



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

WWW.FR.CH

OBSAN BERICHT 43

43

Gesundheit im Kanton Freiburg

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheits-
befragung 2007

Herausgeber:

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Zusammenarbeit mit der
Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg



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

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 auf www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen 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) in Zusammenarbeit
Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg

Autorinnen/Autoren

- Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG)
- Jean-Luc Heeb (Fachhochschule Westschweiz, HEF-TS)
- Niklas Baer und Tanja Fasel (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Laila Burla, Hélène Jaccard Ruedin, Stéphane Luyet, Florence Moreau-Gruet, Daniela Schuler, Maik Roth, Isabelle Sturny, France Weaver, Marcel Widmer und Andrea Zumbrunn (Obsan)

Reviewboard

- Jean-Luc Heeb (Fachhochschule Westschweiz, HEF-TS)
- Niklas Baer (Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft)
- Andrea Zumbrunn, Paul Camenzind, France Weaver, Florence Moreau-Gruet und Laila Burla (Obsan)

Steuerungsgruppe

- Henri Briant und Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Lausanne
- Véronique Delley, Blaise Martin, Philippe Sudre, Nicola Marzo und Elisabeth Débenay, Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Genève
- Reto Fausch, Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Auser-rhoden, Herisau
- Annalis Marty-Nussbaumer, Kantonsärztin, Kantonsärztliche Dienste, Luzern
- Beat Planzer, Amt für Gesundheit Uri, Altdorf
- Antoine Casabianca und Jacqueline Quaglia, Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino, Bellinzona
- Annick Rywalski, Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg, Freiburg

Projektleitung Obsan

Laila Burla, Andrea Zumbrunn, Florence Moreau-Gruet und Oliver Egger

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 43

Zitierweise

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010). *Gesundheit im Kanton Freiburg. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007* (Obsan Bericht 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen zu den Daten

Bundesamt für Statistik BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
(Kontaktperson: Marilina Galati-Petrecca), www.statistik.admin.ch

Originaltext

Deutsch und Französisch

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Korrektur

Susanne Reuber, Berlin

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Bestellungen

Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg

Route des Cliniques 17

Postfach

1701 Freiburg

Tel. 026 305 29 13

Fax 026 305 29 39

E-Mail: ssp@fr.ch

Gratis

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich.

Download PDF

<http://admin.fr.ch/ssp/de/pub/statistik.htm>

ISBN

978-3-907872-75-8

© Obsan 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	2.4 Soziale Gesundheit	40
		2.4.1 Einsamkeitsgefühle	40
Abkürzungsverzeichnis	4	2.4.2 Vertrauensperson	42
		2.5 Sterblichkeit und Todesursachen	42
Gesamtzusammenfassung	5	2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Freiburg	43
		2.5.2 Regionaler Vergleich	44
1 Einleitung	8	2.5.3 Ausgewählte Todesursachen	44
		2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre	47
1.1 Zielsetzung	8	2.6 Zusammenfassung	48
1.2 Thematische Ausrichtung	9		
1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen	12	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	50
1.4 Der Kanton Freiburg im regionalen Vergleich	15		
		3.1 Gesundheitseinstellungen	51
2 Gesundheitszustand	19	3.1.1 Gesundheitskompetenz	52
		3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	54
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden	19	3.2.1 Übergewicht	54
2.2 Körperliche Gesundheit	22	3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungs- gewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme	57
2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme	23	3.2.3 Körperliche Aktivität	59
2.2.2 Körperliche Beschwerden	25	3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen	63
2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	26	3.3.1 Tabakkonsum	63
2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung	27	3.3.2 Passivrauchen	66
2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten	29	3.3.3 Alkoholkonsum	68
2.2.6 Unfälle	31	3.3.4 Cannabiskonsum	70
2.2.7 Stürze	33	3.3.5 Medikamentenkonsum	71
2.3 Psychische Gesundheit	34	3.4 Zusammenfassung	74
2.3.1 Psychische Belastung	34		
2.3.2 Kontrollüberzeugung	36		
2.3.3 Kohärenzgefühl	37		
2.3.4 Depressive Symptome	39		

4	Wohn- und Arbeitssituation	76	6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	105
4.1	Immissionen im Wohnbereich	77	6.1	Arztbesuche	105
4.2	Belastungen bei der Arbeit	79	6.2	Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen	112
4.2.1	Immissionen	79	6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten	112
4.2.2	Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit	80	6.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	115
4.3	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	84	6.2.3	Grippeprävention	117
4.4	Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden	84	6.3	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen	119
4.5	Zusammenfassung	87	6.4	Inanspruchnahme von Spitalleistungen	121
5	Schwerpunktt Themen: Depression/Übergewicht	88	6.5	Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)	123
5.1	Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten	88	6.6	Zusammenfassung	125
5.1.1	Ausgangslage	88	7	Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	126
5.1.2	Vorgehensweise	89	7.1	Die OKP-Kosten im Kanton Freiburg	127
5.1.3	Resultate	90	7.2	Versicherungsmodelle und Prämien	131
5.1.4	Diskussion	94	7.3	Zusammenfassung	133
5.2	Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit	95	Glossar	135	
5.2.1	Ausgangslage	95	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	138	
5.2.2	Vorgehensweise	96	Literatur	143	
5.2.3	Resultate	97	Anhang	150	
5.2.4	Diskussion	101			
5.3	Zusammenfassung	103			

Vorwort



Die Gesundheit ist ein wertvolles Gut, sowohl für die einzelne Bewohnerin und den einzelnen Bewohner als auch für die Kantonsbevölkerung als Ganzes. Qualität, Erhalt, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit sind somit nicht nur politische sondern auch gesellschaftliche Ziele.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist hier zu einem wichtigen Arbeitsinstrument geworden. Alle fünf Jahre liefert sie zahlreiche Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Ergebnisse der letzten Erhebung haben bei der Ausarbeitung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention 2007–2011, dessen Prioritäten die psychische Gesundheit, ein gesundes Körpergewicht und die Rahmenbedingungen (z. B. Arbeitsbedingungen) sind, eine wichtige Rolle gespielt.

Der Kanton Freiburg hat nun zum zweiten Mal eine spezifische Analyse der Daten aus der Befragung 2007 in Auftrag gegeben. Dieser Gesundheitsbericht analysiert den Gesundheitszustand der Freiburger Bevölkerung und schafft so die Grundlage für den Beschluss gesundheitspolitischer Massnahmen.

Wie steht es um die Gesundheit der Kantonsbevölkerung? 87% der Personen sind gesund, womit Freiburg zwischen der Deutschschweiz und der Romandie liegt. Die Ergebnisse zeigen ferner, dass die Prioritäten des kantonalen Plans noch immer aktuell sind. Zu untersuchen ist indes der Arzneimittelkonsum, der in unserem Kanton zwischen 1992 und 2007 angestiegen ist. Ich hoffe, dass der Gesundheitsbericht grossen Anklang findet, und wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

AC Demierre

Staatsrätin Anne-Claude Demierre
Direktorin für Gesundheit und Soziales

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living)	VPL	Verlorene potenzielle Lebensjahre
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	VVG	Versicherungsvertragsgesetz
BADL	Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (basic activities of daily living)	WHO	World Health Organization
BAG	Bundesamt für Gesundheit		
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung		
BFS	Bundesamt für Statistik		
BIP	Bruttoinlandsprodukt		
BMI	Body Mass Index		
CUDIT	Cannabis Use Disorders Identification Test		
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs		
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes		
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children		
HEPA	Netzwerk Gesundheit und Bewegung		
HMO	Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation)		
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living)		
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)		
IV	Invalidenversicherung		
KAM	Komplementär- oder Alternativmedizin		
KVG	Krankenversicherungsgesetz		
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste		
MV	Militärversicherung		
n	Anzahl der Befragten		
n.s.	Nicht signifikant		
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung		
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung		
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft		
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme		
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung		
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung		
SMASH	Swiss Multicenter Adolescent Survey		
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate		
UV	Unfallversicherung		

Gesamtzusammenfassung

Gezielte Prävention und Gesundheitsförderung sind nur möglich, wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung und seine determinierenden Faktoren bekannt sind. Im vorliegenden Bericht werden aus dem Blickwinkel des Kantons Freiburg für verschiedene Bevölkerungsgruppen Gesundheitsprobleme identifiziert, gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten aufgezeigt, gesundheitliche Belastungen im Wohn- und Arbeitsumfeld beschrieben und die Inanspruchnahme bzw. Kosten von medizinischen Leistungen abgebildet. Die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bildet in erster Linie die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Jahres 2007, für zeitliche Vergleiche wurden auch die Daten von 2002 herbeigezogen. Zudem wurden die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik, der «Datenpool» von santésuisse sowie die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes verwendet. Bei einem Grossteil der Resultate handelt es sich somit um selbstberichtete Angaben, welche teilweise mit Ungenauigkeiten behaftet sein können. Der Bericht wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im Auftrag des Kantons Freiburg erstellt.

Gesundheitliche Beschwerden sind trotz gutem gesundheitlichem Wohlbefinden häufig

Die Mehrheit der Freiburger Bevölkerung (86,9%) fühlt sich wie auch schon im Jahr 2002 gesundheitlich gut bis sehr gut, wobei sich Männer und Frauen nicht unterscheiden. Trotzdem sind 27,8% der Befragten von einem lang anhaltenden Gesundheitsproblem (Behinderung oder chronische Erkrankung) betroffen. Fast ebenso viele (22,6%) geben starke körperliche Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schwächegefühl und Schlafstörungen an. Hier zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Frauen leiden etwa anderthalbmal so häufig an solchen starken Beschwerden wie Männer. Männer weisen dagegen häufiger Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Übergewicht und erhöhte Cholesterinwerte) auf als Frauen. Zudem zeigt sich

bei jungen Männern ein doppelt so hohes Unfallrisiko wie bei gleichaltrigen Frauen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Freiburg genauso wie in der Schweiz insgesamt.

In Bezug auf das Alter zeigt sich, dass das gesundheitliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter abnimmt und entsprechend lang andauernde Gesundheitsprobleme, Stürze und Schwierigkeiten beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten, aber auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten häufiger werden.

Knapp ein Fünftel der Freiburger Bevölkerung ist psychisch mittel bis stark belastet

Hinsichtlich psychischer Gesundheit berichten 19,2% der Freiburgerinnen und Freiburger von mittlerer bis starker psychischer Belastung (Nervosität, Niedergeschlagen- und Depressivität etc.) und 17,0% von (mehrheitlich schwachen) depressiven Symptomen. Letztere sind keine diagnostizierten Krankheiten, gehen aber mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einher und sind häufig Anzeichen für spätere ausgeprägte Depressivität. Diese Anteile liegen etwa im Gesamtschweizer Durchschnitt. Sowohl im Kanton Freiburg wie auch in der Gesamtschweiz sind Frauen häufiger von psychischer Belastung wie auch von depressiven Symptomen betroffen.

Wie die vertieften Analysen zu Depression gezeigt haben, steht das Vorhandensein von depressiven Symptomen im engen Zusammenhang mit (chronischen) körperlichen Beschwerden sowie dem Erleben von Einsamkeit und Unsicherheit, Unzufriedenheit und psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Einsamkeitsgefühle werden häufiger von Frauen (v.a. jungen), Alleinlebenden und -erziehenden sowie von Personen mit starken körperlichen Beschwerden bzw. starker psychischer Belastung geäussert. Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit zeigt sich, dass Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung und niedrigem Kohärenzgefühl häufiger psychisch mittel bis stark belastet sind.

Neben Alter und Geschlecht erweist sich auch Bildung als wesentlich für die Gesundheit. Grundsätzlich kann für den Kanton Freiburg wie auch für die Schweiz der folgende Zusammenhang aufgezeigt werden: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto besser fühlt sich eine Person, und zwar sowohl körperlich als auch psychisch.

Herz-Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen als häufigste Todesursachen

Die Lebenserwartung – insbesondere der älteren Personen (ab 65 Jahren) – hat sich im Kanton Freiburg wie auch in der Gesamtschweiz in den letzten 20 Jahren stetig erhöht. Die Sterblichkeit im Kanton Freiburg ist aber höher als der Gesamtschweizer Durchschnitt. Die häufigste Todesursache im Kanton Freiburg sind Herz-Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen. Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass die Todesfälle aufgrund Erkrankungen des Atmungssystems im Kanton Freiburg bei beiden Geschlechtern häufiger sind als der Schweizer Durchschnitt. Zudem ist die Anzahl Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Krebserkrankungen bei Freiburger Männern höher als bei Schweizer Männern. Die Todesfälle aufgrund Erkrankungen des Atmungssystems sind im Kanton Freiburg bei beiden Geschlechtern häufiger. Die Anzahl Todesfälle infolge Prostatakrebs und Brustkrebs ist vergleichbar mit den Werten der Gesamtschweiz.

Die häufigsten Todesursachen unterscheiden sich nach Altersgruppen: Bei den 15- bis 34-Jährigen sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide die häufigsten Todesursachen, später sind es Krebserkrankungen und ab einem Alter von 80 Jahren dann Herz- und Kreislauf-Krankheiten. Bei Frauen und bei Männern lassen sich 42% bzw. 27% der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) auf Krebserkrankungen zurückführen.

Positive Entwicklungen beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Freiburger/innen

Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der körperlich Aktiven im Kanton Freiburg von 32,9% auf 39,6% gestiegen. 15,0% sind körperlich inaktiv, wobei dies häufiger auf Personen mit tieferer Bildung zutrifft. Frauen sind zudem weniger aktiv als Männer und ältere Personen weniger als jüngere. Das körperliche Aktivitätsniveau im Kanton Freiburg ist vergleichbar mit demjenigen der Gesamtschweiz.

Hinsichtlich der Ernährung zeigt sich, dass knapp 35% der Befragten (Frauen: 45,4%; Männer 24,0%) die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» einhalten, was über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt. Im Kanton Freiburg achten aber im Vergleich weniger Personen auf eine gesunde Ernährung (FR: 59,9%, CH: 70,5%).

39,4% der Freiburger Bevölkerung sind übergewichtig, 8,5% davon adipös. Dies entspricht etwa den Anteilen der Gesamtschweiz. Seit 2002 ist der Anteil übergewichtiger Personen relativ stabil geblieben. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Personen mit Übergewicht und Adipositas. Der Anteil Männer mit Übergewicht ist in allen Altersgruppen deutlich höher als derjenige der Frauen. Eher überraschend zeigen sich nur schwach ausgeprägte Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten und dem Körpergewicht.

Unterschiedlicher Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum bei Freiburgerinnen und Freiburgern

26,3% der Freiburgerinnen und Freiburger rauchen – das sind fast 7% weniger als 2002. Eine Abnahme ist für beide Geschlechter insbesondere bei den stark Rauchenden zu verzeichnen. Der Anteil der Rauchenden nimmt mit zunehmendem Alter ab. Männer rauchen in allen Altersgruppen häufiger als Frauen. Der Anteil Rauchender im Kanton Freiburg liegt im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Mit 20,8% ist der Anteil Personen, die täglich Passivrauch ausgesetzt sind, im Kanton Freiburg höher als in der Gesamtschweiz (15,6%). Der Konsum von Cannabis über die gesamte Lebensdauer hinweg ist im Kanton Freiburg (25,3%) deutlich tiefer als der gesamtschweizerische Durchschnitt (32,8%).

Im Kanton Freiburg konsumieren 14,2% der Bevölkerung täglich, 44,2% einmal bis mehrmals wöchentlich und 41,7% selten bis nie Alkohol. Es zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede: So trinken 35,5% der Frauen gegenüber 16,9% der Männer nie oder selten Alkohol. Der Anteil täglich Trinkender ist dagegen bei den Männern höher (18,1% vs. 10,4%). Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge gehen ca. 5% der Freiburgerinnen und Freiburger ein mittleres bis hohes gesundheitliches Risiko ein. Der Alkoholkonsum ist in etwa vergleichbar mit demjenigen der Gesamtschweiz.

Zwischen 2002 und 2007 hat der Anteil Personen, die in der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen haben, tendenziell zugenommen (von 40,8% auf 46,3%), wobei bei den Männern eine deutliche Zunahme zu verzeichnen ist. Der Medikamentenkonsum entspricht etwa dem Schweizer Durchschnitt. Auf gesamtschweizerischer Ebene konsumieren Frauen häufiger Medikamente als Männer, im Kanton Freiburg zeigt sich tendenziell der gleiche Geschlechterunterschied.

Störungen und Immissionen beim Wohnen und Arbeiten häufiger bei tiefem sozialen Status

Fast ein Viertel (22,2%) der Freiburger Befragten geben zwei oder mehr Störungen (v.a. Autolärm und Störungen durch Landwirtschaft) im Wohnumfeld an. Betroffen sind insbesondere Personen mit niedriger Bildung und tieferem Einkommen. Es zeigt sich, dass Personen, welche häufiger von Störungen im Wohnbereich betroffen sind, auch öfter ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden angeben. Auch im Arbeitsumfeld sind Personen mit tieferem sozialem Status vermehrt von Immissionen wie Lärm oder zu hohen bzw. zu tiefen Temperaturen betroffen.

Die Mehrheit (63,5%) der Erwerbstätigen im Kanton Freiburg ist mit ihrer Arbeitssituation sehr zufrieden (CH: 65,8%). Aber dennoch geben 21,1% der Erwerbstätigen eine hohe körperliche und 44,6% eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz an. Diese Anteile entsprechen den Werten der Gesamtschweiz. Körperliche Belastungen werden insbesondere in manuellen Berufen, psychische Belastungen dagegen v.a. von Führungskräften genannt. Angst um ihren Arbeitsplatz hatten 2007 13,7% der Erwerbstätigen, gar keine Sorgen diesbezüglich machten sich 44,2%.

Freiburgerinnen lassen häufiger eine Mammografie durchführen als Schweizerinnen

89,5% der Freiburger Bevölkerung haben einen Hausarzt/eine Hausärztin. Dieser Anteil ist tendenziell etwas über dem Schweizer Durchschnitt (87,9%). Seit 2002

haben die ärztlichen Konsultationen gesamthaft sowohl in der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Freiburg zugenommen, wobei diese Zunahme insbesondere auf die Männer zurückzuführen ist. Von den unter 40-jährigen Frauen unterzogen sich im Jahr der Befragung 39,1% einer Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung und bei 38,2% der Frauen ab 50 Jahren wurde eine Mammografie durchgeführt. Ein Fünftel der Männer ab 40 Jahren (19,8%) liess die Prostata untersuchen. Mammografien werden im Kanton Freiburg häufiger, andere Vorsorgeuntersuchungen dagegen tendenziell weniger häufig in Anspruch genommen als in der Gesamtschweiz. Ambulante medizinische Dienstleistungen werden im Kanton Freiburg generell gleich häufig in Anspruch genommen wie in der Gesamtschweiz. Im stationären Bereich liegt der Kanton Freiburg leicht unter dem Schweizer Durchschnitt, wobei dieser Unterschied insbesondere auf die Männer zurückzuführen ist. Im Bereich der Komplementärmedizin zeigt sich, dass diese Dienstleistungen deutlich häufiger von Frauen beansprucht werden als von Männern.

Unterdurchschnittliche Kosten, aber grosse Kostenzunahme

Die Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind zwar im Kanton Freiburg zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,7% stärker gestiegen als in der Gesamtschweiz (4,5%), die OKP-Kosten sind mit 2691 Franken pro versicherte Person aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt (2860 CHF). Eine starke Zunahme ist insbesondere im Spitalsektor, bei den selbstdispensierten Medikamenten sowie im Spitex-Bereich zu verzeichnen.

Das Versicherungsmodell mit wählbarer Franchise ist im Kanton Freiburg am verbreitetsten. Das Hausarztmodell gewinnt in den letzten Jahren zwar auch im Kanton Freiburg deutlich an Bedeutung, der Anteil von 7,8% liegt aber immer noch deutlich unter dem Anteil der Gesamtschweiz (14,0%).

1 Einleitung

Andrea Zumbrunn, Laila Burla und Isabelle Sturny

1.1 Zielsetzung

Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein zentraler Aufgabenbereich der kantonalen Politik. Früher dachte man bei Gesundheitspolitik in erster Linie an die Bereitstellung und Finanzierung von medizinischer Versorgung. Dies wird heute zunehmend anders gesehen – soziale und wirtschaftliche Bedingungen, welche die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, gewinnen mehr an Bedeutung (Wilkinson & Marmot, 2004). Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz sind verglichen mit den Ausgaben für die kurative Medizin allerdings sehr gering (2,2% der Gesundheitsausgaben) und verglichen mit anderen Ländern eher niedrig (OECD-Durchschnitt: 2,7%) (OECD, 2006). Mit der Öffnung der Sichtweise auf Gesundheit rückt auch die Erkenntnis in den Mittelpunkt, dass die Erhaltung und Erreichung von Gesundheit von vielen Einflussfaktoren abhängt und dass Gesundheit somit in verschiedenen Gesellschafts- und Politikbereichen eine Rolle spielen muss. Gesundheitspolitische Massnahmen können so als Ziel strukturelle Veränderungen wie die Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit oder die Verbesserung von Arbeits- und Umweltbedingungen haben, aber auch das Stärken von sozialer Unterstützung auf Gemeindeebene oder Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmassnahmen auf Verhaltensebene (z.B. Ernährung, Bewegung, Substanzkonsum) (Dahlgren & Whitehead, 1991). Deshalb spricht man heute vom Grundsatz einer multisektoralen Gesundheitspolitik («Health in all Policies»).

Ziele des zweiten Freiburger Gesundheitsberichtes

Um eine Gesundheitspolitik zu gestalten, die sich für die Schaffung gesunder und gesundheitsfördernder gesellschaftlicher Bedingungen einsetzt, bedarf es grundlegender Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und seiner Einflussfaktoren. Der vorliegende Bericht hat deshalb zum Ziel, politischen Entscheidungsträgern und -trägerinnen, Gesundheitsfachleuten und weiteren interessierten Personen einen Überblick über

die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Freiburger Bevölkerung zu verschaffen. Er baut auf den Ergebnissen früherer Publikationen auf.

Folgende konkrete Ziele stehen dabei im Vordergrund:

- Der Gesundheitsbericht dient als Nachschlagewerk für verschiedene gesundheitsrelevante Themen;
- Risiko- und Zielgruppen sollen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten identifiziert werden;
- Veränderungen zwischen 2002 und 2007¹ sollen erfasst und beschrieben werden (z.B. neu auftretende Gesundheitsprobleme, sich verschärfende Gesundheitsprobleme);
- Kantonale Besonderheiten des Kantons Freiburg bei den soziodemografischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen und Gesundheitsindikatoren sollen aufgezeigt werden;
- Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand sollen anhand der Themen Übergewicht und Depression exemplarisch dargestellt werden.

Koordinierte kantonale Zusammenarbeit in der Gesundheitsberichterstattung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erhielt den Auftrag, die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenquellen zu analysieren und für den Kanton Freiburg sowie die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Genf, Luzern, Tessin, Uri und Waadt einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Diese Berichte schliessen an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993, 1997 bzw. 2002 erstellt wurden (z.B. Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, 2005; Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne, 2004; Weiss, 2000). Für den Kanton Freiburg ist es nach

¹ Es werden für diesen Bericht hauptsächlich die Freiburger Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet, welche für die Jahre 2002 und 2007 vorliegen.

1996 der zweite kantonale Gesundheitsbericht, im Jahr 2006 erschien zudem eine interkantonale Auswertung von Gesundheitsindikatoren für die gesamte Westschweiz (Obsan, 2006). Das Verfassen dieses Berichtes erfolgte in koordinierter Zusammenarbeit zwischen dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium und den beteiligten Kantonen. Die Arbeiten wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Obsan sowie verschiedenen externen Expertinnen und Experten durchgeführt. Das Projekt wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und des Reviewboards (inhaltliche Begutachtung) sind im Einband des Berichtes aufgelistet.

1.2 Thematische Ausrichtung

Ausgangspunkt des Freiburger Gesundheitsberichtes ist die Frage, wie es der Bevölkerung im Kanton Freiburg in verschiedener Hinsicht gesundheitlich geht. In der Literatur zur öffentlichen Gesundheit hat sich über die Jahre eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit etabliert, die in diesen Bericht mit einfließt. Gesundheit ist demnach nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen, sondern ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (WHO, 1946). Sie soll als veränderlicher Zustand verstanden werden, welcher massgeblich durch verfügbare Ressourcen und erlebte Belastungen geprägt ist.

- Inwiefern die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zusammenspielen und inwiefern die Freiburgerinnen und Freiburger mehr oder weniger gesund bzw. krank sind, wird im *Kapitel 2* in diesem Bericht genauer beschrieben. Die Sterblichkeit und häufige Todesursachen der Freiburger Bevölkerung werden darin ebenfalls behandelt.

Einbezug von Einflussfaktoren von Gesundheit

Unterschiedliche Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit oder Krankheit einer Person. Anhand von Erklärungsmodellen können verschiedene Ebenen von Einflussfaktoren unterschieden werden. Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten² beispielsweise, welches in der nationalen als auch internationalen Gesundheitsberichterstattung häufig Verwendung findet (Meyer, 2009), unterscheidet folgende Ebenen (Abb. 1.1):

² Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren werden in diesem Bericht synonym verwendet.

Es wird die Ebene der individuellen Lebensweisen unterschieden, die Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke, diejenige der Lebens- und Arbeitsbedingungen und schliesslich diejenige der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Die Einflussfaktoren wirken sich auf die Gesundheit wie auch auf die Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenzen des Einzelnen aus.

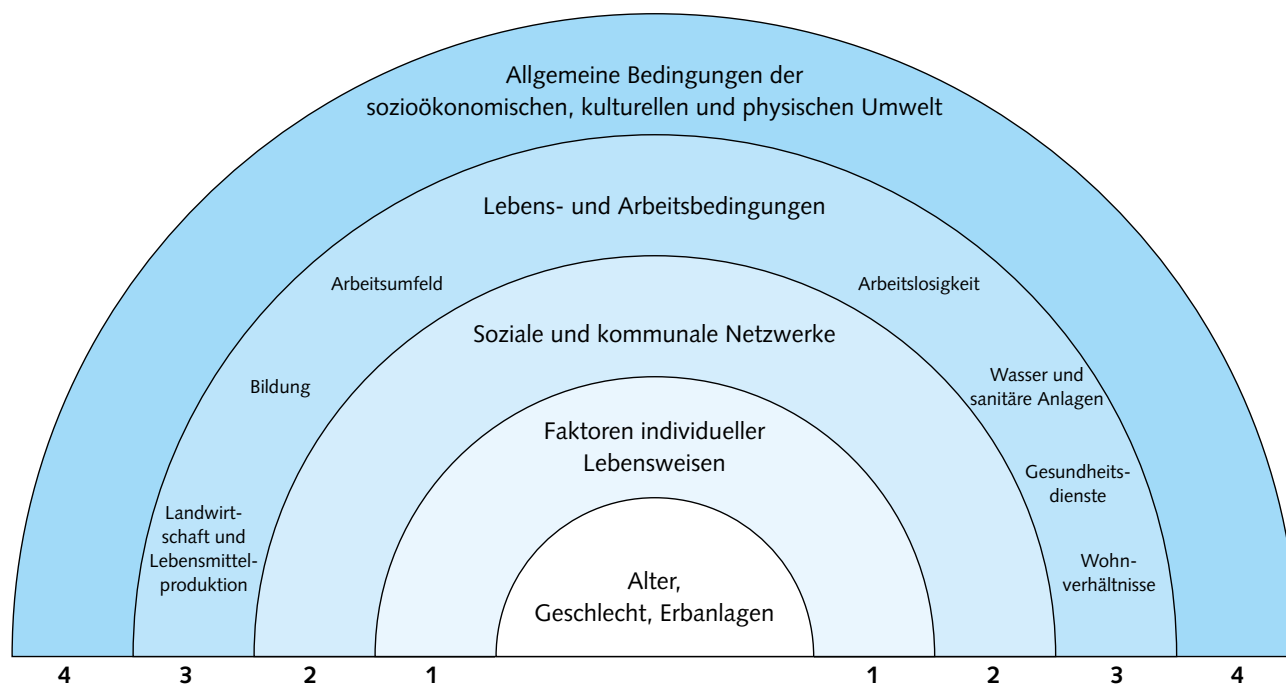
Im vorliegenden Bericht werden einige wichtige Einflussfaktoren ausführlich beschrieben, auf andere wird nur punktuell eingegangen. Die Themenauswahl hat sich in erster Linie an den Informationsbedürfnissen der kantonalen Instanzen orientiert, für Analysezwecke unzureichende Fallzahlen auf kantonaler Ebene haben die Auswahl zusätzlich gesteuert. Die verschiedenen Einflussfaktoren finden sich folgendermassen im Bericht wieder:

- Im *Unterkapitel 1.4* sind einige ausgewählte kantonale Kennzahlen zu soziodemografischen und strukturellen Merkmalen beschrieben. Dies gibt einen Überblick über die allgemeinen Rahmenbedingungen des Kantons, beispielsweise bei der Alters- oder Haushaltsstruktur.
- Auf das Vorhandensein und die Qualität der sozialen Netzwerke geht der Bericht im *Unterkapitel 2.4* kurz ein.
- In *Kapitel 3* sind ausgewählte Einflussfaktoren der individuellen Lebensweise ausführlich beschrieben (Gesundheitseinstellungen, Bewegungs- und Ernährungsverhalten, Substanzkonsum).
- *Kapitel 4* behandelt Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Freiburgerinnen und Freiburger (Immisionen und Belastungen im Wohnbereich und am Arbeitsplatz, die Zufriedenheit mit der Arbeit und die Angst vor Arbeitslosigkeit).
- Um über die Beschreibung einzelner Einflussfaktoren hinauszugehen, werden in *Kapitel 5* beispielhaft für die Themen Depression und Übergewicht Zusammenhänge (auf gesamtschweizer Ebene) zwischen Einflussfaktoren bzw. ihre Bedeutung bei der Entwicklung des jeweiligen Gesundheitsproblems dargelegt.

Ergänzende Informationen zum medizinischen Versorgungssystem

Angaben zu Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhalten sowie dem Lebenskontext werden idealerweise mit Informationen zum medizinischen Versorgungssystem ergänzt. Die Inanspruchnahme

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit



Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991

medizinischer Leistungen liefert z.B. weitere Hinweise auf gesundheitliche Probleme, aber auch Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.

- In diesem Bericht geschieht dies in erster Linie anhand selbstberichteter Angaben zur Nutzung von medizinischen Leistungen im Kanton Freiburg (*Kapitel 6*), etwa zur Inanspruchnahme von Spitalleistungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Ergänzend finden sich im *Unterkapitel 1.4* Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton Freiburg wie die Ärztedichte, Bettendichte oder auch Hospitalisationsrate.
- Für die Einzelne oder den Einzelnen ist die Inanspruchnahme aber auch mit finanziellen Belastungen verbunden, welche sich u.a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegelt. Eine Übersicht darüber liefert *Kapitel 7*.

Fokus auf Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich Lebensumstände und Verhaltensweisen zwischen Bevölkerungsgruppen teilweise stark unterscheiden. Diese Erkenntnis ist für Massnahmen der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zentral. Im Freiburger Gesundheitsbericht werden daher wo möglich verschiedene Bevölkerungsgruppen systematisch miteinander verglichen. Dies geschieht anhand einer vereinheitlichten

Tabelle, in welcher die Häufigkeit einer Problematik nach *Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad* aufgeschlüsselt ist (Beispiel: Tab. 2.1). Für diese Bevölkerungsgruppen ist von unterschiedlichen Lebensumständen und Verhaltensweisen auszugehen. Im grau hinterlegten Kasten (siehe unten) finden sich zur Illustration Informationen zu gesundheitsrelevanten Unterschieden zwischen Frauen und Männern, jungen und älteren Menschen sowie weniger und besser Gebildeten/Verdienenden. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten variieren ebenfalls nach Herkunftsland und Migrationshintergrund (BAG, 2007c). In diesem Bericht kann aus methodischen Gründen jedoch nur eine Unterscheidung in der groben Zweiteilung nach Schweizer/innen und Ausländer/innen erfolgen³. Schliesslich wird die jeweilige Thematik sowohl nach Stadt/Land-Bevölkerung («Variable Urbanisierungsgrad») als auch nach Sprachregionen und (ausgewählten) Kantonen aufgeschlüsselt, was den Vergleich zwischen unterschiedlichen regionalen Bevölkerungsstrukturen erlaubt.

³ Eine Darstellung nach Nationalität kann aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht erbracht werden. Die Sammelkategorie Ausländer/innen umfasst daher alle Nationalitäten bzw. sowohl frisch zugewanderte Migrantinnen und Migranten mit Wohnsitz in der Schweiz als auch Ausländer/innen, welche in der zweiten oder dritten Generation in der Schweiz leben. Die Interpretation der Ausprägung Ausländer/innen ist daher schwierig. Das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung des BAG liefert zu diesem Thema detaillierte Informationen auf nationaler Ebene (www.migres.admin.ch).

Unterschiedliche Relevanz einzelner Einflussfaktoren für Frauen und Männer

Geschlecht wird nicht als isoliertes, feststehendes Merkmal verstanden, sondern im Sinne von Gender als Ergebnis einer Vielzahl individueller und struktureller Prozesse. Frauen und Männer sind als soziale Gruppen aufzufassen, die je gemeinsame Erfahrungen, Ressourcen und Risikofaktoren aufweisen. In Bezug auf Gesundheit treten einige Faktoren bei Frauen häufiger auf als bei Männern und/oder haben eine grössere Bedeutung: z.B. im Erwerbsleben (Teilzeitarbeit, prekäre Arbeitsbedingungen, tiefes Einkommen), im Privatleben (Alleinerziehende, Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben) oder beim Gesundheitszustand (höhere Lebenserwartung, häufiger chronische Erkrankungen und psychische Beschwerden) (BAG, 2008a). Bis ins hohe Alter zeigen sich gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, z.B. beim Ausmass der sozialen Unterstützung und dem häufigeren Leben in Institutionen (Frauen werden älter als Männer und sind häufiger verwitwet).

Starke Unterschiede bei Morbidität und Gesundheitsverhalten zwischen den Altersgruppen

Wie später ausgeführt, beziehen sich die Ergebnisse dieses Berichtes hauptsächlich auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, welche Personen ab 15 Jahren befragt. Somit stellen Einflussfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen⁴ kein Thema dieses Berichtes dar. Für die Gesundheit in der Lebensmitte zeichnen sich spezifische Lebenslagen als gesundheitlich belastend aus, z.B. die Situation von allein erziehenden Eltern oder auch spezifische Arbeitsbedingungen. Hinsichtlich der Arbeitssituation können für ältere Erwerbstätige der Anstieg der psychischen und psychosozialen Anforderungen der Arbeitswelt – wie die häufige Gleichzeitigkeit verschiedener Arbeitsschritte, viele Termine, häufige Neuerungen – ein Problem darstellen und z.B. eine altersangepasste Gestaltung der Erwerbsarbeit erforderlich machen (Höpflinger & Weiss, 2009).

Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger und führen nicht selten zur Multimorbidität. Allerdings bestehen bei Seniorinnen und Senioren grosse interindividuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bei Selbständigkeit 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 (ISPM Zürich, 2008; Perrig-Chiello, 2005). Bei den Hochbetagten sind kognitive und psychische Erkrankungen häufig. In der Schweiz sind zwischen 1% bis 2% der 65- bis 69-Jährigen von demenziellen Erkrankungen betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 30% (Kickbusch & Ospelt-Niepert, 2009).

⁴ Auf kantonalem Niveau können mit der SGB 2007 wegen der kleinen Fallzahlen keine vertieften Analysen der Jugendlichen gemacht werden.

Personen mit schlechter Schulbildung haben mehr Gesundheitsprobleme

Bildung ist ein ungleich verteiltes Gut mit vielfältigen Effekten auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheit. Personen mit höherer Bildung zeigen insgesamt ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein und haben eine höhere Lebenserwartung als bildungsferne Bevölkerungsteile (Mielck, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009). Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass ein ungelernter Arbeiter im Durchschnitt vier bis fünf Jahre früher stirbt als ein Akademiker (Kickbusch & Engelhardt, 2009). Diesbezüglich auffallend sind die erheblichen Unterschiede in Mortalität und Morbidität zwischen Personen, die das Ausbildungssystem nach der obligatorischen Schulzeit verlassen haben, und Personen mit Abschluss einer Berufslehre. Dagegen sind Unterschiede zwischen der Gruppe mit Abschluss einer Berufslehre und jener mit tertiärer Bildung vergleichsweise gering. In den vergangenen 20 Jahren ist der Anteil der Schweizer/innen, die höchstens über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen, von 47% auf unter 30% gesunken (Stamm & Lamprecht, 2009).

Das Konzept der «Gesundheitlichen Ungleichheit» – damit ist der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Morbidität bzw. Mortalität gemeint – geht über den Faktor Bildung hinaus und meint auch Unterschiede nach beruflichem Status und Einkommen. Unterschiede zwischen Berufsgruppen (sozioprofessionelle Kategorien) werden in diesem Bericht hauptsächlich im Kapitel 4 «Wohn- und Arbeitssituation» thematisiert, das Einkommen als zentrale Variable wird – trotz methodischer Probleme – systematisch in der vergleichenden Tabelle ausgewiesen.⁵ Da es sich beim vorliegenden Bericht um keinen Schwerpunktbericht zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit handelt, werden diese Merkmale allerdings nur punktuell diskutiert.

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Bildungskategorien umfassen folgende Personengruppen:

Obligatorische Schule:

Personen, die noch in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule (noch) keinen weiteren Abschluss gemacht haben.⁶

Sekundarstufe II:

Personen, die eine Anlehre, Berufslehre, Vollzeitberufsschule, Berufsmaturität, 1- bis 2-jährige Handelsschule, Diplommittelschule, allgemeinbildende Schule, Maturitätsschule, Haushaltsschule abgeschlossen haben.

Tertiärstufe:

Personen, die ein Lehrerseminar, Meisterdiplom, eidg. Fachausweis, Techniker- oder Fachschule, höhere Fachschule, Fachhochschule, Universität, Hochschule abgeschlossen haben.

⁵ Für das Einkommen wird in diesem Bericht das Haushaltsäquivalenzeinkommen verwendet, welches das Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder meint. Für Ausführungen zu den methodischen Problemen siehe Absatz am Ende des Unterkapitels 1.3.

⁶ Insgesamt haben rund 90% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss und etwa 10% haben die obligatorische Schule nicht besucht oder nicht abgeschlossen.

1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen

Hauptdatenquelle ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung

Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2007. Es sind die aktuellsten Daten, die für den Kanton Freiburg vorliegen. Die Gesundheit der Bevölkerung verändert sich in der Regel nicht markant von einem Jahr zum anderen, wodurch von einer insgesamt guten Annäherung der 2007er Zahlen an die heutige Situation auszugehen ist.⁷ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung stellt für die Schweiz aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Im Unterschied zu Patientendaten wie z.B. Spitalstatistiken geben repräsentative Bevölkerungsbefragungen wie die SGB nicht nur über Patienten/innen bzw. kranke Menschen Auskunft, sondern auch über mehr oder weniger gesunde Personen bzw. deren vorübergehende oder chronische Beschwerden, Schmerzen und Behinderungen (Weiss, 2000). Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Eine weitere Stärke der

Erhebung ist ihre fünfjährige Wiederholung, was die Erfassung von Veränderungen über die Zeit erlaubt (für weitere Informationen zur SGB vgl. Tab. 1.1, Anhang oder die weitergehende Literatur: BFS, 2008c, 2010).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung weist trotz ihren Stärken auch einige *Grenzen* auf. So schliesst die Befragung nur Personen in Privathaushalten ein. Damit sind Personen, welche in Heimen oder anderen Institutionen leben, nicht vertreten – dies betrifft u.a. auch gerade ältere Menschen, welche in Alters- und Pflegeheimen leben. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse der SGB ein zu positives Bild der Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz vermitteln, welches – würde man auch die Menschen in Heimen einschliessen – sicher ungünstiger ausfallen würde.⁸ In der SGB wurden zudem nur Personen befragt, welche sich ausreichend in einer der drei Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch ausdrücken können. Dadurch sind beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, welche sprachlich nicht gut integriert sind, unzureichend vertreten. Weiter erreicht die Befragung nur Personen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss ausserdem berücksichtigt werden, dass es sich bei den Daten um Selbstangaben handelt. Selbstangaben können einerseits durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein, wenn Befragte also nicht die Antwort wählen, welche für sie persönlich zutrifft, sondern diejenige, die ihnen gesellschaftlich besser akzeptiert scheint. Andererseits kann auch der Erinnerungs-

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.
Rechtsgrundlage:	Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
Erhebungszweck:	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert u.a. Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen und über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.
Befragte:	Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.
Stichprobe:	Die Auswahl der Befragten erfolgte in zwei Schritten: 1. Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichproben von Privathaushalten. 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts. Im Rahmen der SGB 2007 nahmen 18'760 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 14'432 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. Im Kanton Freiburg wurden 1003 Personen telefonisch befragt und 773 gaben ebenfalls schriftlich Auskunft. 13 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck kantonaler Analysen ihre Stichproben mit Eigenmitteln aufgestockt: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.
Periodizität:	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Nächste Befragung: 2012.
Aussagekraft:	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

⁷ Spezifische Aspekte wie beispielsweise die Zufriedenheit am Arbeitsplatz können aber sehr wohl durch einschneidende Ereignisse wie die Finanzkrise verändert sein.

⁸ Als Ergänzung zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird daher vom Bundesamt für Statistik im Jahr 2009 eine Befragung von älteren Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, welche differenzierte Aussagen zur (Gesundheits-)Situation dieser Personengruppe erlaubt.

Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Freiburg nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007
(15-jährige und ältere Personen)

Altersgruppen	Männer				Frauen				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 Jahre	133	29,1	34 735	32,6	138	25,3	34 909	31,9	271	27,0	69 644	32,2
35–49 Jahre	138	30,2	32 468	30,5	180	33,0	31 634	28,9	318	31,7	64 102	29,7
50–64 Jahre	113	24,7	24 014	22,5	125	22,9	23 003	21,0	238	23,7	47 017	21,8
65+ Jahre	73	16,0	15 378	14,4	103	18,9	19 948	18,2	176	17,5	35 326	16,3
Total	457	100,0	106 595	100,0	546	100,0	109 494	100,0	1003	100,0	216 089	100,0

Quelle: BFS, ESPOP 2007

effekt zu einer Verzerrung führen, denn für Befragte ist oft schwierig abzuschätzen, wie häufig eine bestimmte Tätigkeit bzw. ein bestimmtes Ereignis in einem bestimmten Zeitraum vorgekommen ist.

Aus Tabelle 1.2 geht der Anteil befragter Personen bzw. die entsprechende Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter, Jahr 2007) im Kanton Freiburg nach Geschlecht und Altersgruppen hervor.

Von den insgesamt 216'089 Einwohner/innen im Alter von 15 Jahren und älter wurden im Rahmen der SGB 1003 Personen befragt. Unter den Befragten waren 546 Frauen und 457 Männer.

Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde nachträglich mittels eines Gewichtungsverfahrens an die Struktur der Kantonsbevölkerung angeglichen, damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Freiburg Gültigkeit erhalten.

Weitere verwendete Datenquellen

Nebst der Schweizerischen Gesundheitsbefragung fliesen in einigen Kapiteln des vorliegenden Berichtes auch Daten folgender weiterer Statistiken ein (v.a. Kap. 2.5 und 7):

- *Todesursachenstatistik:*
Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.
- *Datenpool santésuisse:*
Der Datenpool des Branchenverbandes der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) erfasst die aggregierten Daten von rund 97% aller Versicherten und ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leis-

tungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich.

– ESPOP:

Die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) des Bundesamtes für Statistik liefert Informationen über den Stand und Struktur der ständigen Wohnbevölkerung sowie der registrierten Bewegungen der ständigen Wohnbevölkerung.

– Medizinische Statistik der Krankenhäuser:

Die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Es werden soziodemografische Informationen der Patienten/innen als auch administrative Daten und medizinische Informationen erhoben.

Eine ausführlichere Beschreibung dieser Datenquellen erfolgt in den jeweiligen Kapiteln.

Methodische Hinweise zu den Auswertungen in diesem Bericht

Die Auswertungen im Freiburger Gesundheitsbericht sind mehrheitlich deskriptiver Art. Abbildungen und Tabellen bestehen zum grossen Teil aus Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen. In jeder Abbildung und Tabelle sind die Anzahl Befragte ausgewiesen, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegen. Die Ergebnisse beruhen auf den gewichteten Daten (für das Gewichtungungsverfahren siehe Anhang). Dies erlaubt es, möglichst

repräsentative Werte für die Kantone bzw. die Schweiz auszuweisen und Verzerrungen aufgrund des Verfahrens der Stichprobenziehung zu minimieren. Wie bei Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung üblich (Vorgaben des Bundesamtes für Statistik), werden keine Ergebnisse präsentiert, welche auf Angaben von weniger als 10 Personen beruhen. Diese sind mit einem Punkt gekennzeichnet. Werte, welche Antworten von 10 bis 29 Befragten entsprechen, stehen in den Tabellen und Abbildungen in Klammern und haben aufgrund der kleinen Fallzahlen eine eingeschränkte Aussagekraft. Für kleinere Bevölkerungsgruppen oder seltene Ereignisse können die Ergebnisse deshalb in einigen Fällen nicht auf kantonalem Niveau, sondern nur auf gesamtschweizerischer Ebene ausgewiesen werden.

Die Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen wurden systematisch auf Unterschiede zwischen den jeweiligen Kantonen und der Gesamtschweiz (Gesamtschweiz ohne untersuchten Kanton) sowie – wenn möglich – zwischen den Jahren 2002 und 2007 hin überprüft. Für die regionalen und zeitlichen Vergleiche wurde der z-Test, für die anderen Vergleiche der Chi-Quadrat-Test verwendet. «Statistisch signifikant» meint dabei Unterschiede mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 5\%$, d.h. die Wahrscheinlichkeit (p) ist gering, dass das Ergebnis durch Zufall zustande kam. Statistisch signifikante Unterschiede sind in den Tabellen beim regionalen Vergleich als solche gekennzeichnet. Um die Repräsentativität der Daten zu erhöhen, wurde im regionalen Vergleich für die korrekte Berechnung der Standardfehler oder Vertrauensintervalle das Stichprobendesign miteinbezogen.

Schliesslich wurden die Werte beim regionalen (und zeitlichen) Vergleich – mit Ausnahme des Kapitels zur Mortalität – nicht alters- oder geschlechtskorrigiert. Dies insbesondere aus dem Grund, dass es neben Alter und Geschlecht weitere wesentliche Einflussfaktoren gibt, die ebenfalls korrigiert werden müssten. Zudem sind für den

Kanton Freiburg für die Planung seiner Aktivitäten die realen Häufigkeiten von Bedeutung. Da die Werte aber jeweils nach verschiedenen soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen aufgeschlüsselt sind, können einzelne Bevölkerungsgruppen direkt zwischen dem Kanton Freiburg und der Gesamtschweiz verglichen werden.

Die statistische Genauigkeit der Ergebnisse in diesem Bericht soll kurz anhand eines Beispiels erläutert werden. Bei einem geschätzten Anteil von 26,3% Raucher/innen im Kanton Freiburg (geschätzt für die Freiburger Bevölkerung anhand der Stichprobe von Total 1003 Befragten) liegt der wahre Anteil Raucher/innen mit 95% Sicherheit zwischen 23,4% und 29,5% (95%-Vertrauensintervall). Je kleiner die Stichprobe ist (z.B. bei vielen fehlenden Werten), desto grösser das Vertrauensintervall. Im Weiteren lassen die Ergebnisse der in diesem Bericht durchgeführten bivariaten Analysen häufig keine Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs und den Einfluss weiterer Faktoren zu. Multivariate Auswertungen fanden lediglich im Kapitel 5 «Schwerpunkte: Depressionssymptome, Übergewicht» Anwendung, und sind an dieser Stelle beschrieben. Schliesslich ist die Problematik der fehlenden Werte zu erwähnen. So wurde insbesondere das Einkommen nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermassen häufig ausgefüllt. Bei älteren Frauen und jüngeren Personen gab es überproportional viele fehlende Werte, d.h. die Angaben sind nicht für die gesamte Bevölkerung repräsentativ. Da diese Verzerrungen aber sowohl für die Schweiz als auch für den Kanton Freiburg zutreffen und der Variable Einkommen eine besondere Bedeutung zukommt, wurde sie beibehalten.

Erklärungen zu den Standardtabellen

Über den ganzen Bericht hinweg finden sich immer wieder so genannte Standardtabellen, in welchen die Häufigkeiten einer Problematik (z.B. körperliche Aktivität, gesundheitliches Wohlbefinden) für verschiedene Bevölkerungsgruppen dargestellt sind.

Im oberen Teil der Tabellen erfolgt wenn möglich stets eine Aufschlüsselung nach Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad. Zum Teil werden weitere Variablen (z.B. sozioprofessionelle Kategorien) herbeigezogen.

Der untere Teil der Tabellen zeigt einen Vergleich des Kantons Freiburg mit der Gesamtschweiz, den Kantonen Bern und Waadt sowie der Region Espace Mittelland. Im Folgenden soll nun anhand einiger Beispiele der Tabelle 3.5 (Körperliche Aktivität) aufgezeigt werden, wie diese Tabellen zu lesen und zu verstehen sind. Dazu werden die umkreisten Werte der Tabelle näher erklärt.

– Beispiel 1: Ergebnisse zu Geschlecht

Im Kanton Freiburg sind 38,3% der Frauen und 41,0% der Männer körperlich aktiv. Auf der Ebene der Gesamtschweiz sind es 39,1% (Frauen) bzw. 43,3% (Männer).

– Beispiel 2: Ergebnisse zu Bildung

Der Anteil der inaktiven Personen nimmt mit zunehmender Bildung ab: So sind 31,6% der Freiburger/innen ohne nachobligatorische Bildung inaktiv, bei denjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind es 9,8%. Die Klammern weisen aber darauf hin, dass dieser Wert auf eine kleine Fallzahl (Antworten von 10–29 Personen) basiert und somit eine eingeschränkte Aussagekraft hat.

– Beispiel 3: nicht angegebene Werte

Basiert ein Wert auf weniger als 10 Antworten, so wird der Wert nicht angegeben und es wird dessen Stelle ein Punkt gesetzt.

– Beispiel 4: regionaler Vergleich

Der Kanton Freiburg wird in diesem unteren Teil der Tabelle mit der Gesamtschweiz und anderen Kantonen bzw. Regionen verglichen. Unterscheidet sich ein Wert statistisch signifikant vom Wert des Kantons Freiburg, so ist er mit einem Sternchen * gekennzeichnet: Der Anteil der aktiven Personen in der Gesamtschweiz ist mit 41,1% somit zwar höher als im Kanton Freiburg (39,6%), der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Dagegen liegt der entsprechende Anteil im Kanton Waadt (33,2%) signifikant unter dem Anteil des Kantons Freiburg.

Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/teilaktiv		inaktiv	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		39,6	41,1	45,4	43,0	15,0	15,9
Geschlecht	Frauen	38,3	39,1	43,7	43,0	17,9	17,9
	Männer	41,0	43,3	47,1	42,9	11,9	13,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	48,2	47,8	41,8	42,0	(10,0)	10,2
	35–49 Jahre	34,8	39,2	52,0	46,7	13,1	14,1
	50–64 Jahre	34,1	38,6	51,5	45,6	14,5	15,8
	65+ Jahre	38,1	36,1	27,8	35,1	34,2	28,8
Bildung	Obligatorische Schule	33,5	36,5	34,9	34,1	31,6	29,4
	Sekundarstufe II	41,9	41,6	45,5	42,9	12,7	15,5
	Tertiärstufe	38,7	42,3	51,6	47,2	(9,8)	10,5
Nationalität	Schweiz	39,3	41,9	46,8	43,8	14,0	14,3
	Ausland	41,9	37,7	37,1	39,2	(20,9)	23,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	37,0	40,2	47,2	41,6	15,8	18,2
	CHF 3000 bis 4499	36,0	40,0	45,1	43,0	18,9	17,0
	CHF 4500 bis 5999	46,9	41,6	40,9	45,7	(12,2)	12,7
	CHF 6000 und höher	46,8	43,4	49,4	46,4	10,2	10,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	40,2	40,8	44,2	42,8	15,6	16,4
	Land	39,0	42,0	46,8	43,4	14,2	14,6
Regionaler Vergleich	Freiburg	39,6		45,4		15,0	
	Schweiz	41,1		43,0		15,9	
	Bern	44,4		41,8		13,8*	
	Waadt	33,2*		46,2		20,6*	
	Espace Mittelland	42,8		42,1		15,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=947 (FR), n=17'907 (CH)

* Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

1.4 Der Kanton Freiburg im regionalen Vergleich

Der interkantonale Vergleich ist ein wichtiges Ziel des vorliegenden Berichtes und liefert wertvolle Anhaltspunkte zur Einschätzung, ob ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder gesundheitsschädigendes Verhalten überdurchschnittlich häufig im eigenen Kanton vorkommt und damit besonders Besorgnis erregend ist. Allgemeine kantonale Besonderheiten, insbesondere bei soziodemografischen oder strukturellen Merkmalen, können mit Unterschieden im Gesundheitszustand und -verhalten in Zusammenhang stehen. Tabelle 1.3 gibt deshalb verschiedene Kennzahlen für den Kanton Freiburg und die Gesamtschweiz wieder. Diese sind aber nur vereinzelt in die Auswertungen der einzelnen Kapitel ein-

geflochten und dienen primär dem Zweck, Vermutungen für allfällige unterschiedliche Ergebnisse zwischen den Kantonen anzustellen.

Es wurden die jeweils aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten verwendet, diese sind jedoch aus den Jahren 2002–2007. Neuere Entwicklungen sind deshalb nicht abgebildet. Für den Kanton Freiburg ergibt sich folgender Überblick:

Starke Bevölkerungszunahme im Kanton Freiburg

Ein Blick auf die Bevölkerungsentwicklung seit 2002 zeigt, dass der Kanton Freiburg im Vergleich zur Schweiz mit 8,2% eine klar überdurchschnittliche Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung zu verzeichnen hat. Im interkantonalen Vergleich ist Freiburg der Kanton mit der stärksten Bevölkerungszunahme, Appenzell Ausserrhodens

Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Freiburg im Vergleich zur Gesamtschweiz

Kennzahl	FR	CH	Rang FR ¹	Beschreibung der Kennzahl, Quellen
Bevölkerungsgrösse 2007				
Frauen	132 486	3 866 480	11	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2007)
Männer	130 755	3 727 014	11	
Total	263 241	7 593 494	11	
Bevölkerungsentwicklung 2002–2007 (in %)				
Frauen	8,0	3,4	1	Zunahme/Abnahme zwischen 2002 und 2007 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2002–2007)
Männer	8,3	4,3	1	
Total	8,2	3,8	1	
Altersstruktur 2007 (in %)				
0–14 Jahre	17,9	15,5	2	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS: ESPOP 2007)
15–34 Jahre	26,5	25,1	3	
35–49 Jahre	24,4	24,1	8	
50–64 Jahre	17,9	19,0	24	
65+ Jahre	13,4	16,4	26	
Geburtenrate 2007 (pro 1000 Einwohner/innen)				
	10,7	9,9	5	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen 2007 (BFS: ESPOP 2007, BEVNAT 2007)
Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2007 (in %)				
	55,5	73,4	17	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS: ESPOP, Einteilung gemäss Volkszählung 2000)
Anteil Ausländer/innen 2007 (in %)				
	16,7	21,1	17	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2007 (BFS: ESPOP 2007)
Anteil Fremdsprachiger 2000 (in %)				
	6,2	9,0	21	Anteil der Bevölkerung, der eine andere als die vier Landessprachen als Hauptsprache angibt (BFS: Volkszählung 2000)
Bildungsniveau der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung 2000 (in %)				
Ohne nachobligatorische Ausbildung	27,7	22,9	7	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000)
Sekundarstufe II	45,9	49,2	23	
Tertiärstufe	19,7	21,5	11	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,5	2,2	5	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten; Anteil Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil an allen Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)
Einpersonenhaushalte (in %)	30,4	36,0	23	
Monoparentale Haushalte (in %)	11,2	13,1	16	
Arbeitslosenquote 2007 (in %)				
	2,7	2,8	8	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Volkszählung 2000 (seco, BFS)
Erwerbsquote 2000 (in %)				
	65,3	65,3	14	Anteil der Erwerbspersonen an der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)

Kennzahl	FR	CH	Rang FR ¹	Beschreibung der Kennzahl, Quellen
Beschäftigungsstruktur 2005 (in %)				
Beschäftigte im I. Sektor	10,1	5,3	5	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren als Anteile aller Beschäftigten (BFS: Betriebszählung 2005)
Beschäftigte im II. Sektor	27,8	25,5	16	
Beschäftigte im III. Sektor	62,2	69,2	12	
Äquivalenzeinkommen 2006 (in CHF)	50 040	55 047	19	Durchschnittliches reines Einkommen gewichtet nach Haushaltgrösse und -zusammensetzung (Eidgenössische Steuerverwaltung ESTV)
Sozialhilfequote 2007 (in %)	2,3	3,1	11	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen am Total der Bevölkerung (BFS: Sozialhilfestatistik 2007)
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)				
Allgemeinpraktiker/innen	0,4	0,6	25	Anzahl Allgemeinpraktiker/innen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztestatistik 2007)
Fachärzte/-ärztinnen	1,1	1,5	13	Anzahl Fachärzte/-ärztinnen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztestatistik 2007)
Zahnärzte/-ärztinnen	0,4	0,5	23	Anzahl Zahnärzte/-ärztinnen pro 1000 Einwohner/innen: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind, 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
Apothekendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,3	0,2	8	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 1000 Einwohner/innen 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
Bettendichte in Krankenhäusern (pro 1000 Einwohner/innen)				
Allgemeine Krankenhäuser	3,0	3,3	12	Anzahl stationärer Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner/innen (BFS: Krankenhausstatistik 2007)
Spezialkliniken	0,8	2,1	20	
Dichte an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre)	73	72	14	Anzahl belegter und nicht belegter Beherbergungsplätze, die am 1. Januar des Erhebungsjahres in Betrieb stehen, pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre (BFS: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern in Tagen (Median)	7,0 (5)	7,3 (5)	18	Durchschnitt und Median der Aufenthaltsdauer in Akutspitälern (K1). Alter der Patienten/innen mind. 15 Jahre; stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton, Trimmung der 99. Perzentile (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Hospitalisationsrate 2007	145,5	134,1	3	Hospitalisierungen in Akutspitälern (K1), stationäre A-Fälle, pro 1000 Einwohner/innen (Austritte im Jahr 2007) (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Rate der Mehrfachhospitalisationen 2007 (in %)	21,7	19,8	3	Anteil der Personen, welche mehr als einmal hospitalisiert wurden am Total der hospitalisierten Personen. Nur Akutspitäler (K1), stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Einwohner/in (inklusive Ausgaben der Gemeinden)	1 068	1 085	10	Nettofinanzbedarf 2005 pro Einwohner/in gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Eidgenössische Finanzverwaltung; BFS)

¹ Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl.

und Basel-Stadt haben die stärksten Bevölkerungsabnahmen (-0,8%). Rund die Hälfte der Freiburgerinnen und Freiburger leben in ländlichen Gebieten. Der Urbanisierungsgrad des Kantons Freiburg liegt mit 56% unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Mehr Junge im Kanton Freiburg als in der Gesamtschweiz

Die Betrachtung der Altersstruktur zeigt, dass die Anteile an 50- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen im Kanton Freiburg verglichen mit der Gesamtschweiz tiefer sind, der Anteil der bis 35-Jährigen dagegen höher. Die Geburtenrate für das Jahr 2007 beträgt im Kanton Freiburg 10,7% und ist somit höher als der schweizerische Durchschnitt (9,9%).

Angaben über die Haushaltsstrukturen sind u.a. im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Mehrfachbelastungen von zentraler Bedeutung. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und Einelternfamilien. Die Daten zeigen, dass der Kanton Freiburg im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen geringeren Anteil an Einpersonenhaushalten aufweist. Auch hinsichtlich des Anteils an Einelternfamilien liegt der Kanton Freiburg unter dem schweizerischen Mittel.

Geringer Anteil Ausländer/innen

Der prozentuale Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung schwankt in der Schweiz sehr stark zwischen den Kantonen (UR: 8,7%; GE: 37,4%). Mit einem Ausländeranteil von 16,7% bewegt sich der Kanton Freiburg bei den 26 Kantonen im Mittelfeld. In Bezug auf den Anteil fremdsprachiger Personen liegt der Kanton Freiburg unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Hoher Anteil an Beschäftigten im Primärsektor

Entsprechend dem tiefen Urbanisierungsgrad des Kantons Freiburg zeigen die Zahlen zur Beschäftigungsstruktur, dass der Kanton Freiburg über einen im Schweizer Vergleich hohen Anteil an Beschäftigten im Primärsektor verfügt (FR: 10,1%, CH: 5,3%). Die Arbeitslosenquote des Kantons Freiburg (2,7%) bzw. die Erwerbsquote (65,3%) liegt im gesamtschweizerischen Mittel. Das Äquivalenzeinkommen ist hingegen tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Das Bildungsniveau liegt im Kanton Freiburg unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt: Der Bevölkerungsanteil, der keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton Freiburg im Vergleich mit der Gesamtschweiz höher. Zudem verfügen im Kanton Freiburg weniger Personen über eine Tertiärausbildung als in der Gesamtschweiz.

Relativ wenig Hospitalisationen

Der Kanton Freiburg weist, verglichen mit der Gesamtschweiz, eine geringere Spitalbettendichte auf (FR: 3,0 Betten pro 1000 Einwohner/innen, CH: 3,3 Betten pro 1000 Einwohner/innen), insbesondere bei der Betten-dichte in Spezialkliniken (FR: 0,8 Betten pro 1000 Einwohner/innen, CH: 2,1 Betten pro 1000 Einwohner/innen). Diese Zahl sagt nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten, aus. Der Kanton Freiburg verfügt denn auch über die dritthöchste Hospitalisationsrate der Schweiz, die Rate der Mehrfachhospitalisationen ist ebenfalls deutlich höher als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Hinsichtlich der Dichte an Pflegeplätzen in Pflegeheimen liegt der Kanton Freiburg hingegen im Mittelfeld.

Die Ärztedichte ist im Kanton Freiburg im Vergleich mit der Gesamtschweiz bei den Allgemeinpraktikern/-praktikerinnen und Fachärzten/-ärztinnen etwas tiefer, dasselbe gilt für die Zahnärztedichte.

2 Gesundheitszustand

Jean-Luc Heeb (2.1 bis 2.4 und 2.6), Maik Roth (2.5 und 2.6)

Während biomedizinische Ansätze Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit bezeichnen, rückt mit der Definition der WHO (1946) Gesundheit als solche in den Mittelpunkt: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». Diese Definition ist wegweisend für das Gesundheitsverständnis im Sinne von Public Health, da sie von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgeht und nebst objektiven Kriterien die Erfahrbarkeit von Gesundheit durch den Einzelnen betont. Nicht ganz unproblematisch sind hingegen die statische Sichtweise von Gesundheit sowie die schwer einlösbare, stark wertorientierte Voraussetzung eines vollständigen und umfassenden Wohlergehens. Daher scheint es sinnvoll, den Gesundheitszustand einer Person vor dem Hintergrund eines mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu sehen. Im Laufe der Zeit wird sich der Gesundheitszustand zwischen den Polen «ganz gesund» und «ganz krank» bewegen. Die Annahme eines fließenden Übergangs von Gesundheit zu Krankheit unterscheidet sich wesentlich von der biomedizinischen Sichtweise (Antonovsky, 1997). An die Stelle der Zweiteilung in Kranke und Gesunde tritt eine verfeinerte Einteilung, wonach Menschen mehr oder weniger gesund bzw. krank sind. Gesundheit gilt nicht mehr als ein Zustand des Gleichgewichts, der vorübergehend durch Krankheit gestört würde. Vielmehr ist Gesundheit als ein veränderlicher Zustand zu verstehen, der massgeblich durch verfügbare Ressourcen und erlebte Belastungen geprägt wird. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das Bewältigungshandeln der Person selbst: Wohlbefinden hängt auch davon ab, in welchem Mass Ressourcen zur Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen eingesetzt werden können. Exemplarisch sei hier das Wohlbefindensparadox bei älteren Menschen erwähnt, die trotz körperlicher Gebrechen ihr Wohlbefinden oft als gut einschätzen (siehe Staudinger, 2000; Wahl & Heyl, 2004).

In diesem Kapitel werden verschiedene Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit vorgestellt, die Aufschluss über die Lage der Freiburger

Bevölkerung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum geben.⁹ Einleitend werden die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und deren Zusammenhang mit den drei Gesundheitsdimensionen dargestellt (2.1). Danach wird auf einzelne Aspekte der drei Dimensionen der körperlichen (2.2), der psychischen (2.3) und der sozialen Gesundheit (2.4) näher eingegangen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Zusammenhängen zwischen den einzelnen Gesundheitsdimensionen und soziodemografischen Determinanten der Gesundheit. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung der Sterblichkeit und der Häufigkeit einzelner Todesursachen im Kanton Freiburg (2.5), gefolgt von einer Zusammenfassung (2.6).

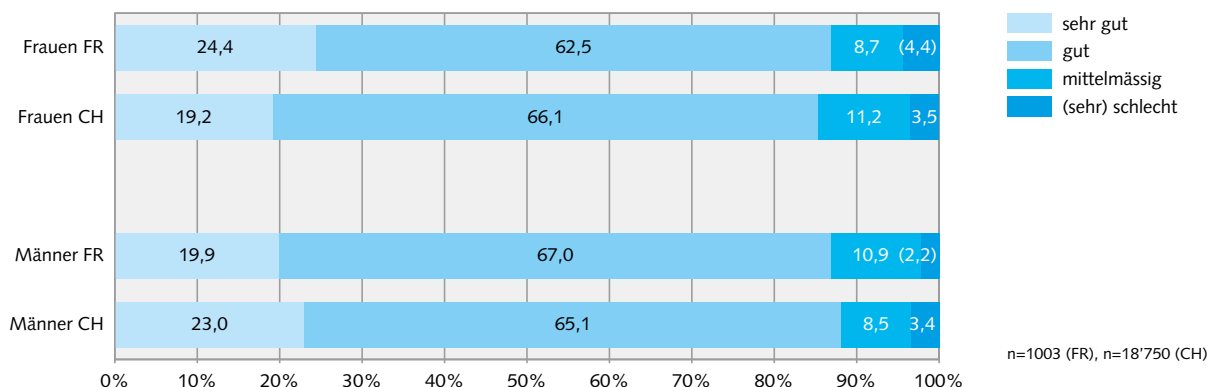
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden

Gesundheitliches Wohlbefinden betont gezielt die Beurteilung der Gesundheit aus Sicht der betroffenen Person. Diese Einschätzung richtet sich nicht nur nach dem objektiven Gesundheitszustand, sondern nimmt ebenfalls Bezug auf Ressourcen und Umwelt. Wohlbefinden kann daher als subjektive Balance zwischen Ressourcen und Belastungen angesehen werden. Selbsteinschätzungen der Gesundheit kommen eine besondere Bedeutung zu, da sie einerseits eng mit Mortalität und Morbidität zusammenhängen (Idler & Benyamini, 1997; Manor et al., 2001), andererseits in sehr einfacher Form erhoben werden können. Die entsprechende Frage in der SGB 2007 lautet «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?».

⁹ Die Auswahl der Indikatoren lehnt sich weitgehend an die früheren Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums mit Daten der SGB 2002 an, um Vergleiche zu ermöglichen. Teilweise wurden in der SGB 2007 jedoch andere Indikatoren erhoben als 2002 – insbesondere zur psychischen Gesundheit. Auf Unterschiede wird im Text hingewiesen. Ferner sei daran erinnert, dass die Indikatoren auf selbstberichteten Daten beruhen. Die Beurteilung der Gesundheit erfolgt stets aus Sicht der befragten Personen. Die Ergebnisse sind daher nicht etwa als Aussagen im Sinne einer Diagnose auszulegen, sondern als Selbsteinschätzung des eigenen Wohlbefindens.

Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Freiburger/innen schätzen ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein

Die Freiburger Bevölkerung stuft ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein (86,9%). Knapp jede zehnte Person bezeichnet ihre Gesundheit als mittelmässig, während schlechte oder sehr schlechte Gesundheit nur vereinzelt genannt wird (Abb. 2.1). Frauen geben etwas häufiger an, ihre Gesundheit sei sehr gut, als Männer. Das gesundheitliche Wohlbefinden der Freiburger/innen ist vergleichbar mit jenem der Schweizer/innen.¹⁰ Zwischen 2002 und 2007 hat sich der Anteil der Personen, die sich gesundheitlich gut oder sehr gut fühlen, sowohl im Kanton Freiburg (86,7% bzw. 86,9%) wie auch in der Gesamtschweiz kaum verändert (von 85,8% auf 86,7%).¹¹

Das gesundheitliche Wohlbefinden weist einen engen Zusammenhang mit dem Alter und der Bildung auf (Tab. 2.1). Die übrigen soziodemografischen Merkmale wie auch die regionale Zugehörigkeit spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Mit zunehmendem Alter ist häufiger mit Einbussen des Wohlbefindens zu rechnen: Erfreuen sich fast alle 15- bis 34-jährigen Freiburger/innen guter oder sehr guter Gesundheit, so sind es noch zwei Drittel der 65-jährigen und älteren. Ein ähnliches, wenn auch

nicht ganz so ausgeprägtes Gefälle zeigt sich nach der Bildung. Drei von vier Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten über gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber neun von zehn Personen mit nachobligatorischer Bildung.

Unterschiedliches Wohlbefinden nach Bildung vor allem bei älteren Menschen

Alter und Bildung sind zentrale Gesundheitsdeterminanten (Meyer, 2009, vgl. 1.2). Ein höheres Alter zieht Gebrechen und Beeinträchtigungen nach sich, während niedrige Bildung oft mit knappen Ressourcen zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen wie auch z.B. mit körperlichen Belastungen bei der Arbeit verbunden ist. Aus dieser Sicht ist es interessant, danach zu fragen, wie sich das gesundheitliche Wohlbefinden bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter und Bildung gestaltet (Abb. 2.2). Bezeichnend für das Zusammenspiel der beiden Determinanten ist ein umso steileres Gefälle zwischen den Altersgruppen, je niedriger die Bildung ist. Besonders bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung verschlechtert sich das Wohlbefinden mit zunehmendem Alter. Während sich das Wohlbefinden der 15- bis 34-Jährigen nach der Bildung kaum unterscheidet, sind 65-Jährige und Ältere mit guter oder sehr guter Gesundheit deutlich seltener anzutreffen, wenn sie keine nachobligatorische Schulbildung besitzen, als wenn sie über einen Schulabschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe verfügen.

¹⁰ Im Bericht ist mit dem Begriff «Schweizer/innen» die Gesamtschweizer Bevölkerung gemeint. Wird im Text auf die Nationalität (Schweizer/innen – Ausländer/innen) eingegangen, so wird der Begriff «Schweizer Staatsbürger/innen» verwendet.

¹¹ Zu diesen zeitlichen Vergleichen sind jedoch gewisse Vorbehalte angebracht, da die Frage nach dem gesundheitlichem Wohlbefinden 2007 anders formuliert war als 2002 («Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?»).

Tab. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		gut oder sehr gut		mittelmässig bis sehr schlecht	
		FR	CH	FR	CH
Total		86,9	86,7	13,1	13,3
Geschlecht	Frauen	86,9	85,4	13,1	14,6
	Männer	86,9	88,2	13,1	11,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	94,5	94,7	(5,5)	5,3
	35–49 Jahre	88,4	90,9	11,6	9,1
	50–64 Jahre	85,7	82,7	14,3	17,3
	65+ Jahre	66,6	71,8	33,4	28,2
Bildung	Obligatorische Schule	73,8	71,8	26,2	28,2
	Sekundarstufe II	89,7	87,8	10,3	12,2
	Tertiärstufe	90,9	92,6	(9,1)	7,4
Nationalität	Schweiz	87,6	87,3	12,4	12,7
	Ausland	82,8	84,7	(17,2)	15,3
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	88,4	84,8	11,6	15,2
	CHF 3000 bis 4499	84,5	86,4	15,5	13,6
	CHF 4500 bis 5999	85,6	89,2	(14,4)	10,8
	CHF 6000 und höher	93,0	92,1	.	7,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	86,1	86,5	13,9	13,5
	Land	87,8	87,3	12,2	12,7
Regionaler Vergleich	Freiburg	86,9		13,1	
	Schweiz	86,7		13,3	
	Bern	86,6		13,4	
	Waadt	85,7		14,3	
	Espace Mittelland	86,3		13,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1003 (FR), n=18'750 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

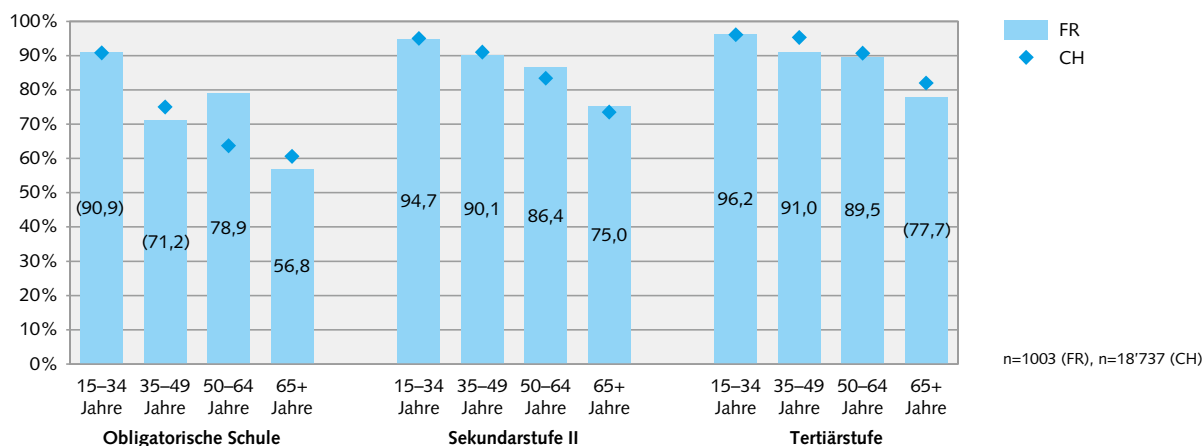
Wohlbefinden spiegelt körperliche und psychische Gesundheit

Wie hängt das gesundheitliche Wohlbefinden mit Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsdimensionen zusammen? Ausländische Studien haben Zusammenhänge zwischen einerseits dem gesundheitlichen Wohlbefinden und andererseits Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit aufgezeigt (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich in der Freiburger und Schweizer Bevölkerung beobachten: Lang andauernde Gesundheitsprobleme (vgl. 2.2.1), körperliche Beschwerden (vgl. 2.2.2) und psychische Belastung (vgl. 2.3.1) schmälern das gesundheitliche Wohlbefinden (Abb. 2.3). Soziale Gesundheit, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (vgl. 2.4.1), spielt eine untergeordnete Rolle.

Besonders einschneidend wirken sich lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden auf das Wohlbefinden aus. Sowohl im Kanton Freiburg wie in der Gesamtschweiz stufen um die 60% der Befragten mit einem andauernden Gesundheitsproblem ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein – ohne solches Problem sind es über 95%. Ein ebenfalls markanter Unterschied besteht zwischen Personen mit starken körperlichen Beschwerden und Personen, die keine oder kaum Beschwerden haben, wenngleich starke Beschwerden das Wohlbefinden etwas weniger häufig zu beeinträchtigen scheinen als lang andauernde Gesundheitsprobleme. Etwas geringer aber dennoch ausgeprägt ist der Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mittel oder stark Belastete berichten zu gut drei Vierteln eine gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber etwas mehr als neun von zehn niedrig Belasteten.

Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.2



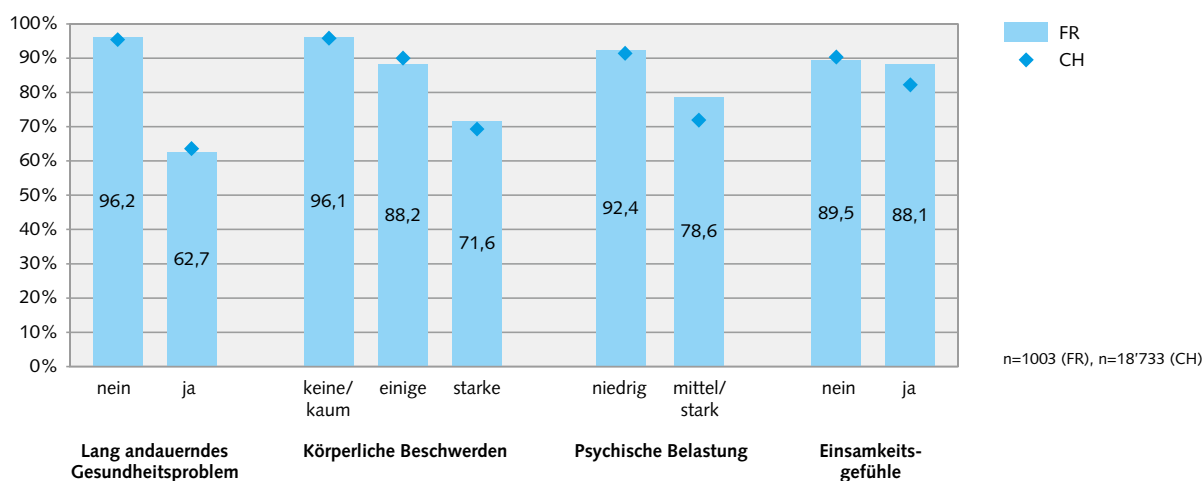
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.3



Einsamkeitsgefühle: nein: nie Einsamkeitsgefühle, ja: manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Noch deutlicher wird das gesundheitliche Wohlbefinden durch die Kumulation von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen beeinflusst. Liegen gleichzeitig lang andauernde Gesundheitsprobleme und eine mittlere oder starke psychische Belastung vor, so bezeichnen schweizweit 45,9% der befragten Personen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Starke körperliche Beschwerden gepaart mit mittlerer oder starker psychischer Belastung führen zu einem entsprechenden Anteil von 62,4%.

2.2 Körperliche Gesundheit

Das gesundheitliche Wohlbefinden hängt eng mit der körperlichen Gesundheit zusammen. Im Folgenden werden zunächst die soeben angesprochenen lang andauernden Gesundheitsprobleme (2.2.1) und körperlichen Beschwerden (2.2.2) näher untersucht. Danach wird auf zeitweilige Leistungseinschränkungen (2.2.3) sowie Einschränkungen in der täglichen Lebensführung (2.2.4) eingegangen, die vornehmlich durch Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit hervorgerufen werden.

Weiter wird die potentielle Gefährdung der körperlichen Gesundheit am für die Prävention relevanten Beispiel der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten geschildert (2.2.5). Abschliessend werden Unfälle (2.2.6) und Stürze (2.2.7) als wichtige Ursachen für Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit dargestellt.

2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Im Kanton Freiburg gibt gut ein Viertel der Befragten an, zum Zeitpunkt der Erhebung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem wie Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu leiden (Tab. 2.2).¹² Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind im Kanton Freiburg etwa gleich häufig wie in der Gesamtschweiz (27,8% bzw. 27,3%).

Im Alter häufigere lang andauernde Gesundheitsprobleme

Mit zunehmendem Alter nehmen lang andauernde Gesundheitsprobleme kontinuierlich zu. Bei 65-jährigen und älteren Freiburgerinnen sind sie über zweimal so oft anzutreffen wie bei 15- bis 34-jährigen, bei Freiburger Männern beinahe viermal so oft (Abb. 2.4). Männer ab 65 Jahren sind häufiger betroffen als gleichaltrige Frauen. Dieser Unterschied scheint im Kanton Freiburg ausgeprägter zu sein als in der Gesamtschweiz.

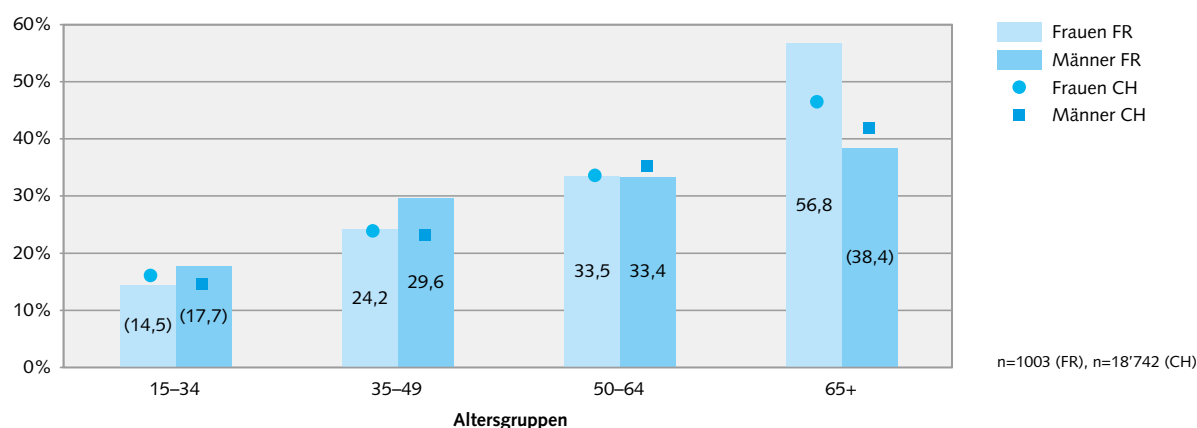
Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind ferner etwas verbreiteter bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung als bei Befragten, die die Sekundarstufe II oder die Tertiärstufe besucht haben. Zumindest auf Ländesebene werden sie ebenfalls häufiger von Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern genannt als von Ausländerinnen und Ausländern (Tab. 2.2). Die Häufigkeit lang andauernder Gesundheitsprobleme liegt im Kanton Freiburg zwischen jener des Kantons Waadt und des Kantons Bern.

Trotz lang andauernden Gesundheitsproblemen hohes Wohlbefinden

Lang andauernde Gesundheitsprobleme können das gesundheitliche Wohlbefinden in erheblichem Mass verringern (vgl. 2.1). Dennoch zeigt sich, dass persönliche Ressourcen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit lang andauernden Gesundheitsproblemen eine entscheidende Rolle spielen dürften. Exemplarisch seien hier die Kontrollüberzeugung, verstanden als Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können (vgl. 2.3.2), und das Kohärenzgefühl, das für ein nachvollziehbares, gestaltbares und sinnstiftendes Leben steht (vgl. 2.3.3), angeführt. Das gesundheitliche Wohlbefinden von Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist umso besser, als sie eine hohe Kontrollüberzeugung oder ein

Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

¹² Die entsprechende Frage lautet: «Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?» Wegen unterschiedlicher Fragestellungen sind Vergleiche mit der SGB 2002 nicht möglich.

Tab. 2.2 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Lang andauerndes Gesundheitsproblem		Starke körperliche Beschwerden	
		FR	CH	FR	CH
Total		27,8	27,3	22,6	24,2
Geschlecht	Frauen	28,4	28,2	26,6	30,8
	Männer	27,1	26,3	18,4	17,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	16,2	15,4	19,8	22,3
	35–49 Jahre	26,8	23,5	24,3	23,3
	50–64 Jahre	33,5	34,5	20,3	23,3
	65+ Jahre	49,5	44,5	28,8	29,4
Bildung	Obligatorische Schule	33,3	33,4	28,8	32,3
	Sekundarstufe II	25,1	26,5	21,5	24,0
	Tertiärstufe	28,8	25,9	20,6	20,2
Nationalität	Schweiz	28,2	28,6	22,2	24,4
	Ausland	(25,6)	22,1	(25,4)	23,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	26,9	26,1	23,0	26,3
	CHF 3000 bis 4499	30,2	29,6	21,8	24,1
	CHF 4500 bis 5999	29,6	28,3	23,8	23,1
	CHF 6000 und höher	32,5	26,1	(23,7)	19,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	27,7	27,6	23,4	24,7
	Land	27,8	26,3	21,7	22,6
Regionaler Vergleich	Freiburg		27,8		22,6
	Schweiz		27,3		24,2
	Bern		30,4		23,1
	Waadt		25,6		26,6
	Espace Mittelland		30,5		24,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

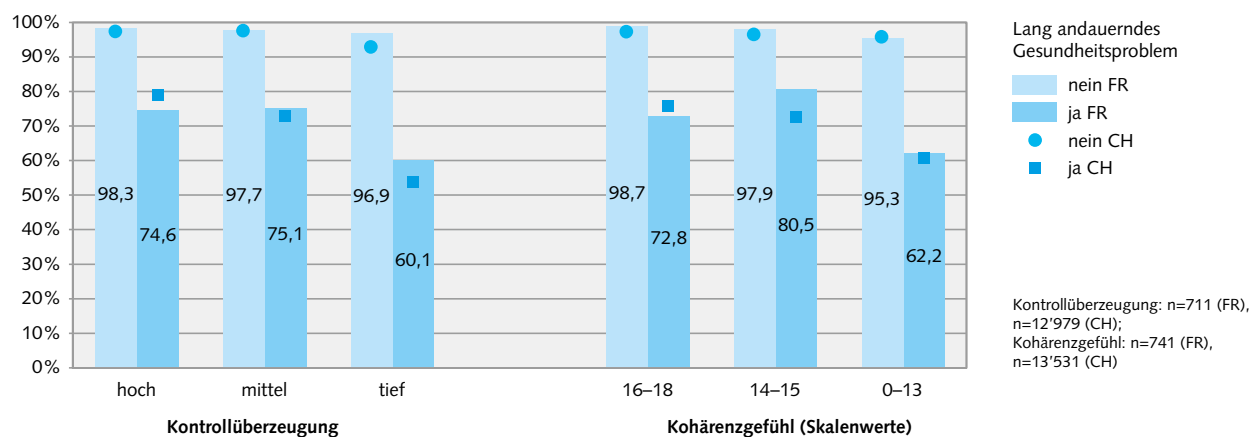
Lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=1003 (FR), n=18'742 (CH); körperliche Beschwerden: n=931 (FR), n=17'421 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg ($p < 0,05$)

Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

hohes Kohärenzgefühl haben (Abb. 2.5). Während nur 60,1 % der Freiburger/innen mit tiefer Kontrollüberzeugung ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden haben, sind es 74,6 % mit hoher Kontrollüberzeugung. Ähnlich ist gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden bei 62,2 % der Befragten mit niedrigem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 0 bis 13) gegenüber 72,8 % der Personen mit hohem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 16 bis 18) auszumachen. Bei Personen ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem spielen die genannten Ressourcen hinsichtlich des Wohlbefindens so gut wie keine Rolle. Ressourcen tragen dazu bei, Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden zwischen Personen mit und ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem zu verringern.

2.2.2 Körperliche Beschwerden

Gesundheitliches Wohlbefinden (vgl. 2.1) wird nicht nur durch lang andauernde Gesundheitsprobleme eingeschränkt, sondern ebenfalls durch körperliche Beschwerden, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung aufgetreten sind. Die acht erhobenen Beschwerden lassen sich nach ihrer Häufigkeit in zwei Gruppen einteilen (Abb. 2.6).

Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schlafprobleme und Kopfweh sind häufige Beschwerden

Am verbreitetsten sind bei Freiburger/innen Rücken- und Kreuzschmerzen (42,2 %) sowie allgemeine Schwäche und Müdigkeit (39,8 %), gefolgt von Ein- und Durchschlafstörungen (37,7 %) sowie Kopf- und Gesichtsschmerzen (35,6 %). Seltener werden Schmerzen und Druck im Bauch (20,2 %) sowie Durchfall und Verstopfung (16,8 %) und Brustschmerzen (9,3 %) sowie Herzklopfen und -jagen (7,7 %) genannt. Die meisten Befragten geben nur mässige Beschwerden an (Antwort «ein bisschen»). Starke Beschwerden sind vor allem bei Rücken- und Kreuzschmerzen häufig und werden von knapp jeder zehnten Person im Kanton Freiburg erwähnt. Ferner klagen 5 % bis 8 % der Freiburger/innen über starke Beschwerden in Verbindung mit allgemeiner Schwäche und Müdigkeit, Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Die einzelnen acht Indikatoren wurden zusammengefasst, um die Belastung durch körperliche Beschwerden gesamthaft zu untersuchen. Dabei wird zwischen starken Beschwerden, einigen Beschwerden und keinen oder

kaum Beschwerden unterschieden.¹³ Sechs von zehn befragten Personen weisen im Kanton Freiburg starke (22,6 %) oder einige Beschwerden (38,0 %) auf. In der Gesamtschweiz fällt die Belastung durch Beschwerden ähnlich aus.¹⁴ Die Belastung hat sich zwischen 2002 und 2007 weder im Kanton Freiburg noch in der Gesamtschweiz wesentlich verändert (FR: 61,8 % vs. 60,6 %; CH: 58,8 % vs. 59,7 %). Die Abnahme im Kanton Freiburg ist auf starke Beschwerden zurückzuführen (24,1 % vs. 22,6 %).

Körperliche Beschwerden gehen oft mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem einher. So berichten Freiburger/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem gut zweimal so häufig über starke Beschwerden als Befragte ohne solches Problem (37,7 % vs. 17,1 %). Umgekehrt sind Personen mit keinen oder kaum Beschwerden deutlich häufiger vertreten in der Gruppe ohne als in der Gruppe mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (44,7 % vs. 24,9 %).

Häufige körperliche Beschwerden bei Frauen

Anders als bei lang andauernden Gesundheitsproblemen unterscheidet sich die Belastung durch Beschwerden nach Geschlecht und nur beschränkt nach Alter (Abb. 2.7). In sämtlichen Altersgruppen sind Freiburgerinnen häufiger Beschwerden ausgesetzt als Freiburger. Zugleich stellt sich heraus, dass sich Frauen und Männer vor allem hinsichtlich starker Beschwerden unterscheiden: Frauen haben etwa anderthalbmal so oft solche Beschwerden wie Männer (26,6 % vs. 18,4 %). In jeder Altersgruppe sind zwei bis drei von zehn Freiburgerinnen von starken Beschwerden betroffen. Die Belastung durch Beschwerden – einige und starke zusammengefasst – hängt nur gering vom Alter ab. Starke Beschwerden sind hingegen bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe ab 65 Jahren am häufigsten, wobei einige Beschwerden seltener erwähnt werden.

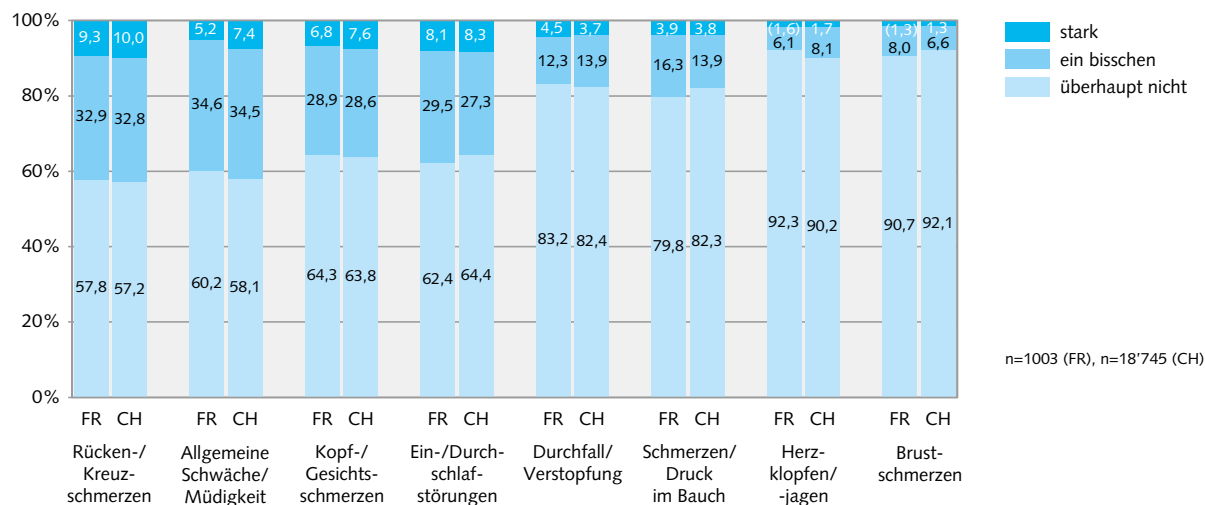
Die Belastung durch starke Beschwerden variiert nach Bildung (Tab. 2.2). Ein Drittel der Freiburger/innen ohne nachobligatorische Schulbildung weist solche Beschwerden auf. Bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe ist es ein Viertel.

¹³ Die einzelnen Beschwerden wurden wie folgt bewertet: überhaupt nicht 0, ein bisschen 1 und stark 2. Bei einer Summe ab 8 liegen starke Beschwerden vor, zwischen 4 und 7 einige Beschwerden. Eine kleinere Summe gilt als keine oder kaum Beschwerden. Personen mit Fieber wurden nicht berücksichtigt, um Krankheiten wie z.B. Grippe auszuschliessen (siehe BFS, 2008d).

¹⁴ Die entsprechenden Anteile belaufen sich auf 24,2 % bzw. 35,5 %.

Körperliche Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.6



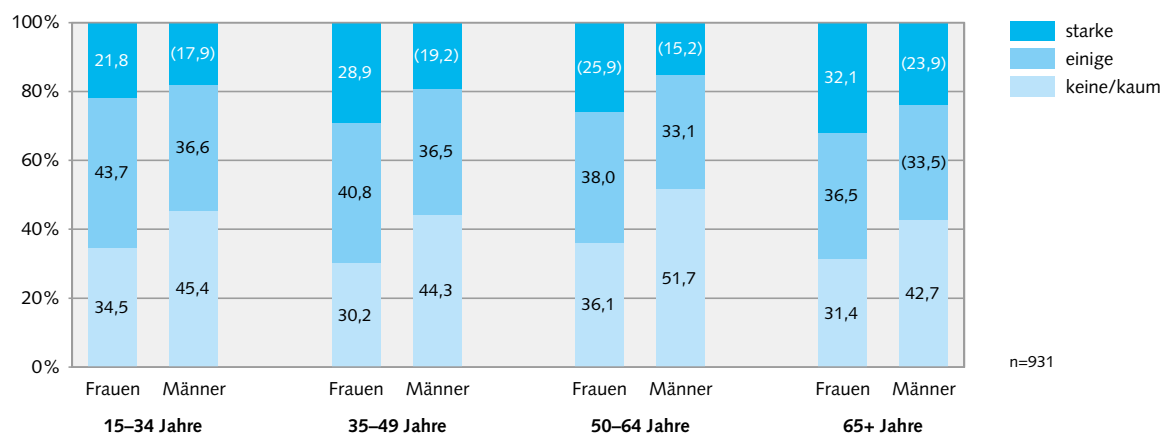
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen
Kanton Freiburg, 2007

Abb. 2.7



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

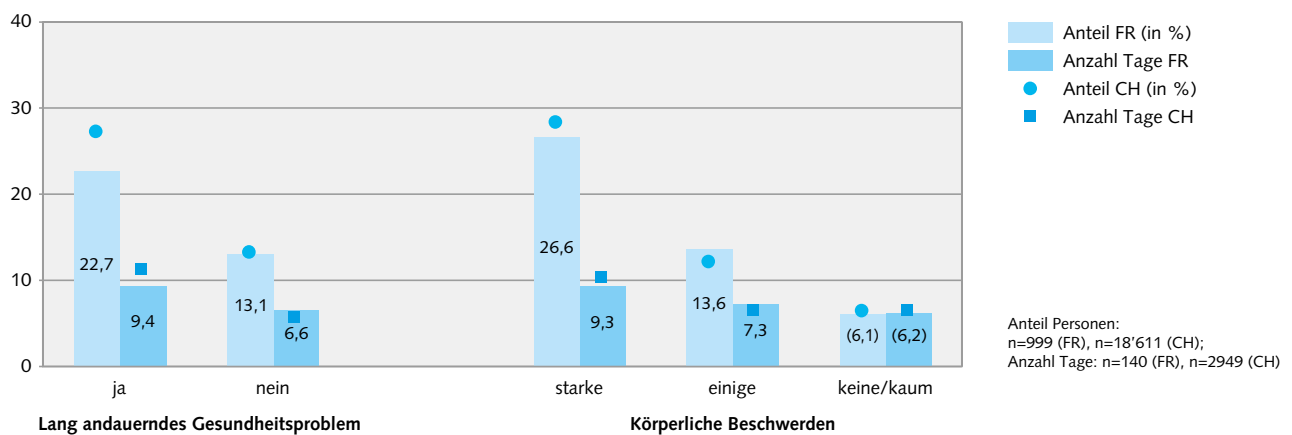
Einschränkungen in der Einsatz- und Leistungsfähigkeit können sich sowohl in persönlicher, familiärer wie auch volkswirtschaftlicher Hinsicht nachteilig auswirken. Aus gesundheitlichen Gründen konnten 2007 im Kanton Freiburg 15,7% und in der Gesamtschweiz 17,1% der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung ihren Beschäftigungen nicht wie gewohnt nachgehen.¹⁵ Im selben Zeitraum waren Freiburger/innen mit einer

zeitweiligen Leistungseinschränkung durchschnittlich während 7,7 Tage nicht einsatzfähig, Schweizer/innen hingegen etwas länger während 8,1 Tagen. Im Kanton Freiburg gaben 2002 weniger Befragte an, in ihrer Einsatz- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein als 2007 (12,1%). Die durchschnittliche Dauer der zeitweiligen Leistungseinschränkungen fällt hingegen höher aus (9,7 Tage). Auf Gesamtschweizer Ebene liegt der Anteil der eingeschränkt leistungsfähigen Personen 2002 etwas unter dem Wert von 2007 (15,2%), während sich die durchschnittliche Dauer der Einschränkung kaum verändert hat (8,2 Tage). Leistungseinschränkungen sind zur Hauptsache krankheitsbedingt (FR: 70,4% bzw. CH:

¹⁵ Anteil der Personen, die auf die Frage «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?» mit mindestens einem Tag geantwortet haben.

Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung)

Abb. 2.8



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Anzahl Tage: bezogen auf Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

72,9%). Unfälle spielen im Kanton Freiburg in gut jedem fünften Fall eine Rolle, dies häufiger als in der Gesamtschweiz (22,4% bzw. 14,4%).

Leistungseinschränkungen gehen mit Gesundheitsproblemen und Beschwerden einher

Zeitweilige Leistungseinschränkungen treten vor allem in Verbindung mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden auf (Abb. 2.8). Ungefähr jede vierte Person mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder starken Beschwerden war in den letzten vier Wochen vor der Befragung nur eingeschränkt leistungsfähig. Befragte ohne Gesundheitsproblem oder mit einigen Beschwerden geben nur etwa halb so häufig Leistungseinschränkungen an – bei Personen mit keinen oder kaum Beschwerden ist sogar weniger als jede zehnte davon betroffen. Die Dauer der Leistungseinschränkung hängt vor allem mit lang andauernden Gesundheitsproblemen zusammen. Schweizweit geben Personen mit einem solchen Problem eine durchschnittlich zweimal längere Dauer an als die übrigen Befragten.

2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung

Insbesondere im Alter erschweren vermehrt auftretende gesundheitliche Beeinträchtigungen eine selbständige Lebensführung und ziehen funktionelle Einschränkungen nach sich. Als Folge ist mit einer Zunahme der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zu rechnen. In diesem Abschnitt wird die Selbständigkeit bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Dabei werden

funktionelle Einschränkungen sowohl im Bereich grundlegender Aktivitäten wie Essen oder Anziehen als auch im Bereich instrumenteller Aktivitäten wie Kochen oder Einkaufen untersucht.¹⁶

Im Kanton Freiburg wie in der Gesamtschweiz gibt jede siebte befragte Person an, beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten Schwierigkeiten zu haben (14,4% bzw. 14,4%)¹⁷. Instrumentelle Aktivitäten bereiten dabei etwa drei- bis viermal so oft Schwierigkeiten wie grundlegende Aktivitäten (FR: 13,5% vs. 4,1%; CH: 14,0% vs. 3,4%). Schwierigkeiten bei der Bewältigung von grundlegenden Aktivitäten ziehen in der Regel Schwierigkeiten im instrumentellen Bereich nach sich. Die einzelnen grundlegenden Aktivitäten bereiten je bis ca. 3% der Befragten Schwierigkeiten, die instrumentellen je bis ca. 5%. Einzig das gelegentliche Erledigen schwerer Hausarbeit bereitet etwa jeder zehnten Person Schwierigkeiten.

¹⁶ In der SGB 2007 wurden fünf grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (auch BADL, engl. basic activities of daily living; siehe Katz et al., 1963) erhoben, nämlich essen, ins oder aus dem Bett steigen bzw. aus einem Sessel aufstehen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen sowie baden oder duschen. Ferner liegen folgende acht instrumentelle Aktivitäten (auch IADL, engl. instrumental activities of daily living; siehe Lawton & Brody, 1969) vor: Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern sowie öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Da die SGB in Privathaushalten durchgeführt wurde, dürften stark pflege- und hilfsbedürftige Personen untervertreten sein.

¹⁷ Die Frage zu den grundlegenden Aktivitäten lautete «Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Alltagsverrichtungen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können», jene zu den instrumentellen Aktivitäten «Ich lese Ihnen jetzt andere Aktivitäten rund um den Haushalt vor. Bitte sagen Sie mir ...». Im Text sind Personen mit Schwierigkeiten solche, die für mindestens eine Aktivität eine der drei letzten Antwortmöglichkeiten gewählt haben.

Alltagsaktivitäten bereiten jeder dritten Person ab 65 Jahren Schwierigkeiten

Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender und instrumenteller Aktivitäten sind stark altersabhängig (Abb. 2.9). Bei den Frauen wie bei den Männern sind sie ab 65 Jahren bis etwa viermal häufiger als im früheren Alter. In dieser Altersgruppe berichten Frauen häufiger über Schwierigkeiten als Männer.

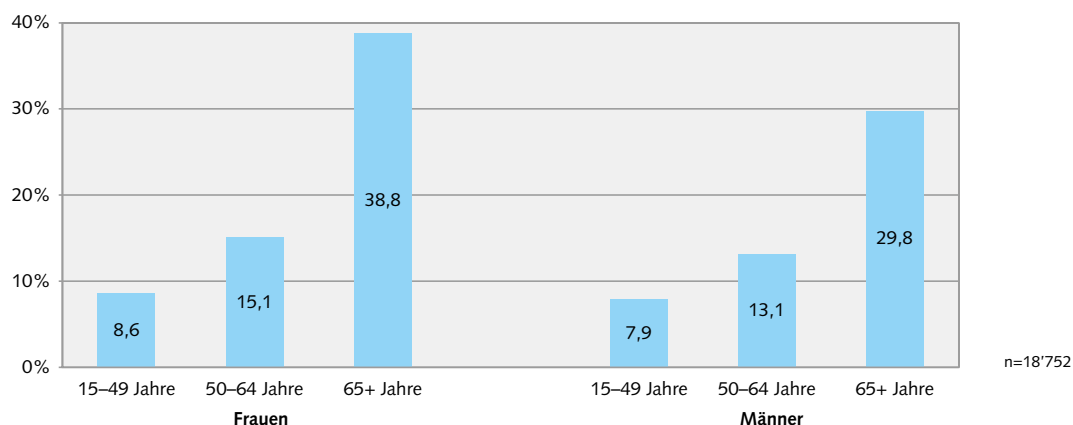
Knapp die Hälfte der 65-jährigen und älteren befragten Freiburger/innen haben Schwierigkeiten, instrumentelle Aktivitäten zu verrichten (Abb. 2.10). In dieser Altersgruppe stellen sich für jede sechste Person auch Probleme bei grundlegenden Aktivitäten. Diese Anteile fallen in der Gesamtschweiz geringer aus: Ein Drittel der Befragten berichtet über Schwierigkeiten bei der Verrichtung instrumenteller Aktivitäten, bei der Bewältigung grundlegender Aktivitäten jede zehnte Person. Selbständigkeit in der täglichen Lebensführung wird überdies massgeblich durch körperliche Beeinträchtigungen tangiert: Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben Personen mit starken Beschwerden und noch deutlicher mit lang andauernden Gesundheitsproblemen bis zweieinhalbmal häufiger Schwierigkeiten, grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten nachzugehen.

Ungefähr die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder mit starken Beschwerden geben Schwierigkeiten bei grundlegenden oder instrumentellen Aktivitäten an.¹⁸ Ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem bzw. wenn keine oder kaum Beschwerden vorliegen, handelt es sich – stets in der Altersgruppe ab 65 Jahren – mehr oder weniger um jede vierte Person.¹⁹

Erhöhte Schwierigkeiten bei Alltagsverrichtung wegen eingeschränkten Hör-, Seh- und Gehvermögens

Nebst den Aktivitäten des täglichen Lebens sei noch kurz auf das Hör-, Seh- und Gehvermögen eingegangen. Beeinträchtigungen in diesem Bereich werden in erster Linie von älteren Menschen berichtet. Im Kanton Freiburg gibt knapp jede fünfte 65-jährige und ältere befragte Person an, nur schwer oder überhaupt nicht einem Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen zu können (FR: 19,1%²⁰ bzw. CH: 13,2%). Jede sechste ältere Person nennt Schwierigkeiten, wegen ungenügenden Sehvermögens ein Buch oder eine Zeitung lesen zu können (16,4% vs. 10,4%). Etwa gleich häufig sind ältere Freiburger/innen nicht in der Lage, ohne An-

Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007 **Abb. 2.9**



Aktivitäten des täglichen Lebens: grundlegende und instrumentelle Aktivitäten zusammengefasst

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

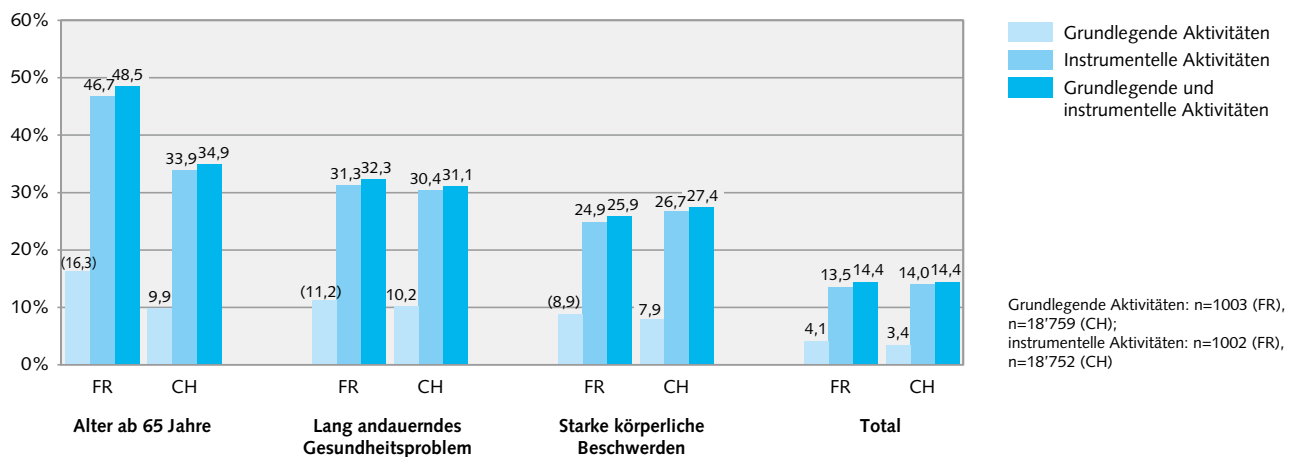
¹⁸ Lang andauerndes Gesundheitsproblem: FR: 70,9% bzw. CH: 49,7%; starke Beschwerden: 59,2% beruhen auf einer Fallzahlen unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

¹⁹ Kein lang andauerndes Gesundheitsproblem: FR: 26,2% bzw. CH: 23,3%; keine oder kaum Beschwerden: 26,6% bzw. 18,4%. Die Prozentwert 26,2% und 26,6% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁰ Dieser sowie die beiden folgenden Prozentwerte zum Seh- und Gehvermögen im Kanton Freiburg Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.10



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

halten oder Beschwerden eine 200 Meter lange Wegstrecke zu Fuss zurückzulegen (14,3% vs. 9,6%).²¹ Schweizweit weist jede fünfte 65-jährige und ältere befragte Person eine der drei genannten Einschränkungen auf, etwa jede zwanzigste mehrere zugleich.

Ein markanter Zusammenhang besteht zwischen Einschränkungen im Hör-, Seh- oder Gehvermögen und Schwierigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens zu verrichten. Jede zehnte Person, die weder in ihrem Hör- noch in ihrem Seh- noch in ihrem Gehvermögen eingeschränkt ist, nennt Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten (FR: 10,1% bzw. CH: 10,1%). Liegt eine Einschränkung vor, so sind es ungefähr die Hälfte der Befragten (51,9% bzw. 47,0%), bei zwei oder drei Einschränkungen über vier von fünf Personen (83,1²² bzw. 83,0%).

2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind nicht nur die Haupttodesursache in der Schweizer Bevölkerung, sondern auch einer der wichtigsten Hospitalisierungsgründe. Chronische Erkrankungen der Herzgefäße (ischämische Herzkrankheiten) und zerebrovaskuläre Krankheiten (Hirnfarkt, Hirnblutungen) sind massgeblich für die Mortalität verantwortlich (Meyer et al., 2009; vgl. auch 2.5). Bei

knapp jedem zehnten Hospitalisierungsfall liegt eine Hauptdiagnose vor, die auf Herz-Kreislauf-Krankheiten hinweist (BFS, 2008b).²³ Ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten machen in der Schweiz 6,2% bzw. 3,3% der gesamten Krankheitslast aus (OECD, 2006).²⁴ Durch die Vorbeugung von Risiken, die mit Herz-Kreislauf-Krankheiten assoziiert sind, kann gezielt auf die einhergehende Mortalität und Morbidität eingewirkt werden. Aus präventiver Sicht besonders relevant sind beeinflussbare Risikofaktoren, die meist durch geeignetes Verhalten vermieden werden können.

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht oder Adipositas und Rauchen zählen zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Bedeutung für die Prävention wird dadurch unterstrichen, dass diese Faktoren schweizweit die vier häufigsten am Sterbgeschehen beteiligten Risikofaktoren darstellen. Weiter stellen sie mit Alkohol die fünf häufigsten Risikofaktoren in Verbindung mit der gesamten Krankheitslast dar. Über die Hälfte der Todesfälle und knapp ein Drittel der gesamten Krankheitslast sind Bluthochdruck (19,2% der Todesfälle bzw. 7,3% der Krankheitslast), hohem Cholesterinspiegel (12,0% bzw.

²¹ Die entsprechenden Häufigkeiten bei Freiburger/innen ab 15 Jahren betragen 4,7%, 4,4% bzw. 2,7% (CH: 5,0%, 4,3% bzw. 2,8%). Der Prozentwert 2,7% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

²² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

²³ Im Jahr 2007 entfielen 142'283 von insgesamt 1'509'181 in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik erfassten stationären und teilstationären Hospitalisierungsfällen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD-Kapitel IX).

²⁴ Die gesamte Krankheitslast entspricht den wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahren (sog. DALYs, engl. disability-adjusted life years; dt. behinderungsberichtigte Lebensjahre).

Tab. 2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel		Übergewicht/Adipositas ¹		Rauchen	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		14,0	16,5	10,1	10,5	39,4	38,9	26,3	27,9
Geschlecht	Frauen	13,8	15,6	8,3	8,8	27,6	29,8	24,8	23,6
	Männer	14,1	17,4	11,9	12,4	52,9	48,5	28,0	32,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	.	2,5	.	1,1	24,3	23,3	32,4	35,1
	35–49 Jahre	(9,7)	7,6	(8,4)	6,3	38,4	38,0	30,1	30,4
	50–64 Jahre	20,9	22,1	15,5	15,7	50,2	48,7	20,2	27,0
	65+ Jahre	43,7	46,3	27,6	24,9	53,2	50,6	(12,4)	12,6
Bildung	Obligatorische Schule	19,0	24,6	(15,0)	13,0	50,9	53,0	20,4	23,2
	Sekundarstufe II	12,3	16,0	9,1	9,6	37,2	37,5	28,3	30,0
	Tertiärstufe	14,5	13,8	(9,1)	11,5	37,3	35,5	26,5	25,3
Nationalität	Schweiz	14,8	17,6	10,8	11,0	39,4	38,2	25,9	26,9
	Ausland	.	11,6	.	8,3	39,8	41,9	28,6	31,6
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	13,9	14,3	(8,3)	8,2	38,0	39,3	25,5	28,1
	CHF 3000 bis 4499	12,1	18,5	13,3	11,9	41,6	40,6	27,3	27,4
	CHF 4500 bis 5999	20,8	18,2	(8,5)	12,0	44,6	38,2	31,3	29,6
	CHF 6000 und höher	(14,7)	16,2	(13,0)	12,1	31,8	35,7	26,9	29,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	15,1	16,8	11,0	10,8	38,2	37,7	26,3	28,4
	Land	12,5	15,7	8,9	9,7	41,0	42,5	26,4	26,5
Regionaler Vergleich	Freiburg	14,0		10,1		39,4		26,3	
	Schweiz	16,5*		10,5		38,9		27,9	
	Bern	18,6*		11,0		42,9		26,4	
	Waadt	17,7*		14,6*		37,6		26,4	
	Espace Mittelland	18,0*		10,2		42,5		26,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Bluthochdruck: n=888 (FR), n=16'966 (CH); hoher Cholesterinspiegel: n=772 (FR), n=14'730 (CH); Übergewicht/Adipositas: n=947 (FR), n=17'879 (CH); Rauchen: n=1003 (FR), n=18'754 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Die Anteile zu Übergewicht und Adipositas beziehen sich auf 18-jährige und ältere Personen.

5,1%), Übergewicht oder Adipositas (8,6% bzw. 6,0%) und Rauchen (15,3% bzw. 11,2%) zuzuschreiben (OECD, 2006).

Übergewicht oder Adipositas sowie Rauchen sind häufige Risikofaktoren

Übergewicht oder Adipositas ist der häufigste Risikofaktor, gefolgt von Rauchen (Tab. 2.3). Ein gutes Drittel der Freiburger/innen sind übergewichtig oder adipös, ein Viertel raucht. Knapp jede sechste befragte Person berichtet über Bluthochdruck, jede zehnte über hohen

Cholesterinspiegel.²⁵ Bluthochdruck wird im Kanton Freiburg etwas seltener berichtet als in der Gesamtschweiz. Die Häufigkeit der übrigen drei Risikofaktoren liegt im Schweizer Durchschnitt. Risikofaktoren treten oft zusammen auf. So weisen 36,0% der Freiburger/innen (CH: 35,3%) keinen der vier Risikofaktoren, 39,8% (39,7%) einen Risikofaktor und 24,2% (25,1%) mehrere Risikofaktoren auf. Hervorgehoben sei hier der Zusammen-

²⁵ Bluthochdruck bzw. hoher Cholesterinspiegel liegt vor, wenn die befragte Person angegeben hat, ihr Blutdruck bzw. ihr Cholesterinspiegel sei zum Zeitpunkt der Befragung zu hoch oder sie habe in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Blutdruck- bzw. Cholesterinsenker gebraucht. Diese Definition ist übereinstimmend mit der Kodierung in der SGB 2002, womit Vergleiche mit früheren Arbeiten möglich sind (BFS, 2008e). Es sei jedoch daran erinnert, dass es sich hier um Selbstangaben handelt und Bluthochdruck bzw. hohes Cholesterin nicht unmittelbar wahrnehmbar sind, sondern eine Messung voraussetzen. Veränderungen seit der Messung oder gar das Fehlen einer solchen sowie Erinnerungsschwierigkeiten verzerren möglicherweise die berichteten Häufigkeiten.

hang von Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel mit Übergewicht oder Adipositas. Bluthochdruck wird von übergewichtigen oder adipösen Freiburger/innen (FR: 25,6% bzw. CH: 28,3%) gut dreimal so oft berichtet wie von normal- oder untergewichtigen (7,3% bzw. 10,1%). Hohes Cholesterin ist bei Übergewicht oder Adipositas (16,3% bzw. 16,6%) doppelt so häufig als sonst (7,2% bzw. 7,3%).

Die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren hängt stark von Geschlecht und Alter ab (Tab. 2.3). Einerseits weisen Frauen seltener die genannten Risikofaktoren – insbesondere Übergewicht oder Adipositas – auf. Andererseits werden die Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel sowie Übergewicht oder Adipositas mit zunehmendem Alter immer häufiger. Jüngere Personen geben nur selten Bluthochdruck und hohen Cholesterinspiegel an, während in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren mehr als vier von zehn Befragten über Bluthochdruck und ein Viertel über hohen Cholesterinspiegel berichtet. Übergewicht oder Adipositas ist bei rund jeder zweiten Person ab 65 Jahren festzustellen – mehr als doppelt so oft wie bei 15- bis 34-Jährigen. Rauchen kommt als einziger Risikofaktor bei älteren Befragten seltener vor als bei jüngeren.

Bildung spielt vor allem im Zusammenhang mit Übergewicht oder Adipositas eine Rolle, wobei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung ein besonders ho-

hes Risiko aufweisen (vgl. auch 3.2). Ähnlich geht eine nachobligatorische Schulbildung seltener mit Bluthochdruck einher. Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II rauchen am häufigsten (vgl. auch 3.3).

2.2.6 Unfälle

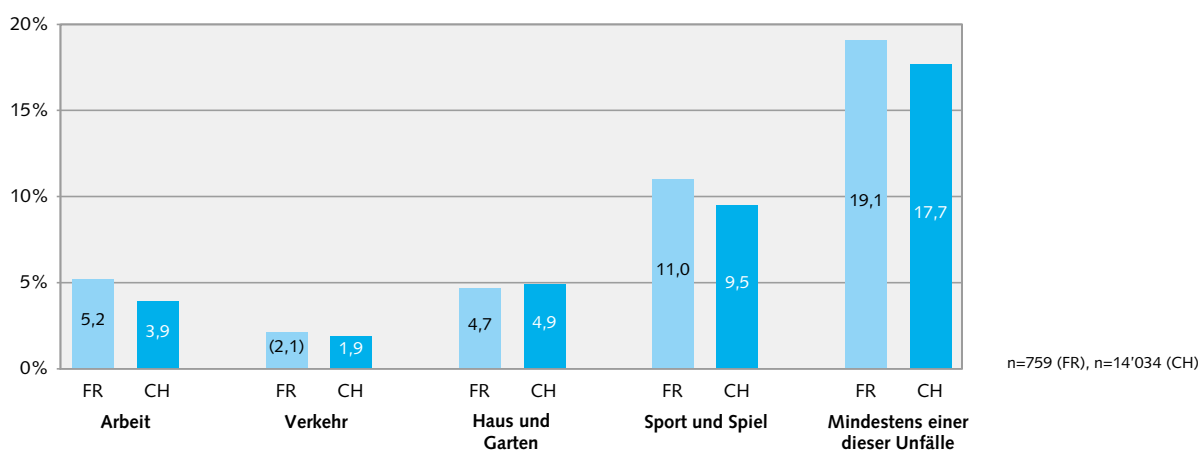
Körperliche Gesundheit wird häufig durch Unfälle beeinträchtigt. Die Anzahl der Nichtberufsunfälle – im Abnehmen begriffen – wird gegenwärtig in der Schweiz auf rund eine Million pro Jahr geschätzt, wovon ca. 1800 einen tödlichen Ausgang haben (siehe Niemann et al., 2008). Der Anteil der tödlichen Unfälle ist bei Verkehrsunfällen fast zweimal so hoch wie bei den übrigen Nichtberufsunfällen. Trotzdem ereignen sich vier von fünf tödlichen und neun von zehn nicht tödlichen Nichtberufsunfällen zu Hause, in der Freizeit oder beim Sport.

Jährlich fast jede fünfte Person mit einem Unfall

Im Kanton Freiburg erlitt in den zwölf Monaten vor der Befragung knapp jede fünfte befragte Person einen Unfall (Abb. 2.11).²⁶ Über die Hälfte der Verunglückten verletzten sich bei einem Sport- oder Spielunfall, je ein Viertel bei einem Arbeitsunfall oder einem Unfall in Haus und Garten. Jede zehnte verunglückte Person führt einen Verkehrsunfall an. Verglichen mit der Gesamtschweiz berichteten Freiburger/innen 2007 etwa gleich

Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.11



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

²⁶ Die entsprechende Frage lautet: «Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine Unfallverletzung?» Dabei wurde nach Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, Unfällen in Haus oder Garten und Unfällen bei Sport und Spiel gefragt.

Tab. 2.4 Unfälle und Sturzepisoden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Unfall ¹		Sturzepisode ²	
		FR	CH	FR	CH
Total		19,1	17,7	20,9	23,4
Geschlecht	Frauen	11,4	13,5	24,9	25,3
	Männer	27,4	22,1	(15,7)	21,1
Altersgruppen	15–34 Jahre	22,9	25,1	-	-
	35–49 Jahre	20,2	15,3	-	-
	50–64 Jahre	(14,8)	14,7	(20,4)	19,9
	65+ Jahre	(11,9)	12,6	21,1	24,8
Bildung	Obligatorische Schule	(13,8)	17,4	(24,4)	23,9
	Sekundarstufe II	20,1	17,8	(19,7)	22,8
	Tertiärstufe	19,7	17,6	.	24,7
Nationalität	Schweiz	20,2	17,2	20,5	23,9
	Ausland	.	19,7	.	18,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	18,0	18,3	(25,8)	25,8
	CHF 3000 bis 4499	18,0	16,4	(17,0)	21,0
	CHF 4500 bis 5999	(16,6)	16,3	.	21,7
	CHF 6000 und höher	(17,6)	18,5	.	24,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,3	17,6	(20,1)	24,1
	Land	21,3	18,2	(22,0)	21,1
Regionaler Vergleich	Freiburg		19,1		20,9
	Schweiz		17,7		23,4
	Bern		16,6		24,9
	Waadt		18,2		24,1
	Espace Mittelland		17,6		24,8

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Unfall: n=759 (FR), n=14'034 (CH); Sturzepisode: n=261 (FR), n=6108 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Berücksichtigt sind Arbeits-, Verkehrsunfälle, Unfälle in Haus und Garten sowie bei Sport und Spiel (vgl. auch Abb. 2.11)

² Nur Personen ab 60 Jahre

häufig von Unfällen (FR: 19,1% bzw. CH: 17,7%). Im Jahr 2002 wurden Unfälle vor allem im Kanton Freiburg seltener genannt (17,3% bzw. 17,2%).

In der Zeit nach einem Unfall ist oft mit Einschränkungen im täglichen Leben zu rechnen, wobei zwischen den Unfalltypen Unterschiede zu erkennen sind. Am einschneidendsten sind Arbeitsunfälle, die bei 62,0% der befragten Schweizer/innen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Tag ausgelöst haben. Nach einem Verkehrsunfall konnten 46,1% der Verunglückten ihren Tätigkeiten nicht wie gewohnt nachgehen, nach einem Unfall in Haus und Garten 36,7% und nach einem Sport- oder Spielunfall 34,8%.²⁷

²⁷ Bei Nichterwerbstätigen liegt eine Einschränkung vor, wenn sie die üblichen Arbeiten im Haushalt nicht verrichten können bzw. vom Unterricht fernbleiben müssen. Die durchschnittliche Dauer der Einschränkung schwankt schweizweit zwischen 22,7 (Sport- oder Spielunfall) und 33,2 Tagen (Arbeitsunfall; Einschränkungen von einem Tag und mehr). Ungeachtet des Unfalltyps nennen etwa vier von zehn Befragten eine Dauer von einem bis fünf Tagen.

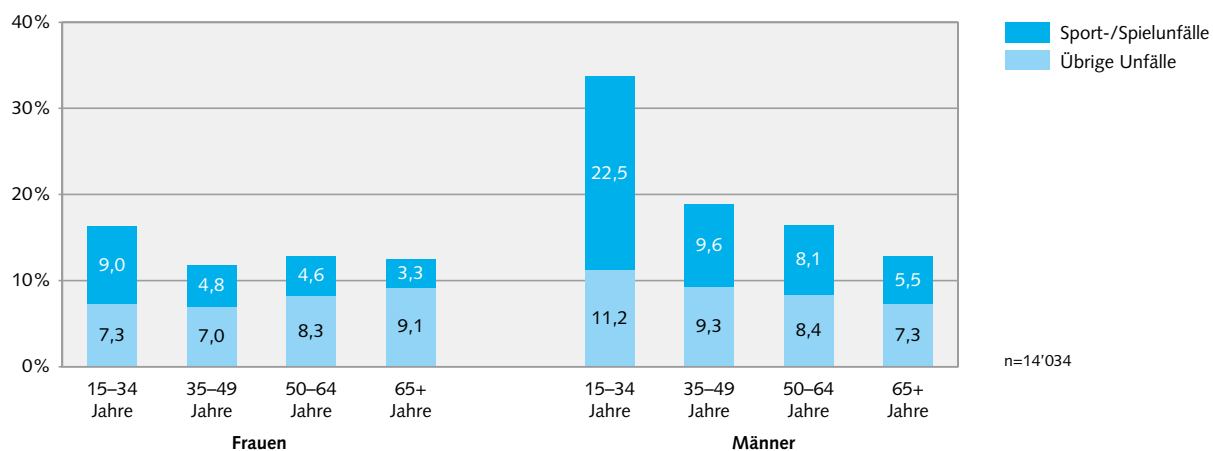
Hohe Unfallgefahr bei jungen Männern

Das Unfallgeschehen wird stark vom Geschlecht geprägt (Abb. 2.12). Während die Unfallohfigkeit bei den Frauen einzig in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen etwas höher ausfällt, nimmt sie bei den Männern mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Besonders gefährdet sind junge Männer im Alter von 15 bis 34 Jahren, die doppelt so oft verunfallen wie gleichaltrige Frauen. In den oberen Altersgruppen gleicht sich die Unfallohfigkeit der Männer jener der Frauen an. Massgeblich für diese Unterschiede sind Sport- und Spielunfälle, die vor allem bei jüngeren Männern sehr häufig sind und mit einem höheren Risikoverhalten zusammenhängen mögen als bei Frauen (siehe BAG, 2006).

Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen

Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.12



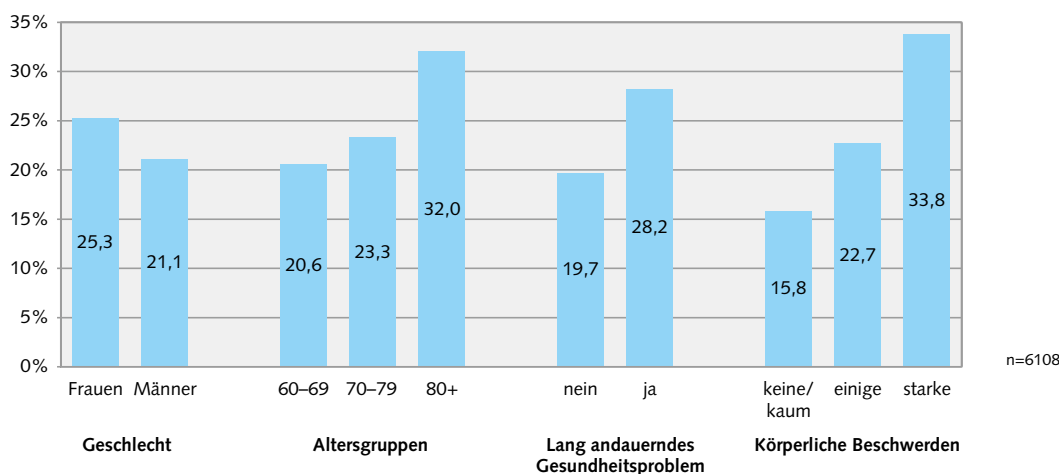
Als übrige Unfälle gelten Arbeits-, Verkehrsunfälle sowie Unfälle in Haus und Garten (vgl. Abb. 2.11)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)

Abb. 2.13



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.7 Stürze

Während Sport- und Spielunfälle bei jungen Menschen eine wichtige Rolle spielen, sind Stürze bei älteren Personen besonders häufig. In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren handelt es sich bei mehr als vier von fünf Haus- und Freizeitunfällen um einen Sturz – zu meist sind es Stürze auf gleicher Ebene (siehe Niemann et al., 2008). Erhöhtes Sturzrisiko im Alter ist u.a. auf schwache Muskulatur, Gleichgewichtsstörungen, verlangsamte Reaktionen wie auch Stolperfallen im Wohnbereich zurückzuführen.

Ein Fünftel der 60-jährigen und älteren Freiburger/innen stürzt jährlich

Im Kanton Freiburg ist jede fünfte 60-jährige und ältere befragte Person in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt (20,9%, Tab. 2.4). Dieser Anteil ist in etwa vergleichbar mit dem Gesamtschweizer Durchschnitt (23,4%). Zwischen 2002 und 2007 scheint die Sturzhäufigkeit im Kanton Freiburg etwas abgenommen zu haben (22,3% vs. 20,9%), während sie in der Gesamtschweiz angestiegen ist (20,1% vs. 23,4%). Auf Schweizer Ebene erlitten ungefähr zwei

Drittel der gestürzten Personen einen einzigen Sturz, je ein Sechstel ist zweimal oder noch häufiger gestürzt.

Anders als bei Unfällen haben Frauen ein höheres Sturzrisiko als Männer (Abb. 2.13). Stürze sind mit zunehmendem Alter häufiger. In der Gesamtschweiz ist jede dritte 80-jährige und ältere befragte Person in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung gestürzt – bei den 60- bis 69-Jährigen ist es jede fünfte. Das Sturzrisiko weist ebenfalls einen engen Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit auf: Sowohl lang andauernde Gesundheitsprobleme wie auch starke Beschwerden gehen mit einer erhöhten Sturzgefahr einher. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang zwischen Sturzschehen und Beschwerden. Schweizweit stürzen in jeder Altersgruppe Befragte mit starken Beschwerden doppelt so oft wie jene mit keinen oder kaum Beschwerden. Besonders gefährdet sind 80-Jährige und Ältere mit einer Sturzhäufigkeit von 44,2%, wenn starke Beschwerden vorliegen.

2.3 Psychische Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung der Störungen der psychischen Gesundheit kontinuierlich zugenommen und diese Entwicklung dürfte sich auch in Zukunft fortsetzen (Murray & Lopez, 1996; WHO, 2001). In der Schweiz stellen psychische Krankheiten mittlerweile die wichtigste Ursache der gesamten Krankheitslast dar (OECD, 2006).²⁸ Die Hälfte der Schweizer/innen ist mindestens einmal im Laufe des Lebens von einer psychischen Krankheit betroffen, die eine Behandlung verlangt (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Psychische Krankheiten im engeren Sinne sind mit einem höheren Grad an Schwere, Dauer und Beeinträchtigungen verbunden und werden nach diagnostischen Kriterien bestimmt (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Weniger einschneidende Belastungen ohne eigentliche Diagnose gelten dabei als psychische Beschwerden. Solche Beschwerden sind gerade von Bedeutung, um den psychischen Gesundheitsstand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu bezeichnen.²⁹ Mehr oder weniger ausgeprägte Beschwerden weisen auf Unterschiede in der psychischen Gesundheit hin. Psychische Gesund-

heit wird in diesem Zusammenhang verschiedentlich gedeutet, z.B. als Selbstwirksamkeit, Autonomie oder Kompetenz (WHO, 2001). In diesem Abschnitt wird daher zunächst auf die psychische Belastung eingegangen (2.3.1), danach auf ihr Verhältnis zu den wichtigen persönlichen Ressourcen Kontrollüberzeugung (2.3.2) und Kohärenzgefühl (2.3.3). Abschliessend werden depressive Symptome als besondere psychische Belastung näher untersucht (2.3.4).³⁰

2.3.1 Psychische Belastung

Knapp ein Viertel der jungen Freiburger/innen fühlen sich psychisch belastet

Im Kanton Freiburg gibt knapp jede fünfte befragte Person eine mittlere oder starke psychische Belastung³¹ an (Tab. 2.5). Dieser Anteil liegt etwa im Gesamtschweizer Durchschnitt. Deutlich seltener kommt mittlere oder starke psychische Belastung im Kanton Bern und im Espace Mittelland vor, wo etwa jede siebte Person betroffen ist.

In der Gesamtschweiz sind Frauen häufiger psychisch mittel oder stark belastet als Männer – dies unabhängig von der Altersgruppe (Abb. 2.14).³² Dies scheint auch für den Kanton Freiburg zu gelten. Bei den Frauen ist eine mittlere oder starke psychische Belastung in jüngeren Jahrgängen am häufigsten anzutreffen und die Häufigkeit einer Belastung nimmt mit zunehmendem Alter ab. Ähnliches gilt für die Freiburger Männer. Auf Schweizer Ebene hingegen weisen 15- bis 34-jährige Männer eine vergleichbare Belastung auf wie 35- bis 49-jährige; ab 50 Jahren ist eine niedrigere Belastung zu beobachten als in jüngeren Jahren.

Ausländer/innen sind häufiger psychisch mittel oder stark belastet als Schweizer Staatsbürger/innen (Tab. 2.5). Mit steigender Bildung nimmt die Häufigkeit

²⁸ Gemessen in verlorenen gesunden Lebensjahren (siehe Fussnote 24 in Abschnitt 2.2.5). Unipolare depressive Störungen machen 10,3%, Demenzen 4,7% der gesamten Krankheitslast aus.

²⁹ Ferner spricht für diesen Zugang zur psychischen Gesundheit die Tatsache, dass schwer psychisch Erkrankte oft in Institutionen oder Krankenhäusern weilen und daher in der in Privathaushalten durchgeführten SGB stark untervertreten sein dürften.

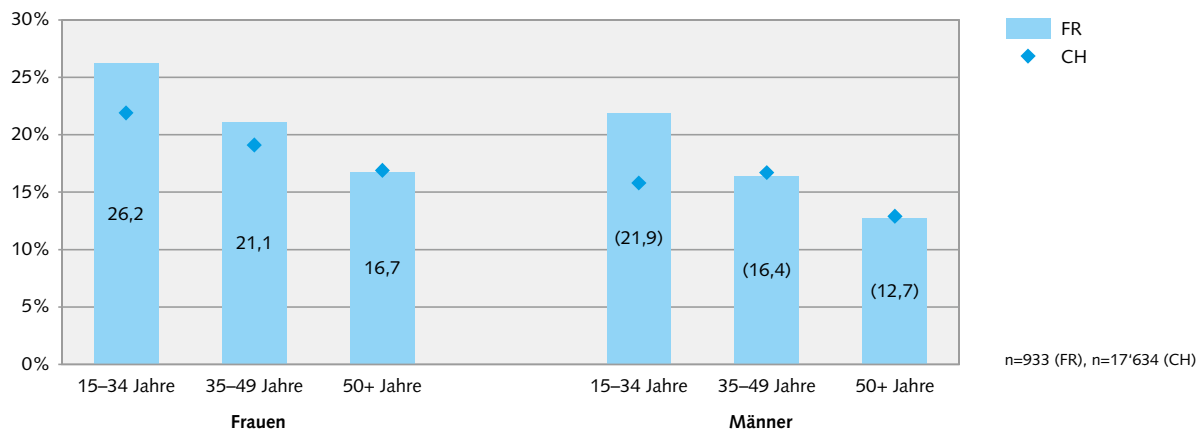
³⁰ Zeitliche Vergleiche sind nur eingeschränkt möglich, da einzig die Kontrollüberzeugung und depressive Symptome sowohl in der SGB 2002 und in der SGB 2007 erhoben wurden. Psychische Belastung und Kohärenzgefühl lösen 2007 die zuvor verwendeten Indikatoren der psychischen Ausgeglichenheit und des psychischen Wohlbefindens ab (siehe BFS, 2003, 2008d).

³¹ Die psychische Belastung wurde anhand der MHI-Subskala der Kurzform des MOS erfasst (SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992). Die Subskala entspricht der Summe der Häufigkeit folgender fünf Zustände in den letzten vier Wochen vor der Befragung: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Entmutigung oder Depressivität; Glücksgefühl. Der Skalenbereich geht von 0 bis 100, eingeteilt in starke (0 bis 52), mittlere (53 bis 72) und geringe psychische Belastung (73 bis 100). Werte um 100 zeigen eine gute psychische Gesundheit und ein sehr tiefes Niveau psychischer Belastung an. Da im Kanton Freiburg lediglich 3,0% (Schweiz: 4,3%) der Befragten psychisch stark belastet sind, wurden die Kategorien mittlere und starke Belastung zusammengefasst.

³² Diese und die folgenden Aussagen für Freiburger Männer beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.14



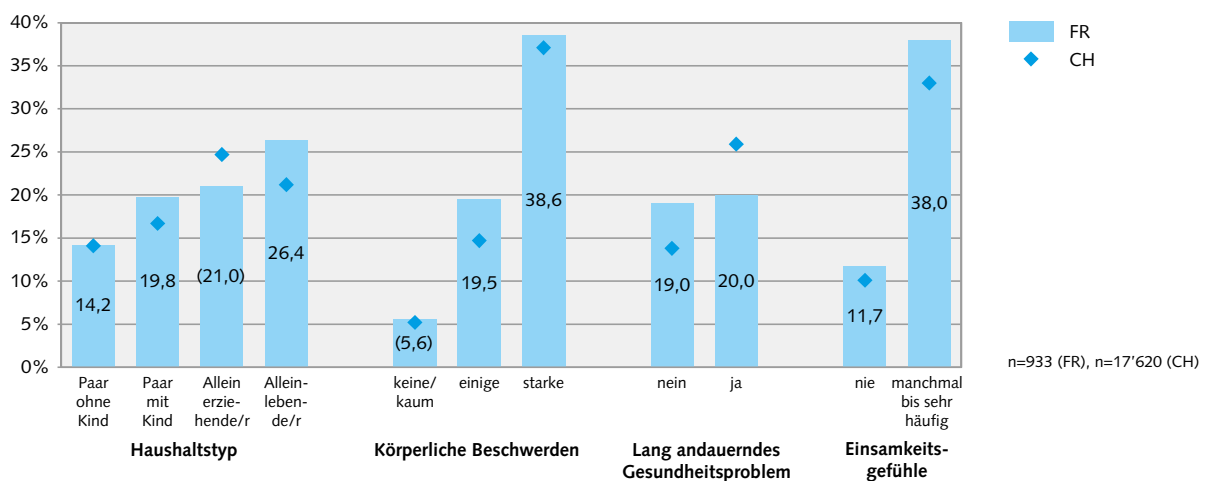
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.15



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

psychischer Belastung ab. Dabei ist bei drei von zehn Freiburgerinnen und Freiburgern ohne nachobligatorische zeigt sich noch deutlicher mit Blick auf das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen: Jede achte Person ohne solche Gefühle ist psychisch mittel oder stark belastet; bei Befragten, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, ist dies rund dreimal öfter – bei einem Drittel der Personen – der Fall.

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit einer erhöhten psychischen Belastung einher. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei körperlichen Beschwerden. Knapp vier von zehn Befragten mit starken Beschwerden sind psychisch mittel oder stark belastet gegenüber jeder zwanzigsten Person mit keinen

oder kaum Beschwerden. Ferner weisen in der Gesamtschweiz Personen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem einen etwa doppelt so hohen Anteil psychisch mittel oder stark Belasteter auf wie Befragte ohne ein solches Problem. Im Kanton Freiburg lässt sich hingegen kein entsprechender Unterschied erkennen. Es ist denkbar, dass beim geringeren Gefälle bei lang andauernden Gesundheitsproblemen eine vergleichsweise mässige Belastung durch chronische Erkrankungen wie Diabetes oder über längere Zeit eingespielte Bewältigungsstrategien eine Rolle spielen. Schmerzhafte, unerwartet auftretende körperliche Beschwerden könnten daher als besonders belastend empfunden werden.

2.3.2 Kontrollüberzeugung

Der Grad der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens bewegt sich zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung. Erstere wirkt als Schutz-, letztere als Risikofaktor. Eine betont interne Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person sich in der Lage fühlt, ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (im Folgenden kurz hohe Kontrollüberzeugung). Externale Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Ansicht verbunden, dass äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder die Gesellschaft die eigene Existenz prägen (tiefe Kontrollüberzeugung). Je höher die Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern zu können.

Kontrollüberzeugung

Der Grad der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens bewegt sich zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung. Erstere wirkt als Schutz-, letztere als Risikofaktor. Eine betont interne Kontrollüberzeugung bedeutet, dass eine Person sich in der Lage fühlt, ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten (im Folgenden kurz hohe Kontrollüberzeugung). Externale Kontrollüberzeugung hingegen ist mit der Ansicht verbunden, dass äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder die Gesellschaft die eigene Existenz prägen (tiefe Kontrollüberzeugung). Je höher die Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes Handeln steuern zu können.

Tab. 2.5 Mittlere oder starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl
Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Mittlere oder starke psychische Belastung		Hohe Kontrollüberzeugung		Hohes Kohärenzgefühl ¹	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		19,2	17,0	35,4	39,5	61,9	61,4
Geschlecht	Frauen	21,3	19,0	34,2	37,3	64,8	61,5
	Männer	17,2	14,9	36,7	41,8	58,8	61,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	24,0	18,9	34,8	35,5	53,6	47,4
	35–49 Jahre	18,8	17,9	36,1	37,6	63,6	61,0
	50–64 Jahre	14,4	16,3	27,8	40,3	61,8	69,1
	65+ Jahre	(15,4)	13,3	51,4	50,7	84,2	78,0
Bildung	Obligatorische Schule	30,2	23,8	(27,0)	37,3	58,5	52,4
	Sekundarstufe II	18,7	16,7	35,4	39,4	58,3	60,5
	Tertiärstufe	14,1	14,7	39,1	40,5	70,9	67,1
Nationalität	Schweiz	18,1	15,8	35,5	40,1	63,5	63,8
	Ausland	(26,7)	22,3	(34,8)	37,2	52,6	52,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	21,7	19,6	37,3	36,7	62,1	56,8
	CHF 3000 bis 4499	17,7	17,2	34,1	40,4	58,4	63,6
	CHF 4500 bis 5999	(13,6)	14,2	34,7	39,8	65,7	64,6
	CHF 6000 und höher	(16,9)	12,7	38,6	44,3	66,6	67,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	19,4	17,5	35,1	39,5	64,9	61,3
	Land	19,1	15,8	35,8	39,5	58,1	61,7
Regionaler Vergleich	Freiburg	19,2		35,4		61,9	
	Schweiz	17,0		39,5		61,4	
	Bern	14,3*		41,2*		62,5	
	Waadt	21,6		35,0		59,5	
	Espace Mittelland	15,0*		41,6*		61,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

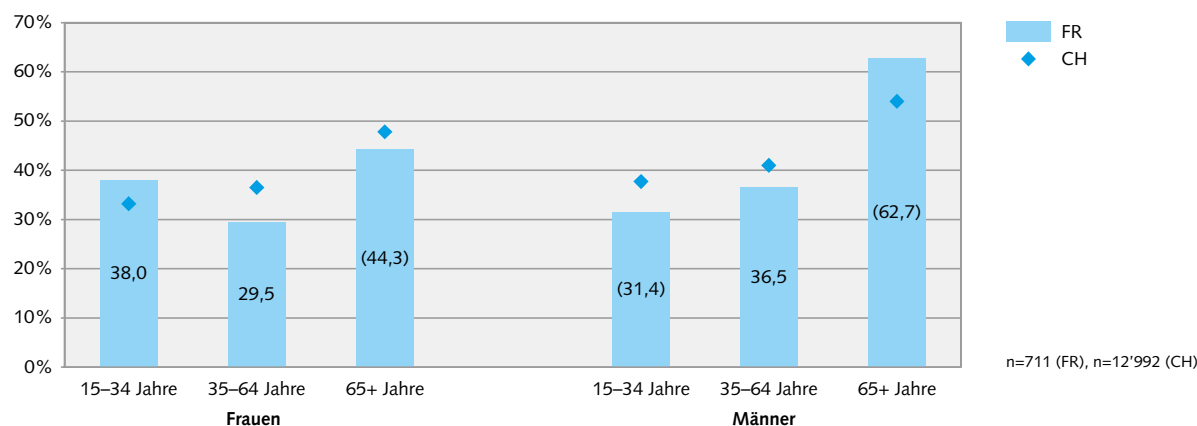
Psychische Belastung: n=933 (FR), n=17'634 (CH); Kontrollüberzeugung: n=711 (FR), n=12'992 (CH); Kohärenzgefühl: n=741 (FR), n=13'548 (CH)
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Personen mit einem Wert zwischen 14 und 18 auf einer Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert)

Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.16



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Ältere Freiburger/innen mit hoher Kontrollüberzeugung

Die meisten Freiburger/innen weisen eine hohe (35,4%) oder mittlere (42,3%) Kontrollüberzeugung³³ auf (CH: 39,5% bzw. 40,1%; Tab. 2.5). Hohe Kontrollüberzeugung wird im Kanton Freiburg seltener berichtet als im Kanton Bern und im Espace Mittelland. Männer haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Frauen, Befragte ab 65 Jahren häufiger als jüngere. Das Bildungsgefälle scheint zumindest schweizweit wenig ausgeprägt. Zwischen 2002 und 2007 hat sich der Anteil der Befragten mit einer hohen Kontrollüberzeugung sowohl im Kanton Freiburg (36,0% vs. 35,4%) als auch in der Gesamtschweiz (39,0% vs. 39,5%) kaum verändert.

Mit zunehmendem Alter lässt sich hohe Kontrollüberzeugung bei Männern häufiger beobachten (Abb. 2.16). Etwa drei von zehn 15- bis 34-jährige Freiburger haben eine hohe Kontrollüberzeugung, ab 65 Jahren sogar sechs von zehn. Bei den Frauen ist diese Zunahme im Kanton Freiburg weniger eindeutig als in der Gesamtschweiz. Zwar kommt hohe Kontrollüberzeugung am häufigsten bei 65-jährigen und älteren Freiburgerinnen vor, doch ist sie in der mittleren Altersgruppe seltener anzutreffen als in der jüngeren.

Die Vermehrung körperlicher Gebrechen im Alter (vgl. 2.2.1 und 2.2.2) geht somit nicht zwangsläufig mit dem Gefühl einher, das eigene Leben nicht mehr steuern zu

können. Hier mag die Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit möglichen Beeinträchtigungen eine Rolle spielen.

2.3.3 Kohärenzgefühl

Mit Blick auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit stellt das Kohärenzgefühl eine zentrale Ressource im salutogenetischen Gesundheitsmodell dar (Antonovsky, 1997). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl erleichtert dem Individuum die Bewältigung sogenannter Stressoren, die das momentane gesundheitliche Gleichgewicht stören. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Dimensionen, die kennzeichnend für gesundheitschützende bzw. -fördernde Faktoren sind³⁴: Verstehbarkeit (Ereignisse scheinen nachvollziehbar), Handhabbarkeit (Gefühl, Anforderungen meistern zu können) und Sinnhaftigkeit (Leben und Belastungen erscheinen sinnvoll).

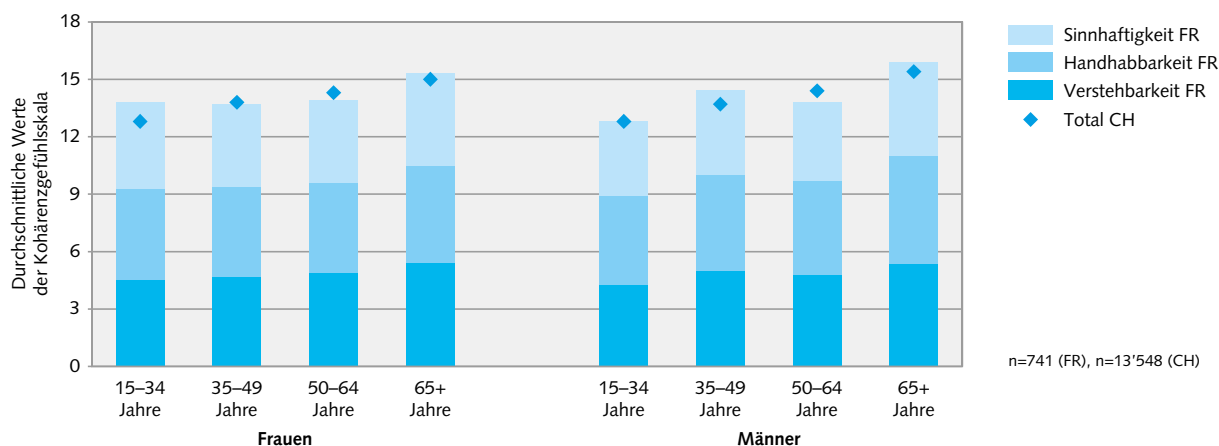
Auf einer Skala von 0 (geringstes Kohärenzgefühl) bis 18 (höchstes Kohärenzgefühl) erreichen Freiburger/innen einen Durchschnittswert von 14,0 (CH: 13,9).³⁵ Gut

³⁴ Antonovsky (1997) spricht bei diesen gesundheitsschützenden bzw. -fördernden Faktoren von generalisierten Widerstandsressourcen. Dazu zählen z.B. Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung oder Selbstbewusstsein.

³⁵ Die Befragten mussten je eine Frage zu Verstehbarkeit («Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?»; Skala von 0 sehr oft bis 6 selten oder nie), Handhabbarkeit («Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?»; Skala dito) und Sinnhaftigkeit («Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?»; Skala von 0 Schmerz und Langeweile bis 6 tiefe Freude und Zufriedenheit) beantworten. Die Kohärenzgefühlsskala entspricht der Summe der drei Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Meist wird das Kohärenzgefühl jedoch mit deutlich mehr Items gemessen (ursprünglicher Fragebogen mit 29 Items oder 13-Item-Kurzfassung, siehe Antonovsky, 1987; für eine 3-Item-Fassung, siehe Lundberg & Nystrom Peck, 1995 und für einen Vergleich der drei Skalen, siehe Olsson et al., 2009). Die Schwellenwerte der 3-Item-Skala sind in der Literatur nicht hinreichend festgelegt. Aus diesem Grund werden auch durchschnittliche Skalenwerte berichtet.

³³ Die Kontrollüberzeugung leitet sich aus dem Grad der Zustimmung zu vier Behauptungen zur Steuerung des eigenen Lebens (mit Problemen nicht fertig werden, sich im Leben hin und hergeworfen fühlen, wenig Kontrolle über die Dinge haben, sich den eigenen Problemen ausgeliefert fühlen) auf einer Skala von 1 («stimme voll und ganz zu») bis 4 («stimme überhaupt nicht zu») ab. Aus der Summe der Skalenwerte ergibt sich tiefe (4 bis 11), mittlere (12 bis 14) oder hohe Kontrollüberzeugung (15 oder 16; BFS, 2008d).

Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 **Abb. 2.17**



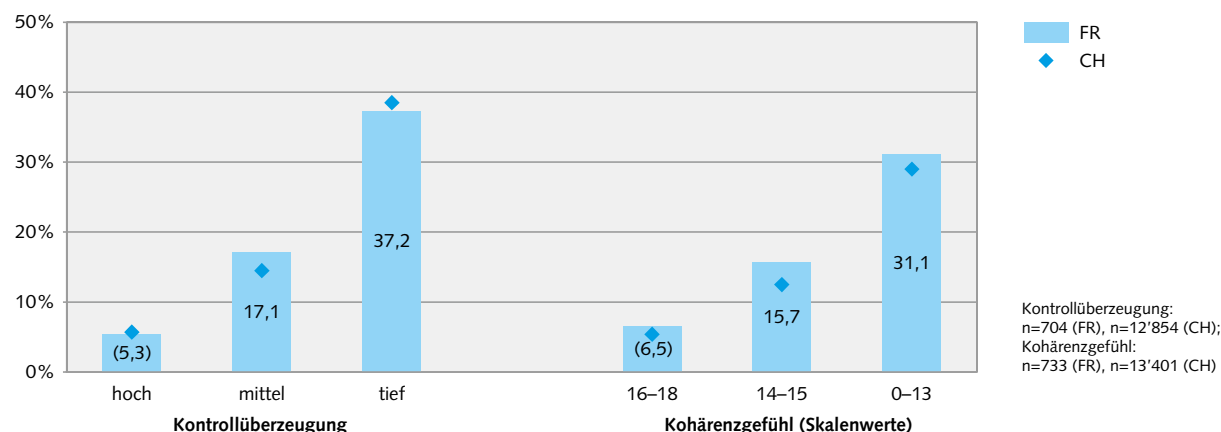
Kohärenzgefühlsskala: Werte auf einer Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert) als Summe der Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von 0 (niedrigster Wert) bis 6 (höchster Wert)
 Dimensionsspezifisch: Werte auf den Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl
 Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.18



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

Die Skalenwerte des Kohärenzgefühls beziehen sich auf eine Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 18 (höchster Wert).

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

sechs von zehn Befragten haben ein hohes Kohärenzgefühl (Werte zwischen 14 und 18; Tab. 2.5). Im Kanton Freiburg geben Frauen häufiger ein hohes Kohärenzgefühl an als Männer. Verglichen mit der Gesamtschweiz haben Freiburgerinnen etwas häufiger ein hohes Kohärenzgefühl, Freiburger etwas seltener.

Alter, Bildung und Nationalität prägen das Kohärenzgefühl

Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit Alter, Bildung und Nationalität: Mehr oder weniger die Hälfte der 15- bis 34-Jährigen, der Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung und der Ausländer/innen haben ein hohes Kohärenzgefühl. Bei 65-Jährigen und Älteren sind es rund acht von zehn Befragten, bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe etwa sieben von zehn

und bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern knapp zwei Drittel. Der Bildungsgradient ist bei Ausländerinnen und Ausländern ausgeprägter als bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern: Vier von zehn ausländischen Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung haben ein hohes Kohärenzgefühl gegenüber mehr als sechs von zehn mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (CH: 38,3% vs. 64,6%).

Das Kohärenzgefühl steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich sowohl bei Frauen wie auch Männern – dies im Kanton Freiburg ähnlich wie in der Gesamtschweiz (Abb. 2.17). Diese Zunahme ist bei den Freiburgern am deutlichsten an der Dimension der Verstehbarkeit abzulesen. Bei den Freiburgern zeichnet sich ein vergleichbarer Anstieg nach allen drei Dimensionen ab.

Vorhandene Ressourcen im Sinne der Steuerung des eigenen Lebens und des Umgangs mit Stressoren hängen eindeutig mit der psychischen Belastung zusammen (Abb. 2.18). Eine hohe Kontrollüberzeugung bzw. ein hohes Kohärenzgefühl (Skalenwerte 16 bis 18) scheinen sowohl im Kanton Freiburg wie in der Gesamtschweiz weitgehend vor psychischer Belastung zu schützen: Nur etwa jede zwanzigste befragte Person ist psychisch mittel oder stark belastet. Bleiben diese Ressourcen aus, so beträgt dieser Anteil ein Vielfaches: Mittlere oder starke psychische Belastung ist bei knapp vier von zehn Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung und drei von zehn mit niedrigem Kohärenzgefühl (Skalenwerte 0 bis 13) zu erkennen.

2.3.4 Depressive Symptome

Depression zählt zu den verbreitetsten psychischen Krankheiten, wobei Angst und Sucht häufige Begleiterkrankungen sind (WHO, 2001; vgl. 5.1). Sie kann eine lange Behandlungsdauer nach sich ziehen und geht den meisten Suiziden voraus (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und 2007 wurde nach depressiven Symptomen gefragt.³⁶

Knapp jede sechste Person mit depressiven Symptomen im Kanton Freiburg

Im Kanton Freiburg berichten 17,0% der Befragten über depressive Symptome. Dieser Anteil liegt etwa im Schweizer Durchschnitt (18,9%). Dabei handelt es sich meist um schwache Symptome (FR: 13,1% bzw. CH: 15,8%), seltener um mittlere, starke oder gravierende Symptome (3,9%³⁷ bzw. 3,1%).³⁸ Im Vergleich mit 2007 waren depressive Symptome 2002 ähnlich verbreitet (FR: 14,8% bzw. CH: 17,8%).

Befragte ab 65 Jahren leiden am häufigsten an depressiven Symptomen – in dieser Altersgruppe sind im Kanton Freiburg ein Viertel und schweizweit drei von zehn Befragten betroffen (Abb. 2.19). Ab 35 Jahren steigt die Häufigkeit depressiver Symptome mit zunehmendem Alter an. Befragte zwischen 15- und 34-Jahren berichten fast ebenso häufig über depressive Symptome wie 50- bis 64-Jährige. Sowohl im Kanton Freiburg wie auch in der Schweiz berichten Frauen ungefähr andert-halbmal so oft über depressive Symptome wie Männer.

Depressive Symptome sind bei mittlerer oder starker psychischer Belastung häufiger als bei niedriger (FR: 38,5% vs. 12,1%; CH: 43,3% vs. 14,1%). Geringe persönliche Ressourcen sind ferner mit häufigeren depressiven Symptomen verbunden.³⁹

³⁶ Dabei handelt es sich um selbstberichtete Angaben zur Häufigkeit zehn einzelner Symptome in den zwei Wochen vor der Befragung: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Depressivität; Interesselosigkeit; Müdigkeit oder Erschöpfung; Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust; Schlafstörungen; langsames Sprechen oder Bewegen; mangelndes sexuelles Verlangen; Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstvorwürfe; Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten; Gedanken über Tod oder Selbstmord. Zusammenfassend lassen sich die depressiven Symptome in keine, schwache, mittlere bis starke und gravierende Symptome einteilen (Wittchen et al., 2000). Die berichteten Symptome sind als Anzeichen für depressive Stimmung auszulegen, nicht aber als Diagnose.

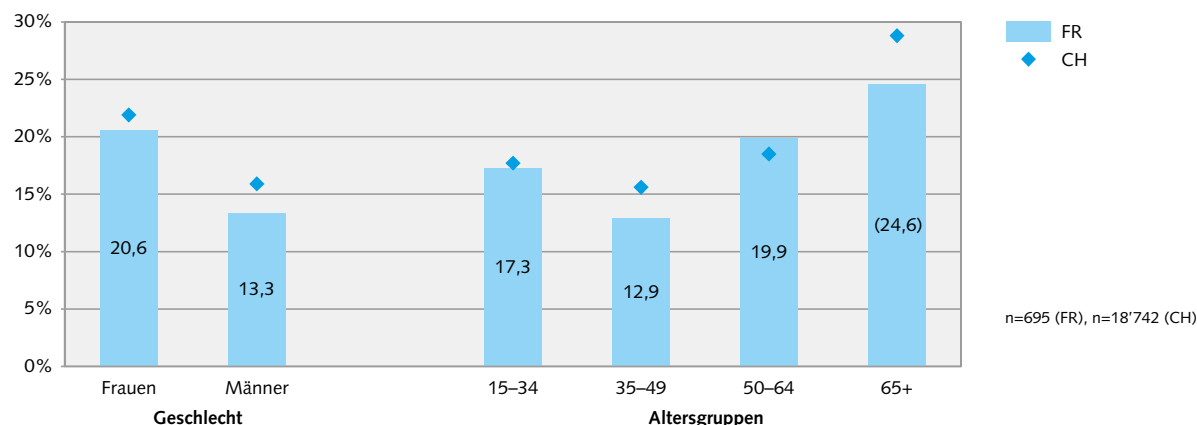
³⁷ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³⁸ Stärkere Symptome dürften wegen der Befragung von Personen in Privathaushalten eher unterschätzt sein, da zumindest bei gravierenden Symptomen meist mit einer Hospitalisierung zu rechnen ist.

³⁹ Tiefe oder mittlere vs. hohe Kontrollüberzeugung: FR: 22,0% vs. 6,6%, CH: 24,7% vs. 9,0%; niedriges vs. hohes Kohärenzgefühl: FR: 32,7% vs. 7,7%, CH: 30,2% vs. 11,2%. Der Prozentwert 6,6% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.19



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

2.4 Soziale Gesundheit

Mit sozialer Gesundheit wird die im Vergleich zur psychischen und vor allem zur körperlichen Dimension meist wenig beachtete dritte Komponente der Gesundheitsdefinition der WHO angesprochen. Soziale Gesundheit befasst sich mit der sozialen Vernetzung des Einzelnen, der erfahrenen Unterstützung aus dem sozialen Umfeld sowie der Lebensqualität. Sie reicht vom sozialen Umfeld bis zu den strukturellen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (siehe z.B. Kolip & Hurrelmann, 1994). Vernetzung und Unterstützung stärken oft die Gesundheit und tragen zur Bewältigung kritischer Ereignisse bei (Bachmann, 2000; Berkman & Glass, 2000). In diesem Abschnitt wird exemplarisch auf zwei wichtige Indikatoren der sozialen Gesundheit eingegangen, dem Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (2.4.1) und dem Vorhandensein bzw. Vermissen einer Vertrauensperson (2.4.2).

2.4.1 Einsamkeitsgefühle

Etwa sieben von zehn Befragten im Kanton Freiburg und in der Gesamtschweiz fühlen sich nie einsam (71,2% bzw. 69,7%). Die übrigen Personen geben meistens an, manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden (25,5% bzw. 27,1%). Ziemlich oder sehr häufige Einsamkeitsgefühle nennen nur die Wenigsten. Im Jahr 2007 war der Anteil der Personen ohne Einsamkeitsgefühle etwa gleich wie 2002 (FR: 69,1% bzw. CH: 70,2%).

Junge Freiburgerinnen fühlen sich seltener einsam als Schweizerinnen

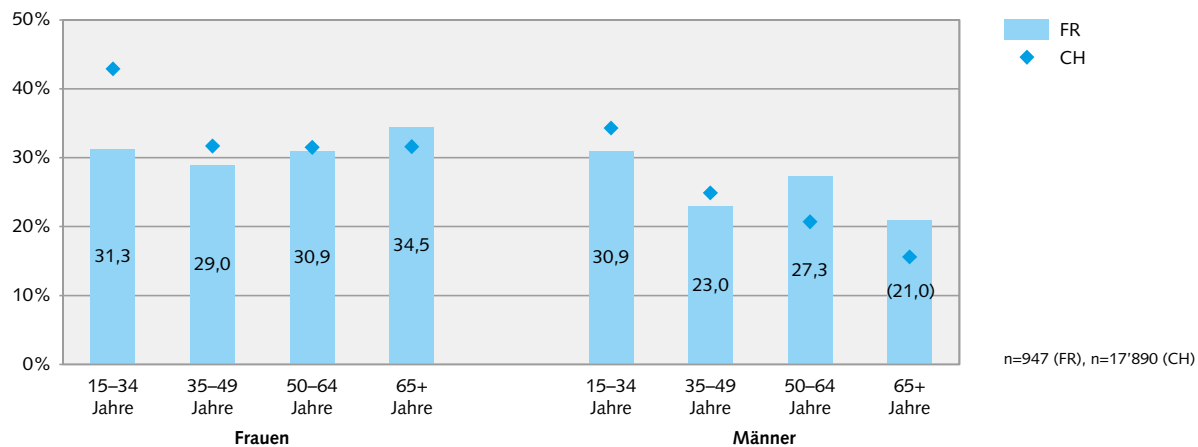
Das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen hängt sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht ab (Abb. 2.20).⁴⁰ Bei den Männern kommen Einsamkeitsgefühle schweizweit und zum Teil auch im Kanton Freiburg mit zunehmendem Alter seltener vor. Jüngere Freiburger fühlen sich anderthalbmal so oft einsam wie ältere. Altersbedingte Unterschiede scheinen im Kanton Freiburg weniger ausgeprägt. Noch deutlicher ist dies bei den Frauen zu beobachten: Anders als in der Gesamtschweiz, wo 15- bis 34-Jährige deutlich häufiger über Einsamkeitsgefühle berichten als Ältere, geben im Kanton Freiburg in jeder Altersgruppe rund drei von zehn befragten Frauen solche Gefühle an. Dabei berichten Männer seltener über Einsamkeitsgefühle als Frauen – im Kanton Freiburg vorwiegend in älteren Jahrgängen. Besonders oft fühlen sich alleinlebende Befragte einsam (Abb. 2.21). Dies mag mit ein Grund für den geschlechtsspezifischen Unterschied im höheren Alter sein, da betagte Frauen häufiger ohne Partner leben als Männer.⁴¹

⁴⁰ Befragte, die manchmal, ziemlich häufig oder sehr häufig Einsamkeitsgefühle haben, werden zusammengefasst.

⁴¹ Über die Hälfte der alleinlebenden Freiburger/innen berichten über Einsamkeitsgefühle, wobei diese Gefühle bei Frauen verbreiteter sind als bei Männern (FR: 61,5% bzw. 46,5%; CH: beide 50,1%).

Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen
Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.20



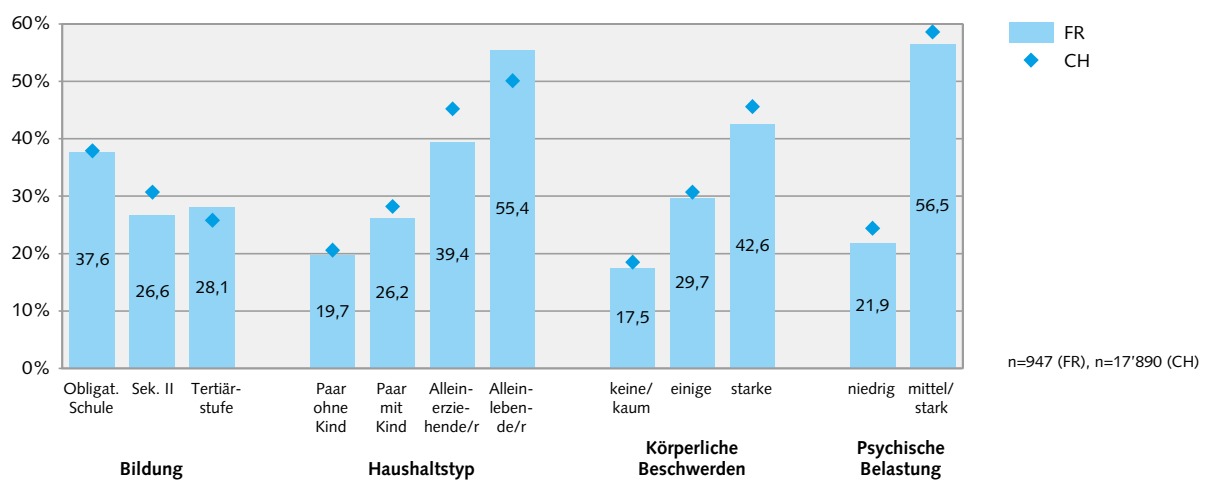
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.21



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden oft einsam

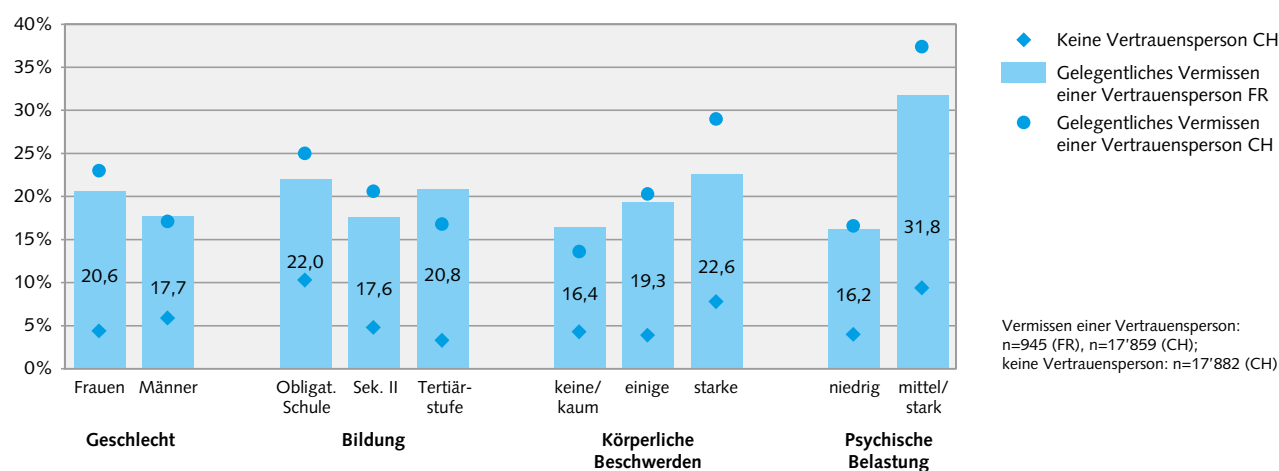
Einsamkeitsgefühle sind ebenfalls bei Alleinerziehenden häufiger als bei Personen mit einem Partner⁴² (Abb. 2.21). Ferner treten solche Gefühle je häufiger auf, desto niedriger die Ausbildung ist: Befragte ohne nachobligatorische Schulbildung fühlen sich fast anderthalbmal so häufig einsam wie Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Einsamkeitsgefühle gehen ebenfalls mit Be-

einträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit einher. Personen mit starken körperlichen Beschwerden fühlen sich zweieinhalbmal so oft einsam wie Personen mit keinen oder kaum Beschwerden. Ein gleiches Gefälle besteht bei der psychischen Belastung, wobei mehr als die Hälfte der psychisch mittel oder stark Belasteten über Einsamkeitsgefühle berichten.

⁴² Bei Paaren zeigt sich, dass im Unterschied zur Gesamtschweiz Freiburgerinnen sich etwa gleich oft einsam fühlen als Freiburger (FR: 24,9% vs. 23,3%; CH: 29,8% vs. 20,3%).

Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 2.22



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.4.2 Vertrauensperson

Die meisten Freiburger Befragten geben an, in ihrem näheren sozialen Umfeld mindestens eine Vertrauensperson zu zählen, mit der sie persönliche Probleme besprechen können (FR: 94,8% bzw. CH: 94,9%). Mehr als zwei Drittel sprechen sogar von mehreren Vertrauenspersonen (68,7% bzw. 71,3%).

Jede fünfte Person vermisst gelegentlich eine Vertrauensperson

Dennoch hat jede fünfte Person das Gefühl, manchmal eine solche Vertrauensperson zu vermissen (FR: 19,2% bzw. CH: 20,2%). Gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson kommt bei Befragten ohne Vertrauensperson zwei- bis fast dreimal so oft vor wie bei Befragten mit mindestens einer Vertrauensperson (FR: 47,2%⁴³ vs. 17,6%; CH: 41,6% vs. 19,0%). Im Jahr 2007 hatten die Befragten in etwa gleich häufig mindestens eine Vertrauensperson wie 2002 (FR: 93,2% bzw. CH: 95,3%).

Frauen haben zwar öfter mindestens eine Vertrauensperson, vermissen jedoch häufiger gelegentlich eine solche als Männer (Abb. 2.22). Zumindest auf Gesamtschweizer Ebene schaffen höhere Bildungsressourcen gute Voraussetzungen: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten nicht nur seltener, mindestens eine Vertrauensperson zu haben, sondern auch häufiger, gelegentlich eine solche zu vermissen, als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe.

⁴³ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Enge Zusammenhänge zeigen sich auch bei Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit. Das Fehlen wie auch das gelegentliche Vermissen einer Vertrauensperson ist bei starken Beschwerden häufiger, als wenn keine oder kaum Beschwerden vorhanden sind. Noch deutlicher ist das Gefälle bei der psychischen Belastung. Etwa ein Drittel psychisch mittel oder stark Belasteter vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson gegenüber einem Sechstel der Personen mit einer niedrigen psychischen Belastung. Rund jeder zehnten psychisch mittel oder stark belasteten Person fehlt eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld.

2.5 Sterblichkeit und Todesursachen

Die Verteilung und die Entwicklung der Todesursachen liefern wichtige Angaben zur Häufigkeit von Krankheiten und folglich zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Für die Prävention ist es besonders interessant, diejenigen Todesursachen zu analysieren, deren wichtigste Risikofaktoren bekannt sind (vgl. auch Kap. 3). Gewisse Krankheiten – insbesondere Krebs – haben jedoch eine lange Latenzzeit bis zur Diagnose. Die aktuellen Entwicklungen im Mortalitätsbereich widerspiegeln in Wirklichkeit also Ursachen, die zeitlich weiter zurückliegen (Meslé, 2004). Andere Umstände führen hingegen zu einem sofortigen Tod (z.B. Unfall, Suizid). Nebst den Todesursachen ist somit die allgemeine Mortalität ein wichtiger deskriptiver Indikator des Gesundheitszustandes.

Im vorliegenden Abschnitt wird zunächst auf Entwicklungen der Gesamtsterblichkeit im Kanton Freiburg eingegangen und diese mit anderen Kantonen verglichen. Anschliessend werden ausgewählte Todesursachen beschrieben und anhand des Indikators «verlorene potentielle Lebensjahre» Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit aufgezeigt.

2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Freiburg

Im Kanton Freiburg betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für die Periode 2006/2007 78,0 Jahre für die Männer und 83,9 Jahre für die Frauen (BFS, 2008f). Diese Zahlen liegen nahe beim Schweizer Durchschnitt mit 79,2 bzw. 84,1 Jahren. Die Lebenserwartung hat in Freiburg wie in der gesamten Schweiz jedes Jahr zugenommen (Abb. 2.23). 1986/87 lag diejenige der Männer bei 71,9 Jahren (CH: 73,8) und jene der Frauen bei 79,5 Jahren (CH: 80,5). Die Lebenserwartung der älteren Personen ist deutlich gestiegen. Für die 65-Jährigen des Kantons Freiburg belief sie sich 2006/2007 auf 21,7 Jahre für die Frauen und auf 17,8 Jahre für die Männer. In den letzten 20 Jahren nahm die Lebenserwartung der 65-Jährigen um 2,8 Jahre (Frauen) bzw. 3,1 Jahre (Männer) zu.

Zudem verkleinert sich der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Männer und Frauen: Betrug er 1986/87 noch 4,2 Jahre, waren es 2006/2007 nur noch 3,9 Jahre.

Todesursachenstatistik

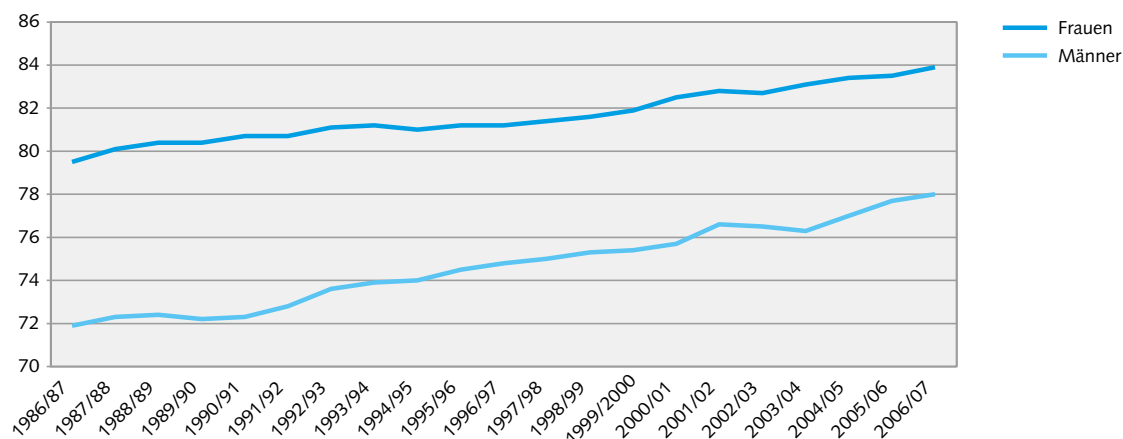
Die Todesursachenstatistik bietet einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Sie liefert wichtige Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen. Ausserdem gibt sie Hinweise darauf, durch welche präventiven oder medizinisch-kurativen Massnahmen die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht werden könnte. Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter (Zivilstandsregister) und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen und Ärzte. Die Ergebnisse werden normalerweise als absolute Zahlen und bezogen auf 100'000 Einwohner dargestellt (ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte; aus der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP).

Quelle: www.bfs.admin.ch (Zugriff am 15.01.2010)

Im Jahr 2006 starben im Kanton Freiburg 894 Frauen und 962 Männer, insgesamt also 1856 Personen. Das sind 69 Todesfälle weniger als 1986. Aufgrund der deutlichen Zunahme der Einwohnerzahl besteht im Kanton Freiburg eine besondere Situation. Daher ist dort auch der Anteil der Personen ab 80 Jahren an der Bevölkerung im Gegensatz zu den anderen Kantonen rückläufig. Von 2,8% im Jahr 1987 ging er auf 1,7% im Jahr 2007 zurück. Im Allgemeinen ist ein Rückgang der Todesfälle der unter 80-Jährigen sowie eine Zunahme der Todesfälle der über 80-jährigen Personen festzustellen. 2001 überstieg die Zahl der Todesfälle bei den Personen ab 80 Jahren erstmals die Zahl der Todesfälle bei den jüngeren Personen (unter 80 Jahren).

Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht
Kanton Freiburg, 1986/87–2006/07

Abb. 2.23



Quelle: BFS, ESPOP 1986–2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.5.2 Regionaler Vergleich

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Abb. 2.24) ermöglicht es, den Kanton Freiburg mit anderen Kantonen, Regionen und mit der gesamten Schweiz zu vergleichen, indem der Einfluss der Altersstruktur der Bevölkerung beseitigt wird. Unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls für die altersstandardisierten Raten kann jede Region mit der gesamten Schweiz verglichen werden. Das Intervall variiert je nach Bevölkerung des Kantons und seiner Mortalitätsrate. Die mit einem Sternchen markierten Kantone und Regionen weichen signifikant vom Freiburger Durchschnitt ab (FR, Espace Mittelland). Im Zeitraum 2000/2006 betrug die altersstandardisierte Mortalitätsrate des Kantons Freiburg durchschnittlich 588 Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen und pro Jahr. Damit liegt die Rate signifikant über dem Landesdurchschnitt (538 Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen) und dem Durchschnitt der anderen Vergleichsregionen und -kantone. Im folgenden Abschnitt werden die Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und der gesamten Schweiz anhand der Todesursachen genauer beleuchtet.

2.5.3 Ausgewählte Todesursachen

Dieser Abschnitt befasst sich zunächst mit der Entwicklung der Mortalitätsrate nach Alter sowie mit den häufigsten dazugehörigen Todesursachen. Danach werden

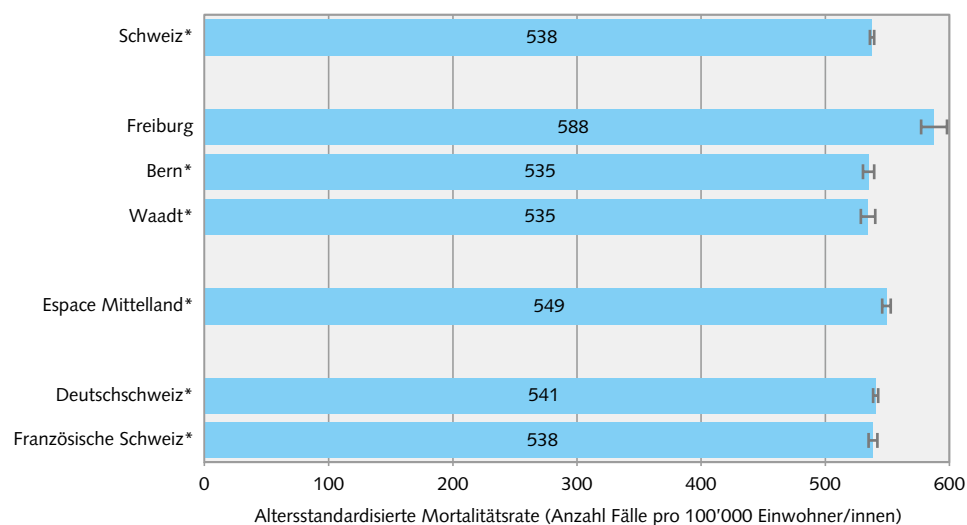
die verschiedenen Todesursachen im Kanton Freiburg diskutiert und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

Der Vergleich der rohen Sterbeziffer pro 100'000 Einwohner von 1980/86 mit jener von 2000/06 zeigt, dass sie in allen Altersgruppen sowohl im Kanton Freiburg als auch gesamtschweizerisch deutlich gesunken ist. Der Rückgang ist bei den 15- bis 34-jährigen Männern am stärksten: Ihre rohe Sterbeziffer ging zwischen 1980/86 und 2000/06 von 147 auf 76 zurück, was eine Verringerung um 48% bedeutet. Diese Tendenz zeigt sich für die Gesamtschweiz. In der Altersgruppe der Personen ab 80 Jahren ist für den gleichen Zeitraum bei den Frauen ein Rückgang um 10,1% (CH: -11,8%) und bei den Männern um 3,8% (CH: +2,1%) zu beobachten. Tabelle 2.6 zeigt, dass bei Berücksichtigung aller Todesursachen die rohe Sterbeziffer des Kantons Freiburg in allen Altersgruppen unter 80 Jahren höher ist als in der Schweiz. Allgemein treten die im Kanton Freiburg beobachteten Todesfälle früher ein als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Die letzte Spalte der Tabelle stellt die häufigsten Todesursachen nach Alter und Geschlecht dar. Die Todesursachen sind je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den jungen Personen zwischen 15 und 34 Jahren sind externe Ursachen (Unfälle, Gewalttaten, Suizide) am häufigsten. Innerhalb dieser externen Ursachen stehen bei den Männern die Verkehrsunfälle und bei den

Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006, (mit 95%-Vertrauensintervall)

Abb. 2.24



* Kantone/Regionen, deren altersstandardisierte Mortalitätsrate signifikant vom Wert des Kantons Freiburg abweicht

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Freiburg und Schweiz, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006

Altersgruppen	Geschlecht	Jährliche Sterbefälle	Jährliche Mortalitätsrate ¹		Häufigste Todesursache (in % aller Sterbefälle)
		FR	FR	CH	FR
0–14 Jahre	Männer und Frauen	20	42,6	31,8	Perinatale Todesursache (26%) Missbildungen (28%)
15–34 Jahre	Männer	27	76,2	68,5	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (67%)
	Frauen	11	31,4	28,8	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (50%)
35–49 Jahre	Männer	57	208,3	183,0	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (31%)
	Frauen	28	109,1	105,3	Krebskrankheiten (48%)
50–64 Jahre	Männer	162	930,8	773,6	Krebskrankheiten (42%)
	Frauen	75	431,5	410,2	Krebskrankheiten (53%)
65–79 Jahre	Männer	336	4 215,9	3 650,4	Krebskrankheiten (39%)
	Frauen	201	1 822,6	1 782,4	Krebskrankheiten (38%)
80+ Jahre	Männer	388	14 844,6	15 606,0	Herz-Kreislauf-Krankheiten (41%)
	Frauen	582	14 016,6	14 774,4	Herz-Kreislauf-Krankheiten (49%)

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

¹ Anzahl Sterbefälle pro 100'000 Einwohner/innen und Jahr

Frauen die Suizide an der Spitze. Bei den 35- bis 49-jährigen Männern sind Suizide und Herz-Kreislauf-Krankheiten die verbreitetsten Todesursachen. Frauen zwischen 35 und 79 Jahren und Männer zwischen 50 und 79 Jahren sterben am häufigsten an Krebs. Bei den Frauen in dieser Altersklasse handelt es sich hauptsächlich um Brust- und Lungenkrebs, bei den Männern um Bronchial- und Luftröhrenkrebs. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache, insbesondere die ischämischen Herzkrankheiten. Sie machen bei den 80-jährigen und älteren Personen 25% (Frauen) bzw. 18% (Männer) der Fälle aus.

Tabelle 2.7 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Freiburg mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate (SMR). Dieser Indikator misst den Unterschied der Mortalität zwischen zwei Regionen, unter Berücksichtigung der Altersstruktur. Eine SMR von 100 bedeutet, dass zwischen dem Kanton und der Schweiz bei der untersuchten Todesursache kein Unterschied besteht. Ein Wert von 110 in einem Kanton bedeutet, dass die Mortalitätsrate gegenüber dem Schweizer Durchschnitt 10% höher ist. Ein Ergebnis von 90 dagegen bezeichnet eine Mortalitätsrate, die 10% unter dem Schweizer Durchschnitt liegt (Bisig & Beer, 1996). Anhand eines statistischen Tests kann bestimmt werden, ob die beobachteten Unterschiede signifikant sind oder nicht.

Im Kanton Freiburg wurden zwischen 2000 und 2006 durchschnittlich 1889 Todesfälle jährlich registriert; es starben 906 Frauen (48%) und 983 Männer (52%). Die Zahl der beobachteten Todesfälle ist signifikant höher als jene für die gesamte Schweiz.

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind im Kanton Freiburg die häufigste Todesursache mit 32% der Todesfälle bei den Männern und 40% bei den Frauen. Bei den Männern sind Herz-Kreislauf-Krankheiten signifikant häufiger (SMR=105) als im schweizerischen Durchschnitt, während bei den Frauen keine derartige Abweichung festzustellen ist. Hingegen treten koronare Herzkrankheiten (233 Fälle pro Jahr) im Kanton Freiburg signifikant weniger häufig auf. Bei den Frauen liegen die demenzbedingten Todesfälle knapp über dem Landesdurchschnitt. Demenz ist eine Todesursache, die stark mit dem Altern zusammenhängt und hauptsächlich im höheren Lebensalter auftritt.

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache. Die Anzahl Krebsfälle bei Frauen liegt im Kanton Freiburg im Schweizer Durchschnitt. Bei den Männern hingegen bestehen signifikante Abweichungen. Mit 73 Fällen pro Jahr sind Lungen-, Trachea- und Bronchialkarzinome bei den Männern im Kanton Freiburg signifikant häufiger als im schweizerischen Durchschnitt. Die in der Schweiz zu beobachtende tendenzielle Zunahme der Zahl der Todesfälle, die durch Lungenkrebs verursacht werden (BFS, 2009b), bestätigt sich auch im Kanton Freiburg. Mit durchschnittlich 20 Todesfällen pro Jahr kommt

Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Freiburg, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006

Todesursachen	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz
	N	in %			N	in %		
Infektionskrankheiten	7	1	-	-	10	1	-	-
Krebskrankheiten	202	22	104	n.s.	294	30	118	***
Bösartige Tumoren des Magens	5	1	-	-	14	1	-	-
Bösartige Tumoren des Dickdarms	20	2	130	***	20	2	111	n.s.
Bösartige Tumoren des Pankreas	14	2	-	-	13	1	-	-
Bösartige Tumoren der Trachea, Bronchien, Lunge	23	3	100	n.s.	73	7	124	***
Bösartige Tumoren der Brust	36	4	95	n.s.	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Cervix uteri	2	0	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren des Ovars	15	2	125	*	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Prostata	-	-	-	-	40	4	109	n.s.
Übrige Krebskrankheiten	87	10	105	n.s.	135	14	118	***
Diabetes mellitus	24	3	98	n.s.	18	2	95	n.s.
Demenz	68	8	112	*	29	3	107	n.s.
Herz-Kreislauf-Krankheiten	360	40	102	n.s.	312	32	105	*
Koronare Herzkrankheiten	107	12	81	***	126	13	90	***
Lungenembolien	8	1	-	-	4	0	-	-
Hirngefässerkrankungen	73	8	103	n.s.	52	5	108	n.s.
Übrige Herz-Kreislauf-Krankheiten	172	19	119	***	130	13	123	***
Krankheiten des Atmungssystem	66	7	128	***	87	9	143	***
Grippe	4	0	-	-	1	0	-	-
Pneumonien	33	4	140	***	30	3	159	***
Bronchitis	16	2	95	n.s.	40	4	134	***
Asthma	3	0	-	-	2	0	-	-
Übrige Krankheiten des Atmungssystems	12	1	-	-	14	1	-	-
Alkohol²	5	1	-	-	23	2	148	***
Erkrankungen der Harnorgane	6	1	-	-	5	0	-	-
Perinatale Todesfälle	2	0	-	-	3	0	-	-
Missbildungen	4	0	-	-	5	1	-	-
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	38	4	92	n.s.	82	8	117	***
Strassenverkehrsunfälle	5	1	-	-	16	2	143	***
Suizide	10	1	-	-	32	3	109	n.s.
Übrige Unfälle, Gewalttaten	23	3	93	n.s.	34	3	115	*
Übrige Todesursachen	123	14	104	n.s.	115	12	112	***
Total	906	100	104	***	983	100	113	***

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

¹ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100, Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05, n.s.= nicht signifikant. Die SMR wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 2000 und 2006 unter 100 liegt.

² Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

Dickdarmkrebs bei den Frauen signifikant häufiger vor, während bei den Männern keine entsprechende Abweichung vom landesweiten Durchschnitt festzustellen ist.

Die häufigste Krebsart bei den Frauen mit durchschnittlich 36 Fällen pro Jahr ist Brustkrebs. Der Unterschied zwischen der Schweiz und dem Kanton Freiburg ist jedoch statistisch nicht signifikant, und zwischen dem Kanton Freiburg und der Westschweiz oder der Deutschschweiz ist keine Abweichung festzustellen. 2004 hat der Kanton Freiburg ein Früherkennungsprogramm für Brustkrebs eingeführt.⁴⁴ Die Resultate der SGB 2007 zeigen, dass die Früherkennungsrate bei Brustkrebs im Kanton Freiburg höher ist als in der ganzen Schweiz und mit jener in der Westschweiz vergleichbar ist (vgl. Abschnitt 6.2.2). Hingegen kommen Ovarialkarzinome mit durchschnittlich 15 Todesfällen pro Jahr im Kanton Freiburg signifikant häufiger vor. Bei den Männern ist Prostatakrebs die zweithäufigste Krebsart: Im Durchschnitt verursacht er im Kanton jährlich 40 Todesfälle, wobei die Fallzahl nicht signifikant vom gesamtschweizerischen Durchschnitt abweicht.

Krankheiten des Atmungssystems – insbesondere Pneumonien – treten im Kanton Freiburg häufiger auf als in der Gesamtschweiz. Mit 23 Fällen pro Jahr sind bei den Männern im Kanton Freiburg auch die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Todesfälle (Leberzirrhose und alkoholbedingte Krankheiten) deutlich häufiger.

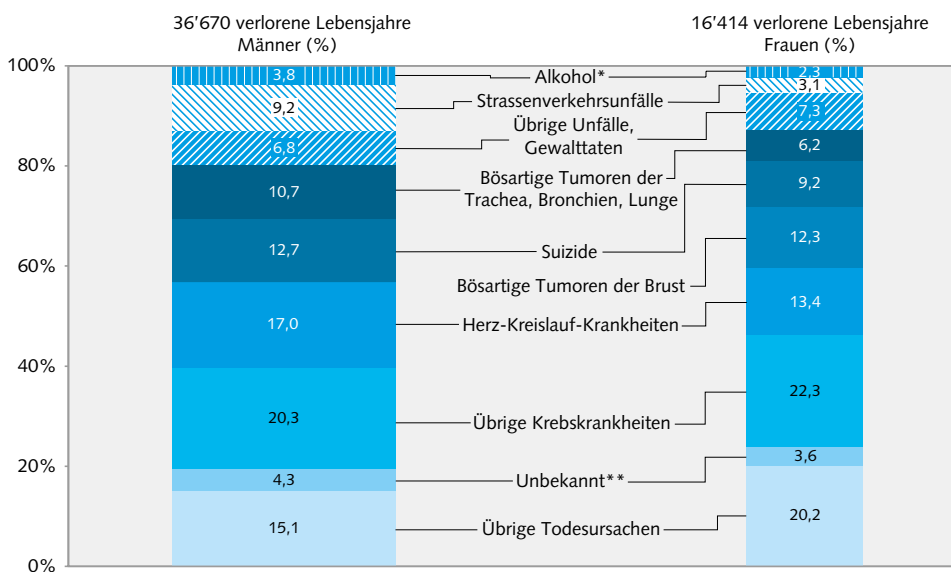
Bei den gewaltbedingten Todesfällen (Suizide, Unfälle usw.) unterscheidet sich die Mortalitätsrate der Frauen nicht signifikant vom schweizerischen Durchschnitt, während jene der Männer höher ist. Mit durchschnittlich 16 Todesfällen pro Jahr sind im Kanton häufiger Verkehrsunfälle zu beobachten als in der gesamten Schweiz. Hingegen weicht die Suizidhäufigkeit nicht signifikant vom Landesdurchschnitt ab.

2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Die Präventivmedizin hat unter anderem zum Ziel, anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) die Ursachen für vorzeitige oder vermeidbare Sterblichkeit zu untersuchen. Mithilfe dieses Indikators

Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht
Kanton Freiburg, aggregierte Fallzahlen von 2000–2006

Abb. 2.25



Vor dem 70. Geburtstag verlorene Lebenszeit; Sterbefälle von unter Einjährigen sind nicht berücksichtigt

* Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

** Unbekannt: ICD-10-Code R99

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴⁴ Diese Programme richten sich an die 50- bis 70-jährigen Frauen, die in einem der Kantone, die ein Früherkennungsprogramm anbieten (GE, VS, VD, FR, JU und Berner JU, NE, im Aufbau: SG), wohnhaft und versichert sind und bei denen keine Probleme an der Brust bekannt sind. Sie werden automatisch alle zwei Jahre vom Früherkennungszentrum zu einer Kontrolle eingeladen. Bei der Untersuchung wird die Brust geröntgt. Zeigt die Röntgenaufnahme eine Auffälligkeit, wird sie in der Folge durch weitere Untersuchungen ergänzt, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden (www.brust-screening.ch).

können die wichtigsten Todesursachen erkannt werden, die die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung des Kantons beträchtlich verkürzen. Eine Analyse des Indikators liefert Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit.

Der VPL-Indikator addiert die Jahre, die den vor dem 70. Alterjahr verstorbenen Personen bis zum Erreichen des 70. Alterjahres noch fehlten. Dadurch erhalten die früh im Leben auftretenden Todesursachen (Strassenverkehrsunfälle, Suizide usw.) ein stärkeres Gewicht. Abbildung 2.25 stellt die prozentuale Verteilung der VPL nach Todesursache dar (2000-2006). Der Kanton Freiburg zählt von 2000–2006 durchschnittlich 7583 VPL pro Jahr, davon entfallen 2345 (31%) auf die Frauen und 5239 (69%) auf die Männer.

Bei den Frauen sind rund 42% der verlorenen potenziellen Lebensjahre auf Krebs zurückzuführen; dies sind durchschnittlich 984 verlorene potenzielle Lebensjahre pro Jahr, wobei Brustkrebs mit einem Anteil von 12% der VPL einen bedeutenden Teil ausmacht. Bei den Männern ist Krebs in rund 27% der Fälle die Ursache, was 1424 VPL pro Jahr entspricht. 11% der VPL der Männer sind allein den Lungen-, Bronchial- und Tracheakarzinomen zuzuschreiben. Bei den Unfällen, Gewalttaten und Suiziden treten erhebliche Verhaltensunterschiede zwischen den Geschlechtern zutage: Während bei den Männern 28,7% der VPL oder jährlich 1707 VPL auf gewaltbedingte Todesfälle zurückzuführen sind, entsprechen diese bei den Frauen 19,6% oder 435 VPL pro Jahr. Schliesslich hängt bei den Männern ein nicht zu unterschätzender Anteil von 4% der VPL mit dem Alkoholkonsum zusammen.

2.6 Zusammenfassung

Gesundheitszustand

Freiburgerinnen und Freiburger erfreuen sich eines hohen gesundheitlichen Wohlbefindens. Fast neun von zehn Befragten schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Jüngere Personen geben häufiger ein gutes oder sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden an als ältere, Personen mit höherer Bildung häufiger als solche mit niedrigerer. Das gesundheitliche Wohlbefinden wird massgeblich durch lang andauernde Gesundheitsprobleme, körperliche Beschwerden und psychische Belastung geprägt.

Gut jede vierte befragte Person hat ein lang andauerndes Gesundheitsproblem wie eine Behinderung oder eine chronische Krankheit, fast ebenso viele klagen über starke körperliche Beschwerden – hauptsächlich Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schlafprobleme und Kopfweg. Frauen berichten anderthalbmal so oft über starke Beschwerden wie Männer. Dennoch sind Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit nicht zwangsläufig mit einem schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden verbunden. So lässt sich ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und persönlichen Ressourcen wie der Kontrollüberzeugung und dem Kohärenzgefühl gerade dann beobachten, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Im Kanton Freiburg erleidet jährlich jede fünfte befragte Person mindestens einen Unfall, ebenso häufig berichten 60-Jährige und Ältere über Stürze. Vor allem junge Männer haben ein hohes Unfallrisiko – vornehmlich bei Spiel und Sport –, 80-Jährige und Ältere stürzen am meisten. Knapp die Hälfte der Freiburger/innen ab 65 Jahren – schweizweit sind es ein gutes Drittel – haben ferner Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Zwei Drittel der Freiburgerinnen und Freiburger weisen mindestens einen der für Herz-Kreislauf-Krankheiten relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht bzw. Adipositas oder Rauchen auf, ein Viertel gar mehrere.

Die psychische Gesundheit ist besser bei Männern als bei Frauen und – mit Ausnahme depressiver Symptome – bei älteren Befragten als bei jüngeren. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz scheinen Freiburgerinnen und Freiburger etwas häufiger psychisch belastet zu sein und etwas seltener eine hohe Kontrollüberzeugung zu nennen. Freiburger/innen weisen ein vergleichbar hohes Kohärenzgefühl auf wie die Schweizer Bevölkerung und sind etwa gleich oft von depressiven Symptomen betroffen. Die psychische Belastung hängt deutlich mit den Gesundheitsressourcen Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl zusammen. Mehr als drei von zehn Freiburgerinnen und Freiburger mit einer tiefen Kontrollüberzeugung oder einem niedrigen Kohärenzgefühl fühlen sich psychisch mittel oder stark belastet.

Etwa drei von zehn Befragten empfinden manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle, zwei von zehn vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld. Besonders häufig einsam fühlen

sich Alleinlebende und -erziehende, Personen mit körperlichen Beschwerden und psychisch Belastete. Junge Freiburgerinnen berichten seltener über Einsamkeitsgefühle als gleichaltrige Schweizerinnen.

Sterblichkeit und Todesursachen

In den letzten 20 Jahren ist die Lebenserwartung im Kanton Freiburg stark gestiegen, während die Sterblichkeit deutlich zurückgeht und die Lebenserwartung der älteren Menschen (>65 Jahre) zunimmt. Allerdings liegt sie vor allem bei den Männern weiterhin unter dem schweizerischen Durchschnitt. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate des Kantons Freiburg ist im Zeitraum 2000/2006 im landesweiten Vergleich für beide Geschlechter signifikant höher. Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache im Kanton Freiburg (36% der Todesfälle), gefolgt von den Krebskrankheiten (26%). Diese beiden Ursachen sind für etwa 60% der Todesfälle verantwortlich und treten im Kanton Freiburg bei den Männern häufiger als Todesursache auf als in der gesamten Schweiz. Bei den Männern im Kanton sind 7% der Todesfälle und rund 11% der verlorenen potentiellen Lebensjahren (VPL) auf Lungen-, Trachea- und Bronchialkarzinome zurückzuführen.

Krankheiten des Atmungssystems, Verkehrsunfälle und mit Alkohol zusammenhängende Todesfälle sind bei den Männern häufiger zu beobachten als im landesweiten Durchschnitt.

Die Präventivmedizin beschäftigt sich insbesondere mit den Todesursachen, die einen Grossteil der Bevölkerung betreffen und für eine grosse Anzahl VPL verantwortlich sind. Wichtig für die Präventivmedizin ist ausserdem, dass die Faktoren verändert werden können. Dazu gehören bösartige Tumoren oder Krebskrankheiten. Diese machen im Kanton Freiburg rund 32% der VPL bei den unter 70-Jährigen aus. Bei den Frauen ist Brustkrebs die häufigste Krebsart: 12% der VPL sind darauf zurückzuführen. Unfälle, Gewalttaten und Suizide sind die zweitwichtigste Ursache für VPL. Sie machen 28% aus. Die häufigste Todesursache bei den Männern zwischen 15 und 49 Jahren und bei den Frauen zwischen 15 und 34 Jahren sind Suizide. Sie machen 13% der VPL bei den Männern und 9% bei den Frauen aus. Diese Todesursache ist im Kanton Freiburg etwa gleich häufig wie in der Gesamtschweiz. Bei den Verkehrsunfällen liegt die Mortalitätsrate der im Kanton lebenden Männer signifikant über dem schweizerischen Durchschnitt. Verkehrsunfälle verursachen rund 9% der VPL.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Florence Moreau-Gruet und Laila Burla (3.1, 3.3 und 3.4)

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand (3.2)

Die Gesundheit des Menschen hängt von zahlreichen Faktoren ab. Einige dieser Faktoren, wie beispielsweise die genetischen Voraussetzungen, lassen sich nicht beeinflussen. Andere Faktoren dagegen, wie das Risikoverhalten, der Lebensstil oder die Umweltbedingungen, können geändert werden. Unter Verhaltensweisen mit erhöhtem Risiko versteht man jene Verhaltensweisen, durch welche die Krankheitsrisiken zunehmen und die Lebenszufriedenheit eines Menschen abnimmt. Umgekehrt resultieren aus schützenden Verhaltensweisen tiefere Krankheitsrisiken und eine höhere Lebenszufriedenheit.

Risikoreiche und nicht schützende Verhaltensweisen können erhebliche Folgen für die Gesundheit haben. Wie eine OECD-Studie (2006) für das Jahr 2002 zeigt, lassen sich in der Schweiz 60% der Sterblichkeit auf fünf Risikofaktoren zurückführen: arterielle Hypertonie, Tabakkonsum, Cholesterin, Übergewicht und Bewegungsmangel. Diese Faktoren zählen zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. So sind arterielle Hypertonie, ein zu hoher Cholesterinspiegel und Übergewicht zumindest teilweise auf zu reichhaltige Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität zurückzuführen – beides veränderbare Verhaltensweisen.

Dieses Kapitel fokussiert auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen. Angaben zu Bluthochdruck und Cholesterinspiegel als weitere Risikofaktoren sind dem Abschnitt 2.2.5 zu entnehmen, die Anzahl Sterbefälle für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dem Abschnitt 2.5.3. Zu Beginn dieses Kapitels werden gesundheitsrelevante Einstellungen beschrieben, welche einen Einfluss auf das Verhalten der Einzelnen/des Einzelnen haben können. Einerseits geht es darum zu untersuchen, inwieweit sich die Schweizerinnen und Schweizer um ihre Gesundheit kümmern, andererseits um ihre Kenntnisse im Bereich Gesundheit. Anschliessend folgt ein Abschnitt zu den Ernährungsgewohnheiten und dem Ausmass an körperlicher Aktivität der Freiburger Bevölkerung. Aus einem Mangel an körperlicher Bewegung und schlechten *Ernährungsgewohnheiten* resultiert ein

höheres Risiko von Herzkrankheiten, Hirnschlägen und Diabetes. Der *Body-Mass-Index* (ein Mass für die Körperfülle, Abkürzung BMI) zeigt bis zu einem gewissen Grad die «Ergebnisse» der Verhaltensweisen bezüglich Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität und wird deshalb in diesem Abschnitt präsentiert.

Den abschliessenden Schwerpunkt dieses Kapitels stellt der Substanzkonsum der Freiburger Bevölkerung dar. *Tabakkonsum* als wichtiger Risikofaktor, welcher mit zahlreichen Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten in Verbindung gebracht wird, wird als erstes beschrieben. Obwohl es sich nicht um ein freiwilliges Verhalten handelt, wird unter dem Thema Tabakkonsum auch das Ausgesetztsein von Rauch von Zigaretten, Zigarren usw. (in diesem Bericht mit dem Ausdruck «*Passivrauchen*» bezeichnet) behandelt. Es wurde festgestellt, dass auch Passivrauch das Risiko von gewissen Krankheiten erhöhen kann. Im Weiteren wird die Häufigkeit und das Ausmass des Alkoholkonsums der Freiburgerinnen und Freiburger präsentiert. Studienergebnisse zeigen, dass *übermässiger Alkoholkonsum* das Risiko von zahlreichen Krankheiten (verschiedene Krebserkrankungen, Herzkrankheiten; siehe Rehm et al., 2003) erhöht. Auf die Verbreitung von *Cannabiskonsum*, welcher bei regelmässigem Konsum ebenfalls gesundheits-schädigende Wirkungen haben kann, wird kurz eingegangen. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung des Konsums gewisser *psychotroper Medikamente*, um Hinweise auf Gesundheitsprobleme aufzuzeigen bzw. um das Ausmass des regelmässigen Konsums – welcher ein Abhängigkeitspotential birgt – zu beschreiben.

Die Einstellung der Schweizerinnen und Schweizer zur Gesundheit und ihre Kenntnisse in diesem Bereich stehen häufig in einem gewissen Zusammenhang mit ihren diesbezüglichen Verhaltensweisen. Diese beiden Themen werden daher am Anfang dieses Kapitels behandelt.

3.1 Gesundheitseinstellungen

Die Bedeutung, die jemand seiner Gesundheit beimisst, hat wahrscheinlich einen grossen Einfluss auf seine gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Eine Einstellung, bei der die Gesundheit einen hohen Stellenwert hat, gilt in der Regel als positiver Faktor für die Gesundheit und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Im Gegensatz dazu sind Personen, denen ihre Gesundheit kein grosses Anliegen ist, wahrscheinlich kaum motiviert, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu ändern. Auf die Frage⁴⁵ zur Bedeutung, die der Gesundheit beigemessen wird, konnten alle befragten Personen (nicht nur die kranken Menschen) zwischen drei Antworten wählen. Im Kanton Freiburg erklärten 13,1% der befragten Personen: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern». Die Mehrheit der Befragten (67,7%) entschied sich bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung für die folgende Aussage: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil». Und 19,2% meinten: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (Tab. 3.1). Im Vergleich zu 2002 ist der Anteil Personen, welche sich nicht um ihre Gesundheit kümmern 2007

um fast 5 Prozentpunkte gesunken: Die entsprechenden Werte lagen im Jahr 2002 bei 17,9%, 62,3% und 19,8%.

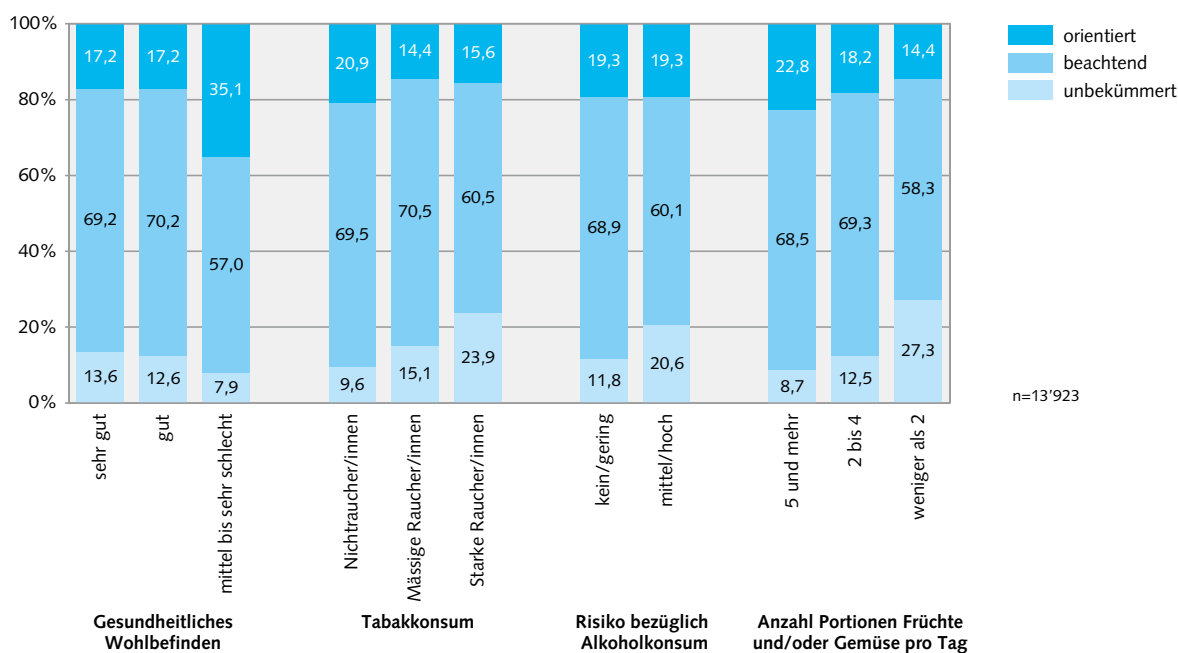
Junge Menschen achten weniger auf ihre Gesundheit

Der Anteil Personen, welche sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, nimmt mit höherer Bildung ab. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass Personen ohne nachobligatorische Bildung häufiger angeben, dass ihre Lebensweise stark durch gesundheitliche Überlegungen bestimmt wird, als diejenigen mit höherer Bildung (in Tabelle 3.1: Spalte «orientiert»). Dies gilt für die Gesamtschweiz und tendenziell auch für den Kanton Freiburg. Wie Tabelle 3.1 weiter zeigt, unterscheiden sich die Gesundheitseinstellungen auch nach Alter: Jüngere Menschen weisen ebenfalls einen höheren Anteil an Personen auf, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern als Ältere.

Wie Abbildung 3.1 für die Ebene der Gesamtschweiz zeigt, geben Personen mit mittelmässigem bis (sehr) schlechtem gesundheitlichem Wohlbefinden deutlich seltener an, sich nicht um mögliche Folgen für ihre Gesundheit zu kümmern als solche mit sehr gutem Wohlbefinden. Zudem gibt über ein Drittel (35,1%) an, dass gesundheitliche Überlegungen weitgehend bestimmen, wie sie leben.

Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007

Abb. 3.1



Für die Definition der Variable "gesundheitliches Wohlbefinden" vgl. 2.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴⁵ Frage aus dem schriftlichen Fragebogen.

Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		unbekümmert		beachtend		orientiert	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		13,1	12,3	67,7	68,4	19,2	19,4
Geschlecht	Frauen	11,4	9,3	67,4	68,8	21,2	22,0
	Männer	14,9	15,4	68,1	68,0	17,0	16,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	16,6	17,9	70,0	69,4	(13,4)	12,8
	35–49 Jahre	14,4	11,3	67,5	71,8	18,2	16,9
	50–64 Jahre	(8,2)	9,2	71,2	69,8	20,6	21,0
	65+ Jahre	.	7,8	54,4	59,3	38,1	32,9
Bildung	Obligatorische Schule	(14,7)	15,6	56,4	54,3	(28,9)	30,1
	Sekundarstufe II	16,1	13,2	66,6	67,6	17,3	19,2
	Tertiärstufe	(5,6)	8,6	76,1	76,2	18,3	15,2
Nationalität	Schweiz	12,1	11,7	68,7	69,5	19,2	18,7
	Ausland	(18,3)	14,4	62,7	64,0	(19,0)	21,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	11,8	12,8	70,2	66,0	18,0	21,2
	CHF 3000 bis 4499	(16,5)	12,4	61,9	66,5	21,6	21,1
	CHF 4500 bis 5999	.	10,6	68,8	72,1	25,0	17,3
	CHF 6000 und höher	(11,8)	10,9	73,4	75,0	(14,7)	14,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	12,8	11,6	65,5	69,0	21,7	19,3
	Land	13,4	13,9	70,3	66,7	16,3	19,4
Regionaler Vergleich	Freiburg	13,1		67,7		19,2	
	Schweiz	12,3		68,3		19,4	
	Bern	9,6		71,3		19,0	
	Waadt	21,5*		59,5*		19,0	
	Espace Mittelland	11,6		68,9		19,6	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=750 (FR), n=13'923 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Zustimmung zu folgenden Aussagen: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern» (unbekümmert), «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» (beachtend) und «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (orientiert)

Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen kümmern sich weniger um ihre Gesundheit

Bei gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen ist der Anteil Personen höher, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern (Abb. 3.1): Auf gesamtschweizerischer Ebene geben 23,9% der starken Raucher/innen (10 Zigaretten oder mehr pro Tag) an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, während dieser Anteil bei den mässig Rauchenden (bis zu 9 Zigaretten pro Tag) 15,1% und bei Nichtraucher/innen 9,6% beträgt. Ebenso kümmern sich 20,6% der Personen mit einem hohen Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit, gegenüber 11,8% bei den abstinenten Personen und den Personen mit geringem Alkoholkonsum. Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch in Bezug auf den täglichen Früchte- und

Gemüsekonsum: 27,3% (weniger als zwei Portionen Früchte und/oder Gemüse)⁴⁶ gegenüber 8,7% (mindestens fünf Portionen).

3.1.1 Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit einer Person, zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, in ihrem Umfeld und auf politischer Ebene Entscheide in ihrem Alltag zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz stärkt die Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu

⁴⁶ Eine Portion Früchte und/oder Gemüse entspricht der Grösse einer Faust (ungefähr 120g).

Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.» (Kickbusch, 2006, S. 69). Neuere Forschungsarbeiten zeigen eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen des Gesundheitssystems und den durchschnittlichen Gesundheitskompetenzen der Konsumentinnen und Konsumenten, die dieses System in Anspruch nehmen (National Center for Education Statistics, 2006).

Für die Ermittlung der Gesundheitskompetenz bewerteten die Befragten ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Gesundheit in vier Bereichen (genauer Wortlaut siehe Abb. 3.2). Mit diesen Fragen, die im schriftlichen Fragebogen gestellt werden, wird die Selbsteinschätzung der Befragten, nicht jedoch die tatsächliche Gesundheitskompetenz abgeklärt (die vielfach mit dem englischen Begriff Health Literacy bezeichnet wird).

Relativ sicher in Bezug auf persönliches Gesundheitsverhalten, weniger sicher im Bereich Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Im Kanton Freiburg fühlen sich die Befragten bezüglich ihrer Kenntnisse im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen am sichersten: 71,3% fühlen sich dies-

bezüglich sicher oder sehr sicher (Abb. 3.2). Etwas weniger sicher sind sie hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Konsumverhaltens (64,1% fühlen sich sicher oder sehr sicher). Im Bezug auf das Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem beträgt der entsprechende Anteil 45,5%, bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen sind es 43,0%. Diese Anteile sind tiefer als diejenigen in der Gesamtschweiz: 75,4%, 68,0%, 50,3%⁴⁷ und 48,9%. Der regionale Vergleich zeigt weiter, dass die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz im Kanton Freiburg in etwa vergleichbar ist mit derjenigen der Kantone Bern und Waadt sowie des Espace Mittellandes.

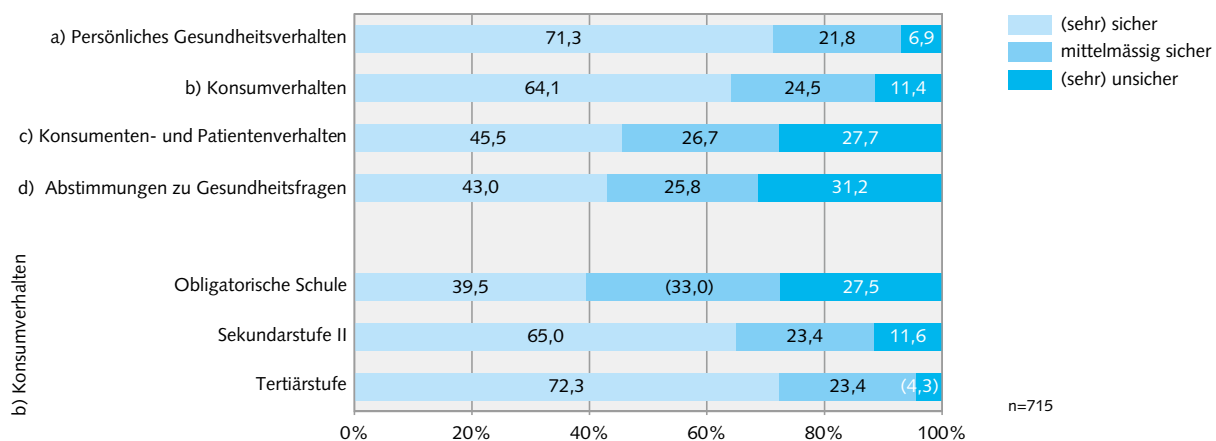
Personen mit höherer Bildung fühlen sich in Bezug auf ihr gesundheitsrelevantes Wissen sicherer

Was das persönliche Gesundheitsverhalten und das Konsumverhalten anbelangt, fühlen sich Personen mit einer tertiären Bildung sicherer als Personen mit einer tieferen Bildung. Beim Konsumverhalten zeigt sich ebenfalls ein Geschlechterunterschied: Frauen (69,4%) fühlen sich diesbezüglich sicherer als Männer (58,3%).

Betreffend Kenntnisse im Bereich persönliches Gesundheitsverhalten und Konsumverhalten gibt es zwischen den Altersgruppen keine Unterschiede. Die

Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Freiburg, 2007

Abb. 3.2



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

Wortlaut der Frage: Man hört häufig, dass das Gesundheitssystem immer komplizierter wird. Haben Sie das Gefühl, dass Sie genug wissen, um sich darin sicher zu bewegen? Wie sicher würden Sie sich in den vier nachstehenden Bereichen einschätzen?
Antwort: sehr sicher bis sehr unsicher

a) Persönliches Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung)

b) Konsumverhalten (z.B. Einkauf gesunder Nahrungsmittel, Nahrungszusatzpräparate, frei verkäufliche Medikamente)

c) Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem (z.B. Wahl der Krankenversicherung, Kommunikation mit dem Arzt)

d) Als Bürger/in bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴⁷ Dieser Wert zu «Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem» liegt nicht signifikant über dem Freiburger Wert.

Sicherheit in Bezug auf das Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem und in Bezug auf Abstimmungen zu Gesundheitsfragen steigt jedoch im zunehmenden Alter: So fühlen sich 28,8% der unter 35-Jährigen im Bereich Gesundheits- und Versicherungssystem (sehr) sicher, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 67,5%. Ähnliche Resultate zeigen sich für den Bereich Abstimmungen zu Gesundheitsfragen (32,4% vs. 66,8%).

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

Die drei Begriffe «Übergewicht», «Ernährung» und «Bewegung» werden häufig in einem Zuge genannt. Dies hat einen guten Grund, denn ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung sind wichtige Verhaltensweisen, mit denen Gewichtsproblemen entgegen getreten werden kann. Als Folge werden die drei Begriffe gegenwärtig auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen miteinander verknüpft – auf der nationalen Ebene etwa im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» (BAG, 2008b).⁴⁸

Die enge Verbindung der drei Begriffe erklärt, weshalb die Frage nach der Verbreitung des Übergewichts in ein und demselben Abschnitt abgehandelt wird. Der folgende Abschnitt enthält zunächst eine Standortbestimmung der Verbreitung von Gewichtsproblemen im Kanton Freiburg, bevor in zwei weiteren Abschnitten auf das Ernährungs- und das Bewegungsverhalten eingegangen wird. Die verschiedenen Befunde werden überdies in Kapitel 5 noch einmal aufgenommen und vergleichend diskutiert.

3.2.1 Übergewicht

Seit Jahrzehnten steigt die Zahl der übergewichtigen Menschen weltweit. Angesichts dieser Entwicklung sprechen verschiedene Beobachter und Organisationen seit einigen Jahren von einer «Epidemie» (vgl. z.B. BAG, 2008b; OECD, 2009; WHO, 2000) oder gar «Pandemie des Übergewichts» (BFS, 2007). Da ein erhöhtes Körpergewicht als Risikofaktor für verschiedene Krankheiten gilt (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000), ist die Bekämpfung des Übergewichts eine wichtige Aufgabe von präventiven, gesundheitsfördernden und kurativen Interventionen.

Zur Bestimmung, ob jemand übergewichtig ist oder nicht, existieren verschiedene Masszahlen. Ein allgemein anerkanntes und einfaches Mass ist der Body Mass Index (BMI), für dessen Berechnung man die Körpergrösse und das Körpergewicht der untersuchten Person kennen muss (vgl. Kasten). Es gilt allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich beim BMI um ein relativ grobes Mass handelt, das beispielsweise keine Aussagen über den effektiven Körperfettanteil erlaubt und bei Befragungen dazu tendiert, das Ausmass der Gewichtsprobleme in der Bevölkerung zu unterschätzen, weil wohl viele Personen ihr Gewicht etwas tiefer veranschlagen, als es tatsächlich ist (Faeh et al., 2008).

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

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

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000)⁴⁹ gilt für 18-jährige und ältere Personen:

BMI <18,5 kg/m ² :	Untergewicht
BMI 18,5 bis <25 kg/m ² :	Normalgewicht
BMI 25 bis <30 kg/m ² :	Übergewicht
BMI 30 kg/m ² und mehr:	Adipositas (starkes Übergewicht)

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gelten andere Grenzwerte, wobei für den vorliegenden Bericht auf eine Umrechnung verzichtet wurde. Als Folge beziehen sich die folgenden Resultate nur auf die 18-jährige und ältere Bevölkerung.

Dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Freiburg und der Gesamtschweiz selbst unter den oben gemachten Einschränkungen zum selbstberichteten BMI von Übergewicht betroffen ist, zeigen sowohl Tabelle 3.2 als auch die Abbildungen 3.3 und 3.4. Knapp ein Drittel (30,9%) der 18-Jährigen und Älteren sind im Kanton Freiburg übergewichtig und weitere 8,5% gelten als adipös. Somit sind insgesamt fast zwei Fünftel (39,4%) der Bevölkerung von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen – in der Gesamtschweiz sind es ungefähr gleich viele (38,9%).

Männer doppelt so häufig übergewichtig wie Frauen

Aus Abbildung 3.3 geht jedoch hervor, dass nicht von einem sprunghaften, «epidemischen» Anstieg des Übergewichts gesprochen werden kann. Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen an der Gesamtbevölkerung und im Kanton Freiburg relativ stabil geblieben.

⁴⁸ Für Informationen zu den in Planung befindlichen Programmen des Kantons Freiburg vgl.: www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/kantone.php (Zugriff am 21.9.2009).

⁴⁹ Für aktuelle Schwellenwerte vgl. auch: www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Zugriff am 1.4.2009).

Tab. 3.2 Körpergewicht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)

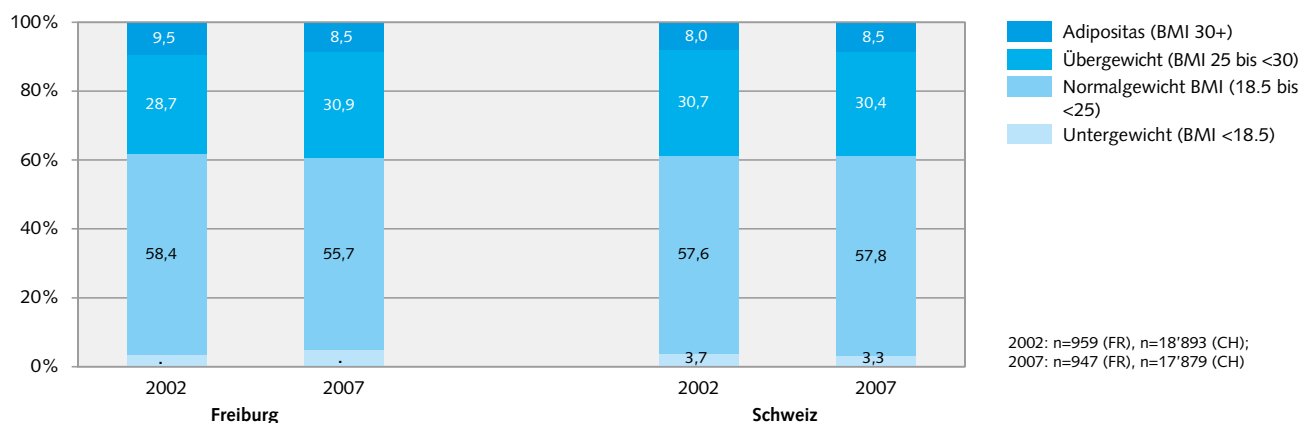
		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		4,9	3,3	55,6	57,8	30,9	30,4	8,5	8,5
Geschlecht	Frauen	8,6	5,6	63,8	64,6	19,6	21,7	8,0	8,1
	Männer	.	0,8	46,3	50,7	43,8	39,5	9,1	9,0
Altersgruppen¹	18–34 Jahre	(7,6)	5,3	68,1	71,4	18,5	19,0	(5,8)	4,3
	35–49 Jahre	(3,2)	2,8	58,3	59,3	30,0	30,0	(8,5)	8,0
	50–64 Jahre	(5,1)	2,3	44,6	49,0	38,9	36,5	(11,4)	12,1
	65+ Jahre	.	2,3	43,3	47,2	43,7	39,6	(9,4)	11,0
Bildung	Obligatorische Schule	.	2,2	46,4	44,9	31,1	37,6	19,8	15,4
	Sekundarstufe II	(5,0)	3,7	57,7	58,8	30,4	29,0	6,8	8,5
	Tertiärstufe	(6,1)	2,8	56,6	61,8	32,0	30,3	(5,3)	5,2
Nationalität	Schweiz	4,9	3,4	55,7	58,6	31,6	30,0	7,8	8,2
	Ausland	.	2,8	55,1	55,3	(26,9)	32,0	(12,8)	9,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(5,7)	3,5	56,3	57,2	27,6	29,8	10,5	9,5
	CHF 3000 bis 4499	(4,4)	3,0	54,0	56,3	32,9	31,6	(8,8)	9,1
	CHF 4500 bis 5999	(6,9)	3,1	48,5	58,8	40,0	30,7	.	7,5
	CHF 6000 und höher	.	3,1	66,0	61,2	27,2	29,8	.	5,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	(5,7)	3,4	56,2	58,9	30,1	29,4	8,1	8,2
	Land	(4,0)	2,8	55,0	54,7	31,8	33,1	9,1	9,4
Regionaler Vergleich	Freiburg	4,9		55,6		30,9		8,5	
	Schweiz	3,3*		57,8		30,4		8,5	
	Bern	2,5*		54,7		33,1		9,8	
	Waadt	3,6		58,7		29,2		8,5	
	Espace Mittelland	3,0*		55,1		32,5		9,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=947 (FR), n=17'879 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Es werden nur die Angaben für die 18-jährige und ältere Bevölkerung dargestellt, da die Grenzwerte der WHO nur für dieses Segment der Bevölkerung gelten.**Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich, Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)****Abb. 3.3**

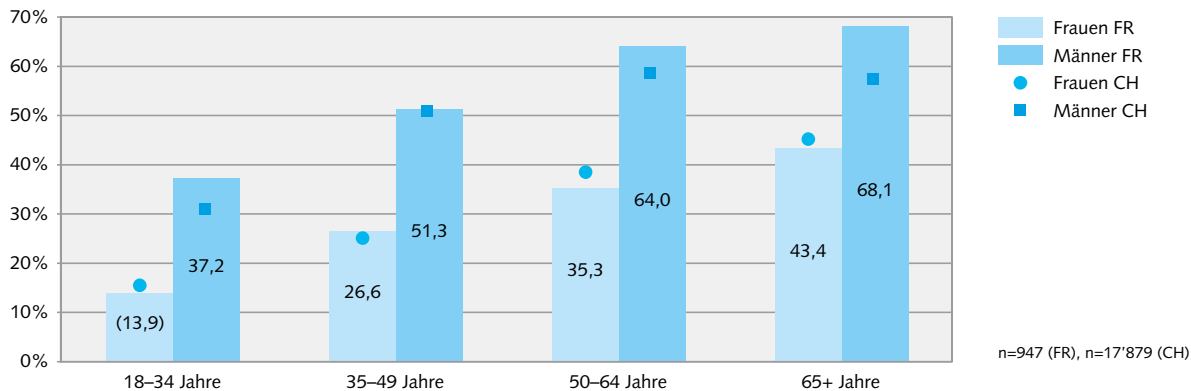
. Antworten von <10 Personen

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.4



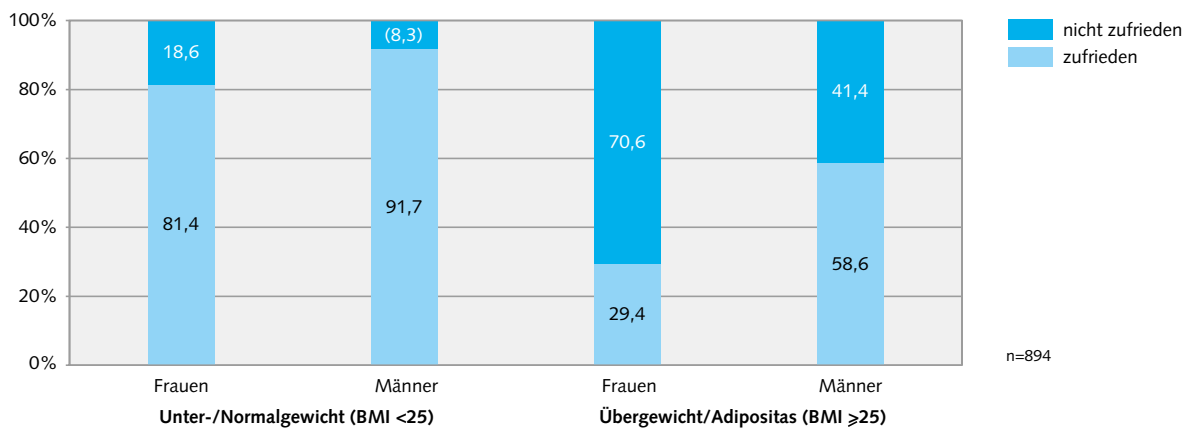
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht Kanton Freiburg, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.5



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mit Blick auf den BMI existieren deutliche Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung und sozio-ökonomischer Position. Wie Abbildung 3.4 zeigt, sind Männer je nach Altersgruppe bis zu fast dreimal häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen. Die Extremwerte werden bei den 18- bis 34-jährigen Frauen mit einem Anteil von 13,9% Übergewichtigen und den 65-jährigen und älteren Männern mit einem Anteil der Übergewichtigen von 68,1% erreicht. Gegenüber diesen Geschlechts- und Altersunterschieden sind die in Tabelle 3.2 aufgeführten Differenzen bezüglich Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad vergleichsweise gering. Auch die kantonalen und regionalen Unterschiede sind nicht stark ausgeprägt.

Verbreitete Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht

Übergewichtige Personen sind erwartungsgemäss häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als normalgewichtige. Im Kanton Freiburg ist rund jede sechste (14,8%) normal- und untergewichtige Person mit ihrem Körpergewicht unzufrieden, während es bei den Übergewichtigen und Adipösen über die Hälfte (52,0%) ist. Abbildung 3.5 zeigt aber einmal mehr einen erheblichen Geschlechterunterschied: Etwas weniger als ein Fünftel (18,6%) der normal- und untergewichtigen und über zwei Drittel der übergewichtigen Frauen (70,6%) sind mit ihrem Körpergewicht nicht zufrieden, während die

entsprechenden Anteile bei den Männern 8,3%⁵⁰ und 41,4% betragen. Männer können mit anderen Worten also deutlich besser mit ihrem Übergewicht leben als Frauen.

Ein Geschlechterunterschied zeigt sich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen 12 Monaten eine Diät gemacht habe: 11,0% der befragten Freiburgerinnen, aber nur 6,6% der befragten Freiburger bejahen diese Frage. Interessanterweise finden sich jedoch kaum Unterschiede zwischen Über- und Normalgewichtigen bei der Frage, ob man eine Diät gemacht habe.

3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme

Eine ausgewogene Ernährung trägt über die Kontrolle der Energiezufuhr nicht nur zu einem gesunden Körpergewicht bei, sondern ist ganz allgemein ein wichtiger Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Umgekehrt lassen sich bei einer unausgewogenen Ernährung negative Gesundheitsfolgen nachweisen. So verweist beispielsweise das Bundesamt für Gesundheit (2008b) in Anlehnung an die WHO auf Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Zahnkrankheiten sowie Osteoporose als die sechs wichtigsten ernährungsbedingten Krankheiten (vgl. auch BFS, 2007; WHO, 2000). Elemente einer gesunden und ausgewogenen Ernährung sind der häufige Konsum von Früchten, Gemüse und Vollkornprodukten, eine reichliche Flüssigkeitszufuhr und der moderate bis zurückhaltende Verzehr von Fleisch, Milchprodukten, Eiern, Süssigkeiten, salzreichen Nahrungsmitteln und gewissen Fetten (BAG, 2007a; SGE, 2006).

Um sich ausgewogen und gesund zu ernähren, ist zunächst ein entsprechendes Wissen und Bewusstsein notwendig. Nur wer um die gesundheitlichen Vorteile von Früchten und Gemüse weiss, kann sein Einkaufs- und Konsumverhalten in einem nächsten Schritt bewusst entsprechend gestalten. Die SGB enthält nur punktuelle Angaben zum Ernährungsbewusstsein und zum Ernährungsverhalten. Die verfügbaren Resultate zeigen, dass sich viele Personen im Kanton Freiburg und in der Gesamtschweiz nicht ausgewogen ernähren.

Zwei Fünftel der Bevölkerung mit mangelndem Ernährungsbewusstsein

Der linke Teil von Tabelle 3.3 zeigt zunächst den Anteil der Befragten, welcher angibt, bei ihrer Ernährung «auf etwas zu achten». Dieser Anteil ist mit knapp 60% der Bevölkerung im Kanton Freiburg deutlich tiefer als in der übrigen Schweiz. Wiederum zeigt der untere Teil der Tabelle jedoch Unterschiede nach Regionen: Der Kanton Freiburg liegt über dem Wert des Kantons Waadt, wo nur etwas über die Hälfte der Bevölkerung (54,6%) angibt, auf ihre Ernährung zu achten, aber deutlich unter demjenigen des Kantons Bern (74,2%).

Das Ernährungsbewusstsein variiert im Kanton Freiburg überdies zwischen Frauen (64,1%) und Männern (55,6%), Schweizer Staatsbürger/innen (60,6%) und Ausländer/innen (55,9%) sowie nach Altersgruppe und Bildungsstand. Verglichen mit dem Jahr 2002 (54,4%) hat sich im Kanton Freiburg der Anteil der sich bewusst ernährenden Personen signifikant erhöht, und auch für die Gesamtschweiz ist ein leichter, aber signifikanter Anstieg von 69,1% auf 70,5% feststellbar.

Gemüse wird eher wenig, Fleisch häufiger gegessen

Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigen sich auch, wenn das konkrete Ernährungsverhalten untersucht wird. Der rechte Teil von Tabelle 3.3 gibt Auskunft darüber, welcher Teil der Bevölkerung sich an die Ernährungsempfehlung hält, mindestens fünf Einheiten Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen. Die Aufforderung «5 am Tag» wird im Kanton Freiburg von einem guten Drittel, in der Gesamtschweiz nur von knapp 30% der Bevölkerung befolgt. Frauen (45,4%) halten die Empfehlung dabei rund doppelt so oft ein wie Männer (24,0%) und Jüngere erfüllen diese häufiger als Ältere, während sich bezüglich der anderen in der Tabelle dargestellten Merkmale kaum klare Unterschiede zeigen. Bemerkenswert sind diese geringen Unterschiede insbesondere bezüglich des Einkommens, weil ja häufig behauptet wird, gesunde Nahrungsmittel seien besonders teuer.⁵¹ Erwähnenswert ist allerdings auch der Unterschied zwischen dem Kanton Freiburg (34,9%)

⁵⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

⁵¹ Der Preis ist in der Wahrnehmung der Bevölkerung der wichtigste Hinderungsfaktor für eine gesunde Ernährung. In der SGB 2007 erwähnen 52% der Befragten die «hohen Kosten» gesunder Nahrungsmittel, während 48% auf die «Vorliebe für gutes Essen», 45% auf «Alltagsgewohnheiten und -zwänge», 35% auf den hohen Zeitaufwand für den Einkauf, aber nur 10% auf ein fehlendes Angebot in den Geschäften verweisen (Mehrfachnennungen möglich, Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz, n=13'181).

Tab. 3.3 Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Achtet auf Ernährung ¹		Hält Ernährungsempfehlung «5 am Tag» ein ²	
		FR	CH	FR	CH
Total		59,9	70,5	34,9	29,3
Geschlecht	Frauen	64,1	77,3	45,4	37,8
	Männer	55,6	63,4	24,0	20,2
Altersgruppen	15–34 Jahre	54,0	60,9	40,2	29,1
	35–49 Jahre	63,0	72,8	32,1	29,5
	50–64 Jahre	72,6	77,0	34,2	31,4
	65+ Jahre	56,7	75,2	28,9	26,5
Bildung	Obligatorische Schule	54,2	63,3	28,5	24,6
	Sekundarstufe II	57,8	69,1	35,6	28,7
	Tertiärstufe	69,2	78,0	37,4	32,9
Nationalität	Schweiz	60,6	72,8	36,9	29,8
	Ausland	55,9	61,8	(23,2)	27,0
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	53,3	66,6	35,8	29,0
	CHF 3000 bis 4499	67,6	71,6	32,7	28,8
	CHF 4500 bis 5999	66,9	74,7	41,1	30,5
	CHF 6000 und höher	71,5	76,6	30,9	29,3
Urbanisierungsgrad	Stadt	58,7	71,0	35,3	29,8
	Land	61,4	69,3	34,5	27,8
Regionaler Vergleich	Freiburg	59,9		34,9	
	Schweiz	70,5*		29,3*	
	Bern	74,2*		26,1*	
	Waadt	54,6*		34,9	
	Espace Mittelland	69,8*		29,1*	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Ernährungsbewusstsein: n=1003 (FR), n=18'742 (CH); Ernährungsgewohnheiten: n=944 (FR), n=17'903 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Anteil der Personen, welche auf die Frage: «Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?» mit: «ja, ich achte auf etwas» antworten.² Für die Ernährungsgewohnheiten wurde ein Index aus den folgenden zwei Fragen gebildet: a) Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? b) Wie viele Portionen Gemüse und Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln oder Mais) nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» gilt als erfüllt, wenn die Summe aus den beiden Angaben 5 oder mehr Portionen beträgt.**Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)**

	an 6–7 Tagen pro Woche		an 4–5 Tagen pro Woche		an 1–3 Tagen pro Woche		selten/nie	
	FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Fleisch	30,8*	25,6	33,5*	28,5	33,3*	41,4	(2,3)*	4,5
Fisch	.	0,4	(1,1)	1,3	66,9*	61,7	31,7*	36,6
Milch und Milchprodukte	69,9	68,1	8,9	8,0	16,3	16,4	4,9*	7,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

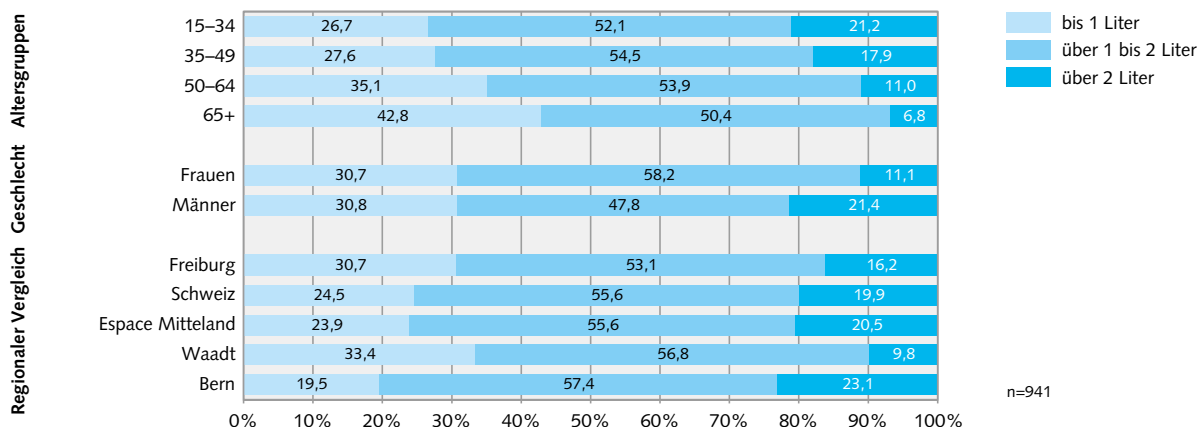
Fleisch/Wurstwaren: n=1000 (FR), n=18'702 (CH); Fisch: n=1002 (FR), n=18'722 (CH); Milch/Milchprodukte: n=1003 (FR), n=18'717 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Freiburg, 2007

Abb. 3.6



Wortlaut der Frage: Wie viel Flüssigkeit trinken Sie schätzungsweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

einerseits und der Grossregion Espace Mittelland (29,1%), wo die Empfehlung «5 am Tag» trotz höheren Ernährungsbewusstseins weniger häufig eingehalten wird.

Die Freiburger/innen befinden sich zwar bezüglich ihres Früchte- und Gemüsekonsums über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt, sie konsumieren gemäss Tabelle 3.4 aber deutlich häufiger an mindestens sechs Tagen pro Woche Fleisch als der Gesamtschweizer Durchschnitt (30,8% vs. 25,6%). Der Anteil Personen, welche im Kanton Freiburg regelmässig Fisch essen, ist tiefer als in der Gesamtschweiz, bezüglich des Konsums von Milch und Milchprodukten lassen sich keine substantiellen Unterschiede nachweisen

Unterdurchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme im Kanton Freiburg

Nicht nur eine ausgewogene Ernährung, auch ein ausreichender nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum gehört zur gesunden Ernährung. In diesem Zusammenhang empfehlen das BAG und die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) der Bevölkerung, täglich einen bis zwei Liter nicht-alkoholischer Flüssigkeiten zu sich zu nehmen (BAG, 2007a; SGE, 2006).

Wie aus Abbildung 3.6 hervorgeht erfüllt die Mehrheit der Freiburger Bevölkerung die Empfehlung. Über die Hälfte der Bevölkerung (53,1%) liegt mit einer täglichen Flüssigkeitszufuhr zwischen einem und zwei Litern exakt im Rahmen der Empfehlung und ein weiteres

gutes Sechstel (16,2%) trinkt täglich mehr als zwei Liter⁵², so dass also jede dritte Person (30,7%) unter den Empfehlungen des BAG liegt. Dieser Wert liegt deutlich über dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 24,5%.

Der Abbildung lässt sich entnehmen, dass ältere Personen (65 Jahre und älter) im Kanton Freiburg die Empfehlung deutlich seltener erfüllen. Dies gilt auch für die Gesamtschweiz. Als Folge des höheren Anteils an Personen, die weniger als einen Liter täglich trinken, liegt die durchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme der Freiburger/innen mit knapp 1,7 Litern unter den knapp 1,8 Litern in der übrigen Schweiz.

3.2.3 Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Bewegung gehört zu den wichtigen gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Die in der Literatur dokumentierten positiven Gesundheitseffekte von körperlicher Bewegung reichen von einer höheren psychischen Ausgeglichenheit über die Verminderung des Übergewichts bis hin zur Reduktion der Risiken, an Diabetes und gewissen Formen von Krebs zu erkranken (Marti & Hättich, 1999).

Damit Bewegung ihre Gesundheitswirkung entfalten kann, muss sie in einer gewissen Intensität und über eine minimale Zeitdauer betrieben werden. Die Bundesämter für Sport und Gesundheit, das Netzwerk Gesundheit und Bewegung (HEPA) und Gesundheitsförderung Schweiz

⁵² Die Vor- und Nachteile des «Vieltrinkens» werden in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert (vgl. NZZ vom 16.8.2008). Dass der noch vor einigen Jahren populäre Ratschlag, «möglichst viel zu trinken, auch wenn man keinen Durst hat», nicht mehr gilt, zeigt nicht zuletzt die Empfehlung des BAG (2007a).

empfehlen «Frauen und Männern in jedem Lebensalter [...] mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens «mittlerer» Intensität. [...]» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007: S.1).⁵³ Gleichzeitig gilt hier aber ausnahmsweise einmal, dass «mehr» tatsächlich «mehr» bringt. Jenseits der erwähnten Minimaempfehlung führt zusätzliche und intensivere Bewegung zu einer weiteren Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit. Erst ab einem sehr hohen Niveau der körperlichen Aktivität können diese positiven Effekte durch zusätzliche Risiken (z.B. Ermüdungsbrüche, Mangelerscheinungen) wieder in Frage gestellt werden.

Auf der Grundlage verschiedener Angaben in der Gesundheitsbefragung kann ein **Index der körperlichen Aktivität** konstruiert werden, der folgende Niveaus unterscheidet:

- *trainiert/aktiv*: Personen, welche die oben erwähnten Empfehlungen erfüllen. Sie geraten an mindestens 3 Tagen pro Woche bei körperlichen Freizeitaktivitäten ins Schwitzen oder kommen an mindestens 5 Tagen pro Woche während mindestens 30 Minuten ausser Atem (mittlere Intensität).
- *unregelmässig bzw. teilaktiv*: Diese Personen bewegen sich zwar ab und zu, aber nicht im empfohlenen Mass. In diese Kategorie fallen Personen, die sich zwar weniger als die Kategorie «trainiert/aktiv» bewegen, pro Woche bei körperlichen Freizeitaktivitäten aber während mindestens 30 Minuten ausser Atem oder mindestens einmal ins Schwitzen kommen.
- *inaktiv*: Diese letzte Gruppe umfasst Personen, die in ihrer Freizeit keine nennenswerten körperlichen Aktivitäten ausführen.

Deutliche Zunahme des Bewegungsniveaus

Abbildung 3.7 dokumentiert sowohl für den Kanton Freiburg als auch die Schweiz als Ganzes einen deutlichen Anstieg des Anteils körperlich Aktiver an der Gesamtbevölkerung: Im Kanton Freiburg ist dieser Anteil zwischen 2002 und 2007 von 32,9% auf 39,6% gestiegen, während der Anteil der Inaktiven um 6,4 Prozentpunkte auf 15,0% abgenommen hat. Damit zeigt sich im Kanton Freiburg ein ebenso positives Bild wie auf der Ebene der Gesamtschweiz, wo sich ebenfalls eine deutliche Zunahme der Aktiven nachweisen lässt.

Dieser Befund ist insofern erstaunlich, als noch in den 1990er Jahren der Anteil der Inaktiven deutlich angestiegen ist (vgl. BFS, 2006). Er steht jedoch in Einklang mit

einer aktuellen Studie zum Sportverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung (Lamprecht et al., 2008) und erhält weitere Unterstützung durch den Befund aus der SGB, dass auch die körperlichen Aktivitäten auf den täglichen Wegstrecken zugenommen haben: Legten im Jahr 2002 noch 50,5% der Schweizer Wohnbevölkerung keine nennenswerten Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurück, so ist dieser Anteil bis zum Jahr 2007 auf 42,5% gesunken. Schliesslich können die Resultate durchaus auch in dem Sinne gelesen werden, dass die vielfältigen Initiativen der letzten Jahre zur Steigerung des Aktivitätsniveaus in der Bevölkerung Wirkung zu zeigen beginnen.⁵⁴

Trotz dieser positiven Entwicklung gilt es jedoch zu beachten, dass noch deutlich über die Hälfte der Freiburger und Schweizer Bevölkerung nicht in einem Mass körperlich aktiv ist, das als gesundheitswirksam bezeichnet werden kann. Dazu kommen die in Tabelle 3.5 dokumentierten Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen und Regionen. Im Kanton Freiburg ist der Anteil der körperlich aktiven Frauen (38,3%) nach wie vor geringer als derjenige der Männer (41,0%). Zudem sind ältere Personen (65 Jahre und älter) häufiger inaktiv und seltener aktiv als jüngere. Mit Bezug zu den Alters-, Generations- und Geschlechterunterschieden gilt es in einer längerfristigen Perspektive jedoch ebenfalls festzuhalten, dass diese heute deutlich geringer sind als noch in den 1980er und 1990er Jahren (vgl. BFS, 2006; Lamprecht & Stamm, 2002). Im Kanton Freiburg gibt es mittlerweile sogar weniger inaktive Frauen im jungen Lebensalter (15 bis 35 Jahre) als bei den gleichaltrigen Männern.

Beträchtliche Unterschiede nach Bildungsstand und Region

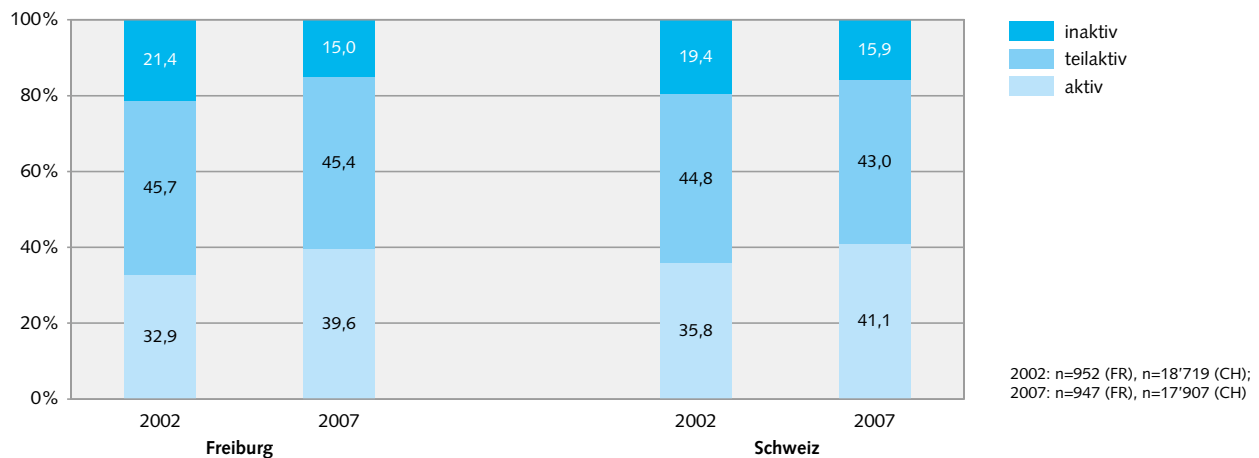
Auch die Unterschiede bezüglich Schulbildung sind sowohl im Kanton Freiburg als auch in der Gesamtschweiz teilweise ausgeprägt: Personen ohne nachobligatorische Schule sind im Kanton Freiburg überdurchschnittlich häufig körperlich inaktiv (31,6%), während

⁵³ Gemäss den erwähnten Dokumenten bezieht sich «mittlere Intensität» auf «jede körperliche Aktivität [...], bei der man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt. Zügiges Gehen oder Velofahren sowie Schneeschaukeln oder viele Gartenarbeiten sind Beispiele für solche Bewegungsformen, aber auch viele andere Freizeit-, Alltags- oder Sportaktivitäten sind von entsprechender Intensität.» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007).

⁵⁴ Dazu gehören etwa die Öffnung der Pausenplätze für sportliche Spiele ausserhalb der Schulzeiten, die teilweise Rückerstattung von Fitnesscenterbeiträgen durch die Krankenversicherungen, der ständige Ausbau des Velo- und Wanderwegnetzes oder das vielfältige Angebot von Sportvereinen und anderen Anbietern für alle Altersgruppen.

Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007

Abb. 3.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		trainiert/aktiv		unregelmässig/teilaktiv		inaktiv	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		39,6	41,1	45,4	43,0	15,0	15,9
Geschlecht	Frauen	38,3	39,1	43,7	43,0	17,9	17,9
	Männer	41,0	43,3	47,1	42,9	11,9	13,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	48,2	47,8	41,8	42,0	(10,0)	10,2
	35–49 Jahre	34,8	39,2	52,0	46,7	13,1	14,1
	50–64 Jahre	34,1	38,6	51,5	45,6	14,5	15,8
	65+ Jahre	38,1	36,1	27,8	35,1	34,2	28,8
Bildung	Obligatorische Schule	33,5	36,5	34,9	34,1	31,6	29,4
	Sekundarstufe II	41,9	41,6	45,5	42,9	12,7	15,5
	Tertiärstufe	38,7	42,3	51,6	47,2	(9,8)	10,5
Nationalität	Schweiz	39,3	41,9	46,8	43,8	14,0	14,3
	Ausland	41,9	37,7	37,1	39,2	(20,9)	23,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	37,0	40,2	47,2	41,6	15,8	18,2
	CHF 3000 bis 4499	36,0	40,0	45,1	43,0	18,9	17,0
	CHF 4500 bis 5999	46,9	41,6	40,9	45,7	(12,2)	12,7
	CHF 6000 und höher	46,8	43,4	49,4	46,4	.	10,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	40,2	40,8	44,2	42,8	15,6	16,4
	Land	39,0	42,0	46,8	43,4	14,2	14,6
Regionaler Vergleich	Freiburg	39,6		45,4		15,0	
	Schweiz	41,1		43,0		15,9	
	Bern	44,4		41,8		13,8*	
	Waadt	33,2*		46,2		20,6*	
	Espace Mittelland	42,8		42,1		15,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

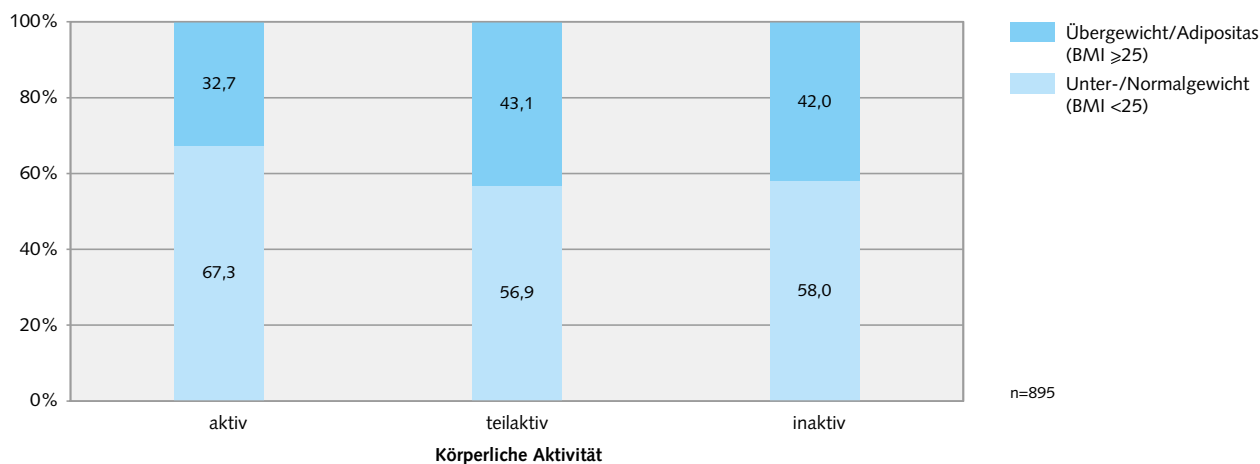
n=947 (FR), n=17'907 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht Kanton Freiburg, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.8



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

der Anteil der (unregelmässig) Aktiven unter den Hochschulabgängerinnen und -abgängern am höchsten ist (90,2%).⁵⁵

Augenfällig ist schliesslich der Unterschied zwischen den Regionen und Kantonen. Das körperliche Aktivitätsniveau der Freiburger Bevölkerung unterscheidet sich von demjenigen des Kantons Bern wie auch vom Kanton Waadt, ist aber vergleichbar mit demjenigen des Espace Mittellands. Während 39,6% der Freiburger/innen als körperlich aktiv gelten, sind es im Kanton Bern 44,4% (nicht signifikant), im Kanton Waadt hingegen weniger als ein Drittel (33,2%). Dagegen liegt der Anteil der körperlich Inaktiven dort (20,6%) deutlich höher als im Kanton Freiburg (15,0%).

Wie Abbildung 3.8 zeigt, sind inaktive Personen deutlich häufiger übergewichtig (42,0%) als aktive (32,7%). Dieser Zusammenhang gilt dabei gemäss einer hier nicht dargestellten Zusatzanalyse unabhängig vom Alter und

Geschlecht.⁵⁶ Aus der Abbildung lässt sich aber selbstverständlich kein Ursache-Wirkungszusammenhang ableiten. Das heisst: Es ist nicht möglich festzustellen, ob körperliche Aktivität tatsächlich zu einem gesunden Körpergewicht beiträgt, oder ob vielmehr Übergewicht ein Hinderungsfaktor für regelmässige Bewegung ist.

Die Befunde im vorliegenden Abschnitt zeigen damit ein gemischtes Bild. Der Anteil der Übergewichtigen stabilisiert sich gegenwärtig auf hohem Niveau, während der Anteil der körperlich Aktiven bei nach wie vor verbreiteter Inaktivität zunimmt und die Ernährungsempfehlungen verschiedener Organisationen von der Bevölkerung erst teilweise im Alltag befolgt werden. Gerade die Zunahme der körperlichen Bewegung kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass die in den vergangenen Jahren ergriffenen Massnahmen zur Bewegungs- und Sportförderung in der Bevölkerung Wirkung zeigen. Die einleitend erwähnten integrierten Programme zur Förderung eines gesunden Körpergewichts auf der Grundlage ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung, wie sie auch im Kanton Freiburg geplant sind, stellen einen wichtigen weiteren Schritt auf dem Weg zur Überwindung der «Epidemie des Übergewichts» dar. Die Zusammenhänge zwischen Übergewicht

⁵⁵ Die manchmal geäusserte Vermutung, höher gebildete Personen würden eine bewegungsarme Arbeitsumgebung mit körperlichen Aktivitäten in der Freizeit oder auf dem Arbeitsweg kompensieren, lässt sich mit den Daten der SGB nicht bestätigen. Wird nämlich das Niveau der körperlichen Aktivität bei der Arbeit mitberücksichtigt, so sind höher gebildete Personen bei einem gegebenen Niveau der körperlichen Beanspruchung bei der Arbeit auch in ihrer Freizeit durchschnittlich aktiver als weniger gebildete Personen. So beträgt der Anteil der Aktiven unter denjenigen Personen, die angeben, bei ihrer Arbeit nie ins Schwitzen zu geraten, unter den Absolventen/innen der Sekundarstufe I 31%, bei den Absolventen/innen der Tertiärstufe dagegen 39%. Interessanterweise ist der Anteil der Aktiven bei denjenigen, die bei der Arbeit körperlich stark beansprucht sind, sogar höher: 45% (Sekundarstufe I) bzw. 58% (Tertiärstufe) derjenigen Personen, die bei ihrer Arbeit an mindestens drei Tagen pro Woche ins Schwitzen kommen, sind in ihrer Freizeit körperlich aktiv. Überdies zeigt sich der Bildungseffekt auch, wenn nicht erwerbstätige Personen untersucht werden (Daten für die Gesamtschweiz).

⁵⁶ Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde diese Zusatzanalyse nur auf der Ebene der Gesamtschweiz durchgeführt. Hier zeigt sich dann beispielsweise, dass 31% der inaktiven Männer und 21% der inaktiven Frauen bei den unter 35-Jährigen übergewichtig sind, während es bei den gleichaltrigen aktiven Männern 23% und bei den Frauen 11% sind. Bei den 65-Jährigen und Älteren ist dieser Zusammenhang weniger ausgeprägt. Hier sind 46% der inaktiven Frauen und 62% der inaktiven Männer übergewichtig, während es bei den Aktiven 41% (Frauen) bzw. 56% (Männer) sind. Auf diese Zusammenhänge wird in Kapitel 5 zurückzukommen sein.

wicht, Ernährung, Bewegung und weiteren Merkmalen stehen zudem auch im Zentrum der ergänzenden Analyse in Kapitel 5.

3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen wie Tabak, Alkohol, Cannabis und psychotrope Medikamente können den Bewusstseinszustand, die Stimmung und die Gedanken verändern. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen – sei es zum Genuss oder zur Schmerzlinderung – kann der Gesundheit schaden und zu Abhängigkeit führen (WHO, 2004a). In diesem Unterkapitel wird auf vier Substanzen eingegangen: Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente. Sie werden jeweils geschlechterspezifisch behandelt, da die Unterschiede bedeutend sind.

3.3.1 Tabakkonsum

Der Tabak stammt ursprünglich aus Amerika und wurde von Christoph Kolumbus nach Europa gebracht. Zunächst wurde er als Medikament gegen Migräne eingesetzt. Insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg verbreitete er sich in ganz Europa. In der Schweiz erzielten die Zigarettenhersteller einen Umsatz von rund drei Milliarden Franken. Über die Hälfte der Tabaksteuer geht an die AHV und die IV. Rauchen ist seit jeher ein Symbol für Geselligkeit, Wohlbefinden, Vergnügen und Lebenskunst.

Gemäss den Statistiken über den Zigarettenverkauf erhöhte sich der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner in der Schweiz zwischen den Fünfzigerjahren und Mitte der Siebzigerjahre stetig. Danach ging der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner kontinuierlich zurück und beläuft sich heute auf rund 12 Millio-

nen Zigaretten pro Jahr.⁵⁷ Im Jahr 2008 stiegen die Zahlen zum ersten Mal wieder leicht an (SFA, 2009).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigten sich die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums. Für das Jahr 2007 wurde in der Schweiz die Zahl der durch den Tabakkonsum verursachten Todesfälle auf rund 9000 geschätzt (BFS, 2009b). Dies entspricht einem Anteil von 15% an der Gesamtzahl der Todesfälle. Im Jahr 2007 starben 41% der Personen, deren Tod auf den Tabakkonsum zurückzuführen ist, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit, weitere 41% an einer Krebserkrankung und 18% an einer Lungenkrankheit. Von 1997 bis 2007 nahm die Gesamtzahl der Todesfälle, die sich auf den Tabakkonsum zurückführen lassen, um 5% ab. Dieser Rückgang der tabakbedingten Todesfälle erfolgte indes nur bei den Männern (bis 64 Jahre: -11%, ab 65 Jahren: -9%). Bei den Frauen stieg die Zahl der Todesfälle um 7% (bis 64 Jahre: +17%, ab 65 Jahren: +5%).

Die direkten Kosten von Tabakkonsum (Behandlung von Krankheiten, die auf Rauchen zurückzuführen sind), werden auf 1,5 Milliarden Franken veranschlagt. Die indirekten Kosten (Produktivitätseinbussen durch tabakbedingte Krankheiten, Todesfälle und Invalidität) werden auf vier Milliarden Franken und die menschlichen Kosten (beispielsweise Verminderung der Lebensqualität im Anschluss an körperliche oder psychische Erkrankungen) auf 5,2 Milliarden Franken geschätzt (Vitale et al., 1998).

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher hat zwischen 2002 und 2007 abgenommen

Im Jahr 2007 rauchte gut ein Viertel der Freiburger Bevölkerung (26,3%, siehe Tab. 3.6), was in etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (27,9%) entspricht. Etwas mehr als die Hälfte der Raucher/innen sind stark Rauchende (ab zehn Zigaretten pro Tag), während die

Tab. 3.6 Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Freiburg, 2002 und 2007 (in %)

	2002	2007		2002	2007
Nichtraucher/innen	67,0	73,7	Nie geraucht	48,8	50,5
			Ex-Raucher/innen	18,1	23,2
Raucher/innen	33,0	26,3	Mässig Rauchende ¹	14,3	12,8
			Stark Rauchende ²	18,7	13,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007
2002: n=1004; 2007: n=1003

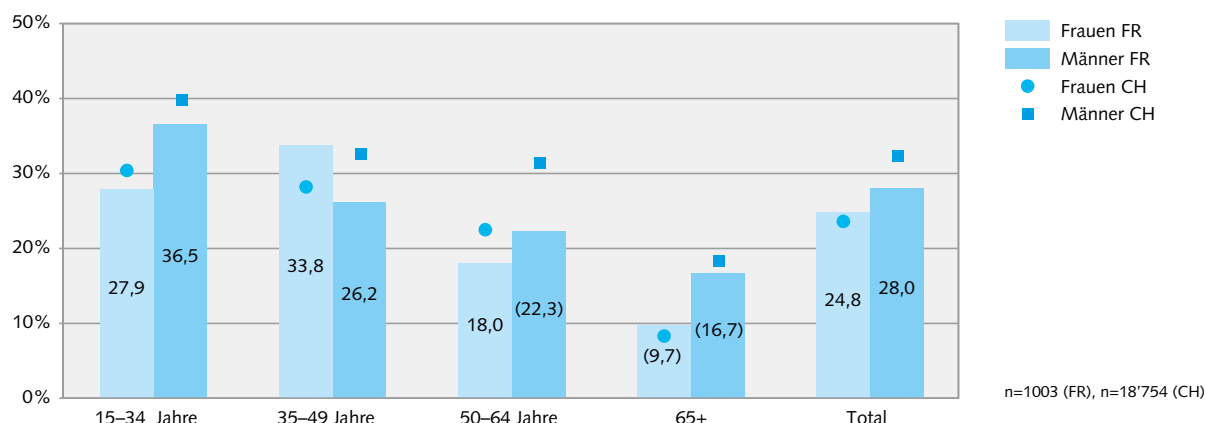
¹ bis 9 Zigaretten pro Tag; ² ab 10 Zigaretten pro Tag

Wortlaut der Frage: Rauchen Sie, wenn auch nur selten? Ja oder nein. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

⁵⁷ www.swiss-cigarette.ch/de/tabak/statistiken.html (Zugriff am 20.01.2010).

Rauchende nach Altersgruppen und Geschlecht Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 3.9



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

übrigen Tabakkonsumenten/innen zur Kategorie der mässigen Raucher/innen gehören (ab zehn Zigaretten pro Tag). Der Anteil Raucher/innen ist im Kanton Freiburg – wie auch in der Gesamtschweiz – zwischen 2002 und 2007 gesunken: von 33,0% auf 26,3% (CH: von 30,5% auf 27,9%). Abgenommen hat insbesondere der Anteil starker Raucherinnen und Raucher und zwar von 18,7% auf 13,5% (CH: von 16,5% auf 13,6%).

Höherer Tabakkonsum bei den Männern

Männer rauchen häufiger als Frauen – das gilt für die Gesamtschweiz und tendenziell auch für den Kanton Freiburg (CH: 32,2% vs. 23,6%; FR: 28,0% vs. 24,8%). Abbildung 3.9 zeigt, dass dieser Geschlechterunterschied auf der Ebene der Gesamtschweiz in allen Altersgruppen besteht, im Kanton Freiburg weist die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen jedoch mehr Raucherinnen (33,8%) als Raucher (26,2%) auf (nicht signifikant). Diese Altersgruppe umfasst bei den Frauen auch den höchsten Anteil von Raucherinnen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher ab: Rauchen im Kanton Freiburg 32,4% der 15- bis 34-Jährigen, so sind es bei den 65-Jährigen und Älteren noch 12,4%.

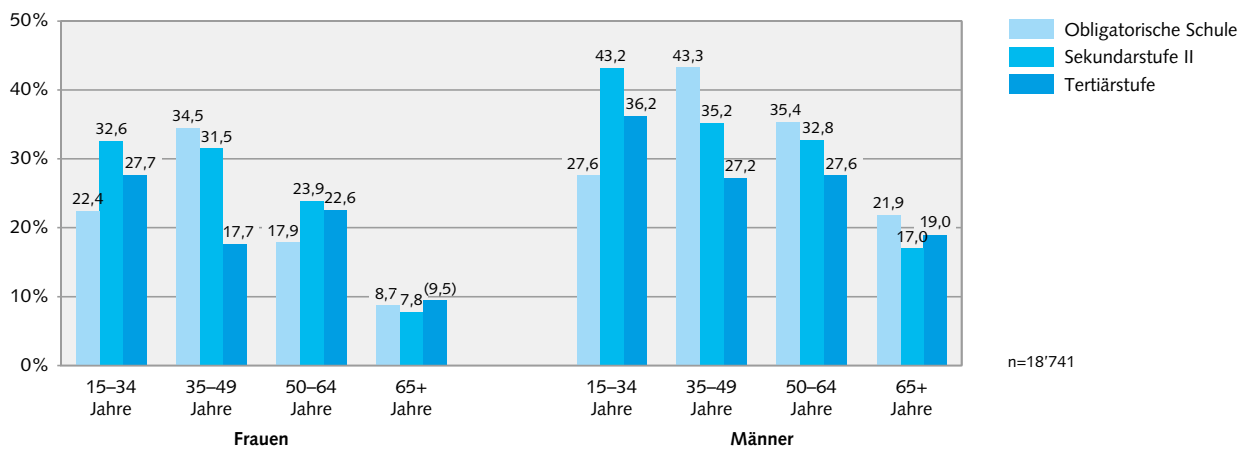
Auf gesamtschweizerischer Ebene sind bei den Männern ab 65 Jahren knapp die Hälfte ehemalige Raucher (47,4%), während dieser Anteil bei den Frauen der gleichen Altersgruppe nur ein Fünftel beträgt (20,4%). In der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind diese Anteile praktisch ausgeglichen (19,1% bei den Frauen und 21,8% bei den Männern), und bei den 50- bis

64-Jährigen liegen die entsprechenden Anteile nicht weit auseinander (26,6% bei den Frauen und 33,6% bei den Männern) (diese Daten sind nicht dargestellt). Seit den Fünfzigerjahren wurden die Raucherinnen immer zahlreicher und damit auch die negativen gesundheitlichen Folgen: Während beispielsweise das Verhältnis bei den Todesfällen aufgrund von Lungenkrebs im Jahr 1970 noch bei 1 (Frauen) zu 11 (Männern) lag, ist es heute bei den jüngsten Generationen 1 zu 2 (BFS, 2009b).

Was die Gesamtschweizer Bevölkerung betrifft, weisen die Personen, die eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben, den höchsten Anteil von Raucherinnen und Rauchern auf. In der jüngsten Altersgruppe rauchen die Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weniger als die Personen mit einer höheren Ausbildung (vgl. Abb. 3.10). Bei den 35- bis 49-Jährigen weisen die Gruppen der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II die höchsten Anteile von Raucherinnen und Rauchern auf (keine signifikanten Unterschiede bei den höheren Alterskategorien). Auf gesamtschweizerischer Ebene bestehen hinsichtlich der konsumierten Tabakprodukte gewisse Unterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern: Praktisch alle Frauen rauchen Zigaretten (98%), während dies nur bei vier Fünfteln der Männer der Fall ist, von denen einige (auch) Zigarren (17,2%), Zigarillos (10,7%), Pfeife (7,2%) oder Wasserpfeife (7,8%) rauchen.

Rauchende nach Geschlecht, Altersgruppen und nach Bildung Schweiz, 2007

Abb. 3.10



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.7 Tabakkonsum, Kanton Freiburg, 2007 (in %)

		Nichtraucher/innen		Raucher/innen	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Total		75,2	72,0	24,8	28,0
Altersgruppen	15-34 Jahre	72,1	63,5	27,9	36,5
	35-49 Jahre	66,2	73,8	33,8	26,2
	50-64 Jahre	82,0	77,7	18,0	(22,3)
	65+ Jahre	90,3	83,3	(9,7)	(16,7)
Bildung	Obligatorische Schule	79,3	79,9	(20,7)	(20,1)
	Sekundarstufe II	74,6	68,5	25,4	31,5
	Tertiärstufe	72,2	74,4	27,8	25,6
Nationalität	Schweiz	75,9	72,1	24,1	27,9
	Ausland	71,2	71,7	(28,8)	(28,3)
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	76,9	71,3	23,1	28,7
	CHF 3000 bis 4499	72,9	72,6	27,1	27,4
	CHF 4500 bis 5999	71,8	65,7	(28,2)	(34,3)
	CHF 3000 bis 4499	76,1	71,5	(23,9)	(28,5)
Urbanisierungsgrad	Stadt	75,8	71,3	24,2	28,7
	Land	74,5	72,8	25,5	27,2
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	71,0	73,6	32,5	34,0
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	(74,7)	81,4	.	(18,6)
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	80,6	72,4	19,4	(27,6)
	höhere/mittlere Führungskräfte	71,0	73,6	29,0	26,4
Regionaler Vergleich	Freiburg	75,2	72,0	24,8	28,0
	Schweiz	76,4	67,7	23,6	32,3
	Bern	78,9	68,0	21,1	32,0
	Waadt	78,6	68,7	21,4	31,3
	Espace Mittelland	77,5	69,0	22,5	31,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1003

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Zunahme der mässigen Raucherinnen und Raucher

Die Männer weisen nicht nur einen höheren Anteil von Rauchern auf als Frauen, sondern sie gehören auch in grösserer Zahl zu den sehr starken Rauchern (ab 20 Zigaretten pro Tag) – siehe Abbildung 3.11. Im Jahr 2007 rauchte in der Schweiz ein Drittel der Männer mindestens 20 Zigaretten pro Tag, während dies nur bei einem Fünftel der Frauen zutraf. Umgekehrt rauchte knapp die Hälfte (47,5%) der Frauen weniger als zehn Zigaretten pro Tag, während dies nur bei ungefähr einem Drittel der Männer der Fall war (35,7%).

Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen stieg im Zeitraum 2002–2007 der Anteil der sehr schwachen Raucher/innen (weniger als eine Zigarette pro

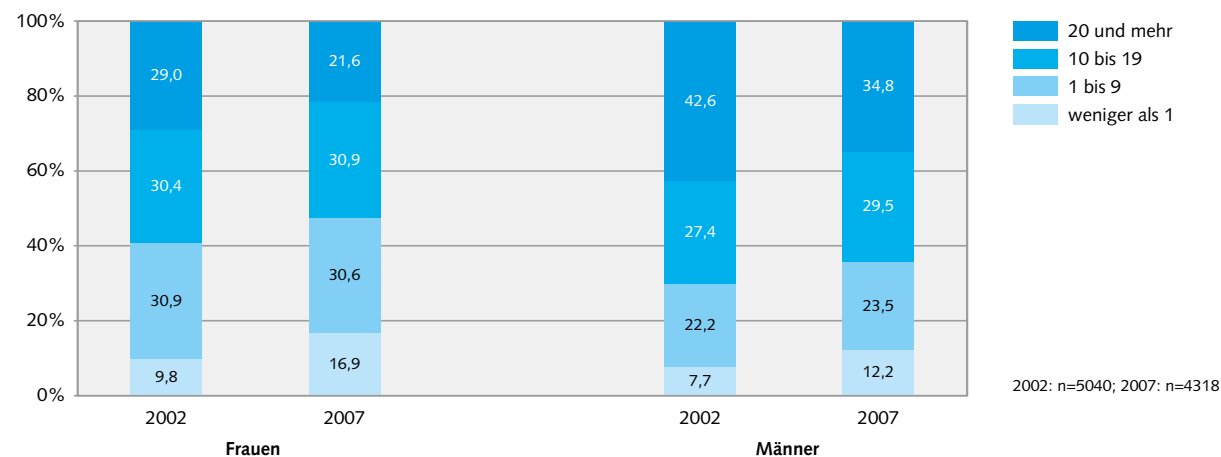
Tag)⁵⁸ an, während der Anteil der sehr starken Raucher/innen (ab 20 Zigaretten pro Tag) zurückging.

3.3.2 Passivrauchen

Beim Passivrauchen wird Tabakrauch von Drittpersonen eingeatmet. Dieser setzt sich aus dem von der glühenden Zigarette abgehenden Rauch und dem von den Raucherinnen und Rauchern ausgeatmeten Rauch zusammen. Der Tabakrauch enthält über 4000 bisher bekannte chemische Substanzen, von denen 40 als krebserregend gelten. Das Internationale Krebsforschungszentrum erklärte Passivrauchen im Jahr 2002 offiziell für krebserregend (International Agency for Research on Cancer, 2004). Passivrauchen kann auch bei

Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007

Abb. 3.11



Wortlaut der Frage: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.8 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag Passivrauch ausgesetzt, in %)

Regionaler Vergleich	Frauen	Männer	Total
Freiburg	18,3	23,5	20,8
Schweiz	12,9*	18,9	15,6*
Bern	13,4	15,8*	14,5*
Waadt	18,0	22,0	19,6
Espace Mittelland	14,4	19,5	16,7

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=12'741

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Wortlaut der Frage: Wie viele Stunden sind Sie täglich dem Tabakrauch von anderen Leuten ausgesetzt? Stunden/Minuten pro Tag. Ausgewählte Gruppe: Personen, die 60 und mehr Minuten pro Tag dem Tabakrauch ausgesetzt sind.

⁵⁸ Personen, die sich als Raucher/innen bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen.

Tab. 3.9 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

		Bei der Arbeit einen Viertel bis fast die ganze Zeit Passivrauch ausgesetzt
Total		15,6
Geschlecht	Frauen	11,8
	Männer	18,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	21,9
	35–49 Jahre	12,8
	50–64 Jahre	11,3
Bildung	Obligatorische Schule	19,6
	Sekundarstufe II	19,4
	Tertiärstufe	8,3
Nationalität	Schweiz	14,6
	Ausland	19,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=7610

Wortlaut der Frage: Sagen Sie mir bitte anhand dieser Skala, inwieweit Sie bei Ihrer Arbeit den folgenden Bedingungen ausgesetzt sind: Tabakrauch von anderen Personen? Ausgewählte Gruppe: Personen, die die ganze Zeit, fast die ganze Zeit, ungefähr drei Viertel der Zeit, ungefähr die Hälfte der Zeit, ungefähr einen Viertel der Zeit Passivrauch ausgesetzt sind. Nicht ausgewählt: Fast nie, nie.

Nichtraucherinnen und Nichtrauchern Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Asthma und Infektionen der Atemwege verursachen. Die Befragten, die nicht rauchen, gaben an, wie lange sie täglich dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt sind (in Minuten und Stunden). Berücksichtigt wurden Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die dem Passivrauchen eine Stunde und mehr pro Tag ausgesetzt sind. Die hier präsentierten Daten stammen aus dem Jahre 2007. In der Zwischenzeit sind in verschiedenen Kantonen, aber auch auf Bundesebene Gesetze zum Schutz vor Passivrauch in Kraft getreten. So hat der Bundesrat im Oktober 2009 das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen verabschiedet. Damit müssen seit dem 1. Mai 2010 alle geschlossenen Räume, die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, rauchfrei sein. Ebenfalls rauchfrei sind seit diesem Datum alle geschlossenen, öffentlich zugänglichen Räume (z.B. Einkaufszentren, Kinos, Restaurants). In diesen Räumen können Raucherräume, die mit einer ausreichenden Belüftung ausgestattet sind, eingerichtet werden. Das Gesetz sieht vor, dass die Kantone strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen können. Der Kanton Freiburg verfügt wie weitere vierzehn Kantone (AR, BE, BL, BS, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) über eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinausgeht.⁵⁹

Junge Menschen sind häufiger Passivrauch ausgesetzt

Im Kanton Freiburg geben mit 20,8% mehr Personen an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein, als in der Gesamtschweiz (15,6%). Auf der Ebene der Gesamtschweiz sind Männer (18,9%) dem Tabakrauch mehr ausgesetzt als Frauen (12,9%, Tab. 3.8). Dieser Geschlechterunterschied ist auch im Kanton Freiburg deutlich (23,5% vs. 18,3%), wenngleich statistisch nicht signifikant.

Jüngere Personen sind im Kanton Freiburg wie auch in der Gesamtschweiz häufiger Passivrauch ausgesetzt als ältere Personen: So berichten 35,0% der unter 35-Jährigen davon, in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind es noch 15,8% (CH: 27,8% vs. 14,9%)

Am häufigsten Tabakrauch ausgesetzt sind auf gesamtschweizerischer Ebene Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und Männer, die die obligatorische Schule oder eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben (diese Daten sind nicht dargestellt).

Wie Tabelle 3.9 zu entnehmen ist, sind Männer auf gesamtschweizerischer Ebene auch am Arbeitsplatz vermehrt dem Passivrauch ausgesetzt als Frauen. Auf einer Skala mit sieben Kategorien mussten die berufstätigen Personen angeben, in welchem Ausmass sie dem Tabakrauch anderer Raucher/innen ausgesetzt sind. Als dem Passivrauch Ausgesetzte gelten Personen, die folgende Antworten auswählten: Die ganze Zeit, fast die ganze Zeit, rund drei Viertel der Zeit, rund die Hälfte der Zeit, rund ein Viertel der Zeit. Auch bei der Arbeit sind es erneut die jüngeren Personen sowie jene mit tieferem Bildungsniveau, die am häufigsten Passivrauch ausgesetzt sind.

⁵⁹ Siehe dazu auch Medienmitteilung des BAG vom 28.10.2009 «Der Bundesrat setzt das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen in Kraft», www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=29742 (Zugriff am 5.1.2010).

3.3.3 Alkoholkonsum

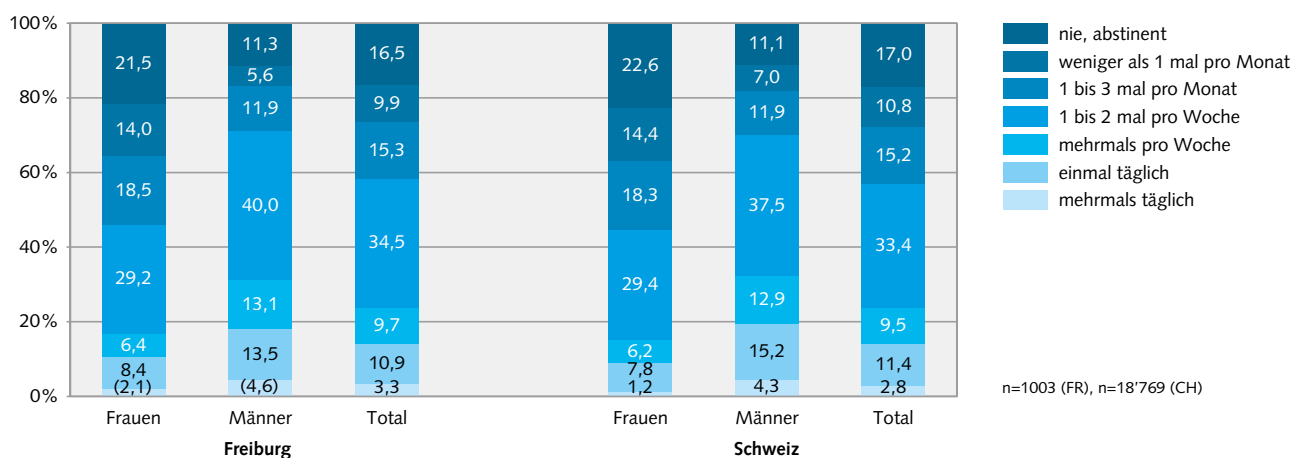
Alkohol wird seit Tausenden von Jahren hergestellt. Mit dem Aufkommen der Landwirtschaft begann auch die Alkoholproduktion. Doch das Destillationsverfahren geht auf das Mittelalter zurück. Alkoholische Getränke wurden hauptsächlich in einem festlichen oder religiösen Rahmen konsumiert. Vor ungefähr 200 Jahren wurden alkoholische Getränke, insbesondere Spirituosen, im Zusammenhang mit dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt zu normalen Konsumgütern, die für jedermann jederzeit verfügbar sind. Der Konsum von alkoholischen Getränken strukturiert zahlreiche gesellschaftliche Anlässe und ist insbesondere in der Schweiz, einem Land mit Winzertradition, Teil der Kultur. Somit ist häufig sehr schwierig, sich dem sozialen Druck zum Alkoholkonsum zu entziehen (Fouquet & de Borde, 1990). In der Schweiz kann ein bedeutender Teil der Krankheitslast auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt werden. Der übermässige Konsum von alkoholischen Getränken verursacht zahlreiche Krankheiten und kann zu Abhängigkeit führen. Mit einem regelmässigen und starken Konsum von alkoholischen Getränken sind die folgenden Risiken verbunden: Schäden an praktisch allen Organen (Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen usw.), Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, Herzinfarkt, Hirnschädigungen, die von Konzentrationsstörungen bis zu einer schweren Demenz reichen können, psychische Probleme wie beispielsweise Depressionen, Psychosen, Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder im Freundeskreis.

Alkohol ist der drittwichtigste Risikofaktor im Zusammenhang mit dem Verlust von potenziellen Lebensjahren aufgrund eines frühzeitigen Ablebens und dem Verlust von Erwerbsjahren infolge Invalidität. Im Jahr 2007 wurden ungefähr 15% der 384 tödlich verlaufenen Verkehrsunfälle auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt (bfu, 2008). In der Schweiz liegt der jährliche Alkoholkonsum der Personen ab 15 Jahren, der anhand des Jahresumsatzes ermittelt wird (10,1 Liter pro Einwohner/in), über dem Durchschnitt der OECD-Länder (9,5 Liter pro Einwohner/in, Daten von 2005). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Alkoholkonsum in der Schweiz von 1980 bis 2005 um 25% zurückging (OECD, 2007).

Schätzungen gehen von 300'000 alkoholabhängigen Personen in der Schweiz aus. Aus einer Studie zu den sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs geht hervor, dass im Jahr 1998 2100 Personen an den Folgen von exzessivem Alkoholkonsum starben. 40% der Todesfälle wurden durch Erkrankungen des Verdauungssystems verursacht, andere Hauptursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und Suizide. Die direkten Kosten der auf den Alkohol zurückführbaren Krankheiten – Arzt- und Spital- sowie Rehabilitationskosten – werden auf 554 Millionen Franken geschätzt. 2800 Personen beziehen eine Invalidenrente mit einem Durchschnittssatz von über 90%. Die gesamten sozialen Kosten der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch belaufen sich auf 6,5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et al., 2003).

Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht
Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 3.12



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.10 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)

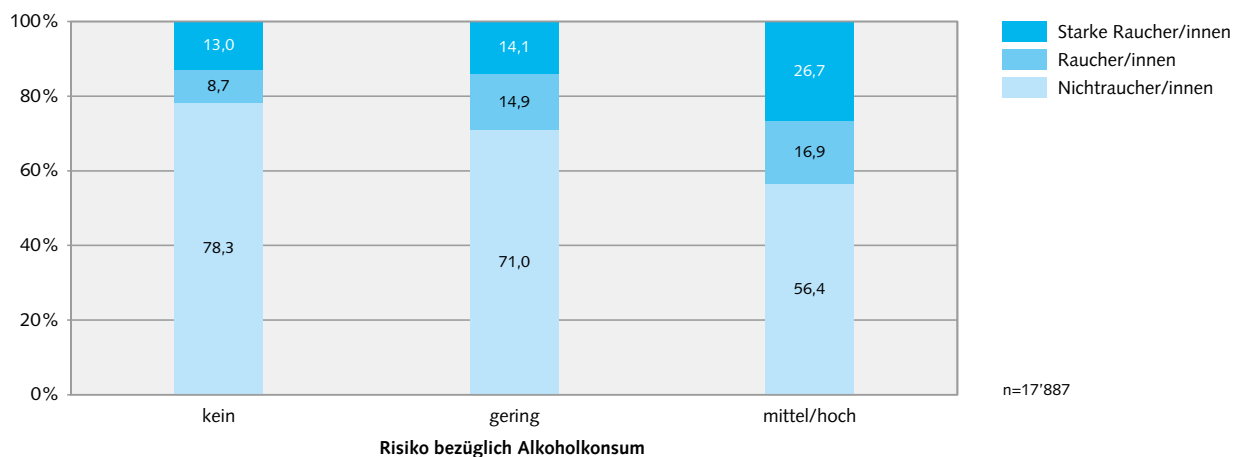
		Kein Risiko ¹	Geringes Risiko	Mittleres bis hohes Risiko
Total		26,2	68,7	5,1
Geschlecht	Frauen	35,2	60,2	4,6
	Männer	16,6	77,7	5,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	28,6	66,6	4,8
	35–49 Jahre	23,7	72,4	3,9
	50–64 Jahre	23,4	70,3	6,3
	65+ Jahre	29,7	64,0	6,3
Bildung	Obligatorische Schule	50,1	45,2	4,7
	Sekundarstufe II	25,9	68,8	5,3
	Tertiärstufe	15,5	79,5	5,0
Nationalität	Schweiz	23,6	71,1	5,4
	Ausland	37,6	58,2	4,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	31,5	63,7	4,8
	CHF 3000 bis 4499	24,8	70,5	4,8
	CHF 4500 bis 5999	18,5	74,9	6,6
	CHF 6000 und höher	14,7	79,3	6,0
Urbanisierungsgrad	Stadt	26,3	68,5	5,2
	Land	26,0	69,1	4,9
Regionaler Vergleich	Freiburg	24,7	70,7	4,6
	Schweiz	26,2	68,7	5,1
	Bern	24,3	71,4	4,3
	Waadt	24,4	67,8	7,8*
	Espace Mittelland	25,3	70,3	4,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=17'888

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Geringes Risiko: <20g/Tag (Frauen), <40g/Tag (Männer); mittleres bis hohes Risiko: ≥20g/Tag (Frauen), ≥40g/Tag (Männer)

¹ Die Kategorie «kein Risiko» umfasst neben abstinenten Personen auch Personen, die angaben, dass sie weniger als einmal pro Monat alkoholische Getränke konsumieren, aber die Fragen zur konsumierten Menge nicht beantworteten (siehe BFS, 2008d).**Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007****Abb. 3.13**

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung befasst sich mit drei Aspekten des Alkoholkonsums. Die befragten Personen wurden zunächst zur Häufigkeit ihres Alkoholkonsums, zur Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Cidre, Spirituosen, Alkopops) und zu den dabei getrunkenen Mengen befragt. Ausgehend von den gesammelten Daten konnte der Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20g bei Frauen und von 40g bei Männern für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko besteht.⁶⁰ Ab einem täglichen Konsum von 40g bei Frauen und von 60g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003).

Im Kanton Freiburg konsumieren 14,2% der Bevölkerung täglich, 44,2% ein- bis mehrmals pro Woche und 41,7% seltener bis nie alkoholische Getränke – dies entspricht dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Es ist ein klarer Geschlechterunterschied feststellbar (Abb. 3.12): Im Kanton Freiburg trinken 35,5% der Frauen gegenüber 16,9% der Männer nie (abstinent) oder selten (weniger als einmal pro Monat). Der Anteil bei den täglich Konsumierenden ist dagegen bei den Männern höher (18,1% vs. 10,5%). Die Aufteilung nach Geschlecht ergibt keine (signifikanten) Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und der Gesamtschweiz.

Im Kanton Freiburg gehen 4,6% der Befragten mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Risiko für ihre Gesundheit ein (CH: 5,1%). Nach Geschlecht sind es auf Ebene der Gesamtschweiz 4,6% der Frauen und 5,7% der Männer. Für den Kanton Freiburg zeigt sich kein Unterschied zwischen Frauen und Männern, die Werte beruhen jedoch auf Fallzahlen unter 30 und haben daher eingeschränkte Aussagekraft. Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko steigt mit dem Alter an. Hervorzuheben ist auch, dass Personen in den höheren Einkommensgruppen ebenfalls häufiger ein mittleres bis hohes Risiko aufweisen. Dies gilt für die Gesamtschweiz wie tendenziell auch für den Kanton Freiburg.

Abbildung 3.13 zeigt, dass die Gruppe von Befragten, die ein mittleres bis hohes Risiko beim Alkoholkonsum eingeht, auch den höchsten Anteil von Raucher/innen – insbesondere von stark Rauchenden – aufweist.

3.3.4 Cannabiskonsum

Was die illegalen Drogen anbelangt, weisen die Cannabisderivate in der Schweiz den höchsten Anteil am Konsum auf. In der Mehrheit der Fälle erfolgt der erste

Kontakt bereits in der Jugendzeit. Mittlerweile ist erwiesen, dass regelmässiger Cannabiskonsum negative Folgen hat, sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit (Hall & Solowij, 1998): zum Beispiel erhöhtes Risiko für chronische Bronchitis, Psychosen und neuropsychologische Störungen. Die beunruhigendsten Folgen bestehen im Bereich der familiären, sozialen und beruflichen Eingliederung von Jugendlichen (Lynskey & Hall, 2000).

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geht hervor, dass 25,3% der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Freiburg Erfahrungen mit Cannabisprodukten (Lebenszeitprävalenz) haben (Tab. 3.11). Zum Zeitpunkt der Befragung konsumierten 4,8%⁶¹ Cannabis. Damit liegt die Lebenszeitprävalenz und der aktuelle Konsum der 15- bis 34-jährigen Freiburgerinnen und Freiburger deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 32,8% (Lebenszeitprävalenz) bzw. 8,1% (aktueller Konsum).

Zwischen 2002 und 2007 hat auf Ebene der Gesamtschweiz die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 29,2% auf 32,8% zugenommen. Im Kanton Freiburg ist ein leichter (nicht signifikant) Rückgang zu verzeichnen (von 26,4% auf 25,3%). Der aktuelle Konsum ist in der gleichen Zeitspanne sowohl in der Gesamtschweiz (von 8,9% auf 8,1%) wie auch im Kanton Freiburg (von 7,1% auf 4,8%) zurückgegangen, diese Veränderungen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Wie auf gesamtschweizerischer Ebene geben auch im Kanton Freiburg Männer deutlich häufiger als Frauen an, schon einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (33,2% vs. 16,8%⁶²). Die Daten für die Gesamtschweiz zeigen für den aktuellen Konsum ebenfalls einen Geschlechterunterschied (12,0% vs. 4,1%).

Aus verschiedenen Daten geht hervor, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Wechselwirkungen zwischen dem Cannabiskonsum und dem Tabakkonsum bestehen (Richter et al., 2004). Wie Auswertungen der SGB 2007 auf Gesamtschweizer Ebene zeigen, sind 61,7% der 15- bis 34-Jährigen, die mindestens einmal Marihuana oder Haschisch konsumiert haben, Raucher/innen. Von den Zigarettenrauchenden haben 57,4% mindestens einmal auch Marihuana oder Haschisch konsumiert, während dieser Anteil bei den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern lediglich 19,4% beträgt.

Die Schätzungen im Rahmen der Schweizerischen Ge-

⁶⁰ Ein Glas eines alkoholischen Getränks (beispielsweise 3 dl Bier, 1 dl Wein, 25 cl Schnaps) enthält 10 bis 12g reinen Alkohol.

⁶¹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

⁶² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 3.11 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)

		Lebenszeitprävalenz	Aktueller Konsum
Geschlecht	Frauen	24,5	4,1
	Männer	41,0	12,0
Nationalität	Schweiz	36,0	9,4
	Ausland	23,8	4,3
Regionaler Vergleich	Freiburg	25,3	(4,8)
	Schweiz	32,8*	8,1*
	Bern	29,8	7,1
	Waadt	35,7*	10,0*
	Espace Mittelland	28,0	6,9

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Lebenszeitprävalenz: n=4305; aktueller Konsum: n=4304

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

sundheitsbefragung für eine Vergleichsalterskategorie liegen in der Regel unter den Zahlen von Untersuchungen zum Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen wie dem European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dem Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) und der Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH). Alle diese Daten von Befragungen zeigen jedoch, dass die Schweiz in Bezug auf den Cannabiskonsum im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz belegt (UNODC, 2009).

Aus diesen Untersuchungen gingen Konsumprävalenzen hervor, die im Verlauf der Neunzigerjahre und bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts deutlich angestiegen sind. Durch das Cannabismonitoring, die erste Längsschnittbefragung in der Schweiz, kann ein neues Qualitätsniveau in der Cannabisforschung erreicht werden, da die gleiche Methode bei den gleichen Personen mehrmals angewandt wird (BAG, 2005a).

Die Daten der ersten beiden Erhebungswellen (2004–2007) des Cannabismonitorings zeigen, dass die Anteile der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen, die bereits einmal Cannabis konsumiert haben oder gegenwärtig konsumieren, in diesem Zeitraum insgesamt praktisch gleich geblieben sind. Berichteten im Jahr 2004 46% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (13–29 Jahre alt), mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, waren es im Jahr 2007 44% (keine signifikante Abnahme). Im gleichen Zeitraum ging der Anteil der aktuellen Konsumenten, d.h. der Personen, die in den sechs Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten, von 13% auf 11% leicht zurück (nicht signifikant).

Im Rahmen des Cannabismonitorings wurde der problematische Konsum in der Schweiz zum ersten Mal erfasst. Der CUDIT (Adamson & Sellman, 2003) ist ein Test mit zehn Elementen, mit dem verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum erfasst werden: Konzentrationsprobleme, Schwierigkeiten bei der Bewältigung gewisser Herausforderungen im sozialen Zusammenleben, subjektiver Verlust der Kontrolle über den Konsum. Auf gesamtschweizerischer Ebene bestand im Jahr 2007 bei 7,9% der 13- bis 29-Jährigen ein unproblematischer Konsum und bei 3,2% ein problematischer Konsum (die übrigen 88,9% dieser Alterskategorie konsumierten kein Cannabis). Im Zeitraum 2004–2007 ging der Anteil der Personen mit einem problematischen Konsum ebenfalls leicht zurück, wobei diese Abnahme aus statistischer Sicht nicht signifikant war. Das Alter, in dem der erste Cannabiskonsum erfolgt, verschob sich indessen klar nach unten: Während im Jahr 2004 der erste Cannabiskonsum durchschnittlich im Alter von 16,5 Jahren erfolgte, lag das Durchschnittsalter beim Erstkonsum im Jahr 2007 bei 15,8 Jahren (BAG, 2008c).

3.3.5 Medikamentenkonsum

Medikamente sind für die Gesundheit der Bevölkerung von grosser Bedeutung: Dank Medikamenten haben heutzutage viele Patientinnen und Patienten Aussicht auf Linderung oder sogar Heilung ihrer Krankheit. Damit tragen Medikamente zur Erhöhung der Lebenserwartung und bis ins hohe Alter zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Ausserdem bieten neue Medikamente die Möglichkeit, kostspielige Spitalaufenthalte zu verkürzen, und

sie tragen dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten möglichst rasch wieder ihre gewohnte Tätigkeit aufnehmen können (Marty, 2007).

Doch Medikamente haben nicht nur positive Auswirkungen bei Krankheiten, sondern sie bergen auch das Risiko von Missbrauch und haben teilweise erhebliche Nebenwirkungen. Ausserdem werden gewisse Medikamente unter Umständen nicht für den vorgesehenen Zweck eingesetzt, oder sie werden ohne medizinische Indikation konsumiert. Der Übergang von einer medizinisch indizierten Verwendung zu einem unangemessenen Konsum ist teilweise schwierig zu definieren. Bei bestimmten Medikamenten besteht auch ein Abhängigkeitspotenzial. Die Praxis zeigt, dass eine unangemessene Verwendung von Medikamenten hauptsächlich im Zusammenhang mit so genannten psychotropen Substanzen erfolgt, insbesondere mit Schlafmitteln (Hypnotika), Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln (Analgetika) und Stimulanzien (auf diese wird hier nicht eingegangen). Die regelmässige, über einen längeren Zeitraum anhaltende Verwendung dieser Art von Medikamenten kann selbst bei kleinen Dosen zu einer Arzneimittelabhängigkeit führen (Maffli, 2005).

Anhand der in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse kann nicht zwischen einem angemessenen oder unangemessenen Medikamentenkonsum unterschieden werden. Insbesondere Unterschiede je nach soziodemografischen Merkmalen oder Region gründen möglicherweise auf Unterschiede im Gesundheitszustand und können deshalb nicht auf einen missbräuchlichen Konsum dieser Medikamente zurückgeführt werden.

Über zwei Fünftel haben in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen

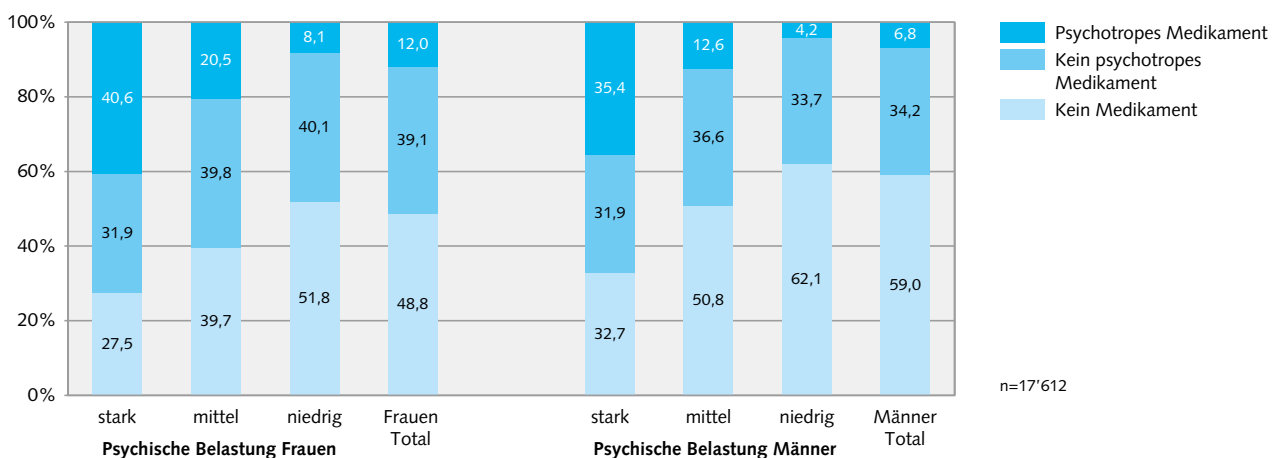
Im Jahr 2007 hatten 44,9% der Freiburgerinnen und Freiburger in den letzten sieben Tagen vor der Befragung zumindest ein Medikament konsumiert, was in etwa dem Wert der Gesamtschweiz (46,3%) entspricht. Die Unterscheidung nach Medikamentenart zeigt ebenfalls keinen Unterschied zur Gesamtschweiz. Die entsprechenden Anteile sind: Schmerzmittel (Analgetika) 21,4% (CH: 20,1%), Beruhigungsmittel 4,3% (CH: 4,3%), Schlafmittel 5,8% (CH: 5,2%) und Antidepressiva 4,6% (CH: 3,6%).

Auf gesamtschweizerischer Ebene geben Frauen häufiger als Männer an, in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert zu haben (vgl. Tab. 3.12). Im Kanton Freiburg zeigt sich eine ähnliche Tendenz. Sowohl auf gesamtschweizerischer Ebene als auch im Kanton Freiburg steigt der Medikamentenkonsum mit zunehmendem Alter an. Auch die Aufteilung nach Altersgruppen zeigt keine Unterschiede zwischen der Freiburger und der Gesamtschweizer Bevölkerung.

Wie Tabelle 3.12 weiter zu entnehmen ist, nimmt der Medikamentenkonsum auf Ebene der Gesamtschweiz mit höherer Ausbildung deutlich ab. Dieser Befund gilt tendenziell auch für den Kanton Freiburg.

Medikamentenkonsum nach psychischer Belastung und Geschlecht
Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)

Abb. 3.14



Die in dieser Abbildung berücksichtigten psychotropen Medikamente sind Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Antidepressiva. Für die Definition der Variable «psychische Belastung» vgl. 2.3.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Tab. 3.12 Medikamentenkonsum, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel		Beruhigungs- mittel	Schlafmittel	Anti- depressivum
		FR	CH	FR	CH	CH	CH	CH
Total		44,9	46,3	21,4	20,1	4,3	5,2	3,6
Geschlecht	Frauen	47,3	51,3	22,8	24,4	5,3	6,8	4,5
	Männer	42,2	41,0	19,9	15,6	3,3	3,6	2,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	32,6	31,0	17,0	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 Jahre	40,1	37,3	22,1	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 Jahre	50,3	54,0	21,8	21,7	6,4	6,3	5,8
	65+ Jahre	76,8	76,6	29,9	25,0	7,9	14,9	4,7
Bildung	Obligatorische Schule	53,9	53,9	25,3	25,6	7,8	10,6	6,0
	Sekundarstufe II	40,4	44,9	19,6	19,5	4,0	4,9	3,2
	Tertiärstufe	47,5	45,3	21,7	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalität	Schweiz	45,9	47,8	21,5	19,8	4,2	5,3	3,4
	Ausland	39,3	40,3	(21,1)	21,1	4,9	4,8	4,4
Haushaltsäquivalenz- einkommen	bis CHF 2999	44,1	42,4	25,4	20,6	4,7	5,6	3,8
	CHF 3000 bis 4499	47,0	49,1	22,1	20,7	4,1	4,9	4,0
	CHF 4500 bis 5999	48,3	49,0	18,4	18,6	4,3	5,3	3,2
	CHF 6000 und höher	50,7	48,3	(16,4)	19,3	3,4	4,2	2,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	45,1	47,3	20,6	20,4	4,5	5,3	3,8
	Land	44,6	43,5	22,4	19,3	3,8	4,9	3,0
Regionaler Vergleich	Freiburg	44,9		21,4		4,3	5,8	4,6
	Schweiz	46,3		20,1		4,3	5,2	3,6
	Bern	49,6*		19,1		3,9	4,4	3,3
	Waadt	51,9*		24,0		6,7*	6,6	4,3
	Espace Mittelland	48,4*		19,9		4,3	5,2	4,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1001 (FR), n=18'744 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Mit der allgemeinen Frage zum Medikamentenkonsum war der Konsum irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen vor der Befragung gemeint. Als Konsumenten/innen gelten diejenigen, die täglich, mehrmals pro Woche oder ca. einmal pro Woche ein Medikament eingenommen haben.

499 Frauen im Alter von 15 bis 34 Jahren und 152 im Alter von 34 bis 49 Jahren nahmen die Pille, doch es ist nicht bekannt, ob sie diese zu den Medikamenten zählten (Niveau Gesamtschweiz).

Stärkere Zunahme des Medikamentenkonsums bei Männern

In der Gesamtschweiz ist ein Anstieg des Medikamentenkonsums zu verzeichnen: So hatten im Jahr 2002 40,8% der Befragten in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert, im Jahr 2007 lag dieser Anteil bei 46,3%. Bei den Schmerzmitteln stieg der entsprechende Anteil von 14,5% auf 20,1%. Der Anstieg im Kanton Freiburg von 41,3% auf 44,9% (irgendein Medikament) bzw. 18,7% auf 21,4% (Schmerzmittel) ist nicht signifikant. Ein genauer Blick zeigt aber, dass die Frauen im Kanton Freiburg 2007 im Vergleich zu 2002 etwa gleich häufig Medikamente konsumierten (von 49,9% auf 47,3%), bei den Männern ist jedoch ein deutlicher Anstieg um ca. 10 Prozentpunkte (von 32,0% auf 42,2%) feststellbar.

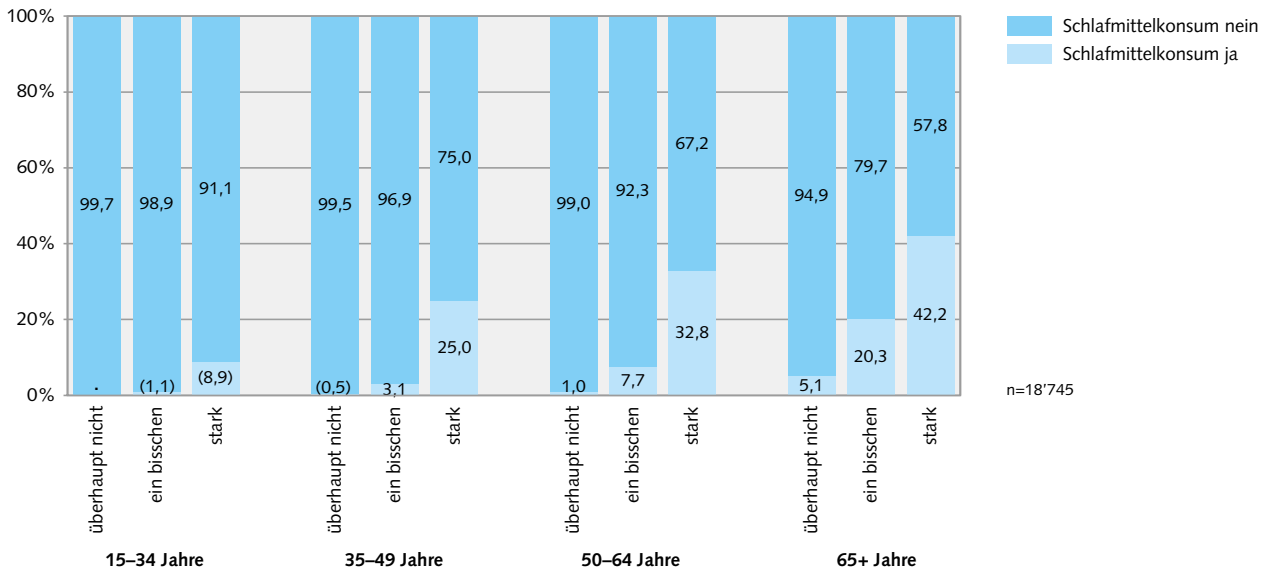
Am stärksten nahm auf Ebene der Gesamtschweiz zwischen 2002 und 2007 der Konsum von Schmerzmitteln zu, von 14,5% auf 20,1%. Beim täglichen Schmerzmittelkonsum stieg der Anteil von 4,3% der Bevölkerung im Jahr 2002 auf 5,8% im Jahr 2007. Der Anteil der Personen, die Schlafmittel konsumieren, stieg von 4,1% auf 5,2%, und jener der Personen, die Beruhigungsmittel konsumieren, von 3,8% auf 4,3%.

Ein Grossteil der psychotropen Medikamente wird ärztlich verschrieben

Über drei Viertel der konsumierten Medikamente werden von einem Arzt bzw. einer Ärztin verschrieben (FR: 77,7%, CH: 78,1%). Bei Schmerz- und Schlafmitteln gaben im Kanton Freiburg 55,0% bzw. 91,1% an, diese seien von einem Arzt verschrieben worden (CH: 54,8%

Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)

Abb. 3.15



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Schlafmittelkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung: täglich, mehrmals pro Woche, etwa ein Mal pro Woche.
Wortlaut der Frage: Haben Sie in den letzten vier Wochen «Einschlaf- oder Durchschlafstörungen» gehabt? Überhaupt nicht, ein bisschen, stark

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

bzw. 86,3%). Bei Antidepressiva und Beruhigungsmittel zeigt sich ein regionaler Unterschied und zwar werden diese im Kanton Freiburg etwas häufiger verschrieben als in der Gesamtschweiz: 100% vs. 97,8% und 91,9% vs. 82,8%. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass bei der Verschreibung von Medikamenten durch einen Arzt/eine Ärztin keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht der konsumierenden Person festgestellt wurden.

Abbildung 3.14 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Einnahme von Medikamenten: Personen mit hoher psychischer Belastung konsumieren deutlich häufiger psychotrope Medikamente und andere Medikamente als Personen, die psychisch nicht stark belastet sind. Bei psychischer Belastung konsumieren Frauen mehr psychotrope Medikamente als Männer.

Der Konsum von Schlafmitteln ist in den älteren Altersgruppen häufiger: 14,9% der Personen ab 65 nehmen mindestens einmal pro Woche Schlafmittel ein, bei den 15- bis 34-Jährigen sind es dagegen nur 1,0%. Wie Abbildung 3.15 zeigt, konsumieren in der jüngsten Altersgruppe weniger als 10% der Personen, die unter grossen Einschlafschwierigkeiten oder Schlaflosigkeit leiden, Schlafmittel. Bei den 35- bis 49-Jährigen beträgt dieser Anteil bereits einen Viertel und bei den Personen

ab 65 Jahren beläuft er sich auf 42,2%. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass von den Personen ab 65 Jahren, die nur unter geringen Schlaflosigkeitsproblemen leiden, ein Fünftel (20,3%) mindestens einmal wöchentlich Schlafmittel konsumiert.

3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden verschiedene Verhaltensweisen erläutert, die der Gesundheit nützen (körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten), und andere, die der Gesundheit unter Umständen schaden (Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente), da sie Krankheiten verursachen oder zu einer Abhängigkeit führen können. Bei den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die sich seit 2002 verbessert haben, lässt sich die körperliche Bewegung anführen: Während im Jahr 2002 nur 32,9% der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Freiburg Sport betrieben, betrug dieser Anteil im Jahr 2007 bereits 39,6%. Gleichzeitig sank der Anteil der Personen, die in ihrer Freizeit nicht aktiv sind.

Im Vergleich mit den Schweizerinnen und Schweizern gab ein kleinerer Anteil der Freiburgerinnen und Freiburger an, sich der Bedeutung der Ernährung bewusst zu sein. Hingegen halten knapp 35% die Empfehlung ein,

pro Tag fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen, was über dem Schweizer Durchschnitt liegt. Knapp ein Drittel der Freiburgerinnen und Freiburger konsumierte sechs bis sieben Mal Fleisch pro Woche, während dies nur bei einem Viertel der Schweizerinnen und Schweizer zutraf.

Die Analysen zeigen in Bezug auf das Körpergewicht, dass 30,9% der Freiburgerinnen und Freiburger übergewichtig und 8,5% adipös sind. Diese Anteile sind seit 2002 relativ stabil geblieben.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ging im Kanton Freiburg – wie auch in der Gesamtschweiz – zurück: 2002 bezeichneten sich 33,0% der Befragten als Raucher/innen, 2007 betrug dieser Anteil 26,3%. Sowohl in der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Freiburg ist insbesondere der Anteil der starken Raucher/innen zurückgegangen.

14,2% der Freiburgerinnen und Freiburger konsumieren täglich Alkohol, 16,5% sind abstinent. Der Alkoholkonsum der Freiburger Bevölkerung entspricht in etwa dem durchschnittlichen Konsum in der Schweiz. Wie auch in der Gesamtschweiz, zeigt sich auch im Kanton Freiburg ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren häufiger Alkohol als Frauen.

Der Medikamentenkonsum im Kanton Freiburg ist vergleichbar mit demjenigen in der Gesamtschweiz. Seit 2002 hat der Medikamentenkonsum sowohl landesweit als tendenziell auch im Kanton Freiburg zugenommen. Insbesondere ist ein Anstieg bei den Männern feststellbar: So haben 2002 32,0% der Freiburger Männer in der Woche vor der Befragung zumindest ein Medikament eingenommen, 2007 lag dieser Anteil bei 42,2%.

4 Wohn- und Arbeitssituation

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand

Das Wohn- und das Arbeitsumfeld gehören zu den wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dies zeigt unter anderem das «Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik» des Bundesamtes für Gesundheit (2005b), in dem die Bereiche «Beschäftigung und Arbeitswelt» und «Wohnen und Mobilität» als zwei von insgesamt sieben wichtigen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern identifiziert werden.⁶³ Abgesehen davon, dass ein grosser Teil der im vorangehenden Kapitel diskutierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (auch) im Wohn- und Arbeitsbereich von Bedeutung sind, verbinden sich mit Arbeiten und Wohnen verschiedene spezifische Gesundheitseffekte.

Mit Bezug zum Wohnen listet die WHO (2004b) eine Vielfalt von gesundheitsrelevanten Faktoren auf, die vom Schutz vor Witterungseinflüssen und Immissionen über soziale Bindungen und die Qualität des Wohnumfeldes bis hin zum baulichen Zustand und der Wohnungsausstattung reichen. Mit Bezug zu den letztgenannten Faktoren wird etwa auf das Schimmelwachstum in feuchten Wohnungen oder die Schadstoffbelastung aufgrund von Baumaterialien (z.B. Asbest, Farben etc.) verwiesen, die zu Allergien, Asthma und anderen gesundheitlichen Problemen führen können.

Von besonderer Bedeutung ist im Wohnumfeld überdies der Lärm: Wer in seiner Wohnung dauernd unter Lärm leidet, kann krank werden, wobei Lärmimmissionen während der Erholungs- und Schlafphase besonders problematisch sind. Lärm beeinflusst die Regulationsmechanismen des vegetativen Nervensystems und kann zu akuten oder chronischen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens sowie zu Einbussen der Leistungsfähigkeit führen. Wiederholte Lärmreize bewirken überdies hormonale Veränderungen wie die Freisetzung von Stresshormonen, die Entwicklung von Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen. Dadurch kann das Risiko einer Herz-Kreislauf-Krankheit steigen (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

Ähnliches gilt für die Arbeit. Im bereits erwähnten Grundlagendokument des BAG (2005b) wird in diesem Zusammenhang festgehalten:

«Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der erwerbstätigen Bevölkerung und kann viel zu Sicherheit, Anerkennung und Wohlbefinden dieser Bevölkerungsgruppe beitragen. Die berufliche Tätigkeit kann eine Quelle für das Selbstwertgefühl und damit für die psychische Gesundheit darstellen. Erwerbstätige sind an ihrem Arbeitsplatz aber auch physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zu den physischen Risiken gehören Unfälle, Lärmbelastung, Schicht- oder Nacharbeit, Belastung durch Chemikalien sowie durch langes Sitzen oder schwere Lasten. Psychische Belastungen entstehen beispielsweise durch mangelnde Anerkennung für geleistete Arbeit bzw. hohe Anforderungen bei gleichzeitig tiefer Entscheidungsautonomie, Mobbing, Kommunikationsmangel, Unter- oder Überforderung.» (BAG, 2005b: S. 22)

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit potentiell gesundheitsgefährdenden Einflüssen im Wohn- und Arbeitsumfeld. Im ersten Abschnitt untersuchen wir auf der Grundlage von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen zunächst die Immissionen im Wohnbereich, während sich die weiteren Abschnitte mit verschiedenen Aspekten des Arbeitslebens – Immissionen, psychischen und körperlichen Belastungen, Arbeitszufriedenheit und der Angst vor einem Stellenverlust – beschäftigen. Weitere wichtige, oben erwähnte Faktoren der Arbeits- und Wohnsituation können nicht dargestellt werden, da sie in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht abgefragt wurden (persönliche Befragung dafür ungeeignet, thematische Beschränkung des Fragebogens).

⁶³ Bei den übrigen Handlungsfeldern handelt es sich um «Krankheitsbekämpfung und Prävention», «soziale Sicherheit und Chancengleichheit», «Bildung und Befähigung», «Lebensraum und natürliche Umwelt» sowie «Lebensmittelsicherheit und Ernährung».

4.1 Immissionen im Wohnbereich

Abbildung 4.1 zeigt insgesamt elf Störungsquellen im Wohnumfeld, bei denen die Befragten jeweils angeben mussten, ob sie von diesen betroffen sind. Dem Überblick lässt sich entnehmen, dass der Autolärm die Störungsquelle Nummer 1 im Kanton Freiburg ist. Jede fünfte Person (19,2%) erwähnt diese Lärmquelle, zusätzlich verweist rund jede sechste Person auf den Lärm von anderen Menschen und den Lärm der Landwirtschaft, während die übrigen acht in der Abbildung dargestellten Störungsquellen von jeweils unter 10% der Befragten genannt werden. Dass der Autolärm an erster Stelle der Rangliste steht, ist angesichts der dichten Siedlungsstruktur, dem hohen Anteil an Mehrfamilienhäusern und der vergleichsweise geringen Wohneigentumsquote⁶⁴ in der Schweiz plausibel.

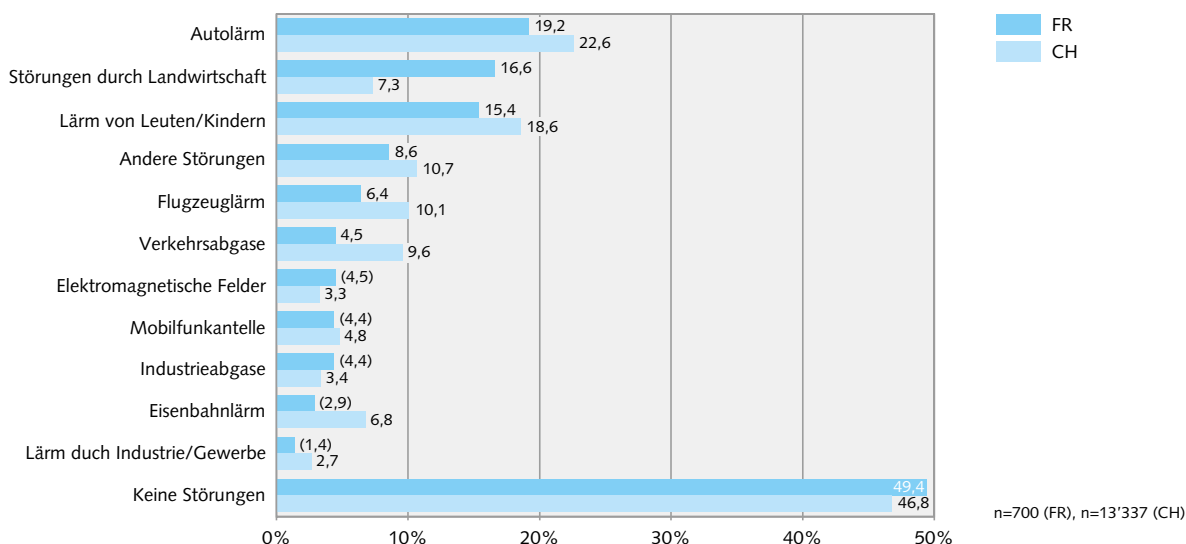
Die Hälfte der Freiburger/innen wohnt «ungestört»

Auffallend ist allerdings, dass etwas weniger als die Hälfte (49,4%) der befragten Freiburger/innen keine der elf Störungsquellen erwähnt. Damit leben die Freiburger/innen im Durchschnitt etwa gleich «unbelastet» wie die übrigen Schweizer/innen, von denen rund 47% keine Störungen nennen. Im Vergleich mit einer Reihe anderer Kantone und Regionen (vgl. Tab. 4.1) erwähnen die Freiburger/innen seltener zwei oder mehr Störungen im Wohnumfeld. Die «Rangliste» der Störungsquellen sieht in Freiburg und der Schweiz aber trotz der Unterschiede in der Anzahl Nennungen sehr ähnlich aus. Die einzige substantielle Abweichung zeigt sich beim Lärm der Landwirtschaft: Im Kanton Freiburg ist diesem gut ein Sechstel (16,6%) ausgesetzt, in der Gesamtschweiz sind es nur 7,3%. In Anbetracht der überdurchschnittlich agrarischen Struktur des Kantons Freiburg ist auch dieser Unterschied plausibel (vgl. 1.4).

Nicht alle Bevölkerungsgruppen sind im selben Mass von Lärm und anderen Immissionen betroffen. Dies zeigt ein Blick auf Tabelle 4.1, in welcher die Anzahl der Störungen aus Abbildung 4.1 dargestellt ist. Höher gebildete

Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind
Kanton Freiburg und Schweiz, 2007

Abb. 4.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁶⁴ Gemäss dem BFS (BFS, 2004) befanden sich im Jahr 2000 rund 70% aller Wohnungen in der Schweiz in Zwei- oder Mehrfamilienhäusern. Die Wohneigentumsquote ist in der Schweiz zwischen 1990 und 2000 von 31,3% auf 34,6% angestiegen (Kanton Freiburg: von 39,2 auf 41,7%), sie ist im internationalen Vergleich aber nach wie vor gering. In Deutschland beträgt sie beispielsweise 43%, in Frankreich 55%, in Österreich 56% und in Grossbritannien 68% (vgl. www.bwo.admin.ch/dokumentation/00101/00105/index.html?lang=de; Zugriff am 30.04.2009).

Tab. 4.1 Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Keine Störungen		1 Störung		2 und mehr Störungen	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		49,1	46,8	28,6	26,2	22,2	27,0
Geschlecht	Frauen	49,4	45,4	24,5	27,2	26,0	27,4
	Männer	48,9	48,2	32,8	25,2	18,4	26,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	53,1	47,6	24,6	26,6	22,3	25,8
	35–49 Jahre	47,0	47,7	32,1	25,3	20,9	27,0
	50–64 Jahre	48,4	45,7	31,9	27,0	19,7	27,3
	65+ Jahre	43,7	45,3	26,3	26,0	(30,1)	28,6
Bildung	Obligatorische Schule	32,6	43,0	34,2	26,0	(33,2)	31,0
	Sekundarstufe II	51,8	47,5	25,7	26,3	22,5	26,2
	Tertiärstufe	51,2	46,7	32,3	26,1	16,6	27,2
Nationalität	Schweiz	48,7	48,1	29,8	26,0	21,4	25,9
	Ausland	(51,5)	41,5	(21,8)	27,1	(26,7)	31,4
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	48,6	46,4	26,1	25,2	25,2	28,4
	CHF 3000 bis 4499	49,6	45,2	32,5	26,9	17,9	27,9
	CHF 5000 bis 6499	52,6	48,1	(22,3)	24,6	25,2	27,3
	CHF 7000 und höher	54,8	49,5	(26,4)	27,3	(18,8)	23,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	48,0	44,1	27,0	26,8	25,1	29,1
	Land	50,5	54,0	30,6	24,8	18,8	21,2
Regionaler Vergleich	Freiburg	49,1		28,6		22,2*	
	Schweiz	46,8		26,2		27,0	
	Bern	51,6		24,8		23,6	
	Waadt	45,1		30,2		24,7	
	Espace Mittelland	50,7		25,1		24,2	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=700 (FR), n=13'337 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

und gut verdienende Personen verzeichnen seltener Störungen im Wohnumfeld als Personen mit einer tiefen oder mittleren Bildung und/oder einem geringen Einkommen. Hinter diesem Befund dürfte ein Schichteffekt in dem Sinne stehen, dass komfortable Wohnungen in «unbelasteten» Wohnlagen teurer sind als andere. Plausibel ist auch der Unterschied zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung: Die letztere sieht sich etwas häufiger Störungen ausgesetzt.

Dagegen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen – letztere leiden häufiger unter Störungen – schwieriger zu erklären. Mit ein Grund für den Unterschied könnte die Tatsache sein, dass es sich bei einem Teil der weiblichen Befragten um Hausfrauen handelt, die relativ viel Zeit zu Hause verbringen und damit eine grössere Wahrscheinlichkeit haben, von Störungen betroffen zu sein und diese wahrzunehmen. Auffallend ist schliesslich der Befund, dass der Anteil an Personen, die unter Störungen leiden, mit zunehmendem Alter zu-

nimmt. Eine multivariate Zusatzanalyse auf der Ebene der Gesamtschweiz deutet darauf hin, dass eine mit dem Alter zunehmende Störungssensibilität hier eine Rolle spielt.⁶⁵

Zusammenhang zwischen Störungen und Gesundheitszustand

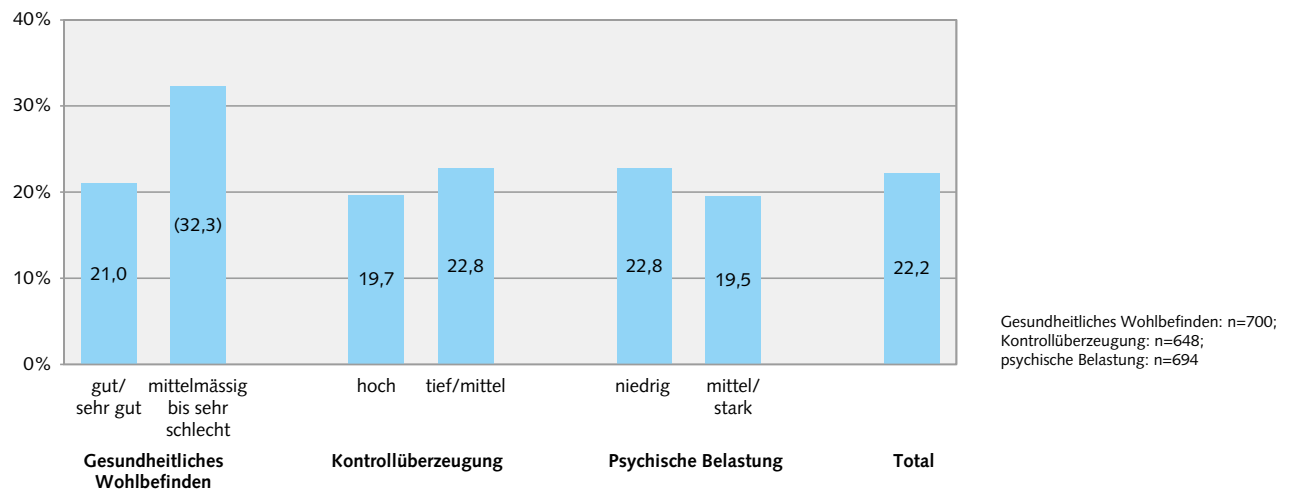
Abbildung 4.2 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit: Personen mit einem mittelmässigem bis sehr schlechten gesundheitlichem Wohlbefinden und solche mit tiefer oder mittlerer Kontrollüberzeugung⁶⁶ erwähnen häufiger zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld. Ob eine Kausalität zwischen Störungen und Gesundheit be-

⁶⁵ In einer multiplen Klassifikationsanalyse bleiben sowohl die Effekte des Alters als auch des Einkommens und des Wohnortes (Stadt-Land) erhalten.

⁶⁶ Für die Definition der verwendeten Variablen siehe 2.3.

Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg, 2007

Abb. 4.2



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

Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

steht und in welche Richtung diese geht, kann mit den Daten der SGB jedoch nicht beurteilt werden. Denkbar ist sowohl, dass Störungen im Wohnumfeld «krank» machen, als auch, dass allgemeine Gesundheitsprobleme zu einer höheren Sensibilität für Störungen führen. Schliesslich ist nicht auszuschliessen, dass die Befunde auf weitere Effekte in dem Sinne zurückzuführen sein könnten, dass «unterprivilegierte Lebensbedingungen» sowohl die Wohnsituation als auch die gesundheitlichen Bedingungen unabhängig voneinander beeinflussen.

4.2 Belastungen bei der Arbeit⁶⁷

4.2.1 Immissionen

Analog zum Wohnen, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch die Immissionen am Arbeitsplatz erhoben.⁶⁸ Bei insgesamt zehn Störungsquellen wird gefragt, ob die Erwerbstätigen damit konfrontiert seien, wobei sich ein ähnliches Bild wie im Wohnumfeld zeigt. Sowohl im Kanton Freiburg als auch

auf der Ebene der Gesamtschweiz erwähnt rund die Hälfte der Befragten keinerlei Störungsquellen; rund ein Drittel nennt eine oder zwei, die restlichen Befragten drei oder mehr Immissionsquellen (vgl. Tab. 4.2).

Lärm als häufigste Störungsquelle bei der Arbeit

Wie aus Abbildung 4.3 hervorgeht, sind die Erwerbstätigen im Kanton Freiburg am häufigsten von Lärm, zu hohen oder zu niedrigen Temperaturen, Tabakrauch und Vibrationen betroffen. Diese Aspekte werden von einem Sechstel bis zu einem Fünftel der Befragten erwähnt. Dagegen sind Strahlung und das Einatmen von Dämpfen kaum ein Problem, was in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass nur eine Minderheit der Erwerbstätigen in einem entsprechenden Arbeitsumfeld tätig ist.

Bei den meisten untersuchten Immissionen finden sich nur geringfügige Abweichungen zwischen dem Kanton Freiburg und der übrigen Schweiz. Auffallend ist, dass auf der Ebene der Gesamtschweiz weniger häufig auf Vibrationen und Tabakrauch verwiesen wird. Dies könnte mit dem eher überdurchschnittlichen Anteil an Raucher/innen und Personen, die Passivrauch ausgesetzt sind (vgl. Abschnitt 3.3.2), und dem vergleichsweise hohen Anteil an industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen im Kanton Freiburg zusammenhängen (vgl. 1.4).

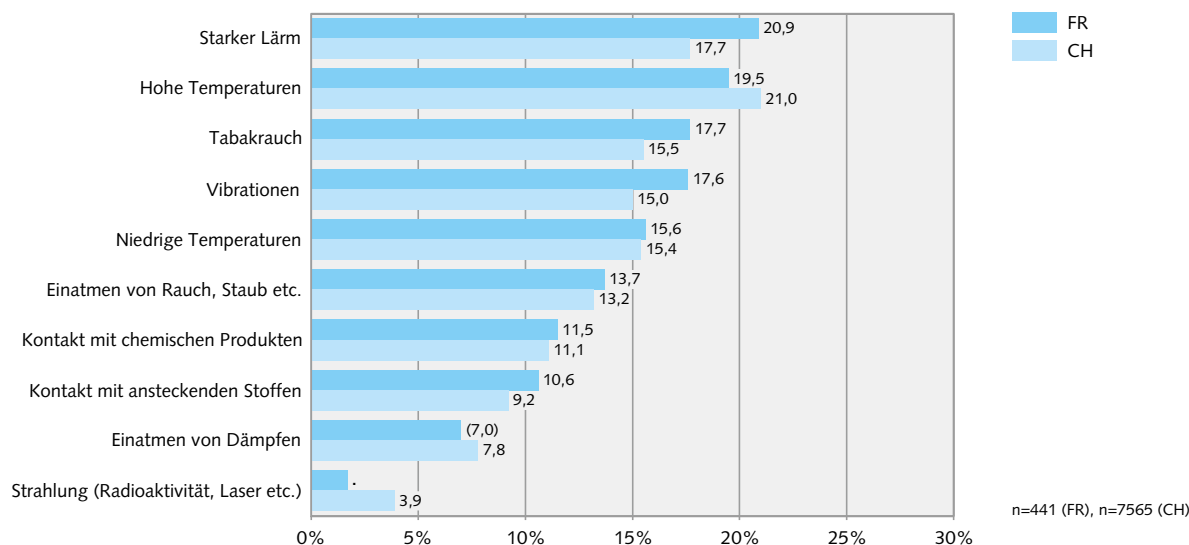
Bei der Anzahl erwähnter Immissionen lassen sich gemäss Tabelle 4.2 deutliche Bildungs-, Einkommens- und Berufseffekte nachweisen: Auf der Ebene der

⁶⁷ Beim Themenbereich «Arbeitssituation» gilt zu beachten, dass ein Teil der Befragten ausserhalb des Wohnkantons (Freiburg) arbeitet.

⁶⁸ Die meisten Fragen zur konkreten Arbeitstätigkeit werden im schriftlichen Fragebogen gestellt. Da die Stichprobe der schriftlichen Befragung kleiner ist als diejenige der telefonischen und ohnehin nur rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig ist, sind die entsprechenden Fallzahlen vergleichsweise gering. Für den Kanton Freiburg bedeutet dies, dass diese Fragen in der Regel von rund 450 Personen beantwortet wurden und Analysen nach unterschiedlichen Merkmalen der befragten Personen daher sehr schnell an ihre Grenzen stossen.

Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.3



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gesamtschweiz erwähnen zwei Fünftel aller Arbeiter/innen (41,2%) mehr als zwei Immissionen bei der Arbeit, während es bei den Büroangestellten (9,2%) und den Führungskräften (10,0%) nur rund ein Zehntel ist. Ähnlich sieht es bei einem Vergleich der tiefsten mit den höchsten Bildungs- (28,8% vs. 8,0%) und Einkommensgruppen (25,4% vs. 9,7%) aus. Diese Befunde sind deshalb nicht erstaunlich, weil die erfragten Immissionen vor allem im gewerblichen und industriellen Sektor auftreten, wo das durchschnittliche Bildungs- und Einkommensniveau geringer ist als im Dienstleistungssektor.⁶⁹ Wie der folgende Abschnitt zeigt, kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um, wenn nach psychischer Belastung im Arbeitsumfeld gefragt wird.

4.2.2 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit

Lärm, Geruch oder Rauch sind nicht die einzigen Belastungen, mit denen man sich an seinem Arbeitsplatz konfrontiert sehen kann. Viele Menschen klagen über erhebliche körperliche Belastungen durch das Tragen schwerer Gegenstände oder die Bedienung schwerer Maschinen. Ein besonderes Thema stellen psychische Be-

lastungen dar, die von Zeitdruck und Überforderung bis zu Konflikten mit den Kollegen/innen und Mobbing reichen können.⁷⁰

Wie aus Tabelle 4.3 hervorgeht, erwähnen rund ein Fünftel der Freiburger Erwerbstätigen ein hohes Mass an körperlicher Belastung (21,1%) und mehr als zwei Fünftel (44,6%) an psychischer Belastung. Hohe körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz treten zwar selten gemeinsam auf, doch immerhin 9,9% der Freiburger Erwerbstätigen berichten gemäss Tabelle 4.4 über beide Formen von Belastungen.

Durchschnittliche körperliche und psychische Belastung im Kanton Freiburg

Wie Tabelle 4.3 zeigt, berichten im Kanton Freiburg vergleichbare Anteile an Personen wie in der Gesamtschweiz von hoher körperlicher und psychischer Belastung. Die Tabelle zeigt deutlich, dass die Art der ausgeübten Tätigkeit die berichteten Belastungen entscheidend beeinflusst: Auf der Ebene der Gesamtschweiz konstatieren 44,5% der Arbeiter/innen hohe körperliche Belastung, während dieser Anteil bei den nicht-manuellen Berufen (16,1%) und den Führungskräften (12,1%)

⁶⁹ Gemäss der SGB 2007 verfügen von den Erwerbstätigen des Industrie- und Gewerbesektors 12% über einen Bildungsabschluss der Sekundarstufe I und 24% über einen Abschluss der Tertiärstufe. Im Dienstleistungssektor betragen die entsprechenden Anteile 7% bzw. 27%. Das durchschnittliche Haushaltsäquivalenzeinkommen der Erwerbstätigen beträgt im Industriesektor rund CHF 4200.–, im Tertiärsektor rund CHF 4600.–.

⁷⁰ Die SGB enthält eine Reihe von Fragen zu Gewalt-, Diskriminierungs- und Mobbingerlebnissen. Auf der Ebene der Gesamtschweiz geben 3,7% der Erwerbstätigen an, in den vergangenen 12 Monaten bei der Arbeit Gewalt oder Gewaltandrohungen von Kollegen/innen oder anderen Personen erfahren zu haben. Die Werte für Mobbing und Diskriminierung/Ungleichbehandlung betragen 7,7% bzw. 11,2%.

Tab. 4.2 Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

		Keine Immissionen		1 oder 2 Immissionen		3 und mehr Immissionen	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		46,5	49,6	33,2	31,4	20,4	19,0
Geschlecht	Frauen	54,4	55,1	38,3	34,2	(7,3)	10,8
	Männer	40,5	45,4	29,3	29,2	30,2	25,4
Altersgruppen	15–34 Jahre	35,3	41,8	36,9	33,3	27,8	24,9
	35–49 Jahre	46,1	51,7	35,0	31,2	18,9	17,1
	50+ Jahre	63,6	57,1	23,9	29,0	(12,5)	13,9
Bildung	Obligatorische Schule	(38,6)	39,1	.	32,1	.	28,8
	Sekundarstufe II	36,0	42,1	38,1	33,6	25,8	24,3
	Tertiärstufe	63,8	64,6	24,8	27,4	(11,4)	8,0
Nationalität	Schweiz	49,0	50,8	31,0	31,1	20,0	18,1
	Ausland	(34,0)	45,1	(43,8)	32,4	.	22,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	41,1	40,3	35,6	34,4	23,3	25,4
	CHF 3000 bis 4499	44,9	47,6	31,7	32,2	23,4	20,2
	CHF 4500 bis 5999	54,3	53,2	23,7	30,1	22,0	16,7
	CHF 6000 und höher	54,4	62,6	37,4	27,7	8,1	9,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	47,9	51,6	31,0	31,4	21,1	17,0
	Land	45,0	44,2	35,4	31,4	19,6	24,4
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	(30,7)	25,3	(24,6)	33,5	44,7	41,2
	Kleinunternehmer/innen, selbstständige Handwerker/innen	.	44,9	.	31,2	(61,7)	24,0
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	50,6	57,7	38,2	33,1	(11,2)	9,2
	höhere/mittlere Führungskräfte	56,0	60,4	36,3	29,6	(7,7)	10,0
Regionaler Vergleich	Freiburg	46,5		33,2		20,4	
	Schweiz	49,6		31,4		19,0	
	Bern	45,6		35,5		18,9	
	Waadt	51,1		30,6		18,4	
	Espace Mittelland	45,3		34,5		20,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=449 (FR), n=7828 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg ($p < 0,05$)

deutlich geringer ist.⁷¹ Im Gegenzug erwähnt über die Hälfte (51,7%) der Führungskräfte hohe psychische Belastung, während es bei den Arbeiter/innen weniger als ein Drittel sind (30,7%). Vergleichbare Zusammenhänge finden sich auch bezüglich des Bildungsstandes und des Einkommens, die eng mit dem Beruf zusammenhängen.

Demgegenüber finden sich für einmal kaum Unterschiede nach Alter, Nationalität und Geschlecht. Mit Bezug zu geschlechtsspezifischen Unterschieden fällt einzig auf, dass sich Frauen etwas seltener über hohe psychi-

sche Belastung beklagen als Männer, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass erwerbstätige Frauen häufiger Teilzeit arbeiten und eine tiefere berufliche Stellung haben als Männer.⁷²

Abbildung 4.4 zeigt schliesslich den Zusammenhang zwischen den in Abschnitt 4.2.1 dargestellten Immissionen und den wahrgenommenen körperlichen und psychischen Belastungen. Da die Frage nach den Immissionen

⁷¹ Aufgrund der stellenweise zu geringen Fallzahlen beziehen wir uns hier und in den folgenden Ausführungen auf die Zahlen der Gesamtschweiz. Die Freiburger Zahlen sind in Tabelle 4.3 zwar dargestellt, sie müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden.

⁷² Eine zusätzliche Analyse bestätigt, dass die in der SGB 2007 befragten Frauen häufiger Teilzeit (62% gegenüber 14% der Männer) arbeiten und seltener in Führungspositionen anzutreffen (7%, Männer: 15%) sind. Teilzeit Erwerbstätige klagen deutlich seltener über hohe psychische Belastung (36%) als Vollzeit Erwerbstätige (45%), wobei die Teilzeit erwerbstätigen Frauen (34%) jedoch noch deutlich seltener als die Teilzeit arbeitenden Männer (45%) diese Belastung erwähnen.

Tab. 4.3 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(Erwerbstätige, in %)

		Körperliche Belastung ¹				Psychische Belastung ²			
		gering/mittel ³		hoch ⁴		gering/mittel ³		hoch ⁴	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		78,9	76,7	21,1	23,3	55,4	58,7	44,6	41,3
Geschlecht	Frauen	86,7	78,1	13,3	21,9	63,0	64,6	37,0	35,4
	Männer	73,1	75,5	26,9	24,5	49,6	54,1	50,4	45,9
Altersgruppen	15–34 Jahre	75,4	72,3	(24,6)	27,7	59,8	60,2	40,2	39,8
	35–49 Jahre	78,3	78,1	21,7	21,9	53,8	58,4	46,2	41,6
	50+ Jahre	85,0	80,1	(15,0)	19,9	52,7	57,2	47,3	42,8
Bildung	Obligatorische Schule	(55,0)	53,9	(45,0)	46,1	(70,6)	67,9	.	32,1
	Sekundarstufe II	75,9	70,6	24,1	29,4	61,6	63,8	38,4	36,2
	Tertiärstufe	87,3	91,0	(12,7)	9,0	43,5	48,1	56,5	51,9
Nationalität	Schweiz	81,9	77,5	18,1	22,5	55,8	58,5	44,2	41,5
	Ausland	64,0	73,6	(36,0)	26,4	(53,8)	59,1	(46,2)	40,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	74,6	68,5	(25,4)	31,5	66,9	64,5	33,1	35,5
	CHF 3000 bis 4499	77,4	74,3	(22,6)	25,7	50,9	58,0	49,1	42,0
	CHF 4500 bis 5999	84,2	80,7	(15,8)	19,3	51,1	57,1	48,9	42,9
	CHF 6000 und höher	87,5	89,3	.	10,7	41,6	51,7	58,4	48,3
Urbanisierungsgrad	Stadt	79,9	78,8	20,1	21,2	52,7	57,7	47,3	42,3
	Land	77,9	71,1	22,1	28,9	58,4	61,4	41,6	38,6
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	65,8	55,5	(34,2)	44,5	66,9	69,3	(33,1)	30,7
	Kleinunternehmer/innen, selbständige	(40,1)	62,9	(59,9)	37,1	(55,2)	67,5	(44,8)	32,5
	Handwerker/innen								
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	87,0	83,9	(13,0)	16,1	57,2	64,3	42,8	35,7
	höhere/mittlere Führungskräfte	87,4	87,9	(12,6)	12,1	49,3	48,3	50,7	51,7
Regionaler Vergleich	Freiburg	78,9		21,1		55,4		44,6	
	Schweiz	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Bern	71,7*		28,3*		61,8		38,2	
	Waadt	83,1		16,9		58,2		41,8	
	Espace Mittelland	75,4		24,6		59,7		40,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Körperliche Belastung: n=454 (FR), n=7557 (CH); psychische Belastung: n=466 (FR), n=8016 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Antworten auf die Frage: Wie steht es mit der körperlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal zwei Arbeitsplätze vor: Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser körperlicher Belastung. Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt praktisch keine körperliche Belastung. Welchem dieser beiden Arbeitsplätze ist Ihr eigener am ähnlichsten?

² Antworten auf die Frage: Wie steht es mit der psychischen und nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal zwei Arbeitsplätze vor: Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser psychischer und nervlicher Belastung. Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt praktisch keine psychische und nervliche Belastung. Welchem dieser beiden Arbeitsplätze ist Ihr eigener am ähnlichsten?

³ Geringe und mittlere Belastung: Zusammenfassung der Antworten «ähnlich wie der von B», «genau wie der von B» und «zwischen A und B».

⁴ Hohe Belastung: Zusammenfassung der Antworten: «ähnlich wie der von A» und «genau wie der von A».

primär auf den industriellen und gewerblichen Bereich abzielt, ist der in der Abbildung dokumentierte Befund nicht erstaunlich: Personen, die körperlich stark belastet sind, leiden auch häufiger unter Immissionen. Über die Hälfte (55,2%) der körperlich stark belasteten Erwerbstätigen des Kantons Freiburg sind von drei oder mehr Immissionen betroffen, während es bei körperlich gering oder mittel Belasteten nur ein Zehntel ist (10,7%). Demgegenüber lässt sich im Kanton Freiburg bei der psychischen Belastung kein Zusammenhang mit der Anzahl Immissionen feststellen. Dieses Resultat ist plausibel, wenn man sich vorstellt, dass viele typische «Stressberufe» in klimatisierten und angenehm eingerichteten Büros ausgeübt werden.

Eine weitere Analyse, die nur auf der Ebene der Gesamtschweiz durchgeführt wurde und hier nicht dargestellt ist, zeigt überdies einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass psychischer und körperlicher Belastungen bei der Arbeit einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie der allgemeinen psychischen Belastung andererseits. Dabei gilt: Je höher die körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, desto häufiger wird das gesundheitliche Wohlbefinden als mittelmässig oder schlecht bezeichnet und desto häufiger wird auch die allgemeine psychische Belastung im Alltag als hoch eingeschätzt.

Tab. 4.4 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Freiburg, 2007 (Erwerbstätige, in %)

Psychische Belastung	Körperliche Belastung		
	gering/mittel	hoch	Total
gering/mittel	43,9	11,3	55,1
hoch	35,0	9,9	44,9
Total	78,9	21,1	100,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

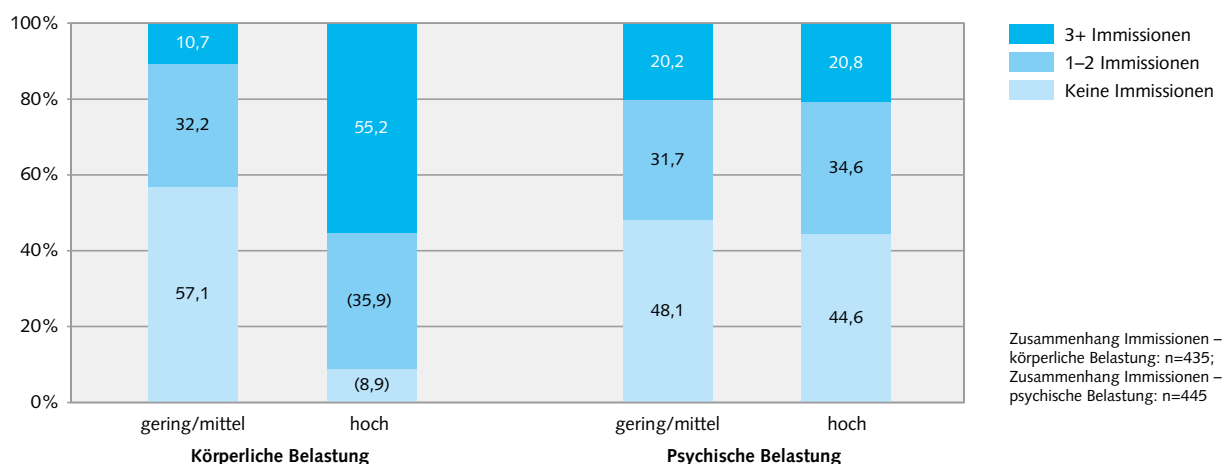
n=452

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

Für die Wortlaute der Fragen siehe Fussnote zu Tab. 4.3.

Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Freiburg, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.4



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.3 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Eine wichtige Fragestellung in Zusammenhang mit dem Erwerbsleben betrifft die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. Gerade weil die Erwerbsarbeit einen wichtigen Stellenwert im Leben vieler Menschen einnimmt, strahlen Gefühle der Befriedigung und des Wohlbefindens auf andere Lebensbereiche aus und haben damit auch einen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. BAG, 2005b). Gemäss Abbildung 4.5 lässt sich sowohl für den Kanton Freiburg als auch für die Gesamtschweiz ein hohes Mass an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation nachweisen. Dabei fällt auf, dass der Anteil der mit ihrer Arbeit sehr Zufriedenen zwischen 2002 und 2007 sowohl in der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Freiburg deutlich angestiegen ist: Im Kanton Freiburg bezeichneten sich 2002 rund die Hälfte (50,2%), 2007 schon fast zwei Drittel (63,5%) der Erwerbstätigen als «sehr» oder «ausserordentlich zufrieden» mit ihrer Arbeitssituation. Auf der Ebene der Gesamtschweiz lässt sich ein Anstieg von 49,5% (2002) auf 65,8% (2007) nachweisen.

Interessanterweise geht der Anstieg jedoch weniger auf Kosten der Unzufriedenen, deren Anteil sich zwischen 2002 und 2007 kaum verändert hat, wenn man auch die «teilweise Unzufriedenen» mitberücksichtigt. Die grösste Verschiebung ergibt sich bei den «eher Zufriedenen», deren Anteil an allen Erwerbstätigen deutlich zurückgegangen ist. Damit zeichnet sich bei den Erwerbstätigen eine leichte Polarisierung zwischen «ausserordentlich Zufriedenen» einerseits und «(teilweise) Unzufriedenen» andererseits ab.

4.4 Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden

Unabhängig von der aktuellen Arbeitszufriedenheit kann die Angst, die aktuelle Stelle zu verlieren und arbeitslos zu werden, eine erhebliche Belastung darstellen. Im Kanton Freiburg sorgten sich im Jahr 2007 13,7% der Erwerbstätigen um ihre Stelle, während sich 44,2% überhaupt keine Sorgen machten. Die übrigen Befragten geben an, sich «eher keine Sorgen» um ihre Stelle zu machen. Diese Werte haben sich seit 2002 kaum verändert und liegen in einer ähnlichen Grössenordnung wie die gesamtschweizerischen Werte.

Im aktuellen Kontext erhöhter wirtschaftlicher Unsicherheit müssen die Zahlen aus dem Jahr 2007 jedoch vorsichtig interpretiert werden, denn es kann angenommen werden, dass entsprechende Wahrnehmungen nicht zuletzt auch von konjunkturellen Entwicklungen abhängen.

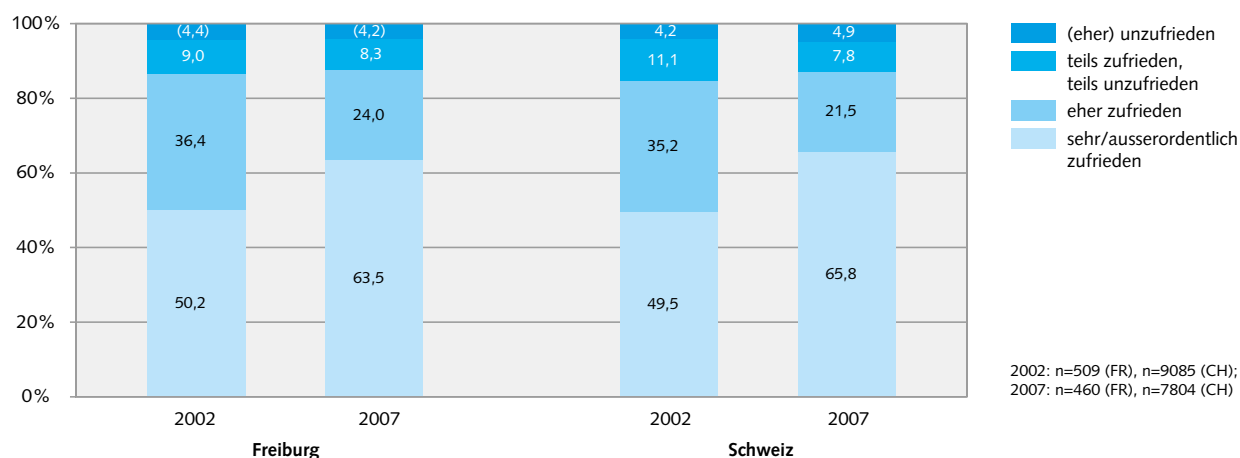
Hohes Vertrauen in die aktuelle Stelle...

Die geringen Veränderungen zwischen 2002 und 2007 sind insofern etwas erstaunlich, als die Arbeitszufriedenheit – wie weiter oben gezeigt – im selben Zeitraum deutlich zugenommen hat. Das heisst: 2007 waren zwar mehr Personen sehr zufrieden mit ihrer Arbeit als noch fünf Jahre zuvor, die Stellen wurden aber nicht als sicherer wahrgenommen.⁷³

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.5



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

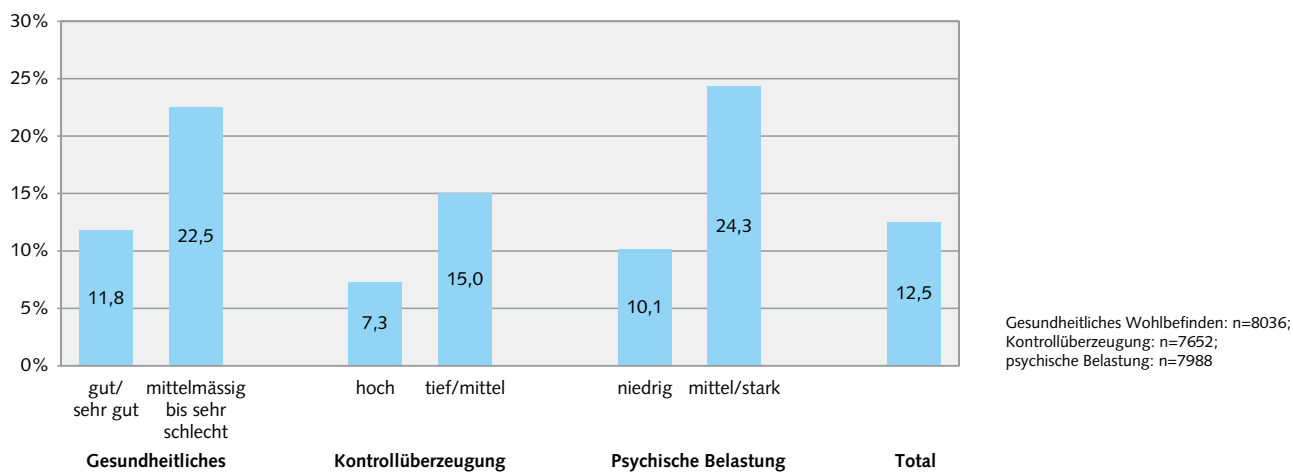
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁷³ Allerdings fürchten Personen, welche mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind, deutlich häufiger um ihre Stelle (29,1%) als Personen, die mit ihrer Arbeit sehr zufrieden sind (8,8%) (Resultate für die Gesamtschweiz).

Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.6



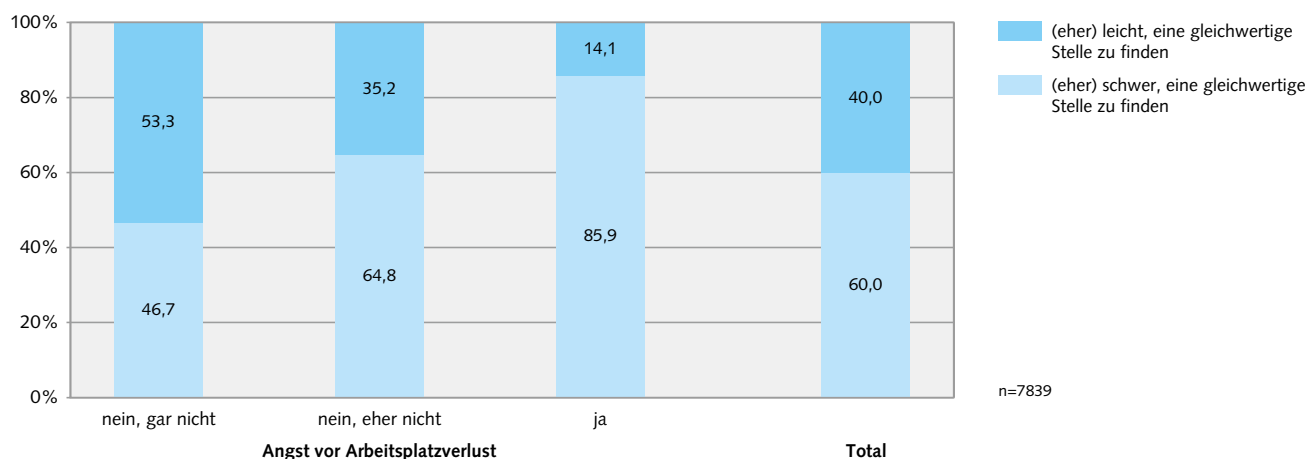
Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitsliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abbildung 4.6 zeigt, dass die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust in der Schweiz zwar nicht sehr verbreitet ist, dass aber erhebliche Zusammenhänge mit verschiedenen Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit bestehen: Von denjenigen, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als (sehr) gut bezeichnen, fürchten 11,8% um ihre Stelle, während es bei denjenigen mit einem mittelmässigen bis sehr schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden fast ein Viertel ist (22,5%). Ähnliches gilt für die weiteren in der Abbildung dargestellten Dimensionen: Personen mit geringer Kontrollüberzeugung (15,0%) sowie jene mit einer mittleren oder hohen allgemeinen psychischen Belastung (24,3%) fürchten mehr

als doppelt so häufig um ihre Stelle als Personen mit hoher Kontrollüberzeugung (7,3%) bzw. niedriger allgemeiner psychischer Belastung (10,1%).

...geringe Zuversicht bei einem Stellenverlust

Sollte der Fall eines Stellenverlusts trotz des allgemein hohen Vertrauens in die aktuelle Arbeit doch einmal eintreten, so ist die Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden, gering: In Freiburg formulieren rund 60% der Befragten entsprechende Bedenken. Die Freiburger Erwerbstätigen erweisen sich gemäss Tabelle 4.5 als ebenso zuversichtlich wie der Gesamtschweizer

Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden
Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

		eher/sehr leicht		eher/sehr schwer	
		FR	CH	FR	CH
Total		39,3	40,0	60,7	60,0
Geschlecht	Frauen	36,2	37,1	63,8	62,9
	Männer	41,7	42,3	58,3	57,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	61,3	56,4	38,7	43,6
	35–49 Jahre	37,7	39,7	62,3	60,3
	50+ Jahre	(12,5)	18,5	87,5	81,5
Bildung	Obligatorische Schule	.	32,7	(93,0)	67,3
	Sekundarstufe II	40,1	38,3	59,9	61,7
	Tertiärstufe	44,1	44,4	55,9	55,6
Nationalität	Schweiz	36,6	38,8	63,4	61,2
	Ausland	(52,3)	44,3	(47,7)	55,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	43,1	41,5	56,9	58,5
	CHF 3000 bis 4499	34,0	36,8	66,0	63,2
	CHF 4500 bis 5999	(33,1)	39,0	66,9	61,0
	CHF 6000 und höher	45,7	42,8	54,3	57,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	37,1	40,0	62,9	60,0
	Land	41,7	40,1	58,3	59,9
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	(33,8)	41,2	66,2	58,8
	Kleinunternehmer/innen, selbständige	(24,9)	42,0	(75,1)	58,0
	Handwerker/innen				
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	45,0	35,0	55,0	65,0
	höhere/mittlere Führungskräfte	41,8	41,3	58,2	58,7
Regionaler Vergleich	Freiburg	39,3		60,7	
	Schweiz	40,0		60,0	
	Bern	38,6		61,4	
	Waadt	45,0		55,0	
	Espace Mittelland	37,2		62,8	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=465 (FR), n=7923 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Wortlaut der Frage: Wenn Sie Ihren heutigen Arbeitsplatz (Jugendliche: Ihre heutige Lehrstelle) verlieren würden: Wie leicht bzw. wie schwer wäre es für Sie, wieder eine gleichwertige Stelle zu finden?

Durchschnitt. Dass diese Zuversicht in den höheren Bildungsgruppen, bei jüngeren Personen sowie Männern besonders ausgeprägt ist, passt gut zu den Befunden von Studien zur Arbeitslosigkeit, aus denen hervorgeht, dass Personen mit einer geringen Bildung, ältere Arbeitnehmer/innen und Frauen zu den wichtigen «Risiko-gruppen» für Arbeitslosigkeit gehören (Djurdjevic, 2007). Signifikant sind auch die Unterschiede zwischen den sozioprofessionellen Kategorien im Kanton Freiburg: Führungskräfte und Büroangestellte schätzen ihre Chancen besser ein als Kleinunternehmer oder Arbeiter/innen.

Werden die Angaben zur Angst vor einem Verlust der Stelle und der Zuversicht, eine gleichwertige Arbeit zu finden, miteinander kombiniert, so ergibt sich das in Abbildung 4.7 dargestellte Bild: Die Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden, ist umso höher, je sicherer man seine aktuelle Stelle beurteilt. Unter denjenigen, welche bereits heute um ihre Stelle fürchten, beträgt der Anteil von zuversichtlichen Personen nur noch 14,1%.

4.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden potentiell gesundheitsgefährdende Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld aufgezeigt.

Mit Bezug zum Wohnen fällt zunächst auf, dass nur eine Minderheit von etwas über 20% der Freiburger Bevölkerung von zwei und mehr Störungen in der Wohnumgebung betroffen ist. Die wichtigsten Störfaktoren sind der Lärm von Autos und Menschen. Gleichzeitig zeigt die vorliegende Analyse, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl erwähnter Störungen einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden andererseits besteht. Aufgrund der in der Literatur dokumentierten Gesundheitseffekte (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004b) sind Lärmbelästigungen und andere Störungen, selbst wenn sie nur eine Minderheit der Bevölkerung betreffen, daher so weit wie möglich zu vermeiden oder zu reduzieren.

Überdies fällt mit Blick auf die vorliegenden Befunde auf, dass die Störungen in der Wohnumgebung sozial ungleich verteilt sind. Das heisst: Bezüglich Einkommen und Bildungsstand weniger privilegierte Personen sind häufiger Immissionen ausgesetzt als Personen mit einem hohen Einkommen und einer höheren Bildung. Da, wie der vorliegende Bericht zeigt, die einkommensschwachen und bildungsfernen Gruppen auch in anderer Hinsicht von verschiedenen gesundheitlichen Nachteilen und Benachteiligungen betroffen sind, können die diskutierten Probleme im Wohnbereich als zusätzliches Element der gesundheitlichen Ungleichheit identifiziert werden.

Erhebliche soziale Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf die Arbeitssituation. Seien es die Immissionen bei der Arbeit, körperliche und psychische Belastungen oder die Aussichten, bei einem Stellenverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden: In der Regel sind es Angehörige von bildungsfernen, weniger privilegierten Gruppen, die mit grösseren Problemen und Ängsten zu kämpfen haben. Die Ausnahme von der Regel stellen psychische Belastungen dar, von denen Führungskräfte, hoch gebildete und gut verdienende Personen häufiger betroffen sind. Selbst wenn sich aus den Angaben zu den psychischen Belastungen kein Indikator für «Stress» bilden lässt, dürfte dieser in denjenigen Gruppen, welche über eine hohe psychische Belastung klagen, verbreiteter sein als in den anderen Gruppen.⁷⁴

Bezüglich der Arbeitssituation gilt es jedoch auch eine Reihe positiver Befunde hervorzuheben – zumindest für die Situation im Jahr 2007. So ist «nur» eine Minderheit von rund einem Fünftel der Befragten bei der Arbeit von mehr als zwei Immissionen betroffen, und die Kumulation von hohen körperlichen und psychischen Belastungen findet sich nur bei einem Zehntel der Erwerbstätigen. Besonders hervorzuheben ist aber die Tatsache, dass die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden ist. Der Anteil der Unzufriedenen liegt wie schon im Jahr 2002 bei rund 4%, während der Anteil derjenigen, die mit ihrer Arbeit sehr oder ausserordentlich zufrieden sind, zwischen 2002 und 2007 von 50% auf rund 64% angestiegen ist. Trotz verbreiteter körperlicher und psychischer Belastungen ist die Arbeit für die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen damit weiterhin eine wichtige Quelle von Zufriedenheit.

⁷⁴ Darauf deutet ein weiteres Resultat hin: Wird «Stress» mit der alltags-sprachlichen Definition im Sinne von «Zeitdruck» gleichgesetzt, zu dem in der SGB 2007 eine einfache Frage existiert, so zeigt sich, dass 88% der Befragten mit einer hohen psychischen Belastung diesen erwähnen, während es bei den Befragten mit einer mittleren oder geringen Belastung 73% sind (Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz).

5 Schwerpunktthemen: Depression/Übergewicht

Niklas Baer, Jean-Luc Heeb, Daniela Schuler und Tanja Fasel (5.1 und 5.3)

Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht (5.2 und 5.3)

In den voran stehenden Kapiteln wurden aufgezeigt, wie es den Freiburgerinnen und Freiburgern gesundheitlich geht, inwiefern sie sich gesundheitsförderlich bzw. -schädlich verhalten bzw. welchen gesundheitsrelevanten Bedingungen sie bei der Arbeit und beim Wohnen ausgesetzt sind. Auf einige ausgewählte Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und dem Gesundheitszustand wurde dabei eingegangen. Es wurden aber keine Analysen durchgeführt, welche mehr als einen Faktor miteinbezogen haben. Im vorliegenden Kapitel soll nun ein Schritt weitergegangen werden, indem anhand zweier Themen – depressive Symptome und Übergewicht – exemplarisch aufgezeigt wird, welche der Einflussfaktoren bzw. welche Kombination von Einflussfaktoren für die jeweilige Gesundheitsproblematik besonders relevant sind. Am Beispiel Depression kann etwa aufgezeigt werden, dass unterschiedliche Kombinationen von Belastungsfaktoren mit hohen Anteilen an depressiven Personen einhergehen. Für die Problematik des Übergewichtes können die unterschiedlich starken Einflüsse von soziodemografischen und Lebensstil-Faktoren aufgezeigt werden. Das konkrete methodische Vorgehen ist dem jeweiligen Abschnitt zu entnehmen. In beiden Beiträgen werden die Ergebnisse der Analysen in Bezug gesetzt zu zielgruppenspezifischen Interventionen auf Ebene von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von Massnahmen zur Identifikation von Risikogruppen.

Die Analysen konnten wiederum mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung durchgeführt werden, da sie Angaben zu vielen der interessierenden Faktoren enthält. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen wiederum die Grenzen dieser Datenquelle beachtet werden, d.h. es können sowohl Messprobleme als auch Verzerrungen durch Selbstangaben vorliegen. Auf diese wird später im Text hingewiesen. Die Analysen konnten nur auf Gesamtschweizer Ebene berechnet werden, weil die Fallzahlen der Kantone nicht ausreichend sind. Es ist aber davon auszugehen, dass die aufgezeigten Zusammenhänge auf Ebene Gesamtschweiz aber auch für den Kanton Freiburg gelten.

5.1 Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten

5.1.1 Ausgangslage

Verschiedene Gesundheitssurveys, die wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung Symptomskalen verwenden, zeigen bei Erwachsenen einen Anteil von rund 20% der Bevölkerung mit irgendwelchen depressiven Symptomen in den letzten Wochen bis Monaten vor der Befragung (Kessler & Wang, 2009). Dieselbe Grössenordnung (18,9%) findet sich auch für die Schweiz.

Klinisch relevante Depressionen sind häufig

Depressive Erkrankungen gehören zusammen mit den Angststörungen, Substanzabhängigkeiten und somatoformen Störungen zu den häufigsten psychischen Leiden überhaupt. In klinisch-epidemiologischen Untersuchungen in mit der Schweiz vergleichbaren Ländern erfüllen 7–10% der Erwachsenenbevölkerung innerhalb eines Jahres die Diagnose-Kriterien einer behandlungswürdigen Depression (Baumeister & Harter, 2007; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2005b). Betrachtet man die gesamte Lebensspanne bis zur Befragung, erfüllen rund 17% der Bevölkerung die Kriterien für eine klinisch relevante Depression (major depressiv disorder), die projizierte Lebenszeitprävalenz mit Berücksichtigung des Risikos der bei Befragung noch nicht Erkrankten beträgt gar 23% (Kessler et al., 2005a). Studien, die neben der Diagnose auch den Schweregrad berücksichtigt haben, zeigen, dass es sich bei den depressiven Störungen nur zu 15% um leichtere Fälle handelt, bei den restlichen 85% handelt es sich um mittel bis sehr schwere Krankheitsgrade (Kessler et al., 2005b).

Depressionen haben eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung

Die unipolare Depression ist laut WHO in der Erwachsenenbevölkerung diejenige Krankheit, die mit der grössten Krankheitslast verbunden ist. Depressionen sind zudem neben den Erkrankungen des Bewegungsapparates eine besonders häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, verminderte Produktivität bei der Arbeit sowie Frühberentung. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass depressive Störungen sehr häufig einen wiederkehrenden («rezidivierenden») Verlauf aufweisen. Weiter zeigen sie eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen (Angststörungen, Substanzabhängigkeit) sowie somatischen Erkrankungen (Diabetes, Herzkrankheiten, Übergewicht etc.) und Schmerzsyndromen, was zu einem ungünstigeren Verlauf sowohl der Depressionen wie auch der anderen Erkrankungen beiträgt (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Freedland & Carney, 2009). Depressive Störungen werden wegen der oft im Vordergrund stehenden somatischen Symptome häufig nicht oder erst sehr spät erkannt und zudem nur selten fachspezifisch behandelt. Dies gilt im Besonderen auch für Depressionen bei älteren Menschen, die eher über somatische denn über psychische Befindlichkeiten sprechen und in der Folge nur selten psychotherapeutisch-medikamentös adäquat behandelt werden (Hell & Böcker, 2005). Ob depressive Erkrankungen über die letzten Jahrzehnte zugenommen haben, ist nicht geklärt und wegen historisch unterschiedlicher Erhebungsmethoden auch kaum zu beantworten. Wahrscheinlicher ist, dass ihre Häufigkeit in früheren Studien unterschätzt wurde, jedenfalls zeigen die wenigen Studien mit vergleichbarer Methodik keine Unterschiede über die Zeit (Kessler et al., 2005b).

Einzelne depressive Symptome können Erkrankungen vorhersagen

Die grosse Verbreitung depressiver Symptome in der Bevölkerung, die noch keine Depressions-Diagnose rechtfertigen, zeigt, dass es sich bei den einzelnen Symptomen um allgemeinhin menschliche Erfahrungen handelt, die erst durch ihre Kombination und Dauer Störungswert erhalten. Fast jede und jeder hat an sich selbst schon Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Appetitlosigkeit oder fehlendes sexuelles Verlangen erlebt. Dennoch hat sich verschiedentlich gezeigt, dass solche Symptome im Sinne einer subklinischen Depression oder einer «Demoralisierung» (Fichter, 1990) ein bedeutsamer Prädiktor späterer ausgeprägter Depressivität sein

können und zudem mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einhergehen (Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992; Fichter, 1990; Linden et al., 1998).

Kenntnis von Risikogruppen ist wichtig

Es ist deshalb aus gesundheitspolitischen und versorgungspraktischen Gründen wichtig, solchen frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung nachzugehen. Depressive Symptome und Erkrankungen stehen – sei es als Ursache, als Konsequenz oder als gleichzeitiges Phänomen – in einem relativ engen Zusammenhang mit sozialen Problemen und kritischen Lebensereignissen wie fehlender sozialer Unterstützung, Ehescheidung, Arbeitsplatzproblemen, Verlust von nahestehenden Menschen oder dem Verlust des Arbeitsplatzes. Die Kenntnis solcher sozialer Zusammenhänge kann Hinweise geben für gesundheitsplanerisches Handeln, insbesondere für Frühintervention und Sekundärprävention. Da depressive Symptome in der Bevölkerung aber derart verbreitet sind, ist es zentral, spezifische Risikogruppen mit erhöhter depressiver Belastung zu identifizieren.

Die folgenden Analysen versuchen, spezifische Risikogruppen mit erhöhter depressiver Belastung zu identifizieren und diese in Bezug auf ihre Zusammenhänge mit weiteren Merkmalen sowie hinsichtlich ihrer Problematik und ihres möglichen Interventionsbedarfs zu charakterisieren.

5.1.2 Vorgehensweise

Im schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung haben 12'656 Personen die Fragen zum Vorhandensein von 10 möglichen depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen beantwortet (die so genannte Wittchen-Skala; Wittchen, 2000). Insgesamt berichten 20% der schriftlich Befragten über mindestens ein depressives Symptom.⁷⁵ Um aus diesen Befragten mit mindestens einem depressiven Symptom potentielle Risiko-Typen identifizieren zu können, wurde eine Klassifikationsanalyse durchgeführt mit einer abhängigen Variable im Sinne

⁷⁵ Bei den 20% mit mindestens einem depressiven Symptom handelt es sich um den ungewichteten Wert, da Klassifikationsanalysen mit ungewichteten Werten arbeiten. Der gewichtete, auf die Schweizer Bevölkerung adjustierte Wert beträgt 18,9%, siehe auch Kapitel 2.

eines Eingangskriteriums mit den Ausprägungen «mindestens 1 depressives Symptom, kein depressives Symptom». Für die Typenbildung wurden aufgrund der Literatur zu Einflussfaktoren depressiver Erkrankungen rund 35 potentiell klassifizierende Variablen aus sozioökonomischen, arbeitsbezogenen, gesundheitsbezogenen und sozialen Bereichen hinzugezogen.⁷⁶

Einschränkungen

Der Klassifikationsanalyse⁷⁷ liegt ein sehr vereinfachtes theoretisches Modell von Depression zugrunde, welches davon ausgeht, dass diese Merkmale auf die Unterscheidung von Gruppen mit depressiven Symptomen Einfluss nehmen und nicht umgekehrt depressive Symptome diese Merkmale klassifizieren. Damit wird den vielfältigen dynamischen Zusammenhängen zwischen Depressivität und soziodemografischen, ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Merkmalen nicht Rechnung getragen. Zudem können Daten einer Querschnittserhebung grundsätzlich nur auf ihre Zusammenhänge, aber nicht auf ihre effektive Wirkungsrichtung geprüft werden. Die Ergebnisse der Klassifikationsanalyse dürfen deshalb nicht kausal gedeutet werden, sondern eher als potentielle Ansätze für Screeningverfahren zur Identifizierung besonders gefährdeter Personen.

⁷⁶ Soziodemografie: Geschlecht, Alter, Nationalität, Zivilstand, Ausbildung, Wohnort, Anzahl Kinder unter 15 Jahren, Haushaltstyp; Sozioökonomie: Haushaltsäquivalenzeinkommen, sozioprofessionelle Kategorien, Arbeit gegen Entlohnung, Erwerbstätigkeit/Beschäftigungsgrad; Soziale Unterstützung: Soziale Unterstützung, Einsamkeitsgefühle, Vorhandensein einer Vertrauensperson, Vermissen einer Vertrauensperson; Körperliche Gesundheit: Körperliche Beschwerden, lang andauerndes Gesundheitsproblem, Grund dieses Gesundheitsproblems, zeitweilige Leistungseinschränkungen wegen eines Gesundheitsproblems, weniger als 5 Arztbesuche im letzten Halbjahr, ärztliche Behandlung wegen Migräne, ärztliche Behandlung wegen Asthma, ärztliche Behandlung wegen Diabetes; Gesundheitsverhalten: Durchschnittlicher Konsum von mindestens 20g reinen Alkohols pro Tag, Tabakkonsum, körperliche Aktivität, Körpermassenindex; Arbeitssituation: Angst vor Arbeitsplatzverlust, Zuversicht bei Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden, Arbeitssuche in den letzten vier Wochen vor Befragung, Erwerbslosigkeit aus gesundheitlichen Gründen, Zufriedenheit mit der Arbeit, Arbeitsresignation, körperliche Belastung bei der Arbeit, psychische Belastung bei Arbeit.

⁷⁷ Die Klassifikationsanalyse wurde statistisch mit dem so genannten «Entscheidungsbaum»-Verfahren durchgeführt («CATFIRM»: formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Dieses Verfahren berechnet diejenige Variable, die am besten (Chi-Quadrat-Test) trennt zwischen Personen mit und ohne Depressivität, und zwar fortlaufend für alle neu entstehenden Gruppen, bis Endgruppen gebildet sind, die statistisch nicht mehr bedeutsam getrennt werden können – dies sind dann die unterschiedlichen Bevölkerungstypen mit geringem bis sehr hohem Anteil von Personen mit «Depressivität». Von den 12'656 Personen mit Angaben zu den Depressionsfragen weisen 822 fehlende Werte bei der Frage nach körperlichen Beschwerden auf, weshalb die folgende Analyse die Werte von 11'843 Personen berücksichtigt.

5.1.3 Resultate

Wenige aber trennscharfe Belastungsmerkmale

Als Resultat ergibt sich eine Typologie mit 13 unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Abb. 5.1). Das Resultat ist in verschiedener Hinsicht aufschlussreich: Zum einen werden Bevölkerungsgruppen mit einem sehr hohen Anteil von Personen mit mindestens einem depressiven Symptom von Bevölkerungsgruppen mit einem geringen Personenanteil mit «Depressivität» klar unterschieden. Zum anderen lassen sich diese Gruppen auch inhaltlich prägnant profilieren. Interessanterweise unterscheidet zunächst einmal das Vorhandensein körperlicher Beschwerden am besten zwischen Personen mit und ohne depressive Symptome. In der nächst unteren Ebene erweisen sich je nach Ast das Alter und die empfundene Einsamkeit als trennschärfste Variablen, in der dritten Ebene sind es wiederum Einsamkeit, sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlust und das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems. Auf der untersten Ebene zeigen sich wiederum das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation sowie die psychische Belastung durch die Arbeit als die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale.

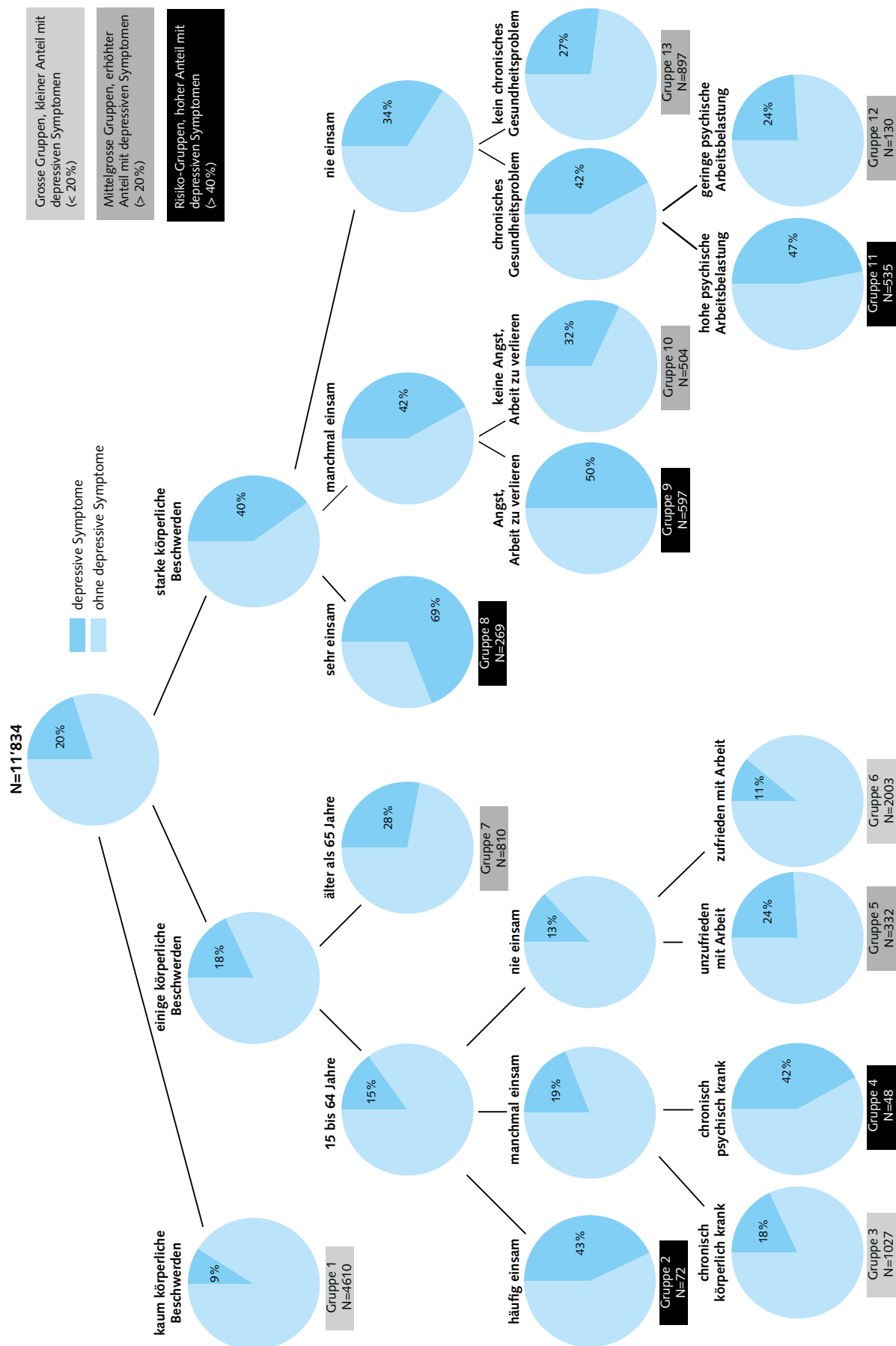
Das bedeutet, dass es insgesamt nur sehr wenige Belastungsmerkmale sind, die für die Unterscheidung der einzelnen Personengruppen mit und ohne depressive Symptome immer wieder zum Tragen kommen: Körperliche Beschwerden oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem, Einsamkeit sowie Belastungsmerkmale der Arbeitssituation (Angst vor Arbeitsplatzverlust, psychische Belastung und Unzufriedenheit). Im Folgenden werden 6 dieser 13 Gruppen näher erläutert – eine grosse Gruppe mit sehr geringem Anteil depressiver Symptome (Referenzgruppe) sowie 5 Hochrisikogruppen mit einem besonders hohen Anteil von Personen mit depressiven Symptomen.

Referenzgruppe mit geringen körperlichen und depressiven Symptomen

Personen mit keinen oder kaum körperlichen Beschwerden zeigen am seltensten depressive Symptome, ohne dass weitere Zusammenhänge hier eine Rolle spielen würden (keine weitere Verzweigung mehr). Das heisst, dass sich bei körperlicher Beschwerdefreiheit mittels der anderen potentiellen Belastungsmerkmale keine Gruppen mit hohen Anteilen depressiver Symptome identifizieren lassen können. Diese wegen des geringen Anteils

Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007

Abb. 5.1



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

depressiver Symptome als *Referenzgruppe* konzipierte Gruppe 1 umfasst fast 40% der Befragten.

Risikogruppen mit hohen Anteilen von Personen mit depressiven Symptomen

depressive Symptome, dies gilt erst recht bei höherem Alter (Gruppe 7), und noch mehr bei den unter 65-Jährigen mit häufigen Einsamkeitsgefühlen (*Hochrisikogruppe 2, 43% mit Symptomen*). Wer einige körperliche Beschwerden hat, jünger als 65 Jahre und manchmal einsam ist sowie an einem chronischen Gesundheitsproblem leidet, fällt in die *Hochrisikogruppe 4 (42% mit Symptomen)*. Wer unter starken körperlichen Beschwerden leidet und zudem sehr einsam ist, gehört zur *Hochrisikogruppe 8* und berichtet in 69% der Fälle über depressive Symptome. Sind die Einsamkeitsgefühle bei ebenfalls starken körperlichen Beschwerden nur temporär, ist es bezüglich «Depressivität» entscheidend, ob jemand befürchtet, den Arbeitsplatz zu verlieren. Personen, bei denen dies zutrifft, gehören zur *Hochrisikogruppe 9* mit einem 50%-Anteil depressiver Symptome. Ein als sicher empfundener Arbeitsplatz hängt hingegen mit einem stark reduzierten Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik zusammen (Gruppe 10, 32% mit Symptomen). Personen mit starken körperlichen Beschwerden, die sich nie einsam fühlen, aber ein chronisches Gesundheitsproblem haben, sind ebenfalls stark belastet. Bei ihnen ist nun entscheidend, ob sie am Arbeitsplatz unter hoher psychischer Belastung leiden oder nicht: Personen, die einem hohen psychischen Stress ausgesetzt sind, fallen in die *Hochrisikogruppe 11* mit einem 47%-Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik. Eine geringe psychische Arbeitsbelastung ist hingegen trotz eines lang andauernden Gesundheitsproblems mit einem stark reduzierten Anteil von depressiven Symptomen verbunden (Gruppe 12 mit 24%).

Körperliche Beschwerden, Arbeitssituation und Sozialkontakte sind bedeutsam

Die hohe Bedeutung von körperlichen Schmerzen für die Klassifizierung depressiver Symptome weist darauf hin, dass gerade bei unspezifischen Schmerzen sowie bei starken und/oder anhaltenden körperlichen Beschwerden ein Depressions-Screening wichtig wäre. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die psychosoziale Situation am Arbeitsplatz: Dass gerade mehrere Merkmale der (erlebten) Arbeitsplatzsituation mit dem Ausmass depressiver Symptome zusammenhängen, zeigt, dass die Gesundheitsversorgung und insbesondere auch die Psy-

chiatrie sich noch entschiedener für die Arbeitswelt interessieren sollte. Aufschlussreich ist diesbezüglich auch die anzahlmässig zweitgrösste Gruppe 6: Sie zeigt, dass – bei gleich stark vorhandenen körperlichen Beschwerden – eine als zufriedenstellend erlebte Arbeitssituation gemeinsam mit geringen Einsamkeitsgefühlen mit einem nur halb so hohen Personenanteil mit depressiven Symptomen verbunden ist, als wenn Arbeitssituation und Sozialkontakte negativ erlebt werden. Erlebte Einsamkeit schliesslich spielt vor allem in Verbindung mit einigen körperlichen Beschwerden und lang andauernden Gesundheitsproblemen eine zentrale Rolle. Das bedeutet, dass die Behandlung nicht ausschliesslich somatisch fokussiert sein sollte, sondern die sozialen und emotionalen Bedürfnisse einschliessen muss.

Das Geschlecht taucht in der Klassifikation nicht direkt auf

Interessant ist schliesslich, dass das Geschlecht nicht als unterscheidendes Merkmal auftaucht, obwohl Frauen ein stark erhöhtes Risiko für Depressivität aufweisen. Das heisst nicht, dass das Geschlecht ohne Bedeutung wäre. Vielmehr ist das Geschlecht anscheinend verbunden mit anderen Merkmalen, die einen noch stärkeren Zusammenhang mit depressiven Symptomen zeigen und sich deshalb in der Klassifikation durchsetzen, beispielsweise mit dem Vorhandensein körperlicher Beschwerden: Frauen berichten solche deutlich häufiger als Männer (vgl. 2.2).

Unspezifische und spezifische Typen mit Depressivität

Die gefundene Typologie gibt einen weiteren Hinweis, der in Bezug auf die Art und Spezifität möglicher Präventionsmassnahmen hilfreich sein kann: Die anzahlmässig sehr umfangreichen Bevölkerungsgruppen 1, 3 und 6 (hellgrau hinterlegt) zeigen mit maximal 20% unterdurchschnittliche Anteile von Personen mit depressiven Symptomen (zudem handelt es sich hier meist nicht um schwere depressive Belastungen, wie aus der unten stehenden Tabelle 5.1 ersichtlich ist). Massnahmen für diese Gruppen wären demnach ziemlich unspezifisch, würden aber gleichzeitig sehr viele, allerdings eher gering belastete Personen erfassen. Bei den Gruppen 5, 7, 10, 12 und 13 (dunkelgrau hinterlegt) mit einem maximal 40%-Anteil von Personen mit depressiven Symptomen handelt es sich um mittelgradig belastete Personen, die entweder nur einige körperliche Beschwerden haben, aber älter (Gruppe 7) respektive unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind (Gruppe 5), oder die zwar starke

Tab 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom)

	Gruppe 1 Kaum körperliche Beschwerden (Referenzgruppe)	Gruppe 2 Einige körperliche Beschwerden, <65 Jahre, häufig einsam	Gruppe 4 Einige körperliche Beschwerden, <65 Jahre, manchmal einsam, chronisch krank	Gruppe 8 Starke körperliche Beschwerden, sehr einsam	Gruppe 9 Starke körperliche Beschwerden, manchmal einsam, Angst vor Arbeitsplatzverlust	Gruppe 11 Starke körperliche Beschwerden, nicht einsam, chronisch krank, hohe psychische Arbeitsbelastung
Durchschnittsalter	50	40	45	48	50	61
Weibliches Geschlecht	43 %	62 %	43 %	69 %	71 %	56 %
Nationalität Schweizer/in	87 %	69 %	84 %	75 %	84 %	92 %
Major Depression	6 %	54 %	26 %	47 %	18 %	11 %
Mittlere Anzahl depressive Symptome	4,2	6,6	6,5	7,9	6,5	5,3
Starke psychische Belastung	5 %	60 %	40 %	80 %	50 %	27 %
Mittlere bis hohe Kontrollüberzeugung	71 %	28 %	29 %	21 %	38 %	61 %
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	7 %	22 %	49 %	45 %	32 %	42 %
Suizidgedanken	20 %	58 %	39 %	60 %	36 %	32 %
Ärztliche Behandlung wegen Depression ¹	7 %	29 %	57 %	53 %	20 %	15 %
Mittlere Anzahl Arztbesuche ¹	5	10	9	17	11	10
Spitallaufenthalt ¹	14 %	28 %	11 %	26 %	20 %	24 %
Schlafmittel-Einnahme ²	7 %	28 %	50 %	35 %	29 %	26 %
Schmerzmittel-Einnahme ²	29 %	47 %	25 %	57 %	49 %	54 %
Tranquilizer-Einnahme ²	4 %	8 %	28 %	36 %	27 %	19 %
Antidepressiva-Einnahme ²	9 %	26 %	56 %	46 %	25 %	17 %
Betreibt Fitness, Gymnastik, Sport (mehrmals pro Woche oder täglich)	61 %	33 %	22 %	32 %	50 %	44 %

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

¹ In den zwölf Monaten vor der Befragung² In der Woche vor der Befragung

körperliche Beschwerden haben, sonst aber nicht weiter belastet sind (Gruppen 10, 12 und 13 – dunkelgrau hinterlegt). Hier liessen sich spezifischere Interventionen diskutieren. Besonders spezifisch sollte man hingegen bei den beschriebenen Hochrisikogruppen mit einem 40-70%-Anteil von Personen mit depressiven Symptomen vorgehen, die zudem psychisch auch besonders stark belastet sind, wie die folgende Tabelle zeigt (Gruppen 2, 4, 8, 9 und 11 – schwarz hinterlegt).

Weitere Merkmale der Depressions-Risikogruppen

Da der Entscheidungsbaum jeweils nur die trennschärfsten Variablen zeigt, fallen weitere relevante, aber weniger trennscharfe Zusammenhänge aus der Analyse heraus. Um die fünf Hochrisikogruppen etwas mehr zu veranschaulichen, werden deshalb einige weitere Merkmale gezeigt (Tab. 5.1).

Die Tabelle zeigt, dass die drei Risikogruppen mit starken körperlichen Beschwerden älter sind als diejenigen mit nur einigen Beschwerden. Interessanterweise handelt es sich bei den Personen, die eine starke psychische Arbeitsbelastung berichten, um die Gruppe mit dem höchsten Altersdurchschnitt (Gruppe 11).

Die Personen mit depressiven Symptomen aus der Referenzgruppe 1 sind im Durchschnitt ebenfalls schon etwas älter, heben sich aber in allen anderen Merkmalen von den Personen aus den Risikogruppen sehr stark ab: Sie berichten im Durchschnitt zwar immerhin etwa vier depressive Symptome, erfüllen aber nur selten die Kriterien einer Major Depression. Sie fühlen sich praktisch nie psychisch stark belastet oder eingeschränkt leistungsfähig und nur selten vom Leben hin- und hergeworfen (Kontrollüberzeugung), und berichten auch seltener Suizidgedanken. Zudem nehmen sie sehr viel seltener

(medikamentöse) Behandlung oder Spitalaufenthalte in Anspruch und betreiben häufiger Sport als die Symptomträger aus den Risikogruppen.

Obwohl weibliches Geschlecht in der Analyse nicht als klassifizierendes Merkmal aufgetaucht ist, zeigt sich hier doch dessen Bedeutung: In vier von fünf Risikogruppen sind die Frauen mit Anteilen von 60% bis 70% deutlich übervertreten. Bei der Gruppe 4 hingegen handelt es sich typischerweise um Männer. Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl depressiver Symptome, so zeigt sich bei den Risikogruppen mit durchschnittlich sechs bis acht depressiven Symptomen (von 10 möglichen) doch eine starke depressive Belastung. So ist es auch nicht erstaunlich, dass die Anteile der Personen mit relevanten klinischen Depressionen (Major Depression) klar erhöht (11%) bis sehr hoch (54%) sind. Auffällig sind zudem die sehr hohen Anteile von Personen mit Suizidgedanken: Je nach Risikogruppe haben in den zwei Wochen vor der Befragung zwischen rund einem bis fast zwei Drittel der Personen an Suizid gedacht.

Die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung wegen Depression in den zwölf Monaten vor der Befragung bewegt sich je nach Gruppe zwischen 15% und 57%, die Einnahme von Antidepressiva zwischen 17% und 56% der Personen. Angesichts der hohen durchschnittlichen Symptomzahl und der sehr hohen Anteile von Personen mit starker psychischer Belastung sind diese Werte womöglich Zeichen einer Unterversorgung. Bemerkenswert sind diesbezüglich auch die bei einzelnen Gruppen sehr hohen Anteile von Personen, die Tranquillizer einnehmen. In zwei Gruppen werden gar etwas häufiger Beruhigungsmittel eingenommen als Antidepressiva. In Anbetracht der körperlichen Beschwerden nachvollziehbar sind die häufigen Arztbesuche: Je nach Ausmass der Beschwerden wurde im letzten Jahr 9- bis 17mal ein Arzt gesehen, zudem berichten mit Ausnahme einer Gruppe etwa ein Fünftel bis knapp ein Drittel der Personen zumindest einen Spitalaufenthalt.

Das Ausmass an Behinderung ist hoch: Je nach Gruppe berichten 22% bis 49% der Personen über eine gesundheitsbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit in den letzten vier Wochen vor der Befragung – dies gilt in ähnlichem Masse auch für die Arbeitsfähigkeit bei den Erwerbstätigen. Auffallend ist, dass im Vergleich zur Referenzgruppe ein insgesamt geringer Teil der Personen Fitness oder Sport betreibt – verständlich zum einen angesichts der Bedeutung körperlicher Beschwerden, potentiell relevant andererseits angesichts der antidepressiven Wirkung physischer Aktivität.

Als speziell belastet ist die Gruppe 8 hervorzuheben, die durch nur zwei Merkmale klassifiziert wird: Starke Schmerzen und Einsamkeit. 80% der Personen dieser Gruppe sind psychisch stark belastet, 60% hegten in den letzten zwei Wochen Suizidgedanken und fast die Hälfte von ihnen erfüllt die Kriterien einer Major Depression. Besonders häufig handelt es sich um Frauen und um Personen die selten erfahren, dass sie das Leben im Griff haben, selten voll leistungsfähig waren und zudem im letzten Jahr besonders häufig beim Arzt waren.

5.1.4 Diskussion

Die Mithilfe des Entscheidungsbaum-Verfahrens gefundenen wesentlichen Merkmale unterschiedlicher Depressivitäts-Gruppen sind kein zufälliges Ergebnis. Die Zusammenhänge von Depression mit (chronischen) somatischen Beschwerden und Schmerzen, mit Einsamkeit, mit Arbeitsbelastungen und mit Belastungen durch höheres Alter sind – im Sinne von Risikofaktoren, als Begleiterscheinung oder als Folgen depressiver Störungen – teils gut dokumentiert. Zu den engen Zusammenhängen von körperlichen Beschwerden und Depression siehe auch Kapitel 2 dieses Berichts.

Depression und körperliche Beschwerden

Depressive Symptome wie auch Schmerzen hängen eng zusammen: Etwa zwei Drittel der Depressiven berichten körperliche Beschwerden und umgekehrt (Bair et al., 2003; Chapman et al., 2005; Romano & Turner, 1985). Mit jedem zusätzlichen somatischen Symptom verdoppelt sich in etwa die Wahrscheinlichkeit, dass jemand an einer depressiven Störung leidet (Kroenke et al., 1994). Etwa drei Viertel der depressiven Hausarztpatienten/innen präsentieren ihr Problem ausschliesslich mit körperlichen Problemen, was die adäquate Problemwahrnehmung sehr erschwert (Bair et al., 2003). Dies gilt verstärkt für ältere Patienten/innen, die statt über Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit eher über Schlaflosigkeit oder Sterbegedanken berichten (Gallo et al., 1994). Hinzu kommt, dass das gleichzeitige Vorhandensein von Schmerzen und Depression zwar zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Behandlung führt, gleichzeitig aber auch zu einer deutlich schlechteren Prognose. Depression erschwert signifikant den Heilungsverlauf von häufigen somatischen Erkrankungen wie Herzkrankheiten und anderen. Die Komorbidität von Schmerz und Depression führt zudem zu besonders starken Behinderungen bezüglich Mobilität, Aktivität und

Arbeitsfähigkeit (Garcia-Campayo et al., 2008). Interessanterweise gibt es auch einen biologischen Zusammenhang zwischen körperlichem Schmerz und Depression: Sowohl die Schmerzempfindlichkeit wie auch die Depression werden beeinflusst durch dieselben chemischen Stoffe (beispielsweise Serotonin). So ist es auch zu verstehen, dass Antidepressiva sowohl Depression wie auch Schmerzsymptome reduzieren können (Bair et al., 2003; Dowrick et al., 2005; Trivedi, 2004). Letztlich zeigt sich, dass psychosozialer Schmerz (beispielsweise durch das Erleben von Ausgeschlossenheit oder Einsamkeit) und körperlicher Schmerz neurobiologisch eng miteinander verwandt sind – beide Schmerzarten werden im selben eng umgrenzten Hirnareal empfunden (Eisenberger et al., 2003).

Depression und Einsamkeit

Einsamkeit und Depression sind so häufig miteinander verbunden, dass man fragen muss, ob es sich überhaupt um zwei verschiedene Phänomene handelt. Die obige Analyse gibt einen Hinweis darauf, dass dem so ist – Einsamkeit ist nicht generell verbunden mit depressiven Symptomen. Die neuere Forschungsliteratur zeigt ebenfalls, dass es sich wahrscheinlich um zwei voneinander unabhängige Phänomene handelt, die einander aber stark beeinflussen. Einsamkeit zeigte sich in Längsschnittstudien als ein unabhängiger Risikofaktor für Depression, unabhängig von soziodemografischen Merkmalen wie «verheiratet», «soziale Unterstützung» oder «Stress» (Cacioppo et al., 2006). Entscheidend für das Erleben von Einsamkeit sind die qualitativen Elemente von sozialen Interaktionen, nicht wie viele Beziehungen jemand hat. Dies ist auch wesentlich für ältere Menschen, die eher weniger Beziehungen pflegen. Ältere Menschen, die sowohl unter Depression als auch unter Einsamkeitsgefühlen leiden, haben ein doppelt so hohes Sterberisiko, als wenn nur eine Bedingung zutrifft (Stek et al., 2005), und wären deshalb von besonderer Versorgungsrelevanz.

Depression und psychische Belastung am Arbeitsplatz

Psychische Belastung am Arbeitsplatz und psychische Störungen, insbesondere Depression, zeigen bekanntermassen Zusammenhänge, wobei Merkmale wie das Verhältnis von Anforderungen und Entscheidungsspielraum, die Arbeitsplatzbeziehungen und das Ausmass sozialer Unterstützung, die Kontrollierbarkeit der Arbeit, die Rollenklarheit, das Verhältnis von Einsatz und Anerkennung aber auch der work load im Vordergrund stehen – je

nach Berufsgruppe und beruflicher Stellung in teils unterschiedlicher Gewichtung (Godin et al., 2005; La Montagne et al., 2008; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Paterniti et al., 2002; Tennant, 2001). Solche psychischen Belastungen am Arbeitsplatz haben einen direkten Einfluss auf depressive Störungen, auch wenn weitere Merkmale wie beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften in Betracht gezogen werden.

Depression und Angst vor Arbeitsplatzverlust

Ebenso ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust respektive Arbeitsplatzunsicherheit bekanntermassen mit erhöhten psychischen und körperlichen Beschwerden sowie Krankheitsabsenzen verbunden (Burchell, 1994; Ferrie, 2001; Ferrie et al., 1998; Ferrie et al., 2002; Heaney et al., 1994). Der Wechsel von einem als sicher erlebten Arbeitsplatz zu einem unsicheren ist mit erhöhten Depressionswerten verbunden, die auch bei wieder hergestellter Arbeitsplatzsicherheit nicht mehr auf ihr vorheriges Niveau zurückgehen. Besonders gesundheits-schädigend ist schliesslich eine lang andauernde Arbeitsplatzunsicherheit.

5.2 Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit

5.2.1 Einleitung

Gemäss Unterkapitel 3.2 des vorliegenden Berichtes hat sich der Anteil übergewichtiger Menschen in der Schweiz seit einigen Jahren bei rund vierzig Prozent der Gesamtbevölkerung stabilisiert. Selbst wenn dieser Wert deutlich unter den in anderen Ländern beobachteten Anteilen liegt – in den USA und Grossbritannien dürfte mittlerweile deutlich über die Hälfte der Bevölkerung von Übergewicht betroffen sein (vgl. OECD, 2009) – ist er angesichts der mit einem erhöhten Körpergewicht assoziierten Gesundheitsrisiken besorgniserregend (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000). Als Konsequenz wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Initiativen für ein «gesundes Körpergewicht» entwickelt, die jüngst im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» des Bundesamtes für Gesundheit und anderer Organisationen gebündelt wurden (BAG, 2008b). Im Rahmen solcher Programme gelten eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung als wichtige Verhaltensweisen, mit denen sich der Energiehaushalt steuern und ein gesundes Körpergewicht erreichen oder halten lässt.

Der vorliegende Abschnitt enthält eine Analyse von Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Dabei gehen wir von den im Unterkapitel 3.2 diskutierten Befunden zu Ernährung, Bewegung und Körpergewicht aus, um die Perspektive explorativ auf weitere Aspekte des Gesundheitsbewusstseins, des Lebensstils und der sozialen Lage zu erweitern, die in der Fachliteratur diskutiert werden (vgl. BFS, 2007; Eichholzer, 2003; OECD, 2009; Paccaud & Faeh, 2005; Suter & Schutz, 2005; WHO, 2000, 2003). Nicht berücksichtigt werden dagegen übergeordnete strukturelle Faktoren wie etwa der Einfluss des Nahrungsmittelangebots oder von wichtigen Peer Groups, weil diese Dimensionen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst wurden. Aufgrund der begrenzten Fallzahlen bei einigen Fragen beschränken auch wir uns überdies auf die gesamtschweizerischen Daten und verzichten auf die Darstellung kantonaler Resultate.

5.2.2 Vorgehensweise

Die Analyse und Darstellung im vorliegenden Abschnitt erfolgt schrittweise. Zunächst kommen wir noch einmal auf die Befunde aus dem Unterkapitel 3.2 zurück und zeigen exemplarisch auf, welche Unterschiede sich bezüglich der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage verschiedener Verhaltens- und Bewusstseinsmerkmale zeigen lassen, um die Perspektive anschliessend auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Ungleichheit zu erweitern.

Im ersten Schritt gehen wir von den in Unterkapitel 3.2 eingeführten Merkmalen «körperliche Aktivität», «Ernährungsbewusstsein», «Einhaltung der Ernährungsempfehlungen», «Fleischkonsum» und «nicht-alkoholische Flüssigkeitszufuhr» aus (Abb. 5.2). Während die erwarteten Zusammenhänge bei den ersten drei Merkmalen klar sind – höhere Aktivität, hohes Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Ernährungsempfehlungen sollten eher mit einem geringeren Körpergewicht assoziiert sein – bedürfen die zu erwartenden Zusammenhänge beim Fleischkonsum und bei der Flüssigkeitszufuhr einiger weiterer Erläuterungen. Mit Bezug zum Fleischkonsum verweisen Ernährungsspezialisten insbesondere auf den Zusammenhang zwischen (tierischen) Fetten und Übergewicht (vgl. Eichholzer et al., 2005). Überdies dürfte aber auch eine Lebensstil-Komponente in dem Sinne eine Rolle spielen, dass sich in der Gesundheitsbefragung ein Zusammenhang des

Fleischkonsums mit einer Präferenz für «gutes und reichliches Essen» zeigen lässt, weshalb anzunehmen ist, dass der Anteil Übergewichtiger bei den regelmässigen Fleischkonsumenten/innen höher ist.⁷⁸ Demgegenüber weist die WHO (2003: S. 57) darauf hin, dass der Konsum zuckerhaltiger Getränke zu einer Verschärfung von Gewichtsproblemen führen könne, weil sie den Appetit nicht im selben Masse zügeln, wie feste Nahrungsmittel mit vergleichbarem Energiegehalt. Das heisst: Nehmen gezuckerte Getränke einen wichtigen Stellenwert in der nicht-alkoholischen Flüssigkeitszufuhr ein, so kann dies zu einer Akzentuierung von Gewichtsproblemen führen.

In ähnlicher Weise werden in einem weiteren Schritt mit der Gesundheits- und der Konsumkompetenz, dem Alkoholkonsum, der körperlichen Belastung bei der Arbeit einige weitere Verhaltens- und Bewusstseinsvariablen aus den Unterkapiteln 3.1, 3.3 und 4.2 untersucht (Abb. 5.3). Von allen diesen Variablen werden Zusammenhänge in dem Sinne erwartet, dass ein höheres Bewusstsein, ein geringerer Alkoholkonsum (wegen der geringeren Energiezufuhr) und ein höheres Bewegungsniveau mit einem geringeren Körpergewicht zusammenhängen (vgl. auch WHO, 2003). Zusätzlich werden auch die Anzahl erwähneter «Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung» und die täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad geprüft. Während der erstere Faktor eher mit einem höheren Gewicht zusammenhängen dürfte, gilt für die Wegstrecken das Umgekehrte.

Da anzunehmen ist, dass die verschiedenen Merkmale nicht unabhängig voneinander sind, wird in einem weiteren Untersuchungsschritt mittels eines multivariaten statistischen Modells geprüft, welche Zusammenhänge besonders ausgeprägt sind und auch dann erhalten bleiben, wenn der Einfluss der anderen Merkmale simultan kontrolliert wird. Es könnte ja beispielsweise sein, dass die Gesundheitskompetenz etwas sehr Ähnliches misst wie die Ernährungskompetenz und die beiden Zusammenhänge daher auf eine der beiden Variablen

⁷⁸ Nach insgesamt zehn Hinderungsgründen für eine gesunde Ernährung befragt, erwähnen 57% der häufigen Fleischkonsumenten (fünfmal oder mehr pro Woche) eine «Vorliebe für gutes Essen» und 21% eine «Vorliebe für reichliches Essen». Die entsprechenden Anteile betragen für die seltenen Fleischesser/innen 25% («gutes Essen») bzw. 15% («reichliches Essen», n = 12'788).

zurückgeführt werden können. Um diese Fragen zu testen, werden logistische Regressionsmodelle berechnet, mit denen der Zusammenhang der verschiedenen Merkmale mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas geschätzt wird.⁷⁹

Individuelles Verhalten und Ungleichheit

Verhalten und Bewusstsein sind nicht die einzigen Faktoren, welche in Zusammenhang mit dem Körpergewicht stehen. In der Literatur wird immer wieder darauf verwiesen, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen – seien dies nun Männer und Frauen oder bildungsferne und -nahe Personen. Ebenfalls prominent thematisiert werden das verfügbare Angebot an Nahrungsmitteln und Bewegungsmöglichkeiten, der Einfluss von Werbebotschaften und Marketingkampagnen, kulturell geprägte Lebensstilpräferenzen, genetische Voraussetzungen und die Wirkungen des unmittelbaren Umfeldes (Familie, Freunde, Arbeit, vgl. hierzu auch die Überlegungen im Kap. 1.2). Während sich diese allgemeinen Zusammenhänge auf der Meso- und Makroebene mit den Daten der SGB nicht prüfen lassen, sind Aussagen über den Zusammenhang zwischen Übergewicht und den bereits in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen möglich.

Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass der soziale Hintergrund einer Person sowohl direkt als auch vermittelnd über die weiter oben diskutierten Variablen der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens einen Einfluss auf das Körpergewicht hat. Bei den direkten Effekten ist genau genommen zwischen «echten» und «unechten» Effekten zu unterscheiden. Ein echter Effekt liegt dann vor, wenn physiologische Unterschiede im Energiehaushalt zu Unterschieden im Körpergewicht führen. Ein unechter Effekt wäre dagegen gegeben, wenn das Körpergewicht durch geschlechts- oder schichtspezifische Verhaltensmuster beeinflusst wird, die mit den in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung enthaltenen Angaben nicht angemessen nachvollzogen werden können. In diesem Falle handelt es sich eigentlich um einen vermittelten Effekt – einen Effekt, bei dem die soziale Lage auf eine Verhaltensweise wirkt, die dann einen Einfluss auf das Körpergewicht hat – der aber nicht nachgewiesen werden kann, weil die vermittelnde Variable nicht vorliegt.

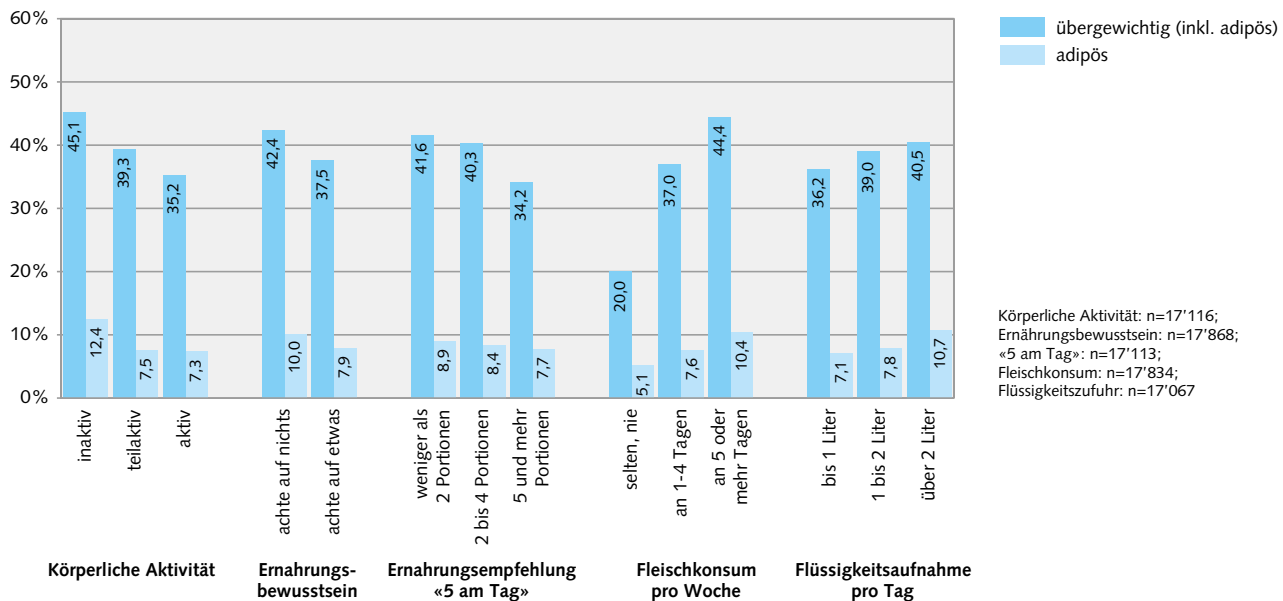
Überdies folgt die Verknüpfung zwischen sozialem Hintergrund, Gesundheitsverhalten und Gewicht in aller Regel nicht einem simplen Modell, in dessen Rahmen ein höherer Status automatisch zu höherer Gesundheitskompetenz und daher zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten und schliesslich zu einem geringeren Körpergewicht führt. Dieser allgemeine Zusammenhang mag zwar grundsätzlich gelten, doch können unterschiedliche Merkmale gegenläufige Wirkungen entfalten (vgl. Stamm & Lamprecht, 2010): Stellen wir uns etwa eine hoch gebildete Person in einem Gesundheitsberuf vor. Bei dieser Person kann ein fundiertes Wissen zum Zusammenhang von Bewegung, Ernährung und Gewicht unterstellt werden. Wenn aber die Arbeitsstunden so lange sind, dass kaum mehr Zeit für den Einkauf, die Nahrungszubereitung und sportliche Betätigungen bleibt, mag der positive Bildungseffekt durch einen negativen Berufseffekt überlagert werden. Obwohl diese komplexen Zusammenhänge im vorliegenden Abschnitt nicht umfassend geprüft werden können, soll mittels eines logistischen Regressionsmodell wiederum untersucht werden, welches die stärksten Zusammenhänge sind, wenn unterschiedliche Ungleichheits- und Verhaltensmerkmale simultan betrachtet werden.

5.2.3 Resultate

Abbildung 5.2 zeigt zunächst die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens bzw. -bewusstseins und der

⁷⁹ Die logistische Regression erlaubt die Erklärung einer dichotomen Variablen – im vorliegenden Fall: Normalgewicht vs. Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Normal- und leichtes Übergewicht vs. Adipositas – durch eine Reihe sogenannter unabhängiger Variablen. Die Effekte der unabhängigen Variablen werden simultan kontrolliert, so dass Variablen, die keinen Erklärungsbeitrag leisten oder deren Beitrag durch andere Variablen besser abgebildet wird, eliminiert werden können. Als Eliminationskriterien gelten einerseits die Signifikanz der Koeffizienten und andererseits die Veränderung des Erklärungsbeitrags des Modells bei Elimination von Variablen (log-likelihood). Ob Variablen eliminiert werden oder nicht, wird dabei zunächst mit den ungewichteten Daten der SGB 2007 berechnet, da die Signifikanz von Zusammenhängen mit steigender Fallzahl ebenfalls zunimmt. Das heisst: Würde von Anfang an mit den gewichteten Daten gerechnet, bestünde die Gefahr, irrelevante Zusammenhänge zu erhalten. Die Parameterschätzungen der definitiven Modelle werden jedoch auf der Grundlage der gewichteten Daten berechnet. In den folgenden Tabellen werden als Parameterschätzungen die sogenannten «odds ratios» (inklusive 99%-Konfidenzintervalle) angegeben. Die Interpretation dieser Werte ist relativ einfach. Die «odds ratio» gibt an, um wie viel wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher ein Ereignis (z.B. Übergewicht oder Adipositas) bei einer gegebenen Ausprägung eines Merkmals im Vergleich zu einer Referenzkategorie ist. So deutet die odds ratio von 1,81 für Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz in Tabelle 5.2 weiter unten beispielsweise darauf hin, dass diese Personen fast doppelt so häufig (1,8mal) von Übergewicht betroffen sind wie Personen mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Die odds ratio von 0,31 für seltenen Fleischkonsum zeigt dagegen eine deutlich geringere Übergewichtswahrscheinlichkeit – nämlich rund ein Drittel – der seltenen Fleischkonsumenten gegenüber Personen an, welche fünfmal oder häufiger pro Woche Fleisch essen.

Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen) **Abb. 5.2**



Alle dargestellten Zusammenhänge sind hochsignifikant mit $p < 0,01$.
Für die Definition der Variablen vgl. 3.2

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Verbreitung von Gewichtsproblemen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist unter denjenigen, die sich regelmässig bewegen, auf ihre Ernährung achten und häufig Früchte und Gemüse essen, geringer als unter den anderen Personen. Der umgekehrte Zusammenhang gilt beim Fleischkonsum und der Flüssigkeitszufuhr: Je häufiger man Fleisch isst und je mehr man trinkt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man übergewichtig ist.

Die dargestellten Unterschiede sind jedoch gradueller Natur. Das heisst: Regelmässige Bewegung oder ausgewogene Ernährung sind keine Garantien dafür, dass man nicht übergewichtig oder adipös wird. Ein erster Grund für diesen Befund liegt in Unschärfen bei der Messung von Übergewicht und Adipositas. Der Body Mass Index (BMI, vgl. 3.2) als einfache Grundlage für die Einteilung in Normal- ($\text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$) und Übergewicht ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) sowie Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) bildet wichtige Teilaspekte der Übergewichtsproblematik (z.B. Körperfettanteil) nicht ab und basiert in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf Selbstangaben, die verzerrt sein können.

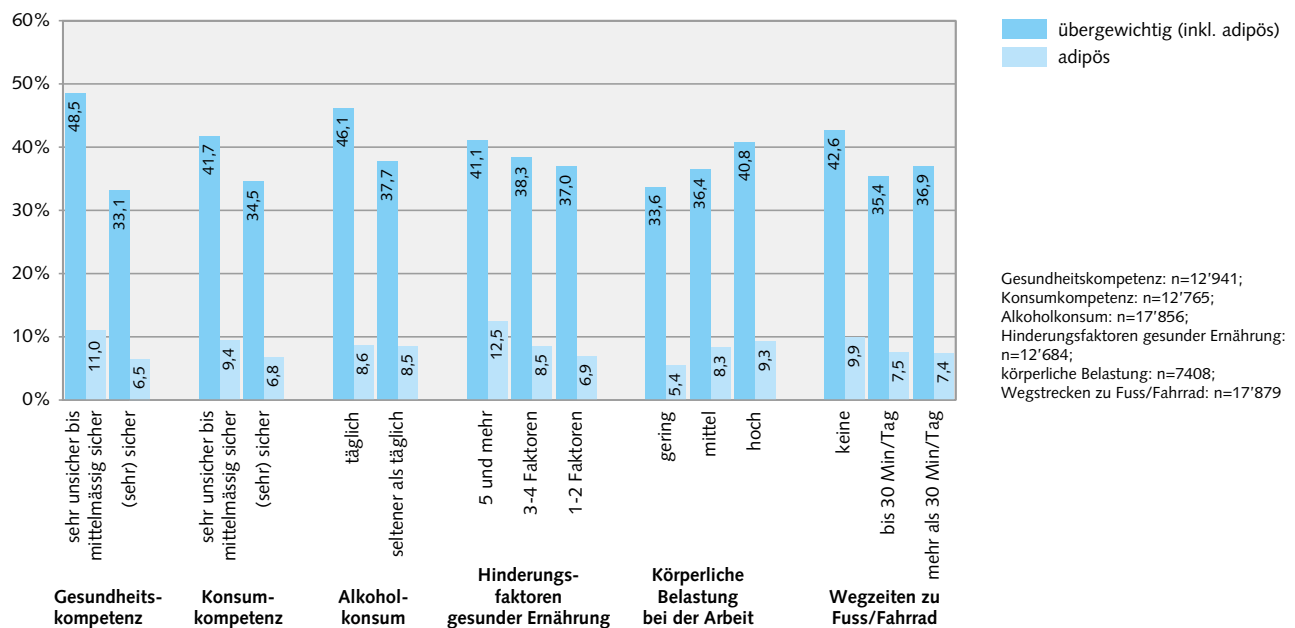
Auch beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten existieren Messprobleme, denn die verwendeten Indikatoren stellen einfache Annäherungen an die Konzepte ei-

ner «ausgewogener Ernährung» und eines «gewichtsrelevanten Bewegungsverhaltens» dar. Besonders augenfällig ist dies bei den Indikatoren zum Ernährungsverhalten. Die Häufigkeit des Früchte- und Gemüsekonsums sagt wenig über das übrige Ernährungsverhalten und die Energiebilanz aus. Letztere kann «kippen», wenn zu jedem Apfel ein Stück Schokolade und zu jeder Gemüseeinheit ein Stück Käse oder Brot gegessen wird. Dagegen machen Fleisch und Wurstwaren nicht per se dick, sie dürften aber – wie weiter oben erwähnt – vielerorts mit einem durch «reichliches Essen» charakterisierten Lebensstil verknüpft sein. Das Resultat zur Flüssigkeitsaufnahme deutet schliesslich darauf hin, dass die von der WHO (2003) diskutierten Wirkungen von gesüssten Getränken tatsächlich eine Rolle spielen könnten.

Gesundheitskompetenz, Lebensstil und Körpergewicht

Jenseits der Messprobleme existiert, wie weiter oben erwähnt, eine Reihe weiterer Kompetenz- und Lebensstilfaktoren, die einen Einfluss auf das Körpergewicht haben können. Einige dieser Faktoren und ihr Zusammenhang mit der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sind in Abbildung 5.3 dargestellt. So zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den im Unter-

Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen) Abb. 5.3



Gesundheitskompetenz: n=12'941;
 Konsumkompetenz: n=12'765;
 Alkoholkonsum: n=17'856;
 Hinderungsfaktoren gesunder Ernährung: n=12'684;
 körperliche Belastung: n=7408;
 Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad: n=17'879

- Alle dargestellten Zusammenhänge sind hochsignifikant mit $p < 0,01$.
- Für die Definition der Variablen vgl. 3.1 (Gesundheits- und Konsumkompetenz), 3.3 (Alkoholkonsum) und 4.2 (körperliche Belastung bei der Arbeit).
- Die in den Befragungsunterlagen aufgeführten Beispiele zur Frage nach der Konsumkompetenz beziehen sich insbesondere auf das Einkaufsverhalten von Nahrungsmitteln; die Frage kann daher als Annäherung an die «Ernährungskompetenz» verstanden werden.
- Hinderungsfaktoren gesunder Ernährung: Kumulierte Antworten auf die Frage: «Viele Leute – Sie vielleicht auch – legen Wert auf eine gesunde Ernährung. Sehen Sie Hindernisse für jemanden, der sich gesund ernähren möchte?».
- Den Befragten wurden insgesamt 10 Antworten zur Beurteilung vorgelegt, wobei jeweils angegeben werden konnte, ob es sich um einen Hinderungsfaktor handelt oder nicht.
- Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad: Index aus zwei Fragen dazu, ob man tägliche Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad zurücklege und wie lange diese Wegstrecken dauern.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

kapitel 3.1 diskutierten Dimensionen der allgemeinen Gesundheits- und Konsumkompetenz und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Personen, die mehr Alkohol trinken und mehr Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung erwähnen, sind überdies häufiger übergewichtig (aber – zumindest beim Alkoholkonsum – nicht notwendigerweise häufiger adipös).

Interessanterweise finden sich bei der «körperlichen Belastung bei der Arbeit» als Annäherung an die Vorstellung einer «sitzenden Lebensweise» genau die umgekehrten Zusammenhänge, als erwartet werden könnten: Personen, die bei der Arbeit starken körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, sind häufiger übergewichtig als Personen mit einem mittleren oder geringen Belastungsniveau, was insbesondere auf einen Bildungs- und Lebensstileffekt zurückzuführen sein dürfte (vgl. 3.2). Schliesslich zeigt die Abbildung, dass ein Zusammenhang zwischen den täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad und dem Körpergewicht existiert, wobei es hier offenbar vor allem einen Unterschied macht, ob man überhaupt zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs ist.

Im Zusammenhang mit den in den Abbildungen 5.2 und 5.3 dargestellten Indikatoren stellt sich die Frage, wo besonders starke, unabhängige Zusammenhänge mit dem Körpergewicht existieren. Es könnte ja sein, dass die in Abbildung 5.3 dargestellten Kompetenz- und Lebensstilfaktoren sehr ähnliche Dinge messen wie die weiter oben diskutierten Dimensionen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Um diese Frage zu klären, kann ein multivariates logistisches Regressionsmodell geschätzt werden, in dem der Zusammenhang dieser verschiedenen Merkmale mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas simultan getestet wird.

Tabelle 5.2 zeigt die Resultate dieser Analyse, die sich folgendermassen zusammenfassen lässt:

- Die körperliche Aktivität, der Fleisch-, Alkohol- und Flüssigkeitskonsum, die Gesundheitskompetenz, die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren für eine

Tab. 5.2 Multivariate Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und -bewusstseins und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)

	Variable	Kategorie*	Übergewicht (inkl. Adipositas) (odds ratios und Konfidenzintervall)**	Adipositas (odds ratios und Konfidenzintervall)**
Verhalten	Körperliche Aktivität	inaktiv	1,21 (1,20–1,22)	1,76 (1,73–1,78)
		teilaktiv	1,20 (1,19–1,21)	1,08 (1,07–1,1)
	Ernährungsverhalten «5 am Tag»	weniger als 5	n.s.	n.s.
	Fleischkonsum	selten, nie	0,31 (0,31–0,32)	0,38 (0,36–0,39)
		1–4x/Woche	0,73 (0,72–0,73)	0,66 (0,65–0,67)
	Flüssigkeitskonsum	weniger als 1 Liter	0,74 (0,74–0,75)	n.s.
	Alkoholkonsum	weniger als täglich	0,77 (0,77–0,78)	n.s.
		1–2 Faktoren	0,85 (0,84–0,86)	0,53 (0,52–0,54)
	Hinderungsfaktoren für gesunde Ernährung	3–4 Faktoren	0,90 (0,89–0,91)	0,68 (0,67–0,68)
Bewusstsein	Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad	keine	1,13 (1,13–1,14)	n.s.
		1–30 Min./Tag	0,85 (0,85–0,86)	
	Ernährungsbewusstsein	achtet auf nichts	n.s.	n.s.
	Konsumkompetenz	unsicher/mittelmässig	n.s.	n.s.
		unsicher		
	Gesundheitskompetenz	(eher) unsicher	1,81 (1,80–1,83)	1,62 (1,60–1,64)
	Konstante		0,87	0,14
	Nagelkerke R ²		0,06	0,08

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=11'610

* Referenzkategorien, zu denen die Koeffizienten berechnet wurden: Körperliche Aktivität: aktiv; Fleisch: 5x und häufiger; Flüssigkeit: 1 Liter und mehr; Gesundheitskompetenz: (sehr) sicher; Alkoholkonsum: (mehrmals) täglich; Hinderungsfaktoren: 5 und mehr Faktoren; Wegstrecken: über 30 Min./Tag.

* Konfidenzintervall mit $p < 0,01$; für die Interpretation der odds ratios siehe Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

gesunde Ernährung sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken zeigen signifikante Zusammenhänge mit dem Übergewicht und teilweise auch mit der Adipositas.

Eine fehlende oder nur sporadische körperliche Aktivität und Unsicherheit bezüglich der eigenen Gesundheitskompetenz sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Adipositas assoziiert, während bei den übrigen Variablen gilt: Je höher der Flüssigkeits-, Alkohol- und Fleischkonsum und je höher die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass man von Übergewicht oder gar Adipositas betroffen ist.⁸⁰

– Der Alkohol- und nicht-alkoholische Flüssigkeitskon-

sum sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken hängen zwar mit dem Übergewicht, nicht aber mit der Adipositas zusammen. Interessant ist einmal mehr der schon weiter oben konstatierte Befund, dass ein höherer Flüssigkeitskonsum eher mit einem höheren Gewicht assoziiert ist, was, wie erwähnt, damit zusammenhängen dürfte, dass nicht zwischen gesüssten und ungesüssten Getränken unterschieden wird.

– Beim Ernährungsbewusstsein, der Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» sowie der Konsumkompetenz lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Übergewicht und der Adipositas nachweisen. Obwohl diese Dimensionen in den einfacheren Analysen vom Unterkapitel 3.2 und den Abbildungen 5.2 und 5.3 noch Zusammenhänge zeigten, scheint ihre Wirkung durch andere Merkmale im multivariaten Modell besser abgebildet zu werden (vgl. auch 5.2.4).

⁸⁰ Auf die Darstellung der Modelle, in denen auch die körperliche Belastung bei der Arbeit mitberücksichtigt wurde, wurde an dieser Stelle aus Platzgründen verzichtet. Wird auch diese Variable mitverwendet, so sinken die Fallzahlen deutlich, da nur noch Erwerbstätige untersucht werden können. Gleichzeitig bestätigt sich jedoch der Befund aus Abbildung 5.3, dass eine höhere körperliche Belastung mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist.

Soziale Ungleichheit und Körpergewicht

Wie der untersten Zeile von Tabelle 5.2 zu entnehmen ist, leisten die multivariaten Modelle nur einen moderaten Beitrag zur Erklärung der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Schweiz. Dies liegt einerseits an den weiter oben erwähnten Unschärfen der Messung, andererseits verweist das Resultat auf den Einfluss weiterer Faktoren. Obwohl wir an dieser Stelle aufgrund fehlender Angaben zur übergeordneten strukturellen Ebene kein vollständiges Modell prüfen können, lässt sich immerhin untersuchen, wie die in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale mit dem Übergewicht zusammenhängen, wenn der Einfluss der Bewusstseins- und Verhaltensvariablen simultan mitberücksichtigt wird.

Ein Blick auf die Befunde im Unterkapitel 3.2 zeigt, dass vor allem das Alter und das Geschlecht eng mit dem Gesundheitsverhalten und dem Gewicht zusammenhängen. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind der Bildungsstand und der Beruf (sozioprofessionelle Kategorien), während das Haushaltsäquivalenzeinkommen und die Nationalität geringere Zusammenhänge zeigen.

Auch hier stellt sich die Frage, ob die verschiedenen Dimensionen tatsächlich unabhängig voneinander wirken oder sich gegenseitig überlagern, verstärken oder kompensieren. So könnte es beispielsweise sein, dass sich der Bildungs- und der Alterseffekt als Folge der langfristigen Bildungsexpansion in der Schweiz aufheben, wenn beide Merkmale gleichzeitig berücksichtigt werden. Das heisst: Weil jüngere Personen in der Schweiz über ein eher höheres Bildungsniveau verfügen als ältere Personen, können die beiden Dimensionen etwas Ähnliches messen und sich gegenseitig neutralisieren. Diese Frage kann mittels eines multivariaten statistischen Modells geprüft werden, in dem die Effekte der Merkmale unter simultaner Kontrolle der anderen Merkmale getestet werden.

Tabelle 5.3 zeigt die Resultate dieser Analyse, welche die Zusammenhänge mit dem Übergewicht (inkl. Adipositas) und der Adipositas untersucht. Betrachtet man die Grössenordnung der odds ratios, so fällt auf, dass der Fleischkonsum, die Gesundheitskompetenz, das Alter, das Geschlecht (nur beim Übergewicht) und die Schulbildung von besonderer Bedeutung sind. Einmal mehr ist darauf hinzuweisen, dass hinter den verschiedenen Zusammenhängen Lebensstilmerkmale stehen dürften, die hier nicht abgebildet werden konnten: Zu erwähnen sind hier ein hoher Fleischkonsum als Ausdruck eines durch reichhaltiges Essen charakterisierten Lebensstils sowie

geschlechts- und generationenspezifische Präferenzen für gewisse Formen der Ernährung und Bewegung.

Die übrigen in der Tabelle enthaltenen Variablen zeigen dagegen nur moderate oder gar keine Zusammenhänge, wenn die anderen Merkmale simultan mitberücksichtigt werden. Erwähnenswert sind jedoch einmal mehr die Zusammenhänge mit dem Flüssigkeits- und Alkoholkonsum: Wer wenig nicht-alkoholische Flüssigkeiten – wohl insbesondere Süssgetränke – zu sich nimmt, ist seltener übergewichtig oder adipös. Dagegen geht ein seltener Alkoholkonsum – im Gegensatz zu den weiter oben dargestellten bivariaten Resultaten – bei simultaner Kontrolle der anderen Merkmale eher mit einem höheren Körpergewicht einher. Eine zusätzliche Analyse dieses Befundes zeigt, dass der Alkoholkonsum bei Männern und Frauen unterschiedliche Zusammenhänge aufweist: Während ein höherer Alkoholkonsum bei den Männern in der Regel mit einem höheren Anteil Übergewichtiger assoziiert ist, gilt das Umgekehrte für die Frauen. Interessant ist überdies die Tatsache, dass sowohl die Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» als auch das Ernährungsbewusstsein und die Konsumkompetenz keine signifikanten Zusammenhänge mehr zeigen.

5.2.4 Diskussion

Die statistischen Modelle erklären knapp zwanzig Prozent der Unterschiede bei der Verteilung von normal- und übergewichtigen Personen und rund die Hälfte bei der Adipositas. Dies sind angesichts der einfachen Messung der verschiedenen Variablen – angefangen vom selbstberichteten Körpergewicht bis hin zur wohl etwas zu einfachen Erfassung der Flüssigkeitszufuhr – und ihrer komplexen Zusammenhänge, die mit den Modellen nur ungenügend abgebildet werden können, ansehnliche Werte.

Die im vorliegenden Abschnitt dargestellten Resultate stehen überdies in Einklang mit verschiedenen in der Literatur diskutierten Befunden: Dass soziodemografische und sozioökonomische Faktoren sowohl direkt als auch vermittelt über Lebensstil- und Bewusstseinsmerkmale einen erheblichen Zusammenhang mit dem Körpergewicht aufweisen, haben zahlreiche Studien nachgewiesen (vgl. z.B. Eichholzer, 2003; Stamm & Lamprecht, 2009). Auch die Befunde bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheitskompetenz, Bewegungsverhalten, Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung und Übergewicht liegen im Rahmen der Erwartungen (vgl. BFS, 2006; OECD, 2009; WHO, 2003).

Tab. 5.3 Multivariate Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein, sozialem Hintergrund und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)

	Variable	Kategorie*	Übergewicht (inkl. Adipositas) (odds ratios und Konfidenzintervall)**	Adipositas (odds ratios und Konfidenzintervall)**
Verhaltensweisen und Gesundheits- kompetenz	Körperliche Aktivität	inaktiv	1,12 (1,11–1,13)	1,51 (1,49–1,53)
		teilaktiv	1,22 (1,22–1,23)	1,07 (1,05–1,08)
	Fleischkonsum	selten, nie	0,41 (0,40–0,41)	0,41 (0,40–0,43)
		1–4x/Woche	0,78 (0,78–0,79)	0,66 (0,65–0,66)
	Flüssigkeitskonsum	weniger als 1 Liter	0,71 (0,70–0,71)	0,66 (0,66–0,67)
	Gesundheitskompetenz	(eher) unsicher	1,67 (1,66–1,68)	1,50 (1,48–1,51)
	Alkoholkonsum	weniger als täglich	1,32 (1,31–1,33)	1,30 (1,28–1,32)
	Hinderungsfaktoren für gesunde Ernährung	1–2 Faktoren	0,66 (0,66–0,67)	0,44 (0,43–0,45)
		3–4 Faktoren	0,85 (0,84–0,86)	0,66 (0,65–0,67)
Soziodemo- grafische und -ökonomische Merkmale	Wegstrecken zu Fuss/Fahrrad	keine	1,12 (1,10–1,12)	1,31 (1,30–1,33)
		1–30 Min./Tag	0,90 (0,90–0,91)	0,94 (0,92–0,95)
	Geschlecht	männlich	2,42 (2,40–2,43)	n.s.
	Altersgruppen	18–34 Jahre	0,23 (0,23–0,24)	0,34 (0,34–0,35)
		35–49 Jahre	0,48 (0,48–0,49)	0,66 (0,65–0,67)
		50–64 Jahre	0,87 (0,84–0,86)	1,10 (1,08–1,12)
	Urbanisierungsgrad	Stadt	0,88 (0,87–0,89)	n.s.
	Bildung	Obligatorische Schule	1,88 (1,86–1,91)	1,86 (1,82–1,90)
		Sekundarstufe II	1,16 (1,15–1,17)	1,56 (1,54–1,58)
	Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	1,29 (1,28–1,30)	1,33 (1,31–1,35)
		CHF 3000 bis 4499	1,27 (1,26–1,28)	1,26 (1,25–1,29)
		CHF 4500 bis 5999	1,11 (1,10–1,12)	0,99 (0,97–1,01)
	Konstante		0,59	0,10
	Nagelkerke R ²		0,17	0,08

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=11'309

Nicht signifikante, aus dem Modell eliminierte Variablen: Ernährungsbewusstsein, 5 am Tag, Konsumkompetenz, Nationalität, Geschlecht (nur Adipositas), Stadt-Land (nur Adipositas).

* Referenzkategorien, zu denen die Koeffizienten berechnet wurden: Körperliche Aktivität: aktiv; Fleisch: 5x und häufiger; Flüssigkeit: 1 Liter und mehr; Gesundheitskompetenz: (sehr) sicher; Alkoholkonsum: (mehrmals) täglich; Hinderungsfaktoren: 5 und mehr Faktoren; Wegstrecken: über 30 Min./Tag; Geschlecht: weiblich; Alter: 65 Jahre und mehr; Stadt-Land: ländlich; Schulbildung: Tertiärstufe; Haushaltsäquivalenzeinkommen: CHF 6000 und mehr.

** Konfidenzintervall mit $p < 0,01$; für die Interpretation der odds ratios siehe Fussnote in Abschnitt 5.2.2.

Etwas schwerer fällt die Einschätzung der Befunde zum Ernährungsbewusstsein und Ernährungsverhalten. Dass der Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» bzw. dem Ernährungsbewusstsein und der Konsumkompetenz in einem multivariaten Modell verschwindet, ist angesichts der evidenzbasierten Empfehlungen zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts erstaunlich (vgl. BAG, 2007a, 2008b). Wie erwähnt, dürfte ein wesentlicher Grund für diese Resultate in den einfachen Messungen begründet sein. Zweifellos müsste das Ernährungsverhalten detaillierter abgebildet werden, wie dies etwa im

Rahmen des Projekts «National Nutrition Survey Switzerland» (NANUSS) des Bundesamtes für Gesundheit für das Jahr 2012 geplant ist. In diesem Zusammenhang gilt es einmal mehr auf den Befund hinzuweisen, dass ein höherer nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist. Erst wenn genauere Angaben über die Zusammensetzung der Flüssigkeitszufuhr vorliegen, lässt sich dieser Befund abschliessend beurteilen (vgl. auch WHO, 2003). Ähnliches gilt für den Fleischkonsum, denn es dürfte weniger das Fleisch an sich, sondern die mit einem häufigen Fleischkonsum assoziierten weiteren Lebensstilelemente sein,

die zu diesem Befund führen. Vor diesem Hintergrund werden die Analysen aus dem NANUSS-Projekt wie auch Resultate aus verschiedenen Evaluationen in Zusammenhang mit den aktuell laufenden Programmen für ein gesundes Körpergewicht weitere Klärung bringen.

Abschliessend gilt es an dieser Stelle jedoch festzuhalten, dass die hier nachgewiesenen Zusammenhänge in vielen Fällen zwar moderat scheinen, gleichwohl aber nicht unterschätzt werden dürfen, da sie sich zu durchaus substantiellen Wirkungen summieren können. Dies zeigt das Beispiel der Gegenüberstellung zweier sehr unterschiedlicher Gruppen: Betrachten wir nämlich die Gruppe der jungen Frauen (bis 34 Jahre), die selten Fleisch essen, eine hohe Gesundheitskompetenz aufweisen und körperlich aktiv sind ($n=99$), so fällt auf, dass hier nur gerade sechs Prozent übergewichtig sind, während der Anteil der Adipösen vernachlässigbar klein wird.⁸¹ Die Gegengruppe der körperlich inaktiven 50-jährigen und älteren Männer mit einer geringen Gesundheitskompetenz und einem hohen Fleischkonsum ($n=54$) weist dagegen einen Anteil von 67 Prozent an Übergewichtigen (inkl. Adipösen) auf, wobei über die Hälfte (36%) als adipös gilt. Dieses kleine Beispiel zeigt, dass selbst vergleichsweise geringe einzelne Zusammenhänge in ihrer Kombination erheblich werden können. Gleichzeitig deutet dieser Befund auch darauf hin, dass die aktuellen «multidimensionalen» Strategien für eine gesundes Körpergewicht auf dem richtigen Weg sind: Es scheint nicht ein «Allheilmittel» gegen das Übergewicht zu geben, vielmehr sind Ansätze vielversprechend, die auf der Ebene des Bewusstseins und bei verschiedenen Verhaltensweisen, aber auch auf der Verhältnis- und Strukturebene ansetzen.

5.3 Zusammenfassung

Depressive Symptomatik

Subklinische depressive Symptome, im Sinne von frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung, sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Einzelne solcher Symptome sind bei guter körperlicher Gesundheit und bei guter sozialer und beruflicher Integration zu bewältigen, sollten in ihrer Bedeutung hinsichtlich späterer depressiver Erkrankungen aber nicht unterschätzt werden. Um spezifische Bevölkerungsgruppen mit relevanter depressiver Belastung zu identifizie-

ren, wurde mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eine Klassifikationsanalyse durchgeführt, die verschiedene Hochrisikogruppen ergeben hat. Diese Resultate könnten durch weiter gehende Projekte untersucht oder im Rahmen bestehender Projekte (Bündnisse gegen Depression oder ähnliche Projekte) praktisch vertieft werden, um zusätzliche Handlungsrelevanz zu erhalten.

Die gefundenen Risikogruppen zeichnen sich durch eine starke psychische Belastung, durch häufige Suizidgedanken und markante Behinderungsfolgen sowie durch eine relativ hohe Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung aus. Es sind letztlich nur sehr wenige Merkmale, welche die Masse der Menschen mit depressiven Symptomen in klare Gruppen differenzieren: So identifizieren beispielsweise starke körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit häufigen Einsamkeitsgefühlen eine Bevölkerungsgruppe, in der 70% der Personen depressive Symptome berichten, 45% die Kriterien einer klinischen Depression erfüllen, 80% psychisch stark belastet sind, 60% in den letzten zwei Wochen an Suizid dachten und 49% nur eingeschränkt leistungsfähig sind. Insgesamt sind folgende Merkmale von zentraler Bedeutung: Vorhandensein von (chronischen) somatischen Beschwerden und Schmerz, das Erleben von Einsamkeit und das Erleben von Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitsunzufriedenheit sowie psychischer Arbeitsbelastung. Auch wenn die Zusammenhänge zwischen Depression und diesen Merkmalen vielfältig und dynamisch sind, so zeigt dies gleichzeitig auch, in welchen Bereichen sekundärpräventive respektive Screening-Massnahmen ansetzen können (und dies zum Teil auch schon tun): Bei der hausärztlichen Behandlung und möglicherweise auch bei weiteren Dienstleistungen für Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen (z.B. durch die Spitex), am Arbeitsplatz und vielleicht auch im Wohnquartier. Die Ergebnisse weisen schliesslich darauf hin, dass man abwägen muss, mit welchem Spezifizierungsgrad man präventive Massnahmen anbieten will. Es gibt grosse Bevölkerungsgruppen mit geringen Anteilen von depressiv belasteten Personen, mittlere Bevölkerungsgruppen mit durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher depressiver Belastung und kleinere Gruppen mit sehr hoher depressiver Belastung. Mit gezielten Massnahmen könnten vor allem die mittleren Bevölkerungsgruppen (Frühintervention u.a.) und die Risikogruppen (Sekundärprävention u.a.) noch vermehrt unterstützt werden.

⁸¹ Anzumerken ist jedoch, dass der Anteil der Untergewichtigen in dieser Gruppe 21% beträgt (gegenüber 4% in der Gesamtpopulation).

Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit

In diesem Abschnitt wurde eine Analyse von Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 durchgeführt. Ausgehend von den im Unterkapitel 3.2 diskutierten Befunden zu Ernährung, Bewegung und Körpergewicht wurden die Zusammenhänge mit weiteren Aspekten des Gesundheitsbewusstseins, des Lebensstils und der sozialen Lage untersucht sowie mittels eines multivariaten statistischen Modells auf ihre Stärke hin geprüft.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Körpergewicht von verschiedenen Dimensionen der selbstberichteten Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens, vor allem aber auch von sozialen Unterschieden – insbesondere vom Alter und vom Geschlecht – beeinflusst wird. Dies steht im Einklang mit zahlreichen Studienergebnissen. Die statistischen Modelle erklären knapp zwanzig Prozent der Unterschiede bei der Verteilung von normal- und übergewichtigen Personen und rund die Hälfte beim starken Übergewicht. Eher überraschend zeigen sich nur

schwach ausgeprägte Effekte des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens auf das Körpergewicht. Diese Ergebnisse dürfen nicht so verstanden werden, dass aktuelle Interventionen mit Blick auf diese Verhaltensweisen nur bedingt erfolgversprechend sind. Gegen eine solche Einschätzung spricht erstens die Unschärfe der Messung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Präzisere Daten, mit denen sich auch die Gesamtenergiezufuhr bestimmen lässt, werden in einigen Jahren im Rahmen des Projekts «National Nutrition Survey Switzerland» (NANUSS) des Bundesamtes für Gesundheit verfügbar werden. Zweitens zeigen sich substantielle Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, weiteren Elementen des Lebensstils und dem Körpergewicht einerseits und der sozialen Lage und den Lebensbedingungen andererseits. Diese Befunde gilt es auch bei Interventionen für eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung zu berücksichtigen, indem auf der Basis von Überlegungen zu den Lebensbedingungen und Kontextfaktoren der Zielgruppen spezifische Massnahmen entwickelt werden.

6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Stéphane Luyet, Marcel Widmer, Hélène Jaccard Ruedin und France Weaver

In diesem Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Freiburger Bevölkerung je nach soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitszustand medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. In der Literatur gelten das Alter, das Geschlecht sowie der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand als Haupteinflussfaktoren der Inanspruchnahme: Frauen, ältere Menschen und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, nehmen am häufigsten Gesundheitsleistungen in Anspruch (Jaccard Ruedin et al., 2007). Die Staatsangehörigkeit, das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status (geschätzt anhand des Bildungsstands oder des Haushaltsäquivalenzeinkommens) wiederum haben eher einen Einfluss darauf, wie häufig Facharztpraxen aufgesucht oder gewisse chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. So sind zum Beispiel Mandelentfernungen bei Personen mit höherem Bildungsniveau häufiger (Bisig et al., 2004; Domenighetti & Bisig, 1995; Domenighetti & Casabianca, 1997; Domenighetti et al., 1989). In diesem Kapitel werden deshalb diese Variablen geprüft, jedoch ohne multivariate Analyse, d.h. ohne zu untersuchen, welchen spezifischen Einfluss diese Faktoren im Einzelnen haben. Grundsätzlich werden im Text nur die wichtigsten Unterschiede erwähnt.

Im Bericht «La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002» (Obsan, 2006) wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Region Westschweiz untersucht. Im vorliegenden Bericht werden die gleichen Leistungen berücksichtigt wie bei der vorangegangenen Untersuchung. Da jedoch teilweise unterschiedliche Perspektiven gewählt wurden, bestehen nur begrenzte Möglichkeiten für Vergleiche des zeitlichen Verlaufs.

Dieses Kapitel beschreibt, in welchem Umfang folgende Leistungen in den zwölf Monaten vor der Befragung genutzt wurden:

1. Arztbesuche
2. Präventivmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten oder Krebs und Grippeimpfungen
3. Komplementärmedizin
4. Spitalleistungen (ambulant und stationär)
5. Hilfe zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)

Ob jemand gleichzeitig verschiedene medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, ist hingegen nicht Gegenstand dieses Kapitels.

6.1 Arztbesuche

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist die einzige Datenquelle mit Angaben zur Bevölkerung, die *keine Gesundheitsleistungen* in Anspruch nimmt. Die Personen, die keine Gesundheitsleistung beansprucht haben, tun dies entweder, weil keine Notwendigkeit besteht oder möglicherweise auch, weil sie keinen Zugang haben. Der folgende Teil macht sich diesen Umstand zunutze und analysiert spezifisch diejenige Bevölkerungsgruppe, die in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis (auch Fach- oder Gynäkologiepraxis) aufgesucht hat (Tab. 6.1). Zur Erinnerung: Alle Ergebnisse basieren auf der Selbstdenklaration der Befragten.

Von der Freiburger Bevölkerung haben gemäss eigenen Angaben 89,5% einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Dieser Anteil ist leicht über dem schweizerischen Durchschnitt von 87,9%, der Unterschied ist aber nicht signifikant.

Fast jede vierte Person im Kanton Freiburg hat in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht

Fast jede vierte Person, die im Kanton Freiburg wohnt, hat in den zwölf Monaten vor der Befragung gemäss eigenen Angaben keine Arztpraxis aufgesucht, was über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (24,0%

Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		FR	CH
Total		24,0	21,6
Geschlecht	Frauen	17,8	14,8
	Männer	30,4	28,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	23,3	23,9
	35–49 Jahre	25,1	26,0
	50–64 Jahre	28,5	20,7
	65+ Jahre	(15,6)	11,3
Bildung	Obligatorische Schule	27,1	19,7
	Sekundarstufe II	23,0	21,6
	Tertiärstufe	24,4	22,4
Nationalität	Schweiz	24,0	20,7
	Ausland	(24,1)	25,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	25,7	22,5
	CHF 3000 bis 4499	20,0	20,9
	CHF 4500 bis 5999	23,5	20,2
	CHF 6000 und höher	(24,6)	20,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	25,3	20,9
	Land	22,5	23,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	25,7	23,8
	mittel bis sehr schlecht	.	5,2
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	29,3	30,2
	einige	25,9	19,7
	starke	(11,5)	11,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	21,1	18,9
	nein	47,6	41,3
War notfallmässig im Spital	ja	(8,7)	5,3
	nein	25,8	23,4
Regionaler Vergleich	Freiburg		24,0
	Schweiz		21,6
	Bern		20,0*
	Waadt		22,8
	Espace Mittelland		21,1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1003 (FR), n=17'656 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

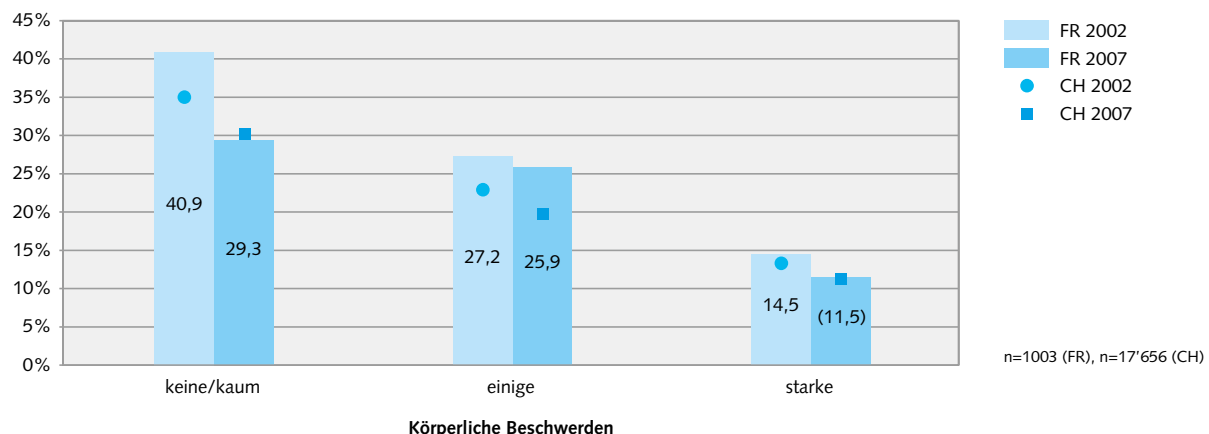
vs. 21,6%). Dieser Unterschied lässt sich sowohl bei den Freiburgerinnen (17,8% vs. 14,8%) als auch bei den Freiburgern (30,4% vs. 28,7%) feststellen. In der Freiburger Bevölkerung werden somit etwas weniger Arztbesuche verzeichnet als in der Bevölkerung der ganzen Schweiz, doch diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Die Freiburger/innen über 50 Jahren erwähnen häufiger als der Schweizer Durchschnitt, keinen Arzt/keine Ärztin besucht zu haben

Vor allem die über 50-jährigen Freiburgerinnen und Freiburger suchen weniger häufig eine Arztpraxis auf als die Bevölkerung des ganzen Landes (28,5% vs. 20,7% bei den 50- bis 64-Jährigen; nicht signifikant). Im Vergleich zur gesamten Schweiz ist der Anteil der Freiburger Bevölkerung ohne Arztbesuch bei den Personen mit schweize-

Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.1



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Ohne Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Fieber hatten.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

rischer Staatsangehörigkeit signifikant höher, bei den Ausländerinnen und Ausländern hingegen etwas tiefer (mit Vorsicht zu interpretieren, da die Stichprobe der Nichtschweizer/innen weniger als 30 Beobachtungen umfasst). Von den Personen ohne Hausarzt oder Hausärztin erwähnte fast jede zweite keine Konsultationen, gegenüber lediglich einer von fünf Personen bei denjenigen mit Hausarzt oder Hausärztin (Unterschiede im Vergleich zur Gesamtschweiz nicht signifikant).

Ein Vergleich mit den übrigen Kantonen und der Region Espace Mittelland ergibt, dass der Anteil der Personen ohne Konsultationen im Kanton Freiburg höher ist, die Unterschiede sind aber – ausser beim Kanton Bern – statistisch nicht signifikant.

Abbildung 6.1 zeigt, dass jede vierte Person (25,9%) mit einigen körperlichen Beschwerden (gemäss dem in Kapitel 2.2.2 definierten Index zu den körperlichen Beschwerden) keine Arztpraxis aufsuchte, was über dem Schweizer Durchschnitt (19,7%) liegt. Im Fall von starken Beschwerden sinkt dieser Anteil auf fast jede zehnte Person (11,5%), was etwa dem Landesdurchschnitt entspricht (dieser Unterschied ist nicht signifikant). In Bezug auf den zuletzt genannten Prozentsatz ist Vorsicht geboten, da die Stichprobe weniger als 30 Beobachtungen umfasst. Hingegen scheint es auf gesamtschweizerischer Ebene nur wenige Personen mit einem mittleren bis sehr schlechten Gesundheitszustand zu geben, die keine Kon-

sultationen erwähnten (5,2%, Tab. 6.1). Für den Kanton Freiburg liegt keine ausreichende Zahl von Beobachtungen vor.

Freiburger Frauen erwähnen weniger häufiger keinen Arztbesuch als Freiburger Männer, wenn sie an leichten (19,9% vs. 36,3%) oder starken (8,6% vs. 15,5%, nicht signifikant) Beschwerden leiden. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt sich ebenfalls auf Ebene der Gesamtschweiz, die Unterschiede sind aber nicht signifikant. (leichte Beschwerden: 21,4% vs. 36,2%; starke Beschwerden: 9,3% vs. 14,9%).

Der Anteil der Bevölkerung ohne Arztbesuch hat seit 2002 abgenommen

Seit 2002 ist der Anteil der Personen ohne ärztliche Konsultationen zurückgegangen, sowohl im Kanton Freiburg (-5,2 Prozentpunkte) als auch in der Gesamtschweiz (-3,7 Prozentpunkte). Im Kanton Freiburg ist bei den Männern ein stärkerer Rückgang zu verzeichnen als bei den Frauen (-10,1 Prozentpunkte vs. -1,2 Prozentpunkte). Diese Abnahme ist bei den Personen mit wenigen (-11,6 Prozentpunkte) körperlichen Beschwerden markanter als bei denjenigen mit einigen (-1,3 Prozentpunkte) oder starken Beschwerden (-3,0 Prozentpunkte) (Abb. 6.1).

Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		FR				CH			
		1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total	1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total
Total		33,0	23,1	19,9	76,0	34,2	23,8	20,4	78,4
Geschlecht	Frauen	32,4	26,1	23,8	82,2	33,0	27,4	24,8	85,2
	Männer	33,6	20,0	15,9	69,6	35,5	20,1	15,7	71,3
Altersgruppen	15-34 Jahre	37,4	20,9	18,3	76,7	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 Jahre	34,8	23,2	16,9	74,9	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 Jahre	29,1	23,3	19,1	71,5	33,0	24,6	21,8	79,3
	65+ Jahre	22,8	28,6	33,0	84,4	28,4	30,2	30,1	88,7
Bildung	Obligatorische Schule	25,0	23,2	24,7	72,9	30,5	23,5	26,3	80,3
	Sekundarstufe II	34,1	23,7	19,1	77,0	34,3	24,1	20,0	78,4
	Tertiärstufe	35,3	21,7	18,6	75,6	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalität	Schweiz	32,7	23,0	20,3	76,0	34,4	24,4	20,5	79,3
	Ausland	(34,9)	(23,7)	(17,4)	76,0	33,5	21,4	19,9	74,8
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	31,7	24,4	18,3	74,3	33,6	23,1	20,8	77,5
	CHF 3000 bis 4499	35,2	22,9	21,9	80,0	34,0	25,1	20,1	79,2
	CHF 4500 bis 5999	28,3	23,1	25,1	76,5	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 und höher	33,8	(17,5)	24,1	75,4	35,8	24,2	19,1	79,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	30,1	24,5	20,1	74,7	34,2	24,2	20,7	79,1
	Land	36,5	21,4	19,6	77,5	34,3	22,8	19,4	76,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	35,7	23,0	15,5	74,3	36,9	23,9	15,4	76,2
	mittel bis sehr schlecht	.	(23,7)	56,6	80,3	14,2	23,7	56,9	94,8
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	33,3	24,2	21,3	78,9	34,2	25,2	21,7	81,1
	nein	(30,4)	(13,9)	(8,0)	52,3	34,1	14,0	10,6	58,7
War notfallmässig im Spital	ja	(30,4)	(29,4)	31,6	91,4	25,0	28,9	40,8	94,7
	nein	33,3	22,4	18,5	74,2	35,3	23,3	18,1	76,6

Mittlere Anzahl Arztkonsultationen pro Person		Ganze Bevölkerung			Nur Bevölkerung, die einen Arzt/eine Ärztin besucht hat		
		Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/Frauenarztbesuche	Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/Frauenarztbesuche
Regionaler Vergleich	Freiburg	3,7	1,9	1,3	4,9	2,5	2,4
	Schweiz	4,1*	2,3*	1,8	5,2	2,9*	2,3
	Bern	4,3*	2,4*	1,9	5,4	3,1*	2,3
	Waadt	4,1	2,1	2,0	5,3	2,7	2,6
	Espace Mittelland	4,3*	2,4*	1,9	5,4	3,1*	2,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1003 (FR), n=17'656 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Jede zweite Person, die eine Arztpraxis aufgesucht hat, ging ein bis dreimal zum Arzt/zur Ärztin

Dieser Abschnitt widmet sich ausschliesslich derjenigen Bevölkerungsgruppe, die nach eigenen Angaben mindestens einmal in einer Arztpraxis war (Hausarzt-, Allgemein-, Gynäkologie- oder Facharztpraxis).⁸² Betrachtet man die Zahl der Konsultationen pro Person, ist festzustellen, dass in allen Kantonen – auch im Kanton Freiburg – die Hälfte der Bevölkerung, die Arztbesuche angab, höchstens drei Mal in einer Praxis war. Diese Häufigkeit entspricht dem Medianwert zu den Arztbesuchen. Die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Person im Kanton Freiburg liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt (4,9 vs. 5,2 Arztbesuche pro Jahr), der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant. Dass der Durchschnittswert höher ist als der Medianwert, rührt daher, dass einige Personen sehr viele Arztbesuche erwähnten. Dieser Unterschied ist in der Schweiz insgesamt grösser als im Kanton Freiburg.

Für die weiteren Analysen wurden die Befragten, welche mindestens einmal bei einem Arzt/einer Ärztin waren, in drei Gruppen kategorisiert:

Wenig Arztbesuche:	ein bis zwei Arztbesuche
Einige Arztbesuche:	drei bis fünf Arztbesuche
Häufige Arztbesuche:	sechs oder mehr Arztbesuche

In der Gruppe der Personen mit Arztbesuchen variieren die Unterschiede zwischen Freiburg und der Schweiz erheblich. Im Alter von 50 bis 64 Jahren geben weniger Freiburgerinnen und Freiburger häufige Arztbesuche an als der Landesdurchschnitt; dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Bei der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nehmen diese Unterschiede ab: Fast ein Drittel dieser Bevölkerungsgruppe erwähnt sechs oder mehr Arztbesuche, ein weiteres Drittel drei bis fünf Konsultationen. Bei den unter 65-Jährigen besteht die grösste Gruppe aus denjenigen Personen, die ein bis zwei Mal pro Jahr einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, sowohl im Kanton Freiburg als auch in der Schweiz.

Bei der Gruppe, die häufig eine Arztpraxis aufsucht (sechsmal oder mehr), besteht kaum ein Unterschied zur ganzen Schweiz: Die Freiburgerinnen erwähnen etwas weniger oft als die Schweizerinnen häufige Arztbesuche (23,8% vs. 24,8%). Zwischen den Freiburgern und den Schweizern mit sechs oder mehr Arztbesuchen pro Jahr

besteht hingegen praktisch kein Unterschied (15,9% vs. 15,7%) (Tab. 6.2). Diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Der Anteil der Personen mit häufigen Arztbesuchen ist am niedrigsten in der Bevölkerungsgruppe mit einem hohen Bildungsniveau, was wohl damit zu erklären ist, dass der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einstufen, in dieser Kategorie ebenfalls grösser ist (vgl. Kap. 2.1). Von den Freiburger/innen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht bewerten, gibt über die Hälfte an, mindestens sechs Mal eine Arztpraxis aufgesucht zu haben. Es erstaunt, dass 15,5% der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut erachten, häufige Arztbesuche angeben.

Der Unterschied zwischen dem Kanton Freiburg und der Gesamtschweiz betrifft hauptsächlich die durchschnittliche Zahl von Hausarztkonsultationen, die im Kanton Freiburg signifikant tiefer ist als in der Schweiz insgesamt. Dies gilt sowohl für das Gesamtkollektiv als auch für die Gruppe mit Arztbesuchen. Die Werte zur durchschnittlichen Zahl der Facharztbesuche liegen etwa im nationalen Durchschnitt (Gruppe mit Arztbesuchen).

In der Bevölkerungsgruppe, die angibt, keine körperlichen Beschwerden zu haben, suchten 11,1% mehr als sechs Mal pro Jahr eine Arztpraxis auf, was etwas mehr ist als im schweizerischen Durchschnitt. Umgekehrt umfasst die Gruppe mit starken Beschwerden im Kanton Freiburg im Vergleich zur Schweiz mehr Personen mit häufigen Konsultationen und weniger Personen mit wenigen Arztbesuchen (Abb. 6.2). Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Freiburger Männer beanspruchen tendenziell weniger ärztliche Leistungen als Schweizer Männer

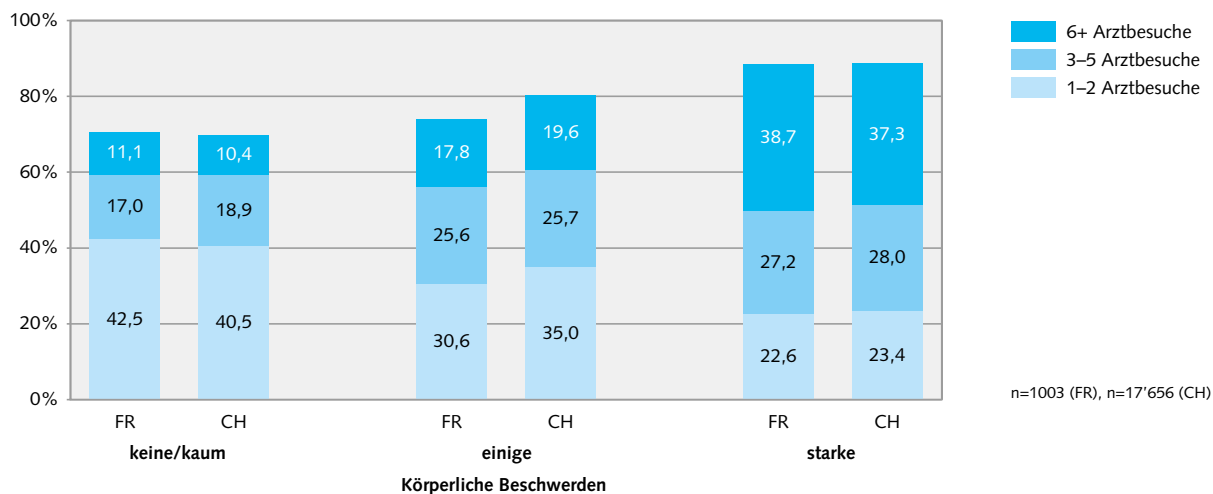
Am grössten sind dabei die Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und der Schweiz bei den Männern mit starken körperlichen Beschwerden: Freiburger, die starke Beschwerden erwähnen, suchen im Durchschnitt sechsmal eine Arztpraxis auf, während Männer der gleichen Kategorie auf gesamtschweizerischer Ebene durchschnittlich 7,5 Arztbesuche angeben. Dieser Unterschied ist, wie die Unterschiede bei den anderen Kategorien körperlicher Beschwerden, die nach Geschlecht aufgeteilt sind, nicht signifikant (Abb. 6.3).

Die Unterschiede zwischen den Freiburgern und den Schweizern bestätigen sich, wenn die durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen nach Bildungsniveau betrachtet wird. Dieser Unterschied betrifft jedoch vor allem die

⁸² Im Fragebogen werden Begriffe wie Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinpraktiker/in ohne nähere Definition verwendet.

Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.2



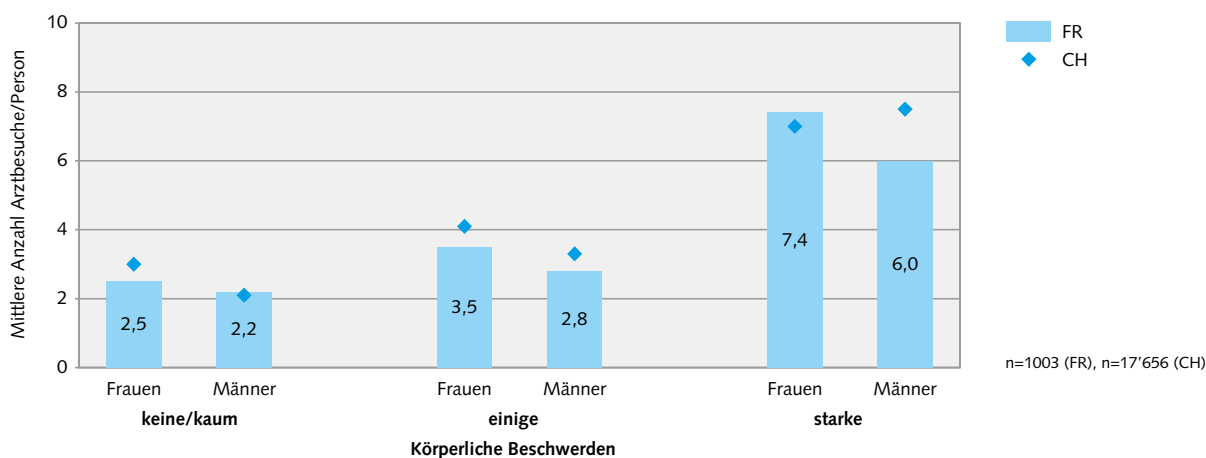
Ohne Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Fieber hatten.
Einschliesslich Personen ohne Arztbesuche.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.3



Ohne Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Fieber hatten.
Einschliesslich Personen ohne Arztbesuche.

Männer mit einem Abschluss der obligatorischen Schule (1 Arztbesuch weniger pro Jahr und Freiburger als pro Schweizer). Bei den Frauen ist der Unterschied bei der Zahl der Arztbesuche bei jenen ohne nachobligatorische Schule ausgeprägter und verringert sich mit zunehmendem Bildungsstand. Die gleiche Entwicklung ist bei den Männern zu beobachten: Bei den Personen mit einem

tertiären Bildungsabschluss wird die im Kanton Freiburg festgestellte Anzahl Arztbesuche vergleichbar mit dem landesweiten Wert. Alle diese Unterschiede sind nicht signifikant (keine Tabelle oder Abbildung).

Seit 2002 hat die Zahl der Facharztbesuche zugenommen

Im Vergleich zu 2002 erhöhte sich die durchschnittliche Gesamtzahl der selbstberichteten Konsultationen pro Person sowohl im Kanton Freiburg (von 3,4 im Jahr 2002 auf 3,7 2007) als auch in der Schweiz als Ganzes (von 3,7 auf 4,1). Die einzige statistisch bedeutende Entwicklung betrifft die Zunahme der durchschnittlichen Zahl der Facharztbesuche bei den Freiburger Männern (von 0,8 auf 1,2), die übrigen Abweichungen sind hingegen nicht signifikant.

In der Bevölkerungsgruppe mit wenigen Arztbesuchen ist sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern die Zahl der Facharztbesuche niedriger als die Zahl der Hausarztbesuche (Abb. 6.4). Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen selten direkt in eine Facharztpraxis gehen und der Hausarzt oder die Hausärztin bereits die Rolle eines «Gatekeepers» wahrnimmt. Ein Grossteil der Facharztbesuche dürfte auf das Fünftel der Bevölkerung (19,9%) mit häufigen Arztbesuchen entfallen. Schliesslich nimmt bei den Frauen die Inanspruchnahme des Gynäkologen oder der Gynäkologin mit der allgemeinen Behandlungsintensität zu.

Die mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person ist in Freiburg bei Männern und Frauen vergleichbar

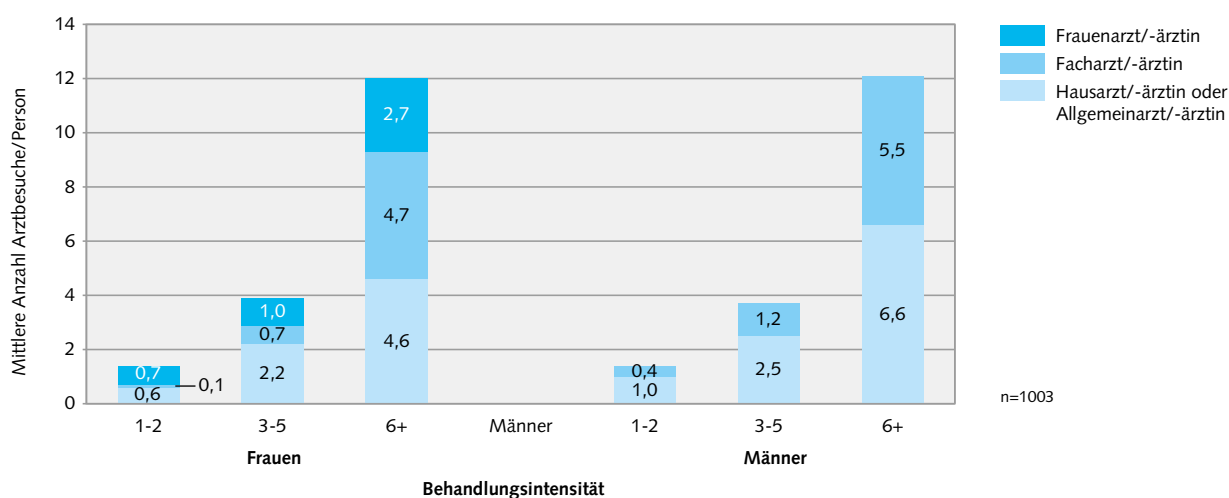
Unabhängig von der Behandlungsintensität und abgesehen von der besonderen Kategorie der Gynäkologen und Gynäkologinnen lässt sich bei der mittleren Anzahl Arztbesuche kein geschlechtsspezifischer Unterschied feststellen (Freiburger: 1,9 Hausarzt- und 1,2 Facharztbesuche; Freiburgerinnen: 1,9 bzw. 1,4). Schweizweit ist die Zahl der Hausarzt- und Facharztbesuche bei beiden Geschlechtern ähnlich (Schweizer: 2,2 bzw. 1,4; Schweizerinnen: 2,5 bzw. 1,3). Bei Betrachtung der Gesamtnutzung (Hausarzt- und Facharztmedizin) ist festzustellen, dass die Freiburgerinnen signifikant weniger Arztbesuche angeben als die Schweizerinnen. Die übrigen Unterschiede sind nicht signifikant.

Hausärzten/innen werden am häufigsten in Anspruch genommen

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bleibt über die einzelnen Altersgruppen hinweg nicht signifikant (Abb. 6.5). Hausarztbesuche nehmen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter zu, bei den Männern scheint diese Zunahme stärker zu sein als bei den Frauen, ausser bei Personen unter 35 Jahren. Die Häufigkeit von Facharztbesuchen scheint bei den Männern in jedem Alter ebenfalls höher als bei den Frauen. Die Inanspruchnahme bei Gynäkologen ist signifikant tiefer bei Frauen über 65 als bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht und Behandlungsintensität, Kanton Freiburg, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.4

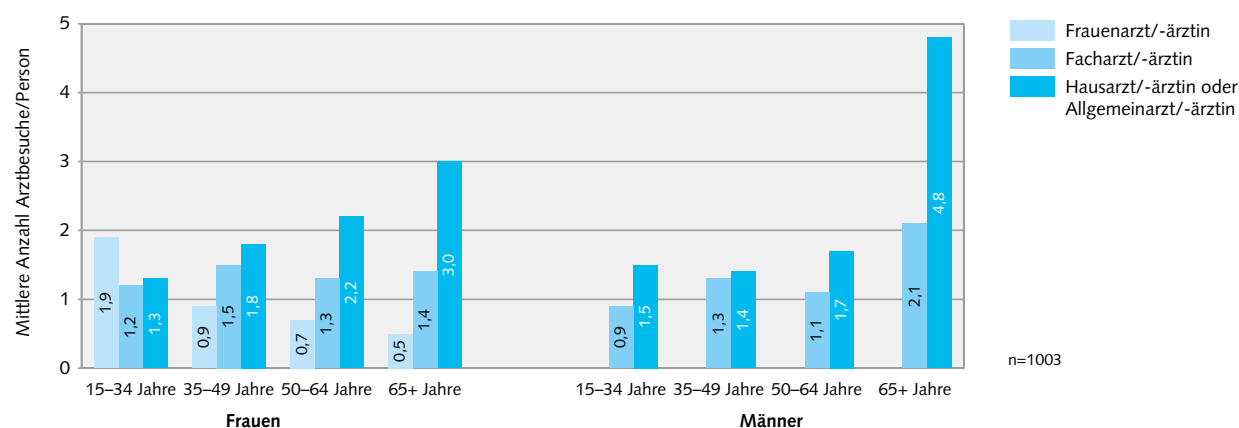


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Freiburg, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Es gilt hier nochmals anzumerken, dass die Zahlen zu den Arztbesuchen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf Aussagen der Betroffenen beruhen und deshalb Verzerrungen möglich sind. Eventuell erinnern sich die Befragten nicht mehr an alle Konsultationen, oder sie antworten so, wie es ihnen gesellschaftlich besser akzeptiert scheint. Diese Verzerrungen haben zur Folge, dass die Anzahl Arztbesuche unterschätzt wird. Ein Vergleich der Werte von 2007 zu den Arztbesuchen im Kanton Freiburg mit den Werten zu den Arztbesuchen von 2004 im Datenpool von santésuisse ergibt beträchtliche Abweichungen, vor allem bei der Zahl der Hausarztbesuche, die gemäss Datenpool durchwegs zahlreicher sind, wobei sich diese Differenz bei den über 65-Jährigen stark ausweitete (6 auf 10 Konsultationen pro Person und Jahr; vgl. Bétrisey et al., 2007). Bei den Facharztkonsultationen sind die Unterschiede geringer. Ein Teil der Differenzen ist möglicherweise mit den unterschiedlichen Zeitpunkten (2004 bzw. 2007) oder mit einer abweichenden Definition der Begriffe «Allgemeinarzt/-ärztin» und «Facharzt/-ärztin» zu erklären. Theoretisch müsste die Zahl der Konsultationen in der SGB höher sein, da hier auch die Konsultationen im Zusammenhang mit anderen Versicherungen als der obligatorischen Krankenversicherung berücksichtigt sind – zum Beispiel jene im Zusammenhang mit der Unfallversicherung – tatsächlich erscheinen sie jedoch deutlich zu niedrig. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass Personen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen mit der SGB nicht erreicht werden konnten und deshalb unterrepräsentiert sind.

6.2 Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen

Dieser Bericht fokussiert auf Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Präventivmassnahme gemacht haben, d.h. es wird die jährliche Häufigkeit dieser Art von Untersuchungen analysiert. Wenn Empfehlungen bestehen, kann diese Häufigkeit dann mit der angestrebten Abdeckung verglichen werden, die dem Kehrwert der empfohlenen Häufigkeit entspricht: Wenn alle drei Jahre eine Vorsorgeuntersuchung empfohlen wird, beträgt die angestrebte jährliche Abdeckung innerhalb einer Zielgruppe 33 % der kontrollierten Personen.

Die Durchführung der verschiedenen Untersuchungen wird nach Art der Zielerkrankung dargestellt: chronische Erkrankungen, Krebs und Grippe.

6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten

In Tabelle 6.3 sind die Personen aufgeführt, die sich in den zwölf Monaten vor der Befragung verschiedenen Untersuchungen unterzogen haben. Solche Untersuchungen erfolgen in zwei verschiedenen Situationen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht unterschieden werden. In beiden Fällen handelt es sich um Präventionsmassnahmen, die Begriffe werden im nachfolgenden Text entsprechend gleichwertig verwendet.

Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Blutdruck		Blutzucker		Cholesterin	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		70,5	75,8	44,7	50,9	50,8	54,5
Geschlecht	Frauen	76,3	81,0	49,2	54,3	54,9	57,1
	Männer	64,4	70,2	40,0	47,4	46,9	51,9
Altersgruppen	15–39 Jahre	60,7	66,3	35,3	37,8	41,1	43,2
	40–64 Jahre	74,7	78,1	46,1	52,0	51,0	53,6
	65+ Jahre	89,8	91,3	74,4	76,5	76,4	74,2
Bildung	Obligatorische Schule	76,8	80,8	56,9	62,9	62,2	66,8
	Sekundarstufe II	67,5	75,7	43,4	51,1	51,0	54,3
	Tertiärstufe	73,1	73,7	40,4	45,0	43,1	48,9
Nationalität	Schweiz	70,7	76,3	44,4	51,1	50,4	54,4
	Ausland	69,3	73,8	46,1	50,2	53,5	54,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	66,2	73,3	42,3	48,0	48,8	52,1
	CHF 3000 bis 4499	77,2	77,9	50,1	55,1	55,9	57,2
	CHF 4500 bis 5999	74,3	77,0	48,4	51,4	48,6	55,5
	CHF 6000 und höher	73,9	77,3	49,7	49,6	55,2	51,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	69,7	76,4	44,4	51,8	50,3	55,3
	Land	71,4	74,3	45,0	48,6	51,4	52,4
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	68,5	73,5	41,2	47,4	47,6	51,1
	mittel bis sehr schlecht	86,5	91,9	73,9	76,2	73,4	75,7
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	66,7	70,1	36,4	45,8	43,9	50,1
	einige	67,3	76,2	44,5	50,6	49,1	53,7
	starke	85,1	83,7	57,8	59,8	65,5	62,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	72,3	77,8	46,5	53,6	53,9	56,9
	nein	55,1	61,3	30,6	31,3	21,5	34,2
Regionaler Vergleich	Freiburg	70,5		44,7		50,8	
	Schweiz	75,8*		50,9		54,5*	
	Bern	75,8*		52,1*		55,2	
	Waadt	71,9		50,0*		56,3*	
	Espace Mittelland	75,0*		51,0		55,2*	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Blutdruck: n=935 (FR), n=17'638 (CH); Blutzucker: n=892 (FR), n=16'817 (CH); Cholesterin: n=765 (FR), n=14'639 (CH)

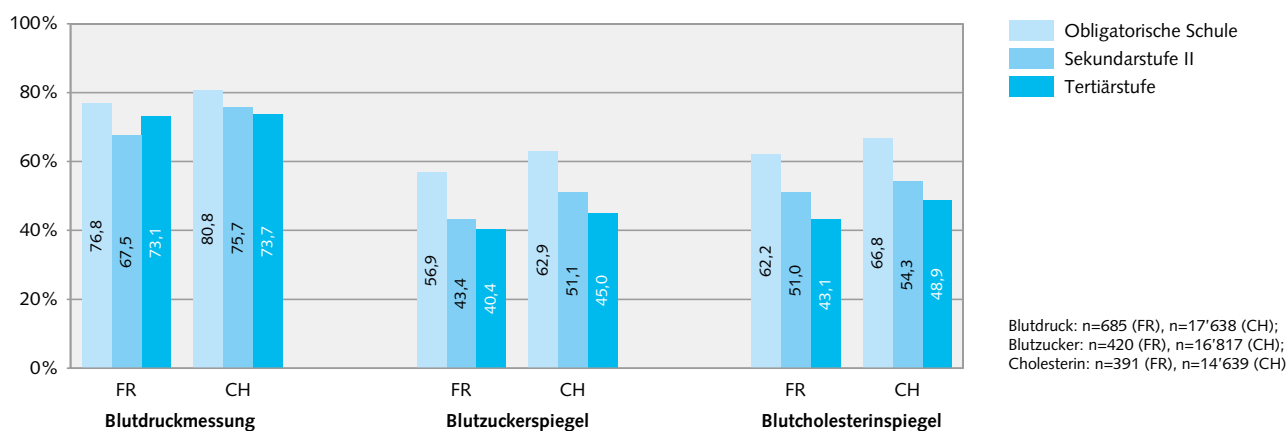
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Hier werden nicht die gleichen Altersgruppen verwendet wie in den Tabellen 6.1 und 6.2, da für gewisse Fragen in der Erhebung eine Altersgrenze festgelegt worden war.

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.6



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

- Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes; dabei handelt es sich um primäre Prävention.
- Medizinische Behandlung von Herz-Kreislauf- oder anderen Erkrankungen; hier werden die Risikofaktoren bei Erkrankten kontrolliert, was sekundären Präventionsmassnahmen entspricht.

Freiburger/innen führen weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten durch als Schweizer/innen

Insgesamt wurde der Blutdruck bei über zwei Dritteln der Freiburgerinnen und Freiburger kontrolliert, der Blutzuckerspiegel wurde bei zwei Fünfteln und der Blutcholesterinwert bei der Hälfte der Bevölkerung untersucht. Die drei berücksichtigten Untersuchungen wurden bei der Freiburger Bevölkerung weniger häufig durchgeführt als im schweizerischen Durchschnitt (bei den Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen sind die Unterschiede signifikant). Bei den Männern ist der Unterschied ausgeprägter als bei den Frauen, mit Ausnahme der Blutdruckkontrollen, wo er minim ist. So ist der Anteil der Freiburger, die angaben, dass ihr Blutzuckerspiegel oder ihr Blutdruck kontrolliert wurde, um 7,4 bzw. 4,6 Prozentpunkte tiefer als derjenige der Schweizer. Bei den Personen über 65 Jahren verringern sich diese Unterschiede. In dieser Gruppe geben drei Viertel an, dass der Blutzucker- oder Cholesterinwert einmal kontrolliert wurde, und neun von zehn Personen erwähnen, dass sie ihren Blutdruck kontrollieren liessen.

Die ausländischen Staatsangehörigen lassen etwas weniger häufig als die schweizerischen den Blutdruck, aber etwas häufiger den Blutzuckerspiegel oder den Cholesterinspiegel kontrollieren (nicht signifikant). Diese Unterschiede sind im Kanton ausgeprägter als in der Schweiz insgesamt (nicht signifikant). Auffallend ist auch, dass der Anteil der Personen, die sich einer Kontrolle unterzogen, in der Personengruppe mit Hausarzt bzw. Hausärztin grösser ist (15% bis 30%).

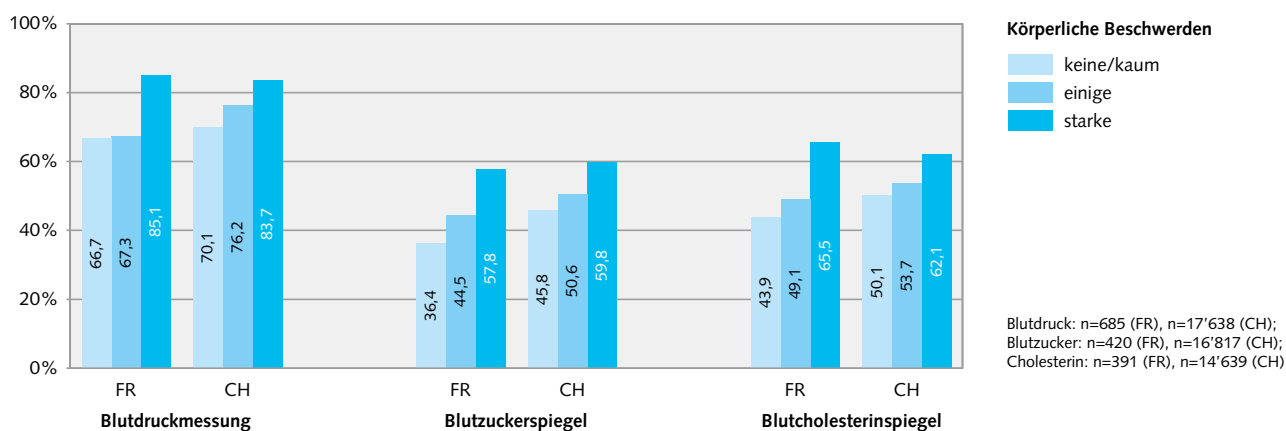
Der Abdeckungsgrad von Vorsorgeuntersuchungen sinkt mit höherer Bildung

Personen ohne nachobligatorische Schulbildung gaben häufiger an, dass bei ihnen solche Untersuchungen durchgeführt wurden, als Personen mit einem Abschluss auf Sekundar- oder Tertiärstufe (Abb. 6.6). Dieser Unterschied ist sowohl auf Ebene des Kantons als auch der Schweiz zu beobachten (in Bezug auf den Blutdruck ist er auf der Ebene des Kantons Freiburg nicht signifikant). In Tabelle 6.3 sind die grössten Unterschiede gegenüber der Schweiz bei den Freiburgern mit einem Abschluss der Sekundarstufe II festzustellen, doch diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Da kranke Personen im Rahmen einer Behandlung sich eher einer Kontrolle unterziehen, kann der Unterschied hinsichtlich Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen nach Bildungsniveau auch dadurch erklärt werden, dass die Bevölkerungsgruppe mit höherer Bildung einen besseren Gesundheitszustand ausweist. Denn bei Personen mit starken Beschwerden werden

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

diese Untersuchungen häufiger durchgeführt als bei den Personen, die wenige oder keine körperlichen Beschwerden angeben (Abb. 6.7).

6.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

In Tabelle 6.4 ist ersichtlich, welche Personen sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen haben. Diese Personen sind nach soziodemografischen Merkmalen auf *gesamtschweizerischer Ebene* aufgeschlüsselt, da die Freiburger Stichprobe für eine spezifische Untersuchung zu klein ist (zum Beispiel wurden in der Befragung 57 Freiburgerinnen erfasst, die sich im Verlauf des Jahres einer Mammografie unterzogen hatten). Mit Fokus auf die jährliche Inzidenz der Vorsorgeuntersuchungen sind die Stichproben kleiner und die Analysen nach Untergruppen (zum Beispiel nach Altersgruppen) nur beschränkt möglich. Mit diesem Ansatz kann auch nicht geprüft werden, wie häufig (jährlich, alle zwei Jahre usw.) sich die Personen einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen, und es kann somit nicht genau festgestellt werden, ob gewisse Bevölkerungsgruppen zu oft untersucht werden. Die Analyse beschränkt sich auf die *gesamtschweizerische Ebene*.

Fast die Hälfte der unter 40-jährigen Frauen liess im Jahr vor der Befragung eine *Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung* durchführen. Dieser Wert sinkt signifikant mit steigendem Alter auf eine von fünf Frauen bei den über 65-Jährigen. Gemäss Empfehlungen des Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz 2005–2010, sollten Frauen zwischen 26 und 60 Jahren alle drei Jahre

eine solche Untersuchung durchführen lassen, was einer jährlichen Abdeckung von 33 % entspricht. Die beobachtete Abdeckung scheint somit befriedigend zu sein. Aussagen bezüglich Abdeckungsgrad von spezifischen Risikogruppen würden genauere Analysen benötigen.

Jede fünfte Frau im Alter von mindestens 50 Jahren liess im Jahr vor der Befragung eine *Mammografie* machen, bei den über 64-Jährigen war es noch etwa jede sechste. Die Mammografie-Programme empfehlen im Allgemeinen eine Untersuchung im Abstand von zwei Jahren. Die angestrebte jährliche Abdeckung liegt damit bei 50 %.

Bei den Männern zwischen 40 und 64 Jahren liess ein Fünftel die *Prostata untersuchen*, bei den über 65-Jährigen betrug dieser Anteil zwei Fünftel. Männer aus städtischen Gebieten lassen sich signifikant häufiger kontrollieren als Männer aus ländlichen Gebieten. Für diese Untersuchungen gibt es noch keine klaren Empfehlungen zur Häufigkeit, weshalb sich kein Wert für die angestrebte jährliche Abdeckung errechnen lässt.

Der sozioökonomische Gradient ist ausgeprägter bei der Gebärmutterhalsvorsorgeuntersuchung als bei derjenigen für Brust- oder Prostatakrebs

Personen mit einem Sekundar- oder Tertiärabschluss unterziehen sich häufiger einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs. Diese Tendenz ist auch bei der Vorsorgeuntersuchung für Prostatakrebs festzustellen, allerdings weniger ausgeprägt (nicht signifikant). Hingegen lassen Frauen ohne

Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Frauen (ab 20)		Männer (ab 40)
		Gebärmutterhalskrebs (Abstrich)	Brustkrebs (Mammografie)	Prostatakrebs
Total		42,7	13,1	25,6
Altersgruppen¹	15–39 Jahre	49,2	3,3	–
	40–64 Jahre	47,5	19,3	19,5
	65+ Jahre	21,9	15,3	41,8
Bildung	Obligatorische Schule	27,3	15,5	21,1
	Sekundarstufe II	44,0	12,9	25,2
	Tertiärstufe	49,0	12,1	26,8
Nationalität	Schweiz	42,1	13,3	26,6
	Ausland	45,7	12,5	20,8
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	42,3	10,7	19,1
	CHF 3000 bis 4499	40,8	13,5	27,6
	CHF 4500 bis 5999	46,8	15,5	29,9
	CHF 6000 und höher	48,2	14,5	28,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	44,2	13,9	27,1
	Land	38,3	11,0	21,6
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	43,9	12,2	23,9
	mittel bis sehr schlecht	35,1	18,7	35,9
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	40,3	12,0	23,7
	einige	43,9	13,7	25,9
	starke	43,2	13,5	30,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	42,5	13,8	27,4
	nein	43,7	8,5	7,4

		Gebärmutterhalskrebs (Abstrich)	Brustkrebs (Mammografie)		Prostatakrebs
		Frauen ab 20	Frauen ab 20	Frauen ab 50	Männer ab 40
Regionaler Vergleich	Freiburg	39,1	19,0	38,2	19,8
	Schweiz	42,7	13,1*	21,3*	25,6*
	Bern	40,4	11,6*	17,3*	24,8
	Waadt	39,6	19,2*	33,7*	22,7
	Espace Mittelland	39,4	13,1*	20,9*	23,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=9364; Mammografie (ab 20 Jahren): n=9467; Prostatakrebs: n=5152

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

¹ Die Frage zur Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen wurde nur Männern ab 40 Jahren gestellt.

nachobligatorischen Schulabschluss häufiger eine Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs durchführen (nicht signifikant).

Personen mit Hausarzt/-ärztin führen häufiger Brust- und Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen durch

Der Anteil der Personen, die Vorsorgeuntersuchungen für Prostata- oder Brustkrebs durchführen liessen, ist signifikant höher in der Personengruppe mit Hausarzt oder Hausärztin. Dies gilt allerdings nicht für die Gebärmutterhalskrebs-Untersuchung, da diese im Allgemeinen in einer gynäkologischen Praxis erfolgt.

Freiburgerinnen unterziehen sich häufiger Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen als Schweizerinnen

Im Vergleich zur Schweiz weist Freiburg einen höheren Anteil von Frauen auf, die Vorsorgeuntersuchungen auf Brustkrebs vornehmen liessen. Bei den Frauen über 50 Jahren trifft dies auf alle Kantone der lateinischen Schweiz zu, was auf die Einführung der Früherkennungsprogramme zurückzuführen ist, während der Abdeckungsgrad in den Deutschschweizer Kantonen tiefer ist. Hingegen ist der Anteil der Personen, die sich Vorsorgeuntersuchungen für Prostatakrebs unterzogen, im Kanton Freiburg signifikant tiefer als in der Schweiz (19,8% vs. 25,6%).

Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat)

	FR	CH
Frauen ab 20 Jahren		
Gebärmutterhalskrebs	39,1	42,7
Brustkrebs (Mammografie)	19,0	13,1*
Männer ab 40 Jahren		
Prostatakrebs	19,8	25,6*
Alle ab 40 Jahren		
Hautkrebs	10,3	11,2
Dickdarmkrebs	(4,8)	8,4*

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=483 (FR), n=9364 (CH); Mammografie: n=487 (FR), n=9467 (CH); Prostatakrebs: n=253 (FR), n=5152 (CH); Hautkrebs: n=943 (FR), n=11'957 (CH); Dickdarmkrebs: n=566 (FR), n=11'825 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg ($p < 0,05$)

In Tabelle 6.5 wird der Anteil der Personen über 20 Jahren im Kanton Freiburg und in der Schweiz verglichen, die nach eigenen Angaben bestimmte Krebsvorsorgeuntersuchungen durchführen liessen. Der Abdeckungsgrad der Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs ist bei den Freiburgerinnen tiefer als bei den Schweizerinnen (39,1% vs. 42,7%; nicht signifikant), während für die Mammografien das Umgekehrte gilt.

Der Anteil der Personen, bei denen im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung für Dickdarmkrebs durchgeführt wurde, ist gering. Ab 40 Jahren unterzieht sich rund ein Zehntel der Bevölkerung einer Vorsorgeuntersuchung für Hautkrebs. Diese Anteile sind im Kanton Freiburg für Hautkrebs (10,3% vs. 11,2%; nicht signifikant) wie für Dickdarmkrebs (4,8% vs. 8,4%) tiefer als in der Schweiz. Im letzteren Fall ist bei der Interpretation der Resultate Vorsicht geboten, da weniger als 30 Beobachtungen vorliegen.

6.2.3 Grippeprävention

Über 65-Jährige lassen sich im Kanton Freiburg tendenziell häufiger impfen als im schweizerischen Durchschnitt

Insgesamt gaben 13,9% der Freiburger Bevölkerung an, gegen die Grippe geimpft zu sei. Damit liegt die Impfquote im Kanton Freiburg unter dem schweizerischen Durchschnitt von 16,7% (Tab. 6.6). Zielgruppe dieser Impfung sind vor allem Personen im Alter von über 65 Jahren, die sich jährlich impfen lassen sollten.⁸³ In dieser Zielgruppe

ist die Durchimpfung im Kanton Freiburg um fast 5% höher als in der Schweiz, doch dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. So ist etwas weniger als die Hälfte der Freiburger Bevölkerung zwischen 65 und 74 Jahren vor der Grippe geschützt. Ab 75 Jahren geben im Kanton Freiburg und in der gesamten Schweiz fast drei von fünf Personen an, geimpft zu sein. Der Wert für den Kanton Freiburg muss aber mit Vorsicht interpretiert werden, da er auf einer Fallzahl von $n < 30$ beruht.

Wird die Durchimpfung für die gesamte Bevölkerung betrachtet, lässt sich der zwischen dem Kanton und der Schweiz festgestellte Unterschied gleichermassen den Freiburgerinnen wie den Freiburgern zuschreiben: Der Anteil der geimpften Personen ist im Kanton Freiburg bei beiden Geschlechtern geringer als in der Schweiz. Im schweizerischen Durchschnitt ist der Anteil der Geimpften bei Personen mit einem Diplom auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe um fast 10% niedriger als bei denjenigen ohne nachobligatorische Schulbildung. Überdurchschnittlich häufig lassen sich Personen impfen, die einen Hausarzt/eine Hausärztin haben oder die ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht einstufen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass die Impfung für chronisch Kranke empfohlen wird.

Für alle diese Massnahmen (Vorsorgeuntersuchungen für Haut-, Prostata-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Grippeimpfung) sind die zwischen 2002 und 2007 beobachteten Veränderungen für die Schweiz nicht signifikant; dasselbe gilt für den Kanton Freiburg, mit Ausnahme der Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Brustkrebs.

⁸³ Gemäss Empfehlungen zur Grippeimpfung des Bundesamtes für Gesundheit (2007b) in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen

Tab. 6.6 Grippeimpfung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		FR	CH
Total		13,9	16,7
Geschlecht	Frauen	14,1	16,7
	Männer	13,9	16,7
Altersgruppen	<65 Jahre	9,2	9,6
	65–74 Jahre	46,4	42,5
	75+ Jahre	(58,5)	57,8
Bildung	Obligatorische Schule	(19,2)	24,9
	Sekundarstufe II	12,3	15,3
	Tertiärstufe	14,6	16,6
Nationalität	Schweiz	14,9	17,2
	Ausland	.	13,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	13,6	14,3
	CHF 3000 bis 4499	11,6	18,6
	CHF 4500 bis 5999	(16,4)	16,4
	CHF 6000 und höher	(17,2)	18,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	15,1	17,8
	Land	12,4	13,8
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	11,1	14,2
	mittel bis sehr schlecht	39,3	35,6
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	12,0	13,7
	einige	13,1	17,1
	starke	16,8	21,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	14,9	17,7
	nein	.	9,1
Regionaler Vergleich	Freiburg		13,9
	Schweiz		16,7*
	Bern		16,6
	Waadt		21,0*
	Espace Mittelland		16,2

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=768 (FR), n=14'143 (CH)

. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

6.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen

In diesem Teil werden die soziodemografischen Merkmale der Personen beschrieben, die angaben, in den zwölf Monaten vor der Befragung Leistungen der Komplementär- oder Alternativmedizin (KAM) bezogen zu haben. Zur Vereinfachung des Texts wird lediglich der Begriff der Komplementärmedizin verwendet. In Tabelle 6.7 wird nach Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen einerseits und nicht-ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten andererseits unterschieden. Anschliessend werden die relative Bedeutung und die durchschnittliche Anwendungshäufigkeit der verschiedenen Formen der Komplementärmedizin untersucht. Bei der Interpretation der Daten in diesem Teil ist zu berücksichtigen, dass die Stichproben sehr klein sind, weil diese auf dem schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung basiert. Zudem ist

aufgrund der Formulierung in der Befragung nicht ersichtlich, ob jemand gleichzeitig ärztliche und nicht-ärztliche KAM-Leistungen nutzte.

Freiburgerinnen lassen sich häufiger komplementärmedizinisch behandeln als Schweizerinnen

Die Inanspruchnahme dieser medizinischen Behandlungsmethoden ist stark vom Geschlecht abhängig. Frauen lassen sich etwa doppelt so häufig komplementärmedizinisch behandeln wie Männer. Freiburgerinnen beanspruchen häufiger Komplementärmedizin von einem ärztlichen Therapeuten/einer ärztlichen Therapeutin als Schweizerinnen (17,5% vs. 13,6%) nicht signifikant).

Der Vergleich der Inanspruchnahme im Kanton Freiburg mit der gesamten Schweiz zeigt, dass eine höhere Nutzung stärker den Freiburgerinnen als den Freiburgern zuzuschreiben ist und dass bei der Inanspruchnahme von

Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		KAM bei Arzt/Ärztin		KAM bei nicht-ärztlichem/r Therapeuten/in	
		FR	CH	FR	CH
Total		13,5	10,3	13,4	12,8
Geschlecht	Frauen	17,5	13,6	16,0	17,4
	Männer	8,8	6,7	10,5	7,8
Altersgruppen	15–39 Jahre	19,2	11,6	12,6	11,7
	40–64 Jahre	(10,2)	10,5	15,5	15,4
	65+ Jahre	.	6,5	.	8,4
Bildung	Obligatorische Schule	.	7,4	.	7,7
	Sekundarstufe II	13,5	9,9	11,9	11,9
	Tertiärstufe	16,6	12,0	20,7	16,5
Nationalität	Schweiz	13,5	10,5	14,4	13,3
	Ausland	.	9,1	.	10,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	14,0	10,4	13,3	12,1
	CHF 3000 bis 4499	(9,9)	10,3	(12,6)	12,9
	CHF 4500 bis 5999	(17,4)	10,1	(16,4)	14,0
	CHF 6000 und höher	(16,1)	9,9	(17,1)	14,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	15,6	10,5	13,3	13,1
	Land	11,0	9,7	13,6	12,2
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	13,0	9,7	13,7	12,6
	mittel bis sehr schlecht	(18,2)	15,1	.	15,2
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	13,5	10,6	13,7	12,8
	nein	(13,2)	7,9	(11,5)	13,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=720 (FR), n=13'154 (CH)

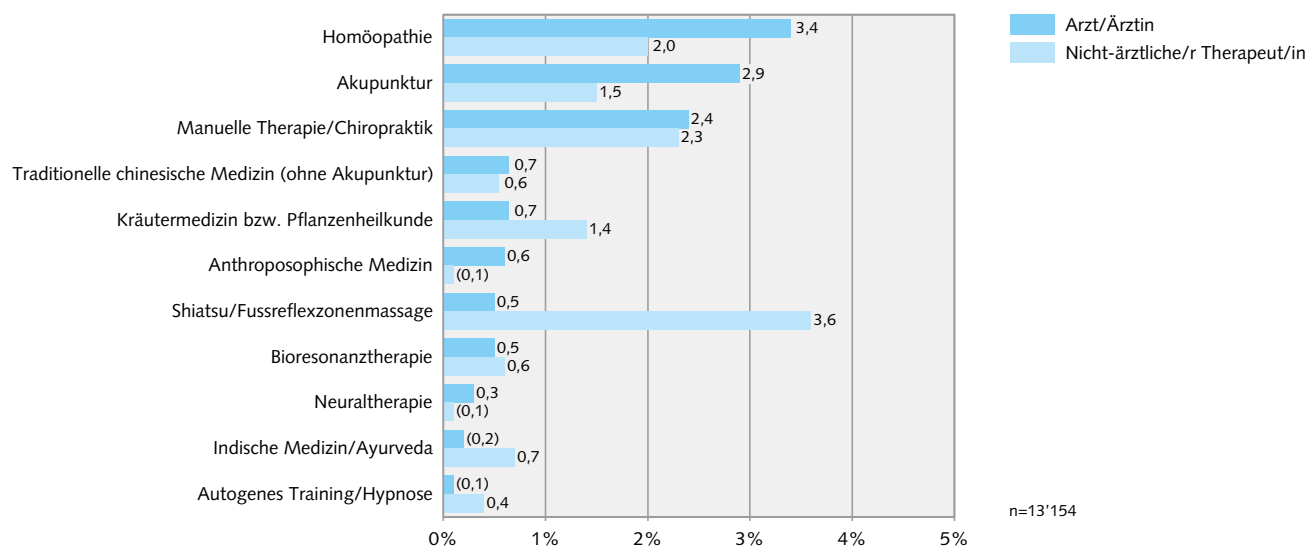
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin

Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung)

Abb. 6.8



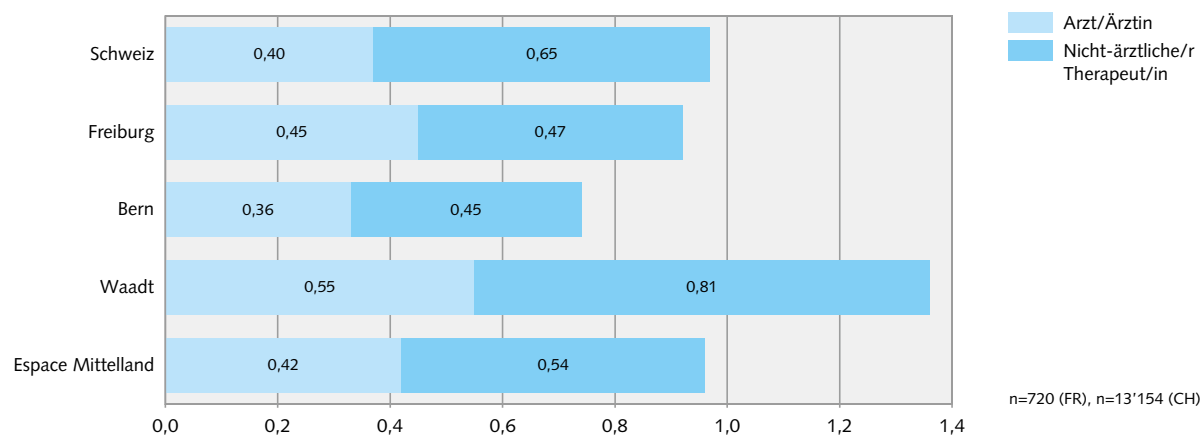
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen pro Einwohner/in nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.9



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Ärztinnen und Ärzten grössere Unterschiede bestehen als in Bezug auf die nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten (nicht signifikant). Es scheint ein Altersgradient zu bestehen, mit einem höheren Anteil bis zum Alter von 40 Jahren, was auf einen Kohorteneffekt zurückzuführen sein könnte. Da für die Altersgruppe ab 65 Jahren für den Kanton Freiburg keine ausreichende Zahl von Beobachtungen vorliegt, ist die Interpretation der Resultate zu dieser Bevölkerungsgruppe nur für die Schweiz möglich.

Am häufigsten werden in der Schweiz Homöopathie, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie verwendet (Abb. 6.8). Bemerkenswert ist der Anteil an Personen, die angegeben haben, Shiatsu und Fussreflexzonenmassagen bei einem/r nicht-ärztlichen Therapeuten/in in Anspruch genommen zu haben.

Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden ist allgemein abhängig vom Geschlecht, der Bildung und dem Gesundheitszustand: Frauen in der Schweiz verwenden rund doppelt so häufig KAM als Männer, sowohl bei Ärzten/innen als auch

bei nicht-ärztlichen Therapeuten/innen. Dasselbe Bild zeigt sich bei den Bildungsniveaus: Von den Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss beanspruchen rund doppelt so viel KAM wie Personen ohne nachobligatorische Schulbildung. Ausserdem wird KAM häufiger von Personen beansprucht, die starke körperliche Beschwerden haben und bei denen das gesundheitliche Wohlbefinden eher schlecht ist. Hingegen spielen Faktoren wie Urbanisierung (Stadt/Land) weniger eine Rolle, ebenso das Einkommen.

Die Intensität der Nutzung der Komplementärmedizin ist im Kanton Freiburg, wo die Hälfte dieser Konsultationen von nicht-ärztlichen Therapeuten und Therapeutinnen erbracht werden, etwas geringer. Im Vergleich zur Schweiz sowie zum Kanton Bern besteht bei der Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Therapeuten und Therapeutinnen ein signifikanter Unterschied (Abb. 6.9). Es zeigt sich, dass in Bezug auf die Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Therapeuten und Therapeutinnen grössere Abweichungen zwischen den Kantonen feststellbar sind.

6.4 Inanspruchnahme von Spitalleistungen

Bei den Spitalleistungen wird zwischen stationären Leistungen im Rahmen von Hospitalisationen und ambulanten Leistungen mit Konsultationen in Polikliniken und Notaufnahmen unterschieden.

Fast jede zehnte Person (9,5%) im Kanton Freiburg wurde im Jahr vor der Befragung mindestens einmal hospitalisiert, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 14,3 Tage betrug (Tab. 6.8). Diese Werte decken sich weitgehend mit den Zahlen der Medizinischen Statistik 2007 des BFS (Eigenanalyse). 2007 wurden gemäss dieser Medizinischen Statistik 13,8% der Freiburger Bevölkerung hospitalisiert, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 11,1 Tagen, während in der Schweiz insgesamt 11% der Bevölkerung in ein Spital eintraten und der Aufenthalt durchschnittlich 7,6 Tage dauerte. Es ist normal, dass in der schweizerischen Befragung tiefere Werte beobachtet werden, da sie das Risiko der Selektion von Personen beinhaltet, die bei besserer Gesundheit und insbesondere nicht hospitalisiert sind.

2007 war der Anteil der Freiburgerinnen, die ambulante Leistungen beansprucht haben, tiefer als jener der Freiburger, während bei den stationären Leistungen das Umgekehrte gilt. Die Männer beanspruchen zwar weniger häufig stationäre Leistungen, sie werden auch weniger lang hospitalisiert als Frauen. Alle diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Erwartungsgemäss steigt die Wahrscheinlichkeit eines Spitalaufenthalts mit zunehmendem Alter. Bei den Personen ab 65 Jahren wurde beinahe jede sechste hospitalisiert, was leicht unter dem gesamtschweizerischen Wert liegt (bei diesen Resultaten ist Vorsicht geboten, da weniger als 30 Beobachtungen vorliegen). Die durchschnittliche Zahl der Hospitalisationstage im Kanton Freiburg höher als in der Gesamtschweiz, unabhängig vom Alter der Patienten/innen (nicht signifikant). Die Wahrscheinlichkeit für einen Spitalaufenthalt ist zwar nicht abhängig vom Lebensraum (Stadt/Land) aber signifikant kleiner für Personen, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin bzw. ein höheres Bildungsniveau haben (nicht signifikant). Im Kanton Freiburg wie in der Gesamtschweiz wurden in den zwölf Monaten vor der Befragung weniger als 10% der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufte, hospitalisiert, gegenüber einem Viertel derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht erachteten.

Die Freiburger Bevölkerung nimmt tendenziell mehr ambulante Spitalleistungen in Anspruch als die Schweizer Bevölkerung

Die Freiburger Bevölkerung beansprucht etwas mehr ambulante Spitalleistungen als der gesamtschweizerische Durchschnitt, aber dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Im Gegensatz zu den 2002 gemachten Beobachtungen scheinen die Freiburger diese Leistungen stärker zu nutzen als die Freiburgerinnen (nicht signifikant).

Wie bei den Spitalaufenthalten ist die Wahrscheinlichkeit bei Personen mit Tertiärabschluss (nicht signifikant) oder ohne Hausarzt bzw. Hausärztin (nicht signifikant) geringer. Auch hier kann es sich um einen Selektionseffekt handeln, da dieser Teil der Bevölkerung möglicherweise bei besserer Gesundheit ist.

Zwischen 2002 und 2007 hat sowohl der Anteil der Freiburger Bevölkerung als auch der Anteil der Schweizer Bevölkerung zugenommen, die ambulante Spitalleistungen beansprucht hat (von 11,1% auf 16,8% beziehungsweise von 12,8% auf 16,2%). Diese Unterschiede sind signifikant. Der Rückgang des Anteils der Freiburger Bevölkerung, die stationäre Spitalbehandlungen in Anspruch genommen hat (von 13,5% auf 9,5%), ist ebenfalls signifikant. Auf landesweiter Ebene hat sich dieser Anteil nicht verändert.

Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

		Anteil der Bevölkerung mit ambulanter Spitalbehandlung (inkl. Notfallstation) (in %)		Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung (in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		16,8	16,2	9,5	11,4	14,3	9,8
Geschlecht	Frauen	14,3	15,6	11,2	12,2	16,6	9,5
	Männer	19,5	16,9	7,8	10,5	10,9	10,2
Altersgruppen	<65 Jahre	16,6	15,9	8,4	9,9	8,4	7,9
	65+ Jahre	17,9	17,5	(16,5)	18,0	(32,9)	14,7
Bildung	Obligatorische Schule	21,2	17,3	(14,5)	13,3	(25,9)	12,6
	Sekundarstufe II	16,2	16,1	8,4	11,5	11,0	9,0
	Tertiärstufe	15,5	15,8	(8,6)	10,0	(7,8)	10,0
Nationalität	Schweiz	15,7	16,0	9,1	11,5	15,7	9,9
	Ausland	(23,4)	17,1	(11,6)	10,7	(8,3)	9,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	16,3	16,5	10,1	11,9	6,2	8,7
	CHF 3000 bis 4499	15,6	15,3	(10,9)	11,7	(10,3)	9,7
	CHF 4500 bis 5999	(15,0)	17,0	(10,3)	11,3	(52,0)	14,1
	CHF 6000 und höher	(18,5)	16,3	(8,3)	10,3	(8,4)	8,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,3	17,0	9,2	11,3	21,4	10,0
	Land	16,3	14,1	9,9	11,6	6,6	9,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	15,1	14,2	7,4	9,1	7,8	7,0
	mittel bis sehr schlecht	28,1	29,0	23,8	25,8	27,6	16,4
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	12,4	10,7	(4,4)	8,0	(11,3)	7,4
	einige	17,7	16,0	11,6	10,4	8,6	8,4
	starke	22,0	23,7	(12,9)	16,9	(27,1)	12,5
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	17,3	16,6	9,7	11,8	14,9	10,1
	nein	(13,4)	13,5	(8,1)	8,4	(8,7)	7,6
Regionaler Vergleich	Freiburg	16,8		9,5		14,3	
	Schweiz	16,2		11,4		9,8	
	Bern	16,2		13,3*		8,5	
	Waadt	19,7		9,2		9,0	
	Espace Mittelland	15,9		12,7*		10,2	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1003 (FR), n=18'731 (CH)

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

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg ($p < 0,05$)

Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen tendenziell häufiger im Kanton Freiburg als in der Gesamtschweiz

In der Erhebung wurden die Personen gefragt, ob bei ihnen irgendwann im Leben eine der folgenden Operationen durchgeführt wurde: Hüft-, Knie-, Katarakt-, Knöchel- oder Herzoperation und bei den Frauen eine Gebärmutterentfernung. Die Häufigkeit dieser Operationen ist zu gering, um für den Kanton Freiburg eine

Analyse durchführen zu können. Einzige Ausnahmen sind die kantonale Häufigkeiten der Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen, die in Tabelle 6.9 dargestellt sind.

Der Anteil der Bevölkerung, der sich einer Knieoperation unterzogen hat, ist im Kanton Freiburg höher als in der Schweiz als Ganzes (nicht signifikant). Bei Männern wird dieser Eingriff signifikant häufiger durchgeführt als bei Frauen, was vermutlich mit Sportverletzungen zu erklären ist. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Tab. 6.9 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)

		Kniegelenk		Entfernung der Gebärmutter (Frauen ab 20 Jahren)	
		FR	CH	FR	CH
Total		14,0	12,0	-	-
Geschlecht	Frauen	10,8	9,7	16,7	14,0
	Männer	17,4	14,3	-	-
Altersgruppen	<65 Jahre	13,7	11,0	10,5	9,7
	65+ Jahre	(16,4)	16,6	49,4	35,1
Bildung	Obligatorische Schule	(12,1)	11,4	32,1	22,8
	Sekundarstufe II	13,6	11,5	16,1	15,7
	Tertiärstufe	(16,1)	13,4	.	8,7
Nationalität	Schweiz	14,9	12,8	18,8	16,7
	Ausland	(8,7)	8,1	.	7,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	12,9	11,8	19,1	15,0
	Land	15,3	12,3	13,6	16,0
Regionaler Vergleich	Freiburg		14,0		16,7
	Schweiz		12,0		15,2
	Bern		13,5		18,8
	Waadt		10,3*		11,5*
	Espace Mittelland		12,9		17,2

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Kniegelenk: n=947 (FR), n=17'923 (CH); Entfernung der Gebärmutter: n=480 (FR), n=9380 (CH)

· Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

dürfte die Häufigkeit dieser Operationen in der älteren Bevölkerung aus verschiedenen Gründen unterschätzt werden: Personen, die in Heimen leben, wurden nicht befragt, ältere Menschen sind zudem möglicherweise für ein Telefongespräch weniger verfügbar.

Schliesslich ist die Prävalenz der Gebärmutterentfernung in den folgenden Gruppen im Kanton Freiburg höher als in der ganzen Schweiz: Frauen ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss (nicht signifikant) und über 65-Jährige.

6.5 Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)

Der Einfachheit halber wird der Begriff «Spitex» für alle formellen Hilfs- und Pflegedienste zu Hause verwendet. Hilfe von Angehörigen, Freunden und Nachbarn werden im Begriff «informelle Hilfe» zusammengefasst. Eine kantonale Analyse zur Inanspruchnahme der Spitex oder informeller Hilfe für einzelne Bevölkerungsgruppen ist für den Kanton Freiburg aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht möglich. Die Stichprobe wird noch kleiner,

wenn man sich auf die Zielgruppe für solche Leistungen beschränkt, d.h. pflegebedürftige Personen, die bei mindestens zwei Alltagsverrichtungen (ADL, activities of daily living) eingeschränkt sind und Anrecht auf Hilflosenentschädigung haben (Höpfinger & Hugentobler, 2005).

Wenn die Gewichtungen in der Befragung berücksichtigt werden, hätten in der Schweiz rund 100'000 Personen mindestens zwei eingeschränkte ADL. Tabelle 6.10 veranschaulicht somit die soziodemografischen Merkmale der Empfänger dieser Art von Leistungen in der Schweiz. Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wird im telefonischen Fragebogen erhoben, diejenige informeller Leistungen im schriftlichen Fragebogen.

Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung mit mindestens zwei ADL-Einschränkungen nimmt Spitex-Leistungen in Anspruch

Im Jahr 2007 haben im Kanton Freiburg etwa 3,5% der Bevölkerung Spitex-Dienste bezogen. Dieser Wert ist etwas höher als der Schweizer Durchschnitt (nicht signifikant).

Frauen nehmen doppelt so häufig wie Männer solche Hilfeleistungen in Anspruch, bei der informellen Hilfe ist das Ergebnis allerdings verzerrt: Es scheint, dass die Männer, die von ihrer Ehefrau Unterstützung erhalten, dies häufig nicht erwähnen (Höpfinger & Hugentobler, 2005). Erwartungsgemäss nimmt die Inanspruchnahme der Spitex bei einer Pflegebedürftigkeit und mit zunehmendem Alter stark zu.

Pflegebedürftige Personen beanspruchen sehr häufig informelle Hilfe: Solche Hilfe erhalten zwei Drittel der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren und mehr als drei Viertel der unter 65-Jährigen. Die informelle Hilfe für pflegebedürftige Personen scheint im Alter zurück zu gehen, sie bleibt aber bedeutend (nicht signifikant). Der Rückgang ist vermutlich der Komplexität der Fälle zuzuschreiben, die mit dem Alter zunimmt, sowie dem steigenden Alter der Personen, die diese informelle Hilfe leisten.

Von allen Personen, die Spitex beziehen, tun dies zwei Fünftel vorübergehend. Sie erhalten zur Hälfte Pflegeleistungen und zur Hälfte Haushalthilfe (in der Befragung ist nicht definiert, was unter einer vorübergehenden bzw. einer regelmässigen Betreuung zu verstehen

ist). Bei den pflegebedürftigen Bezügerinnen und Bezüger von Spitex hingegen handelt es sich in neun von zehn Fällen um regelmässige Hilfe, wobei drei von vier Personen Pflegeleistungen und die Hälfte Haushalthilfe beanspruchen.

Obwohl einige Männer vergessen, bei der *informellen Hilfe* ihre Ehefrau/Partnerin zu erwähnen, werden diese am häufigsten für Hilfeleistungen beansprucht (Abb. 6.10). In der ganzen Schweiz leisten somit rund 40'000 Frauen informelle Hilfe für ihren Ehemann oder Partner.

Betrachtet man ausschliesslich die Bevölkerung, die eine Pflegebedürftigkeit angibt, ist festzustellen, dass ein Viertel dieser Personen keine Hilfe erhält, während die Hälfte ausschliesslich auf informelle Hilfe zählen kann (Ergebnisse sind nicht dargestellt). Allerdings ist hier anzumerken, dass sich an der Befragung vor allem Personen beteiligten, die selbständig telefonieren können und dass deshalb die Unabhängigkeit der älteren Bevölkerung überschätzt wird.

Schliesslich erhalten von den Personen, die Spitex-Leistungen empfangen, 94,1% auch informelle Hilfe, während lediglich 30,3% der Personen mit informeller Hilfe auch die Spitex beanspruchen.

Tab. 6.10 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Schweiz		Schweiz		Freiburg
		Spitex-Dienste		Informelle Hilfe		Informelle Hilfe
		Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL	Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL	Ganze Bevölkerung
Total		2,5	29,1	8,8	73,3	5,8
Geschlecht	Frauen	3,6	36,1	10,8	81,5	6,9
	Männer	1,4	20,3	5,8	68,5	(4,7)
Altersgruppen	<65 Jahre	1,2	20,7	7,5	79,1	4,9
	65+ Jahre	8,3	39,8	12,3	68,1	(13,6)
Bildung	Obligatorische Schule	4,7	27,3	11,3	(67,0)	.
	Sekundarstufe II	2,4	32,0	8,0	80,8	5,8
	Tertiärstufe	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)	(5,3)
Regionaler Vergleich	Freiburg		3,5		5,8	
	Schweiz		2,5		8,8*	
	Bern		2,3		8,0*	
	Waadt		4,3		10,7*	
	Espace Mittelland		2,6		8,3*	

Quelle: Spitex und BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Spitex-Dienste: n=14'386 (CH); informelle Hilfe: n=756 (FR), n=14'068 (CH)

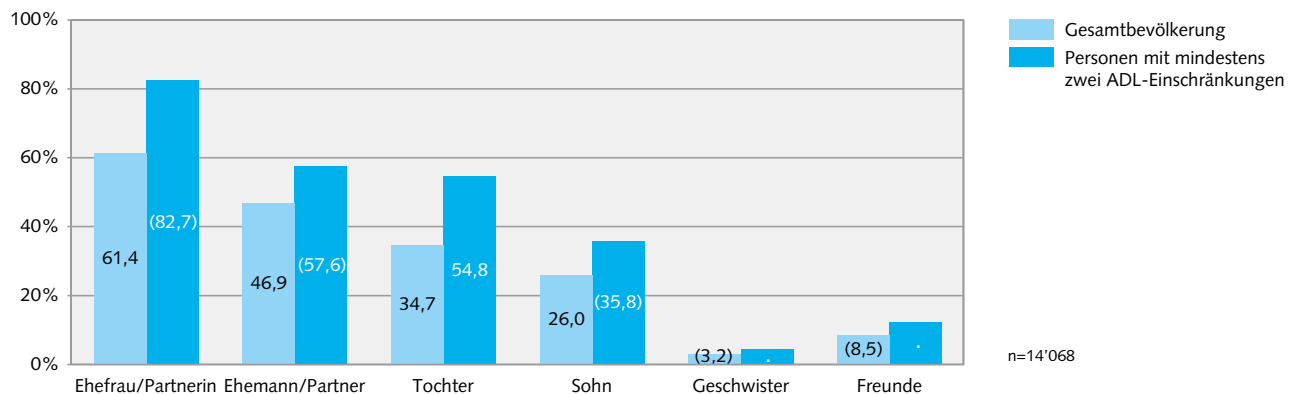
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert unterscheidet sich signifikant vom Wert des Kantons Freiburg (p<0,05)

ADL (Activities of daily Living): Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich anziehen, sich in der Wohnung bewegen, Aufstehen, auf die Toilette gehen, sich ernähren.

Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007

Abb. 6.10



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Die verschiedenen Hilfsquellen sind kumulierbar, da gewisse Personen in den zwölf Monaten vor der Befragung Unterstützung von mehreren Personen erhielten. Diese Ergebnisse müssen vorsichtig interpretiert werden, weil die Stichprobe der Personen mit zwei und mehr ADL weniger als 30 Beobachtungen umfasst, ausser für die Kategorie der Töchter

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6.6 Zusammenfassung

Dieses Kapitel ist der Frage gewidmet, in welchem Umfang die Freiburger Bevölkerung verschiedene Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. In Bezug auf Arztbesuche wurden zwischen dem Kanton Freiburg und der Schweiz keine sehr ausgeprägten Unterschiede festgestellt. Zudem sind die beobachteten Unterschiede oft statistisch nicht signifikant. Die wichtigste Ausnahme ist die Inanspruchnahme des Hausarztes bzw. der Hausärztin: Dieser Wert ist im Kanton Freiburg signifikant tiefer als in der Schweiz. Die Nutzung von Facharztpraxen ist in Freiburg mit den Verhältnissen auf Gesamtschweizer Ebene vergleichbar; dasselbe gilt für die Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen.

In Bezug auf Arztbesuche bestehen im Kanton Freiburg nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Wird nur die Gruppe betrachtet, die Arztpraxen aufsucht, sind vor allem bei den Personen über 65 Jahren Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Freiburger suchen ab diesem Alter häufiger eine Arztpraxis auf als Freiburgerinnen; dies gilt sowohl für Hausarzt- wie für Facharztpraxen.

Dieses Verhältnis lässt vermuten, dass die Hausärzte bzw. die Hausärztinnen, die in jedem Alter die am stärksten beanspruchte Berufskategorie darstellen, eine wichtige Rolle spielen. In der Gruppe, die einen Hausarzt oder eine Hausärztin erwähnt, werden häufiger präventive Kontrollen bei chronischen Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Grippeimpfungen durchgeführt.

Trotzdem werden im Kanton Freiburg die Durchführung von Kontroll-/Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Krebs sowie die Durchführung der Grippeimpfung weniger häufig erwähnt als in der Gesamtschweiz; die einzige Ausnahme bildet die Mammografie. Es wären weitere Arbeiten notwendig, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu untersuchen, die sich diesen Massnahmen nicht unterzogen hat: Möglicherweise würden diese Personen am meisten davon profitieren.

Schliesslich nutzen die Freiburgerinnen eher als die Freiburger komplementärmedizinische Leistungen und beziehen diese Leistungen eher von Ärzten und Ärztinnen als von nicht-ärztlichen Therapeuten und Therapeutinnen.

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

Isabelle Sturny und Maik Roth

Die Kosten im Gesundheitswesen sind ein Dauerthema in den Medien und beschäftigen die Öffentlichkeit seit Jahren wegen ihres stetigen Anstiegs. In der Schweiz wurden im Jahr 2007 insgesamt 55,3 Milliarden Franken für Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil von 10,8% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entspricht (BFS, 2009a). Rund 39% dieser Kosten werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, die restlichen 61% werden von den privaten Haushalten als «Out-of-Pocket», dem Staat (v.a. Spitalsubventionen), den Privatversicherungen sowie den weiteren Sozialversicherungen (IV-AHV, UV, MV) bezahlt.

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Freiburger Bevölkerung für den Bereich der OKP betrachtet. Dafür wird der Datenpool von santésuisse – dem Dachverband der Krankenversicherer – für die Jahre 2003 bis 2007 ausgewertet.⁸⁴ Der Datenpool erlaubt eine detaillierte Analyse der Kostenentwicklung nach verschiedenen Leistungserbringern und Leistungsarten. Direkte Vergleiche mit den vorangegangenen Kapiteln des Berichtes sind schwierig, da diese das generelle Gesundheitsverhalten bzw. die Inanspruchnahme aller medizinischer Leistungen behandeln, unabhängig davon, ob von der OKP eine Kostengutsprache erfolgt ist oder nicht.

Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit den OKP-Kosten für die verschiedenen Kategorien der Leistungserbringer. Es wird sowohl auf die Entwicklung der Kosten als auch auf deren Aufteilung eingegangen. Ebenso wird ein regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versicherungsmodelle und die Prämien in der OKP analysiert. Zusätzlich wird kurz die Prämienverbilligung behandelt.

Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool von santésuisse dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich zu machen. Er basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit hat er eine Marktabdeckung von 97,7% der in der Schweiz versicherten Personen. Für den Kanton Freiburg beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2007 auf 97,6%.⁸⁵ Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich⁸⁶ der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich multipliziert. Diese Hochrechnung erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Es handelt sich jedoch nur um eine Schätzung, da angenommen wird, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten. Durch den Beitritt von fünf neuen Krankenversicherern im Jahr 2004 konnte der Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich gesteigert werden. Weil diese neuen Krankenversicherer vorwiegend junge und damit wenig kostenintensive Versicherte verwalten, werden mit der Hochrechnung die Kosten 2003 überschätzt, bzw. das Kostenwachstum zwischen 2003 und 2004 wird zu tief ausgewiesen. Da neue Datenlieferanten ihre Daten nicht rückwirkend liefern können, muss diesem Sachverhalt bei der Interpretation der gesamten Zahlenreihe Rechnung getragen werden. Von dieser Problematik sind vorwiegend die Leistungserbringergruppen betroffen, welche vor allem von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (stationäre Spitalpflege, Spitex, Pflegeheime).

⁸⁴ Da der Datenpool jeweils fünf Jahre rückwirkend aktualisiert wird, werden im Folgenden die Jahre 2003 bis 2007 analysiert.

⁸⁵ Der Abdeckungsgrad des Datenpools beträgt für den Kanton Freiburg 97,4% im Jahr 2003, 99,1% im Jahr 2004, 98,7% im Jahr 2005 und 97,8% im Jahr 2006.

⁸⁶ 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). Der Risikoausgleich ist in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit Einheitsprämien je Versicherer und Prämienregion ein notwendiges Systemelement und soll verhindern, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektion unterlaufen wird.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Im Folgenden werden diese Bruttoleistungen ausgewertet. Weiter ist zu beachten, dass nur diejenigen Leistungen enthalten sind, welche die Versicherten an die Krankenversicherung einsenden oder die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung stellen. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Es ist dabei anzunehmen, dass in Kantonen, in welchen die versicherten Personen hohe Franchisen wählen, die Kosten eher unterschätzt werden als in Kantonen, in welchen tiefe Franchisen vorherrschen. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben über staatliche Beiträge (z.B. Finanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

7.1 Die OKP-Kosten im Kanton Freiburg

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Freiburg über die Jahre 2003 bis 2007 nach Leistungserbringern und Leistungsarten im Vergleich zur Gesamtschweiz untersucht. Ebenfalls wird kurz die Kostenbeteiligung der versicherten Personen behandelt, bevor in einem weiteren Teil auf die regionalen Unterschiede der Pro-Kopf-Kosten eingegangen wird.

Starke Kostenzunahme vor allem im Spitalbereich

Aus Tabelle 7.1 gehen die OKP-Kosten nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten hervor. Insgesamt beliefen sich die Kosten der Freiburger Bevölkerung im Jahr 2003 auf 567,8 Millionen Franken. Im Jahr 2007 betrugen diese Leistungen 709,3 Millionen Franken, was einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 5,7% entspricht. In der Schweiz sind die Kosten in der gleichen Zeitspanne um 4,5% von 18,2 Milliarden Franken auf 21,6 Milliarden Franken gestiegen. Die Kosten der Freiburger Bevölkerung sind in den beobachteten fünf Jahren somit stärker gestiegen als im Schweizer Durchschnitt. Zwischen 2004 und 2005 sind die Kosten der Freiburger/innen mit 7,9% am stärksten gestiegen.

Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich im Kanton Freiburg bei den ambulanten und teilstationären Spitalleistungen (9,8%). Dabei fällt vor allem der Kostenanstieg im Jahr 2005 ins Gewicht: Aufgrund der Tar-

med-Einführung im Jahr 2004 wurden im ambulanten Spitalbereich Rechnungen zurückbehalten, welche im Jahr 2005 nachfakturiert wurden und dementsprechend zu einem erhöhten Kostenanstieg von 15,3% führten. Ein Teil dieses Wachstums kann zusätzlich mit der Verlagerung von Leistungen der Belegärzte/-ärztinnen erklärt werden: Immer mehr Belegärzte/-ärztinnen rechnen ihre Belegarztstätigkeit nicht mehr über ihre eigene Praxis, sondern über das Spital ab. Für das Jahr 2006 ist im ambulanten und teilstationären Spitalbereich eine durchschnittliche Kostenzunahme um 4,8% zu verzeichnen, 2007 haben diese Kosten mit 12,2% wieder überdurchschnittlich zugenommen.

Zwischen 2003 und 2007 haben auch der stationäre Spitalsektor sowie die Kosten für selbstdispensierte Medikamente mit Wachstumsraten von durchschnittlich 7,5% bzw. 8,6% stark zugenommen. In der Spitex ist ebenfalls eine hohe Kostensteigerung (7,1%) zu beobachten, welche aufgrund der geringen absoluten Werte jedoch weniger zu Buche schlägt. Eher durchschnittliche Wachstumsraten sind bei den Kosten für Pflegeheime und Physiotherapien zu verzeichnen, unterdurchschnittliche im Laborbereich, bei den Kosten für Apotheken bzw. Abgabestellen sowie bei den Arztbehandlungen. Der bei den Laboratorien beobachtete Kostenrückgang von 0,3% im Jahr 2006 ist auf die Senkung des Taxpunkt-wertes bei Laboranalysen von einem Franken auf 90 Rappen zurückzuführen.

Ein ähnlicher Verlauf der Kostenentwicklung wie bei den Freiburger Versicherten ist ebenfalls für die Gesamtschweiz zu beobachten: starke Zunahmen in der Spitex (8,1%) und im Spitalbereich (6,4% für ambulante und teilstationäre Leistungen, 5,5% für stationäre Behandlungen), geringe Zunahmen bei den Laboratorien (2,0%) und mit 1,3% deutlich niedrige Zunahmen bei den Arztbehandlungen.

Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Spitalbereich ist aufgrund der hohen Wachstumsraten in beiden Bereichen nicht sehr wahrscheinlich. Insgesamt sind in den beobachteten fünf Jahren die stationären Leistungen für Freiburger Versicherte mit jahresdurchschnittlich 7,0% sogar stärker angestiegen als die OKP-Kosten im ambulanten Bereich (5,1%).⁸⁷

⁸⁷ Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» schliesst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten ein.

Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten
Wohnkanton Freiburg und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF)

Leistungserbringer	Leistungsarten	2003 in Mio. CHF	2004 in Mio. CHF	2005 in Mio. CHF	2006 in Mio. CHF	2007 in Mio. CHF	Anteil am Total in %	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % FR	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % CH
Spitäler	Stationäre Leistungen	128,2	135,1	149,9	161,3	171,2	24,1	7,5	5,5
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	65,9	70,7	81,5	85,5	95,9	13,5	9,8	6,4
	Total Leistungen Spitäler	194,1	205,9	231,4	246,7	267,1	37,7	8,3	5,9
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen	131,0	131,3	131,4	135,3	145,2	20,5	2,6	1,3
	Medikamente	9,6	10,6	11,2	11,3	13,4	1,9	8,6	3,0
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	1,9	10,8	16,9	16,1	18,9	2,7	78,3 ¹	48,2 ¹
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	142,5	152,8	159,5	162,7	177,5	25,0	5,6	3,5
Apotheken und Abgabestellen MiGeL ²		129,6	132,1	136,3	137,8	140,3	19,8	2,0	3,2
Pflegeheime		49,1	51,6	56,5	61,2	61,5	8,7	5,8	3,8
Laboratorien		15,7	15,0	15,6	15,6	15,8	2,2	0,2	2,0
Physiotherapeuten/-therapeutinnen		11,5	11,7	12,4	13,1	14,0	2,0	5,0	3,5
Spitex-Organisationen		8,4	8,4	9,3	10,3	11,1	1,6	7,1	8,1
Übrige Leistungserbringer ³		16,9	18,5	21,6	26,9	22,0	3,1	6,7	4,1
Total		567,8	596,0	642,8	674,4	709,3	100,0	5,7	4,5

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ Die erhöhte Wachstumsrate in der Kategorie «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» ist auf eine Änderung in der Kodierung zurückzuführen: Während bis 2002 Arztsanalysen unter «Behandlungen» subsumiert waren, stellen diese ab 2003/2004 eine neue Kategorie dar, welche im vorliegenden Bericht unter «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» zusammengefasst wird.

² Mittel und Gegenstände

³ Unter «übrige Leistungserbringer» fallen folgende Kategorien: Chiropraktik, Erfahrungsmedizin, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Fürsorge, Hebammen, Heilbäder, Logopädie, Pflegefachpersonen, Qualitop, Transport- und Rettungsunternehmen, Zahnärzte/-ärztinnen, übrige Rechnungssteller und unbekannt.

Höchste Kostenbeteiligung bei den Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die im Jahr 2007 angefallenen Kosten von 709,3 Millionen Franken wurden zu 85,0% von den Krankenversicherern übernommen und zu 15,0% in Form von Kostenbeteiligung⁸⁸ direkt durch die Freiburger Bevölkerung bezahlt. Zwischen 2003 und 2007 ist die Kostenbeteiligung der Freiburger/innen relativ stabil geblieben, allerdings verteilt sie sich unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungserbringer. So wird bei den Laboranalysen und bei den Arztbehandlungen fast ein Viertel der Kosten in Form von Franchise und Selbsthalt von den Versicherten bezahlt, während die Kostenbeteiligung im stationären Spitalbereich mit einem Anteil von 6,9%, in der Spitex mit 5,2% und vor allem im Pflegeheimbereich mit 3,6% deutlich niedriger ausfällt.⁸⁹

⁸⁸ Die Kostenbeteiligung entspricht der Franchise, dem Selbstbehalt sowie dem Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts. Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (sog. Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der Kosten in der OKP und können hier deshalb nicht analysiert werden. Die unterschiedlichen Anteile der Kostenbeteiligung können bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da die Kostenbeteiligung bei den ersten Rechnungen abgezogen wird, die beim Krankenversicherer eintreffen.

onären Spitalbereich mit einem Anteil von 6,9%, in der Spitex mit 5,2% und vor allem im Pflegeheimbereich mit 3,6% deutlich niedriger ausfällt.⁸⁹

Unterdurchschnittliche Freiburger OKP-Kosten

Tabelle 7.2 zeigt die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person im ambulanten und stationären Bereich nach Geschlecht, Alter und Regionen auf. Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Freiburg bei 2691 Franken und waren knapp tiefer als die durchschnittlichen Kosten in der Deutschschweiz. In der Gesamtschweiz wurde im gleichen Jahr 169 Franken mehr pro versicherte Person ausgegeben. Die höchsten Kosten für die ausgewiesenen Kantone fallen mit 3239 Franken im Kanton Waadt an.

⁸⁹ Vgl. vorhergehende Fussnote: Versicherte bezahlen in Pflegeheimen üblicherweise einen hohen Anteil aus eigener Tasche. Diese Kosten werden jedoch nicht als Kostenbeteiligung in der OKP angesehen, sondern gelten als Out-of-Pocket-Leistungen.

Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region
Wohnkanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in CHF)

		Ambulant		Stationär		Total	
		FR	CH	FR	CH	FR	CH
Total		1808	1950	883	910	2691	2860
Geschlecht	Frauen	2050	2212	1039	1064	3089	3276
	Männer	1561	1679	724	750	2285	2429
Altersgruppen	0–15 Jahre	692	738	133	139	825	877
	16–35 Jahre	1058	1049	462	361	1520	1410
	36–50 Jahre	1538	1584	473	438	2011	2022
	51–65 Jahre	2762	2632	910	873	3672	3506
	66+ Jahre	4212	4428	3608	3373	7820	7801
Regionaler Vergleich	Schweiz	1950		910		2860	
	Freiburg	1808		883		2691	
	Bern	1911		1176		3087	
	Waadt	2397		842		3239	
	Espace Mittelland	1902		1061		2963	
	Deutschschweiz	1828		907		2735	
	Französische Schweiz	2251		880		3131	

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Rund ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird im Kanton Freiburg für stationäre Leistungen ausgegeben (883 Franken), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1808 Franken pro versicherte Person). Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten ist im Kanton Freiburg etwas tiefer als in der Gesamtschweiz (68,2%) und deutlich niedriger als in der französischen Schweiz (71,9%). Auffallend ist demgegenüber der Kanton Bern, welcher mit 61,9% einen deutlich tieferen Anteil an ambulanten resp. einen hohen Anteil an stationären Kosten aufweist. Die unterschiedlichen kantonalen Kostenanteile des ambulanten und stationären Sektors sind ziemlich schwierig zu interpretieren, weil im Datenpool die kantonalen Subventionen nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Kosten in der OKP nur bis zu einem Anteil von maximal 50% erfasst (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG).

Frauen haben im Jahr 2007 zwischen 31,3% (ambulant) und 43,5% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Männer.⁹⁰ Je älter die versicherten Personen sind, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Freiburg im Jahr 2007 825 Franken, während eine über 66-jäh-

rige Person Durchschnittskosten von 7820 Franken aufweist. Die Kostenunterschiede zwischen jung und alt sind im stationären Bereich markant. Vor allem in der höchsten Altersgruppe werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen: Dort macht der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten 46,1% aus, während Kinder 16,1% ihrer Kosten in Spitälern und Pflegeheimen verursachen.⁹¹

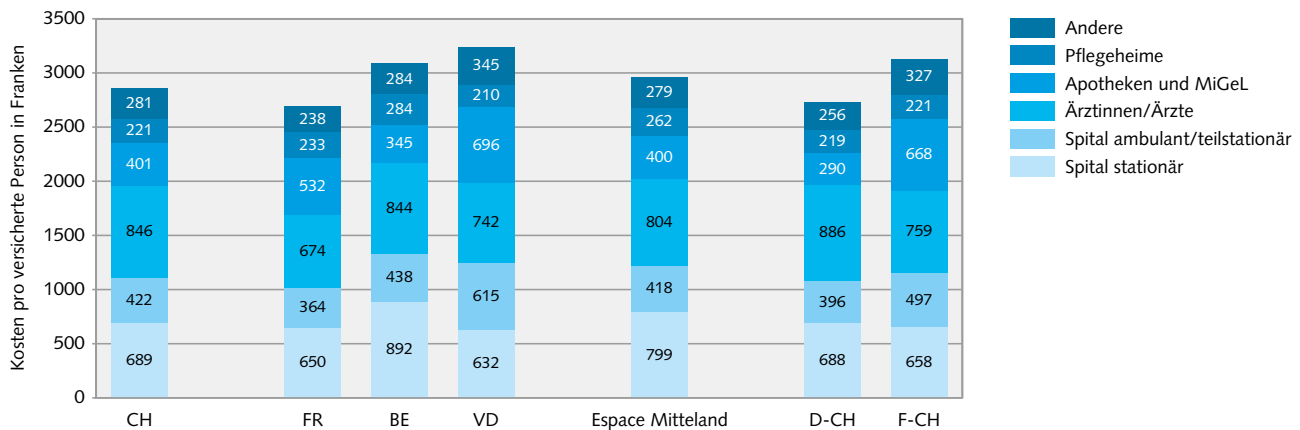
Zwar weist die Freiburger Bevölkerung geringere Pro-Kopf-Kosten auf als im Schweizer Durchschnitt, betrachtet man jedoch die Mittelwerte nach Altersgruppen, so fällt auf, dass die Freiburger/innen vor allem im Alter von 16 bis 35 Jahren sowie zwischen 51 und 65 Jahren höhere Kosten verursachen als die Durchschnittsschweizer/innen. Im stationären Bereich weisen die Freiburger/innen sogar ab dem 16. Altersjahr höhere Pro-Kopf-Kosten auf. Der grösste relative Unterschied in den OKP-Kosten zwischen der Freiburger Bevölkerung und der Gesamtschweiz betrifft die stationären Leistungen der 16- bis 35-Jährigen. Hier werden 28,0% höhere Durchschnittskosten ausgewiesen als im Schweizer Durchschnitt.

⁹⁰ Camenzind und Meier (2004) weisen darauf hin, dass Frauen im OKP-Bereich zwar mehr Leistungen beziehen als Männer, dass die Differenz zu Lasten der Frauen aber zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung sowie die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist.

⁹¹ Zweifel et al. (1999) sowie Werblow et al. (2007) zeigen auf, dass die Gesundheitskosten weit weniger mit dem Alter als vielmehr mit der Nähe zum Tod zusammenhängen.

Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)

Abb. 7.1



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abbildung 7.1 zeigt die Aufteilung der Kosten pro versicherte Person nach Leistungserbringergruppen. Grosse regionale Unterschiede gibt es bei den Arztkosten sowie in der Kategorie Apotheken und Abgabestellen MiGeL, was auf unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen bezüglich Medikamentenabgabe zurückzuführen ist. So ist der Medikamentenverkauf durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) in den Deutschschweizer Kantonen weit verbreitet, weshalb die Kosten in der Kategorie «Ärztinnen/Ärzte» relativ hoch sind. In der französischsprachigen Schweiz sind die Ärztinnen und Ärzte eher rezeptierend, so dass die Kostenanteile in der Kategorie Apotheken und MiGeL in diesen Regionen dementsprechend höher ausfallen. Fasst man die in Apotheken und bei Ärztinnen und Ärzten abgegebenen Medikamente zusammen, so ergeben sich für die Freiburger Bevölkerung Medikamentenkosten von 570 Fran-

ken pro Person. Dieser Betrag liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt (581 Franken). Die höchsten Medikamentenkosten sind mit 688 Franken in der französischen Schweiz zu verzeichnen.

Im Kanton Freiburg fallen im Pflegeheimbereich im Vergleich zur Schweiz überdurchschnittliche Kosten pro versicherte Person an. Diese belaufen sich im Jahr 2007 auf 233 Franken. Demgegenüber weisen die Freiburger/innen deutlich unterdurchschnittliche Kosten im Bereich der ambulanten Spitalleistungen sowie bei den Arztkosten auf. Auch in der Restkategorie der anderen Leistungserbringer fallen die Kosten pro versicherte Person im Kanton Freiburg unterdurchschnittlich aus. Rund zwei Drittel der Leistungen dieser Kategorie werden durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Laboratorien und Spitex-Organisationen erbracht.

7.2 Versicherungsmodelle und Prämien

In diesem Teil wird die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt. Schwerpunkt der Analysen bilden die Prämienausgaben der versicherten Personen im Zusammenhang mit den gewählten Versicherungsmodellen. Auf die Prämienverbilligung wird ebenfalls kurz eingegangen. Vorliegende Werte beziehen sich auf die erwachsenen, im Kanton Freiburg wohnhaften Versicherten.

Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung gewinnt an Bedeutung, liegt aber deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt

Im Kanton Freiburg wählten im Jahr 2007 37,7% der Erwachsenen ein Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise und 54,2% eine wählbare Franchise (vgl. Definition der Versicherungsmodelle im Kasten). Während das Modell mit ordentlicher Franchise seit 2003 an Bedeutung gewonnen hat, ist der Anteil der Freiburger Versicherten mit wählbarer Franchise rückläufig: Hatten 2003 noch 60,5% der Freiburger/innen eine wählbare Franchise, so ist dieser Anteil im Jahr 2007 auf 54,2% zurückgegangen. Das Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung hat demgegenüber in den letzten fünf Jahren an Bedeutung gewonnen: Der Anteil am Total der Versicherten ist dort von 3,0% im Jahr 2003 auf 7,8% im Jahr 2007 gestiegen, liegt aber noch immer deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 14,0%. Zwischen 2003 und 2007 konnten im Kanton Freiburg somit ungefähr 9000 neue Versicherte für diese Versicherungsform gewonnen werden. Der Anteil der anderen Modelle (Capitation-Modell und die Bonusversicherung) ist mit je 0,1% gering und zwischen 2003 und 2007 relativ stabil geblieben.

Franchise von 500 Franken besonders populär

Im Jahr 2007 haben sich 29,6% der Freiburger Versicherten für eine Franchise von 500 Franken entschieden, 17,6% für eine Franchise von 1000/1500 Franken und 6,8% für eine Franchise von 2000/2500 Franken. Gesamtschweizerisch haben 19,6% der Versicherten eine Franchise von 500 Franken gewählt, 14,7% eine Franchise von 1000/1500 Franken und 9,0% eine Franchise von 2000/2500 Franken. Die wählbaren Franchisen sind mit 54,2% der Versicherten im Kanton Freiburg stärker verbreitet als in der Gesamtschweiz (43,6%). Vor allem die tiefe Franchise von 500 Franken wird im Kanton Frei-

burg deutlich häufiger gewählt. Demgegenüber sind das Modell mit ordentlicher Franchise und vor allem die Alternativmodelle mit Anteilen von 40,0% bzw. 16,1% in der Gesamtschweiz populärer als im Kanton Freiburg (37,7% bzw. 8,0%). Besonders die Capitation-Modelle werden von den Freiburger/innen kaum genutzt.

Die aktuellen Franchisengruppen sind seit 2005 in Kraft, so dass ein Zeitvergleich nur ab diesem Jahr möglich ist. Zwischen 2005 und 2007 konnten im Kanton Freiburg die Franchisenstufen 2000/2500 deutlich an Versicherten gewinnen (+134,4%). Demgegenüber ist die Anzahl Versicherter in den anderen Franchisenstufen zurückgegangen (-8,6%) bzw. bei der ordentlichen Franchise stabil geblieben.

Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene:

- Grundversicherung mit ordentlicher Franchise: Einheitsprämie mit einer jährlichen Mindestkostenbeteiligung (Franchise) von 300 Franken.
- Grundversicherung mit wählbarer Franchise: Ermöglicht verschiedene Prämienreduktionen, wenn die versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken) wählt.
- Bonusversicherung: Eine Prämienreduktion wird gewährt, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat.
- Managed-Care-Modelle mit Einzelleistungsfakturierung: HMO oder Hausarztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die versicherte Person bzw. den Versicherer gemäss gültigen Tarifen erfolgt.
- Managed-Care-Modelle mit Capitation: HMO, Hausarztmodelle oder Ärztenetzwerke, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpauschalen pro eingeschriebene versicherte Person entschädigt werden.

Krankenkassenprämie tiefer als im Schweizer Durchschnitt

Die Prämien in der OKP sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinuierlich gestiegen. Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der – seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton Freiburg gibt es zwei unterschiedliche Prämienregionen: Region 1 umfasst die Gemeinden des Saanebezirks, Region 2 alle anderen Gemeinden.⁹² Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus der Betriebsrechnung der Krankenversicherer ausgewertet. Es handelt sich dabei um die Prämie gemäss Angebotstarif, d.h. vor Abzug der

⁹² Die genaue Einteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene ist auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verfügbar: www.bag.admin.ch.

Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell und Prämienregion, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007
(26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

OKP Modell	Franchise	Region 1 FR	Region 2 FR	Durch- schnitts- prämie FR	Durch- schnitts- prämie CH	Anteil der Versicherten FR (in%)	Anteil der Versicherten CH (in%)
Standardmodell mit Franchisen	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3510	3194	3309	3551	37,7	40,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3411	3091	3195	3604	29,6	19,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2498	2211	2298	2661	17,6	14,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1864	1693	1760	2054	6,8	9,0
Managed-Care- Modelle mit Capitation	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2916	2651	2700	3286	0,0	0,7
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2719	2632	2644	3111	0,0	0,3
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2232	1998	2043	2391	0,0	0,6
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1936	1722	1795	2118	0,0	0,4
Managed-Care- Modelle mit Einzel- leistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3102	2839	2945	3064	2,4	5,5
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2959	2741	2825	3030	2,1	2,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2334	2097	2167	2324	2,6	3,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1901	1739	1798	1942	0,7	2,0
Bonusversicherung ¹	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2604	2349	2423	2498	0,1	0,1
Total		3131	2823	2929	3152	100,0	100,0

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ Aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Versicherungsmodell wird darauf verzichtet, die Durchschnittsprämien mit den anderen Modellen zu vergleichen.

individuellen Prämienverbilligung und nach Abzug für Ausbildungsrabatt, Wahlfranchisen, Bonus, HMO und Unfallausschluss. Vorliegende Werte können nicht direkt mit der vom Bundesamt für Gesundheit im Anschluss an das Prämiengenehmigungsverfahren publizierten Prämienstatistik verglichen werden.

Die Durchschnittsprämie 2007 der über 25-Jährigen variiert zwischen 3510 und 1693 Franken je nach Prämienregion und Versicherungsmodell (Tab. 7.3). In der Region 1 fallen die Prämien mit 3131 Franken pro versicherte Person durchschnittlich 10,9% höher aus als in der Region 2. Tendenziell zahlen die Freiburger/innen mit Alternativmodellen tiefere Prämien als Personen mit einem traditionellen Franchisenmodell. Das grösste Sparpotential haben aber Versicherte, welche sich für eine hohe Franchise von 2000/2500 Franken im «Standardmodell» entscheiden.

Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Krankenkassenprämien der über 25-Jährigen im Kanton Freiburg bei 2929 Franken (Abb. 7.2) und waren um 223 Franken tiefer als in der Gesamtschweiz (3152 Franken pro versicherte Person) und um 29 Franken tiefer als in der Deutschschweiz (2958 Franken pro versicherte Person). Die höchsten Pro-Kopf-Prämien der ausgewählten Kantone sind mit 3730 Franken im Kanton Waadt zu verzeichnen,

und auch der Kanton Bern weist mit 3243 Franken pro Person deutlich höhere Prämien auf als der Kanton Freiburg.

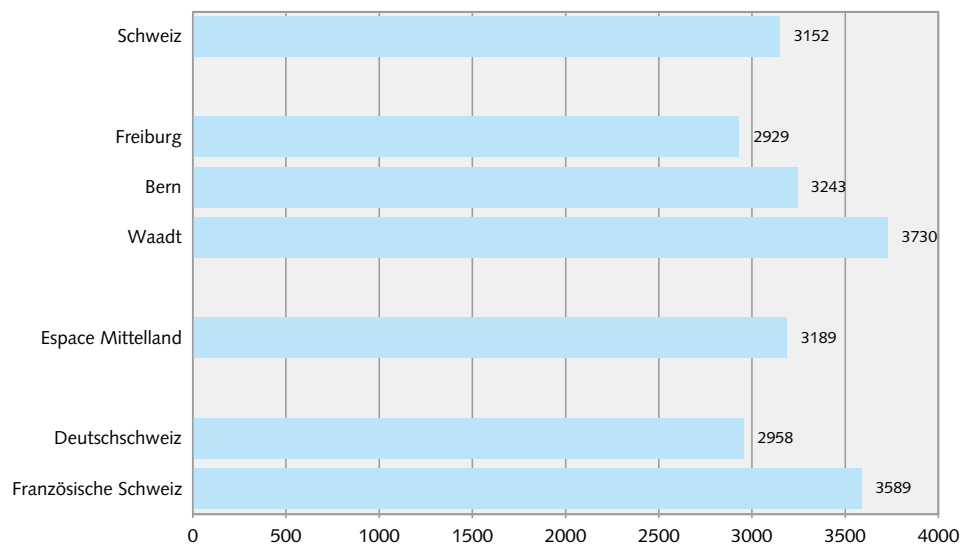
Vergleicht man die regional unterschiedlichen Prämien mit den regionalen Gesundheitskosten (vgl. Tab. 7.2), so ergeben sich übereinstimmende Muster: Die höchsten Kosten sowie Prämien fallen im Kanton Waadt, in der französischsprachigen Schweiz sowie im Kanton Bern an, während die tiefsten Kosten und Prämien in Freiburg sowie in der Deutschschweiz zu verzeichnen sind.

Angleichen der Prämienverbilligung 2007 an Schweizer Niveau

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurde ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingerichtet, welches die Prämienbelastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt entlasten soll. Bund und Kantone finanzieren diese Verbilligungen gemeinsam, wobei die Kantone bei der Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen über einen recht grossen Spielraum verfügen. Deshalb unterscheiden sich die Systeme zwischen den Kantonen recht stark. Vergleiche zwischen den Kantonen müssen somit zurückhaltend angegangen werden.

Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

Abb. 7.2



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Im Kanton Freiburg wurden zwischen 2003 und 2007 die gesamten Beiträge des Bundes für die Prämienverbilligung ausgeschöpft, während der Reduktionsfaktor im Jahr 2007 im Schweizer Durchschnitt bei 13,9% lag.⁹³ In der Schweiz gab es im Jahr 2007 2,27 Millionen Empfänger/innen einer Prämienverbilligung (30,1% der Gesamtbevölkerung), darunter 80'302 Empfänger/innen aus dem Kanton Freiburg (30,5% der kantonalen Bevölkerung). Zwischen 2003 und 2007 ist die Anzahl Empfänger/innen im Kanton Freiburg um jahresdurchschnittlich 3,8% zurückgegangen. Dabei ist vor allem im Jahr 2007 ein deutlicher Rückgang der Anzahl Empfänger/innen (9,3%) zu verzeichnen. Der Bevölkerungsanteil der Bezüger/innen lag in der beobachteten Periode im Kanton Freiburg jeweils über dem Schweizer Durchschnitt, aufgrund des starken Rückgangs der Anzahl Bezüger/innen im Jahr 2007 jedoch nicht mehr viel.

2007 wurden im Kanton Freiburg 122,2 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen⁹⁴ ausgerichtet, rund 10 Millionen Franken mehr als 2003. Mit einem Betrag von 1524 Franken pro Bezüger/in liegt der Kan-

ton Freiburg im Jahr 2007 leicht über dem Schweizer Durchschnitt (1506 Franken pro Bezüger/in). Zwischen 2003 und 2006 verzeichnen die Freiburger/innen dagegen tiefere Beträge pro Bezüger/in als im Schweizer Durchschnitt.

Im Kanton Freiburg erhielt die Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz zwischen 2003 und 2006 somit häufiger eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person lagen in diesen Jahren jedoch knapp unter dem Schweizer Mittel. Für das Jahr 2007 ist der Bevölkerungsanteil mit Prämienverbilligung im Kanton Freiburg auf den Schweizer Anteil zurückgegangen, die Beiträge pro Person sind dagegen leicht über das Schweizer Mittel angestiegen.

7.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die Gesundheitskosten der Freiburger Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betrachtet. Es zeigte sich, dass die Kosten der Freiburger Bevölkerung zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 5,7% stärker gestiegen sind als im Schweizer Durchschnitt (4,5%). Dabei haben der ambulante bzw. teilstationäre Spitalsektor mit 9,8%, die selbstdispensierten Medikamente mit 8,6%, der stationäre Spitalsektor mit

⁹³ Vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG: «Der Kanton darf den (...) von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50% kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt». Von dieser Möglichkeit machten 2007 15 Kantone Gebrauch.

⁹⁴ Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte bzw. Bezüger/innen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG, Bund und Kantone.

7,5%, sowie die Spitex-Leistungen mit 7,1% stark zugenommen. Trotz dieses erhöhten Wachstums liegen die OKP-Kosten im Kanton Freiburg unter dem Schweizer Durchschnitt. So wurden im Jahr 2007 im Kanton Freiburg 2691 Franken pro versicherte Person ausgegeben, während gesamtschweizerisch 2860 Franken in der OKP bezahlt wurden. Die Arzt- und die Spitalkosten liegen im Kanton Freiburg deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, die Pro-Kopf-Kosten im Pflegeheimbereich sowie bei den Apotheken und Abgabestellen MiGeL sind demgegenüber höher als in der Schweiz.

Mit einem Anteil von 54,2% ist das Versicherungsmodell mit wählbaren Franchisen bei den Freiburger Versicherten sehr verbreitet (43,6% in der Schweiz). Vor allem die tiefe Franchise von 500 Franken wird im Kanton

Freiburg deutlich häufiger gewählt als im Schweizer Mittel (29,6% vs. 19,6%). Das Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung hat im Kanton Freiburg in den letzten Jahren zwar an Bedeutung gewonnen, liegt aber mit einem Anteil von 7,8% im Jahr 2007 immer noch deutlich unter dem Anteil der Gesamtschweiz (14,0%). Die Krankenkassenprämien der über 25-Jährigen sind mit durchschnittlich 2929 Franken im Kanton Freiburg tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (3152 Franken). 30,5% der Freiburger Bevölkerung sind Empfänger/innen einer Prämienverbilligung. Dieser Anteil sowie die ausbezahlten Beträge pro Bezüger/in sind im Jahr 2007 nur knapp höher als in der Gesamtschweiz.

Glossar

Adipositas

Starkes Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)

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 bzw. Kopfpauschale in Managed Care bezeichnet eine im Voraus bestimmte Jahrespauschale für die medizinische Versorgung pro Versicherten, die anhand verschiedener Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorjahreshospitalisation, Teuerung usw. errechnet wird und von den Versicherern an eine Managed Care Organisation ausbezahlt wird, unabhängig davon, ob ein Versicherter/eine Versicherte Leistungen beansprucht hat oder nicht.

Geburtenrate

Zahl der Geburten in einem Jahr dividiert durch die durchschnittliche Bevölkerung im gleichen Gebiet und Jahr mal 1000.

Gesundheitsförderung

Alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Gesundheitsverhalten

Meint gesundheitsrelevantes Verhalten

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 Aktivitäten des täglichen Lebens

(BADL, engl. basic activities of daily living) zum Beispiel 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.

Instrumentelle Aktivitäten

(IADL, engl. instrumental activities of daily living) zum Beispiel kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

Kausaler Zusammenhang

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung

Kohärenzgefühl

Auch: Kohärenzsinn

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Anforderungen aus der inneren oder äusseren Erfahrungswelt verstehbar bzw. nachvollziehbar sind, dass 2. die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen

gerecht zu werden und 3., dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.

Kontrollüberzeugung

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Verhalten in bestimmten Situationen selbst kontrollieren kann (inter-nale Kontrollüberzeugung) oder ob es durch äussere Einwirkungen (externale Kontrollüberzeugung) bestimmt wird.

Lebenszeitprävalenz

Anteil Personen, bei denen ein bestimmtes Ereignis (z.B. Rauchen von Haschisch, Auftreten von Rückenschmerzen) schon einmal in ihrem Leben aufgetreten ist.

Morbidität

Als statistische Grösse ist es die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

Prävention

Alle Massnahmen, welche auf die Verhütung und Früherfassung von Krankheiten, Invalidität und vorzeitigem Tod gerichtet sind.

In der Prävention wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Die *Primärprävention* umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren.

Die *Sekundärprävention* umfasst alle Massnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien.

Die *Tertiärprävention* meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe.

Public Health

= «Öffentliche Gesundheit»

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Umweltbedingungen, und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health befasst sich entsprechend mit der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Ressource

Potenziale eines Individuums wie Bildung, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Stärken, aber auch sozialer Status und Ressourcen der Lebensumwelt, wie z.B. soziale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsfördernd.

Risikofaktor

Umstand der Person oder Umwelt, dessen Vorhandensein mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, nicht jedoch kausale Ursache für die Störung zu sein braucht.

Salutogenese

Konzept, welches sich mit der Frage beschäftigt, wie und unter welchen Bedingungen Menschen trotz Belastungen gesund bleiben.

santésuisse

Dachverband der Krankenversicherer

Screening

Filteruntersuchung mit dem Ziel, Hinweise für ein Frühstadium einer bestimmten Krankheit aufzudecken (Verfahren sekundäre Prävention).

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe. Ist ein Ergebnis auf dem Signifikanzniveau 5% signifikant, so ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist.

Soziale Ungleichheit

Vorteilhafte oder nachteilige Lebensbedingungen (z.B. im Bezug auf Zugang zu bestmöglicher Bildung, Gesundheitsversorgung), die Menschen aufgrund ihrer Position und Lage in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zu kommen

Soziale Unterstützung

Unterstützung (z.B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen dienen.

Spitex

Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege

Sterblichkeit

Siehe Mortalität

Stichprobe

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und anschliessend analysiert werden.

Verlorene potenzielle Lebensjahre (VPL)

Der Indikator der verlorenen potenziellen Lebensjahre erfasst die frühzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung. Es wird die Differenz zwischen dem Sterbealter und dem Alter von 70 Jahren berechnet und aufsummiert (bei vor dem 70. Lebensjahr Verstorbenen). Der Wert versteht sich pro 100'000 Einwohner/innen und basiert auf der europäischen Standardaltersstruktur der Weltgesundheitsorganisation.

Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1.1		
Hauptdeterminanten der Gesundheit	10	
Abb. 2.1		
Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	20	
Abb. 2.2		
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	22	
Abb. 2.3		
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	22	
Abb. 2.4		
Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	23	
Abb. 2.5		
Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	24	
Abb. 2.6		
Körperliche Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	26	
Abb. 2.7		
Belastung durch körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg, 2007	26	
Abb. 2.8		
Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung)	27	
Abb. 2.9		
Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007	28	
Abb. 2.10		
Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	29	
Abb. 2.11		
Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	31	
Abb. 2.12		
Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	33	
Abb. 2.13		
Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)	33	
Abb. 2.14		
Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	35	
Abb. 2.15		
Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	35	
Abb. 2.16		
Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	37	
Abb. 2.17		
Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	38	

Abb. 2.18 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	38	Abb. 3.5 Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht, Kanton Freiburg, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	56
Abb. 2.19 Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	40	Abb. 3.6 Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Freiburg, 2007	59
Abb. 2.20 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.7 Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007	61
Abb. 2.21 Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.8 Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht, Kanton Freiburg, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	62
Abb. 2.22 Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	42	Abb. 3.9 Rauchende nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	64
Abb. 2.23 Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, Kanton Freiburg, 1986/87–2006/07	43	Abb. 3.10 Rauchende nach Geschlecht, Altersgruppen und nach Bildung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	65
Abb. 2.24 Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten, 2002–2006 (mit 95%-Vertrauensintervall)	44	Abb. 3.11 Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007	66
Abb. 2.25 Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht, Kanton Freiburg, 2002–2006	47	Abb. 3.12 Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	68
Abb. 3.1 Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007	51	Abb. 3.13 Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007	69
Abb. 3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Freiburg, 2007	53	Abb. 3.14 Medikamentenkonsum nach psychischer Belastung und Geschlecht, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	72
Abb. 3.3 Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)	55	Abb. 3.15 Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	74
Abb. 3.4 Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	56	Abb. 4.1 Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007	77

Abb. 4.2	Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Freiburg, 2007	79	Abb. 6.3	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	110
Abb. 4.3	Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	80	Abb. 6.4	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht, Behandlungsintensität, Kanton Freiburg, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	111
Abb. 4.4	Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Freiburg, 2007 (Erwerbstätige)	83	Abb. 6.5	Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Freiburg, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.5	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)	84	Abb. 6.6	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	114
Abb. 4.6	Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	85	Abb. 6.7	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	115
Abb. 4.7	Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	85	Abb. 6.8	Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung)	120
Abb. 5.1	Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007	91	Abb. 6.9	Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen pro Einwohner/in nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	120
Abb. 5.2	Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	98	Abb. 6.10	Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007	125
Abb. 5.3	Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	99	Abb. 7.1	Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)	130
Abb. 6.1	Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2002 und 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	107	Abb. 7.2	Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	133
Abb. 6.2	Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	110			

Tabellen

Tab. 1.1		Tab. 3.3	
Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)	12	Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	58
Tab. 1.2		Tab. 3.4	
Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Freiburg nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007 (15-jährige und ältere Personen)	13	Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	58
Tab. 1.3		Tab. 3.5	
Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Freiburg im Vergleich zur Gesamtschweiz	16–17	Körperliche Aktivität, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	61
Tab. 2.1		Tab. 3.6	
Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	21	Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Freiburg, 2002 und 2007 (in %)	63
Tab. 2.2		Tab. 3.7	
Lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	24	Tabakkonsum, Kanton Freiburg, 2007 (in %)	65
Tab. 2.3		Tab. 3.8	
Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	30	Passivrauchen nach Geschlecht und Region, 2007 (eine Stunde oder mehr pro TagPassivrauch ausgesetzt, in %)	66
Tab. 2.4		Tab. 3.9	
Unfälle und Sturzepisoden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	32	Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	67
Tab. 2.5		Tab. 3.10	
Mittlere oder starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	36	Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)	69
Tab. 2.6		Tab. 3.11	
Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2002–2006	45	Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)	71
Tab. 2.7		Tab. 3.12	
Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Freiburg, aggregierte Fallzahlen von 2002 bis 2006	46	Medikamentenkonsum, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %)	73
Tab. 3.1		Tab. 4.1	
Gesundheitseinstellungen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	52	Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %)	78
Tab. 3.2		Tab. 4.2	
Körpergewicht, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)	55	Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Kanton und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	81
		Tab. 4.3	
		Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Freiburg, 2007 (Erwerbstätige, in %)	82

Tab. 4.4 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	83	Tab. 6.6 Grippeimpfung, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 118	118
Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	86	Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 119	119
Tab. 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom)	93	Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 122	122
Tab. 5.2 Multivariate Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und -bewusstseins und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)	100	Tab. 6.9 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in %) 123	123
Tab. 5.3 Multivariate Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein, sozialem Hintergrund und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen)	102	Tab. 6.10 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 124	124
Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 106	106	Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Wohnkanton Freiburg und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF) 128	128
Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 108	108	Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Wohnkanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in CHF) 129	129
Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 113	113	Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell, Kanton Freiburg und Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF) 132	132
Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 116	116		
Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton Kanton und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat) 117	117		

Literatur

- Adamson, S.J. und J.D. Sellman (2003).* A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. und M. Graf (2003).* Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger und W. Wicki (1990).* Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987).* Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: BFS (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BAG (2005a).* Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2005b).* Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2006).* Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007a).* Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007b).* Empfehlungen zur Grippeimpfung, September 2007. Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007c).* Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008a).* Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008b).* Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008c).* Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon und K. Kroenke (2003).* Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- BASPO (2006).* Grundlegendokument Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- BASPO, BAG und Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2007).* Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Baumeister, H. und M. Harter (2007).* Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. und T. Glass (2000).* Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Berkman und I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bétrisey, C., M. Roth und H. Jaccard Ruedin (2007).* «Ärztliche Demographie» – Bericht für den Kanton Freiburg. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BFS (2003).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indizes. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- BFS (2004).* Eidgenössische Volkszählung 2000. Gebäude, Wohnungen und Wohnverhältnisse. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2006).* Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. StatSanté, 1.
- BFS (2007).* Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008a).* Erläuterungen zu den Gewichtungen – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008b).* Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007 – Standardtabellen. Provisorische Resultate. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008c).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Erhebungsmethode in Kürze. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008d).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008e).* Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Merkblatt zu den Daten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008f).* Todesursachenstatistik: Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009a).* Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten. Medienmitteilung vom 30.03.2009. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009b).* Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. BFS aktuell.
- BFS (2010).* Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bisig, B. und V. Beer (1996).* Sterblichkeit. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Hrsg.), Die Gesundheit im Kanton Freiburg. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin und A. Domenighetti (2004).* Operationen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 2: Detailresultate (S. 163–190). Zürich: Rüegger.
- Bullinger, M., I. Kirchberger und J.E. Ware (1995).* Der deutsche SF-36 health survey. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994).* The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Hrsg.), Social Change and the experience of unemployment (S. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley und R.A. Thisted (2006).* Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychology and aging, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. und C. Meier (2004).* Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry und T.W. Strine (2005).* The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease, 2(1): A14.
- Dahlgren, G. und M. Whitehead (1991).* Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dawson, D.A. und R. Room (2000).* Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. Journal of Substance Abuse, 12(1–2): 1–21.
- Djurdjevic, D. (2007).* Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft. In: Caritas (Hrsg.), Sozialmanach 2008: Bedrängte Solidarität (S. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. und B. Bisig (1995).* Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. Lancet, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. und A. Casabianca (1997).* Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. BMJ, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca und P. Luraschi (1989).* Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin. Bellinzona: Département des affaires sociales.

- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler und H. Lloyd (2005).* Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *British journal of general practice*, 55(520): 829–830.
- du Toit, M. und S. du Toit (2001).* Interactive LISREL: User's guide. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003).* Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur. Bern: Suisse Balance.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan und F. Gutzwiller (2005).* Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht (S. 259–278). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman und K.D. Williams (2003).* Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid und J. Angst (1992).* The ZFreiburg Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolerio und M. Bopp (2008).* Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001).* Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld und G.D. Smith (1998).* An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld und M.G. Marmot (2002).* Effects of chronic job insecurity and change in job insecurity on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990).* Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. und M. de Borde (1990).* Histoire de l'alcool. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. und R.M. Carney (2009).* Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony und B.O. Muthen (1994).* Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008).* Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters und J. Siegrist (2005).* A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. und N. Solowij (1998).* Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel und J.S. House (1994).* Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.
- Hell, D. und H. Böker (2005).* Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (2005).* Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. und J.A. Weiss (2009).* Älter Erwerbstätige (50+). In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 106–121). Bern: Hans Huber.
- Idler, E.L. und Y. Benyamini (1997).* Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.

- Idler, E.L. und S.V. Kasl (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 83.
- ISPM Zürich (Hrsg.) (2008). Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo und A. Busato (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer und S. Pellegrini (2003). Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson & M.W. Jaffe (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the American medical association*, 185: 914–919.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas und E.E. Walters (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas und E.E. Walters (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. und P.S. Wang (2009). Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. und K. Engelhardt (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19–33). Bern: Hans Huber.
- Kickbusch, I. und R. Ospelt-Niepelt (2009). Alter. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123–145). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. und K. Hurrelmann (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. und G.M. Jay (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.
- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry und R. Wolfe (2008). Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer und H. Stamm (2008). Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Lamprecht, M. und H. Stamm (2002). Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz. Zürich: Seismo.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Baltes, B. Geiselman, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. und M.A. Nystrom Peck (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.

- Lynskey, M. und W. Hall (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005). Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews und C. Power (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. und A. Hättich (1999). Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium. Bern: Haupt.
- Marty, F. (2007). Medikamente. In: G. Kocher & W. Ogier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009*. Eine aktuelle Übersicht (p. 181–192). Bern: Hans Huber.
- Mausner-Dorsch, H. und W.W. Eaton (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004). Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société, Bulletin d'information* 402.
- Meyer, K. (2009). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Meyer, K., A. Simmet, K. Mattle, K. Nedeltchev und M. Arnold (2009). Somatische Krankheiten und deren Folgen. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 153–193). Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Murray, C.J.L. und A.D. Lopez (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injury and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- National Center for Education Statistics (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- Niemann, N. und C. Maschke (2004). WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger und M. Cavegn (2008). Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2008. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Obsan (2006). *La Santé en Suisse romande et au Tessin en 2002*. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- OECD (2006). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2007). *Panorama de la santé 2007*. Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OECD.
- OECD (2009). *The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries*. Paris: OECD.
- Olsson, M., J. Gassne und K. Hansson (2009). Do different scales measure the same construct? Three Senses of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- Paccaud, F. und D. Faeh (2005). Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (S. 493–511). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang und S.M. Consoli (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.
- Perrig-Chiello, P. (2005). Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: *Nationale Gesundheitspolitik Schweiz* (Hrsg.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (S. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel und C.T. Sempos (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.
- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier und J.S. Ahluwalia (2004). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.

- Romano, J.M. und J.A. Turner (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. und P. Manzoni (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring/La santé psychique en Suisse – Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch und C. Weiss (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Vol. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Segovia, J., R.F. Bartlett und A.C. Edwards (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- SFA (2009). Tabakkonsum generell. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SGE (2006). Was essen? Über die Lebensmittelpyramide und deren Nahrungsmittelgruppen und die ideale Zusammensetzung der Nahrung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
- Stamm, H. und M. Lamprecht (2009). Bildung als Gesundheitsressource. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 253–267). Bern: Hans Huber.
- Stamm, H. und M. Lamprecht (2010). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast und R.G. Westendorp (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. und Y. Schutz (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (S. 471–491). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009). *World drug report 2009*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale, S., F. Priez und C. Jeanrenaud (1998). Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzungen für das Jahr 1995. Neuchâtel: Universität Neuenburg.
- Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (2005). *Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft*. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
- Wahl, H.W. und V. Heyl (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne (2004). *Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2004*. 3. Bericht. Sion: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie.
- Wanner, H.-U. (1993). Lärm. In: W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz* (S. 413–423). Zürich: Seismo.
- Ware, J.E. und C.D. Sherbourne (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000). *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Werblow, A., S. Felder und P. Zweifel (2007). Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health economics*, 16(10): 1109–1126.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Official Records of the World Health Organization no 2. (Deutsche Übersetzung siehe Systematische Sammlung des Bundesrechts, SR 0.810.1 Verfassung der Welgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946). New York: 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 (2001).* The World Health Report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003).* Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO technical Report Series 916. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004a).* Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Summary. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004b).* Wohnen und Gesundheit – ein Überblick. Hintergrunddokument. Budapest: WHO Europe.
- Wilkinson, R. und M. Marmot (2004).* Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Kopenhagen: WHO.
- Wittchen, H.U. (2000).* Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. Fortschritte der Medizin, 118: 4–10.
- Wittchen, H.U., N. Müller, B. Schmidtke, S. Winter und H. Pfister (2000).* Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». Fortschritte der Medizin, 118: 4–10.
- Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers (1999).* Ageing of population and health care expenditure: a red herring? Health economics, 8(6): 485–496.

Anhang

Methodische Ausführungen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

Beschreibung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2007 zum vierten Mal nach 1992/1993, 1997 und 2002 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) von 15 und mehr Jahren, welche in Privathaushalten mit Telefonanschluss wohnt, repräsentativ ist. Wichtig bei derartigen Erhebungen ist die Auswahl der Befragten, da deren Angaben ein möglichst realitätsgetreues Abbild der Gesamtbevölkerung ergeben sollen. Um saisonale Differenzen zu vermeiden, wurden die Interviews über das ganze Kalenderjahr 2007 gleichmässig verteilt.

Die Stichprobenziehung erfolgte nach der Methode der geschichteten Zufallsstichprobe. In einem ersten Schritt wurden die Ausgangsadressen so auf die sieben Grossregionen⁹⁵ verteilt, dass garantiert werden kann, dass jede dieser Regionen mit mindestens 1000 Befragungen abgedeckt wird. Die einer Grossregion zugeteilten Adressen wurden proportional zur Einwohnerzahl auf die der Region angehörenden Schichten verteilt (1. Schichtung). Aus diesen ausgewählten Haushalten wurde dann wiederum nach dem Zufallsprinzip je eine Zielperson gezogen (2. Schichtung). Nur diese Zielperson wurde befragt bzw. nur über diese Person wurden ggf. in einem Stellvertreterinterview (so genanntes PROXY-Interview) Informationen erhoben.

Die Kantone hatten die Möglichkeit, durch finanzielle Beteiligung den jeweiligen kantonalen Stichprobenumfang zu erhöhen, um zuverlässige kantonale Auswertungen durchführen zu können. Neben dem Kanton Freiburg liegen für weitere 12 Kantone sowie für die Stadt Zürich repräsentative Stichproben vor (BFS, 2008c).

Für die Gesamtschweiz haben 18'760 Personen (Frauen: 10'336, Männer: 8424) an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 1860 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 30'179 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 66%.

Von den Befragten Personen waren 16'322 Personen mit schweizerischer Staatsbürgerschaft und 2428 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer. 11'611 Interviews wurden auf Deutsch durchgeführt, 5638 auf Französisch und 1511 auf Italienisch. Die Interviews wurden ausschliesslich in diesen drei Sprachen geführt.

5825 Personen (21% der gültigen Adressen) haben die Teilnahme an einem Interview verweigert, 3730 Personen (13% der gültigen Adressen) konnten nicht erreicht werden. Die Verweigerung einer Befragung konnte (a) gleich zu Beginn der Kontaktaufnahme auf der Ebene des Haushaltes geschehen, (b) nach der Frage nach der Haushaltszusammensetzung erfolgen oder (c) vom ausgewählten Individuum ausgelöst werden. Bei 445 Personen (1,6%) konnte das Interview aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden. Inwiefern dies die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflusst, ist ohne vertiefte Analyse der soziodemografischen Merkmale der Verweigerer schwer abzuschätzen. Es könnte aber darauf hinweisen, dass sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt. Mit nachträglichen Gewichtungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (vgl. Abschnitt Gewichtungsverfahren).

⁹⁵ Folgende sind die 7 Grossregionen der Schweiz: 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); Tessin (TI).

Datenerhebung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden (BFS, 2008c):

Telefonische Interviews:

Mit Zielpersonen im Alter ab 15 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d.h. computer assisted telephone interviewing). Insgesamt wurden 17'856 telefonische Interviews mit der Zielperson durchgeführt.

PROXY-Interviews:

Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview geführt werden konnte (längerer Auslandsaufenthalt, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), konnte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft zu einem Teil der Fragen geben (so genannte PROXY-Interviews). Dies war bei 829 Personen der Fall (4,4% aller durchgeführten Interviews).

Face-to-Face-Interview:

Personen ab 74 Jahren konnten auf Wunsch ein persönliches statt ein telefonisches Interview geben. Von den insgesamt 2008 interviewten Personen im Alter von 75 Jahren und mehr wünschten 75 Personen (0,4% aller durchgeführten Interviews) ein solches persönliches Face-to-Face-Interview.

Schriftliche Befragung:

Von den 17'931 Zielpersonen, die telefonisch oder persönlich befragt wurden, beantworteten anschliessend 14'432 Personen per Post einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen. Die Teilnahmequote der schriftlichen Befragung betrug 80,5%.

Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Interviews betrug 35 Minuten für die ungefähr 400 Fragen. Für die Durchführung der Befragung beauftragte das Bundesamt für Statistik das professionelle Befragungsinstitut M.I.S. Trend in Lausanne.

Gewichtungsverfahren

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz bzw. den Kanton Gültigkeit erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, können so teilweise korrigiert werden, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrosse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung

bzw. der Kantonsbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2006) verglichen, welche Personen in Privathaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemografischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede ihrer Antworten multipliziert wird. Dahinter steht die (nicht zu überprüfende) Annahme, dass die Stichprobe so auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird.

Bei der telefonischen und Face-to-Face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Alter (acht Altersgruppen: 15 bis 19 Jahre, 20 bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 54 Jahre, 55 bis 64 Jahre, 65 bis 74 Jahre, ab 75 Jahre), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen), Zivilstand (verheiratet, nicht-verheiratet) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und die Existenz von Sehbehinderungen in die Berechnung miteinbezogen (BFS, 2010). Dies bedeutet, dass z.B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, die – verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung – in der Schweizer Telefon-Stichprobe untervertreten waren, nun im Rahmen des Gewichtungsverfahrens einen im Vergleich zum Rest der Stichprobe grösseren Multiplikator erhalten. Die derart gewichteten Daten beziehen sich nun auf die Schweizer Wohnbevölkerung von 6'186'711 Personen im Alter von 15 Jahren und mehr per Ende 2006 (BFS, 2010).



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.