	3,7	1 270
TG	84,5	82,2	86,8	86,8	82,2	86,8	86,8	12,2	14,3	10,2	10,2	14,3	18,8	3,3	2,1	4,4	1 125
TI	74,0	71,5	76,4	76,4	71,5	76,4	76,4	22,0	24,3	19,6	19,6	24,3	30,3	4,1	3,0	5,2	1 548
VD	77,3	75,1	79,4	79,4	75,1	79,4	79,4	16,5	18,4	14,6	14,6	18,4	24,3	6,2	4,9	7,5	1 738
VS	80,9	78,3	83,6	83,6	78,3	83,6	83,6	14,8	17,2	12,4	12,4	17,2	21,3	4,3	2,9	5,6	1 063
NE	75,1	71,3	79,0	79,0	71,3	79,0	79,0	18,5	21,8	15,1	15,1	21,8	28,8	6,4	4,1	8,7	621
GE	77,4	74,4	80,3	80,3	74,4	80,3	80,3	17,9	20,6	15,2	15,2	20,6	26,8	4,7	3,2	6,2	1 147
JU	77,1	73,1	81,1	81,1	73,1	81,1	81,1	19,0	22,8	15,3	15,3	22,8	28,8	3,9	2,3	5,5	509

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-2.2 Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)																																																																																																						
	UR			CH			UR			CH																																																																																													
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n																																																																																											
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											
2002	26,4	22,0	30,7	27,3	26,5	28,1	73,6	69,3	78,0	72,7	71,9	463																																																																																											
2007	21,8	18,2	25,4	31,9	31,1	32,6	78,2	74,6	81,8	68,1	67,4	513																																																																																											
2012	25,4	20,1	30,7	33,8	32,7	35,0	74,6	69,3	79,9	66,2	65,0	266																																																																																											
Geschlecht	18,2	13,4	22,9	29,8	28,7	30,9	81,8	77,1	86,6	70,2	69,1	10 268																																																																																											
Männer	11,1	6,3	15,9	18,1	16,8	19,4	88,9	84,1	93,7	81,9	80,6	5 604																																																																																											
15–34 Jahre	14,6	8,5	20,6	26,3	24,9	27,7	85,4	79,4	91,5	73,7	72,3	139																																																																																											
35–49 Jahre	37,6	28,6	46,6	40,0	38,3	41,7	62,4	53,4	71,4	60,0	58,3	122																																																																																											
50–64 Jahre	35,3	25,6	45,0	49,1	47,4	50,9	64,7	51,6	74,4	50,9	49,1	100																																																																																											
65+ Jahre	21,0	13,7	28,4	32,6	30,7	34,5	79,0	71,6	86,3	67,4	65,5	116																																																																																											
Bildung	20,7	16,2	25,2	33,1	32,0	34,1	79,3	74,8	83,8	66,9	65,9	302																																																																																											
Obligatorische Schule	27,1	17,7	36,6	29,1	27,7	30,5	72,9	63,4	82,3	70,9	69,5	93																																																																																											
Sekundarstufe II	22,2	18,4	25,9	34,1	33,2	35,0	77,8	74,1	81,6	65,9	65,0	474																																																																																											
Schweiz	18,4	6,4	30,5	24,4	22,6	26,1	81,6	69,5	93,6	75,6	73,9	39																																																																																											
Nationalität	20,3	13,8	26,7	34,7	33,0	36,4	79,7	73,3	86,2	65,3	63,6	147																																																																																											
Ausland	24,4	17,7	31,0	31,1	29,7	32,4	75,6	69,0	82,3	68,9	67,6	168																																																																																											
bis CHF 2999	24,6	15,5	33,7	30,9	29,2	32,6	75,4	66,3	84,5	69,1	67,4	92																																																																																											
Haushalts- äquivalenz- einkommen	17,4	9,0	25,7	28,9	27,2	30,6	82,6	74,3	91,0	71,1	69,4	77																																																																																											
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	32,1	31,1	33,0	-	-	-	67,9	67,0	15 390																																																																																											
CHF 6000 und mehr	21,8	18,2	25,4	31,3	29,8	32,9	78,2	74,6	81,8	68,7	67,1	6170																																																																																											
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											
Urbanisie- rungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											
Regionaler Vergleich	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)																																																																																																						
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n																																																																																											
Regionen ¹⁾	33,1	34,1	32,1	34,1	66,9	66,9	65,9	67,9	13 903	65,9	67,9	13 903																																																																																											
Deutschschweiz	29,2	30,5	27,9	30,5	70,8	70,8	69,5	72,1	6107	69,5	72,1	6107																																																																																											
Französische Schweiz	27,4	29,8	24,9	29,8	72,6	72,6	70,2	75,1	1 550	70,2	75,1	1 550																																																																																											
Italienische Schweiz	29,5	31,4	27,5	31,4	70,5	70,5	68,6	72,5	3 484	68,6	72,5	3 484																																																																																											
Zentralschweiz	33,2	35,4	30,9	35,4	66,8	66,8	64,6	69,1	2 222	64,6	69,1	2 222																																																																																											
Kantone ²⁾	36,6	39,1	34,0	39,1	63,4	63,4	60,9	66,0	1 711	60,9	66,0	1 711																																																																																											
BE	30,3	27,6	27,6	33,1	69,7	69,7	66,9	72,4	1 276	66,9	72,4	1 276																																																																																											
LU	21,8	18,2	18,2	25,4	78,2	78,2	74,6	81,8	513	74,6	81,8	513																																																																																											
UR	27,1	30,9	23,3	30,9	72,9	72,9	69,1	76,7	598	69,1	76,7	598																																																																																											
SZ	28,8	31,8	25,7	31,8	71,2	71,2	68,2	74,3	994	68,2	74,3	994																																																																																											
ZG	30,1	33,3	26,9	33,3	69,9	69,9	66,7	73,1	1 027	66,7	73,1	1 027																																																																																											
FR	36,9	40,3	33,6	40,3	63,1	63,1	59,7	66,4	1 010	59,7	66,4	1 010																																																																																											
BS	37,5	41,0	34,0	41,0	62,5	62,5	59,0	66,0	845	59,0	66,0	845																																																																																											
BL	27,4	32,0	22,9	32,0	72,6	72,6	68,0	77,1	509	68,0	77,1	509																																																																																											
AR	30,0	33,9	26,2	33,9	69,0	69,0	66,1	73,8	665	66,1	73,8	665																																																																																											
GR	31,1	33,9	28,3	33,9	68,9	68,9	66,1	71,7	1 269	66,1	71,7	1 269																																																																																											
AG	32,3	35,3	29,3	35,3	67,7	67,7	64,7	70,7	1 127	64,7	70,7	1 127	TG	27,4	29,8	24,9	29,8	72,6	72,6	70,2	75,1	1 550	70,2	75,1	1 550	TI	28,5	30,9	26,1	30,9	71,5	71,5	69,1	73,9	1 739	69,1	73,9	1 739	VD	27,5	30,5	24,5	30,5	72,5	72,5	69,5	75,5	1 064	69,5	75,5	1 064	VS	33,0	37,0	29,0	37,0	67,0	67,0	63,0	71,0	621	63,0	71,0	621	NE	29,1	32,1	26,1	32,1	70,9	70,9	67,9	73,9	1 148	67,9	73,9	1 148	GE	32,1	37,2	27,1	37,2	67,9	67,9	62,8	72,9	508	62,8	72,9	508	JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TG	27,4	29,8	24,9	29,8	72,6	72,6	70,2	75,1	1 550	70,2	75,1	1 550																																																																																											
TI	28,5	30,9	26,1	30,9	71,5	71,5	69,1	73,9	1 739	69,1	73,9	1 739																																																																																											
VD	27,5	30,5	24,5	30,5	72,5	72,5	69,5	75,5	1 064	69,5	75,5	1 064																																																																																											
VS	33,0	37,0	29,0	37,0	67,0	67,0	63,0	71,0	621	63,0	71,0	621																																																																																											
NE	29,1	32,1	26,1	32,1	70,9	70,9	67,9	73,9	1 148	67,9	73,9	1 148																																																																																											
GE	32,1	37,2	27,1	37,2	67,9	67,9	62,8	72,9	508	62,8	72,9	508																																																																																											
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																																																											

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.3 Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Starke Einschränkungen				Leichte Einschränkungen				Nicht eingeschränkt				Stichprobe	
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	5.5	3.1	7.9	6.7	19.6	15.3	23.9	18.8	18.1	74.9	70.3	79.5	74.0	422
Total	4.5	2.6	6.4	4.8	16.1	12.7	19.4	19.7	19.0	79.4	75.8	83.1	75.5	513
Geschlecht	5.8	2.9	8.7	5.5	19.0	13.9	24.1	22.3	21.3	75.2	71.6	80.7	72.7	266
Frauen	3.2	0.8	5.5	4.0	13.1	8.9	17.2	17.0	16.1	83.8	79.1	88.4	78.5	247
Männer	1.3	0.0	3.8	1.7	13.0	7.4	18.7	13.3	12.2	85.6	79.6	91.7	84.9	152
Altersgruppen	2.4	0.0	4.9	3.4	10.8	5.7	15.9	16.1	14.9	86.8	81.2	92.3	80.5	139
15–34 Jahre	7.3	2.9	11.7	6.9	19.2	11.8	26.5	20.9	19.5	73.5	65.4	81.6	72.2	123
35–49 Jahre	10.5	4.0	17.0	8.4	25.7	16.6	34.8	31.7	30.1	63.8	53.6	74.0	58.1	99
50–64 Jahre	8.5	2.6	14.3	8.2	20.0	12.3	27.7	23.3	21.6	71.6	62.6	80.6	66.6	115
65+ Jahre	3.6	1.7	5.5	4.5	14.2	10.3	18.1	20.8	19.8	82.2	77.9	86.4	74.5	303
Bildung	2.1	0.0	4.9	2.5	17.0	8.1	25.9	15.4	14.3	80.9	71.8	90.1	82.1	93
Obligatorische Schule	4.5	2.6	6.3	4.8	15.7	12.3	19.1	20.4	19.7	79.8	76.1	83.6	74.7	474
Sekundarstufe I	4.7	0.0	13.5	4.6	19.1	6.3	31.9	17.1	15.5	86.2	81.5	90.9	78.3	39
Sekundarstufe II	3.7	0.9	6.5	7.0	16.1	10.0	22.2	23.1	21.6	80.2	73.7	86.8	71.6	147
Tertiärstufe	3.3	0.9	5.8	4.3	17.1	11.0	23.1	19.7	18.5	79.6	73.2	86.0	76.0	169
Nationalität	4.7	0.6	8.8	3.3	14.3	6.5	22.0	18.8	17.3	81.0	72.5	89.5	77.9	92
Schweiz	4.3	0.0	10.5	1.8	14.0	6.7	21.3	15.1	13.8	81.7	72.6	90.8	83.1	77
Ausland	-	-	-	4.6	-	-	-	19.8	19.0	20.6	-	-	75.6	74.7
bis CHF 2999	4.5	2.6	6.4	5.1	16.1	12.7	19.4	19.4	18.1	79.4	75.8	83.1	75.5	513
CHF 3000 bis 4499	-	-	-	4.4	-	-	-	19.4	18.1	20.7	-	-	74.1	61.70
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	4.4	-	-	-	19.4	18.1	20.7	-	-	74.1	61.70
CHF 6000 und mehr	-	-	-	4.4	-	-	-	19.4	18.1	20.7	-	-	74.1	61.70
Urbanisierungsgrad	-	-	-	4.4	-	-	-	19.4	18.1	20.7	-	-	74.1	61.70
Land	-	-	-	4.4	-	-	-	19.4	18.1	20.7	-	-	74.1	61.70
Regionaler Vergleich	Starke Einschränkungen				Leichte Einschränkungen				Nicht eingeschränkt				Stichprobe	
Regionen ¹⁾	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Deutschschweiz	4.7	4.2	5.1	20.4	19.6	21.3	74.9	75.8	74.0	75.8	75.8	74.0	13 913	6 103
Französische Schweiz	5.2	4.6	5.9	17.9	16.8	19.0	76.9	78.1	75.7	78.1	75.7	75.0	6 103	1 550
Italienische Schweiz	3.7	2.7	4.7	18.2	16.0	20.3	78.2	80.4	75.9	80.4	75.9	74.9	3 487	2 223
Zentralschweiz	3.6	2.8	4.4	19.6	17.8	21.4	76.8	78.7	74.9	78.7	74.9	73.3	1 713	1 280
ZH	4.2	3.3	5.1	20.5	18.6	22.3	75.3	77.3	73.3	77.3	73.3	70.7	513	599
BE	4.2	3.1	5.2	22.9	20.7	25.0	75.8	78.4	73.3	78.4	73.3	70.7	513	599
LU	3.9	2.8	5.0	20.3	17.8	22.7	75.8	78.4	73.3	78.4	73.3	70.7	513	599
UR	4.5	2.6	6.4	16.1	12.7	19.4	79.4	81.1	75.8	81.1	75.8	74.5	513	599
SZ	3.1	1.7	4.4	18.8	15.2	22.3	78.1	81.8	74.5	81.8	74.5	70.7	513	599
ZG	3.3	1.9	4.6	16.1	13.7	18.5	80.7	83.3	78.1	83.3	78.1	73.3	513	599
FR	4.9	3.4	6.5	18.7	16.0	21.4	76.4	79.3	73.4	79.3	73.4	70.7	513	599
BS	5.5	4.0	7.0	23.4	20.4	26.4	71.1	74.3	67.9	74.3	67.9	66.7	513	599
BL	6.0	4.3	7.6	24.0	20.9	27.1	70.0	73.3	66.7	73.3	66.7	66.7	513	599
AR	3.9	2.0	5.7	18.8	14.8	22.9	77.2	80.8	73.0	80.8	73.0	70.7	513	599
GR	4.2	2.7	5.7	18.5	15.2	21.9	77.2	80.8	73.7	80.8	73.7	70.7	513	599
AG	4.9	3.5	6.2	17.6	15.4	19.8	77.5	80.8	75.0	80.8	75.0	70.7	513	599
TG	4.6	3.3	5.9	19.1	16.6	21.7	77.5	80.8	75.0	80.8	75.0	70.7	513	599
TI	3.7	2.7	4.7	18.2	16.0	20.3	78.2	80.4	75.9	80.4	75.9	74.9	513	599
VD	5.5	4.3	6.7	18.3	16.3	20.4	76.2	78.4	73.9	78.4	73.9	70.7	513	599
VS	5.2	3.8	6.7	14.3	12.1	16.5	80.5	83.0	77.9	83.0	77.9	70.7	513	599
NE	6.9	4.3	9.5	18.5	15.3	21.7	74.7	78.5	70.9	78.5	70.9	70.7	513	599
GE	4.3	3.0	5.6	18.7	16.1	21.4	77.0	79.9	74.1	79.9	74.1	70.7	513	599
JU	5.1	3.0	7.2	20.1	16.1	24.1	74.8	79.2	70.5	79.2	70.5	70.7	513	599

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.6 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes - Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Bluthochdruck				Hoher Cholesterinspiegel				Diabetes				Stichprobe	
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	14,2	9,8	18,5	14,1	15,4	8,3	10,3	8,8	7,8	8,8	216	16,990	216	16,990
1997	14,9	11,6	18,3	17,0	16,3	17,7	438	17,716	6,0	3,8	8,1	10,2	9,7	10,8
2002	15,2	11,9	18,4	18,1	19,5	505	20,859	8,3	5,8	10,8	11,9	11,4	12,5	10,619
2012	15,7	11,1	20,2	18,0	17,1	19,0	264	11,009	10,0	6,1	14,0	10,5	9,8	11,3
Geschlecht	14,6	9,9	19,4	19,6	18,7	20,6	241	9,850	6,6	3,6	9,5	13,5	12,6	14,3
Männer	2,0	0,0	4,3	2,8	2,2	3,3	148	5,329	1,3	0,0	3,1	1,5	1,1	1,9
Frauen	3,3	0,5	6,2	7,2	6,4	8,1	135	5,653	2,4	0,0	5,2	4,4	5,9	11,8
15–34 Jahre	15,2	9,2	21,3	23,6	22,1	25,1	122	5,141	16,8	9,9	23,6	15,4	14,2	16,6
35–49 Jahre	55,3	44,6	66,0	49,2	47,4	51,0	100	4,736	19,6	11,1	28,0	29,5	27,9	31,1
50–64 Jahre	23,8	14,8	32,8	22,7	20,9	24,6	113	3,654	15,0	7,8	22,3	11,2	9,9	12,6
65+ Jahre	12,2	8,6	15,8	19,6	18,7	15,9	298	8,258	6,3	3,6	8,9	12,6	11,9	13,4
Bildung	13,3	6,7	19,8	14,8	13,7	15,9	92	5,858	6,0	1,2	10,8	11,2	10,2	12,2
Obligatorische Schule	16,1	12,6	19,6	20,5	19,7	21,2	469	17,436	7,6	5,1	10,1	12,9	12,3	13,6
Sekundarstufe II	6,4	0,0	12,7	13,0	11,6	14,4	36	3,423	14,9	3,7	26,0	8,5	7,4	9,6
Tertiärstufe	13,5	8,5	18,6	21,7	20,1	23,2	146	4,885	8,8	4,3	13,3	11,3	10,2	12,4
Nationalität	17,0	11,1	22,9	17,4	16,3	18,5	163	6,558	8,3	4,0	12,5	11,9	10,9	12,8
Ausland	14,8	7,8	21,8	17,0	15,6	18,3	90	4,103	9,4	3,3	15,5	10,6	9,5	11,7
Haushalts-einkommen	3,4	0,0	6,7	16,1	14,7	17,4	77	4,083	2,8	0,0	6,1	13,3	12,0	14,6
CHF 3000 bis 4499	15,2	11,9	18,4	18,3	16,9	19,7	505	5,965	8,3	5,8	10,8	10,0	9,0	11,0
CHF 4500 bis 5999	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8
CHF 6000 und mehr	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1
Stadt	15,2	11,9	18,4	18,3	16,9	19,7	505	5,965	8,3	5,8	10,8	10,0	9,0	11,0
Land	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8
Urbanisie-rungsgrad	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)
Deutschschweiz	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8
Französische Schweiz	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9
Italienische Schweiz	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Zentralschweiz	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
ZH	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2
BE	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8
LU	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2
UR	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8
SZ	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9
ZG	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3
FR	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8
BS	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4
BL	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4
AR	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
GR	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2
AG	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
TG	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9
TI	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7
VD	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3
VS	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
NE	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1
GE	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2
JU	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3
Regionen ¹⁾	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)
Deutschschweiz	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8
Französische Schweiz	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9
Italienische Schweiz	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Zentralschweiz	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
Kantone ²⁾	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)
BE	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8
LU	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2
UR	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8
SZ	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9	14,9
ZG	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3	21,3
FR	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8	16,8
BS	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4
BL	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4
AR	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
GR	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2
AG	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0
TG	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9	18,9
TI	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7	19,7
VD	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3
VS	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
NE	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1	19,1
GE	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2	21,2
JU	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3	18,3

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgeteilt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschaltete Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012.

Tabelle A-2.8 Energie- und Vitalitätsniveau (letzte 4 Wochen), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Tief		Mittel		Hoch		Stichprobe	
	UR		CH		UR		CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	12,4	9,4	15,4	22,2	23,7	16,3	12,4	20,2
Geschlecht	14,3	9,9	18,7	27,0	28,1	19,0	13,7	24,3
Männer	10,6	6,6	14,5	18,7	19,7	13,5	7,8	19,3
15–34 Jahre	11,9	6,8	17,0	25,6	24,0	20,9	12,9	29,0
35–49 Jahre	13,2	7,4	18,9	23,6	25,0	16,6	9,8	23,3
50–64 Jahre	11,8	5,9	17,7	21,2	19,7	12,4	5,3	19,4
65+ Jahre	13,1	5,6	20,7	20,2	18,6	10,6	4,8	16,3
Obligatorische Schule	16,3	9,0	23,6	29,3	27,3	24,4	14,3	34,5
Sekundarstufe II	12,5	8,7	16,4	23,5	22,4	14,7	9,9	19,5
Tertiärstufe	7,2	2,2	12,2	18,3	17,0	11,0	4,4	17,5
Schweiz	12,0	8,9	15,0	22,1	21,3	14,1	10,6	17,6
Ausland	17,0	4,1	29,9	26,1	24,1	37,4	17,0	57,8
bis CHF 3000	17,7	11,2	24,2	28,3	26,6	20,7	13,4	28,0
CHF 3000 bis 4499	10,6	5,8	15,5	23,8	22,5	12,8	6,0	19,5
CHF 4500 bis 5999	10,5	4,3	16,7	20,0	18,4	14,6	5,9	23,3
CHF 6000 und mehr	6,5	1,5	11,4	16,7	15,2	19,9	8,4	31,5
Stadt	-	-	-	23,8	23,0	-	-	-
Land	12,4	9,4	15,4	20,4	21,9	16,3	12,4	20,2
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Regionen ¹⁾	Deutschschweiz	21,6	20,7	22,6	16,2	15,4	17,0	62,2
	Französische Schweiz	25,5	24,2	26,8	21,0	19,8	22,2	53,6
	Italienische Schweiz	29,3	26,7	32,0	20,0	17,7	22,2	50,7
	Zentralschweiz	18,4	16,7	20,1	15,7	14,0	17,4	65,8
Kantone ²⁾	ZH	23,1	20,9	25,3	16,4	14,5	18,3	60,5
	BE	21,9	19,7	24,1	18,5	16,3	20,6	59,6
	LU	18,8	16,4	21,2	14,5	12,3	16,6	66,7
	UR	12,4	9,4	15,4	16,3	12,4	20,2	71,3
	SZ	17,8	14,2	21,4	16,5	13,0	19,9	65,7
	ZG	19,9	17,1	22,7	15,5	13,0	18,1	64,6
	FR	24,4	21,3	27,6	19,6	16,7	22,5	55,9
	BS	26,2	23,0	29,4	18,0	15,2	20,8	55,8
	BL	23,0	19,7	26,3	17,4	14,6	20,2	59,6
	AR	17,9	13,7	22,1	14,5	11,1	17,9	67,6
	GR	18,8	15,5	22,2	14,1	11,1	17,2	67,0
	AG	19,5	17,1	22,0	14,4	12,2	16,5	66,1
	TG	20,3	17,7	23,0	16,2	13,7	18,6	63,5
	TI	29,3	26,7	29,8	20,0	17,7	22,2	50,7
	VD	27,4	25,0	29,8	20,2	18,0	22,4	52,4
	VS	20,5	17,7	23,2	22,9	20,0	25,9	56,6
	NE	26,4	22,4	30,4	25,3	21,3	29,3	48,3
	GE	26,0	23,1	29,0	23,1	20,4	23,1	53,6
	JU	27,2	22,3	32,1	18,9	15,1	22,6	54,0
Stichprobe	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Regionen ¹⁾	Deutschschweiz	61,1	62,2	61,1	63,3	61,1	63,3	63,3
	Französische Schweiz	52,0	53,6	52,0	55,1	52,0	55,1	55,1
	Italienische Schweiz	47,8	50,7	47,8	53,6	47,8	53,6	53,6
	Zentralschweiz	63,7	65,8	63,7	68,0	63,7	68,0	68,0
Kantone ²⁾	ZH	58,0	60,5	58,0	63,0	58,0	63,0	63,0
	BE	57,0	59,6	57,0	62,3	57,0	62,3	62,3
	LU	66,9	66,7	66,9	69,6	66,9	69,6	69,6
	UR	70,1	71,3	70,1	75,8	70,1	75,8	75,8
	SZ	61,4	65,7	61,4	70,1	61,4	70,1	70,1
	ZG	61,2	64,6	61,2	67,9	61,2	67,9	67,9
	FR	59,5	55,9	59,5	59,5	59,5	59,5	59,5
	BS	52,2	55,8	52,2	59,4	52,2	59,4	59,4
	BL	55,8	59,6	55,8	63,3	55,8	63,3	63,3
	AR	62,8	67,6	62,8	72,4	62,8	72,4	72,4
	GR	71,1	67,0	71,1	69,0	71,1	69,0	69,0
	AG	63,1	66,1	63,1	66,7	63,1	66,7	66,7
	TG	60,3	63,5	60,3	66,7	60,3	66,7	66,7
	TI	49,7	50,7	49,7	53,6	49,7	53,6	53,6
	VD	55,1	52,4	55,1	55,1	55,1	55,1	55,1
	VS	53,2	56,6	53,2	60,0	53,2	60,0	60,0
	NE	43,8	48,3	43,8	52,7	43,8	52,7	52,7
	GE	50,2	53,6	50,2	57,1	50,2	57,1	57,1
	JU	48,8	54,0	48,8	59,1	48,8	59,1	59,1

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-2.9 Psychische Belastung und depressive Symptome, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Mittlere bis hohe psychische Belastung				Mittlere bis schwere depressive Symptome				Stichprobe		
	UR		CH		UR		CH		UR	CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	10,5	7,3	17,0	16,3	17,7	17,7	17,0	16,3	439	17 634	
Total	11,7	8,7	18,0	17,3	18,7	18,7	18,0	17,3	500	20 652	
Geschlecht	14,1	9,7	18,4	20,8	21,7	25,7	20,8	19,8	257	10 845	
Männer	9,4	5,2	13,5	15,1	14,2	24,3	9,807	16,0	243	9 807	
Altersgruppen	11,1	5,7	16,5	18,0	19,3	150	5,413	16,6	193	150 5413	
15–34 Jahre	10,4	5,1	15,8	18,5	19,8	137	5,676	17,3	198	137 5676	
35–49 Jahre	14,4	7,9	20,9	19,1	17,8	20,5	19,8	20,5	119	5 066	
50–64 Jahre	11,7	4,8	18,6	16,1	14,6	17,5	16,1	14,6	94	4 497	
65+ Jahre	15,6	8,3	22,8	25,1	23,2	26,9	25,1	23,2	108	3 463	
Bildung	10,9	7,1	14,7	18,2	17,2	19,1	29,7	11,85	1,5	0,2	
Obligatorische Schule	9,7	3,8	15,5	13,6	12,5	14,6	9,3	5,927	7,4	258	
Sekundarstufe II	10,2	7,3	13,1	16,5	15,8	17,2	46,5	17,429	1,7	0,5	
Tertiärstufe	27,0	11,3	42,7	23,6	21,7	25,4	35	3 223	-	-	
Schweiz	15,7	9,6	21,8	24,6	22,9	26,2	144	4 760	1,9	0,0	
Ausland	13,6	6,7	20,5	15,4	14,0	16,9	92	4 102	0,5	0,0	
Nationalität	5,7	0,0	13,4	11,4	10,2	12,6	76	4 131	0,0	-	
Haushalts- bis CHF 2999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 3000 bis 4499	11,7	8,7	14,7	16,2	14,8	17,5	500	5 949	1,6	0,5	
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbanisierungsgrad	11,7	8,7	14,7	16,2	14,8	17,5	500	5 949	1,6	0,5	
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Mittlere bis hohe psychische Belastung				Mittlere bis schwere depressive Symptome				Stichprobe		
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Regionen ¹⁾	15,7	14,9	16,6	13 389	5,5	4,9	6,2	11 108	11 108	11 108	
Deutschschweiz	23,0	21,7	24,3	5 802	8,7	7,7	9,8	4 687	4 687	4 687	
Französische Schweiz	25,7	23,2	28,3	1 461	9,4	7,5	11,3	1 185	1 185	1 185	
Italienische Schweiz	13,6	12,1	15,1	3 356	4,6	3,5	5,7	2 789	2 789	2 789	
Zentralschweiz	17,9	15,9	20,0	2 138	6,2	4,9	7,4	1 803	1 803	1 803	
Kantone ²⁾	15,7	13,8	17,7	1 653	5,0	3,5	6,6	1 366	1 366	1 366	
ZH	13,5	11,4	15,6	1 232	4,6	3,1	6,1	1 014	1 014	1 014	
BE	11,7	8,7	14,7	500	1,6	0,5	2,7	417	417	417	
LU	14,9	11,4	18,4	573	6,1	2,7	9,4	480	480	480	
UR	14,4	11,9	16,8	951	5,2	3,3	7,0	801	801	801	
SZ	23,1	20,0	26,2	980	7,8	5,6	10,0	819	819	819	
ZG	19,5	16,7	22,3	966	5,7	4,1	7,3	775	775	775	
FR	17,0	14,1	20,0	817	5,7	3,8	7,6	671	671	671	
BL	13,1	9,9	16,2	490	2,4	1,0	3,8	414	414	414	
AR	13,8	10,7	16,8	641	4,4	2,3	6,5	536	536	536	
GR	13,6	11,5	15,7	1 227	5,8	4,1	7,5	1 012	1 012	1 012	
AG	16,4	14,0	18,7	1 090	4,8	3,3	6,4	904	904	904	
TG	25,7	23,2	28,3	1 461	9,4	7,5	11,3	1 185	1 185	1 185	
TI	24,0	21,7	26,4	1 653	10,1	8,2	12,0	1 352	1 352	1 352	
VD	20,0	17,3	22,8	1 011	7,3	5,2	9,3	818	818	818	
VS	24,9	21,0	28,8	583	7,6	4,9	10,3	480	480	480	
NE	23,0	20,1	25,9	1 083	8,9	6,4	11,4	828	828	828	
GE	21,7	17,6	25,8	492	7,1	4,5	9,8	390	390	390	
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.10 Geringe Kontrollüberzeugung, geringe soziale Unterstützung und Einsamkeitsgefühle - Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

Vorgleichs- vergleich	Geringe Kontrollüberzeugung				Geringe soziale Unterstützung				Einsamkeitsgefühle, manchmal bis sehr häufig				Stichprobe			
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH		
	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	
1992	24,3	8,7	39,8	21,7	20,7	22,7	44	8,947	-	-	-	-	-	-	-	
1997	23,3	12,0	34,7	28,4	27,3	29,4	63	10,087	-	-	-	-	-	-	-	
2002	13,0	7,6	18,4	21,3	20,5	22,2	192	14,359	-	-	-	-	-	-	-	
2007	14,1	9,8	18,5	20,4	19,5	21,4	420	12,992	-	-	-	-	-	-	-	
Total	17,2	13,1	21,3	20,6	19,8	21,4	420	17,267	7,4	4,9	10,0	12,4	11,8	13,0	489	
Geschlecht	19,7	13,9	25,4	22,1	21,0	23,3	222	9,009	7,5	4,0	11,0	12,9	12,1	13,7	252	
Männer	14,6	8,7	20,5	19,1	17,9	20,2	198	8,258	7,3	3,7	11,0	11,9	11,1	12,7	237	
Frauen	19,7	13,9	25,4	22,1	21,0	23,3	222	9,009	7,5	4,0	11,0	12,9	12,1	13,7	252	
Altersgruppen	13,8	7,1	20,5	21,9	20,3	23,5	126	4,469	2,7	0,0	6,2	7,5	6,6	8,5	147	
15-34 Jahre	19,7	12,3	27,0	21,0	19,5	22,5	128	4,938	5,6	1,8	9,5	11,2	10,2	12,3	134	
35-64 Jahre	23,2	12,5	33,9	21,6	20,0	23,2	98	4,387	10,0	4,5	15,4	13,2	12,0	14,4	120	
65+ Jahre	12,7	4,6	20,7	16,7	15,1	18,4	68	3,503	17,3	8,5	26,1	20,4	18,9	21,8	88	
Bildung	28,7	17,5	39,9	26,3	23,8	28,8	78	2,388	13,1	6,1	20,1	18,7	16,9	20,4	105	
Obligatorische Schule	16,8	7,7	25,9	17,8	16,5	19,1	86	5,408	3,9	0,1	7,6	8,7	7,8	9,6	92	
Sekundarstufe II	13,1	8,4	17,7	20,6	19,5	21,7	255	9,438	6,4	3,3	9,4	12,4	11,7	13,2	290	
Tertiärstufe	15,7	11,7	19,7	17,8	16,5	19,1	394	14,831	7,7	5,0	10,4	11,3	10,8	11,9	456	
Nationalität	(34,3)	13,8	54,8	25,2	23,2	27,8	26	2,436	5,0	0,0	11,8	16,4	14,7	18,0	33	
Ausland	21,5	13,7	29,3	21,2	19,8	22,6	135	5,503	6,7	3,0	10,4	12,5	11,5	13,5	160	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	15,7	9,1	22,3	21,2	19,8	22,6	135	5,503	6,7	3,0	10,4	12,5	11,5	13,5	160	
CHF 3000 bis 4999	16,3	6,6	26,0	18,8	17,1	20,5	82	3,575	6,4	1,7	11,1	10,3	9,1	11,6	90	
CHF 5000 bis 9999	14,2	2,7	25,6	15,0	13,5	16,4	68	3,751	5,2	0,0	12,9	8,3	7,2	9,3	76	
CHF 6000 und mehr	-	-	-	21,2	20,3	22,2	-	12,293	-	-	-	13,4	12,7	14,1	489	
Urbanisie- rungsgrad	17,2	13,1	21,3	18,9	17,4	20,4	420	4,974	7,4	4,9	10,0	9,8	8,8	10,8	489	
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regionaler Vergleich	Geringe Kontrollüberzeugung		Geringe soziale Unterstützung		Einsamkeitsgefühle, manchmal bis sehr häufig		Stichprobe		Geringe Kontrollüberzeugung		Geringe soziale Unterstützung		Einsamkeitsgefühle, manchmal bis sehr häufig		Stichprobe	
	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil „ja“ in %	Konfidenzintervall (95%)	n	
Regionen ¹⁾	17,6	16,6	11,218	11,8	11,1	12,6	12,987	32,7	31,7	33,8	33,8	31,7	31,7	33,8	13,467	
Deutschschweiz	27,3	25,8	28,9	22,3	22,3	13,3	5,385	44,0	42,5	45,5	45,5	42,5	42,5	45,5	5,885	
Französische Schweiz	32,0	32,0	1,197	19,7	19,8	10,8	1,349	45,6	42,8	48,5	48,5	42,8	42,8	48,5	1,489	
Italienische Schweiz	16,1	14,2	2,808	9,5	8,3	10,8	2,808	29,6	27,6	31,6	31,6	27,6	27,6	31,6	3,372	
Zentralschweiz	18,2	16,1	1,813	13,6	11,9	15,3	2,082	34,3	32,0	36,7	36,7	32,0	32,0	36,7	2,152	
ZH	17,0	14,7	1,953	11,1	11,1	12,7	1,622	34,4	34,4	37,0	37,0	34,4	34,4	37,0	1,662	
BE	16,8	14,1	1,023	9,6	7,7	11,5	1,199	29,0	29,0	31,8	31,8	29,0	29,0	31,8	1,237	
LU	17,2	13,1	481	7,4	4,9	10,0	489	30,3	29,8	34,7	34,7	29,8	29,8	34,7	500	
UR	13,0	9,5	481	10,5	7,9	13,1	563	29,4	29,4	33,5	33,5	29,4	29,4	33,5	581	
SZ	16,2	13,3	19,2	11,4	9,2	13,5	919	31,9	31,9	35,2	35,2	31,9	31,9	35,2	954	
ZG	28,5	24,9	832	12,0	12,0	14,4	949	28,7	28,7	32,6	32,6	28,7	28,7	32,6	954	
BS	21,9	18,5	783	15,0	12,4	17,5	923	37,9	37,9	41,4	41,4	37,9	37,9	41,4	974	
AR	19,8	16,3	682	12,4	9,9	14,9	787	34,2	34,2	37,8	37,8	34,2	34,2	37,8	821	
GR	12,0	8,8	427	10,1	7,3	12,9	474	27,9	27,9	32,3	32,3	27,9	27,9	32,3	494	
AG	14,1	10,8	547	12,6	9,7	15,6	623	30,7	30,7	34,7	34,7	30,7	30,7	34,7	642	
SO	17,4	14,1	1,029	10,5	10,5	15,2	1,176	27,4	27,4	33,3	33,3	27,4	27,4	33,3	1,236	
SG	16,8	14,1	1,918	12,8	8,7	17,5	2,477	32,5	32,5	35,6	35,6	32,5	32,5	35,6	2,994	
AG	14,7	12,0	1,918	10,7	8,7	12,8	1,064	24,7	24,7	29,3	29,3	24,7	24,7	29,3	1,094	
TC	32,0	28,9	35,1	22,3	19,8	24,0	1,349	45,6	42,8	48,5	48,5	42,8	42,8	48,5	1,489	
VD	27,0	24,3	29,6	12,3	12,3	14,0	1,998	44,5	44,5	47,2	47,2	44,5	44,5	47,2	1,677	
VS	26,2	22,6	29,8	11,4	9,2	13,5	977	38,1	38,1	45,0	45,0	38,1	38,1	45,0	1,023	
NE	27,5	23,1	32,0	13,1	13,1	15,3	565	41,0	41,0	45,4	45,4	41,0	41,0	45,4	594	
GE	27,9	24,3	31,5	13,0	10,7	15,3	1,015	46,5	46,5	50,0	50,0	46,5	46,5	50,0	1,103	
JU	27,3	22,4	421	13,6	9,1	18,1	481	49,1	49,1	54,2	54,2	49,1	49,1	54,2	500	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AI, SG, GR, AG, TC; französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgeteilt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SDO), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschaltete Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.1 Gesundheitseinstellung, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Leben, ohne sich um Folgen für Gesundheit zu kümmern (unbekümmert)				Gedanken an Erhaltung der Gesundheit beeinflusst Lebensstil (beachtend)				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Leben (orientiert)				Stichprobe							
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH						
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n						
Vorjahresvergleich	5,1	0,0	11,0	12,8	12,0	13,5	68,6	54,9	82,3	66,0	65,0	67,1	26,4	23,1	20,3	22,1	53	10 420		
1997	10,6	2,2	18,9	12,3	11,6	13,0	66,3	53,9	78,7	65,4	64,4	66,4	23,1	23,2	21,4	23,2	64	10 519		
2002	8,6	3,7	13,4	11,8	11,2	12,5	65,4	57,8	72,9	66,8	65,9	67,7	26,1	19,2	20,6	22,2	207	15 652		
Total	9,2	5,4	13,1	12,3	11,5	13,0	71,1	65,5	76,7	68,4	67,3	69,4	19,7	14,9	18,5	20,2	338	13 923		
2012	11,9	8,3	15,4	14,4	13,7	15,1	69,0	64,1	73,9	67,0	66,1	67,9	19,1	15,1	17,9	19,4	437	18 061		
Geschlecht	8,6	4,9	12,4	12,1	11,2	13,0	69,3	62,9	75,8	67,4	66,1	68,7	22,0	16,1	19,5	21,6	235	9 542		
Frauen	15,3	9,2	21,5	16,8	15,7	17,9	68,7	61,3	76,1	66,5	65,2	67,9	16,0	10,4	15,6	17,8	202	8 519		
Männer	22,2	13,9	30,5	22,5	20,9	24,2	64,7	55,3	74,0	64,6	62,7	66,5	13,1	6,5	11,4	14,3	126	4 488		
15–34 Jahre	10,4	5,1	15,8	12,1	10,9	13,3	76,6	69,0	84,2	71,7	70,0	73,3	13,0	6,9	11,9	17,6	128	5 022		
35–49 Jahre	2,7	0,0	5,7	10,4	9,3	11,5	67,8	57,6	77,9	69,7	68,0	71,5	29,5	19,5	21,4	21,4	107	4 556		
50–64 Jahre	3,6	0,0	7,8	10,4	9,1	11,6	67,5	56,0	79,0	61,0	59,0	63,0	28,9	17,8	20,6	21,4	76	3 995		
65+ Jahre	14,8	7,1	22,5	23,3	21,0	25,5	59,6	48,2	71,0	52,0	49,4	54,6	25,6	15,9	18,3	22,3	84	2 685		
Bildung	11,4	6,6	16,3	14,7	13,7	15,7	69,5	63,2	75,9	66,0	64,8	67,3	19,0	13,9	18,3	20,3	265	9 847		
Obligatorische Schule	9,6	3,0	16,2	8,9	8,0	9,9	78,8	69,0	88,6	76,9	75,6	78,3	11,6	3,4	19,8	14,1	87	5 489		
Sekundarstufe II	11,6	7,9	15,2	13,6	12,9	14,3	68,7	63,7	73,8	68,7	67,7	69,6	19,7	15,5	17,0	18,5	411	15 450		
Tertiärstufe	(15,3)	1,3	29,3	17,1	15,1	19,0	(72,3)	53,3	91,2	61,3	58,8	63,8	(12,5)	0,0	27,9	21,7	19,5	23,8	26	2 611
Schweiz	11,8	6,1	17,6	18,4	16,6	20,1	68,5	60,2	76,8	59,2	57,1	61,3	19,6	12,6	22,4	20,7	24,1	126	3 945	
Ausland	11,3	5,4	17,2	14,2	13,0	15,4	70,3	62,0	78,6	66,9	65,3	68,5	18,4	11,4	25,4	17,5	20,3	145	5 739	
bis CHF 2999	9,6	1,1	18,1	13,8	12,4	15,3	71,6	60,1	83,2	69,4	67,4	71,4	18,8	9,1	28,5	16,7	15,0	82	3 689	
CHF 3000 bis 4499	17,0	5,4	28,6	10,6	9,3	12,0	68,4	55,0	81,7	75,4	73,6	77,1	14,6	5,2	24,1	12,6	15,4	70	3 814	
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	14,1	13,3	14,9	-	-	-	67,1	66,0	68,2	-	-	-	17,9	19,7	-	-	12 877
CHF 6000 und mehr	11,9	8,3	15,4	15,2	13,9	16,6	69,0	64,1	73,9	66,6	64,8	68,3	19,1	15,1	23,2	16,8	19,7	437	5 184	
Stadt																				
Land																				
UR																				
CH																				
Regionaler Vergleich	Leben, ohne sich um Folgen für Gesundheit zu kümmern (unbekümmert)				Gedanken an Erhaltung der Gesundheit beeinflusst Lebensstil (beachtend)				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Leben (orientiert)				Stichprobe							
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n						
Regionen ¹⁾																				
Deutschschweiz	11,6	10,8	12,5	10,8	12,5	69,8	68,6	70,9	68,6	70,9	18,6	17,7	19,6	20,3	11 649					
Italienische Schweiz	22,3	20,8	23,7	20,8	23,7	58,7	57,1	60,4	57,1	60,4	19,0	17,7	20,3	5 117						
Zentralschweiz	13,5	11,3	15,7	11,3	15,7	66,5	66,5	72,4	66,5	72,4	17,0	14,6	19,4	19,4	1 295					
Kantone ²⁾																				
ZH	10,3	8,5	12,0	8,5	12,0	71,2	68,6	73,8	68,6	73,8	18,5	16,3	20,7	19,5	2 898					
BE	12,3	10,4	14,3	10,4	14,3	69,8	67,0	72,5	67,0	72,5	17,9	15,6	20,2	20,2	1 435					
LU	10,8	8,6	13,0	8,6	13,0	70,1	66,9	73,3	66,9	73,3	19,1	16,4	21,9	21,9	1 059					
UR	11,9	8,3	15,4	8,3	15,4	69,0	64,1	73,9	64,1	73,9	19,1	15,1	23,2	23,2	437					
SZ	15,5	11,7	19,3	11,7	19,3	68,2	63,5	72,9	63,5	72,9	16,3	12,6	20,0	20,0	499					
ZG	11,2	8,6	13,9	8,6	13,9	71,5	67,8	75,1	67,8	75,1	17,3	14,3	20,3	20,3	822					
FR	18,5	15,5	21,4	15,5	21,4	60,8	57,0	64,5	57,0	64,5	20,7	17,6	23,9	23,9	875					
BS	11,3	8,5	14,1	8,5	14,1	67,3	63,5	71,1	63,5	71,1	21,4	18,2	24,6	24,6	832					
BL	10,0	7,6	12,5	7,6	12,5	72,1	68,4	75,8	68,4	75,8	17,9	14,7	21,1	21,1	712					
AR	13,2	8,7	17,6	8,7	17,6	65,2	59,7	70,6	59,7	70,6	21,7	17,1	26,3	26,3	438					
GR	12,9	9,7	16,0	9,7	16,0	70,0	65,7	74,2	65,7	74,2	17,2	13,8	20,5	20,5	570					
AG	12,5	9,8	15,2	9,8	15,2	68,0	64,6	71,5	64,6	71,5	19,5	16,6	22,3	22,3	1 055					
TC	11,2	9,0	13,4	9,0	13,4	71,0	67,7	74,2	67,7	74,2	17,8	15,2	20,5	20,5	950					
TI	13,5	11,3	15,7	11,3	15,7	69,5	66,5	72,4	66,5	72,4	17,0	14,6	19,4	19,4	1 295					
VD	22,7	20,2	25,3	20,2	25,3	58,0	55,0	60,9	55,0	60,9	19,3	17,0	21,6	21,6	1 469					
VS	22,2	18,8	25,6	18,8	25,6	59,9	56,0	63,7	56,0	63,7	18,0	15,1	20,9	20,9	892					
NE	22,2	17,8	26,6	17,8	26,6	58,8	53,9	63,8	53,9	63,8	18,9	15,1	22,7	22,7	520					
VE	23,3	19,9	26,7	19,9	26,7	58,2	54,4	62,1	54,4	62,1	18,5	15,6	21,4	21,4	922					
GE	27,0	21,4	32,6	21,4	32,6	56,5	50,8	62,1	50,8	62,1	16,5	12,6	20,5	20,5	439					
JU																				

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, CR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.4 Körperliche Aktivität, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Inaktiv				Teilaktiv				Ausreichend aktiv				Stichprobe		
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	17,7	12,6	18,4	17,7	19,1	14,7	25,3	19,1	18,4	19,8	62,3	68,9	61,6	63,4	18 241
1997	9,7	6,4	12,9	14,8	14,1	15,5	22,3	18,6	17,9	19,3	72,2	67,4	65,7	67,5	427
2002	7,4	4,5	10,3	10,7	11,3	10,2	15,8	16,8	16,2	17,4	79,9	83,8	71,7	73,2	497
2012	7,8	3,8	11,8	12,7	11,9	13,5	18,0	18,2	17,3	19,0	83,9	83,9	68,0	70,2	256
Geschlecht	7,0	2,9	11,1	8,7	7,9	9,4	11,7	13,4	14,5	16,3	81,3	75,6	74,8	77,0	241
Männer	3,5	0,4	6,7	6,9	5,9	7,8	13,1	14,6	13,4	15,7	83,4	77,1	77,1	80,0	149
15–34 Jahre	2,4	0,0	4,7	9,2	8,2	10,1	16,6	10,2	23,0	20,8	81,1	74,3	69,2	72,8	137
35–49 Jahre	6,2	1,9	10,6	10,8	9,7	11,9	10,6	5,0	16,3	19,8	88,1	76,3	69,2	72,2	119
50–64 Jahre	24,3	12,5	36,1	18,2	16,7	19,6	8,6	3,1	14,1	14,5	67,2	55,4	65,6	69,1	92
65+ Jahre	17,1	8,2	26,1	19,0	17,3	20,7	9,2	3,9	14,5	13,9	73,7	64,0	65,1	69,1	106
Bildung	4,3	1,5	7,1	10,9	10,1	11,7	12,2	8,2	16,2	15,3	83,5	78,8	71,9	74,0	297
Obligatorische Schule	5,5	0,1	10,9	5,8	5,1	6,5	19,1	10,9	27,4	19,6	88,1	88,1	88,1	74,0	92
Tertiärstufe	7,5	4,5	10,6	9,4	8,9	10,0	13,9	10,6	17,3	17,0	78,5	74,4	72,7	74,3	462
Schweiz	6,4	0,0	15,1	15,6	14,0	17,2	0,7	0,0	2,1	15,9	92,9	84,1	66,5	70,5	35
Ausland	6,2	2,5	9,9	16,0	14,6	17,4	15,9	9,7	22,1	14,2	77,9	71,0	66,8	70,2	144
bis CHF 3000	7,4	2,3	12,4	10,4	9,4	11,3	11,6	6,8	16,4	16,8	81,1	74,5	71,5	74,2	162
CHF 3000 bis 4499	3,5	0,0	7,4	7,9	6,9	9,0	7,5	2,6	12,5	16,1	88,9	82,7	72,9	76,2	91
CHF 4500 bis 5999	6,2	0,0	13,2	5,7	4,8	6,5	18,2	8,1	28,3	16,8	75,5	64,1	74,3	77,7	76
CHF 6000 und mehr	-	-	-	11,3	10,6	12,0	-	-	-	16,3	17,8	-	-	70,8	14 704
Stadt	7,4	4,5	10,3	9,2	8,2	10,2	12,7	9,7	15,8	17,4	79,9	83,8	73,1	76,0	497
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 921
Regionaler Vergleich	Inaktiv	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Teilaktiv	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Ausreichend aktiv	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe	n				
Regionen ¹⁾	Deutschschweiz	8,7	8,1	9,4	15,0	14,3	15,8	76,2	75,3	77,2	13 331				
	Französische Schweiz	14,5	13,4	23,6	21,6	20,4	22,8	63,9	62,4	65,3	5 818				
	Italienische Schweiz	21,5	19,1	15,6	17,7	15,6	19,9	60,8	58,0	63,6	1 476				
	Zentralschweiz	7,7	6,5	8,9	15,2	13,7	16,7	77,1	75,3	78,9	3 338				
Kantone ²⁾	ZH	8,8	7,4	10,3	16,4	14,5	18,2	74,8	72,7	77,0	2 129				
	BE	8,5	6,9	10,0	15,4	13,5	17,4	76,1	73,8	78,4	1 648				
	LU	7,6	5,9	9,2	14,9	12,8	17,0	77,5	75,0	80,1	1 217				
	UR	7,4	4,5	10,3	12,7	9,7	15,8	79,9	75,9	83,8	497				
	SZ	7,8	5,2	10,3	17,2	13,6	20,7	75,1	71,0	79,1	578				
	ZG	7,8	5,9	9,7	17,1	14,5	19,7	75,2	72,1	78,2	119				
	FR	11,5	9,1	13,9	23,8	20,7	26,8	64,7	61,3	68,2	948				
	BS	11,3	9,1	13,4	15,5	12,8	18,3	73,2	70,0	76,4	974				
	BL	9,5	7,2	11,9	13,9	11,3	16,5	76,6	73,3	79,8	963				
	AR	9,1	6,2	12,1	14,4	11,2	17,7	76,4	72,3	80,5	814				
	GR	8,2	5,8	10,6	15,1	12,0	18,2	76,7	73,0	80,4	638				
	AG	7,7	5,9	9,5	14,1	11,9	16,3	78,2	75,5	80,8	491				
	TG	8,1	6,2	9,9	14,9	12,5	17,2	77,1	74,3	79,9	1 081				
	TI	21,5	19,1	23,9	17,7	15,6	19,9	60,8	58,0	63,6	1 476				
	VD	15,4	13,5	17,4	21,2	19,1	23,4	63,3	60,8	65,9	1 664				
	VS	10,3	8,3	12,3	22,6	19,7	25,5	67,1	63,9	70,3	1 011				
	NE	16,8	13,2	20,4	22,7	19,0	26,4	60,5	56,1	64,9	588				
	GE	17,0	14,2	19,7	19,4	16,6	22,2	63,6	60,2	67,0	1 087				
	JU	15,3	11,6	19,0	23,3	18,6	28,1	61,4	56,2	66,5	494				

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.5 Tabakkonsum, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Nie regelmässig geraucht				Ex-Raucher/innen				Raucher/innen				Stichprobe										
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH									
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n									
Vorjahresvergleich	49,6	36,5	49,2	48,2	50,1	48,2	49,2	48,2	15,8	6,1	25,6	20,8	20,0	21,5	34,6	21,9	47,3	30,1	29,2	30,9	75	15 282	
2007	59,3	47,3	71,4	46,6	48,5	47,3	47,6	46,6	12,1	4,7	19,4	19,2	18,5	20,0	28,6	17,4	39,8	32,3	32,3	31,4	76	12 994	
2002	53,2	46,4	60,0	48,7	50,5	48,7	49,6	48,7	20,7	15,3	26,2	19,9	19,2	20,6	26,0	20,0	32,0	30,5	29,7	31,4	262	19 698	
2007	60,1	55,2	65,1	50,0	51,9	50,0	50,9	50,0	14,0	10,7	17,2	21,2	20,5	21,9	25,9	21,4	30,4	27,9	27,0	28,7	463	18 747	
Total	58,3	53,6	63,0	50,3	49,4	51,1	50,9	49,4	14,8	11,7	18,0	21,2	20,5	20,8	26,9	22,5	31,2	28,2	27,4	29,0	514	21 591	
Geschlecht	66,6	60,6	72,6	57,3	58,4	56,1	57,3	56,1	11,3	7,5	15,1	18,6	17,6	19,5	22,1	16,8	27,4	24,2	23,2	25,2	266	11 312	
Männer	49,9	42,9	57,0	41,8	44,2	41,8	43,0	41,8	18,4	13,4	23,4	24,6	23,6	25,7	31,7	24,8	38,5	32,4	31,2	33,6	248	10 279	
Weiblich	60,1	51,2	68,9	53,5	55,2	51,8	53,5	51,8	4,2	1,2	7,2	9,9	8,8	11,0	35,7	26,9	44,5	36,6	35,0	38,3	152	5 609	
Altersgruppen	63,2	54,8	71,5	49,7	51,3	48,1	49,7	48,1	11,6	6,1	17,1	19,1	17,8	20,3	25,3	17,9	32,6	31,3	29,7	32,8	139	5 902	
15–34 Jahre	52,1	42,8	61,4	43,7	42,0	45,3	43,7	42,0	22,8	15,5	30,2	28,7	27,2	30,2	25,1	16,7	33,5	27,6	26,1	29,2	123	5 278	
35–49 Jahre	55,0	44,3	65,7	53,7	52,0	55,5	53,7	52,0	31,1	21,1	41,0	32,9	31,3	34,6	13,9	20,9	20,9	13,3	12,2	14,5	100	4 802	
50–64 Jahre	51,4	41,2	61,7	51,0	57,1	53,0	55,1	53,0	16,4	8,8	24,0	16,0	14,5	17,5	32,1	22,0	42,3	29,0	27,1	30,9	116	3 867	
65+ Jahre	61,3	55,3	67,3	47,7	46,5	48,9	47,7	46,5	13,4	9,7	17,1	22,6	21,8	23,6	25,3	19,8	30,8	29,7	28,6	30,8	303	11 567	
Bildung	58,4	47,9	68,8	52,1	50,6	53,7	52,1	50,6	17,0	9,8	24,1	23,1	21,8	24,4	24,7	15,6	33,7	24,7	23,4	26,1	93	6 051	
Obligatorische Schule	60,7	56,0	65,4	51,4	50,5	52,4	51,4	50,5	14,9	11,6	18,1	22,2	21,4	22,9	24,4	20,2	28,6	26,4	25,6	27,2	475	17 931	
Sekundarstufe II	36,9	20,0	53,7	44,3	48,5	44,3	46,4	44,3	14,3	3,5	25,1	19,3	17,7	20,9	48,8	30,4	67,2	34,3	32,3	36,3	39	3 660	
Tertiärstufe	58,4	47,9	68,8	52,1	50,6	53,7	52,1	50,6	17,0	9,8	24,1	23,1	21,8	24,4	24,7	15,6	33,7	24,7	23,4	26,1	93	6 051	
Nationalität	60,7	56,0	65,4	51,4	50,5	52,4	51,4	50,5	14,9	11,6	18,1	22,2	21,4	22,9	24,4	20,2	28,6	26,4	25,6	27,2	475	17 931	
Schweiz	60,7	56,0	65,4	51,4	50,5	52,4	51,4	50,5	14,9	11,6	18,1	22,2	21,4	22,9	24,4	20,2	28,6	26,4	25,6	27,2	475	17 931	
Ausland	36,9	20,0	53,7	44,3	48,5	44,3	46,4	44,3	14,3	3,5	25,1	19,3	17,7	20,9	48,8	30,4	67,2	34,3	32,3	36,3	39	3 660	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	55,5	46,9	64,0	51,2	49,4	53,0	51,2	49,4	12,0	6,6	17,4	19,7	18,3	21,1	32,5	24,3	40,8	29,0	27,4	30,7	147	5 097	
CHF 3000 bis 4499	56,6	48,2	64,9	49,0	47,5	50,5	49,0	47,5	17,4	12,0	22,9	21,4	20,2	22,6	26,0	18,0	33,9	29,6	28,2	31,0	169	6 768	
CHF 4500 bis 5999	64,4	53,7	75,1	49,0	47,1	50,9	49,0	47,1	18,0	10,3	25,7	22,7	21,1	24,2	17,6	8,3	26,8	28,4	26,6	30,1	92	4 214	
CHF 6000 und mehr	59,7	47,3	72,0	49,1	47,2	51,0	49,1	47,2	8,3	2,4	14,1	24,0	22,4	25,6	32,1	20,4	43,7	28,5	25,2	28,5	77	4 215	
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	58,3	53,6	63,0	52,2	50,5	53,8	52,2	50,5	14,8	11,7	18,0	20,5	19,2	21,8	26,9	22,5	31,2	27,3	25,8	28,8	514	6 179	
Regionaler Vergleich	Nie regelmässig geraucht				Ex-Raucher/innen				Raucher/innen				Stichprobe										
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Regionen ¹⁾	51,4	47,8	50,3	52,5	49,3	52,5	50,3	49,3	21,2	22,2	20,3	22,3	22,3	22,3	27,4	27,6	28,6	26,4	28,4	28,4	13 926	6 115	
Deutschschweiz	47,8	46,4	46,4	49,3	48,8	48,8	46,4	49,3	22,2	22,2	20,3	22,3	22,3	22,3	30,0	30,0	28,6	26,4	31,4	31,4	6 115	6 115	
Französische Schweiz	46,1	43,3	43,3	48,8	56,8	56,8	43,3	48,8	19,7	19,7	18,0	18,0	18,0	18,0	25,7	25,7	28,1	28,1	33,3	33,3	1 550	1 550	
Italienische Schweiz	54,6	52,1	52,1	54,5	54,5	54,5	52,1	54,5	21,5	21,5	19,6	19,6	19,6	19,6	26,4	26,4	24,3	24,3	27,6	27,6	3 492	3 492	
Zentralschweiz	52,1	51,9	49,3	54,5	54,5	54,5	49,3	54,5	21,3	21,3	19,2	19,2	19,2	19,2	26,2	26,2	24,4	24,4	28,5	28,5	2 225	2 225	
Kantone ²⁾	51,9	52,5	49,5	55,5	55,5	55,5	49,5	55,5	21,3	21,3	18,8	18,8	18,8	18,8	26,2	26,2	23,5	23,5	29,2	29,2	1 715	1 715	
BE	52,5	51,9	49,5	55,5	55,5	55,5	49,5	55,5	21,3	21,3	18,8	18,8	18,8	18,8	26,2	26,2	23,5	23,5	29,2	29,2	1 280	1 280	
LU	58,3	53,6	53,6	63,0	63,0	63,0	53,6	63,0	14,8	14,8	11,7	11,7	11,7	11,7	26,9	26,9	22,5	22,5	31,2	31,2	514	514	
UR	53,6	49,1	49,1	58,0	58,0	58,0	49,1	58,0	18,9	18,9	15,5	15,5	15,5	15,5	27,6	27,6	23,6	23,6	31,6	31,6	599	599	
SZ	57,3	53,9	53,9	60,7	60,7	60,7	53,9	60,7	19,9	19,9	17,3	17,3	17,3	17,3	22,6	22,6	19,7	19,7	25,8	25,8	996	996	
ZG	51,1	47,6	47,6	54,5	54,5	54,5	47,6	54,5	21,9	21,9	19,1	19,1	19,1	19,1	24,8	24,8	23,8	23,8	30,2	30,2	1 026	1 026	
FR	47,1	43,6	43,6	50,6	50,6	50,6	43,6	50,6	22,6	22,6	19,7	19,7	19,7	19,7	30,3	30,3	27,1	27,1	33,6	33,6	1 011	1 011	
BS	52,8	49,1	49,1	56,5	56,5	56,5	49,1	56,5	22,4	22,4	19,4	19,4	19,4	19,4	24,8	24,8	21,5	21,5	28,1	28,1	847	847	
BL	51,2	46,3	46,3	56,0	56,0	56,0	46,3	56,0	20,8	20,8	16,5	16,5	16,5	16,5	28,0	28,0	23,7	23,7	32,4	32,4	509	509	
AR	51,9	47,6	47,6	56,1	56,1	56,1	47,6	56,1	20,7	20,7	17,4	17,4	17,4	17,4	24,0	24,0	23,5	23,5	31,3	31,3	666	666	
GR	51,4	48,2	48,2	54,5	54,5	54,5	48,2	54,5	20,5	20,5	18,0	18,0	18,0	18,0	28,2	28,2	25,3	25,3	31,0	31,0	1 272	1 272	
AG	52,3	49,1	49,1	55,5	55,5	55,5	49,1	55,5	19,7	19,7	17,2	17,2	17,2	17,2	28,0	28,0	25,0	25,0	31,0	31,0	1 127	1 127	
TG	46,1	43,3	43,3	48,8	48,8	48,8	43,3	48,8	23,2	23,2	21,0	21,0	21,0	21,0	30,7	30,7	28,1	28,1	33,3	33,3	1 550	1 550	
TI	47,3	44,6	44,6	50,0	50,0	50,0	44,6	50,0	22,0	22,0	19,8	19,8	19,8	19,8	29,7	29,7	26,6	26,6	32,8	32,8	1 744	1 744	
VD	49,6	46,2	46,2	53,0	53,0	53,0	46,2	53,0	20,7	20,7	18,1	18,1	18,1	18,1	26,6	26,6	23,9	23,9	32,8	32,8	1 065	1 065	
VS	46,1	41,8	41,8	50,5	50,5	50,5	41,8	50,5	22,9	22,9	19,3	19,3	19,3	19,3	30,9	30,9	26,9	26,9	35,0	35,0	622	622	
NE	46,6	43,2	43,2	50,0	50,0	50,0	43,2	50,0	23,2	23,2	20,3	20,3	20,3	20,3	33,4	33,4	27,2	27,2	33,4	33,4	1 149	1 149	
GE	44,9	44,9	39,8	50,0	50,0	50,0	39,8	50,0	23,9	23,9	19,7	19,7	19,7	19,7	31,3	31,3	26,6	26,6	35,9	35,9	509	509	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ,

Tabelle A-3.6 Passivrauchen bei der Arbeit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit)										Stichprobe			
	UR					CH					UR		CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2002	13,5	7,7	19,3	15,5	14,4	16,7	86,5	80,7	92,3	84,5	85,6	167		
2012	8,0	4,4	11,7	9,9	9,1	10,6	92,0	88,3	95,6	90,1	89,4	295		
Total	2,9	0,0	5,8	5,9	5,1	6,8	97,1	94,2	100,0	94,1	93,2	152		
Geschlecht	12,7	6,4	19,1	13,2	12,0	14,4	87,3	80,7	93,6	86,8	85,6	143		
Männer	10,6	4,0	17,2	14,5	12,9	16,1	89,4	82,8	96,0	85,5	87,1	101		
Altersgruppen	8,3	1,8	14,7	8,5	7,4	9,6	91,7	85,3	98,2	91,5	90,4	108		
15–34 Jahre	2,8	0,0	6,8	5,9	4,8	6,9	97,2	93,3	100,0	94,1	93,1	75		
35–49 Jahre	7,5	3,1	11,9	11,5	10,4	12,7	88,5	88,1	96,9	88,5	87,3	182		
50–64 Jahre	19,2	5,2	33,2	18,9	16,0	21,7	80,8	66,8	94,8	81,1	78,3	41		
65+ Jahre	7,5	3,1	11,9	11,5	10,4	12,7	92,5	88,1	96,9	88,5	87,3	182		
Bildung	19,2	5,2	33,2	18,9	16,0	21,7	80,8	66,8	94,8	81,1	78,3	41		
Obligatorische Schule	7,5	3,1	11,9	11,5	10,4	12,7	92,5	88,1	96,9	88,5	87,3	182		
65+ Jahre	19,2	5,2	33,2	18,9	16,0	21,7	80,8	66,8	94,8	81,1	78,3	41		
65+ Jahre	7,5	3,1	11,9	11,5	10,4	12,7	92,5	88,1	96,9	88,5	87,3	182		
Nationalität	2,3	0,0	6,7	4,2	3,4	4,9	97,7	93,3	100,0	95,8	95,1	71		
Schweiz	6,3	3,0	9,5	9,1	8,3	9,9	93,7	90,5	97,0	90,9	90,1	276		
Ausland	(27,3)	4,8	49,7	12,1	10,2	14,1	(72,7)	50,3	95,2	87,9	85,9	19		
Haushalts- äquivalenz- einkommen	13,4	4,7	22,1	14,0	11,9	16,2	86,6	77,9	95,3	86,0	83,8	79		
CHF 3000 bis 4499	6,0	1,1	10,9	11,2	9,8	12,6	94,0	89,1	98,9	88,8	87,4	94		
CHF 4500 bis 5999	7,8	0,1	15,5	8,9	7,5	10,4	92,2	84,5	99,9	91,1	89,6	59		
CHF 6000 und mehr	3,9	0,0	11,1	5,0	4,0	6,1	96,1	88,9	100,0	95,0	93,9	63		
Urbanisie- rungsgrad	8,0	4,4	11,7	10,1	8,6	11,6	92,0	88,3	95,6	89,9	88,4	295		
Land	8,0	4,4	11,7	10,1	8,6	11,6	92,0	88,3	95,6	89,9	88,4	295		
Stadt	8,0	4,4	11,7	10,1	8,6	11,6	92,0	88,3	95,6	89,9	88,4	295		
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	n	n			
Regionen ¹⁾	9,3	8,4	10,2	90,7	89,8	91,6	89,8	89,8	91,6	89,8	89,8	7 685		
Deutschschweiz	11,6	10,2	13,0	88,4	87,0	90,1	87,0	87,0	90,1	87,0	87,0	3 064		
Französische Schweiz	9,9	7,3	12,5	90,1	89,2	92,7	89,2	89,2	92,7	89,2	89,2	726		
Italienische Schweiz	9,0	7,3	10,8	91,0	89,5	92,7	89,5	89,5	92,7	89,5	89,5	1 993		
Zentralschweiz	10,5	8,3	12,7	89,5	88,9	91,1	88,9	88,9	91,1	88,9	88,9	1 219		
Kantone ²⁾	8,8	6,5	11,1	91,2	90,6	92,0	87,9	87,9	93,3	87,9	87,9	930		
BE	9,4	6,7	12,1	90,6	89,6	92,0	87,9	87,9	93,3	87,9	87,9	735		
LU	8,0	4,4	11,7	92,0	90,2	94,1	88,3	88,3	94,1	88,3	88,3	295		
UR	9,8	5,9	13,7	90,2	88,3	92,0	86,3	86,3	92,0	86,3	86,3	345		
SZ	8,6	5,6	11,7	91,4	91,4	94,4	88,3	88,3	94,4	88,3	88,3	560		
ZG	8,7	6,0	11,4	91,3	91,3	94,0	88,6	88,6	94,0	88,6	88,6	561		
FR	8,0	5,0	11,0	92,0	92,0	95,0	89,0	89,0	95,0	89,0	89,0	506		
BS	8,2	5,1	11,3	91,8	91,8	94,9	88,7	88,7	94,9	88,7	88,7	414		
BL	8,3	4,5	12,2	91,7	91,7	95,5	87,8	87,8	95,5	87,8	87,8	288		
AR	9,2	5,7	12,6	90,8	90,8	94,3	87,4	87,4	94,3	87,4	87,4	374		
GR	7,3	5,0	9,5	92,7	92,7	95,0	87,4	87,4	95,0	87,4	87,4	720		
AG	11,8	9,0	14,6	88,2	88,2	91,0	85,4	85,4	91,0	85,4	85,4	652		
TG	9,9	7,3	12,5	90,1	90,1	92,7	87,5	87,5	92,7	87,5	87,5	726		
TI	11,2	8,7	13,7	88,8	88,8	91,3	86,8	86,8	91,3	86,8	86,8	868		
VD	14,3	10,9	17,7	85,7	85,7	89,1	82,3	82,3	89,1	82,3	82,3	557		
VS	12,3	8,2	16,4	87,7	87,7	91,6	83,6	83,6	91,6	83,6	83,6	313		
NE	11,9	8,4	15,3	88,1	88,1	91,1	84,7	84,7	91,1	84,7	84,7	502		
GE	11,6	7,3	16,0	88,4	88,4	92,7	84,0	84,0	92,7	84,0	84,0	263		
JU	11,6	7,3	16,0	88,4	88,4	92,7	84,0	84,0	92,7	84,0	84,0	263		

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-3.7 Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Kein Risiko			Geringes Risiko			Mittleres bis hohes Risiko			Stichprobe	
	UR			CH			UR			CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	21,6	15,6	27,5	23,0	22,3	23,8	76,8	70,7	82,9	73,2	74,0
1997	27,7	23,0	32,4	26,2	25,4	27,0	68,1	63,2	72,9	68,7	69,5
2007	28,0	23,4	32,5	26,8	26,0	27,6	69,1	64,5	73,7	68,4	69,2
Total	37,4	31,0	43,9	35,0	33,8	36,1	59,3	52,7	65,8	60,9	62,1
Geschlecht	18,5	12,4	24,6	18,2	17,2	19,3	78,9	72,7	85,1	76,2	77,3
Männer	21,9	13,9	29,9	28,2	26,6	29,8	75,9	67,7	84,0	66,7	68,3
Altersgruppen	26,8	18,8	34,7	25,3	23,9	26,8	70,9	62,8	79,0	70,9	72,4
15–34 Jahre	25,8	17,2	34,3	22,5	21,1	23,9	71,5	62,8	80,2	72,7	74,1
35–49 Jahre	44,7	33,4	56,1	31,4	29,6	33,2	49,7	38,6	60,9	62,9	64,8
50–64 Jahre	42,0	31,1	53,0	42,3	40,2	44,4	54,1	43,3	64,9	53,2	55,3
65+ Jahre	27,3	21,6	32,9	28,1	27,0	29,2	71,2	65,5	76,9	67,1	68,3
Bildung	12,5	5,7	19,3	15,3	14,2	16,5	81,0	72,8	89,2	79,6	80,9
Obligatorische Schule	26,8	22,4	31,3	24,3	23,5	25,1	70,1	65,5	74,7	70,7	71,5
Sekundarstufe II	39,3	19,1	59,5	35,8	33,7	37,9	58,9	38,8	79,0	60,1	62,2
Tertiärstufe	36,3	27,9	44,7	39,6	37,7	41,4	61,9	53,5	70,4	56,1	58,0
Nationalität	20,5	12,0	28,9	19,1	17,6	20,6	75,6	66,6	84,7	75,8	77,4
Schweiz	13,8	4,3	23,3	12,5	11,3	13,8	82,8	72,8	92,8	82,0	83,5
Ausland	28,0	23,4	32,5	26,3	24,8	27,9	69,1	64,5	73,7	69,1	69,1
Haushalts- äquivalenz- einkommen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 3000 bis 4499	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbanisie- rungsgrad	28,0	23,4	32,5	26,3	24,8	27,9	69,1	64,5	73,7	69,1	69,1
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Kein Risiko	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Geringes Risiko	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Mittleres bis hohes Risiko	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe	n
Regionen ¹⁾	Deutschschweiz	25,9	24,9	26,9	70,2	69,2	71,2	3,9	3,5	4,3	13 471
	Französische Schweiz	28,8	27,4	30,2	64,2	62,7	65,7	7,0	6,3	7,8	5 887
	Italienische Schweiz	29,8	27,2	32,4	63,6	60,9	66,4	6,6	5,1	8,1	1 490
	Zentralschweiz	24,9	23,0	26,8	71,1	69,2	73,1	4,0	3,2	4,8	3 371
Kantone ²⁾	ZH	26,3	24,0	28,6	69,9	67,6	72,3	3,8	2,9	4,7	2 152
	BE	23,3	21,0	25,6	72,5	70,2	74,9	4,2	3,1	5,3	1 663
	LU	24,0	21,3	26,7	71,6	68,7	74,4	4,4	3,1	5,7	1 235
	UR	28,0	23,4	32,5	69,1	64,5	73,7	3,0	1,6	4,3	501
	SZ	26,2	22,1	30,3	71,3	67,1	75,5	2,5	1,1	3,9	579
	ZG	24,5	21,5	27,5	71,3	68,1	74,5	4,2	2,7	5,6	956
	FR	26,3	23,1	29,5	67,8	64,5	71,2	5,8	4,2	7,5	989
	BS	26,5	23,4	29,6	66,8	63,4	70,1	6,7	4,9	8,5	974
	BL	24,8	22,6	28,1	72,5	69,1	75,9	2,6	1,5	3,8	822
	AR	27,3	24,6	32,0	68,8	64,0	73,6	3,9	2,2	5,6	494
	GR	30,3	26,5	34,2	65,3	61,3	69,3	4,4	2,6	6,2	644
	AG	27,3	24,4	30,3	69,3	66,3	72,4	3,3	2,2	4,4	1 233
	TG	27,2	24,4	30,1	68,3	65,3	71,4	4,4	3,1	5,8	1 098
	TI	29,8	27,2	32,4	63,6	60,9	66,4	6,6	5,1	8,1	1 490
	VD	28,5	26,0	31,0	64,7	62,1	67,3	6,8	5,5	8,1	1 680
	VS	27,6	24,3	30,8	64,9	61,5	68,3	7,6	5,9	9,2	1 024
	NE	28,2	24,1	32,3	65,4	61,1	69,7	6,4	4,3	8,5	593
	GE	32,6	29,3	35,9	59,7	56,2	63,1	7,8	5,9	9,7	1 102
	JU	24,2	19,4	29,0	68,1	63,1	73,1	7,7	5,0	10,4	499

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI;

Zentralschweiz: LU, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012.

Tabelle A-3.8 Konsum irgendeines Medikaments und Schmerzmittelkonsum, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Medikamentenkonsum (letzte 7 Tage)				Schmerzmittel (letzte 7 Tage)				Stichprobe				
	UR		CH		UR		CH		UR	CH			
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n			
Vorjahresvergleich	31,8	19,6	44,1	37,4	39,2	37,4	12,2	4,1	20,3	11,8	13,0	75	15 274
1997	32,7	20,7	44,7	39,8	41,7	39,8	10,2	1,5	18,9	16,7	17,4	76	12 995
2002	34,0	27,6	40,4	40,8	39,9	41,6	11,3	7,1	15,5	14,5	15,1	262	19 665
2007	35,4	30,7	40,1	46,3	45,4	47,2	15,4	11,8	19,1	20,1	19,4	463	18 711
2012	37,2	32,7	41,6	48,6	47,7	49,4	15,6	12,4	18,8	23,4	22,7	509	21 360
Geschlecht	45,2	38,9	51,6	52,0	54,4	52,0	21,5	16,4	26,5	28,4	27,4	261	11 089
Männer	29,1	23,1	35,0	43,8	42,6	45,0	9,8	6,0	13,5	18,2	17,3	248	10 271
15–34 Jahre	24,1	17,3	31,0	32,5	34,1	34,1	14,0	8,4	19,5	19,9	21,3	148	5 445
35–49 Jahre	23,1	16,0	30,2	39,4	37,8	40,9	12,5	7,3	17,8	23,8	22,4	138	5 850
50–64 Jahre	43,5	34,4	52,6	53,1	54,8	53,1	21,4	13,8	28,9	24,3	22,8	123	5 274
65+ Jahre	74,7	64,8	84,6	77,7	76,3	79,1	16,4	8,9	23,9	26,6	25,0	100	4 791
Bildung	46,4	36,2	56,5	52,9	50,8	54,9	18,3	10,7	25,9	26,5	24,7	116	3 827
Obligatorische Schule	33,6	28,2	39,1	49,2	48,0	50,4	13,7	10,0	17,5	23,8	22,8	300	11 441
Sekundarstufe II	36,2	26,2	46,3	44,8	43,3	46,4	17,6	9,9	25,4	20,8	19,5	91	5 988
Tertiärstufe	37,5	32,9	42,1	49,7	48,8	50,6	15,4	12,2	18,6	22,6	21,8	471	17 746
Schweiz	34,4	18,1	50,7	44,9	42,8	46,9	17,4	4,4	30,3	26,2	24,3	38	3 614
Ausland	34,1	26,3	41,8	52,0	53,8	53,8	14,6	8,8	20,4	26,6	24,9	146	5 050
bis CHF 2999	38,7	30,9	46,5	46,8	45,3	48,3	16,2	10,7	21,7	23,5	22,2	169	6 689
CHF 3000 bis 4499	41,1	30,4	51,8	47,7	45,8	49,6	15,8	8,5	23,0	22,1	20,6	90	4 178
CHF 4500 bis 5999	26,3	16,1	36,6	45,1	43,2	46,9	15,6	6,9	24,3	19,4	18,0	75	4 166
CHF 6000 und mehr	-	-	-	49,5	48,5	50,5	-	-	-	23,7	22,8	-	15 243
Stadt	37,2	32,7	41,6	46,1	44,5	47,8	15,6	12,4	18,8	22,6	21,2	509	6 117
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbanisierungsgrad	37,2	32,7	41,6	46,1	44,5	47,8	15,6	12,4	18,8	22,6	21,2	509	6 117
Regionaler Vergleich	Medikamentenkonsum (letzte 7 Tage)		Schmerzmittel (letzte 7 Tage)		Schmerzmittel (letzte 7 Tage)		Konfidenzintervall (95%)		Konfidenzintervall (95%)		Stichprobe		
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Regionen ¹⁾													
Deutschschweiz	47,3	46,2	48,4	46,2	48,4	47,3	22,0	21,0	22,9	22,9	13 797	13 797	
Französische Schweiz	52,0	50,5	53,5	50,5	53,5	52,0	27,5	26,2	28,8	28,8	6 028	6 028	
Italienische Schweiz	49,9	47,1	52,7	47,1	52,7	49,9	23,0	20,7	25,4	25,4	1 535	1 535	
Zentralschweiz	43,3	41,2	45,4	41,2	45,4	43,3	19,0	17,3	20,7	20,7	3 452	3 452	
ZH	47,9	45,4	50,3	45,4	50,3	47,9	21,3	19,3	23,3	23,3	2 209	2 209	
Kantone ²⁾													
BE	50,6	48,0	53,3	48,0	53,3	50,6	24,2	22,0	26,5	26,5	1 703	1 703	
LU	45,5	42,5	48,5	42,5	48,5	45,5	20,6	18,2	23,1	23,1	1 265	1 265	
UR	37,2	32,7	41,6	32,7	41,6	37,2	15,6	12,4	18,8	18,8	509	509	
SZ	41,6	37,2	45,9	37,2	45,9	41,6	16,3	12,9	19,7	19,7	589	589	
ZG	40,4	37,0	43,7	37,0	43,7	40,4	19,7	16,9	22,6	22,6	986	986	
FR	49,0	46,5	52,5	46,5	52,5	49,0	26,1	23,0	29,2	29,2	1 006	1 006	
BS	53,7	50,2	57,2	50,2	57,2	53,7	24,5	21,5	27,5	27,5	998	998	
BL	56,4	52,7	60,1	52,7	60,1	56,4	28,4	25,0	31,8	31,8	836	836	
AR	35,8	31,3	40,4	31,3	40,4	35,8	16,2	12,8	19,6	19,6	508	508	
GR	42,6	38,4	46,8	38,4	46,8	42,6	18,1	14,8	21,4	21,4	659	659	
AG	47,5	44,4	50,6	44,4	50,6	47,5	22,2	19,6	24,8	24,8	1 260	1 260	
TG	46,3	43,1	49,5	43,1	49,5	46,3	20,6	18,0	23,2	23,2	1 116	1 116	
TI	49,9	47,1	52,7	47,1	52,7	49,9	23,0	20,7	25,4	25,4	1 535	1 535	
VD	52,2	49,6	54,9	49,6	54,9	52,2	27,9	25,5	30,4	30,4	1 721	1 721	
VS	48,5	45,1	51,9	45,1	51,9	48,5	25,2	22,4	28,1	28,1	1 048	1 048	
NE	58,0	53,7	62,4	53,7	62,4	58,0	29,4	23,2	31,2	31,2	612	612	
GE	53,9	50,5	57,3	50,5	57,3	53,9	29,4	26,3	32,5	32,5	1 136	1 136	
JU	50,5	45,4	55,5	45,4	55,5	50,5	27,4	23,0	31,8	31,8	505	505	

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, CR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.9 Konsum von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Antidepressiva, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Beruhigungsmittel (letzte 7 Tage)				Schlafmittel (letzte 7 Tage)				Antidepressiva (letzte 7 Tage)				Stichprobe		
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	n	n	
Vorjahresvergleich	5,5	0,0	12,5	4,1	3,8	0,0	9,2	5,0	4,6	5,3	7,5	15,272	-	-	
1992	1,2	0,0	3,6	3,9	6,0	0,0	13,7	5,4	4,9	5,8	7,6	12,993	-	-	
1997	5,1	1,7	8,5	3,8	1,8	0,4	3,1	4,1	3,8	4,4	26,2	19,679	-	-	
2002	2,8	1,2	4,5	4,3	3,6	1,8	5,4	5,2	4,9	5,6	46,3	18,714	1,2	0,4	
2012	3,2	1,6	4,8	4,3	3,3	1,7	4,9	5,3	4,9	5,7	50,9	21,367	2,8	1,5	
Total	2,9	1,1	4,8	4,3	3,3	1,7	4,9	5,3	4,9	5,7	50,9	21,367	2,8	1,5	
Geschlecht	2,9	1,1	4,8	4,3	3,3	1,7	4,9	5,3	4,9	5,7	50,9	21,367	2,8	1,5	
Männer	3,4	0,8	6,0	3,1	2,7	0,3	3,2	3,4	3,0	3,8	24,8	10,272	1,0	0,0	
Frauen	2,5	0,0	3,4	5,4	1,7	1,3	2,2	1,8	0,8	1,5	14,8	5,446	1,8	1,0	
Altersgruppen	1,5	0,0	3,3	4,1	3,5	4,4	5,8	13,8	2,2	3,3	13,8	5,850	1,8	1,0	
15–34 Jahre	4,7	1,3	8,0	5,1	4,4	4,4	5,8	12,0	1,3	9,0	9,2	5,9	4,1	0,9	
35–49 Jahre	5,3	0,6	9,9	6,9	6,0	7,7	11,6	4,8	19,2	13,5	14,7	10,778	6,0	1,3	
50–64 Jahre	3,9	0,0	8,2	6,6	5,6	3,7	4,6	3,0	6,3	8,6	11,6	3,829	4,1	0,9	
65+ Jahre	3,6	1,6	5,6	4,2	2,2	2,2	1,9	0,5	3,3	5,5	3,0	1,3	3,0	1,3	
Bildung	0,8	0,0	2,4	2,9	2,4	3,4	9,1	5,987	2,2	4,0	9,1	5,987	0,0	-	
Obligatorische Schule	3,0	1,5	4,5	4,2	3,9	4,6	4,71	17,741	3,6	1,8	5,4	17,752	3,1	1,6	
Sekundarstufe II	4,8	0,0	13,8	4,4	3,5	5,3	3,8	3,613	1,0	0,0	2,9	4,2	3,1	1,6	
Tertiärstufe	1,7	0,0	3,6	5,6	4,9	6,4	14,6	5,045	2,9	0,3	4,8	7,0	0,0	-	
Nationalität	5,0	1,8	8,3	4,1	3,5	4,7	16,9	6,688	2,5	0,3	4,8	4,6	5,2	2,1	
Schweiz	0,8	0,0	2,3	4,0	3,1	4,8	9,0	4,179	1,6	0,0	3,9	4,5	3,6	2,9	
Ausland	4,1	0,0	10,3	2,3	3,9	2,7	7,5	4,166	1,6	0,0	3,9	4,0	3,2	2,7	
Haushalts- äquivalenz- einnahmen	-	-	-	4,3	3,9	4,7	-	15,242	-	-	-	5,4	5,0	5,9	
CHF 3000 bis 4499	3,2	1,6	4,8	4,1	3,4	1,7	4,9	4,9	4,2	5,7	5,09	6,115	2,8	1,5	
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Urbanisie- rungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Stadt	3,2	1,6	4,8	4,1	3,4	1,7	4,9	4,9	4,2	5,7	5,09	6,115	2,8	1,5	
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Regionen ¹⁾	3,3	2,9	3,7	2,9	4,7	13 794	4,2	5,1	3,8	4,2	13 799	3,4	3,4	13 800	
Deutschschweiz	6,6	5,9	7,3	5,9	6,8	6,026	6,1	7,6	6,8	6,1	6,032	3,9	5,1	6,031	
Französische Schweiz	6,1	4,8	7,4	4,8	6,9	1 534	5,5	8,3	5,3	8,3	1 536	4,0	6,5	1 533	
Italienische Schweiz	2,9	2,2	3,6	2,2	3,9	3 452	3,1	4,7	3,7	4,6	2 209	2,8	4,6	3 451	
Zentralschweiz	3,3	3,2	4,3	2,3	5,1	2 209	4,0	6,2	4,0	6,2	2 209	3,1	4,9	2 210	
Kantone ²⁾	3,2	3,2	4,2	2,3	4,4	1 701	3,3	5,4	3,8	4,8	1 701	2,8	4,8	1 702	
BE	2,6	1,7	3,6	1,7	4,4	1 265	3,1	5,6	4,2	5,6	1 266	2,9	5,4	1 265	
LU	3,2	1,6	4,8	1,6	3,3	509	1,7	4,9	2,8	2,8	509	1,5	4,1	508	
UR	2,2	1,0	3,4	1,0	2,5	589	1,3	3,7	2,3	3,7	589	1,1	3,5	588	
SZ	2,2	2,2	4,5	2,2	3,9	986	2,6	5,2	2,4	2,4	986	1,4	3,4	986	
ZG	3,3	2,8	4,5	2,8	6,1	1 007	4,4	7,7	4,1	4,1	1 007	2,8	5,4	1 007	
FR	6,1	4,5	7,7	4,5	5,8	1 002	4,4	7,7	4,4	7,7	1 002	2,5	5,0	999	
BS	4,1	2,5	5,7	2,5	5,9	884	4,3	7,5	3,7	3,7	885	2,3	5,1	837	
BL	3,8	1,7	5,4	1,7	3,9	506	2,0	5,7	3,5	3,5	507	1,7	5,4	508	
GR	3,6	2,0	5,4	2,0	5,9	658	3,9	7,8	3,0	3,0	658	1,6	4,3	659	
AG	3,4	2,5	4,8	2,5	4,6	1 259	3,3	5,9	3,0	3,0	1 260	2,0	4,1	1 260	
SG	2,5	1,9	3,8	1,9	4,5	1 116	3,2	5,8	4,5	4,5	1 117	3,3	5,8	1 117	
TG	6,1	4,8	7,4	4,8	6,9	1 534	5,5	8,3	5,3	5,3	1 536	4,0	6,5	1 533	
TI	5,4	4,4	6,7	4,4	7,5	1 719	6,1	8,8	4,6	4,6	1 720	3,6	5,7	1 719	
VD	5,9	5,4	8,0	5,4	7,5	1 046	3,8	6,8	4,0	4,0	1 049	2,8	5,2	1 049	
VS	5,9	4,4	7,5	4,4	5,3	1 046	3,8	6,8	4,0	4,0	1 049	2,8	5,2	1 049	
NE	7,6	7,0	8,7	7,0	8,7	1 137	5,4	9,0	6,6	6,6	1 139	3,1	5,3	1 139	
GE	7,0	5,4	8,7	5,4	7,2	504	4,8	12,4	4,2	4,2	505	2,2	5,6	504	
JU	6,2	4,1	8,3	4,1	8,6	504	4,8	12,4	3,9	3,9	505	2,2	5,6	504	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschaltete Ausprägung (n=1–25). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

Tabelle A-4.2 Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Ja, hauptsächlich positiv		Ja, hauptsächlich negativ		Keine Auswirkungen		Stichprobe	
	UR		UR		UR		CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	53,2	47,5	46,2	45,1	47,2	58,9	52,2	44,1
Geschlecht	58,2	50,4	66,0	48,1	51,1	5,8	2,3	9,4
Männer	48,8	40,6	57,0	41,8	44,7	10,6	5,6	15,7
15–34 Jahre	42,7	33,3	52,1	40,0	38,1	6,8	1,8	11,7
35–49 Jahre	56,0	46,7	65,3	44,7	43,0	5,7	1,1	10,2
50–64 Jahre	64,0	53,4	74,7	51,6	49,7	16,9	8,6	25,2
65+ Jahre	(83,9)	63,5	100,0	74,4	70,3	(0,0)	-	0,2
Bildung	60,1	47,0	73,1	43,8	40,8	10,4	2,3	18,5
Obligatorische Schule	53,0	45,6	60,4	48,0	46,5	6,9	3,1	10,7
Sekundarstufe II	48,3	36,2	60,5	44,3	42,6	11,6	3,8	19,4
Tertiärstufe	53,1	47,1	59,0	47,5	46,4	8,4	5,1	11,7
Nationalität	(54,7)	34,4	75,1	42,0	39,5	(8,3)	0,0	19,4
Ausland	56,0	45,7	66,3	47,4	44,8	8,4	1,5	15,3
bis CHF 2999	60,5	50,8	70,2	46,4	44,6	9,3	3,8	14,8
CHF 3000 bis 4499	46,9	33,6	60,3	46,2	44,0	9,4	2,5	16,2
CHF 4500 bis 5999	42,6	29,5	55,7	44,4	42,3	6,6	0,6	12,5
CHF 6000 und mehr	-	-	-	45,0	43,7	46,2	-	10,6
Stadt	53,2	47,5	58,9	49,0	47,1	8,4	5,2	11,5
Land	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Ja, hauptsächlich positiv		Ja, hauptsächlich negativ		Keine Auswirkungen		Stichprobe	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Regionen ¹⁾	51,3	50,0	52,6	9,5	8,7	10,3	39,2	38,0
Deutschschweiz	33,9	32,1	35,6	11,8	10,6	13,1	54,3	52,4
Französische Schweiz	27,3	24,1	30,5	14,5	11,9	17,0	58,2	54,6
Italienische Schweiz	54,4	51,8	57,0	8,4	6,9	9,9	37,2	34,7
Zentralschweiz	48,4	45,4	51,5	9,7	7,9	11,4	41,9	38,9
Kantone ²⁾	51,4	48,2	54,7	9,8	7,8	11,9	38,7	35,6
ZH	55,6	51,9	59,2	7,7	5,8	9,5	36,8	33,3
BE	53,2	47,5	58,9	8,4	5,2	11,5	38,4	32,8
LU	55,2	50,0	60,5	8,4	5,0	11,8	36,3	31,3
UR	50,1	46,0	54,2	8,8	6,5	11,1	41,1	37,0
SZ	39,5	35,4	43,5	10,9	8,3	13,5	49,6	45,4
ZG	47,7	43,0	52,4	13,6	10,4	16,7	38,7	34,2
FR	44,4	39,6	49,2	12,1	8,7	15,4	43,5	38,7
BS	44,5	40,4	50,3	10,2	6,8	13,6	45,3	39,3
BL	55,5	50,4	60,6	8,0	5,2	10,7	36,6	31,6
AR	51,0	47,3	54,7	8,5	6,4	10,6	40,5	36,8
GR	53,3	49,3	57,2	8,4	6,3	10,5	38,3	34,5
AG	27,3	24,1	30,5	14,5	11,9	17,0	58,2	54,6
TG	29,8	26,7	32,9	13,0	10,6	15,4	57,2	53,7
TI	40,4	36,2	44,5	7,8	5,6	10,0	51,8	47,6
VD	31,1	28,4	36,2	11,0	7,5	14,5	57,9	52,4
VS	32,6	28,4	36,8	14,8	11,7	17,8	52,6	48,2
NE	32,5	26,8	38,2	8,1	5,2	11,1	59,4	53,4
GE	-	-	-	-	-	-	-	-
JU	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI;

Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-4.3 Physische Belastungen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Keine Belastung				1–2 Belastungen				3 und mehr Belastungen				Stichprobe	
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	10,7	6,3	15,1	11,8	13,4	35,6	29,6	41,7	36,2	35,0	37,3	47,2	50,0	286
Geschlecht	9,9	4,9	14,9	11,8	12,9	44,6	35,9	53,2	40,7	39,0	42,4	45,6	47,4	148
Frauen	11,5	4,4	18,5	13,2	14,4	27,5	19,5	35,4	32,2	30,7	33,8	61,0	52,8	5 608
Männer	11,0	3,4	18,5	9,7	8,5	30,0	20,3	39,7	30,6	28,6	32,6	59,0	57,5	3 345
Altersgruppen	13,4	5,7	21,1	13,8	12,4	35,2	25,7	44,7	39,3	37,4	41,2	51,4	45,0	109
15–34 Jahre	6,2	0,8	11,6	14,7	13,2	47,4	35,0	59,7	39,0	36,9	41,1	46,5	44,1	75
35–49 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50–64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65+ Jahre	3,1	0,0	8,9	5,9	4,4	29,0	13,0	45,1	24,0	20,7	27,3	67,9	66,6	39
Bildung	11,0	4,8	17,2	8,9	7,9	32,2	24,8	39,5	32,0	30,5	33,6	56,8	60,7	177
Obligatorische Schule	15,0	6,8	23,1	20,5	19,0	49,9	37,2	62,7	46,5	44,5	48,4	35,1	31,2	69
Sekundarstufe II	11,5	6,8	16,3	13,1	12,3	36,4	30,2	42,7	37,8	36,6	39,0	52,0	45,4	268
Teritärstufe	(1,7)	0,0	5,0	11,2	9,4	(2,6)	3,1	50,6	31,5	28,8	34,2	(71,4)	57,3	18
Nationalität	3,4	0,0	8,0	7,3	5,9	31,7	21,3	42,1	25,5	22,9	28,1	64,9	54,1	78
Ausland	13,7	5,2	22,2	9,5	8,3	33,8	22,8	44,8	33,8	31,8	35,8	52,5	40,8	86
bis CHF 2999	9,5	1,6	17,3	14,1	12,4	41,5	27,1	55,9	40,1	37,7	42,6	49,0	43,3	58
CHF 3000 bis 4499	17,3	4,6	30,0	20,1	18,2	38,0	24,5	51,5	44,7	42,4	47,0	44,6	30,3	64
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	14,0	13,0	22,0	-	-	37,5	36,1	38,8	-	47,1	50,1
CHF 6000 und mehr	10,7	6,3	15,1	9,1	7,9	35,6	29,6	41,7	32,9	30,8	34,9	53,6	47,2	286
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbanisierungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Keine Belastung	12,0	11,1	13,0	13,0	13,0	37,1	35,6	38,5	35,6	38,5	38,5	50,9	49,4	52,4
Regionen ¹⁾	14,5	13,0	15,9	15,9	15,9	33,0	31,0	35,0	31,0	35,0	35,0	52,5	50,4	54,7
Deutschschweiz	11,8	9,3	14,4	14,4	14,4	38,8	34,6	43,0	34,6	43,0	43,0	49,4	45,1	53,6
Französische Schweiz	12,0	10,3	13,8	13,8	13,8	35,4	32,7	38,2	32,7	38,2	38,2	52,5	49,6	55,5
Italienische Schweiz	17,0	14,5	19,6	19,6	19,6	38,8	35,6	42,0	35,6	42,0	42,0	44,1	40,7	47,5
Zentralschweiz	9,0	7,0	10,9	10,9	10,9	37,4	33,7	41,0	33,7	41,0	41,0	53,7	49,9	57,4
Kantone ²⁾	10,5	8,0	13,1	13,1	13,1	34,9	31,0	38,7	31,0	38,7	38,7	54,6	50,4	58,7
BE	10,7	6,3	15,1	15,1	15,1	35,6	29,6	41,7	29,6	41,7	41,7	53,6	47,2	60,0
LU	15,0	10,7	19,4	19,4	19,4	33,0	27,5	38,5	27,5	38,5	38,5	52,0	45,9	58,1
UR	19,4	15,6	23,2	23,2	23,2	39,0	34,3	43,6	34,3	43,6	43,6	41,6	36,8	46,4
UZ	11,9	8,8	15,1	15,1	15,1	35,7	31,0	40,3	31,0	40,3	40,3	52,4	47,6	57,2
ZG	14,0	10,4	17,6	17,6	17,6	41,5	36,3	46,7	36,3	46,7	46,7	44,5	39,2	49,8
FR	14,6	10,3	18,9	18,9	18,9	39,7	34,2	45,2	34,2	45,2	45,2	45,7	40,0	51,4
BS	10,9	7,0	14,7	14,7	14,7	35,5	29,1	41,8	29,1	41,8	41,8	53,7	46,8	60,6
BL	8,7	5,7	11,7	11,7	11,7	32,0	26,4	37,5	26,4	37,5	37,5	59,3	53,4	65,2
AR	10,0	7,3	12,2	12,2	12,2	35,8	31,7	39,9	31,7	39,9	39,9	54,2	49,9	58,5
GR	9,9	7,3	12,5	12,5	12,5	34,4	30,3	38,5	30,3	38,5	38,5	55,7	51,3	60,1
AG	11,8	9,3	14,4	14,4	14,4	38,8	34,6	43,0	34,6	43,0	43,0	49,4	45,1	53,6
TG	16,0	13,2	18,8	18,8	18,8	34,6	30,9	38,3	30,9	38,3	38,3	49,4	45,5	53,4
TI	9,6	7,0	12,2	12,2	12,2	28,3	24,1	32,6	24,1	32,6	32,6	62,0	57,4	66,7
VD	12,2	8,4	15,9	15,9	15,9	30,6	28,7	36,5	28,7	36,5	36,5	57,2	50,8	63,6
VS	19,5	15,5	23,5	23,5	23,5	33,6	28,7	38,3	28,7	38,3	38,3	42,0	42,0	52,1
NE	10,3	6,2	14,3	14,3	14,3	30,8	24,5	37,2	24,5	37,2	37,2	58,9	52,1	65,7
GE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-4.4 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Keine Belastung				1–2 Belastungen				3–4 Belastungen				5 und mehr Belastungen				Stichprobe	
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	20,9	15,5	26,4	12,1	11,4	12,9	12,3	32,6	29,9	15,3	44,5	24,6	21,2	28,1	21,3	16,2	26,4	31,4
Geschlecht	22,4	15,1	29,8	13,4	12,3	14,5	31,5	34,7	33,1	31,5	34,7	25,9	18,4	33,5	20,2	13,4	27,0	28,5
Männer	19,5	11,4	27,6	11,0	10,0	12,0	27,7	20,0	30,4	21,4	39,5	26,7	25,2	28,3	22,3	14,7	29,8	31,8
Altersgruppen	22,7	13,3	32,0	9,4	8,2	10,6	28,6	19,5	37,7	30,2	28,2	32,3	34,2	27,5	14,6	7,8	21,4	31,8
15–34 Jahre	17,4	9,1	25,7	11,3	10,2	12,5	32,5	34,0	33,7	15,2	32,3	24,8	23,1	26,5	26,3	17,5	35,2	31,7
35–49 Jahre	22,9	12,6	33,2	16,7	15,1	18,3	26,8	16,8	36,9	23,7	13,6	33,8	24,2	22,3	26,6	14,9	38,3	26,4
50–64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65+ Jahre	15,0	3,8	26,2	12,8	10,4	15,3	25,8	12,3	39,3	29,9	15,3	44,5	24,6	21,2	28,1	21,3	16,2	26,4
Bildung	22,5	15,1	29,9	12,1	11,1	13,1	28,7	21,8	35,6	31,1	31,1	39,1	26,1	24,6	27,7	17,7	11,9	23,5
Obligatorische Schule	19,9	9,5	30,3	11,9	10,6	13,1	34,7	22,4	47,0	19,3	9,5	29,1	26,2	24,5	27,9	26,1	15,2	36,9
Sekundarstufe II	21,7	15,9	27,4	12,9	12,1	13,7	30,2	24,4	36,0	33,3	32,1	34,5	29,6	23,3	27,5	(51,8)	26,9	27,9
Tertiärstufe	(12,3)	0,0	28,6	9,9	8,2	11,6	(22,2)	4,6	39,7	27,0	24,4	29,6	33,1	31,2	22,2	17,3	8,0	34,9
Nationalität	17,9	8,9	27,0	11,5	9,6	13,3	31,7	21,4	42,0	33,1	30,3	35,9	33,1	22,2	44,0	23,5	20,9	26,1
Ausland	27,8	16,7	38,9	12,4	11,1	13,7	32,4	21,8	43,0	31,1	29,1	33,4	15,7	7,6	23,7	24,1	14,6	33,7
bis CHF 2999	21,6	8,4	34,7	11,1	9,7	12,6	33,0	20,4	45,6	34,1	31,7	36,4	25,2	12,4	27,2	20,2	8,4	32,0
CHF 3000 bis 4499	13,4	3,8	23,0	12,8	11,4	14,3	20,7	9,8	31,6	41,9	27,1	56,7	29,0	26,8	31,2	24,1	13,0	29,4
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 6000 und mehr	20,9	15,5	26,4	11,1	9,8	12,3	29,5	24,0	35,1	28,3	22,3	34,2	26,0	24,0	27,9	21,3	16,2	26,4
Urbanisierungsgrad	11,6	10,7	12,5	10,7	10,7	12,5	32,2	30,8	37,8	28,3	22,3	34,2	26,0	24,0	27,9	21,3	16,2	26,4
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Regionen ¹⁾	11,6	10,7	12,5	10,7	10,7	12,5	32,2	30,8	37,8	28,3	22,3	34,2	26,0	24,0	27,9	21,3	16,2	26,4
Deutschschweiz	13,4	12,0	14,9	13,4	12,0	14,9	30,7	28,7	36,6	26,7	25,3	34,2	25,3	25,3	28,0	28,1	29,5	31,0
Französische Schweiz	13,7	10,9	16,5	13,7	10,9	16,5	30,7	27,7	32,6	24,3	23,1	31,6	22,4	24,3	26,1	31,6	31,6	33,7
Italienische Schweiz	11,7	10,0	13,5	11,7	10,0	13,5	33,4	30,6	36,3	27,2	27,2	29,9	19,5	19,5	26,7	35,5	29,6	39,5
Zentralschweiz	11,7	9,6	13,8	11,7	9,6	13,8	29,5	26,5	32,4	25,7	25,7	28,7	24,5	24,5	29,9	27,6	27,6	30,3
Kantone ²⁾	11,8	9,4	14,1	11,8	9,4	14,1	33,6	30,1	37,2	27,9	27,9	31,2	24,6	24,6	28,7	26,7	26,7	36,4
BE	10,7	8,2	13,1	10,7	8,2	13,1	33,2	29,3	37,1	28,9	28,9	32,8	25,1	25,1	31,2	27,2	27,2	30,1
LU	20,9	15,5	26,4	20,9	15,5	26,4	29,5	28,5	35,1	25,2	25,2	34,2	22,3	22,3	34,2	21,3	16,2	26,4
UR	12,1	10,7	12,5	12,1	10,7	12,5	34,2	28,5	40,0	24,2	24,2	29,2	19,2	19,2	29,2	29,5	23,6	35,4
SZ	12,3	9,0	15,6	12,3	9,0	15,6	30,4	26,0	34,9	25,9	25,9	31,4	21,6	21,6	30,1	31,4	26,8	35,9
FR	9,8	7,1	12,5	9,8	7,1	12,5	37,0	32,4	41,7	23,9	23,9	28,1	19,8	19,8	28,1	29,3	33,6	35,9
VS	13,9	10,4	17,5	13,9	10,4	17,5	29,6	26,6	34,5	22,1	22,1	29,3	17,7	17,7	26,4	29,3	34,4	48,0
BL	11,9	8,5	15,2	11,9	8,5	15,2	34,6	29,2	40,0	23,3	23,3	28,0	18,5	18,5	30,3	30,3	35,6	38,8
AR	12,1	10,0	16,2	12,1	10,0	16,2	32,3	25,8	38,8	22,0	22,0	27,2	16,8	16,8	28,0	24,9	24,9	35,6
GR	12,6	8,8	16,4	12,6	8,8	16,4	33,5	27,9	39,1	32,1	32,1	37,9	26,3	26,3	37,9	21,9	21,9	40,8
AG	11,9	9,2	14,6	11,9	9,2	14,6	31,0	27,6	35,5	28,6	28,6	32,7	24,5	24,5	32,7	27,9	27,9	36,5
TG	11,7	8,8	14,5	11,7	8,8	14,5	31,0	26,9	35,1	25,9	25,9	29,6	22,2	22,2	29,6	31,5	31,5	35,8
TI	13,7	10,9	16,5	13,7	10,9	16,5	27,7	23,9	31,6	23,1	23,1	26,7	19,5	19,5	26,7	27,9	27,9	35,5
VD	13,9	11,3	16,5	13,9	11,3	16,5	30,2	26,6	33,8	23,6	23,6	27,0	20,1	20,1	27,0	32,3	32,3	36,1
VS	12,9	10,0	15,8	12,9	10,0	15,8	29,7	25,3	34,0	27,1	27,1	31,6	22,5	22,5	31,6	30,4	30,4	35,0
NE	14,9	9,7	20,1	14,9	9,7	20,1	29,0	25,4	33,1	25,4	25,4	27,0	20,0	20,0	27,0	32,4	32,4	38,4
GE	14,9	11,1	18,8	14,9	11,1	18,8	29,0	24,6	33,4	22,7	22,7	27,1	18,4	18,4	27,1	33,3	33,3	38,1
JU	14,6	9,9	19,3	14,6	9,9	19,3	30,0	23,7	36,4	25,5	25,5	31,7	19,3	19,3	31,7	29,9	29,9	36,3

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschaltete Aussagekraft (n=1–29). Eigenmasse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-5.2 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Blutdruckmessung (letzte 12 Monate)				Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monate)				Messung Blutzucker (letzte 12 Monate)				Stichprobe					
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR	CH				
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n					
Vorjahresvergleich	71,7	65,3	78,1	76,2	75,4	77,0	45,8	38,5	53,1	49,8	47,7	40,4	50,6	51,0	52,9	225	16 927	
2002	68,8	63,8	73,7	75,8	75,0	76,6	37,6	32,4	42,7	46,1	45,3	40,0	50,6	50,9	51,9	419	16 817	
2012	66,1	61,4	70,8	74,9	74,2	75,7	35,8	31,2	40,3	44,5	42,8	38,0	47,6	49,1	48,3	50,0	482	20 135
Total	68,8	62,7	75,0	79,6	78,6	80,5	37,0	30,7	43,2	46,0	44,8	41,8	50,8	51,8	50,6	249	10 579	
Geschlecht	63,3	56,3	70,4	70,1	68,9	71,2	34,6	27,9	41,2	43,1	41,8	44,3	48,3	46,4	45,1	47,6	233	9 556
Männer	58,0	49,1	66,9	65,7	64,1	67,3	22,9	15,4	30,4	28,4	26,8	30,0	34,2	36,0	34,3	37,7	142	5 146
15–34 Jahre	71,3	62,1	80,5	80,1	78,8	81,5	50,1	40,4	59,7	53,0	51,3	54,2	62,8	61,7	62,8	71,9	131	5 515
35–49 Jahre	84,2	74,6	93,7	90,7	89,5	91,8	61,1	49,4	72,8	68,3	66,6	70,0	75,8	71,9	70,3	73,6	93	4 470
50–64 Jahre	67,7	57,2	78,1	76,8	75,0	78,6	41,1	30,8	51,5	51,8	49,7	54,0	62,8	54,8	52,7	57,0	105	3 390
65+ Jahre	65,7	59,6	71,8	76,3	75,3	77,3	34,9	29,0	40,8	45,4	44,2	46,6	52,8	50,1	48,9	51,3	288	10 901
Bildung	64,8	54,4	75,3	71,4	69,9	72,8	31,5	21,6	41,2	38,9	37,4	40,4	46,6	43,9	42,3	45,5	87	5 771
Obligatorische Schule	65,4	60,6	70,2	74,8	74,0	75,6	36,4	31,7	41,2	44,1	43,1	45,0	48,3	48,9	47,9	49,8	448	16 942
Sekundarstufe II	72,7	53,8	91,7	75,3	73,4	77,2	29,6	13,3	45,9	46,3	44,1	48,5	57,7	50,7	49,8	53,6	34	3 193
Tertiärstufe	68,9	60,9	77,0	76,0	74,4	77,6	34,4	29,0	45,8	47,9	46,0	49,8	52,8	51,7	49,8	52,6	141	4 661
bis CHF 2999	67,0	58,5	75,4	75,2	73,9	76,5	39,9	31,7	48,1	43,9	42,4	45,4	50,8	49,7	48,2	51,3	155	6 338
Haushalts- äquivalenz- einnahmen	70,0	59,6	80,3	74,7	73,0	76,4	34,8	24,5	45,2	42,6	40,7	44,5	50,8	46,8	44,8	48,7	89	4 002
CHF 4500 bis 5999	56,5	43,5	69,5	73,3	71,5	75,0	29,3	17,3	41,2	42,5	40,6	44,4	50,8	46,1	44,2	48,0	74	4 039
CHF 6000 und mehr	66,1	61,4	70,8	72,7	71,1	74,2	35,8	31,2	40,3	40,4	38,7	42,1	47,6	45,8	44,1	47,5	482	14 373
Stadt	75,8	74,9	76,6	75,8	74,9	76,6	44,2	42,5	46,1	45,0	45,0	47,1	50,8	50,4	49,3	51,4	14 373	5 762
Land	61,4	70,8	72,7	71,1	74,2	75,0	29,3	17,3	41,2	42,5	40,6	44,4	50,8	46,1	44,2	48,0	74	4 039
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Regionen ¹⁾	75,0	74,0	75,9	74,0	75,2	75,9	42,5	42,5	41,4	43,6	43,6	43,6	48,2	47,1	49,3	47,1	48,2	13 049
Deutschschweiz	73,8	80,5	78,2	72,5	82,8	80,5	47,9	47,9	46,4	49,4	49,4	49,4	49,7	48,1	51,2	51,2	51,2	5 622
Französische Schweiz	72,0	74,0	74,0	70,0	74,0	74,0	38,6	38,6	36,5	40,8	40,8	40,8	48,7	42,9	47,3	47,3	47,3	1 464
Zentralchweiz	74,7	72,6	76,9	72,6	76,9	76,9	43,8	43,8	41,2	46,3	46,3	46,3	48,7	46,2	47,6	47,6	47,6	3 256
Kantone ²⁾	76,1	73,8	78,5	73,8	78,5	78,5	43,9	43,9	41,2	46,6	46,6	46,6	50,3	47,6	53,0	53,0	53,0	2 077
BE	74,5	71,8	77,3	71,8	77,3	77,3	41,1	41,1	38,0	44,2	44,2	44,2	47,3	44,2	50,4	50,4	50,4	1 195
LU	66,1	61,4	70,8	67,2	75,4	75,4	35,8	35,8	31,2	40,3	40,3	40,3	42,8	38,0	47,6	47,6	47,6	1 195
UR	71,3	70,0	76,2	68,9	75,2	75,2	38,3	38,3	34,8	41,7	41,7	41,7	45,3	41,7	50,1	50,1	50,1	559
SZ	73,1	70,0	76,2	70,0	76,2	76,2	45,1	45,1	41,5	48,6	48,6	48,6	51,2	47,6	54,8	54,8	54,8	921
ZG	73,1	70,0	76,2	70,0	76,2	76,2	45,1	45,1	41,5	48,6	48,6	48,6	51,2	47,6	54,8	54,8	54,8	921
FR	73,1	70,0	76,2	70,0	76,2	76,2	45,1	45,1	41,5	48,6	48,6	48,6	51,2	47,6	54,8	54,8	54,8	921
BS	78,2	75,1	81,4	75,1	81,4	81,4	48,1	48,1	44,3	52,0	52,0	52,0	55,5	48,7	56,3	56,3	799	799
BL	69,4	69,4	77,0	69,4	77,0	77,0	40,9	40,9	35,9	46,0	46,0	46,0	48,7	42,4	50,6	50,6	479	479
AR	73,1	73,1	81,4	73,1	81,4	81,4	43,1	43,1	38,8	47,4	47,4	47,4	46,8	42,4	51,1	51,1	623	623
GR	75,8	75,8	82,8	75,8	82,8	82,8	43,6	43,6	40,5	46,8	46,8	46,8	48,5	45,3	51,7	51,7	2 011	2 011
AG	72,8	69,8	75,9	69,8	75,9	75,9	39,2	39,2	35,9	42,4	42,4	42,4	48,3	45,0	51,7	51,7	1 066	1 066
SG	71,7	69,2	74,2	69,2	74,2	74,2	46,6	46,6	43,9	49,3	49,3	49,3	47,9	45,1	50,6	50,6	1 613	1 613
VD	73,9	70,8	77,1	70,8	77,1	77,1	47,2	47,2	43,8	50,7	50,7	50,7	50,7	47,1	54,2	54,2	970	970
VS	75,3	71,5	79,1	71,5	79,1	79,1	50,6	50,6	46,1	55,2	55,2	55,2	51,9	47,4	56,5	56,5	572	572
NE	77,4	74,4	80,5	74,4	80,5	80,5	51,6	51,6	48,1	55,2	55,2	55,2	52,7	49,2	56,3	56,3	1 048	1 048
GE	70,3	65,5	75,0	65,5	75,0	75,0	44,2	44,2	39,1	49,3	49,3	49,3	46,1	41,2	51,1	51,1	483	483

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

Zentralchweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–25). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012.

Tabelle A-5.3 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

Vorgleich	Gebärmutterhals (letzte 12 Monate, Frauen 20+)				Mammografie (letzte 12 Monate, Frauen 50+)				Prostata (letzte 12 Monate, Männer 40+)				Stichprobe				
	UR		CH		UR		CH		UR		CH		UR		CH		
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Konfidenzintervall (95%)	
Vorjahresvergleich	36,5	27,5	45,5	44,0	46,4	9 888	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1997	35,1	28,3	41,9	42,7	41,4	43,9	233	9 364	14,0	6,8	21,2	121	5 002	16,6	10,1	23,1	
2002	31,9	25,4	38,3	42,1	40,9	43,3	233	10 102	9,7	4,2	15,3	108	5 174	13,7	8,1	19,3	
2012	31,9	25,4	38,3	42,1	40,9	43,3	233	10 102	9,7	4,2	15,3	108	5 174	13,7	8,1	19,3	
Geschlecht																	
Frauen	31,9	25,4	38,3	42,1	40,9	43,3	233	10 102	9,7	4,2	15,3	108	5 174	13,7	8,1	19,3	
Männer	43,3	28,4	58,2	47,1	44,3	49,9	49	1 992	-	-	-	-	-	-	-	-	
Altersgruppen																	
20–34 Jahre	36,9	25,5	48,2	51,4	49,2	53,6	78	2 974	-	-	-	-	-	-	-	-	
35/40–49 Jahre	31,8	20,1	43,5	44,3	42,0	46,6	65	2 687	14,3	5,6	23,0	66	2 710	14,0	4,6	23,4	
50–64 Jahre	7,5	0,4	14,7	24,6	22,5	26,5	41	2 449	3,7	0,0	8,7	15,0	18,5	23,2	11,3	35,0	
65+ Jahre	7,6	0,4	14,8	29,5	26,3	33,6	44	1 467	5,6	0,0	13,2	17,7	15,0	20,4	3,9	31,0	
Bildung																	
Obligatorische Schule	34,1	26,2	42,0	42,4	40,9	44,0	157	6 207	11,4	3,4	19,4	22,2	20,5	23,9	11,2	38,8	
Sekundarstufe II	56,4	37,9	74,9	49,6	47,1	52,1	32	2 391	(16,3)	0,0	37,1	21,1	28,1	12	859	3,2	23,8
Tertiärstufe	30,5	24,0	37,0	41,4	40,1	42,7	217	8 658	9,0	3,6	14,4	21,1	19,7	22,4	10,3	20,6	
Nationalität																	
Schweiz	(45,4)	18,7	72,2	45,0	41,7	48,2	16	1 444	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ausland	29,2	17,2	41,1	34,6	32,2	37,0	63	2 440	(7,9)	0,0	18,4	16,0	21,0	24	1 271	11,1	1,7
Haushalts-	23,9	13,8	34,1	43,2	41,1	45,3	82	3 264	16,1	5,0	27,2	19,5	24,4	45	1 566	25,2	11,5
bis CHF 2999	47,2	31,9	62,5	46,6	43,9	49,3	47	2 022	(11,4)	0,0	26,1	20,8	26,8	19	1 010	(0,0)	24,5
CHF 3000 bis 4499	46,7	27,1	66,3	52,1	49,2	55,0	31	1 753	(0,0)	-	-	24,1	31,4	13	854	(10,8)	28,2
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	42,9	44,3	44,3	-	7 277	-	-	-	19,9	22,9	-	3 792	-	26,2
CHF 6000 und mehr	31,9	25,4	38,3	39,9	37,6	42,3	233	2 825	9,7	4,2	15,3	22,0	19,3	24,7	108	1 382	
Urbanisie-																	
rungsgrad																	
Land	31,9	25,4	38,3	39,9	37,6	42,3	233	2 825	9,7	4,2	15,3	22,0	19,3	24,7	108	1 382	
Stadt	41,5	31,5	50,9	43,0	43,0	43,0	6 466	14,1	15,6	14,1	17,1	24,5	24,5	24,5	24,5	22,9	
Regionaler Vergleich																	
Deutsche Schweiz	43,1	41,0	45,2	43,0	43,0	43,0	6 466	14,1	15,6	14,1	17,1	24,5	24,5	24,5	24,5	22,9	
Französische Schweiz	46,3	42,3	50,2	42,3	42,3	42,3	2 880	34,1	37,0	34,1	40,0	25,7	25,7	25,7	25,7	23,4	
Italienische Schweiz	38,3	35,2	41,3	35,2	35,2	35,2	1 004	21,4	26,1	21,4	30,7	32,3	32,3	32,3	32,3	27,7	
Zentralschweiz	43,8	40,2	47,3	40,2	40,2	40,2	1 038	11,2	14,0	11,2	16,8	20,2	20,2	20,2	20,2	17,2	
Kantone ²⁾																	
BE	40,5	36,8	44,3	36,8	36,8	36,8	803	10,0	13,0	10,0	16,0	23,6	23,6	23,6	23,6	22,1	
LJ	37,5	33,3	41,6	33,3	33,3	33,3	613	12,5	16,0	12,5	20,4	22,9	22,9	22,9	22,9	19,3	
LU	31,9	25,4	38,3	25,4	25,4	25,4	233	4,2	9,7	4,2	15,3	10,6	10,6	10,6	10,6	8,1	
UR	38,8	32,0	45,6	32,0	32,0	32,0	245	5,0	11,3	5,0	17,7	15,5	15,5	15,5	15,5	14,5	
SZ	45,8	40,9	50,7	40,9	40,9	40,9	462	12,4	17,5	12,4	22,6	23,5	23,5	23,5	23,5	20,5	
ZG	44,3	39,2	49,4	39,2	39,2	39,2	470	28,5	35,2	28,5	42,0	27,3	27,3	27,3	27,3	28,7	
FR	44,8	39,9	49,8	39,9	39,9	39,9	490	18,0	16,6	18,0	22,6	22,8	22,8	22,8	22,8	18,3	
BS	41,8	36,6	47,1	36,6	36,6	36,6	403	13,0	15,2	13,0	21,7	21,4	21,4	21,4	21,4	16,1	
BL	34,1	26,3	41,8	26,3	26,3	26,3	221	11,5	15,1	11,5	22,3	22,4	22,4	22,4	22,4	21,9	
AR	35,1	32,8	45,4	32,8	32,8	32,8	290	7,9	12,2	7,9	21,7	21,7	21,7	21,7	21,7	32,7	
GR	44,2	39,7	48,7	39,7	39,7	39,7	610	22,2	22,3	22,2	29,5	27,7	27,7	27,7	27,7	35,2	
AG	46,3	41,6	51,0	41,6	41,6	41,6	595	16,2	16,2	16,2	20,4	24,3	24,3	24,3	24,3	31,4	
TG	46,3	42,3	50,2	42,3	42,3	42,3	756	12,0	22,3	12,0	25,4	24,6	24,6	24,6	24,6	19,9	
TI	44,6	40,8	48,4	40,8	40,8	40,8	813	16,8	26,1	16,8	30,7	32,3	32,3	32,3	32,3	19,9	
VD	40,5	35,6	45,3	35,6	35,6	35,6	488	31,4	36,4	31,4	41,5	32,3	32,3	32,3	32,3	27,7	
VS	40,4	34,0	46,7	34,0	34,0	34,0	287	22,8	38,7	22,8	45,4	26,4	26,4	26,4	26,4	30,5	
NE	44,9	40,1	49,8	40,1	40,1	40,1	578	34,2	31,2	34,2	48,2	25,3	25,3	25,3	25,3	21,2	
GE	29,8	25,8	36,2	25,8	25,8	25,8	244	18,0	25,6	18,0	35,3	31,4	31,4	31,4	31,4	19,7	
JU	41,5	36,2	43,0	36,2	36,2	36,2	244	25,6	35,2	25,6	48,2	25,3	25,3	25,3	25,3	30,6	
Regionen ¹⁾																	
Deutsche Schweiz	41,5	39,9	43,0	39,9	39,9	39,9	6 466	14,1	15,6	14,1	17,1	24,5	24,5	24,5	24,5	22,9	
Italienische Schweiz	46,3	42,3	50,2	42,3	42,3	42,3	2 880	21,4	26,1	21,4	30,7	32,3	32,3	32,3	32,3	27,7	
Zentralschweiz	43,8	40,2	47,3	40,2	40,2	40,2	1 038	11,2	14,0	11,2	16,8	20,2	20,2	20,2	20,2	17,2	
Kantone ²⁾																	
BE	40,5	36,8	44,3	36,8	36,8	36,8	803	10,0	13,0	10,0	16,0	23,6	23,6	23,6	23,6	22,1	
LJ	37,5	33,3	41,6	33,3	33,3	33,3	613	12,5	16,0	12,5	20,4	22,9	22,9	22,9	22,9	19,3	
LU	31,9	25,4	38,3	25,4	25,4	25,4	233	4,2	9,7	4,2	15,3	10,6	10,6	10,6	10,6	8,1	
UR	38,8	32,0	45,6	32,0	32,0	32,0	245	5,0	11,3	5,0	17,7	15,5	15,5	15,5	15,5	14,5	
SZ	45,8	40,9	50,7	40,9	40,9	40,9	462	12,4	17,5	12,4	22,6	23,5	23,5	23,5	23,5	20,5	
ZG	44,3	39,2	49,4	39,2	39,2	39,2	470	28,5	35,2	28,5	42,0	27,3	27,3	27,3	27,3	28,7	
FR	44,8	39,9	49,8	39,9	39,9	39,9	490	18,0	16,6	18,0	22,6	22,8	22,8	22,8	22,8	18,3	
BS	41,8	36,6	47,1	36,6	36,6	36,6	403	13,0	15,2	13,0	21,7	21,4	21,4	21,4	21,4	16,1	
BL	34,1	26,3	41,8	26,3	26,3	26,3	221	11,5	15,1	11,5	22,3	22,4	22,4	22,4	22,4	21,9	
AR	35,1	32,8	45,4	32,8	32,8	32,8	290	7,9	12,2	7,9	21,7	21,7	21,7	21,7	21,7	32,7	
GR	44,2	39,7	48,7	39,7	39,7	39,7	610	22,2	22,3	22,2	29,5	27,7	27,7	27,7	27,7	35,2	
AG	46,3	41,6	51,0	41,6	41,6	41,6	595	16,2	16,2	16,2	20,4	24,3	24,3	24,3	24,3	31,4	
TG	46,3	42,3	50,2	42,3	42,3	42,3	756	12,0	22,3	12,0	25,4	24,6	24,6	24,6	24,6	19,9	
TI	44,6	40,8	48,4	40,8	40,8	40,8	813	16,8	26,1	16,8	30,7	32,3	32,3	32,3	32,3	27,7	
VD	40,5	35,6	45,3	35,6	35,6	35,6	488	31,4	36,4	31,4	41,5	26,4	26,4	26,4	26,4	30,5	

Tabelle A-5.4 Grippeimpfung, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Grippeimpfung (letzte 12 Monate)										Stichprobe			
	UR					CH					UR		CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Total	8,8	6,2	11,4	14,3	13,7	15,0	91,2	88,6	93,8	85,7	85,0	86,3		
Geschlecht	10,3	6,3	14,3	14,9	14,0	15,9	89,7	85,7	93,7	85,1	86,0	84,1		
Frauen	7,2	3,9	10,4	13,7	12,8	14,6	92,8	89,6	96,1	86,3	85,4	87,2		
Männer	3,1	0,4	5,8	4,6	3,9	5,4	96,9	94,2	99,6	95,4	94,6	96,1		
Altersgruppen	4,8	1,3	8,2	6,5	5,6	7,3	95,2	91,8	98,7	93,5	92,7	94,4		
15–34 Jahre	7,5	1,9	13,1	12,8	11,6	14,1	92,5	86,9	98,1	87,2	85,9	88,4		
35–49 Jahre	28,3	17,7	38,9	39,9	38,0	41,9	71,7	61,1	82,3	60,1	58,1	62,0		
50–64 Jahre	9,6	2,8	16,3	15,4	13,7	17,2	90,4	83,7	97,2	84,6	82,8	86,3		
65+ Jahre	8,8	5,6	11,9	14,5	13,6	15,4	91,2	88,1	94,4	86,6	85,5	87,6		
Bildung	7,8	2,6	13,1	13,4	12,4	14,5	92,2	86,9	97,4	85,5	86,4	86,4		
Obligatorische Schule	8,7	6,1	11,3	15,5	14,7	16,2	91,3	88,7	93,9	84,5	83,8	85,3		
Sekundarstufe II	(9,5)	0,0	21,4	10,6	9,2	12,0	(90,5)	78,6	100,0	89,4	88,0	90,8		
Tertiärstufe	6,5	2,6	10,5	14,0	12,5	15,6	93,5	89,5	97,4	86,0	84,4	87,5		
Nationalität	11,0	5,8	16,2	13,3	12,2	14,4	89,0	83,8	94,2	86,7	85,6	87,8		
Schweiz	8,6	2,7	14,5	12,9	11,6	14,2	91,4	85,5	97,3	87,1	85,8	88,4		
Ausland	6,0	1,4	10,7	15,2	13,8	16,6	94,0	89,3	98,6	84,8	86,2	87,1		
Haushalts- äquivalenz- einkommen	-	-	-	15,3	14,6	16,1	-	-	-	84,7	83,9	85,4		
CHF 3000 bis 4499	8,8	6,2	11,4	11,6	10,3	12,8	91,2	88,6	93,8	88,4	87,2	89,7		
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Urbanisie- rungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	n	n			
Regionen ¹⁾	13,6	12,8	14,4	86,4	85,6	87,2	85,6	87,2	87,2	11 661	11 661			
Deutschschweiz	16,5	15,3	17,7	83,5	82,3	84,7	83,5	82,3	84,7	5 098	5 098			
Französische Schweiz	14,4	12,3	16,4	85,6	83,6	87,7	85,6	83,6	87,7	1 293	1 293			
Italienische Schweiz	10,6	9,1	12,0	89,4	88,0	90,9	88,0	86,2	90,9	2 904	2 904			
Zentralschweiz	15,9	13,8	17,9	84,1	82,1	86,2	84,1	82,1	86,2	1 878	1 878			
Kantone ²⁾	14,5	12,5	16,6	85,5	83,4	87,5	85,5	83,4	87,5	1 442	1 442			
ZH	10,5	8,5	12,5	89,5	87,5	91,5	87,5	85,5	91,5	1 058	1 058			
BE	8,8	6,2	11,4	91,2	88,6	93,8	88,6	86,6	93,8	437	437			
LU	8,8	6,2	11,4	91,2	88,6	93,8	88,6	86,6	93,8	437	437			
UR	8,8	6,2	11,4	91,2	88,6	93,8	88,6	86,6	93,8	437	437			
SZ	12,3	9,0	15,6	87,7	84,4	91,0	84,4	81,0	91,0	503	503			
FR	12,8	10,1	15,4	87,2	84,6	89,9	86,7	83,2	89,9	871	871			
BS	18,9	16,0	21,8	81,1	78,2	84,0	81,1	78,2	84,0	829	829			
BL	18,1	15,0	21,2	81,9	78,8	85,0	81,9	78,8	85,0	713	713			
AR	11,7	8,0	15,3	88,3	84,7	92,0	84,7	81,0	92,0	436	436			
GR	13,6	10,5	16,8	86,4	83,2	89,5	86,4	83,2	89,5	573	573			
AG	12,0	9,9	14,1	88,0	85,9	90,1	85,9	82,8	90,1	1 063	1 063			
TG	11,2	9,0	13,3	88,8	86,7	91,0	86,7	84,6	91,0	946	946			
TI	14,4	12,3	16,4	85,6	83,6	87,7	85,6	83,6	87,7	1 293	1 293			
VD	18,0	15,8	20,1	82,0	79,9	84,2	79,9	77,7	84,2	1 462	1 462			
VS	12,8	10,3	15,3	87,2	84,7	89,7	84,7	82,2	89,7	878	878			
NE	18,3	14,3	22,3	81,7	77,7	85,7	81,7	77,7	85,7	521	521			
GE	19,1	16,0	22,2	80,9	77,8	84,0	80,9	77,8	84,0	921	921			
JU	12,8	9,3	16,2	87,2	83,8	90,7	83,8	80,7	90,7	445	445			

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-5.5 Komplementärmedizinische Leistungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Komplementärmedizinische Leistungen (letzte 12 Monate)												Stichprobe	
	UR			CH			UR			CH			UR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2007	23,4	18,1	28,7	23,0	22,1	23,9	76,6	71,3	81,9	77,0	76,1	77,9	322	
2012	27,1	22,5	31,7	24,0	23,3	24,8	72,9	68,3	77,5	76,0	75,2	76,7	436	
Total	32,7	26,3	39,1	31,3	30,2	32,5	67,3	60,9	73,7	68,7	67,5	69,8	234	
Geschlecht	21,2	14,6	27,9	16,5	15,5	17,4	78,8	72,1	85,4	83,5	82,6	84,5	202	
Männer	27,8	19,2	36,5	21,6	20,2	23,1	72,2	63,5	80,8	78,4	76,9	79,8	126	
Altersgruppen	33,4	24,7	42,2	29,8	28,2	31,4	66,6	57,8	75,3	70,2	68,6	71,8	129	
15–34 Jahre	26,2	16,9	35,5	25,6	24,1	27,2	73,8	64,5	83,1	74,4	72,8	75,9	105	
35–49 Jahre	16,3	7,9	24,8	17,9	16,5	19,3	83,7	75,2	92,1	80,7	83,5	76	3 961	
50–64 Jahre	15,7	7,1	24,4	15,2	13,6	16,8	84,3	75,6	92,9	84,8	83,2	86,4	81	
65+ Jahre	30,4	24,3	36,6	24,1	23,0	25,1	69,6	63,4	75,7	75,9	74,9	77,0	267	
Bildung	30,1	19,7	40,5	28,9	27,4	30,4	69,9	59,5	80,3	71,1	69,6	72,6	87	
Obligatorische Schule	27,5	22,8	32,2	25,9	25,1	26,7	72,5	67,8	77,2	74,1	73,3	74,9	409	
Teritärstufe	(23,1)	3,3	42,9	17,8	16,0	19,6	(76,9)	57,1	96,7	82,2	80,4	84,0	27	
Nationalität	32,5	23,6	41,5	20,8	19,2	22,3	67,5	58,5	76,4	79,2	77,7	80,8	124	
Ausland	26,2	18,7	33,7	23,9	22,6	25,2	73,8	66,3	81,3	77,4	74,8	77,4	143	
bis CHF 2999	28,6	17,7	39,5	27,1	25,2	28,8	71,4	60,5	82,3	73,0	71,2	74,8	83	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	24,0	12,0	36,1	27,1	25,4	28,9	76,0	63,9	88,0	72,9	71,1	74,6	71	
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	23,6	22,7	24,5	-	-	-	76,4	75,5	77,3	-	
CHF 6000 und mehr	27,1	22,5	31,7	25,2	23,7	26,8	72,9	68,3	77,5	74,8	73,2	76,3	436	
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Land	27,1	22,5	31,7	25,2	23,7	26,8	72,9	68,3	77,5	74,8	73,2	76,3	436	
Urbanisie- rungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Regionen ¹⁾	22,0	30,1	22,9	21,0	22,9	22,9	78,0	77,1	79,0	77,1	79,0	11 666		
Deutschschweiz	22,0	30,1	22,9	21,0	22,9	22,9	78,0	77,1	79,0	77,1	79,0	11 666		
FR	30,1	22,9	31,6	28,6	26,3	31,6	69,9	68,4	71,4	68,4	71,4	5 122		
Italienische Schweiz	22,9	20,3	25,4	20,3	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	74,6	79,7	1 284		
Zentralschweiz	25,8	23,7	27,9	23,7	23,7	27,9	74,2	72,1	76,3	72,1	76,3	2 913		
ZH	21,0	18,9	23,0	18,9	23,0	23,0	79,0	77,0	81,1	77,0	81,1	1 890		
Kantone ²⁾	21,9	21,9	24,3	19,5	24,3	24,3	78,1	75,7	80,5	75,7	80,5	1 437		
BE	26,8	27,1	29,7	23,9	29,7	29,7	73,2	70,3	76,1	70,3	76,1	1 063		
LU	27,1	27,1	31,7	22,5	31,7	31,7	72,9	68,3	77,5	68,3	77,5	436		
UR	20,3	26,2	24,0	16,6	24,0	24,0	79,7	76,0	83,4	76,0	83,4	500		
SZ	26,2	23,0	29,5	23,0	29,5	29,5	73,8	70,5	77,0	70,5	77,0	832		
ZG	34,5	31,0	38,1	31,0	38,1	38,1	65,5	61,9	69,0	61,9	69,0	878		
FR	23,1	19,8	26,3	19,8	26,3	26,3	76,9	73,7	80,2	73,7	80,2	822		
BS	22,4	19,0	25,7	19,0	25,7	25,7	77,6	74,3	81,0	74,3	81,0	708		
BL	25,6	21,0	30,2	21,0	30,2	30,2	74,4	69,8	79,0	69,8	79,0	440		
AR	19,3	16,7	21,9	16,7	21,9	21,9	80,7	78,1	83,3	78,1	83,3	569		
GR	24,0	20,8	27,1	20,8	27,1	27,1	76,0	72,9	79,2	72,9	79,2	952		
AG	22,9	20,3	25,4	20,3	25,4	25,4	77,1	74,6	79,7	74,6	79,7	1 284		
TG	30,4	30,4	33,0	27,8	33,0	33,0	69,6	67,0	72,2	67,0	72,2	1 470		
TI	30,1	26,7	35,5	26,7	35,5	35,5	69,9	66,5	73,3	66,5	73,3	890		
VS	31,1	26,6	35,6	26,6	35,6	35,6	68,9	64,4	73,4	64,4	73,4	523		
NE	26,8	23,6	30,0	23,6	30,0	30,0	73,2	70,0	76,4	70,0	76,4	926		
GE	28,4	23,6	33,1	23,6	33,1	33,1	71,6	66,9	76,4	66,9	76,4	435		
JU	28,4	23,6	33,1	23,6	33,1	33,1	71,6	66,9	76,4	66,9	76,4	435		

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, CR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

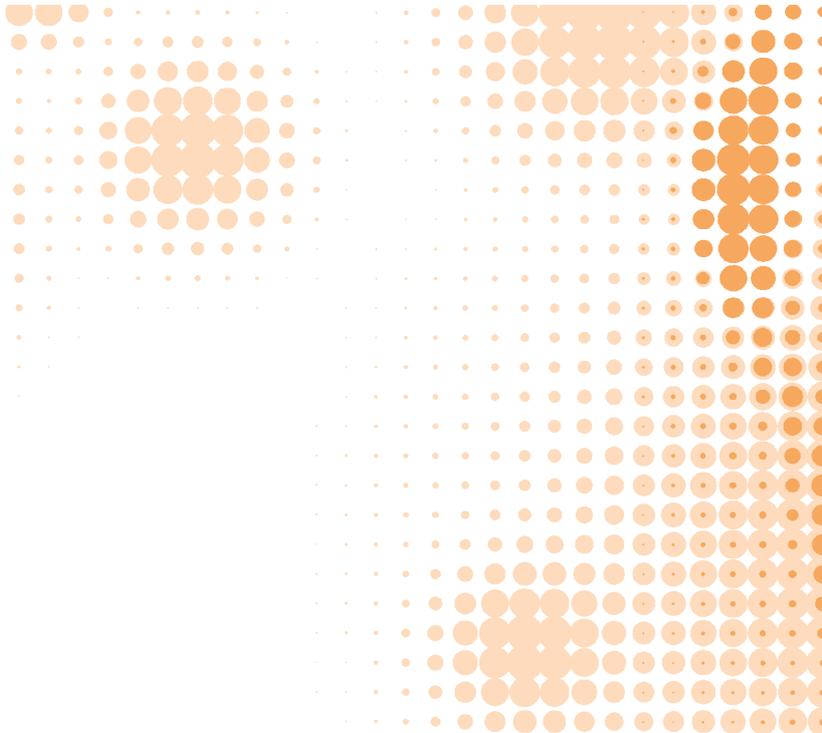
Tabelle A-5.6 Ambulante und stationäre Spitalleistungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992–2012

	Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation (letzte 12 Monate)				Stationäre Spitalbehandlungen (letzte 12 Monate)				Stichprobe		
	UR		CH		UR		CH		UR	CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	10,5	7,7	13,4	15,5	16,2	16,9	18,758	12,3	10,9	462	18 745
Total	11,5	8,7	14,2	16,8	17,4	18,1	21 591	6,9	11,7	514	21 585
Geschlecht	11,9	7,9	15,8	18,1	17,2	19,0	266	6,0	13,1	266	11 304
Frauen	11,0	7,2	14,8	16,7	15,8	17,6	248	4,4	10,2	248	10 281
Männer	11,3	6,7	15,9	20,0	18,6	21,3	152	1,6	9,6	152	5 609
Altersgruppen	11,5	6,3	16,6	16,3	15,1	17,5	139	4,4	9,2	139	5 902
35–49 Jahre	14,3	7,6	21,0	15,5	14,3	16,7	123	5,2	11,5	123	5 274
50–64 Jahre	8,7	2,8	14,5	17,4	16,1	18,8	100	5,1	18,0	100	4 800
65+ Jahre	11,9	5,6	18,2	19,7	18,1	21,4	116	2,9	12,2	116	3 865
Bildung	11,4	8,0	14,8	17,0	16,2	17,9	303	6,8	12,3	303	11 561
Obligatorische Schule	11,2	4,6	17,7	16,5	15,4	17,7	93	0,2	10,0	93	6 052
Sekundarstufe II	11,9	9,0	14,8	16,8	16,1	17,4	475	6,3	11,8	475	17 925
Tertiärstufe	7,6	0,0	15,4	19,6	18,0	21,2	39	0,0	13,6	39	3 660
Nationalität	9,4	4,5	14,2	18,2	16,8	19,5	147	6,0	13,7	147	5 096
Ausland	16,1	10,6	21,6	16,9	15,8	17,9	169	11,4	5,9	169	6 766
Haushalts- bis CHF 2999 äquivalenz-	11,1	5,0	17,2	17,6	16,1	19,1	92	0,8	9,7	92	4 215
einkommen CHF 4500 bis 5999	7,4	2,0	12,7	16,3	14,9	17,7	77	5,3	9,5	77	4 215
CHF 6000 und mehr	-	-	-	18,2	17,4	18,9	-	-	11,7	-	15 406
Urbanisie-	11,5	8,7	14,2	15,3	14,1	16,5	514	6,2	11,6	514	6 179
rungsgrad Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	
Regionen ¹⁾	16,1	15,3	16,9	19,1	15,3	16,9	13 925	12,0	11,3	13 919	
Deutschschweiz	20,4	19,1	21,6	19,6	19,6	21,6	6 116	10,7	9,8	6 116	
Französische Schweiz	21,8	19,6	24,0	13,3	13,3	16,4	1 550	11,5	9,7	1 550	
Italienische Schweiz	14,9	13,3	16,4	15,2	15,2	18,8	3 492	11,1	9,7	3 490	
Zentralschweiz	17,0	15,2	18,8	14,0	14,0	17,8	2 225	11,5	9,8	2 224	
Kantone ²⁾	15,9	14,0	17,8	11,8	11,8	15,8	1 715	13,1	11,4	1 716	
ZH	13,8	11,8	15,8	8,7	8,7	14,2	1 280	10,4	8,5	1 279	
BE	11,5	8,7	14,2	11,5	11,5	17,8	514	8,7	6,2	514	
LU	14,7	11,5	17,8	11,5	11,5	17,8	599	11,9	9,2	599	
UR	17,8	15,2	20,5	12,2	12,2	20,5	996	10,0	10,0	995	
SZ	19,5	16,6	22,4	17,4	17,4	23,0	1 026	10,9	8,5	1 027	
ZG	20,2	17,4	23,0	14,0	14,0	18,9	1 011	12,9	10,6	1 007	
FR	18,8	15,9	21,6	11,6	11,6	18,4	846	13,6	11,1	847	
BS	16,5	13,2	19,8	13,2	13,2	19,8	509	13,9	10,9	509	
BL	16,1	13,7	18,5	13,7	13,7	18,5	1 272	12,8	10,7	1 272	
AR	16,0	13,7	18,3	13,7	13,7	18,3	1 126	12,4	10,4	1 125	
AG	21,8	19,6	24,0	19,6	19,6	24,0	1 550	11,5	9,7	1 550	
TG	22,0	19,8	24,2	19,8	19,8	24,2	1 744	9,8	8,1	1 744	
TI	15,6	13,2	18,0	13,2	13,2	18,0	1 065	11,2	9,0	1 065	
VD	22,0	19,8	24,2	13,2	13,2	18,0	622	14,2	10,8	621	
VS	21,5	18,5	24,4	14,1	14,1	21,6	509	10,6	7,1	509	
NE	17,9	15,3	19,5	14,1	14,1	19,5	1 150	10,0	12,9	1 150	
GE	17,9	15,3	19,5	14,1	14,1	19,5	509	10,0	12,9	509	
JU	17,9	15,3	19,5	14,1	14,1	19,5	509	10,0	12,9	509	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI; Zentralschweiz: LU, UR, SZ, OW, NW, ZG.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.