



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

OBSAN BERICHT 64

64

Gesundheit im Kanton Graubünden

Ergebnisse aus der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2012
und weiterer Datenbanken

Luca Petrini, Paul Camenzind



Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
Departament da giustia, segirezza e sanadad dal Grischun
Dipartimento di giustizia, sicurezza e sanità dei Grigioni

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

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

Impressum

Herausgeber

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

Auftraggeber

Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden

Autor

Luca Petrini, Paul Camenzind

Projektleitung Obsan

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

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 64

Zitierweise

Petrini, L. & Camenzind, P. (2015). *Gesundheit im Kanton Graubünden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken* (Obsan Bericht 64). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Informationen und Bestellungen

Gesundheitsamt des Kantons Graubünden
Planaterrastrasse 16
7001 Chur
Telefon 081 257 26 44
info@san.gr.ch

Download PDF

www.gesundheitsamt.gr.ch

Sprache Originaltext

Deutsch

Übersetzungen

Sprachdienst Kanton Graubünden

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

ISBN

978-2-940502-25-7

© Obsan 2015

Inhaltsverzeichnis

Vorwort/Prefaziun/Prefazione	3/4	2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit	35
Gesamtzusammenfassung/ Resumaziun cumplessiva/Riassunto	5/9/13	2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag	38
Abkürzungsverzeichnis	16	2.3.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme	38
Einleitung	17	2.3.2 Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems	39
1.1 Gesundheitsbericht für den Kanton Graubünden	17	2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren	40
1.2 Ziele des Gesundheitsberichts	18	2.4 Körperliche Gesundheit	41
1.3 Verwendete Daten	18	2.4.1 Körperliche Beschwerden	41
1.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung	18	2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren	42
1.3.2 Weitere Datenquellen	21	2.4.3 Ausgewählte Diagnosen	45
1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten	22	2.4.4 Multimorbidität	47
1.4.1 Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten	22	2.4.5 Unfälle und Stürze	48
1.4.2 Im Bericht präsentierte Gesundheitsdeterminanten	23	2.5 Psychische Gesundheit	51
1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen	27	2.5.1 Energie und Vitalität	51
1.5.1 Deskriptive Analysen	27	2.5.2 Psychische Belastung	53
1.5.2 Lesebeispiele für Tabellen und Abbildungen mit Konfidenzintervallen	27	2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen	54
1.6 Der Kanton Graubünden im Überblick	30	2.6 Gesundheitsressourcen	57
2 Gesundheitszustand	33	2.6.1 Kontrollüberzeugung	57
2.1 Lebenserwartung	33	2.6.2 Soziale Unterstützung	58
2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt	33	2.6.3 Einsamkeitsgefühle	58
2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	34	2.7 Sterblichkeit und Todesursachen	59
		2.7.1 Mortalität und Todesursachen	59
		2.7.2 Verlorene potenzielle Lebensjahre	62
		2.8 Zusammenfassung	62

3	Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	64	5.3	Komplementärmedizinische Leistungen	116
3.1	Gesundheitseinstellungen	64	5.4	Spitalleistungen	118
3.2	Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	67	5.4.1	Ambulante Spitalbehandlungen	118
3.2.1	Übergewicht	67	5.4.2	Stationäre Spitalbehandlungen	120
3.2.2	Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme	70	5.5	Unterstützung zu Hause, formell und informell	121
3.2.3	Körperliche Aktivität	73	5.6	Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen	125
3.3	Konsum von psychoaktiven Substanzen	76	5.7	Zusammenfassung	126
3.3.1	Tabakkonsum	76	6	Kosten- und Prämienentwicklung OKP	128
3.3.2	Passivrauchen	80	6.1	OKP-Kosten	129
3.3.3	Alkoholkonsum	82	6.2	OKP-Prämien und Versicherungsmodelle	132
3.3.4	Cannabiskonsum	85	6.3	Zusammenfassung	137
3.3.5	Medikamentenkonsum	87	Glossar		138
3.4	Zusammenfassung	89	Literatur		141
4	Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld	91	Anhang		151
4.1	Störungen im Wohnbereich	92			
4.2	Arbeit und Gesundheit	95			
4.2.1	Generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit	95			
4.2.2	Physische Belastungen bei der Arbeit	96			
4.2.3	Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit	99			
4.2.4	Arbeitszeiten und Mehrfachbelastungen bei der Arbeit	101			
4.3	Zusammenfassung	103			
5	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	105			
5.1	Arztbesuche	106			
5.1.1	Arztbesuche insgesamt	106			
5.1.2	Mittlere Anzahl Arztbesuche insgesamt und nach Fachgebiet	109			
5.2	Präventivmedizinische Leistungen	112			
5.2.1	Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	112			
5.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	114			
5.2.3	Grippeimpfungen	115			

Vorwort

Geschätzte Leserin, geschätzter Leser

Im letzten Jahr erschien der Gesundheitsreport für den Kanton Graubünden. Der Gesundheitsreport enthielt standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 sowie weiterer Datenbanken und erlaubte bereits einen breiten Einblick in die Gesundheitssituation des Kantons Graubünden.

Es freut mich, Ihnen nun den auf den Gesundheitsreport aufbauenden Gesundheitsbericht Graubünden vorstellen zu dürfen. Die vorliegende Analyse liefert vertiefende Kommentare und Interpretationen zu den im Gesundheitsreport dargelegten Ergebnissen. Der Gesundheitsbericht ermöglicht es, die Entwicklung gesundheitspolitisch relevanter Indikatoren im Zeitverlauf nachzuvollziehen und wichtige Vergleiche zwischen der Situation in Graubünden mit derjenigen in der Gesamtschweiz und in anderen Kantonen vorzunehmen.

Der Gesundheitsbericht richtet sich sowohl an Vertreter aus Politik und Gesundheitswesen als auch an alle interessierten Einwohnerinnen und Einwohner unseres Kantons. Einerseits soll der Gesundheitsbericht die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema «Gesundheit» fördern und die Bevölkerung für gesundheitsförderndes Verhalten sensibilisieren. Andererseits dient er den zuständigen Stellen im Kanton als Grundlage für die Identifizierung und Umsetzung wirkungsvoller gesundheitsfördernder, präventiver und kurativer Massnahmen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

DEPARTEMENT FÜR JUSTIZ, SICHERHEIT
UND GESUNDHEIT

Der Vorsteher



Dr. Christian Rathgeb
Regierungsrat

Prefaziun

Stimada lectura, stimà lectur

L'onn passà è cumparì il rapport da sanadad per il chantun Grischun. Quel cuntegneva evaluaziuns standardisadas da l'enquista svizra davart la sanadad da l'onn 2012 sco er ulteriuras bancas da datas e permetteva da prender ina vasta invista da la situaziun da sanadad dal chantun Grischun.

Jau ma legrel d'As dastgar preschentar ussa il nov rapport da sanadad dal Grischun che sa basa sin il rapport da sanadad da l'onn passà. L'analisa qua avant maun furnescha commentaris pli profunds ed interpretaziuns pli profundas tar ils resultads preschentads en il rapport da sanadad da l'onn passà. Il nov rapport da sanadad permetta da perseguitar cronologicamain il svilup dals indicaturs ch'èn relevants per la politica da sanadad e da far cumparegliaziuns impurtantas tranter la situaziun en il Grischun e quella en l'entira Svizra ed en auters chantuns.

Il nov rapport da sanadad sa drizza tant a represchentantas e represchentants da la politica e dals fatgs socials sco er a tut las abitantas ed ils abitants interessads da noss chantun. Per l'ina duai il rapport da sanadad promover l'occupaziun conscianta cun il tema «sanadad» e sensibilisar la populaziun per in cumportament che promova la sanadad. Per l'autra serva el als posts cumpetents dal chantun sco basa per identifitgar e per realisar mesiras effizientas che promovon la sanadad, ch'èn preventivas e curativas.

Jau As giavisch ina interessanta lectura.

DEPARTAMENT DA GIUSTIA, SEGIREZZA E SANADAD

Schef da departament



Dr. Christian Rathgeb
Cusseglia guvernativ

Prefazione

Stimata lettrice, stimato lettore,

l'anno scorso è stato pubblicato il rapporto sulla salute nel Cantone dei Grigioni. Esso conteneva valutazioni standardizzate dell'indagine sulla salute in Svizzera del 2012 nonché di altre banche dati e ha permesso di farsi già un'ampia idea della situazione relativa alla salute nel Cantone dei Grigioni.

Sono lieto di potervi ora presentare la relazione sulla salute nei Grigioni, che si basa sul rapporto pubblicato lo scorso anno. La presente analisi fornisce commenti e interpretazioni approfonditi sui risultati presentati nel rapporto sulla salute. La relazione sulla salute permette di seguire l'evoluzione degli indicatori rilevanti dal punto di vista della politica sanitaria e di procedere a importanti confronti tra la situazione nei Grigioni e quella a livello svizzero e in altri Cantoni.

Il rapporto sulla salute si rivolge sia a rappresentanti della politica e del settore sanitario, sia a tutti gli abitanti interessati del nostro Cantone. Da un lato il rapporto sulla salute mira a promuovere il confronto consapevole con il tema «salute» e a sensibilizzare la popolazione a favore di un comportamento che promuove la salute. Dall'altro serve agli uffici competenti del Cantone quale base per l'identificazione e l'attuazione di efficaci misure preventive e curative che promuovono la salute.

Vi auguro un'interessante lettura.

DIPARTIMENTO DI GIUSTIZIA, SICUREZZA E SANITÀ

Direttore



Dr. Christian Rathgeb
Consigliere di Stato

Gesamtzusammenfassung

Die Festlegung von effektiven Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist nur möglich, wenn der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, bekannt sind. Der vorliegende Bericht liefert einen solchen Überblick für die Bündner Bevölkerung und richtet sich an politische Entscheidungsträger, Gesundheitsfachleute und alle weiteren interessierten Personen. Für den Kanton Graubünden werden Informationen zum Gesundheitszustand, zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Wohn- und Arbeitsumfeld, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu den Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufbereitet und präsentiert.

Die Daten für die durchgeführten Analysen stammen in erster Linie aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2012. Die SGB wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Fünfjahresrhythmus durchgeführt und reicht bis ins Jahr 1992 zurück. Weitere Datenbanken, wie zum Beispiel die Medizinische Statistik der Krankenhäuser vom BFS oder der «Datenpool» von SASIS AG, werden für die Analysen ebenfalls beigezogen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat den vorliegenden Gesundheitsbericht im Auftrag des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden erstellt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Gesundheitsbericht für den Kanton Graubünden und im Vergleich mit der Schweiz insgesamt zusammengefasst. Allgemein lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse zum Kanton in vielen Bereichen jenen der Gesamtschweiz ähnlich sind. Innerhalb demografischer Merkmale wie dem Geschlecht, dem Alter oder der Bildung sind hingegen Unterschiede häufiger anzutreffen. Allerdings kommen solche Abweichungen in der gesamten Schweiz aufgrund höherer Fallzahlen statistisch deutlicher zum Vorschein als im Kanton. Mit über 650 telefonisch befragten Personen in der SGB 2012 ist die Stichprobe des Kantons Graubünden insgesamt sicher ausreichend

gross. Schwieriger wird es jedoch bei detaillierten Analysen einzelner Subpopulationen (z.B. alle über 65-Jährige im Kanton), da sich bei kleinen Fallzahlen der statistische Fehlerkorridor für das geschätzte Ergebnis stark vergrössert.

Geschlechterunterschied bei Lebenserwartung und Mortalität wird kleiner

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt im Kanton Graubünden mit 84,3 Jahren bei den Frauen und 79,9 Jahren bei den Männern nahe beim Schweizer Durchschnitt. Die tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die letzten Jahrzehnte derjenigen der Frauen stetig angenähert. Dies ist unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern zurückzuführen.

So wie im Zeitverlauf die Lebenserwartung der Bevölkerung gestiegen ist, hat im Gegenzug die Sterblichkeit (Mortalitätsrate) abgenommen. Die durchschnittliche Mortalitätsrate beläuft sich im Kanton Graubünden auf 755 Todesfälle pro 100'000 Frauen und auf 1123 Todesfälle pro 100'000 Männer. Wie bei der Lebenserwartung sind diese Raten im Kanton Graubünden ähnlich hoch wie in der Schweiz insgesamt. Aufgrund des stärkeren Rückgangs der Mortalitätsrate der Männer im Vergleich zu den Frauen ist auch hier eine Reduktion des Geschlechterunterschieds festzustellen. Zu den häufigsten Todesursachen gehören – im Kanton Graubünden wie auch in der Schweiz insgesamt – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen.

Gutes gesundheitliches Wohlbefinden trotz gesundheitlicher Beschwerden

Eine deutliche Mehrheit der Befragten im Kanton Graubünden schätzt ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein (86,1%). Demgegenüber berichten jedoch immerhin 30,0% der Bündnerinnen und Bündner über ein lang andauerndes Gesundheitsproblem. Als häufigste körperliche Beschwerden werden dabei Rücken- oder

Kreuzschmerzen genannt. Rund jede zehnte Person im Kanton (10,9%) gibt zudem an, unter mindestens zwei chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) zu leiden. Auch haben im Jahr vor der Befragung 16,0% der Bündnerinnen und signifikant mehr, nämlich 22,2% der Bündner, einen Unfall erlitten. Damit verunfallen Männer – im Kanton wie auf nationaler Ebene – häufiger als Frauen, und dies passiert vor allem bei der Arbeit und im Sport. Im Alter schliesslich sind oft Stürze zu verzeichnen: Kantonal wie national berichtet rund jede vierte Person ab 65 Jahren von mindestens einem Sturz im vergangenen Jahr.

Bessere psychische Gesundheit im Kanton Graubünden als in der Schweiz insgesamt

Für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit wichtig. Bündnerinnen und Bündner (13,8%) fühlen sich weniger psychisch belastet als Schweizerinnen und Schweizer (18,0%). Umgekehrt berichten die Befragten im Kanton Graubünden über ein höheres Energie- und Vitalitätsniveau als im Schweizer Durchschnitt. Ebenfalls sind die Anteile bei Indikatoren wie «tiefe Kontrollüberzeugung» und «Einsamkeitsgefühle» in der Bündner Bevölkerung tiefer. Schliesslich sind auch (mittlere bis schwere) Depressionssymptome im Kanton Graubünden mit einem Anteil von 4,4% eher etwas seltener als in der Schweiz insgesamt (Unterschied statistisch jedoch nicht signifikant).

Zunahme des Anteils übergewichtiger Personen im Kanton und national

Nicht unbedeutende Teile der Bevölkerung des Kantons Graubünden (40,4%) und der Schweiz insgesamt (42,2%) haben Übergewicht (inkl. Adipositas). Diese Anteile sind zwischen 1992 und 2012 sowohl im Kanton als auch in der Schweiz um rund 10 Prozentpunkte angestiegen. Gleichzeitig gelten rund drei von vier befragten Personen als körperlich ausreichend aktiv (GR: 76,7%; CH: 72,5%). Auch dieser Anteil an aktiven Personen ist in der gesamten Schweiz zwischen 2002 und 2012 um 10 Prozentpunkte gestiegen. Und Männer sind – auf kantonaler wie nationaler Ebene und im Vergleich zu den Frauen – nicht nur häufiger übergewichtig, sie achten auch insgesamt weniger auf ihre Ernährung und essen weniger Früchte und Gemüse.

Rückläufige Tendenzen beim Tabak- und Alkoholkonsum bei den Männern

Der Raucheranteil in der Bündner Bevölkerung beträgt 27,4% und liegt ungefähr beim schweizerischen Durchschnitt von 28,2%. Der Anteil Raucher bei den Männern ist zwischen 1992 und 2012 in der Gesamtschweiz von 36,5% auf 32,4% zurückgegangen. Der Anteil Raucherinnen bei den Frauen ist während dieser Periode bei rund einem Viertel aller befragten Personen stabil geblieben. Im Kanton Graubünden sind ähnliche Ergebnisse zu beobachten; der Rückgang bei den Bündner Männern zwischen 1992 und 2012 ist allerdings statistisch nicht signifikant. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der starke Zigarettenkonsum (20 und mehr Zigaretten pro Tag) sowohl bei Frauen wie bei Männern in den letzten 20 Jahren ebenfalls rückläufig. Ausserdem ist bezüglich der Belastung durch Passivrauch eine sehr deutliche Reduktion zu verzeichnen: Der Anteil betroffener Personen in der Schweiz, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauch ausgesetzt sind, hat sich von 31,4% im Jahr 2002 auf 6,1% im Jahr 2012 reduziert.

Beim Alkoholkonsum zeigt sich in der gesamten Schweiz ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren rund doppelt so häufig täglich Alkohol wie Frauen. Im Kanton Graubünden ist im Jahr 2012 hingegen kein deutlicher Geschlechterunterschied beim täglichen Alkoholkonsum zu erkennen (Frauen: 8,7%; Männer: 9,8%). Zwischen 1992 und 2012 ist zudem – im Kanton wie in der Schweiz insgesamt – eine Angleichung zwischen den Geschlechtern zu beobachten, welche primär auf das Konsumverhalten der Männer zurückzuführen ist (Rückgang vom täglichen hin zu seltenerem Alkoholkonsum).

Anders als beim Tabak- und Alkoholkonsum ist der Medikamentenkonsum im Kanton Graubünden und in der gesamten Schweiz zwischen 1992 und 2012 um rund 10 Prozentpunkte gestiegen. 42,6% der in der SGB 2012 befragten Bündnerinnen und Bündner haben in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen. Dieser Anteil ist aber immer noch signifikant tiefer als der gesamtschweizerische Anteil von 48,6%. Frauen konsumieren dabei häufiger Medikamente als Männer und wie erwartet steigt der Medikamentenkonsum mit zunehmendem Alter an.

Hohe Arbeitszufriedenheit trotz verbreiteter Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen, die eine negative Auswirkung auf die Gesundheit haben können, sind im Kanton wie auch national weit verbreitet. So berichten neun von zehn (91,3%) erwerbstätigen Bündnerinnen und Bündner über mindestens eine physische Belastung wie schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltung. Fast ebenso viele (87,4%) geben mindestens eine psychosoziale Belastung wie hoher Zeitdruck oder hohe Arbeitsanforderungen an. Zudem ist rund jede vierte erwerbstätige Person im Kanton Graubünden von langer Arbeitszeit und jede fünfte erwerbstätige Person von atypischen Arbeitszeiten wie z.B. Nacharbeit betroffen. Trotz dieser Arbeitsbelastungen ist weniger als eine von zehn erwerbstätigen Personen (8,0%) im Kanton der Meinung, dass ihre Arbeit negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit hat. Die grosse Mehrheit der erwerbstätigen Bevölkerung im Kanton Graubünden ist zudem mit der aktuellen Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden, wobei der entsprechende Anteil von 53,3% im Jahr 2002 auf 76,5% im Jahr 2012 deutlich gestiegen ist.

Zwei von fünf Personen im Kanton Graubünden gehen pro Jahr 3 Mal oder öfter zur Ärztin/zum Arzt

Ein Viertel der Bündnerinnen und Bündner (25,2%) gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung gar nie eine Arztpraxis aufgesucht zu haben. Ein weiteres Drittel der Bevölkerung (34,6%) berichtet über 1 bis 2 Arztbesuche im Jahresintervall und rund zwei von fünf Personen suchten mindestens 3 Mal eine Arztpraxis auf. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an. Frauen gehen insgesamt öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt als Männer, wobei diese Differenz hauptsächlich auf Konsultationen bei der Frauenärztin bzw. beim Frauenarzt zurückzuführen ist. Diese fallen bei Frauen, z.B. im Rahmen von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen, zusätzlich an. Jede zweite Bündnerin zwischen 20 und 49 Jahren (50,8%) unterzog sich dementsprechend in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Dieser Anteil beträgt bei Frauen ab 50 Jahren noch 28,0%. Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs mittels Mammografie und zur Früherkennung von Prostatakrebs bei Männern werden hingegen erst ab dem 50. Lebensjahr häufiger durchgeführt (Anteile von 22,2% bzw. 31,2%).

Hilfe und Pflege im Alter für Frauen häufiger als für Männer

Hilfe und Pflege am Wohnort erfolgt zu einem grossen Teil in Form von sogenannter informeller Hilfe, also durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Weniger oft wird diesbezüglich die formelle Hilfe, d.h. die Dienste von professionellen Spitex-Organisationen beansprucht. Der Anteil Personen ab 65 Jahren im Kanton Graubünden, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben, beläuft sich auf 5,8%. Dabei steigt dieser Anteil sprunghaft von 1,6% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 17,0% bei den 80-Jährigen und Älteren an. Frauen beanspruchen sowohl die Hilfe und Pflege am Wohnort wie auch die Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen häufiger als Männer. Dieser Unterschied ist hauptsächlich auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen, die von einem Verlust des Lebenspartners häufiger betroffen sind und damit auch öfter die entsprechende Unterstützung verlieren.

Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton unterdurchschnittlich

Die Kosten der OKP sind zwischen 2008 und 2012 im Kanton Graubünden um durchschnittlich 2,3% und in der Schweiz um durchschnittlich 3,4% pro Jahr gewachsen. Das jährliche Kostenwachstum im Kanton Graubünden liegt damit rund ein Drittel unter dem nationalen Kostenwachstum. Aber nicht nur die Kostenentwicklung, sondern auch das Kostenniveau im Kanton ist im Vergleich zur gesamten Schweiz tiefer: Pro versicherte Bündnerin und Bündner sind im Jahr 2012 OKP-Kosten von 2792 Franken angefallen. In der Schweiz belaufen sich diese Kosten auf 3260 Franken, das sind fast 500 Franken (16,8%) mehr als im Kanton.

Wie bei den OKP-Kosten sind auch die Prämien für die OKP im Kanton Graubünden tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt: Die Jahresprämie für Bündnerinnen und Bündner ab 26 Jahren betrug 2012 durchschnittlich 3131 Franken und ist gut 500 Franken (14,2%) tiefer als im Schweizer Durchschnitt (3648 Franken). Das Standardmodell ist mit einem Anteil von 50,8% im Kanton Graubünden das am häufigsten gewählte Versicherungsmodell. Versicherungsmodelle wie das Hausarztmodell kommen weniger häufig vor, gewinnen aber immer mehr an Bedeutung. Der Anteil bei diesem Versicherungsmodell hat sich im Kanton zwischen 2008 und 2012 von 22,3% auf 39,3% fast verdoppelt.

*Kanton Graubünden im Vergleich zur Gesamtschweiz
kurz zusammengefasst*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse des Kantons Graubündens in vielen Bereichen jenen der Gesamtschweiz sehr ähnlich sind. Dennoch können drei Bereiche der Gesundheit hervorgehoben werden, in denen der Kanton Graubünden im Vergleich zur Schweiz insgesamt klar positiver abschneidet: Die Indikatoren zur psychischen Gesundheit der Bündnerinnen und Bündner fallen besser aus, der Medikamentenkonsum der Kantonsbevölkerung ist tiefer und die kantonalen Kosten sowie Prämien der OKP sind niedriger als im Schweizer Durchschnitt.

Resumaziun cumplessiva

Igl è mo pussaivel da fixar mesiras effectivas per la prevenziun e per la promoziun da la sanadad, sch'il stadi da sanadad da la populaziun e sch'ils facturs che influenzeschan la sanadad èn enconuschents. Il rapport qua avant maun dat ina tala survista per la populaziun dal Grischun e sa drizza a personas da cader da la politica, a personas dal sector da sanadad ed a tut las ulteriuras personas interessadas. Per il chantun Grischun vegnan preparadas e preschentadas infurmaziuns davart il stadi da sanadad, davart ils cumportaments ch'èn relevants per la sanadad, davart ils aspects che sa refereschan a la sanadad en il sector d'abitar e da lavur, davart il diever da prestaziuns da sanadad e davart ils custs e las premias da l'assicuranza obligatorica per la tgira da personas malsaunas (AOTM).

Las datas da las analisas fatgas derivan en emprima lingia da l'enquista svizra davart la sanadad da l'onn 2012. L'enquista svizra davart la sanadad vegn organisada en in ritmus da 5 onns tras l'uffizi federal da statistica (UST) e va enavos fin l'onn 1992. Ulteriuras bancas da datas, sco per exempel la statistica medicinala dals ospitals che vegn er fatga dal UST u il «pool da datas» da la SASIS SA, vegnan medemamain consultadas per far las analisas. L'observatori svizzer da sanadad (Obsan) ha fatg il rapport da sanadad qua avant maun per incumbensa dal departament da giustia, segirezza e sanadad dal chantun Grischun.

Qua sutvart vegnan resumadas las enconuschientschas las pli impurtantas dal rapport da sanadad per il chantun Grischun e preschentadas en ina cumparegliaziun cun quellas da l'entira Svizra. En general pon ins constatar ch'ils resultats dal chantun sumeglian en blers regards a quels da l'entira Svizra. Entaifer las caracteristicas demograficas sco la schlattaina, la vegliadetgna u la furmaziun datti percenter pli savens differenzas. Tuttina resortan talas differenzas en l'entira Svizra statistically en moda pli clera ch'en il chantun, e quai pervia dals dumbers da cas pli auts. Cun passa 650 personas ch'èn vegnidas interrogadas per telefon en l'enquista svizra davart la sanadad da l'onn 2012 è l'emprova da

controlla dal chantun Grischun tut en tut segiramain sufficienta. Pli difficil daventi dentant tar las analisas detagliadas da singulas sutpopolaziuns (p.ex. da tut las personas sur 65 onns en il chantun), perquai ch'ils dumbers da cas pli pitschens engrondeschan fermamain ils sbagls statistics dal resultat stimà.

La differenza tranter las schlattainas daventa pli pitschna tar la durada probabla da la vita e tar la mortalitad

La durada probabla da la vita mesauna il mument da la naschientscha sa chatta en il chantun Grischun cun 84,3 onns per las dunnas e 79,9 onns per ils umens dattiers da la media svizra. La durada probabla da la vita pli pitschna dals umens è s'avischinada durant ils ultims decennis permanentamain a quella da las dunnas. Quai tranter auter pervia d'ina assimilaziun dal cumportament relevant per la sanadad tranter las schlattainas.

Sco che la durada probabla da la vita da la populaziun è s'augmentada en il decurs dal temp, è percenter sa reducida la rata da mortalitad. La rata da mortalitad mesauna munta en il chantun Grischun a 755 mortoris sin 100'000 dunnas ed a 1123 mortoris sin 100'000 umens. Sco tar la durada probabla da la vita èn questas ratas quasi tuttina autas en il chantun Grischun sco en l'entira Svizra. Sin fundament dal ferm regress da la rata da mortalitad dals umens en cumparegliaziun cun quella da las dunnas, pon ins constatar er qua ina reduziun da la differenza tranter las schlattainas. Las raschuns da la mort las pli frequentas èn – en il chantun Grischun sco er en l'entira Svizra – malsognas dal cor e da la circulaziun, suandadas da malsognas da cancer.

Buna sanadad malgrà maldispostadads

Ina clera majoritad da las personas interrogadas en il chantun Grischun valitescha sia sanadad sco buna u fig buna (86,1%). Percenter inditgeschan tuttina 30,0% da las Grischunas e dals Grischuns in problem da sanadad che dura ditg. Las maldispostadads fisicas las pli frequentas èn mal il dies u mal la crusch. Circa mintga dieschavla

persuna en il chantun (10,9%) inditgescha plinavant da patir d'almain duas malsognas cronicas (multimorbiditad). L'onn avant l'enquista han 16,0% Grischunas e significativamain dapli, numnadamain 22,2% dals Grischuns gi in accident. Umens sa disgrazian pli savens che dunnas, saja quai en il chantun sco er sin plaun naziunal, e quai capita cunzunt a la lavur ed en il sport. En la vegliadetgna vegnan savens registradas cupitgas: Sin plaun chantunal sco er sin plaun naziunal inditgescha circa mintga quarta persuna sur 65 onns d'esser cupitgada almain ina giada durant l'onn passà.

Meglra sanadad psichica en il chantun Grischun ch'en l'entira Svizra

Per il stadi da sanadad d'ina populaziun è impurtanta ultra da la sanadad fisica er la sanadad psichica. Las Grischunas ed ils Grischuns (13,8%) han main grevezas psichicas che las Svizras ed ils Svizzers (18,0%). Las persunas interrogadas en il chantun Grischun inditgeschan in nivel d'energia e da vitalitad pli aut che quel da la media svizra. Medemamain ha la populaziun dal Grischun quotas pli bassas tar ils indicaturs sco «bass locus da controlla» e «sentiments da suldina». La finala èn er sintoms da depressiun (mesauna fin greva) plitost in pau pli rars en il chantun Grischun cun ina quota da 4,4% ch'en l'entira Svizra (ma la differenza n'è statisticamain betg significativa).

Augment da las persunas cun surpais en il chantun e sin plaun naziunal

Parts betg nunimpurtantas da la populaziun dal chantun Grischun (40,4%) e da l'entira Svizra (42,2%) han surpais (incl. adipositas). Questas quotas èn s'augmentadas tranter ils onns 1992 e 2012 tant en il chantun sco er en Svizra per circa 10 puncts procentuals. A medem temp valan trais da quatter persunas interrogadas sco sufficientamain activas corporalmain (GR: 76,7%; CH: 72,5%). Er questa quota da persunas activas è s'augmentada en l'entira Svizra dals onns 2002 fin 2012 per 10 puncts procentuals. Ed ils umens n'han – sin plaun chantunal sco er sin plaun naziunal ed en cumparegliaziun cun las dunnas – betg mo pli savens surpais, els dattan er main atenziun a lur nutriment e mangian pli paucs fritgs e legums.

Tendenzas regressivas tar il consum da tubac e d'alcohol tar ils umens

La quota da fimadras e fimaders en la populaziun dal Grischun importa 27,4% e sa chatta circa tar la media svizra da 28,2%. La quota d'umens che fiman è regredida da l'onn 1992 fin l'onn 2012 en l'entira Svizra da 36,5% a 32,4%. La quota da dunnas che fiman è restada stabila durant questa perioda tar circa in quart da tut las persunas interrogadas. En il chantun Grischun èn ils resultats sumegliants; il regress tar ils umens grischuns da l'onn 1992 fin l'onn 2012 n'è dentant statisticamain betg significativ. Sin plaun naziunal regredescha il ferm consum da cigarettas (20 e dapli cigarettas per di) tant tar las dunnas sco er tar ils umens durant ils ultims 20 onns. Ultra da quai pon ins registrar areguard la grevizza pervia dal fimar passiv ina fitg clera reduzziun: La quota da las persunas pertutgadas en Svizra ch'èn expostas almain in'ura per di al fimar passiv, è sa reducida da 31,4% l'onn 2002 a 6,1% l'onn 2012.

En connex cun il consum d'alcohol sa mussa en l'entira Svizra ina clera differenza tranter las schlattainas: Ils umens consumeschan circa duas giadas uschè savens per di alcohol che las dunnas. En il chantun Grischun na pertschaivan ins l'onn 2012 percenter betg ina clera differenza tranter las schlattainas en connex cun il consum d'alcohol per di (dunnas: 8,7%; umens: 9,8%). Da l'onn 1992 fin l'onn 2012 observan ins – en il chantun sco er en l'entira Svizra – ina gulivaziun tranter las schlattainas che deriva en emprima lingia dal cumportament da consum dals umens (reduzziun dal consum d'alcohol per di ad in consum pli rar).

Cuntrari al consum da tubac e d'alcohol è il consum da medicaments s'augmentà en il chantun Grischun ed en l'entira Svizra da l'onn 1992 fin l'onn 2012 per circa 10 puncts procentuals. 42,6% da las Grischunas e dals Grischuns interrogads en l'enquista da sanadad 2012 avevan prendi durant l'emna avant l'interrogaziun almain in medicament. Questa quota è dentant anc adina significativamain pli bassa che la quota da l'entira Svizra da 48,6%. Las dunnas consumeschan pli savens medicaments ch'ils umens e sco spetgà s'augmenta il consum da medicaments cun la vegliadetgna.

Gronda cuntentientscha en la lavur malgrà dapli chargias da lavur

Chargias da lavur che pon avair consequenzas negativas per la sanadad, èn fermamain derasadas tant en il chantun sco er sin plaun naziunal. Uschia inditgeschan nov da diesch (91,3%) Grischunas e Grischuns cun activitad da gudogn almain ina grevezza fisica sco ina posiziun dal corp dolurusa u standentusa. Quasi tuttina blers (87,4%) inditgeschan almain ina grevezza psicosociala sco grond squitsch da temp u grondas pretensiuns a la lavur. Ultra da quai è circa mintga quarta persuna cun activitad da gudogn en il chantun Grischun pertutgada da lungas uras da lavur e mintga tschintgavla persuna cun activitad da gudogn dad uras da lavur atipicas, sco p.ex. lavur da notg. Malgrà questas chargias da lavur è main ch'ina da diesch persunas cun activitad da gudogn (8,0%) da l'avis che sia lavur haja consequenzas negativas per l'atgna sanadad. La gronda maiortad da la populaziun cun activitad da gudogn en il chantun Grischun è plinavant fitg u ordvart cuntenta cun la situaziun da lavur actuala, en moda che la quota respectiva da 53,3% da l'onn 2002 è s'augmentada cleramain a 76,5% l'onn 2012.

Duas da tschintg persunas en il chantun Grischun van per onn trais giadas u dapli tar la media u tar il medi

In quart da las Grischunas e dals Grischuns (25,2%) inditgescha da betg esser ì tar la media u tar il medi durant ils dudiesch mais avant l'interrogaziun. In ulteriur terz da la populaziun (34,6%) inditgescha d'ir tar la media u tar il medi 1 fin 2 giadas per onn e circa duas da tschintg persunas èn idas almain 3 giadas per onn tar la media u tar il medi. Sco spetgà s'augmenta la frequenza da las visitas tar la media u tar il medi cun la vegliadetgna. Las dunnas van tut en tut pli savens tar la media u tar il medi ch'ils umens. Questa differenza deriva principalmain da las consultaziuns tar la ginecologa resp. tar il ginecolog. Talas visitas resultan supplementarmain tar las dunnas, p.ex. en il rom da controllas da prevenziun annualas. Mintga segunda Grischuna tranter 20 e 49 onns (50,8%) ha pia fatg durant ils dudiesch mais avant l'interrogaziun ina controlla da prevenziun pertutgant la diagnosa tempriva dal cancer dal culiez da la madra. Questa quota importa tar las dunnas sur 50 onns anc 28,0%. Visitas per la diagnosa tempriva da cancer dal sain cun agid da la mammografia e per la diagnosa tempriva da cancer da la prostata tar ils umens han dentant lieu pli savens pir a partir dal 50avel onn da vita (quotas da 22,2% resp. 31,2%).

Agid e tgira en la vegliadetgna pli savens per dunnas che per umens

L'agid e la tgira al lieu da domicil vegnan prestads per gronda part en furma d'in uschenumnà agid informal, pia tras confamigliars, amitgs u vischins. Main savens vegni fatg diever da l'agid formal, q.v.d. dals servetschs da las organisaziuns professiunalas da spitex. La part da las persunas sur 65 onns en il chantun Grischun che viva en ina chasa da persunas attempadas u da tgira munta a 5,8%. Questa quota s'augmenta andetgamain dad 1,6% tar las persunas da 65 fin 79 onns a 17,0% tar las persunas dad 80 onns e dapli. Tant da l'agid e da la tgira al lieu da domicil sco er da la tgira da lunga durada en las chasas da persunas attempadas e da tgira fan las dunnas diever pli savens ch'ils umens. Questa differenza deriva principalmain da la durada probabla da la vita pli auta da las dunnas. Ellas èn pertutgadas pli savens da la perdita dal partenari e perdan pia er pli savens il sustegn correspondent.

Ils custs da l'assicuranza obligatorica per la tgira da persunas malsaunas (AOTM) è sut la media en il chantun

Ils custs da la AOTM èn s'augmentads da l'onn 2008 fin l'onn 2012 en il chantun Grischun en media per 2,3% ed en Svizra en media per 3,4% per onn. L'augment annual dals custs en il chantun Grischun è pia circa in terz pli bass che l'augment naziunal dals custs. Betg mo il svilup dals custs, mabain er il nivel dals custs è en il chantun pli bass en cumparegliaziun cun l'entira Svizra: Per Grischuna u Grischun assicurà èn resultads l'onn 2012 custs da la AOTM da 2792 francs. En Svizra muntan quests custs a 3260 francs, quai èn quasi 500 francs (16,8%) dapli ch'en il chantun.

Sco tar ils custs da la AOTM èn er las premias per la AOTM en il chantun Grischun pli bassas ch'en la media svizra: La premia annuala per Grischunas e Grischuns sur 26 onns ha importà l'onn 2012 en media 3131 francs ed è bundant 500 francs (14,2%) pli bassa che la media svizra (3648 francs). Il model da standard cun ina quota da 50,8% en il chantun Grischun è il model d'assicuranza che vegn tschernì il pli savens. Models d'assicuranza sco ils models da medi da famiglia vegnan avant main savens, daventan però adina pli impurtants. La quota tar quest model d'assicuranza è quasi sa dublegiada en il chantun da l'onn 2008 fin l'onn 2012, da 22,3% a 39,3%.

Il chantun Grischun en cumparegliaziun cun l'entira Svizra resumà curtamain

Per resumar pon ins constatar ch'ils resultats dal chantun Grischun sumeglian en blers regards a quels da l'entira Svizra. Tuttina pon trais secturs da la sanadad vegnir accentuads. En quests trais secturs ha il chantun Grischun tut en tut resultats cleramain pli positivs en cumparegliaziun cun l'entira Svizra: Ils indicaturs pertutgant la sanadad psichica da las Grischunas e dals Grischuns èn megliers, il consum da medicaments da la populaziun chantunala è pli bass ed ils custs chantunals sco er las premias da la AOTM èn pli bass ch'en la media svizra.

Riassunto

Misure efficaci per la prevenzione e per la promozione della salute possono essere determinate solo se sono noti lo stato di salute della popolazione e i fattori che lo influenzano. Il presente rapporto offre una tale panoramica con riguardo alla popolazione grigionese ed è rivolto ai responsabili decisionali politici, agli esperti del settore sanitario e a tutte le altre persone interessate. Per il Cantone dei Grigioni vengono elaborate e presentate le informazioni relative allo stato di salute, ai comportamenti rilevanti per la salute, agli aspetti concernenti la salute nel contesto abitativo e lavorativo, al ricorso a prestazioni sanitarie nonché riguardo ai costi e ai premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

I dati per le analisi svolte provengono in primo luogo dall'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) del 2012. L'ISS viene svolta ogni cinque anni dall'Ufficio federale di statistica (UST), il primo rilevamento risale al 1992. Per le analisi vengono utilizzate anche altre banche dati, come ad esempio la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'UST o il «pool di dati» della SASIS AG. L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) ha allestito il presente rapporto sulla salute su incarico del Dipartimento di giustizia, sicurezza e sanità del Cantone dei Grigioni.

Di seguito, le principali conoscenze scaturite dal rapporto sulla salute per il Cantone dei Grigioni vengono riassunte e confrontate con la situazione in Svizzera. In generale si può constatare che in molti settori i risultati relativi al Cantone sono simili ai risultati a livello svizzero. Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche come sesso, età o istruzione le differenze sono per contro più frequenti. Tuttavia, per via del numero di casi superiore, a livello nazionale tali divergenze risultano in misura statisticamente superiore rispetto a quanto sia il caso nel Cantone. Con oltre 650 persone interpellate telefonicamente nel quadro dell'ISS 2012, complessivamente il campione del Cantone dei Grigioni ha certamente dimensioni sufficienti. La situazione è tuttavia più complicata per quanto riguarda le analisi dettagliate di singole sottopopolazioni (ad es. tutti gli over 65 nel

Cantone), poiché con un numero inferiore di casi il margine di errore per il risultato stimato aumenta considerevolmente.

La differenza di genere per quanto riguarda aspettativa di vita e mortalità si riduce

Nei Grigioni l'aspettativa di vita media al momento della nascita è di 84,3 anni per le donne e di 79,9 anni per gli uomini e si situa vicino alla media svizzera. Nel corso degli ultimi decenni, l'aspettativa di vita più bassa per gli uomini si è costantemente avvicinata a quella delle donne. Ciò è riconducibile tra l'altro all'avvicinamento tra i due sessi del comportamento rilevante per la salute.

Così come nel corso degli anni è aumentata l'aspettativa di vita della popolazione, il tasso di mortalità è diminuito. Nel Cantone dei Grigioni il tasso di mortalità medio si attesta a 755 decessi ogni 100'000 donne e a 1123 decessi ogni 100'000 uomini. Come per l'aspettativa di vita, nel Cantone dei Grigioni questi tassi si situano nella media svizzera. A seguito del calo più marcato del tasso di mortalità degli uomini rispetto a quello delle donne, anche in questo caso si constata una riduzione della differenza di genere. Le cause di morte più frequenti sono, sia nel Cantone dei Grigioni, sia in Svizzera, le malattie cardiovascolari, seguite dalle malattie tumorali.

Benessere nonostante problemi di salute

La grande maggioranza degli interpellati nel Cantone dei Grigioni giudica la propria salute buona o molto buona (86,1%). A questo risultato si contrappone però pur sempre un 30,0% di grigionesi che lamenta un problema di salute di lunga data. I disturbi fisici citati più di frequente sono mal di schiena e dolori lombari. Circa una persona su dieci nel Cantone (10,9%) afferma inoltre di soffrire di almeno due malattie croniche (multimorbilità). Nell'anno precedente il sondaggio, il 16,0% delle donne grigionesi e un numero significativamente superiore di uomini grigionesi, ovvero il 22,2%, hanno subito

un infortunio. Gli uomini, a livello cantonale così come a livello nazionale, subiscono quindi più spesso infortuni rispetto alle donne, soprattutto durante il lavoro o praticando sport. Con l'avanzare dell'età si registrano spesso delle cadute: sia a livello cantonale, sia a livello nazionale una persona su quattro a partire dai 65 anni riferisce di almeno una caduta nell'anno precedente il sondaggio.

Salute psichica migliore nel Cantone dei Grigioni rispetto al risultato globale svizzero

Per lo stato di salute di una popolazione, oltre alla salute fisica è importante anche la salute psichica. I grigionesi (13,8%) riferiscono con minore frequenza di disturbi psichici rispetto agli svizzeri (18,0%). Inversamente, gli interpellati nel Cantone dei Grigioni riferiscono di una maggiore energia e vitalità rispetto alla media svizzera. Nella popolazione grigionese sono inferiori anche le quote relative a indicatori quali «profondo sentimento di controllo sulla propria vita» e «senso di solitudine». Infine, con una quota del 4,4%, nel Cantone dei Grigioni anche i sintomi depressivi (da medi a gravi) sono tendenzialmente più rari rispetto al resto della Svizzera (la differenza non è tuttavia statisticamente significativa).

Aumento della quota di persone sovrappeso nel Cantone e a livello nazionale

Una parte non trascurabile della popolazione del Cantone dei Grigioni (40,4%) e della Svizzera (42,2%) è sovrappeso (incl. adiposità). Tra il 1992 e il 2012 queste percentuali sono aumentate di circa 10 punti sia nel Cantone, sia in Svizzera. Al contempo, circa tre interpellati su quattro praticano un'attività fisica sufficiente (GR: 76,7%; CH: 72,5%). Tra il 2002 e il 2012 anche tale percentuale di persone attive è aumentata in Svizzera di 10 punti. A livello cantonale e nazionale nonché rispetto alle donne, gli uomini non solo sono più spesso sovrappeso, ma prestano anche meno attenzione alla loro alimentazione e mangiano meno frutta e verdura.

Consumo di tabacco e alcol in calo tra gli uomini

Tra la popolazione grigionese la quota di fumatori è del 27,4% e si trova in linea con la media svizzera, pari al 28,2%. Tra il 1992 e il 2012 la quota di fumatori tra gli uomini è diminuita in tutta la Svizzera dal 36,5% al 32,4%. La quota di fumatrici nello stesso periodo è rimasta stabile attestandosi a circa un quarto di tutte le interpellate. Nel Cantone dei Grigioni si osservano risultati simili, la riduzione registrata tra gli uomini grigionesi

tra il 1992 e il 2012 non è tuttavia statisticamente significativa. A livello nazionale, negli ultimi 20 anni si è registrato un calo sia tra le donne, sia tra gli uomini del numero di forti consumatori di sigarette (20 sigarette e più al giorno). Inoltre, si registra una netta diminuzione per quanto riguarda il fumo passivo: la quota di persone che in Svizzera è esposta almeno un'ora al giorno al fumo passivo, è passata dal 31,4% nel 2002 al 6,1% nel 2012.

Per quanto riguarda il consumo di alcol, a livello nazionale emerge una chiara differenza tra i sessi: il numero di uomini che consuma quotidianamente alcol è circa il doppio rispetto a quello delle donne. Nel Cantone dei Grigioni, nel 2012 non era per contro riconoscibile una netta differenza tra i sessi per quanto riguarda questa percentuale (donne: 8,7%; uomini: 9,8%). Tra il 1992 e il 2012, sia a livello cantonale, sia a livello federale si osserva un avvicinamento tra i sessi riconducibile in primo luogo al comportamento di consumo degli uomini (riduzione del consumo da consumo quotidiano a consumo meno frequente).

Diversamente dal consumo di tabacco e di alcol, nel Cantone dei Grigioni e in tutta la Svizzera tra il 1992 e il 2012 il consumo di medicinali è aumentato di circa 10 punti percentuali. Il 42,6% dei grigionesi interpellati dall'ISS 2012 ha assunto almeno un medicamento nella settimana precedente il sondaggio. Questa quota rimane però significativamente inferiore alla quota di tutta la Svizzera, pari al 48,6%. Le donne consumano più medicinali degli uomini e, come atteso, il consumo di medicinali aumenta con l'età.

Elevata soddisfazione sul lavoro nonostante lo stress sul posto di lavoro sia diffuso

Lo stress sul posto di lavoro, che può avere un effetto negativo sulla salute è molto diffuso sia a livello cantonale, sia a livello nazionale. Nove grigionesi su dieci (91,3%) attivi nel mondo del lavoro indicano ad esempio di soffrire almeno di un sovraccarico fisico come postura dolorosa o affaticante. Quasi altrettanti (87,4%) indicano un carico psicosociale come tempi serrati o elevate esigenze lavorative. Inoltre, circa un lavoratore su quattro nel Cantone dei Grigioni è interessato da orari di lavoro prolungati, mentre un lavoratore su cinque ha orari di lavoro atipici, come ad esempio lavoro notturno. Nonostante questi carichi di lavoro, meno di un lavoratore su dieci (8,0%) nel Cantone ritiene che il proprio lavoro abbia effetti negativi sulla salute. La grande maggioranza della popolazione attiva nel Cantone dei Grigioni è inoltre molto o straordinariamente soddisfatta

dell'attuale situazione lavorativa; questo tasso di soddisfazione è nettamente aumentato, passando dal 53,3% nel 2002 al 76,5% nel 2012.

Due persone su cinque nel Cantone dei Grigioni si recano 3 volte all'anno o più spesso dal medico

Un quarto dei grigionesi (25,2%) afferma di non aver mai consultato un medico nei dodici mesi precedenti il sondaggio. Un terzo della popolazione (34,6%) riferisce di una – due visite mediche in un anno, mentre circa due pazienti su cinque hanno consultato almeno tre volte un medico. Come atteso, la frequenza delle visite mediche aumenta con l'avanzare dell'età. Le donne si recano complessivamente più spesso dal medico rispetto agli uomini, ma questa differenza è riconducibile principalmente a consultazioni ginecologiche. Queste visite, effettuate ad esempio nel quadro dei controlli profilattici annuali, vanno ad aggiungersi al numero delle visite mediche delle donne. Nei dodici mesi precedenti il sondaggio, una grigionese su due tra i 20 e i 49 anni (50,8%) si è sottoposta a esami preventivi per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero. Per le donne a partire da 50 anni questa quota è ancora del 28,0%. Esami per la diagnosi precoce del cancro al seno tramite mammografia e per la diagnosi precoce del cancro della prostata vengono per contro svolti più spesso a partire dai 50 anni (quote del 22,2% rispettivamente del 31,2%).

Aiuto e cura nella terza età per le donne sono più frequenti che per gli uomini

L'aiuto e la cura a domicilio avvengono in gran parte sotto forma di cosiddetto aiuto informale, dunque quello prestato da familiari, amici o vicini. Meno spesso si ricorre all'aiuto formale, ovvero a servizi di organizzazioni Spitem professionali. La quota di persone a partire da 65 anni che nel Cantone dei Grigioni vivono in una casa per anziani o di cura ammonta al 5,8%. Questa quota aumenta in modo repentino dall'1,6% delle persone tra i 65 e i 79 anni al 17,0% delle persone dagli 80 anni in su. Le donne ricorrono con maggiore frequenza sia all'aiuto e alla cura a domicilio, sia alla cura a lungo termine nelle case per anziani e di cura. Questa differenza è riconducibile principalmente all'aspettativa di vita più elevata delle donne, che sono colpite più spesso dalla perdita del compagno di vita e perdono di conseguenza più spesso il corrispondente sostegno.

Costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) nel Cantone inferiori alla media

Tra il 2008 e il 2012, nel Cantone dei Grigioni i costi a carico dell'AOMS sono aumentati in media del 2,3% e in Svizzera in media del 3,4% all'anno. Nel Cantone dei Grigioni l'aumento dei costi annuo si situa dunque circa un terzo al di sotto dell'aumento a livello nazionale. Ma non solo l'evoluzione, bensì anche il livello dei costi nel Cantone è inferiore se paragonato alla situazione a livello nazionale: per grigionese assicurato, nel 2012 sono risultati costi a carico dell'AOMS pari a 2792 franchi. In Svizzera questi costi ammontano a 3260 franchi, ovvero a quasi 500 franchi (16,8%) in più rispetto a quelli nel Cantone.

Come per i costi a carico dell'AOMS, anche i premi per l'AOMS nel Cantone dei Grigioni sono inferiori rispetto alla media svizzera: il premio annuo per i grigionesi a partire dai 26 anni è ammontato nel 2012 in media a 3131 franchi, ovvero 500 franchi (14,2%) in meno rispetto alla media svizzera (3648 franchi). Con una quota del 50,8%, il modello standard è il modello assicurativo maggiormente scelto nel Cantone dei Grigioni. I modelli assicurativi come il modello del medico di famiglia sono meno frequenti, assumono tuttavia sempre più importanza. Tra il 2008 e il 2012 le preferenze per questo modello assicurativo sono quasi raddoppiate passando dal 22,3% al 39,3%.

Sintesi della situazione nel Cantone dei Grigioni nel confronto nazionale

Riassumendo, si può constatare che in molti settori i risultati relativi al Cantone dei Grigioni sono molto simili ai risultati a livello svizzero. Tuttavia, si possono individuare tre ambiti nel settore della salute nei quali il Cantone dei Grigioni ha ottenuto nell'insieme un risultato chiaramente migliore rispetto a quello nazionale: gli indicatori relativi alla salute psichica dei grigionesi risultano migliori, il consumo di medicinali della popolazione cantonale è inferiore e i costi cantonali a carico dell'AOMS così come i premi sono inferiori rispetto alla media svizzera.

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
BAFU	Bundesamt für Umwelt	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
BAG	Bundesamt für Gesundheit	OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	SASIS	Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer
BFS	Bundesamt für Statistik	SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung	SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
BMI	Body Mass Index	SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
GMM I+II	Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung I und II	SR	Systematische Rechtssammlung
HMO	Health Maintenance Organization	SRPH	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen
IV	Invalidenversicherung	STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)	SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
KVG	Krankenversicherungsgesetz (SR 832.10)	UV	Unfallversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste	VPLJ	Verlorene potenzielle Lebensjahre
MV	Militärversicherung	VVG	Versicherungsvertragsgesetz (SR 221.229.1)
N	Grundgesamtheit einer Population	WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
n	Anzahl der Befragten, Stichprobe		
NICER	Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung (National Institute for Cancer Epidemiology and Registration)		

Einleitung

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

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

1.1 Gesundheitsbericht für den Kanton Graubünden

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde vom Kanton Graubünden mit der Ausarbeitung eines hauptsächlich auf der SGB 2012 basierenden Gesundheitsberichts beauftragt. Graubünden hatte bereits im Rahmen der ersten Gesundheitsbefragung des BFS im Jahr 1992 einen kantonalen Gesundheitsbericht durch das Schweizerische Institut für das Gesundheitswesen (IfG) erstellen lassen (IfG, 1996). Der aktuelle Gesundheitsbericht ist somit der zweite umfassende Bericht über die Gesundheit der Bündner Bevölkerung.

Der Gesundheitsbericht für den Kanton Graubünden bietet sowohl einen breiten Überblick über die Gesundheit im Allgemeinen als auch detaillierte Analysen und Erläuterungen zu Themen wie die psychische Gesundheit oder das Ernährungsverhalten. Der Bericht ist in elektronischer oder gedruckter Form verfügbar. Er richtet sich an Expertinnen und Experten sowie Fachleute des Gesundheitswesens, an Politikerinnen und Politiker sowie an alle übrigen Personen innerhalb und ausserhalb des Kantons, die sich für Gesundheitsfragen interessieren.

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

1.2 Ziele des Gesundheitsberichts

Eine Gesundheitspolitik, welche sich u.a. mit der Prävention von Krankheiten sowie einer gezielten Gesundheitsförderung befasst, benötigt grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Einflussfaktoren. Der vorliegende Bericht hat deshalb zum Ziel, umfassende Informationen zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Bündner Bevölkerung sowie über die Gesundheit beeinflussenden strukturellen Determinanten zu verschaffen. Die Analysen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geben zudem Hinweise zur Qualität und Effizienz des kantonalen Gesundheitssystems.

Beim Gesundheitsbericht stehen die folgenden Ziele im Vordergrund:

- Der Gesundheitsbericht soll als Nachschlagewerk für verschiedenste Aspekte der öffentlichen Gesundheit im Kanton Graubünden dienen.
- Risiko- und Zielgruppen innerhalb des Kantons sollen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten identifiziert werden.
- Veränderungen im Gesundheitsgeschehen des Kantons zwischen 1992 und 2012¹ sollen identifiziert und beschrieben werden (z.B. neu auftretende, sich verschärfende oder rückläufige Gesundheitsprobleme).
- Die Besonderheiten des Kantons Graubünden bezüglich gesundheitsbezogener Indikatoren sollen hervorgehoben sowie die soziodemografischen und strukturellen Rahmenbedingungen des Kantons aufgezeigt werden.

1.3 Verwendete Daten

Die im Bericht präsentierten Analysen und Ergebnisse beruhen hauptsächlich auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Aus diesem Grund wird primär die für die SGB verwendete Methode im Detail vorgestellt. Die übrigen Ergebnisse stammen aus anderen

Datenbanken (z.B. Datenpool der SASIS AG, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Todesursachenstatistik des BFS), die im Anschluss an die SGB übersichtsmässig vorgestellt werden.

1.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung

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

Grundgesamtheit und Stichprobe

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

Die Stichprobe der SGB 2012 wurde vom BFS aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) gezogen. Der SRPH basiert auf den Datenlieferungen der kantonalen und kommunalen Einwohnerregister, die quartalsweise mit den Informationen der Telefonanbieter ergänzt werden (BFS, 2014e). Der Stichprobenplan besteht aus einer geschichteten Zufallsstichprobe von Personen und Haushalten.³ Die Schichten werden durch die Kantone gebildet. Die Stichprobe wird so

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

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

³ Die 2012 angewandte Stichprobenmethode unterscheidet sich von jener der vorhergehenden Erhebungen, als in jedem ermittelten Haushalt eine Zielperson zufällig für die Befragung ausgewählt wurde. Für die SGB 2012 wählte das BFS die Zielpersonen direkt aufgrund der Informationen aus dem Stichprobenrahmen (SRPH).

auf die Schichten verteilt, dass die Grossregionen⁴ eine minimale Stichprobengrösse erhalten (mind. 900 Interviews pro Grossregion).

Die nationale Stichprobe der SGB enthält 10'000 Interviews, die gleichmässig auf die Kantone verteilt sind. Um repräsentativere Auswertungen durchzuführen, können die Kantone ihre Stichprobe erhöhen. 2012 haben insgesamt 18 Kantone⁵ sowie die Stadt Zürich die Stichprobe erhöht. Auch der Kanton Graubünden hat den Stichprobenumfang erweitert. Die endgültige Stichprobe des Kantons Graubünden umfasst 666 Interviews. Ergänzt um die kantonalen Verdichtungen beläuft sich die Nettostichprobe für die Gesamtschweiz im Jahr 2012 auf 21'597 interviewte Personen. Die Gesundheitsbefragung 2012 wurde zudem erstmals für das Fürstentum Liechtenstein durchgeführt (1023 Interviews).

Art der Erhebung

Die SGB ist eine computergestützte telefonische Befragung bei Personen in Privathaushalten, welche durch eine schriftliche Nachbefragung derselben Personen ergänzt wird. 2012 dauerten die Interviews

durchschnittlich 35 Minuten. Am Ende des telefonischen Interviews wurden die Teilnehmenden jeweils gefragt, ob sie die schriftliche Nachbefragung online oder in Papierform erhalten möchten.

Datenerhebung

Die Datenerhebung der SGB erstreckte sich über das ganze Jahr 2012, um den Einfluss der Jahreszeiten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten auszugleichen. Durchgeführt wurde die Befragung vom Markt- und Sozialforschungsinstitut LINK in Luzern.

Die Personen, deren Telefonnummern bekannt waren (Verknüpfungsquote: 75%), wurden schriftlich informiert, dass sie mittels Zufallsstichprobe ausgewählt worden waren und sie in den nächsten Tagen für ein telefonisches Interview kontaktiert werden würden. Die übrigen Personen ohne Telefonnummern (25%) erhielten eine Antwortkarte, auf der sie ihre Koordinaten angeben sowie einen Termin für das Telefoninterview vorschlagen konnten. 57% dieser Antwortkarten blieben unbeantwortet.

Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

Datenproduzent	Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheit, Neuchâtel
Rechtsgrundlage	Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431.012.1) Verordnung vom 19. Dezember 2008 über die eidgenössische Volkszählung (SR 431.112.1)
Erhebungszweck	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen in den genannten Bereichen sowie der Auswirkungen der gesundheitspolitischen Massnahmen.
Befragte	Die repräsentative Zufallsstichprobe besteht aus Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Festnetz- oder Mobilfunkanschluss.
Stichprobe	Es handelt sich um eine Stichprobenerhebung. Die Personen werden nach dem Zufallsprinzip aus dem Telefonregister des BFS gezogen. Im Rahmen der SGB 2012 nahmen 21'597 Personen an der Befragung teil. Von diesen füllten 18'357 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. Im Kanton Graubünden wurden 666 Personen telefonisch befragt und 581 gaben ebenfalls schriftlich Auskunft. 18 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck kantonaler Analysen ihre Stichproben mit Eigenmitteln aufgestockt: AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG.
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012. Nächste Befragung: 2017.
Aussagekraft	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

Quelle: BFS – Sektion Gesundheit

© Obsan 2015

⁴ Die sieben Grossregionen sind: Genfersee-Region (GE, VD, VS), Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO), Nordwestschweiz (AG, BL, BS), Zürich (ZH), Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG), Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Tessin (TI).

⁵ Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Schwyz, Tessin, Thurgau, Uri, Waadt, Wallis, Zug.

Teilnahme an der Erhebung

Im Jahr 2012 nahmen insgesamt 21'597 Personen an der Erhebung der SGB teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 53,1% (Kanton Graubünden: 47,3%) (BFS, 2013b). Gut ein Drittel der kontaktierten Personen (34,2%) konnte nicht erreicht werden und 12,7% verweigerten die Teilnahme an der Erhebung. Die Teilnahmequote belief sich auf 61,2% bei jenen Personen, deren Telefonnummer bekannt war und auf 29,1% bei jenen, deren Telefonnummer zu Beginn der Erhebung nicht bekannt gewesen war.

Von den 21'597 Personen, die am Telefoninterview teilgenommen haben, waren 11'314 Frauen und 10'283 Männer. 17'936 Personen hatten die schweizerische Staatsangehörigkeit und 3661 waren in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer. Die Interviews wurden ausschliesslich in den drei Amtssprachen durchgeführt: 13'998 auf Deutsch, 5727 auf Französisch und 1872 auf Italienisch.

Die befragten Personen erhielten nach dem Telefoninterview einen schriftlichen Fragebogen für die Nachbefragung. Insgesamt füllten 18'357 Personen den schriftlichen Fragebogen aus, davon 38,7% online und 61,3% auf Papier.

Vorteile und Grenzen

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

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

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

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

Die untenstehende Tabelle zeigt die Anzahl der im Kanton Graubünden in der SGB befragten sowie der im Kanton wohnhaften Personen ab 15 Jahren im Jahr 2012 nach Geschlecht und Altersgruppe. Von den insgesamt 167'925 Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Graubünden ab 15 Jahren (N) wurden im Rahmen der SGB 2012 insgesamt 666 Personen (n) – 320 Frauen und 346 Männer – interviewt.

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

Altersgruppe	Frauen				Männer				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
15–34 Jahre	69	21,6	20 584	26,7	90	26,0	28 497	31,4	159	23,9	49 081	29,2
35–49 Jahre	86	26,9	19 337	25,1	93	26,9	24 049	26,5	179	26,9	43 387	25,8
50–64 Jahre	86	26,9	18 343	23,8	104	30,1	24 687	27,2	190	28,5	43 030	25,6
Ab 65 Jahren	79	24,7	18 926	24,5	59	17,1	13 502	14,9	138	20,7	32 427	19,3
Total	320	100,0	77 190	100,0	346	100,0	90 735	100,0	666	100,0	167 925	100,0

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1.3.2 Weitere Datenquellen

Nebst der Schweizerischen Gesundheitsbefragung fliesen in einigen Kapiteln (v.a. Kapitel 2, 5 und 6) auch Daten folgender weiterer Statistiken in den Bericht ein:

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)

Die BEVNAT des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist eine der wichtigsten Grundlagen für die statistische Beobachtung der Entwicklung von Ehen und Familien in der Schweiz. Sie liefert Eckwerte für die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), für Bevölkerungsszenarien sowie für die Berechnung von demografischen Indikatoren.

Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

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

Todesursachenstatistik

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

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

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

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

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

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

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

Datenpool SASIS AG

Der Datenpool umfasst die von der SASIS AG erhobenen Daten der Krankenversicherer. Die SASIS AG erhebt aggregierte Daten von 99,7% aller Versicherten (2012). Der Datenpool gibt Auskunft über die Prämien- und Kostenentwicklung im Bereich der OKP nach Leistungserbringer und Leistungsarten.

Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER)

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

1.4 Erläuterungen zum Modell der Gesundheitsdeterminanten

1.4.1 Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten

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

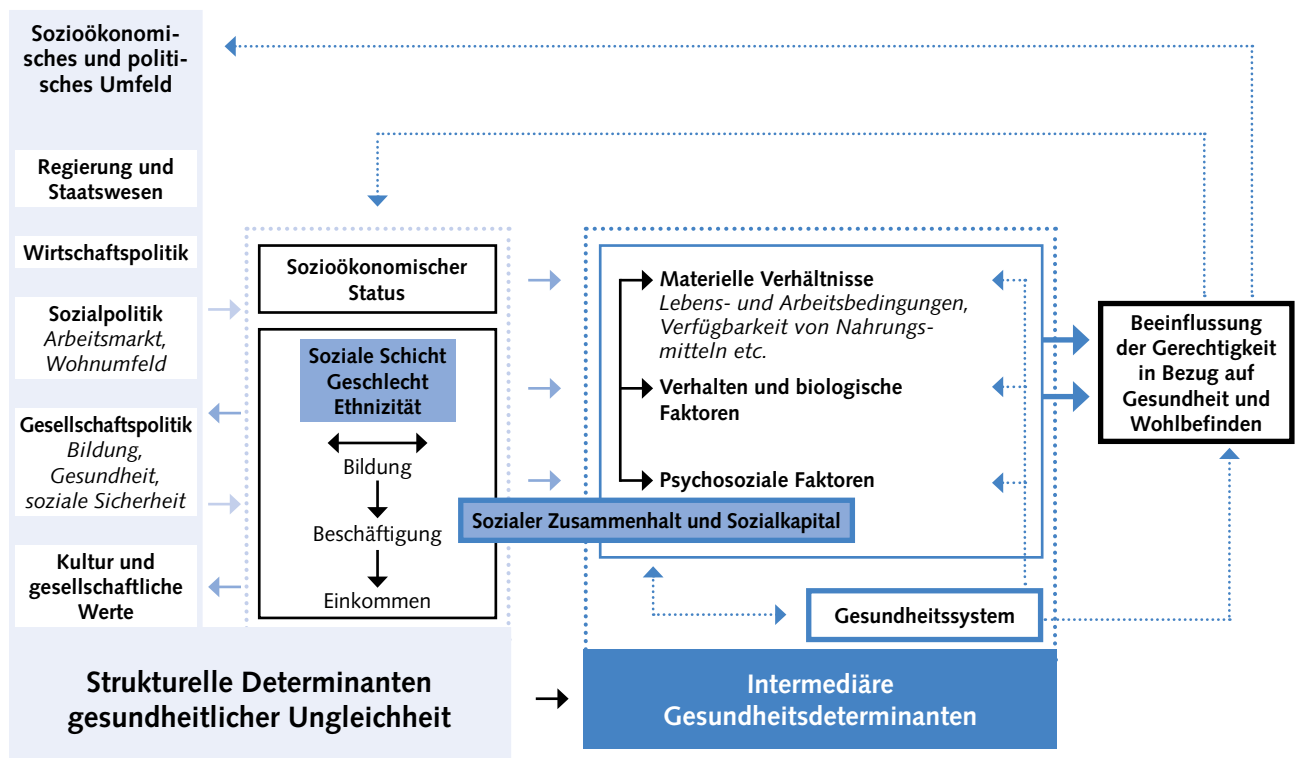
Die Gesundheitsdeterminanten-Modelle legten in einer ersten Phase den Fokus auf den individuellen Gesundheitszustand und zielten primär auf die Lebensgewohnheiten und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ab (Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht etc.). Mit diesem Ansatz wurde hauptsächlich an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

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

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

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

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



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

© Obsan 2015

1.4.2 Im Bericht präsentierte Gesundheitsdeterminanten

Determinanten in separaten Kapiteln

Folgenden Gesundheitsdeterminanten werden im Gesundheitsbericht für den Kanton Graubünden ein Kapitel oder ein Unterkapitel gewidmet:

- In Unterkapitel 2.6 werden die Themen «sozialer Zusammenhalt» und «Sozialkapital» unter dem Begriff «Gesundheitsressourcen» behandelt. Konkret werden dazu die SGB-Indikatoren Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung und Einsamkeitsgefühle gezeigt.
- In Kapitel 3 des Berichts werden gesundheitsrelevante Einflussfaktoren der individuellen Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Konsum von psychoaktiven Substanzen) beschrieben.
- Kapitel 4 des Gesundheitsberichts behandelt gesundheitsrelevante Aspekte der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen der Bündner Bevölkerung (Störungen zu Hause und am Arbeitsplatz, psychische Belastungen bei der Arbeit, Zufriedenheit mit der Arbeit).
- Kapitel 5 konzentriert sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Bündnerinnen und Bündner werden bezüglich ihrer Nutzung von medizinischen Leistungen beschrieben. Beispiele hierfür sind die Inanspruchnahme von Spitalleistungen oder Vorsorgeuntersuchungen.
- Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist auch mit finanziellen Belastungen verbunden, die sich u.a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegeln. Eine Übersicht über diese Entwicklungen im Kanton Graubünden liefert Kapitel 6 des Berichts.
- Im Unterkapitel 1.6 schliesslich werden einige ausgewählte kantonale Daten zur Bevölkerungs- und Beschäftigungsstruktur im Kanton Graubünden präsentiert. Ausserdem finden sich hier Kennzahlen zur medizinischen Versorgung wie die Ärztedichte, die Spitalbettendichte oder die Hospitalisierungsrate.

Soziale Gesundheitsdeterminanten als erklärende Variablen

Als soziale Gesundheitsdeterminanten werden im Gesundheitsbericht die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Haushaltsäquivalenzeinkommen, Nationalität, Sprachregion und Urbanisierungsgrad benutzt. Wichtige Gesundheitsindikatoren der SGB sind im Anhang (A-2.1 bis A-5.7) nach diesen sozialen Gesundheitsdeterminanten aufgeführt.

Geschlecht

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

Alter

In der SGB 2012 wurden nur Personen ab 15 Jahren befragt, weshalb Kinder und Jugendliche im Gesundheitsbericht nicht analysiert werden können. Für die untersuchte Bevölkerung ab 15 Jahren gilt, dass mit zunehmendem Alter gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger werden und nicht selten zu Multimorbidität führen. Allerdings bestehen auch bei älteren Personen grosse individuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bezüglich 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 (Perrig-Chiello, 2011; Zimmermann et al., 2012). Die Auswertungen im Gesundheitsbericht werden in relativ grossen Altersgruppen präsentiert, die aber den wesentlichen Phasen der Lebenszyklen von Frauen und Männern entsprechen: 15 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.

Bildung und Haushaltseinkommen

Diese beiden Variablen werden gemeinsam behandelt, da der Bildungsstand einen direkten Einfluss auf das Einkommen hat. Der Durchschnittslohn eines Mannes ohne abgeschlossene Berufsausbildung belief sich in der Schweiz im Jahr 2012 gemäss Lohnstrukturerhebung auf 5000 Franken; jener eines Mannes mit universitärem Abschluss belief sich auf 11'000 Franken.⁶ Wie in allen OECD-Ländern ist auch in der Schweiz ein hoher Bildungsstand mit einer hohen Erwerbsquote verbunden. So liegt der Anteil an Erwerbstätigen bei Personen mit einem Diplom unterhalb der Sekundarstufe II bei 70% und bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe bei 90%.

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

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

Der *Bildungsstand* entspricht in diesem Bericht der höchsten Ausbildung, die im Verlaufe des Lebens mit einem Fähigkeitsausweis oder einem Diplom abgeschlossen wurde.

⁶ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/04/blank/key/lohnstruktur/nach_ausbildung.html (Zugriff am 11.2.2015)

- Obligatorische Schule:
Personen, die in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule noch nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule keinen weiteren Abschluss gemacht haben.⁷
- Sekundarstufe II:
Personen, die das 10. Schuljahr, eine Anlehre, Haushaltsschule, 2-jährige Handelsschule, Berufslehre, Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Diplom-, Fach- oder Handelsmittelschule oder ein Lehrkräfte-Seminar abgeschlossen haben.
- Tertiärstufe:
Personen, die eine höhere Berufsbildung mit eidgenössischem Fachausweis erlangt oder eine höhere Techniker- bzw. Fachschule, Fachhochschule, pädagogische Hochschule (PH) oder die Universität abgeschlossen haben.

Das *Haushaltseinkommen* ist in der SGB die Summe der Nettoeinkommen, die von den einzelnen Haushaltsmitgliedern erzielt wurden. Um in Bezug auf ihre Grösse und Zusammensetzung die sehr unterschiedlichen Haushalte vergleichen zu können, wird das sogenannte «Äquivalenzeinkommen» berechnet. Das *Haushaltsäquivalenzeinkommen* wird gemäss der Definition der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) nach der Anzahl und dem Alter der einzelnen Haushaltsmitglieder gewichtet.⁸ Folgende Kategorien von Haushaltsäquivalenzeinkommen werden im Gesundheitsbericht präsentiert: Weniger als 3000 Franken pro Monat; 3000 bis 4499 Franken pro Monat; 4500 bis 5999 Franken pro Monat; ab 6000 Franken pro Monat.⁹

⁷ Insgesamt haben rund 84% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss, während rund 16% die obligatorische Schule nicht besucht oder (noch) nicht abgeschlossen haben.

⁸ Die von der OECD definierten Gewichte sind: a) erstes Haushaltsmitglied (Gewichtung: 1,0); b) weiteres Haushaltsmitglied ab 14 Jahren (Gewichtung: 0,5; und c) Kind unter 14 Jahren (Gewichtung: 0,3). Das Äquivalenzeinkommen wird anhand folgender Formel ermittelt:

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

Als Beispiel sollen drei Haushalte mit einem monatlichen Einkommen von je 7000 Franken verglichen werden: a) Paarhaushalt ohne Kinder, b) Paarhaushalt mit einem Kind und c) Haushalt bestehend aus einer Frau und drei Kindern unter 15 Jahren. Das Äquivalenzeinkommen des ersten Haushalts beträgt 4667 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,5 = 1,5$), jenes des zweiten 3889 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,5 + 0,3 = 1,8$) und jenes des dritten 3684 Franken (Gewichtung: $1,0 + 0,3 + 0,3 + 0,3 = 1,9$).

⁹ Die Variable zum Haushaltsäquivalenzeinkommen wurde im Oktober 2014 von der für die SGB verantwortlichen Sektion im BFS angepasst. Unter anderem wurde zur Verbesserung der Datenqualität die Quote der fehlenden Werte mit Imputationen verringert. Die Ergebnisse im vorliegenden Bericht berücksichtigen diese Anpassung und entsprechen nicht genau den Ergebnissen im Gesundheitsreport, welcher vor der Anpassung bzw. vor Oktober 2014 publiziert wurde.

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

Gemäss Erhebung des BFS waren 2012 in der Schweiz 7,7% der Bevölkerung (590'000 Personen) von Einkommensarmut¹⁰ betroffen (BFS, 2014b). Seit dem Jahr 2007 ist die Armutsquote in der Schweiz um 1,6 Prozentpunkte zurückgegangen. Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind fast doppelt so häufig von Armut betroffen wie jene mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (13,9% gegenüber 7,3%). Bei Frauen und über 65-jährigen Personen ist die Armutsquote ebenfalls höher. Personen, die von Armut betroffen sind, verzichten öfter aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen (BFS, 2013c; Petrini & Sturny, 2013).

Nationalität

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

Die SGB wird in drei Amtssprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) durchgeführt. Personen, die keine dieser Sprachen beherrschen, werden somit nicht berücksichtigt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Migration (BFM) liessen deshalb zwei zusätzliche Monitorings zum Gesundheitszustand der

¹⁰ Die hier präsentierte Armutsquote basiert auf einer «absoluten» Schwelle: Als arm gelten demnach Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Diese Armutschwelle wird gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) berechnet, die in der Regel für die Festlegung des Anspruchs auf Sozialhilfeleistungen verwendet werden.

Migrationsbevölkerung (GMM I und GMM II)¹¹ durchführen (Guggisberg et al., 2011). Die Analysen ergaben, dass sich Personen eher auf eine Migration einlassen, wenn sie in relativ guter gesundheitlicher Verfassung sind. Erst vor kurzem zugewanderte Personen waren denn auch körperlich und psychisch gesünder als die Schweizerinnen und Schweizer im Durchschnitt. Hingegen war der Gesundheitszustand von jenen Personen mit Migrationshintergrund, die sich schon lange in der Schweiz aufhalten, weniger gut als jener der Schweizer Bevölkerung.

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

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

Sprachregion und Kanton

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

Urbanisierungsgrad

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

- a) *Agglomerationen*: Siedlungsgebiete mit mindestens 20'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, welche aus einer Kernstadt und weiteren Gemeinden bestehen und hinsichtlich der baulichen, wirtschaftlichen und sozialen Struktur städtischen Charakter aufweisen.
- b) *Isolierte Städte*: Gemeinden mit mindestens 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern, die jedoch keine Agglomeration gemäss obiger Definition bilden.

Im Jahr 2000 umfasste das städtische Gebiet der Schweiz 50 Agglomerationen, 5 «isolierte» Städte und rund 1000 Gemeinden, in denen 73,3% der Schweizer Bevölkerung wohnten. Zum ländlichen Gebiet der Schweiz zählen alle Gemeinden mit weniger als 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2000, die keinen Agglomerationen angehören.

¹¹ Die Stichprobe des GMM II umfasste vier Gruppen der ausländischen Wohnbevölkerung (Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo) sowie zwei wichtige Gruppen der Migrationsbevölkerung, wobei es sich bei einem Grossteil dieser Migrantinnen und Migranten um Asylsuchende von Sri Lanka und Somalia handelte.

1.5 Methoden und Analysen, Interpretation der Tabellen

1.5.1 Deskriptive Analysen

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

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden für alle Ergebnisse die zugehörigen Konfidenzintervalle berechnet und ausgewiesen. Ein Konfidenzintervall zeigt mit einer im Voraus definierten statistischen Wahrscheinlichkeit den Wertebereich, in dem der tatsächliche Wert der

Statistische Signifikanz

Statistische Stichprobenerhebungen wie die SGB gehen davon aus, dass die Ergebnisse für die ganze untersuchte Bevölkerung verallgemeinert werden können. Bis zu einem gewissen Grad können die Ergebnisse jedoch auch auf die Zufallsauswahl der Stichprobe zurückzuführen sein.

Um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sicherzustellen, wird üblicherweise eine Schwelle definiert, welche das Risiko eines möglichen Irrtums aufzeigt: Je kleiner diese Schwelle bestimmt wird (in der Regel und im vorliegenden Bericht 5%), umso niedriger ist die zugehörige Irrtumswahrscheinlichkeit. Ausgehend von der definierten Schwelle kann ein sogenanntes Konfidenzintervall berechnet werden, das den Bereich angibt, der mit einer Wahrscheinlichkeit von z. B. 95% das «richtige» Ergebnis enthält.

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

Die Berechnungen der Konfidenzintervalle erlauben Aussagen über die statistische Signifikanz von ausgewiesenen Ergebnissen. Die statistische Signifikanz wird im vorliegenden Bericht hauptsächlich für die Analyse von Unterschieden zwischen zwei oder mehreren Bevölkerungsgruppen verwendet.

Grundgesamtheit liegen muss. Mithilfe des Konfidenzintervalls lässt sich beurteilen, ob ein ausgewiesener Unterschied statistisch gesichert ist oder ob auch blosser Zufall hierfür verantwortlich sein könnte. Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (z.B. Frauen/Männer) werden in diesem Gesundheitsbericht kommentiert. Um den Lesefluss zu erhöhen wird dabei mehrheitlich auf die Verwendung der Bezeichnung «signifikant» verzichtet. Nur auf nicht signifikante Unterschiede, welche trotzdem kommentiert werden, wird explizit hingewiesen.

1.5.2 Lesebeispiele für Tabellen und Abbildungen mit Konfidenzintervallen

Die nachfolgende Tabelle 1.3 zeigt einen Auszug von der im Anhang aufgeführten Tabelle A-5.2.

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

43,1% der befragten Bündnerinnen und Bündner liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Cholesterinspiegel messen. Der tatsächliche Wert lag mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 38,8% und 47,4% (Konfidenzintervall: $\pm 4,3\%$). Von der Schweizer Bevölkerung haben sich 44,5% dieser Kontrolluntersuchung unterzogen (Werte zwischen 43,7% und 45,4%; Konfidenzintervall: $\pm 0,8\%$). Das Konfidenzintervall der Bündner Bevölkerung ist somit bedeutend grösser als jenes auf nationaler Ebene. Die Erklärung dafür ist die Stichprobengrösse: Während im Kanton Graubünden auf diese Frage 626 Personen geantwortet haben, waren es für die gesamte Schweiz 20'165. Die Differenz zwischen dem Kanton Graubünden und der Schweiz ist hier nicht signifikant, da sich die beiden Konfidenzintervalle überlappen.

Ergebnisse mit einer tendenziell ungenügenden Fallzahl (n) zwischen 10 und 29 werden im Bericht aufgrund der eingeschränkten statistischen Aussagekraft in Klammern präsentiert. Ergebnisse mit einer Fallzahl unter 10 werden nicht ausgewiesen, sondern durch einen Punkt ersetzt. Die Ergebnisse bzw. die relativen Häufigkeiten werden jeweils auf eine Nachkommastelle gerundet. Die Aufsummierung der relativen Häufigkeiten über alle Antwortmöglichkeiten ergibt aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht immer genau 100,0%. Wie erwähnt stehen die Konfidenzintervalle in engem Zusammenhang mit den Fallzahlen: Je kleiner die Fallzahl, desto grösser ist das Konfidenzintervall und damit die statistische Unsicherheit. Zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist, dass bei

**Tab. 1.3 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Krankheiten (Cholesterinspiegelmessung),
Kanton Graubünden und Schweiz sowie regionaler Vergleich**

		Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monate)						Stichprobe	
		GR			CH			GR	CH
		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)		n	n
Vorjahresvergleich	1992	–	–	–	–	–	–	–	–
	1997	–	–	–	–	–	–	–	–
	2002	52,4	45,9	59,0	49,8	48,8	50,8	277	17 058
	2007	40,9	33,8	48,0	46,1	45,1	47,0	241	16 907
Total	2012	43,1	38,8	47,4	44,5	43,7	45,4	626	20 165
Geschlecht	Frauen	45,0	38,9	51,1	46,0	44,8	47,2	307	10 538
	Männer	41,4	35,4	47,4	43,1	41,8	44,3	319	9 627
Altersgruppen	15–34 Jahre	33,9	24,9	43,0	28,4	26,8	30,0	139	5 087
	35–49 Jahre	35,6	27,7	43,4	35,7	34,1	37,3	175	5 536
	50–64 Jahre	44,6	36,9	52,4	53,0	51,3	54,7	182	5 043
	65+ Jahre	64,2	55,0	73,3	68,3	66,6	70,0	130	4 499
Bildung	Obligatorische Schule	60,1	50,0	70,3	51,8	49,7	54,0	102	3 377
	Sekundarstufe II	41,7	36,2	47,2	45,4	44,2	46,6	376	10 910
	Tertiärstufe	34,6	26,0	43,2	38,9	37,4	40,4	147	5 805
Nationalität	Schweiz	40,6	36,2	45,1	44,1	43,1	45,0	554	16 961
	Ausland	56,6	43,9	69,3	46,3	44,1	48,5	72	3 204
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	43,9	35,2	52,6	47,9	46,0	49,8	148	4 644
	CHF 3000 bis 4499	39,8	32,7	47,0	43,9	42,4	45,4	210	6 362
	CHF 4500 bis 5999	41,6	32,3	51,0	42,6	40,7	44,5	127	3 997
	CHF 6000 und mehr	46,4	35,1	57,8	42,5	40,6	44,4	107	4 053
Urbanisierungsgrad	Stadt	44,4	38,5	50,2	46,1	45,0	47,1	329	14 395
	Land	41,8	35,5	48,0	40,4	38,7	42,1	297	5 770
Regionaler Vergleich		Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monaten)						Stichprobe	
		Anteil «ja» in %			Konfidenzintervall (95%)			n	
Sprachregionen	Deutschschweiz	42,5			41,4		43,6		12 980
	Französische Schweiz	47,9			46,4		49,4		5 717
	Italienische Schweiz	57,8			54,9		60,6		1 468
	ZH	43,8			41,3		46,3		2 084
	BE	43,9			41,2		46,6		1 600
	LU	41,1			38,0		44,2		1 178
	UR	35,8			31,2		40,3		478
	SZ	38,9			34,5		43,4		560
	ZG	38,3			34,8		41,7		917
	FR	45,1			41,5		48,6		952
	BS	45,5			42,0		49,1		946
	BL	48,1			44,3		52,0		783
Kantone	AR	40,9			35,9		46,0		475
	GR	43,1			38,8		47,4		626
	AG	43,6			40,5		46,8		1 193
	TG	39,2			35,9		42,4		1 065
	TI	57,8			54,9		60,6		1 468
	VD	46,6			43,9		49,3		1 624
	VS	47,2			43,8		50,7		995
	NE	50,6			46,1		55,2		580
	GE	51,6			48,1		55,2		1 075
	JU	44,2			39,1		49,3		491

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

© Obsan 2015

relativen Häufigkeiten von 0,0% und 100,0% die Konfidenzintervalle den Wert Null annehmen und daher nicht ausgewiesen werden.

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

Im Kanton Graubünden liessen 45,0% der Frauen und 41,4% der Männer ihren Cholesterinspiegel messen. Die Konfidenzintervalle der beiden Geschlechter überschneiden sich; der Unterschied ist somit statistisch nicht signifikant. Auf nationaler Ebene belaufen sich die analogen Werte auf 46,0% und 43,1%. Die Konfidenzintervalle für diese zwei Gruppen betragen 44,8% bis 47,2% bzw. 41,8% bis 44,3% und überschneiden sich nicht. Der beobachtete Unterschied bei der Cholesterinspiegelmessung nach Geschlecht ist auf nationaler Ebene somit statistisch signifikant. Die fehlende Signifikanz auf kantonaler Ebene dürfte in diesem Fall wiederum auf die geringere Stichprobengrösse zurückzuführen sein.

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

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

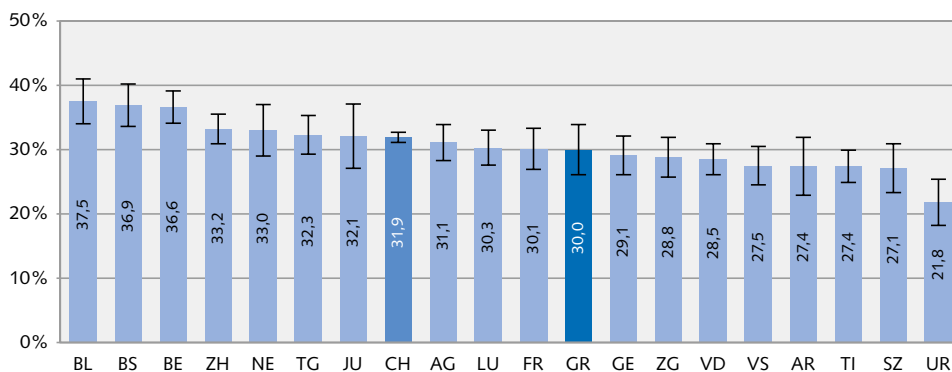
Die Interpretation der Signifikanz von Unterschieden ist nur zulässig, wenn sich die untersuchten Gruppen gegenseitig ausschliessen. So darf beispielsweise der Unterschied zwischen allen Männern und allen Personen der Altersgruppe der 65-Jährigen und mehr nicht bezüglich Signifikanz interpretiert werden. Trotz sich nicht überschneidender Konfidenzintervalle ist die Interpretation als «signifikant unterschiedlich» in diesem Fall unzulässig, da die beiden verglichenen Gruppen eine Schnittmenge mit der Ausprägung «Männer 65+» besitzen. Unterschiede können folglich nur zwischen den Ausprägungen derselben Kategoriengruppen bezüglich Signifikanz interpretiert werden (innerhalb der horizontalen Linien in den Tabellen).

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

Auf den Abbildungen zeigen die schwarzen Linien die Konfidenzintervalle. Unterschiede zwischen den Kantonen sind auch hier als signifikant interpretierbar, wenn sich die Intervalle bzw. die schwarzen Linien vertikal nicht überlappen. So sind gemäss Abbildung 1.2 die Bündnerinnen und Bündner signifikant häufiger von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen als die Urnerinnen und Urner.

Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Kantone und Schweiz, 2012

Abb. 1.2



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

1.6 Der Kanton Graubünden im Überblick

In Abschnitt 1.4.1 wurde gezeigt, dass soziodemografische und strukturelle Faktoren einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten einer Bevölkerung haben können. Erwähnt wurde dabei auch die Rolle des Gesundheitsversorgungssystems. Tabelle 1.4 präsentiert nun einige Kennzahlen, die einen Vergleich zwischen dem Kanton Graubünden und der Schweiz bezüglich solcher soziodemografischer und struktureller Indikatoren ermöglichen. Analog zu den Ergebnissen der SGB 2012 werden Kennzahlen zum Jahr 2012 gezeigt. Die demografische Entwicklung bezieht sich hingegen auf den Zeitraum 2007 bis 2012.

Die Hälfte der Bündnerinnen und Bündner lebt in ländlichen Gebieten

Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Graubünden betrug am Jahresende 2012 193'920 Personen. Die Hälfte (50,1%) der Bündnerinnen und Bündner lebt in urbanen Regionen. Dieser Wert liegt deutlich unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 73,7% und widerspiegelt damit die ländliche Struktur des Kantons. Das Bevölkerungswachstum zwischen 2007 und 2012 betrug 2,7% und war ebenfalls tiefer als jenes der Gesamtschweiz (5,9%). Gründe für das eher tiefe Bevölkerungswachstum sind bei der Altersstruktur und der Geburtenrate im Kanton zu finden: Im Kanton Graubünden ist der Anteil älterer Altersgruppen höher und jener jüngerer Altersgruppen tiefer als in der gesamten Schweiz. Die Geburtenrate war mit 8,5 Geburten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2012 die zweitniedrigste unter den Schweizer Kantonen.

Tiefe Arbeitslosen- und Sozialhilfequote im Kanton Graubünden

Das für ländliche Kantone typische Muster zeigt sich für Graubünden auch bei der Arbeitslosen- (1,6%) und der Sozialhilfequote (1,1%) sowie beim Ausländeranteil (17,3%). Diese liegen alle unter dem entsprechenden Durchschnittswert der Schweiz. Dasselbe gilt auch für das Bruttoinlandsprodukt, welches mit 69'576 Franken pro Einwohnerin und Einwohner ebenfalls auf einem tieferen Niveau liegt als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Bei den Bildungsstufen schliesslich ist im Kanton ein grösserer Anteil Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (Graubünden 52,0%; Schweiz 46,6%) und ein kleinerer Anteil Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe zu verzeichnen (Graubünden 23,8%; Schweiz 29,8%).

Rund 40% mehr Grundversorgerpraxen als Spezialarztpraxen im Kanton Graubünden

Tabelle 1.4 präsentiert auch einige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung. Die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitälern ist im Kanton Graubünden mit 150,2 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner etwas höher als in der Gesamtschweiz (144,0). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer entspricht mit 5,7 Tagen hingegen dem Schweizer Durchschnitt. Ähnlich hoch wie in der Schweiz ist auch die Anzahl Plätze in Alters- und Pflegeheimen. Im Kanton Graubünden stehen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern ab 65 Jahren 66,4 Plätze zur Verfügung. Ebenfalls gleich hoch wie in der Schweiz ist die Apothekendichte: Im Kanton befinden sich 2,2 Apotheken pro 10'000 Bündnerinnen und Bündner. Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung, welche eine eigene Praxis betreiben, sind hingegen im Kanton Graubünden etwas häufiger als in der Schweiz insgesamt (Graubünden 10,0 und Schweiz 9,3 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern). Umgekehrt sind Spezialarztpraxen im Kanton weniger häufig anzutreffen (Graubünden 7,1 und Schweiz 11,5 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern).

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

Kennzahl	GR	CH	Rang GR ^a	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
Bevölkerungsgrösse 2012				
Frauen	97 342	4 070 536	15	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – STATPOP 2012)
Männer	96 578	3 968 524	14	
Total	193 920	8 039 060	14	
Bevölkerungsentwicklung 2007–2012 (in %)				
Frauen	2,0	5,3	20	Zunahme/Abnahme zwischen 2007 und 2012 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS – ESPOP/STATPOP 2007–2012)
Männer	3,5	6,5	18	
Total	2,7	5,9	21	
Altersstruktur 2012 (in %)				
0–14 Jahre	13,4	14,9	25	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS – STATPOP 2012)
15–34 Jahre	24,8	25,3	15	
35–49 Jahre	21,9	22,9	17	
50–64 Jahre	21,1	19,5	4	
65+ Jahre	18,8	17,4	7	
Geburtenrate 2012 (pro 1000 Einwohner/innen)				
	8,5	10,2	25	Anzahl Lebendgeburten pro 1'000 Einwohner/innen (BFS – STATPOP 2012, BEVNAT 2012)
Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2012 (in %)				
	50,1	73,7	20	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – STATPOP 2012)
Anteil Ausländer/innen 2012 (in %)				
	17,3	23,3	18	Anteil der Ausländer/innen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS – STATPOP 2012)
Haushaltsstruktur 2012				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,2	2,3	24	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten (BFS – Strukturhebung 2012)
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	38,1	35,5	4	
Bildungsstand in der Bevölkerung 2012 (ab 25 Jahren, in %)				
Ohne nachobligatorische Ausbildung	22,9	22,0	12	Anteil der Personen mit dem jeweils höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS – Strukturhebung 2012)
Sekundarstufe II	52,0	46,6	4	
Tertiärstufe	23,8	29,8	19	
Beschäftigungsstruktur 2012 (in %)				
Beschäftigte im 1. Sektor	5,6	3,4	12	Anteil der Beschäftigten nach den drei Wirtschaftssektoren (BFS – Statistik der Unternehmensstruktur; provisorische Daten 2012)
Beschäftigte im 2. Sektor	21,2	22,2	21	
Beschäftigte im 3. Sektor	73,1	74,4	7	
Nettoerwerbsquote 2012 (15–64-Jährige, in %)				
	81,7	80,2	8	Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (BFS – Strukturhebung 2012)
Arbeitslosenquote 2012 (in %)				
	1,6	2,9	20	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2012 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Strukturhebung 2010 (SECO – Arbeitslosenstatistik; BFS – Strukturhebung)

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

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

Kennzahl	GR	CH	Rang GR ^a	Beschreibung der Kennzahl, Quelle
Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/ in 2012 (in CHF)	69 576	78 105	10	Durchschnittliches Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/in (BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung)
Sozialhilfequote 2012 (in %)	1,1	3,1	24	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung (BFS – Sozialhilfestatistik 2012, STATPOP 2012)
Ärztedichte 2012 (pro 10'000 Einwohner/innen)				
Grundversorgung	10,0	9,3	4	Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis pro 10'000 Einwohner/innen (FMH – Ärztestatistik 2012) Grundversorgung: Allgemeine Innere Medizin, Praktische/r Ärztin/Arzt, Kinder- und Jugendmedizin
Spezialmedizin	7,1	11,5	15	Spezialmedizin: restliche Fachgebiete
Apothekendichte 2012 (pro 10'000 Einwohner/innen)	2,2	2,2	9	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 10'000 Einwohner/innen (pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband)
Rate der belegten Spitalbetten 2012 (pro 1000 Einwohner/innen)	2,4	2,3	6	Anzahl belegter Betten in Krankenhäusern pro 1000 Einwohner/innen und pro Tag; Austritte im Jahr 2012 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012, STATPOP 2012)
Hospitalisierungsrate 2012 (pro 1000 Einwohner/innen)	150,2	144,0	7	Altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in Akutspitälern pro 1000 Einwohner/innen; Austritte im Jahr 2012; Standardbevölkerung Europa 2010 (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012, STATPOP 2012)
Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 2012 (in Tagen)	5,7	5,7	14	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern; Austritte im Jahr 2012; Definition Tage gemäss SwissDRG (BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012)
Plätze in Alters- und Pflegeheimen 2012 (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahren)	66,4	65,6	15	Anzahl belegter und nicht belegter Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahren; Verfügbare Langzeitplätze am 1. Januar 2012 (BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2012, STATPOP 2012)

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

2 Gesundheitszustand

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 1948 «Gesundheit» als einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (WHO, 1948).¹² Zu dieser Zeit war die Definition bahnbrechend und sie führte dazu, dass Gesundheit über die traditionellen Grenzen der Biomedizin hinaus wahrgenommen wurde. Die Definition von Gesundheit orientiert sich im vorliegenden Bericht an dieser WHO-Definition und übernimmt gleichzeitig die These von Antonovsky zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1979). So ist eine Person nicht einfach «gesund» oder «krank», sondern sie befindet sich zwischen den beiden Polen «Gesundheit» und «Krankheit». Ihr gesundheitlicher Zustand hängt dabei von den aufgetretenen Belastungen und den verfügbaren Ressourcen ab. Letztere wirken als Schutzfaktoren und können gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen mildern resp. verhindern, indem sie deren Bewältigung erleichtern (Schuler & Burla, 2012).

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

aufgezeigt werden. Kapitel 2 schliesst mit einer Betrachtung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen der Bündner Bevölkerung (Unterkapitel 2.7).

2.1 Lebenserwartung

2.1.1 Lebenserwartung bei Geburt

Die Lebenserwartung bei Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben.¹³ Dieser Messwert wird weltweit genutzt, um die Gesundheit einer Bevölkerung mit anderen Ländern zu vergleichen, unter anderem, weil die Sterblichkeit in fast allen Ländern statistisch gut erfasst wird. Der Indikator zur Lebenserwartung reflektiert den kumulierten Effekt von Krankheiten, Unfällen und medizinischen Behandlungen in einem Land oder einer Region (ECHIM, 2012).

Kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung

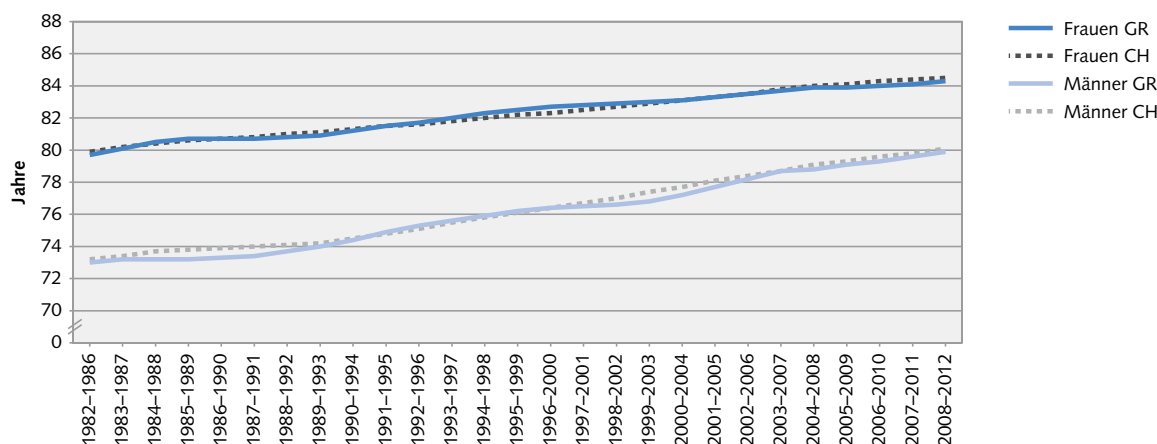
Im Kanton Graubünden und in der Schweiz ist die Lebenserwartung bei Geburt für beide Geschlechter seit 1982 angestiegen (Abb. 2.1). Im Allgemeinen lässt sich die Lebenserwartung bei Geburt im Kanton Graubünden mit derjenigen der gesamten Schweiz vergleichen. Gemittelt über die Jahre 2008 bis 2012 zeigen sich für den Kanton Graubünden und die gesamte Schweiz ähnliche Zahlen; dies sowohl bei der Lebenserwartung bei Geburt der Frauen (GR: 84,3 Jahre; CH: 84,5 Jahre), als auch bei jener der Männer (GR: 79,9 Jahre; CH: 80,1 Jahre). Die Differenz zwischen den Geschlechtern – bei höherer Lebenserwartung der Frauen im Vergleich zu den Männern – hat sich in den letzten Jahren im Kanton Graubünden und in der Schweiz leicht vermindert. Dies ist ein Trend, der auch in den anderen Ländern der OECD

¹² Die Konstitution der WHO wurde von der Internationalen Gesundheitskonferenz 1946 in New York beschlossen und trat 1948 in Kraft. Seither wurde sie 1977, 1984 und 2005 angepasst.

¹³ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html> (Zugriff am 05.02.2015)

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

Abb. 2.1

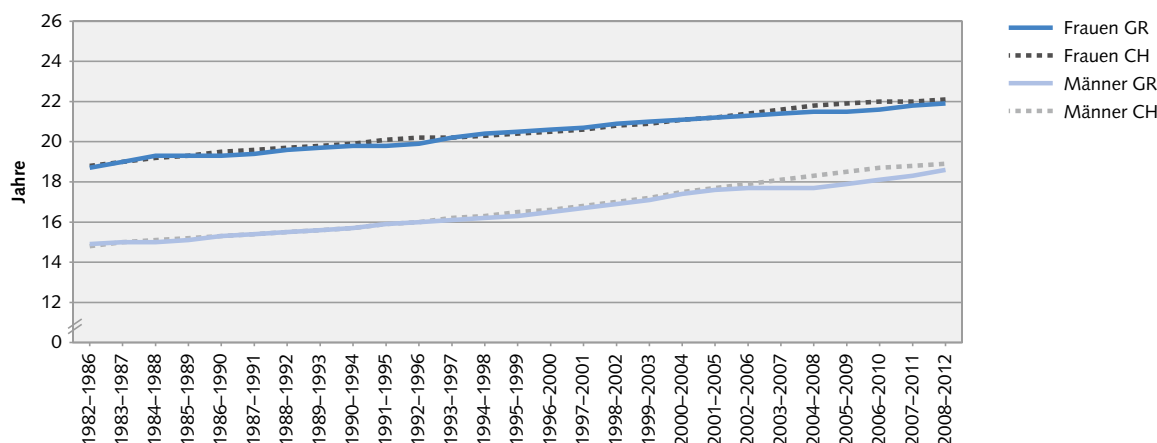


Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 1982–2012; Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2015

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

Abb. 2.2



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 1982–2012; Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2015

zu beobachten ist. Die Annäherung wird unter anderem auf eine Angleichung in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. Rauchen von Frauen) und auf eine Reduktion der Mortalitätsraten der kardiovaskulären Krankheiten bei den Männern zurückgeführt (OECD, 2013a).

2.1.2 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

Mit der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird die verbleibende Lebenszeit einer Bevölkerung in einer bereits fortgeschrittenen Lebensphase geschätzt. Dieser Indikator wird neben dem Vergleich der Gesundheit von älteren Personen auch zur Abschätzung der Ausweitung der Lebensdauer und der daraus resultierenden Folgen für die Sozialversicherungssysteme benutzt.

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

Wie in der Schweiz lässt sich auch im Kanton Graubünden ein stetiger Trend für einen Anstieg der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren erkennen. Als Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung werden Fortschritte in der medizinischen

Versorgung sowie verbesserte Lebensbedingungen im Alter vor und nach 65 Jahren angeführt (OECD, 2013a). Auch bezüglich der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren gleichen sich die Werte der Frauen und Männer im Zeitverlauf zunehmend an. Dies dürfte dieselben Gründe haben wie bei der Lebenserwartung bei Geburt, nämlich die Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern.

2.2 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die selbst wahrgenommene Gesundheit ist ein international verwendeter Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung und zeigt einen starken Zusammenhang mit deren Mortalität und Morbidität (Bopp & Holzer, 2012; Jylhä, 2009). So korreliert der Indikator deutlich mit verschiedenen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes, Epilepsie, Herzkrankheiten oder Bluthochdruck (Manor et al., 2001). Die selbst wahrgenommene Gesundheit widerspiegelt vor allem das körperliche und psychische Wohlbefinden, aber auch das gesundheitsrelevante Verhalten einer Person (Jylhä, 2009). Befragte, die sich wenig gesund ernähren oder Tabak rauchen, schätzen ihre Gesundheit signifikant schlechter ein als solche, die sich gesund ernähren und nicht rauchen (Manor et al., 2001).

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird die selbst wahrgenommene Gesundheit mit der Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?»

erhoben. Da sich die Antwortkategorien im französischen und italienischen Fragebogen der SGB 2012 deutlich von jenen im deutschen Fragebogen unterscheiden, kann der Kanton Graubünden bei dieser Frage nur mit der Deutschschweiz, jedoch nicht mit der Gesamtschweiz verglichen werden.

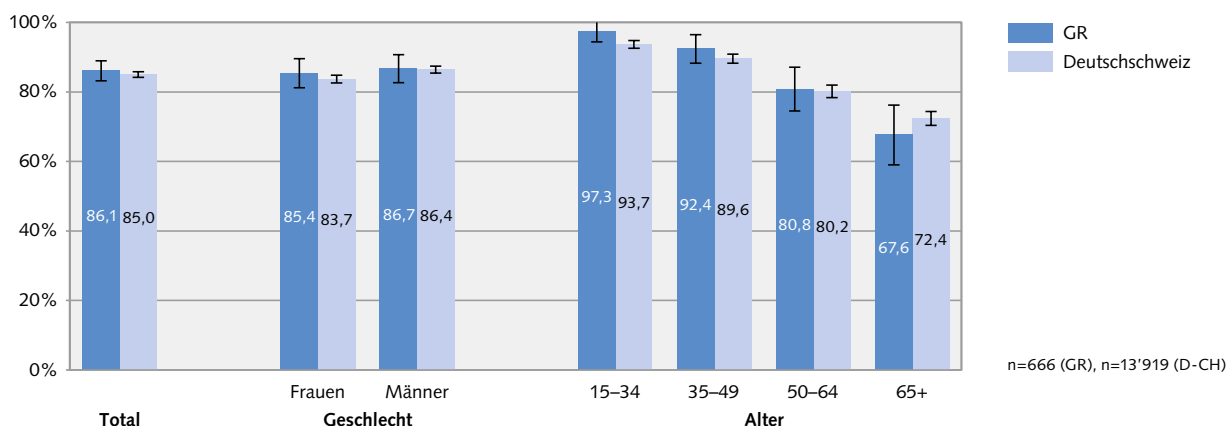
Rund neun von zehn Personen im Kanton Graubünden schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein

Im Kanton Graubünden geben in der SGB 2012 86,1% der Befragten an, dass ihre Gesundheit gut bis sehr gut ist (Abb. 2.3). Damit entspricht der Bündner Anteil in etwa dem Wert der Deutschschweiz (85,0%) und ist vergleichbar mit dem Anteil für den Kanton aus dem Jahr 1992 (86,4%). Der Durchschnitt aller OECD-Länder beträgt gemäss einer OECD-Studie deutlich tiefere 69,0% (OECD, 2013a). Die Schweiz befindet sich bei dieser Auswertung mit 81,3% im vorderen Viertel.¹⁴

Die Anteile Frauen und Männer, welche eine gute bis sehr gute selbst wahrgenommene Gesundheit angeben, sind im Kanton Graubünden ähnlich hoch (85,4% bzw. 86,7%). Hingegen beschreiben in der Deutschschweiz die Männer (86,4%) ihre Gesundheit häufiger als (sehr) gut als die Frauen (83,7%). Dies deckt sich mit internationalen Beobachtungen (OECD, 2013a; Van Doorslaer & Gerdtham, 2003). Obwohl signifikant ist der Unterschied zwischen Frauen und Männer in der Deutschschweiz mit einer Differenz von 2,7 Prozentpunkten trotzdem eher gering.

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

Abb. 2.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

¹⁴ Die Schweizer Daten, welche die OECD verwendet, stammen aus der Datenbank Statistics on Income and Living Conditions (SILC). Da sich die Stichprobe und der Erhebungszeitpunkt von der SGB unterscheiden, weichen die Zahlen etwas ab.

Der Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter signifikant ab. Auf dem Niveau Gesamtschweiz ist der signifikante Rückgang bereits bei den 35-bis 49-Jährigen zu beobachten, im Kanton Graubünden erst bei den 50-Jährigen und Älteren. Dennoch ist der Anteil der Personen, die 65-jährig und älter sind und gleichzeitig ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, sowohl im Kanton Graubünden (67,6%) wie auch in der Deutschschweiz (72,4%) immer noch sehr hoch. Personen im fortgeschrittenen Alter schätzen ihren Gesundheitszustand trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme oft

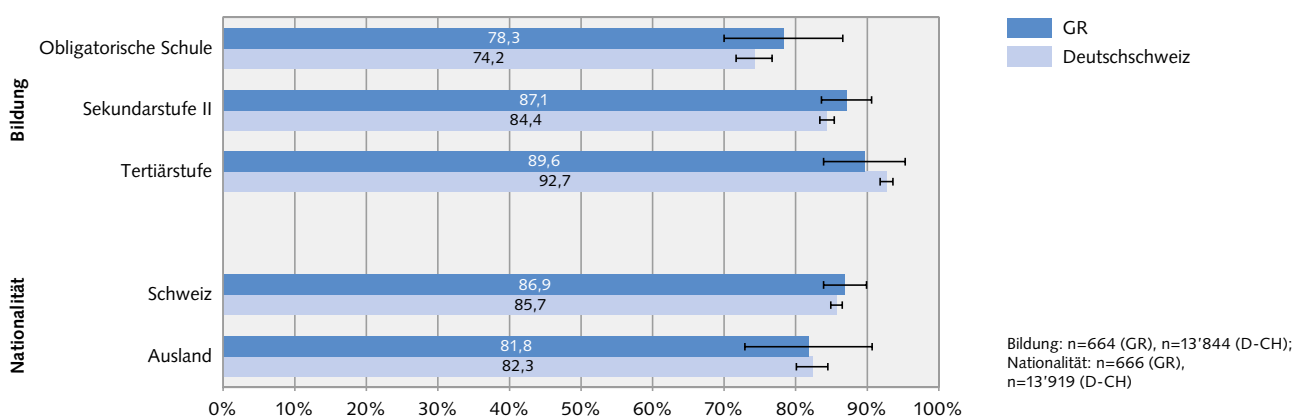
als gut ein, u.a. weil sie sich häufig mit Gleichaltrigen oder mit Personen mit schlechterer Gesundheit als der eigenen vergleichen (Henchoz et al., 2008).

Zusammenhang zwischen selbst wahrgenommener Gesundheit und Bildung

Der Anteil Personen, die ihre selbst wahrgenommene Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, ist umso höher, je besser ihre Ausbildung ist. Personen ohne nach-obligatorische Schulbildung weisen diesbezüglich einen tieferen Anteil aus als Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe. Die Unterschiede

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

Abb. 2.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Tab. 2.1 Multivariates Modell (logistische Regression) für die (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, nach Sprachregion, 2012

	Deutschschweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)
Geschlecht (Ref. Frauen)	0,99	(0,87–1,13)	1,14	(0,98–1,33)	1,01	(0,76–1,33)
Alter (Jahre)						
15–34 (Ref. 65+)	6,85**	(5,51–8,50)	7,84**	(6,18–9,94)	6,76**	(4,28–10,67)
35–49 (Ref. 65+)	3,13**	(2,61–3,74)	3,27**	(2,67–4,01)	3,28**	(2,24–4,79)
50–64 (Ref. 65+)	1,44**	(1,24–1,68)	2,10**	(1,73–2,55)	1,41*	(1,01–1,96)
Bildung						
Sekundarstufe II (Ref. Oblig. Schule)	1,90**	(1,60–2,25)	1,74**	(1,44–2,10)	2,06**	(1,48–2,87)
Tertiärstufe (Ref. Oblig. Schule)	4,44**	(3,61–5,45)	2,74**	(2,19–3,44)	2,85**	(1,88–4,34)
Nationalität (Ref. Ausländer/innen)	1,73**	(1,44–2,07)	1,46**	(1,21–1,76)	1,17	(0,84–1,62)

Interpretation der Odds Ratios: Odds Ratios grösser oder kleiner als 1 geben an, um wieviel die Chance, eine (sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit zu haben, höher bzw. tiefer ist als die Referenzkategorie (in Klammer: Ref.).

Signifikanzniveaus: * p<0,05; ** p<0,01
n=13'844 (D-CH), n=6081 (F-CH), n=1537 (I-CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

sind jedoch aufgrund der höheren Fallzahlen nur auf dem Niveau Deutschschweiz signifikant. Dieser Zusammenhang deckt sich mit Beobachtungen der WHO, wonach Personen mit geringerer Bildung ihre Gesundheit in der Regel schlechter einschätzen als besser Ausgebildete (Subramanian et al., 2010). Bezüglich Nationalität schätzen zudem Personen ausländischer Nationalität ihren Gesundheitszustand schlechter ein als solche mit schweizerischer Nationalität. Der Unterschied ist hier jedoch klein und ebenfalls nur in der Deutschschweiz signifikant.

Die Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und dem Geschlecht, dem Alter, der Bildung sowie der Nationalität wurden bis anhin jeweils einzeln dargestellt. Da diese Faktoren sich gegenseitig beeinflussen dürften, werden ihre Zusammenhänge nachfolgend in einem multivariaten Modell untersucht. Dabei wird mittels logistischer Regression das Ausmass der Zusammenhänge zwischen der selbst wahrgenommenen Gesundheit und den genannten Faktoren berechnet und als sogenannte *Odds Ratios* ausgewiesen. Nebst der Deutschschweiz werden auch die Ergebnisse der französischen und italienischen Schweiz gezeigt. Aufgrund der erwähnten sprachlichen Unterschiede bei den Antwortkategorien können die drei Sprachregionen nur getrennt analysiert werden.

Gemäss Tabelle 2.1 bleibt der Einfluss des Alters – bei simultanem Einschluss aller vier erwähnten Faktoren – auch in der multivariaten Betrachtung erhalten und ist erwartungsgemäss der stärkste Faktor. Die Wahrscheinlichkeit, bei (sehr) guter Gesundheit zu sein, ist bei den 15- bis 34-Jährigen in allen drei Sprachregionen rund sieben bis acht Mal grösser als in der Referenzkategorie der 65-jährigen und älteren Personen (vgl. die *Odds Ratio* von maximal 7,84). Mit zunehmendem Alter reduziert sich diese Wahrscheinlichkeit auf drei Mal bei den 35- bis 49-jährigen und 1,4 bis 2,1 Mal bei den 50- bis 64-jährigen Personen.

Der Faktor Bildung weist ebenfalls einen Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit aus: Für Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe ist es rund drei bis vier Mal so wahrscheinlich, eine gute bis sehr gute Gesundheit anzugeben wie für Personen, die nur die obligatorische Schulzeit absolviert haben. Auch die Nationalität hat einen signifikanten Einfluss (gilt nicht für die italienische Schweiz): Ausländerinnen und Ausländer nehmen ihre Gesundheit unter Berücksichtigung von Alters-, Bildungs- und Geschlechterunterschieden in der Regel als weniger gut wahr als Schweizerinnen und Schweizer.

Hingegen ist der Geschlechterunterschied im multivariaten Modell in allen drei Sprachregionen nicht signifikant. Der oben beschriebene, als signifikant ermittelte Geschlechterunterschied in der bivariaten Analyse wird bei einer multivariaten Gesamtbetrachtung somit durch die anderen Faktoren aufgehoben. An diesem Beispiel zeigt sich, dass der Einfluss von Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildung ohne multivariate Analyseverfahren oft nicht eindeutig identifiziert werden kann. Dies gilt es bei deskriptiven Analysen in diesem Gesundheitsbericht überall zu berücksichtigen.

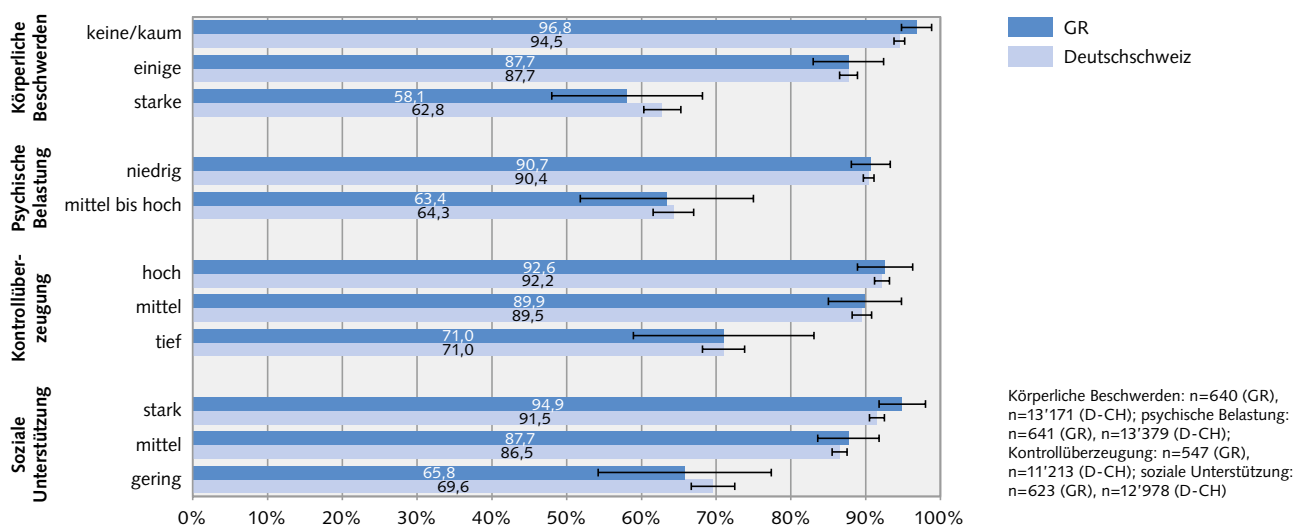
Selbst wahrgenommene Gesundheit hat körperliche und psychische Dimensionen

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

Sowohl im Kanton Graubünden wie auch in der Deutschschweiz sinken die Anteile der Personen mit guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheit, wenn körperliche Beschwerden oder psychische Belastungen zunehmen (Abb. 2.5). Im Kanton Graubünden schätzen 96,8% der Personen ohne körperliche Beschwerden ihre Gesundheit als (sehr) gut ein, während es bei denjenigen mit starken körperlichen Beschwerden nur noch 58,1% sind. Ausserdem fühlen sich 90,7% der Befragten mit höchstens niedriger psychischer Belastung (sehr) gut, bei Personen mit mittlerer bis hoher psychischer Belastung sind es lediglich 63,4%. Eine hohe Kontrollüberzeugung – dies ist die Überzeugung, Ereignisse, die einen betreffen, auch selber beeinflussen zu können (vgl. 2.6.1) – geht im Durchschnitt mit einer besseren Einschätzung der eigenen Gesundheit einher. Ebenfalls positiv korreliert mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit ist das Ausmass an sozialer Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann. Diese Zusammenhänge sind auch aus der Literatur bekannt (Mackenbach et al., 2002).

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

Abb. 2.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

2.3 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und Einschränkungen im Alltag

Lang andauernde Gesundheitsprobleme haben einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden und können funktionelle Einschränkungen zur Folge haben, welche das Ausführen von Alltagsaktivitäten einschränken. Das vorliegende Unterkapitel behandelt die lang andauernden Gesundheitsprobleme und analysiert die Einschränkungen im Alltag aufgrund eines Gesundheitsproblems in der Bündner Bevölkerung im Vergleich zur Schweiz.

2.3.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme

In der SGB werden die interviewten Personen nach gesundheitlichen Beschwerden oder Krankheiten gefragt, die bereits mindestens sechs Monate bestehen und schätzungsweise noch weitere sechs Monate andauern dürften. Diese Gesundheitsprobleme werden auch als «chronische Krankheiten» bezeichnet und hängen oft mit Hör- und Sehschwierigkeiten, Kreislaufproblemen, muskuloskelettalen Erkrankungen oder mit Krebserkrankungen zusammen (Ayis et al., 2003).

Der Anteil der Bevölkerung mit einem solchen lang andauernden Gesundheitsproblem beläuft sich im Kanton Graubünden auf 30,0% und entspricht damit in etwa dem Schweizer Durchschnitt von 31,9% (vgl. Anhang A-2.2). Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Schweizerinnen und Schweizer mit lang andauernden Gesundheitsproblemen von 27,3% auf 31,9% gestiegen. Im Kanton Graubünden ist dieser Anteil von 32,0% auf 30,0% etwas zurückgegangen (nicht signifikant).

Jede zweite Person ab 65 Jahren hat ein lang andauerndes Gesundheitsproblem

Im Kanton Graubünden berichten 31,5% der Frauen und 28,8% der Männer aller Altersgruppen über ein lang andauerndes Gesundheitsproblem (Tab. 2.2; Unterschied nicht signifikant). Dieser Anteil nimmt mit dem Alter wie erwartet kontinuierlich zu. Jede zweite Person ab 65 Jahren hat im Kanton Graubünden ein lang andauerndes Gesundheitsproblem (51,8%). In der Schweiz liegt dieser Anteil mit 49,1% auf einem ähnlichen Niveau (vgl. Anhang A-2.2). Bei der Bildung und der Nationalität sind im Kanton Graubünden keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich dem Auftreten lang andauernder Gesundheitsprobleme festzustellen.

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

		Anteil in %	Untergrenze KI	Obergrenze KI	Stichprobengrösse (n)
Total		30,0	26,2	33,9	665
Geschlecht	Frauen	31,5	25,9	37,1	320
	Männer	28,8	23,4	34,1	345
Alter	15–34	16,5	9,8	23,2	159
	35–49	26,1	18,9	33,4	179
	50–64	33,0	25,8	40,3	189
	65+	51,8	42,9	60,7	138
Bildung	Obligatorische Schule	28,7	19,5	38,0	112
	Sekundarstufe II	31,4	26,4	36,5	399
	Tertiärstufe	27,9	20,1	35,8	152
Nationalität	Schweiz	30,4	26,2	34,5	583
	Ausland	28,3	17,8	38,8	82

KI = Konfidenzintervall

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

2.3.2 Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems

Der vorliegende Abschnitt befasst sich mit der Frage, in welchem Ausmass es in der Bevölkerung Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten gibt, die aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems entstanden sind. Die Ergebnisse lassen sich als Übersicht über den Behinderungsgrad der von chronischen Gesundheitsproblemen betroffenen Personen interpretieren (Jagger et al., 2010). Abbildung 2.6 zeigt neben dem Anteil Personen, welche

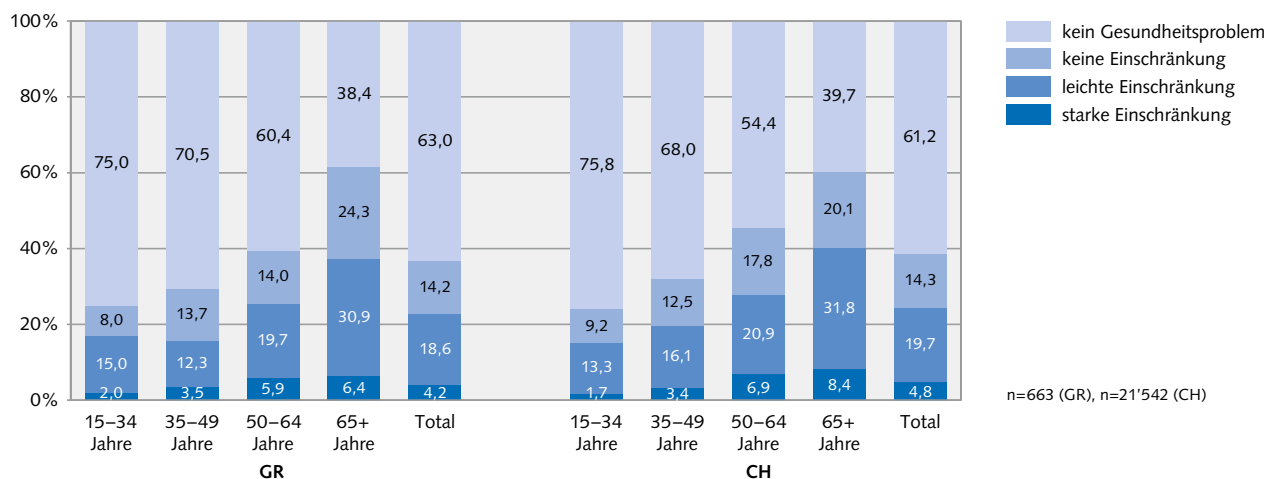
kein Gesundheitsproblem haben, das Ausmass von keinen, leichten oder starken Einschränkungen bei Personen mit Gesundheitsproblemen.

Rund zwei von fünf Personen ab 65 Jahren mit Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems

Im Kanton Graubünden fühlen sich 4,2% und in der Schweiz 4,8% der Bevölkerung durch dauerhafte gesundheitliche Probleme im Alltag stark eingeschränkt (Abb. 2.6). 18,6% der Bündnerinnen und Bündner sowie

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

Abb. 2.6



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

19,7% der Schweizerinnen und Schweizer geben eine leichte Einschränkung durch Gesundheitsprobleme an. Die restlichen drei Viertel der Bündner und Schweizer Bevölkerung sind aufgrund von Gesundheitsproblemen nicht eingeschränkt oder weisen keine Gesundheitsprobleme auf.

Während der Anteil Personen mit starken Einschränkungen im Kanton Graubünden zwischen 2007 und 2012 auf tiefem Niveau stabil geblieben ist, kann für die Schweiz ein signifikanter Rückgang beobachtet werden (vgl. Anhang A-2.3). Die Anteile der leichten und starken Einschränkungen aufgrund eines Gesundheitsproblems nehmen mit steigendem Alter sowohl im Kanton Graubünden wie auch in der Schweiz zu. So berichten 37,3% der Bündnerinnen und Bündner und 40,2% der Schweizerinnen und Schweizer ab 65 Jahren über irgendwelche Einschränkungen. Die Zunahme gegenüber den jüngeren Altersgruppen ist in absoluten Zahlen hauptsächlich auf Personen mit leichten Einschränkungen zurückzuführen.

Die Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten in der Bevölkerung sind mehrheitlich durch körperliche Gesundheitsprobleme verursacht; dies wird von 77,2% der Bündnerinnen und Bündner mit leichten Einschränkungen und von 67,8% der Personen mit starken Einschränkungen berichtet (Abb. 2.7). 14,3% der Befragten mit leichten und 22,5% der Befragten mit starken Einschränkungen im Kanton Graubünden sehen die Ursache in einer Kombination von körperlichen und psychischen Problemen, und 6,6% bzw. 7,8% geben rein psychische Probleme als Grund für die Einschränkungen an. Ein Anteil von 1,9% der Bündnerinnen und Bündner mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten führt andere

Ursachen an. Es ist zu beachten, dass die Prozentwerte bei den starken Einschränkungen im Kanton Graubünden auf einer Zahl von 32 Fällen beruhen und somit eingeschränkte Aussagekraft haben.

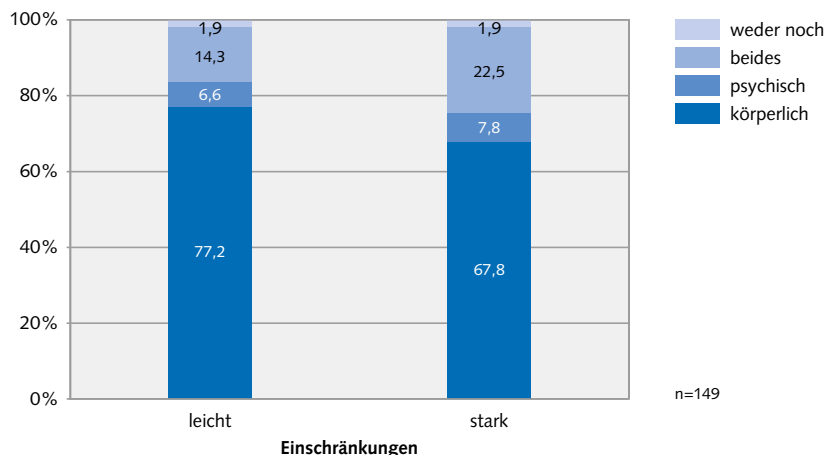
2.3.3 Einschränkungen im Alltag bei 65-Jährigen und Älteren

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

Im Kanton Graubünden fühlen sich 34,1% der 65-Jährigen und älteren Bevölkerung bei mindestens einer grundlegenden oder instrumentellen Aktivität eingeschränkt (Abb. 2.8). Bei den Frauen sind es 42,0%, bei den Männern 23,2%. Statistisch gesehen berichten Bündner Frauen jedoch nicht häufiger über Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten als Bündner Männer; in der gesamten Schweiz ist der Unterschied – wegen den höheren Fallzahlen – hingegen signifikant.

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

Abb. 2.7

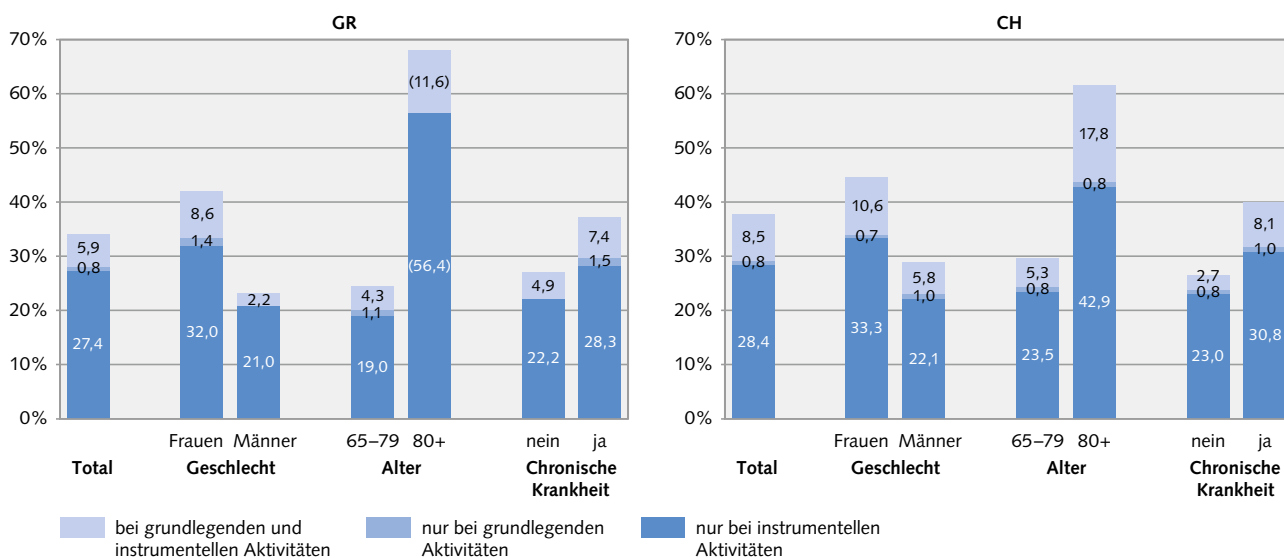


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 2.8



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)
 Alter/Geschlecht: n=137 (GR), n=4801 (CH); chronische Krankheit: n=124 (GR), n=4125 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Erwartungsgemäss nehmen sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Schweiz die Einschränkungen im Alltag bei den über 80-Jährigen signifikant zu.

Weiter wurde verglichen, ob chronisch erkrankte 65-Jährige und Ältere häufiger über Einschränkungen im Alltag berichten als Gleichaltrige ohne chronische Erkrankung. Bei chronisch erkrankten Personen ist in der Schweiz signifikant häufiger mit einer Einschränkung der instrumentellen und grundlegenden Aktivitäten zu rechnen als bei Personen ohne chronische Krankheit. Dieser Unterschied ist im Kanton Graubünden wiederum wegen den kleineren Fallzahlen statistisch nicht signifikant.

2.4 Körperliche Gesundheit

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

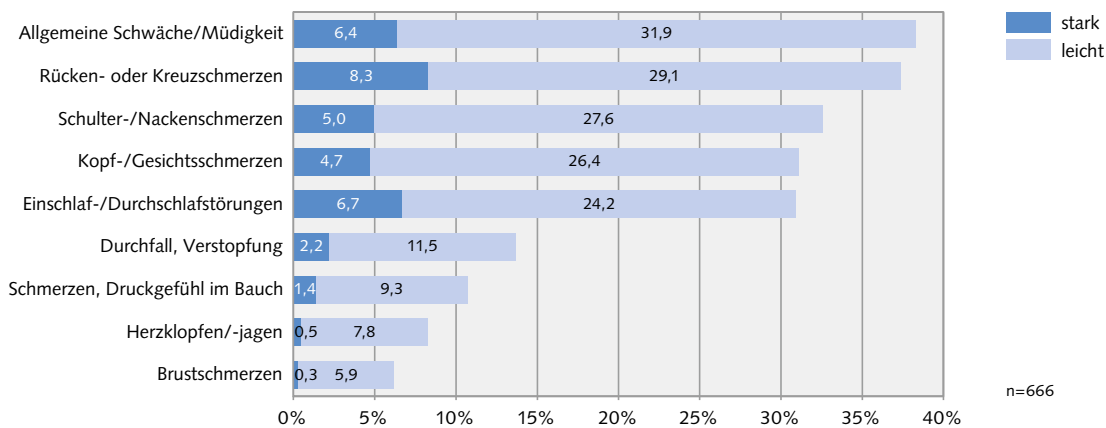
2.4.1 Körperliche Beschwerden

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

Müdigkeit und Rückenschmerzen als häufigste körperliche Beschwerden im Kanton Graubünden

In Abbildung 2.9 wird auf einzelne körperliche Beschwerden eingegangen. Es werden dabei die Anteile der Bündner Bevölkerung gezeigt, die in den letzten vier Wochen unter den genannten körperlichen Beschwerden «leicht» oder «stark» gelitten haben. Die am häufigsten verbreiteten Beschwerden im Kanton Graubünden sind Rücken- und Kreuzschmerzen sowie allgemeine Schwäche/Müdigkeit. Schulter-/Nackenschmerzen, Kopf-/Gesichtschmerzen und Einschlaf-/Durchschlafstörungen werden ebenfalls häufig angegeben.

Körperliche Beschwerden, nach Intensität, Kanton Graubünden, 2012 **Abb. 2.9**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anteil Personen mit körperlichen Beschwerden im Kanton Graubünden zwischen 1992 und 2012 konstant

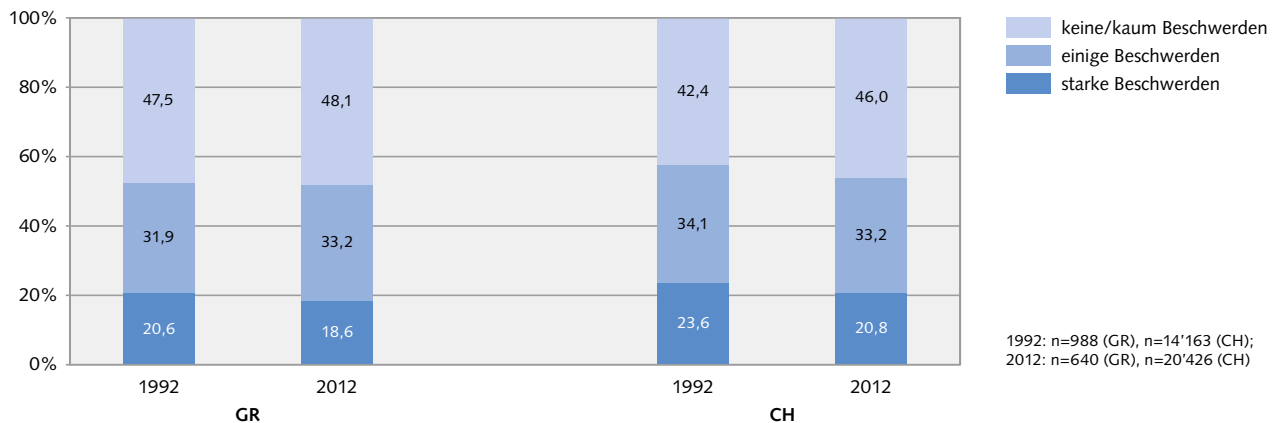
Die körperlichen Beschwerden der Bündnerinnen und Bündner sind im Zeitraum von 1992 bis 2012 praktisch konstant geblieben (Abb. 2.10): Im Jahr 1992 berichteten 47,5% und im Jahr 2012 48,1% der Bündner Bevölkerung über keine körperlichen Beschwerden. Der Anteil Schweizerinnen und Schweizer ohne körperliche Beschwerden hat sich im selben Zeitraum hingegen signifikant von 42,4% auf 46,0% erhöht. Während 1992 der entsprechende Anteil im Kanton Graubünden noch über dem Schweizer Durchschnittswert lag, ist 2012 kein signifikanter Unterschied mehr zu erkennen. Der Anteil Personen ohne körperliche Beschwerden hat sich somit in der Schweiz im Zeitraum von 20 Jahren dem Niveau des

Kantons Graubünden angenähert. In der Schweiz führte dieser Anstieg beschwerdefreier Personen zu einer Reduktion des Anteils Personen mit starken körperlichen Beschwerden (1992: 23,6%; 2012: 20,8%).

2.4.2 Ausgewählte körperliche Risikofaktoren

Seit 1990 sinken die Todesraten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den westlichen Ländern dank besserer Behandlungsmöglichkeiten und einer Reduktion der Risikofaktoren (OECD, 2013a). Trotzdem sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer die häufigsten Todesursachen in der Schweiz (vgl. Tab. 2.3) und in anderen westlichen Ländern (Jüni & Siegrist, 2012; Moreau-Gruet & Luyet, 2012). Die wichtigsten, vorwiegend verhaltensbedingten Risikofaktoren sind dabei Bewegungsmangel,

Körperliche Beschwerden, Kanton Graubünden und Schweiz, 1992 und 2012 **Abb. 2.10**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 2012

© Obsan 2015

Rauchen, Fehlernährung sowie damit verbundenes Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen (Jüni & Siegrist, 2012; Mendis et al., 2011; Perret-Guillaume et al., 2009).

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

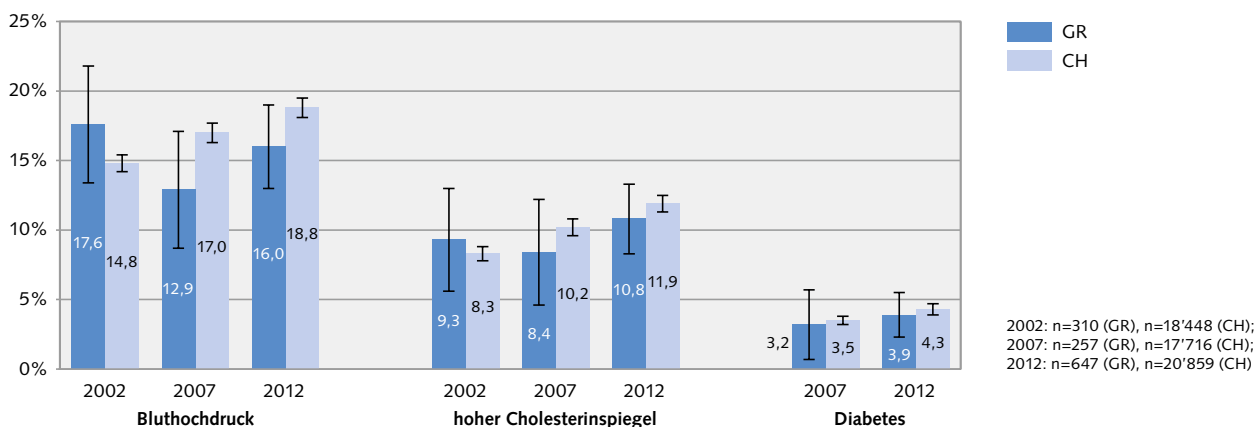
Zunahme von Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes in der Schweiz

In der SGB 2012 geben 16,0% der Bündner Bevölkerung (CH:18,8%) einen erhöhten Blutdruck an. Dieser Wert blieb zwischen 2002 und 2012 im Kanton Graubünden praktisch konstant, während in der Schweiz eine signifikante Zunahme von 14,8% auf 18,8% zu beobachten ist. Bei den Cholesterinwerten ist zwischen 2002 und 2012 gesamtschweizerisch auch eine signifikante Zunahme festzustellen: Der Anteil Personen mit erhöhtem Cholesterinspiegel erhöhte sich von 8,3% auf 11,9%. Ebenfalls ist der Anteil Personen mit Diabetes zwischen 2007 und 2012 in der Schweiz leicht angestiegen (von 3,5% auf 4,3%).

Bei allen drei gezeigten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es im Kanton Graubünden keine Geschlechterunterschiede (Abb. 2.12).

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

Abb. 2.11

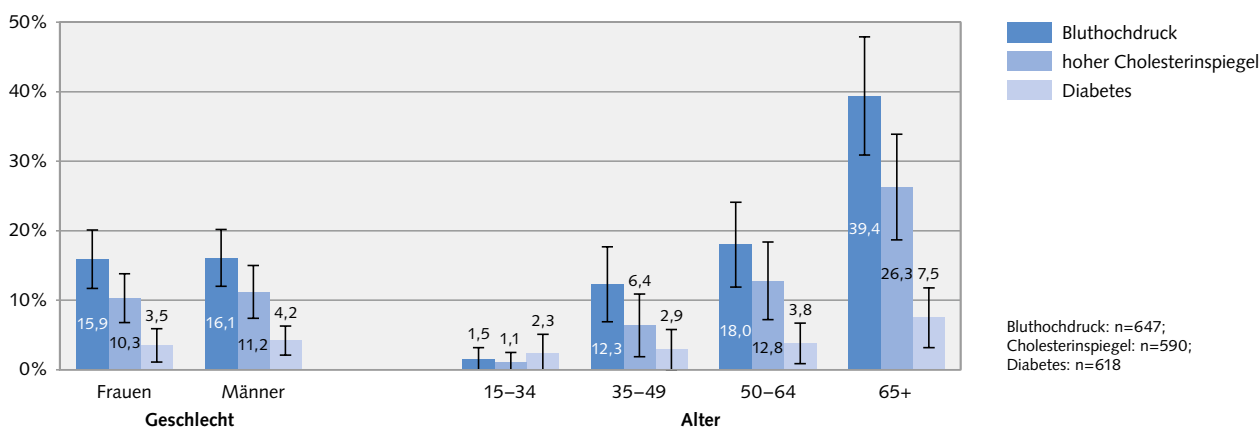


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 2.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mit zunehmendem Alter jedoch nimmt die Prävalenz für hohen Blutdruck stark zu. Bereits im Alter ab 35 Jahren kommt dies im Kanton signifikant häufiger vor als bei der jüngsten Personengruppe. Der entsprechende Anteil beläuft sich bei Personen ab 65 Jahren auf 39,4%. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Anteilen bezüglich erhöhtem Cholesterinspiegel, wo ein signifikanter Unterschied (gegenüber der jüngsten Personengruppe) ab 50 Jahren festzustellen ist. Diabetes wird im Kanton Graubünden hingegen seltener als die beiden anderen Risikofaktoren angegeben und weist auch keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Alter aus. Auf Ebene der gesamten Schweiz steigt jedoch auch bezüglich Diabetes mit zunehmendem Alter die Prävalenz in der Bevölkerung (vgl. Anhang A-2.6).

Geschlechterspezifischer Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Bildungsniveau

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

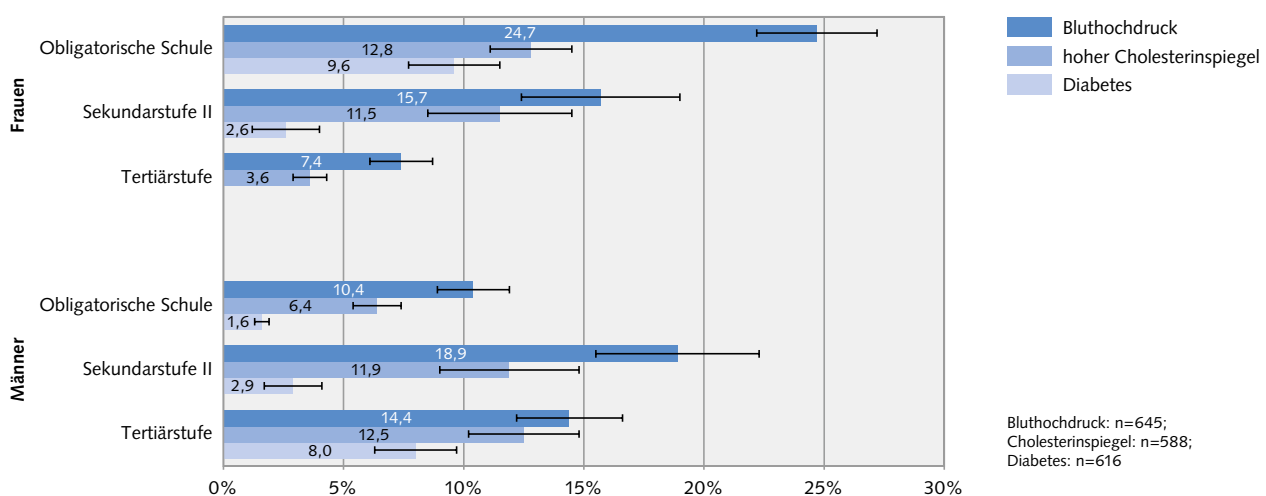
2008). Dieser Unterschied wird mit dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern innerhalb der verschiedenen Bildungstufen assoziiert.

Auch im Kanton Graubünden zeigen sich geschlechterspezifische Zusammenhänge zwischen dem Bildungsniveau und den untersuchten Risikofaktoren. Die Prävalenz des Bluthochdrucks nimmt mit zunehmender Schulbildung bei den Frauen signifikant ab (Abb. 2.13). Bei den Männern hingegen steigt sie bis zu einem Abschluss auf Sekundarstufe II und nimmt auf der Tertiärstufe wieder leicht ab (nicht signifikant). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim erhöhten Cholesterinspiegel und bei Diabetes: Während diese Anteile mit zunehmender Ausbildung bei den Frauen abnehmen, nehmen sie bei den Männern zu. Analog zu Bluthochdruck und erhöhtem Cholesterinspiegel hängt auch das Körpergewicht bei den Frauen stärker mit dem Bildungsniveau zusammen als bei den Männern. Besser gebildete Frauen haben weniger Gewichtsprobleme und sind daher auch seltener von den Risikofaktoren Bluthochdruck und hoher Cholesterinspiegel betroffen (BFS & BAG, 2014).

Zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes gehören u.a. Bewegungsmangel und Fehlernährung und damit verbundenes Übergewicht. Der Body Mass Index (BMI, vgl. 3.2.1) ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) und der quadrierten Körpergrösse (m²). Anhand dieses Wertes kann bestimmt werden, ob eine Person normalgewichtig (18,5 ≤ BMI < 25), übergewichtig (25 ≤ BMI < 30) oder adipös (BMI ≥ 30) ist. Übergewicht hat einen nachweisbaren Zusammenhang mit Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und

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

Abb. 2.13

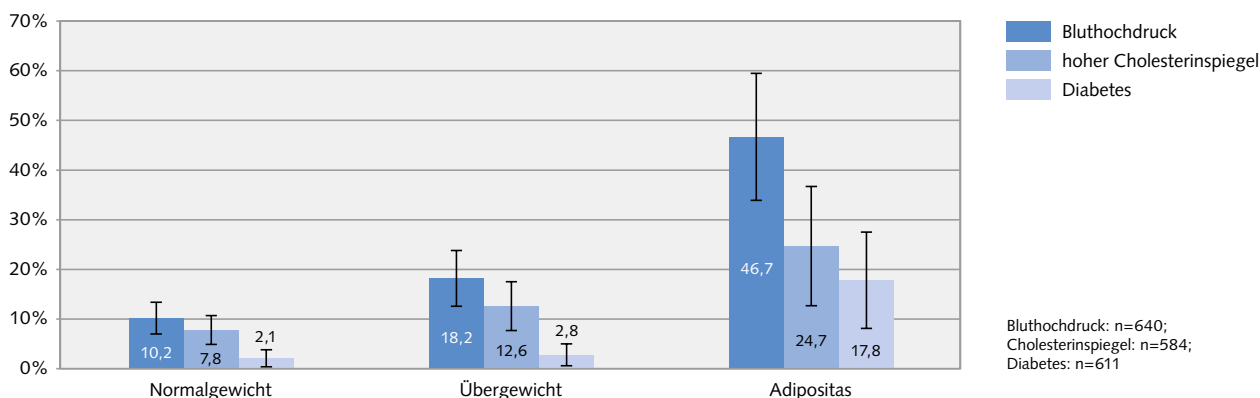


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes, nach Body Mass Index (BMI), Kanton Graubünden, 2012

Abb. 2.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Diabetes. Von den normalgewichtigen Bündnerinnen und Bündnern haben 10,2% Bluthochdruck, 7,8% erhöhte Cholesterinwerte und 2,1% Diabetes (Abb. 2.14). Bei den Befragten mit Übergewicht sind die entsprechenden Werte bereits höher (18,2%, 12,6%, 2,8%). Schliesslich leiden bei den Personen mit Adipositas signifikant mehr unter Bluthochdruck (46,7%), an einem erhöhten Cholesterinspiegel (24,7%) und an Diabetes (17,8%).

2.4.2 Ausgewählte Diagnosen

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

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

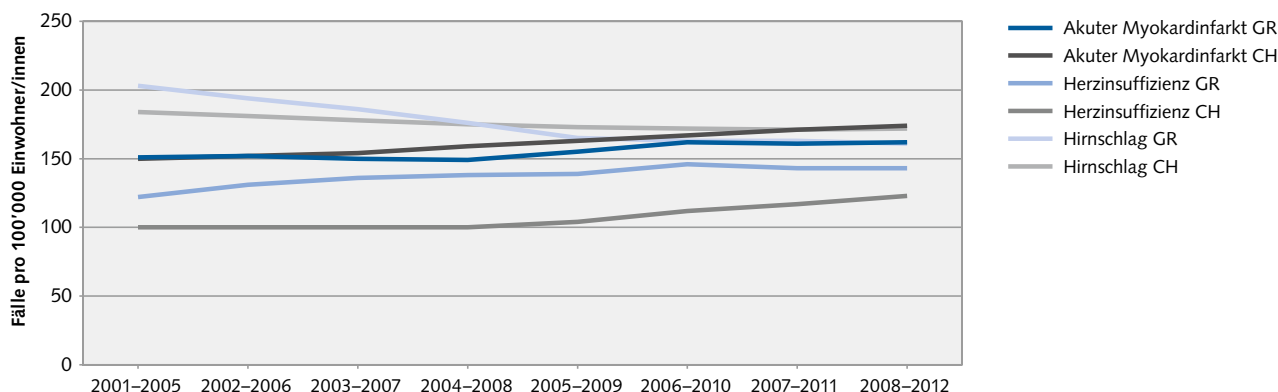
Die **Herzinsuffizienz** ist eine Beeinträchtigung der Herzfunktion, bei der das Herz nicht in der Lage ist, ausreichend Blut zu pumpen, um den energetischen Bedarf des Organismus zu decken. Der Körper versucht, die verringerte Pumpleistung auszugleichen, was mit der Zeit aber die Belastung des Herzens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

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

Quelle: Obsan, Gesundheitsindikatoren; Schweizerische Herzstiftung

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

Abb. 2.15



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen 2001–2012

© Obsan 2015

Prävalenz höher für Herzinsuffizienz und tiefer für akuten Myokardinfarkt sowie Hirnschlag im Kanton Graubünden

Abbildung 2.15 zeigt die Entwicklung 2001 bis 2012 der Prävalenz für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Hirnschlag für den Kanton Graubünden und die Schweiz. Die ausgewiesene Prävalenz umfasst die Anzahl Hospitalisierungen abzüglich Todesfälle im Krankenhaus, zuzüglich Total der Sterbefälle durch diese Erkrankungen. Die Daten sind zwecks Vergleichbarkeit zudem mittels der europäischen Standardbevölkerung 2010 altersstandardisiert und werden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen.¹⁵

Die Prävalenz für akuten Myokardinfarkt liegt in der Periode 2008 bis 2012 im Kanton Graubünden mit 162 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner unter dem Schweizer Durchschnitt (174 Fälle). Auch die Prävalenz für Hirnschlag liegt mit 161 Fällen pro 100'000 Bündnerinnen und Bündner unter dem Schweizer Durchschnitt (172 Fälle). Die Prävalenz für Hirnschlag ist zudem im Kanton Graubünden seit der Periode 2001 bis 2005, wo durchschnittlich 203 altersstandardisierte Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner gezählt

wurden, stark rückläufig. Bei der Prävalenz für Herzinsuffizienz ist hingegen eine Zunahme von 122 Fällen (2001 bis 2005) auf 143 Fälle (2008 bis 2012) im Kanton Graubünden zu beobachten. Die entsprechenden Schweizer Werte sind hier über die ganze betrachtete Zeitspanne hinweg tiefer als im Kanton Graubünden.

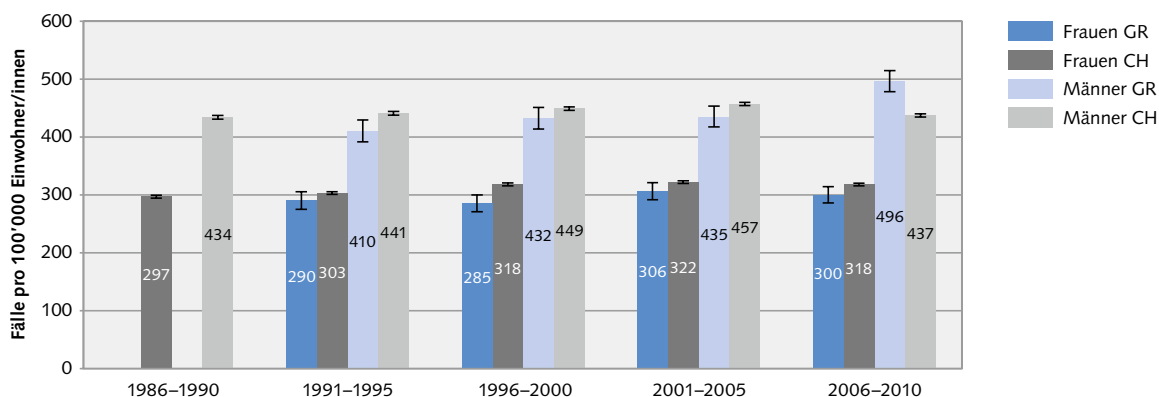
Bei den drei analysierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen grosse Geschlechterunterschiede. Die Prävalenz des akuten Myokardinfarkts ist bei Schweizern rund 2,5 Mal höher als bei Schweizerinnen (257 Fälle bzw. 104 Fälle pro 100'000 Schweizerinnen und Schweizer); Herzinsuffizienz (155 bzw. 101 Fälle) und Hirnschlag (209 bzw. 143 Fälle) kommen bei Männern rund 1,5 Mal häufiger vor als bei Frauen (Daten nicht dargestellt). Im Kanton Graubünden sind, wie in allen übrigen Kantonen, ähnlich hohe Geschlechterunterschiede festzustellen.

«Krebs» ist ein allgemeiner Begriff für eine grosse Gruppe von Krankheiten, bei denen sich Zellen unkontrolliert vermehren und in benachbarte Körperteile und andere Organe eindringen. Dadurch wird die Funktion der betroffenen Organe beeinträchtigt. Dieser Prozess ist der Hauptgrund für die Mortalität durch Krebs (WHO, 2014a). Die altersstandardisierte Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen) befindet sich in der Schweiz im Bereich der umliegenden europäischen Länder (WHO, 2012). Die in Abbildung 2.16 präsentierten Daten aus dem Schweizerischen Krebsregister beziehen sich auf die Jahre 1986 bis 2010. Für den Kanton Graubünden stehen die Registerdaten ab 1991 zur Verfügung.

¹⁵ Für vorliegende Indikatoren wurde neu die Europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) als Standardbevölkerung verwendet. Die hier angewandte Standardbevölkerung unterscheidet sich von derjenigen aus dem kantonalen Gesundheitsreport für Graubünden (Obsan, 2014): Während die Standardbevölkerung aus dem kantonalen Report auf der effektiven demografischen Struktur Europas von 2010 beruht (Eurostat, 2011), berücksichtigt die «Revision der europäischen Standardpopulation 2010» die künftige Entwicklung der europäischen Population (Eurostat, 2013). Diese neue Vorgehensweise ermöglicht es, dass die demografische Struktur über einen längeren zukünftigen Zeitraum abgebildet werden kann und vergleichbar bleibt. Die Vergleichbarkeit innerhalb des vorliegenden Berichtes ist gewährleistet und kohärent, hingegen können die standardisierten Raten wegen dieser methodischen Anpassung nicht mit dem kantonalen Report verglichen werden.

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

Abb. 2.16



Quelle: NICER 1986–2010

© Obsan 2015

Die altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten ist bei den Schweizerinnen im Verlauf von 20 Jahren leicht angestiegen: Zwischen 1986 und 1990 wurden durchschnittlich 297 und zwischen 2006 und 2010 Krebsneuerkrankungen pro 100'000 Schweizerinnen gezählt. Bei den Schweizern ist ebenfalls eine stetige Zunahme der Krebsinzidenzrate bis zur Periode 2001 bis 2005 zu erkennen. Diese ist allerdings mit durchschnittlich 437 Fällen pro 100'000 Schweizer in der Periode 2006 bis 2010 wieder auf das Niveau von 1986 bis 1990 gesunken.

Wie bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten gibt es auch bei den Krebserkrankungen grosse Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Krebsinzidenzrate der Bündner Männer war zwischen 2006 und 2010 mit 496 Fällen pro 100'000 deutlich höher als die der Bündner Frauen (300 Fälle). Auffallend ist dabei die relativ hohe Rate der Bündner Männer, welche 2006 bis 2010 gegenüber den vorherigen Perioden und im Vergleich zu den Schweizer Männern signifikant höher ist. Die Gründe für dieses Resultat lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht ermitteln.

2.4.3 Multimorbidität

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

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

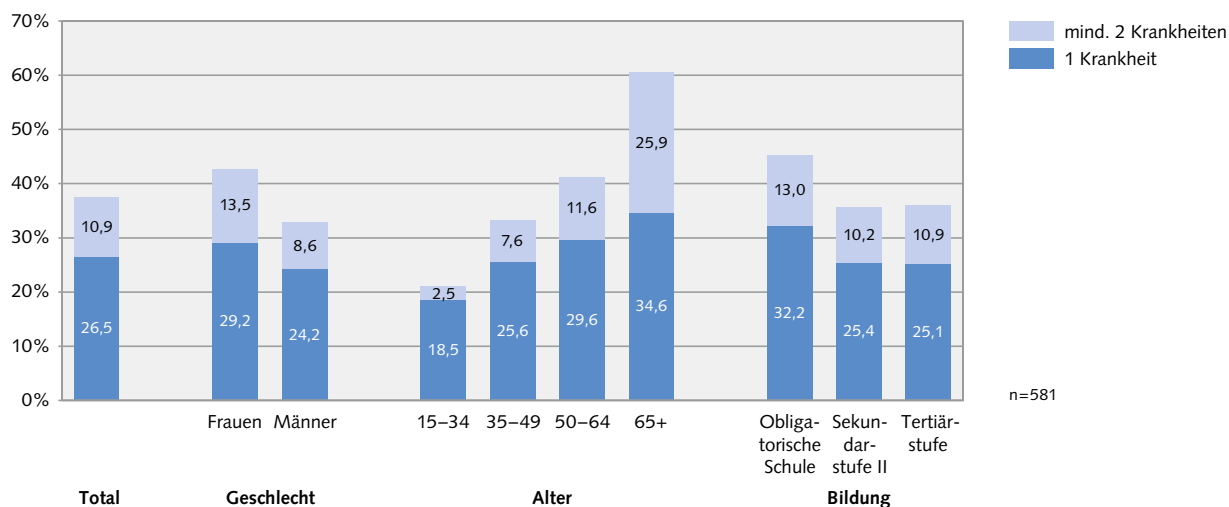
Über ein Drittel der Bündner Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen

Abbildung 2.17 zeigt für den Kanton Graubünden die Prävalenz von einzeln vorliegenden chronischen Erkrankungen¹⁶ sowie den Anteil der Personen, die an zwei und mehr Krankheiten leiden («Multimorbidität»). Im Kanton Graubünden geben im Jahr 2012 26,5% der Bevölkerung eine chronische Krankheit an (CH: 27,4%), und 10,9% der Bündner Bevölkerung (CH: 13,0%) sind von mindestens zwei Krankheiten betroffen. Bündnerinnen (29,2%) berichten häufiger als Bündner Männer (24,2%) von einer chronischen Krankheit. Auch bezüglich

¹⁶ Es werden folgende, in den zwölf Monaten vor der Befragung vorliegende Krankheiten berücksichtigt: Migräne, Asthma, Diabetes, Arthrose, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Osteoporose, chronische Bronchitis/Emphysem, hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenkrankheit, Krebs.

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

Abb. 2.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Multimorbidität sind bei Frauen im Kanton (13,5%) höhere Anteile zu verzeichnen als bei Männern (8,6%). Die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern sind aufgrund höherer Fallzahlen jedoch nur in der gesamten Schweiz signifikant.

Multimorbidität ist auch stark altersabhängig. Bündnerinnen und Bündner ab 65 Jahren (25,9%) haben signifikant häufiger zwei oder mehr Krankheiten als die 50- bis 64-Jährigen (11,6%). Diese wiederum sind signifikant häufiger von zwei oder mehr Krankheiten betroffen als die 15- bis 34-Jährigen (2,5%). Der Zusammenhang von Alter und Multimorbidität ist in der Literatur breit nachgewiesen (Barnett et al., 2012; Taylor et al., 2010). Jedoch hat sich in diversen Untersuchungen auch gezeigt, dass mehr als die Hälfte aller multimorbiden Personen jünger als 65 Jahre waren. Für die Gesundheitspolitik ist somit zentral, dass Multimorbidität nicht nur bei der Versorgung betagter Personen zu berücksichtigen ist, sondern bereits in der jüngeren Bevölkerung ein wesentliches Gewicht hat und entsprechend beachtet werden muss.

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

2.4.4 Unfälle und Stürze

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

Männer verunfallen häufiger als Frauen

Abbildung 2.18 gibt die Angaben der in der SGB 2012 befragten Personen zu erlittenen Unfällen in den zwölf Monaten vor der Befragung wieder. Dabei sind sowohl die ärztlich wie auch die selbst behandelten Unfälle eingeschlossen. Demnach verunfallten im Jahr vor der Befragung 16,0% der Bündnerinnen und 22,2% der Bündner. Die Schweizer Anteile sind mit 15,1% bzw. 22,7% ähnlich hoch. Männer erleiden somit häufiger Unfälle als Frauen (Unterschied nur in der Schweiz signifikant).

Der Anteil der Bündner Frauen, die einen Unfall erleiden, geht von 21,1% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 8,6% bei den 35- bis 49-Jährigen signifikant zurück. Ab der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen steigt dieser Anteil jedoch wieder auf 19,6% an und pendelt sich bei den Bündnerinnen ab 65 Jahren bei 15,6% ein. Für die Schweizer Frauen ist ein ähnlicher Verlauf zu erkennen,

wobei der Anteil der 35- bis 49-Jährigen weniger stark zurückgeht und mit 12,9% signifikant über dem Anteil der gleichaltrigen Bündnerinnen liegt.

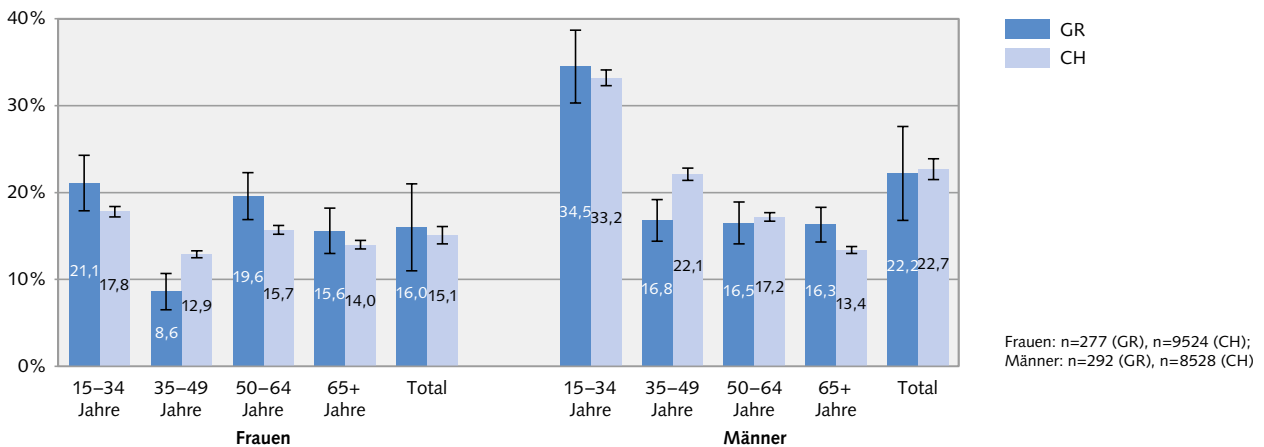
Bei den Bündner Männern zeigt sich ein anderes Muster: Während der Anteil Männer mit einem Unfall im Alter zwischen 15 und 34 Jahren 34,5% beträgt, haben 35-Jährige und Ältere mit einem Anteil von 16,3% bis 16,8% signifikant weniger Unfälle als die jungen Bündner. Bei den Schweizer Männern gehen die Anteile mit jeder Altersgruppe und jeweils signifikant von 33,2% in der jüngsten auf 13,4% in der ältesten Altersgruppe zurück. Wie bei den Frauen haben auch Bündner Männer zwischen 35 und 49 Jahren signifikant weniger Unfälle als gleichaltrige Schweizer Männer. Die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Unfällen bei den jungen

Männern wird in der Literatur mit deren höheren Bereitschaft für risikoreiches Verhalten erklärt (Grazier & Sloane, 2008).

Bei der Arbeit weisen Männer erhöhte Unfallraten aus, da diese eher risikoreiche Arbeiten wählen oder dafür ausgewählt werden (Grazier & Sloane, 2008). Hingegen unterscheiden sich die Unfallraten im Verkehr und im Haus oder Garten kaum zwischen den Geschlechtern. Einen Geschlechterunterschied – im Kanton Graubünden ist der Unterschied aufgrund tiefer Fallzahlen knapp nicht signifikant – gibt es bei Sport- und Spielunfällen (Abb. 2.19). Gemäss Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) geschehen die häufigsten Sportverletzungen in der Schweiz beim Wintersport (22%) und beim Fussballspiel (20%) (Niemann & Achermann Stürmer, 2014).

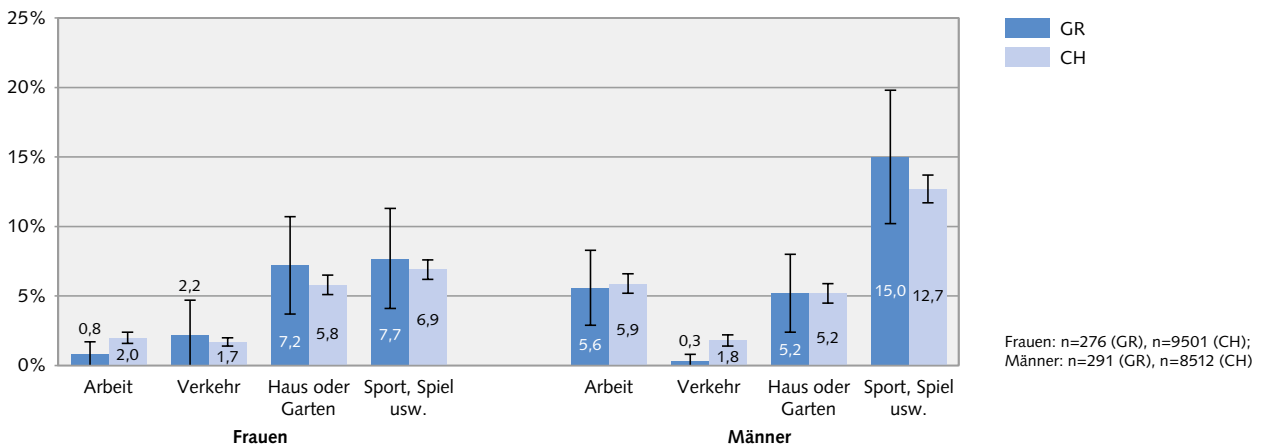
Unfälle, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 2.18



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

Abb. 2.19



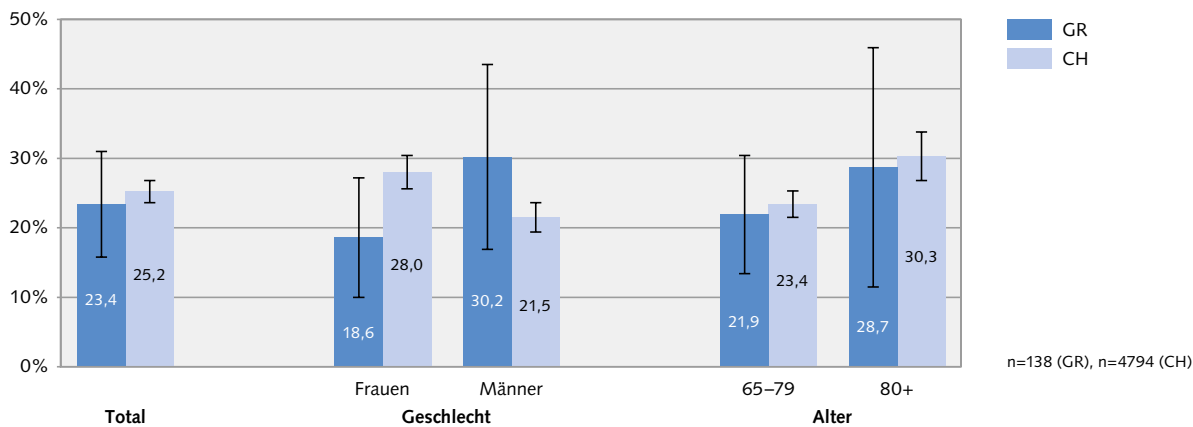
Zwei Drittel aller Sportverletzten sind Männer. Insbesondere hoch ist der Männeranteil bei Verletzungen im Fussball und beim Mountainbike-Fahren (je 84%), Frauen verletzen sich dafür mehr beim Reiten und Bergwandern (je 74%). Zwischen der Bündner und der gesamten Schweizer Bevölkerung gibt es bezüglich Unfallraten nur einen signifikanten Unterschied: Bündner Männer sind mit 0,3% seltener von Verkehrsunfällen betroffen als Schweizer Männer (1,8%).

Jährlich stürzt jede vierte 65-jährige und ältere Person im Kanton mindestens ein Mal

Stürze, Sturzgefahr und Sturzangst sind im Leben von älteren Menschen ein häufiges Thema. Stürze können zu erheblichen Einschränkungen in der Lebensführung oder sogar zu Pflegeheimenitritten führen. In Deutschland lösen Stürze 10% aller Transporte in die Notfallstationen aus (Becker & Rapp, 2011). Laut Schweizerischer Unfallversicherungsanstalt (SUVA) handelte es sich bei jedem dritten Unfall in der Schweiz zwischen 2008 und 2012 um einen Sturz. Hierbei sind Stolper- und Sturzunfälle gemeint, ohne Stürze aus der Höhe oder beim Sport. Jährlich geschehen in der Schweiz rund

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

Abb. 2.20

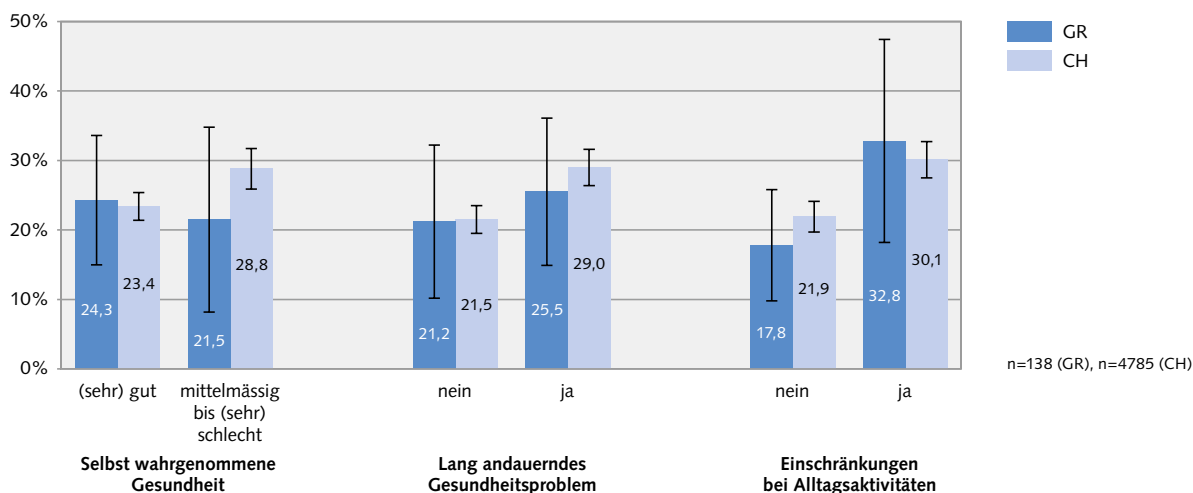


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 2.21



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

170'000 Stolper- und Sturzunfälle. Damit sind solche Stürze die häufigste Unfallursache in der Schweiz.¹⁷ Das Risiko zu stürzen ist bei bereits früher erlittenen Stürzen, Gehproblemen, Problemen mit Gehhilfen, Schwindelanfällen, Parkinsonerkrankungen und Nebenwirkungen antiepileptischer Medikamente erhöht (Deandrea et al., 2010). Auch Gleichgewichtsprobleme sowie die Abnahme von Reflexen und Muskelkraft können zu vermehrten Stürzen führen (Ambrose et al., 2013).

Gemäss SGB 2012 gibt es hinsichtlich Stürze keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Kanton Graubünden und der gesamten Schweiz (Abb. 2.20): Rund ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren gibt im Jahr 2012 mindestens einen Sturz an. In der Schweiz stürzen Frauen häufiger (28,0%) als Männer (21,5%). Im Kanton Graubünden ist es genau umgekehrt, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männer hier nicht signifikant ist. Wie erwartet nehmen die Sturzepisoden mit steigendem Alter zu. 80-Jährige und Ältere stürzen im Kanton Graubünden tendenziell (in der Schweiz signifikant) häufiger (GR: 28,7%; CH: 30,3%) als 65- bis 79-Jährige (GR: 21,9%; CH: 23,4%).

In Abbildung 2.21 werden Stürze in Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit, mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten betrachtet. In der Schweiz stürzen Personen mit einer (sehr) guten selbst wahrgenommenen Gesundheit, ohne langandauerndes Gesundheitsproblem oder ohne Einschränkungen bei gewöhnlichen Alltagsaktivitäten signifikant seltener als Personen mit entsprechenden Problemen. Im Kanton Graubünden sind ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen, welche sich jedoch nicht signifikant unterscheiden.

2.5 Psychische Gesundheit

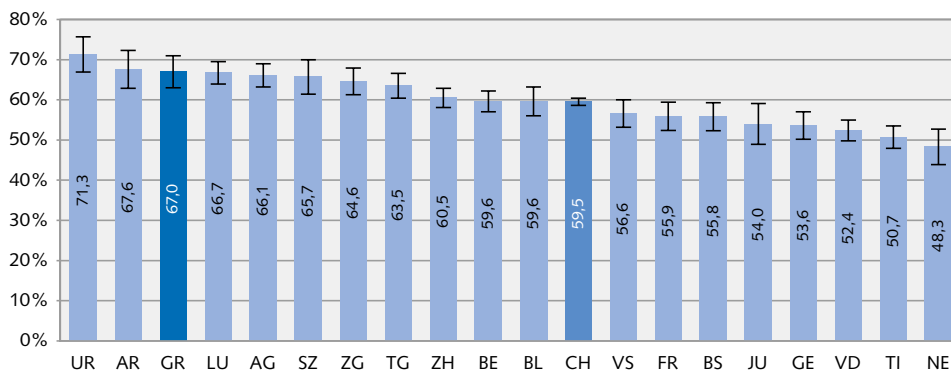
Psychische Gesundheit ist eine entscheidende Dimension menschlichen Wohlbefindens. Die WHO schätzt, dass in der Schweiz 27,0% der erwachsenen Bevölkerung an psychischen Problemen wie Psychosen, Depressionen, Angstzuständen, Substanzmissbrauch oder Essstörungen leiden.¹⁸ Die Kosten psychischer Erkrankungen werden auf rund 4% des Bruttoinlandproduktes eines Landes geschätzt (OECD, 2014a). Im vorliegenden Unterkapitel werden verschiedene Aspekte von psychischer Gesundheit thematisiert. Zuerst wird das Ausmass an Energie und Vitalität in der Bündner Bevölkerung als positives Merkmal psychischer Gesundheit analysiert (vgl. 2.5.1). Danach werden als Indikatoren für allfällig bestehende psychische Probleme das Ausmass an allgemeinen psychischen Belastungen (vgl. 2.5.2) und die Häufigkeit von Symptomen depressiver Erkrankungen (vgl. 2.5.3) betrachtet.

2.5.1 Energie und Vitalität

Der Indikator zum Energie- und Vitalitätsniveau betont eine ressourcenorientierte Sichtweise, welche sich auf positive Aspekte der psychischen Gesundheit fokussiert. Bündnerinnen und Bündner (67,0%) berichten signifikant häufiger über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als der Schweizer Durchschnitt (59,5%). Der Kanton Graubünden hat bei diesem Indikator nach Uri und Appenzell-Ausserrhoden den dritthöchsten Anteil aller Schweizer Kantone. Auffallend sind dabei die deutlich tieferen Werte in der Westschweiz und im Kanton Tessin.

Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, Kantone und Schweiz, 2012

Abb. 2.22



n=636 (GR), n=20'645 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

¹⁷ <http://www.suva.ch/startseite-suva/praevention-suva/arbeits-suva/ Gefahren-filter-suva/unfallstatistik-stolpern-stuerzen-suva/filter-detail-suva.htm> (Zugriff am 11.03.2015).

¹⁸ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (Zugriff am 11.03.2015).

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

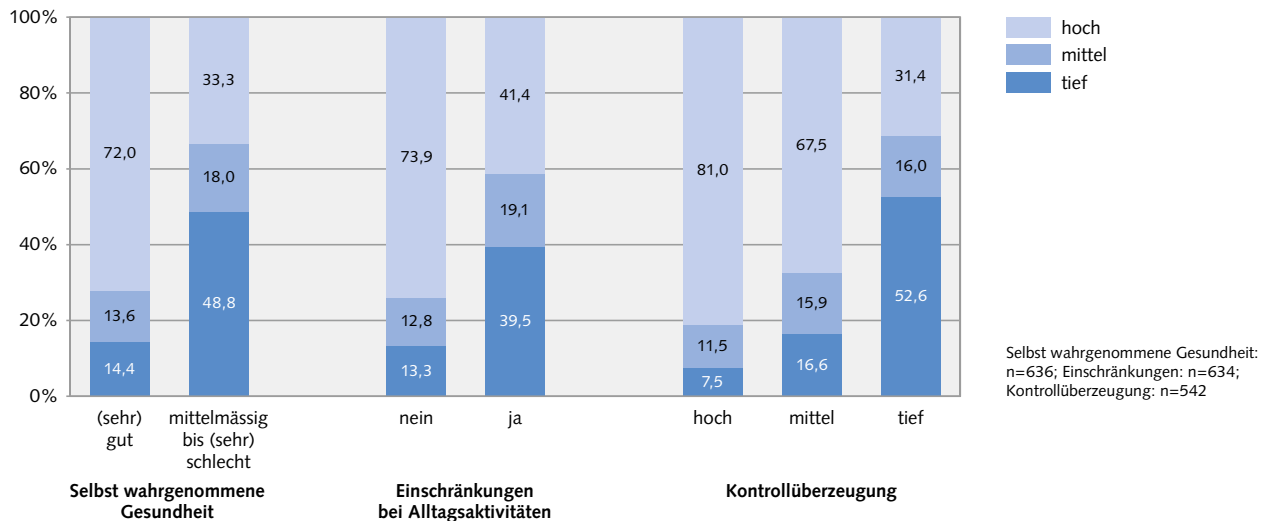
Verschiedene Faktoren können das Energie- und Vitalitätsniveau eines Menschen beeinflussen. Die folgenden Abbildungen 2.23 und 2.24 untersuchen den Zusammenhang zwischen Energie und Vitalität sowie verschiedenen Gesundheitsindikatoren. Knapp drei Viertel der Bündnerinnen und Bündner, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen und sich bei Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt fühlen, verfügen über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (Abb. 2.23). Ist die Gesundheit mittelmässig bis (sehr) schlecht, so ist auch die Energie und

Vitalität deutlich reduziert (33,3%). Dasselbe gilt, wenn Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten vorhanden sind (41,1%). Bei hoher Kontrollüberzeugung (vgl. 2.6.1) beträgt der Anteil der Bündner Befragten mit gutem Energie- und Vitalitätsniveau ebenfalls hohe 81,0%. Ist die Kontrollüberzeugung allerdings tief, beträgt der Anteil an hoher Energie und Vitalität nur noch 31,4%.

Wie Abbildung 2.24 zeigt, berichten Bündner Frauen, welche von ihrem Umfeld eine starke soziale Unterstützung erfahren, signifikant häufiger über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (79,4%) als diejenigen mit mittlerer (59,6%) oder lediglich geringer Unterstützung (37,9%). Bei den Bündner Männern ist ein solcher Zusammenhang nicht deutlich erkennbar. Dieses geschlechterspezifische

Energie und Vitalität, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Graubünden, 2012

Abb. 2.23

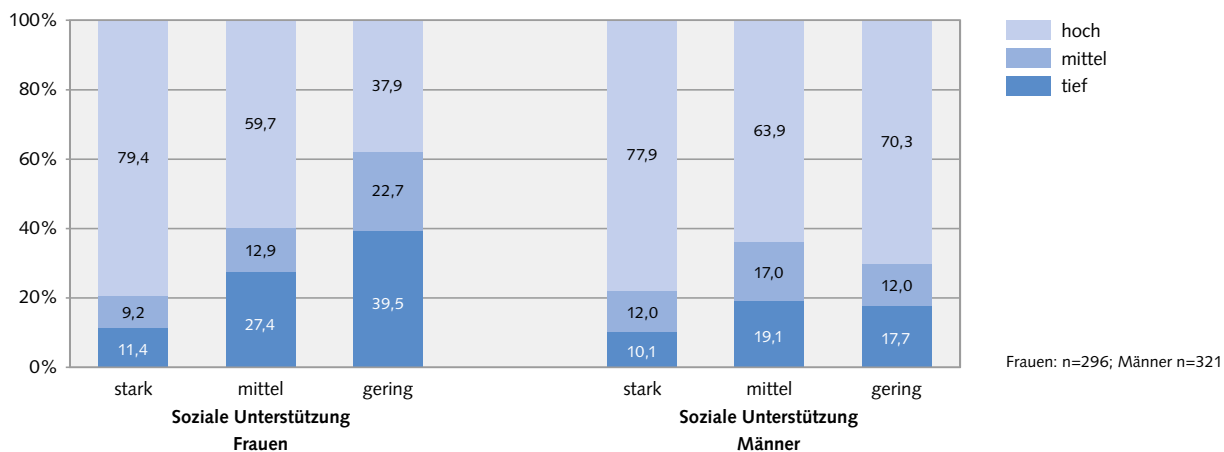


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Energie und Vitalität, nach Geschlecht und sozialer Unterstützung, Kanton Graubünden, 2012

Abb. 2.24



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Zusammenspiel von einem höheren Energie- und Vitalitätsniveau bei stärkerer sozialer Unterstützung ist ebenfalls aus der Literatur bekannt (Lehtinen et al., 2005).

2.5.2 Psychische Belastung

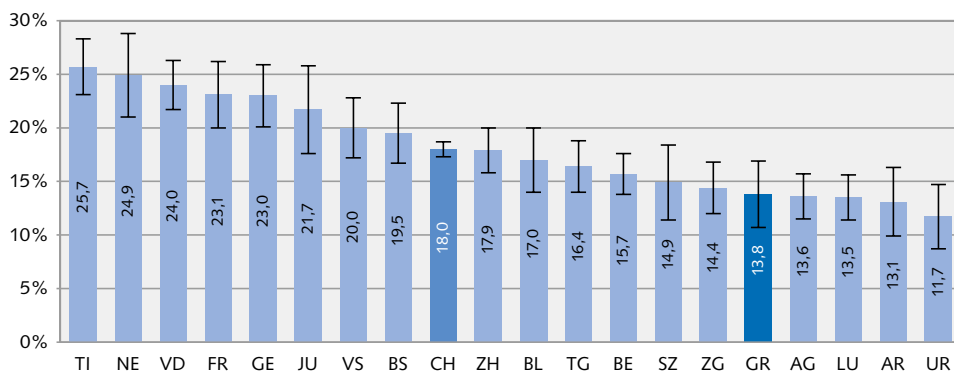
In der SGB wird die psychische Belastung der Bevölkerung mittels Fragen nach der Häufigkeit von Symptomen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Ausgeglichenheit oder Depressivität geschätzt. Die anschliessende Kategorisierung der Antworten auf diese Fragen in «tiefe, mittlere und hohe psychische Belastung»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

Die Bündner Bevölkerung leidet seltener unter psychischen Belastungen als im Schweizer Durchschnitt

Im Jahr 2012 fühlen sich im Kanton Graubünden 13,8% aller Befragten mittel bis hoch psychisch belastet. Dies ist etwas (jedoch nicht signifikant) tiefer als im Jahr 2007 (15,3%; vgl. Anhang A-2.9). Damit ist die Bündner Bevölkerung seltener von psychischen Belastungen betroffen als die Schweizer Bevölkerung insgesamt (18,0%). Im schweizweiten Vergleich besitzt Graubünden 2012 eine relativ niedrige kantonale Rate. Insbesondere die Westschweizer Kantone und das Tessin geben häufiger eine mittlere bis hohe psychische Belastung an.

Betreffend Geschlecht, Bildungsniveau und Nationalität sind im Kanton Graubünden – primär wieder wegen der relativ kleinen Fallzahlen – keine signifikanten Unterschiede im Zusammenhang mit der psychischen Belastung festzustellen (Abb. 2.26). In der Tendenz zeigen

Mittlere bis hohe psychische Belastung, Kantone und Schweiz, 2012 **Abb. 2.25**

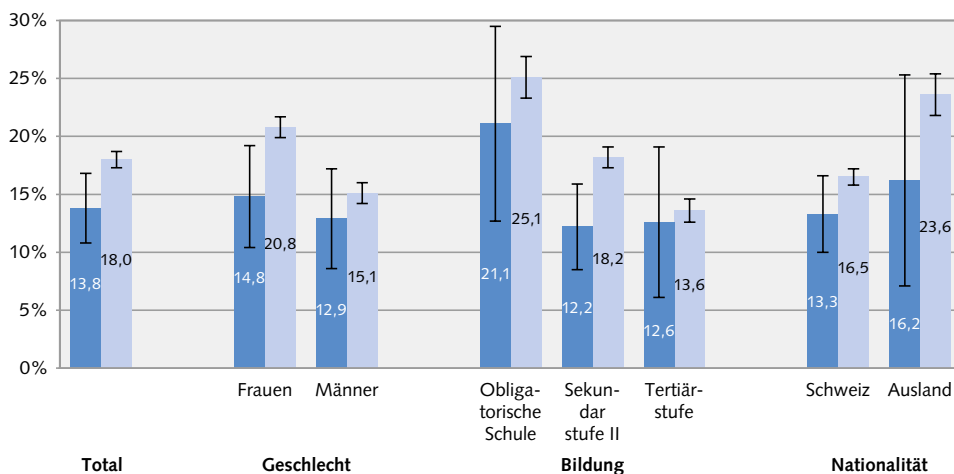


n=641 (GR), n=20'652 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere bis hohe psychische Belastung, nach Geschlecht, Bildung und Nationalität, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 **Abb. 2.26**



Geschlecht/Nationalität: n=641 (GR), n=20'652 (CH); Bildung: n=641 (GR), n=20'575 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

sich allerdings dieselben Ergebnisse wie für die Schweiz: Schweizer Frauen sind signifikant öfter von mittleren bis hohen psychischen Belastungen betroffen als Schweizer Männer. Und mit höherer Bildung nimmt die psychische Belastung ab: 25,1% der Personen in der Schweiz ohne nachobligatorische Ausbildung sind von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung betroffen, bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind es nur 13,6%. Schliesslich sind Personen mit Ausländerstatus (23,6%) häufiger von psychischer Belastung betroffen als Schweizerinnen und Schweizer (16,5%).¹⁹

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit psychischer Belastung einher

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

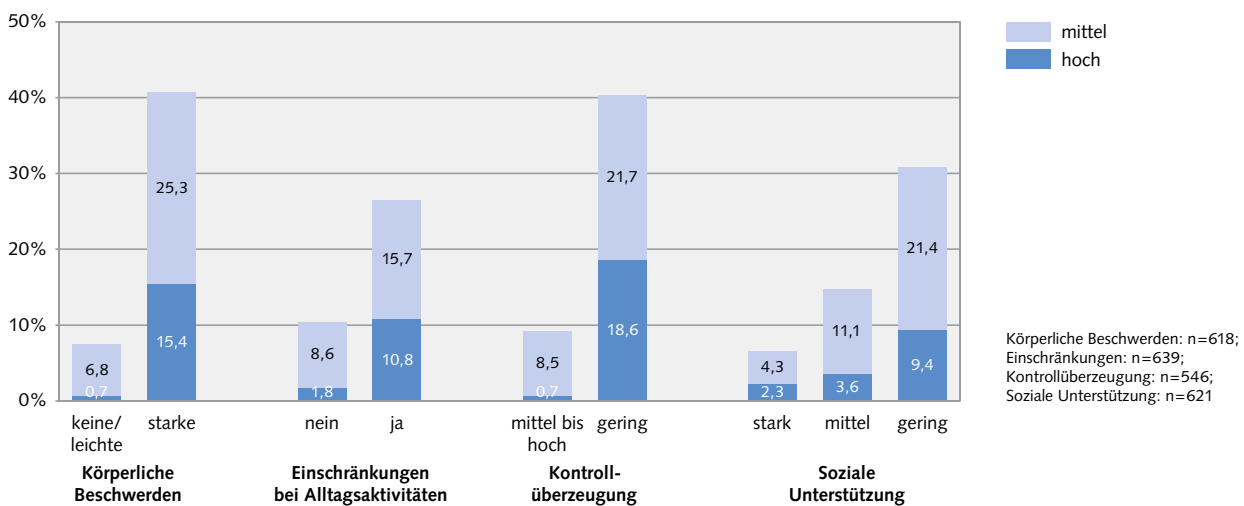
Bei starken körperlichen Beschwerden ist der Anteil Personen mit mittlerer (25,3%) wie auch mit hoher psychischer Belastung (15,4%) im Kanton Graubünden deutlich erhöht. Bündnerinnen und Bündner mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nennen ebenfalls häufiger psychische Belastungen im Vergleich zu Personen ohne Einschränkungen (lediglich bei hoher psychischer Belastung signifikant). Auch die Gesundheitsressourcen stehen im Zusammenhang mit der psychischen Belastung: Mit zunehmender Kontrollüberzeugung (hohe psychische Belastung signifikant) und mit starker sozialer Unterstützung (mittlere psychische Belastung signifikant) treten psychische Belastungen seltener auf.

2.5.3 Symptome depressiver Erkrankungen

Depressionen sind häufige psychische Erkrankungen, die zu erheblichen Behinderungen im Alltag, in Beziehungen und im Beruf führen können. In Europa leidet eine von 15 Personen an Depressionen.²⁰ Im Verlauf des Lebens ist sogar eine von fünf Personen betroffen (Baer et al., 2013). Depressionen zeigen häufig einen chronischen Verlauf und treten oft zusammen mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf (Hardeveld et al., 2010). Depressive Erkrankungen werden zudem mit verkürzter Lebensdauer in Zusammenhang gebracht

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

Abb. 2.27



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

¹⁹ Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Bildungsstufen und der Nationalität bleiben bei einer multivariaten Analyse, in welcher zusätzlich die Faktoren «Alter» und «Sprachregion» einfließen, auf gesamtschweizerischer Ebene bestehen.

²⁰ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (Zugriff am 11.03.2015).

(Lawrence et al., 2013). Ausserdem verursachen sie hohe individuelle und gesellschaftliche Kosten (McMahon et al., 2012).

Mit dem in der SGB 2012 verwendeten Modul aus dem international angewandten «Patient Health Questionnaire» (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001) wird gezielt nach Symptomen depressiver Erkrankungen gefragt. Auf diese Weise können depressive Stimmung oder Depressivität in der Bevölkerung untersucht werden, es handelt sich jedoch nicht um eine klinisch gestellte Depressions-Diagnose. Wie Studien zeigen, wirken sich aber bereits leichte Depressionen und auch Depressivität unterhalb der Krankheitsschwelle behindernd aus.

Jede vierte Person im Kanton Graubünden mit Depressionssymptomen

Im Jahr 2012 geben im Kanton Graubünden 21,2% (CH: 22,2%) aller befragten Personen «leichte» und 4,4% (CH: 6,5%) «mittlere bis schwere» Symptome depressiver Erkrankungen an (Abb. 2.28). Bei den leichten depressiven Symptomen ist in der gesamten Schweiz ein signifikanter Geschlechterunterschied festzustellen: Frauen berichten häufiger über Depressionssymptome als Männer. Auch Bündnerinnen sind häufiger von leichten und mittleren bis schweren depressiven Symptomen betroffen als Bündner Männer, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Klinisch manifeste Depressionen zeigen in der Literatur das gleiche Muster zwischen den Geschlechtern

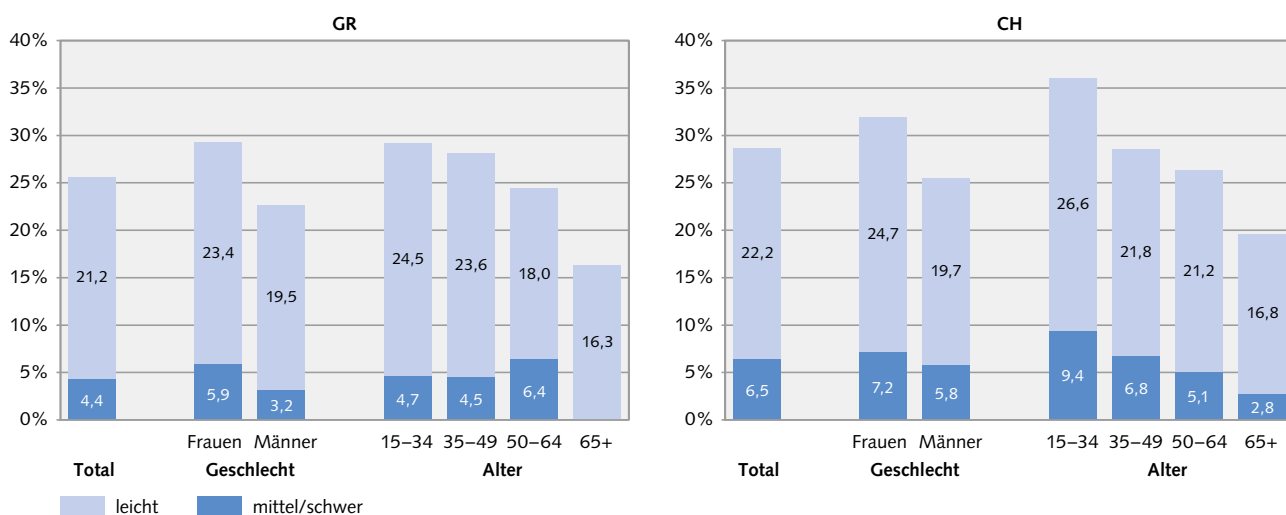
(Regan et al., 2013). Gemäss Untersuchungen der WHO sind Depressionen bei Frauen gar doppelt so häufig wie bei Männern (WHO, 2014b).

Der Anteil der 15- bis 34-jährigen Bündnerinnen und Bündner mit leichten und mittleren bis schweren Depressionssymptomen liegt bei 29,2%, bei den 35- bis 49-Jährigen bei 28,1% und bei den 50- bis 64-Jährigen bei 24,4%. Bei den 65-Jährigen und Älteren sinkt dieser Anteil auf 16,3%. In dieser Altersgruppe werden im Kanton Graubünden zudem nur noch leichte, aber keine mittleren bis schweren Depressionssymptome mehr angegeben. In der Schweiz werden die Anteile der Bevölkerung mit leichten oder mit mittleren bis schweren depressiven Symptomen mit dem Alter signifikant kleiner. Die Resultate für die Schweiz bestätigen damit die in der Literatur gemachten Befunde (Regan et al., 2013).

In der Schweiz berichten Personen ohne nachobligatorische Schulbildung signifikant häufiger über leichte depressive Symptome (25,7%) als Personen mit einem Tertiärabschluss (20,2%). Mittlere bis schwere Depressionssymptome treten mit jeder zusätzlichen Bildungsstufe ebenfalls signifikant weniger häufig auf. Im Kanton Graubünden ist dieses Muster nur bei den mittleren bis schweren depressiven Symptomen zu beobachten, wobei die Unterschiede hier aufgrund kleinerer Fallzahlen – insbesondere in der Kategorie «obligatorische Schule» – nicht signifikant sind. Die Literatur zeigt, dass Personen mit tiefer Schul- und Berufsausbildung gefährdeter sind, an klinisch manifesten Depressionen zu erkranken als

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

Abb. 2.28



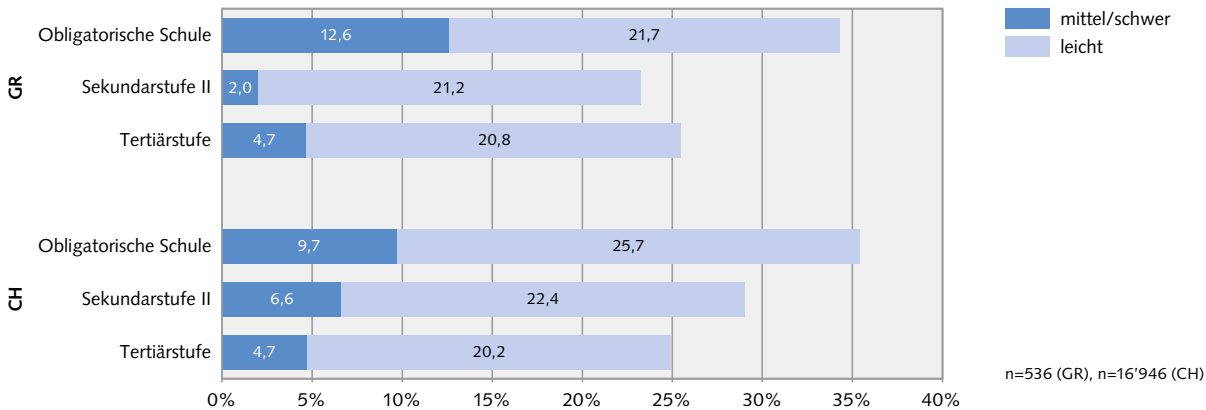
n=536 (GR), n=16'980 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 2.29



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen mit höherer Ausbildung (Regan et al., 2013). Als weitere Risikofaktoren für Depressionen werden in der Literatur auch Arbeitslosigkeit, finanzielle Verschuldung und soziale Deprivation genannt (WHO, 2014b).

Depressivität hängt in der Regel eng mit dem körperlichen Gesundheitszustand und entsprechender Autonomie im Alltag zusammen (Baer et al., 2013). Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen den Symptomen depressiver Erkrankungen und den körperlichen Beschwerden (vgl. 2.4.1) sowie den Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (vgl. 2.3.2) untersucht.

Der Anteil der Bündner Bevölkerung mit sowohl leichten als auch mittleren bis schweren depressiven Symptomen ist bei starken körperlichen Beschwerden signifikant höher (Abb. 2.30). Die gleichen Tendenzen sind bei

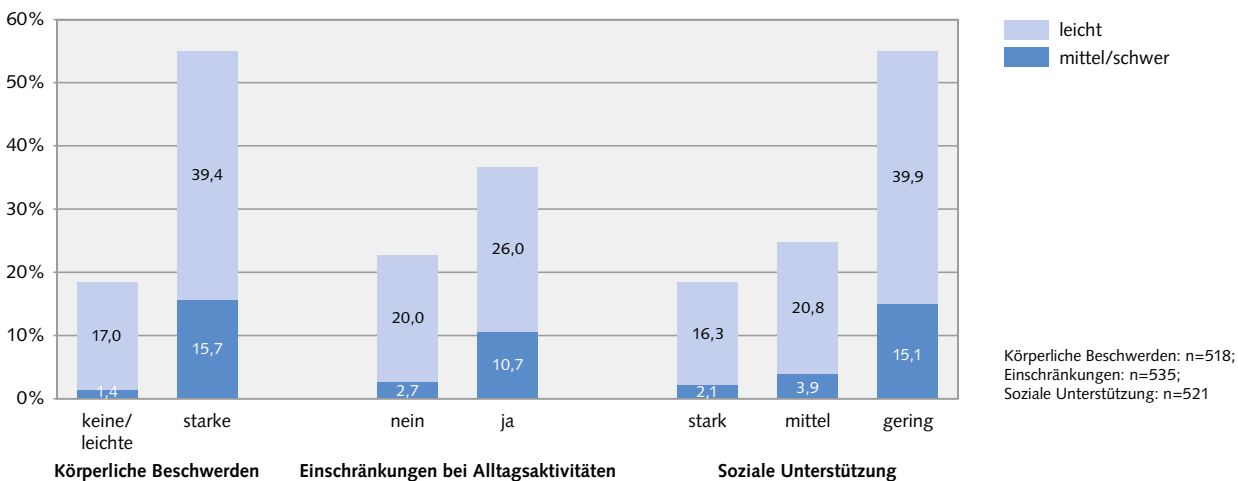
Einschränkungen in Alltagsaktivitäten festzustellen, diese Unterschiede sind im Kanton jedoch statistisch nicht signifikant. Der Zusammenhang zwischen körperlichen Einschränkungen und psychischen Beschwerden ist hingegen in der Literatur – insbesondere auch für ältere Personen – hinreichend belegt (Berkman et al., 1986).

Zusammenhang zwischen Depressionssymptomen und sozialer Unterstützung

Depressive Symptome können auch mit den vorhandenen Gesundheitsressourcen zusammenhängen. Allgemein wird von einer mildernden oder verhindernden Wirkung vorhandener Gesundheitsressourcen auf Symptome depressiver Erkrankungen ausgegangen. Für die hier gezeigte Gesundheitsressource «soziale Unterstützung»

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

Abb. 2.30



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

(vgl. 2.6.2) ist im Kanton Graubünden ein signifikanter Zusammenhang bei den leichten und den mittleren bis schweren Depressionssymptomen ersichtlich: 39,9% der Bündnerinnen und Bündner mit geringer sozialer Unterstützung leiden an leichten und 15,1% an mittleren bis schweren depressiven Symptomen. Bei Personen mit starker sozialer Unterstützung sind diese Anteile signifikant tiefer bei 16,3% bzw. 2,1%. Die Resultate des Kantons Graubünden bestätigen damit die in der Literatur gemachten Befunde (Takizawa et al., 2006).

2.6 Gesundheitsressourcen

Beim ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit wird der Gesundheitszustand einerseits von Belastungen geprägt, die auf eine Person wirken. Diese Belastungen können physischer, psychischer oder sozialer Art sein. Andererseits beeinflussen vorhandene Gesundheitsressourcen den Gesundheitszustand einer Person positiv (Hurrelmann, 2002). Diese Ressourcen können die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber oder Merkmale der Umwelt dieser Person zu verstehen (Schuler & Burla, 2012).

2.6.1 Kontrollüberzeugung

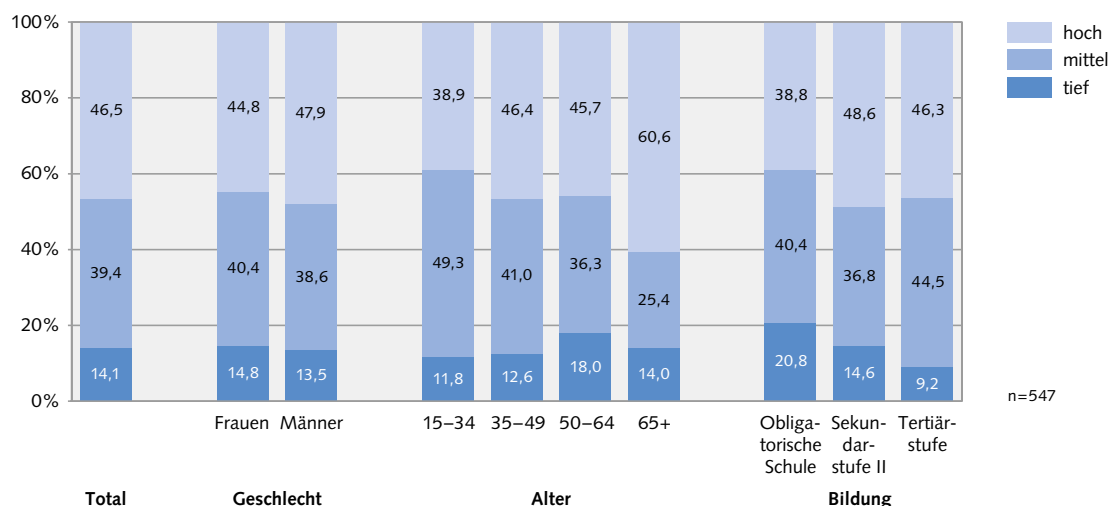
Die Überzeugung, einen Einfluss auf das eigene Leben zu haben, ist eine wichtige Ressource für die eigene Gesundheit und wird «Kontrollüberzeugung» genannt (Mackenbach et al., 2002). Je höher diese Kontrollüberzeugung ist, desto ausgeprägter ist das Gefühl, Lauf und Umstände des Lebens durch eigenes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

46,5% der Bevölkerung des Kantons Graubünden verfügen 2012 über eine hohe, 39,4% über eine mittlere und 14,1% über eine tiefe Kontrollüberzeugung (Abb. 2.31). Der Anteil der Bündner Bevölkerung mit tiefer Kontrollüberzeugung war 1992 mit 23,2% noch signifikant höher gewesen. Im Verlauf von 20 Jahren hat sich somit die Kontrollüberzeugung im Kanton Graubünden erhöht, auch im Vergleich zur gesamten Schweiz (vgl. Anhang A-2.10).

Zwischen den Geschlechtern liegen bezüglich Kontrollüberzeugung im Kanton Graubünden keine nennenswerten Unterschiede vor. Hingegen sind Unterschiede zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe festzustellen: 65-jährige und ältere Personen besitzen

Kontrollüberzeugung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Graubünden, 2012

Abb. 2.31



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

signifikant häufiger eine hohe (60,6%) und signifikant seltener eine mittlere Kontrollüberzeugung (25,4%) als 15- bis 34-Jährige (38,9% bzw. 49,3%). Obschon Personen ohne nachobligatorische Schulbildung rund doppelt so häufig eine tiefe Kontrollüberzeugung im Vergleich zu denen mit Tertiärabschluss haben, sind im Kanton Graubünden die Unterschiede nach Bildungsstufen statistisch nicht signifikant. Dies ist wiederum auf die kleinen Fallzahlen zurückzuführen. In der gesamten Schweiz, wo die Ergebnisse dank grösserer Fallzahlen präziser eingegrenzt werden können, sind die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen signifikant (vgl. Anhang A-2.10).

2.6.2 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann, hat einen Effekt auf die selbst wahrgenommene Gesundheit (Mackenbach et al., 2002). So beeinflussen soziale Beziehungen den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Entscheidungen (Heaney & Israel, 2002). Gemäss SGB 2012 erfahren 36,2% der Bündnerinnen und Bündner eine starke soziale Unterstützung, 51,1% eine mittlere und 12,6% eine geringe (Abb. 2.32). In der Schweiz geben 38,7% eine starke, 48,9% eine mittlere und 12,4% eine geringe soziale Unterstützung an (Daten hier nicht dargestellt). Damit entspricht die soziale Unterstützung im Kanton Graubünden in etwa dem Schweizer Durchschnitt.

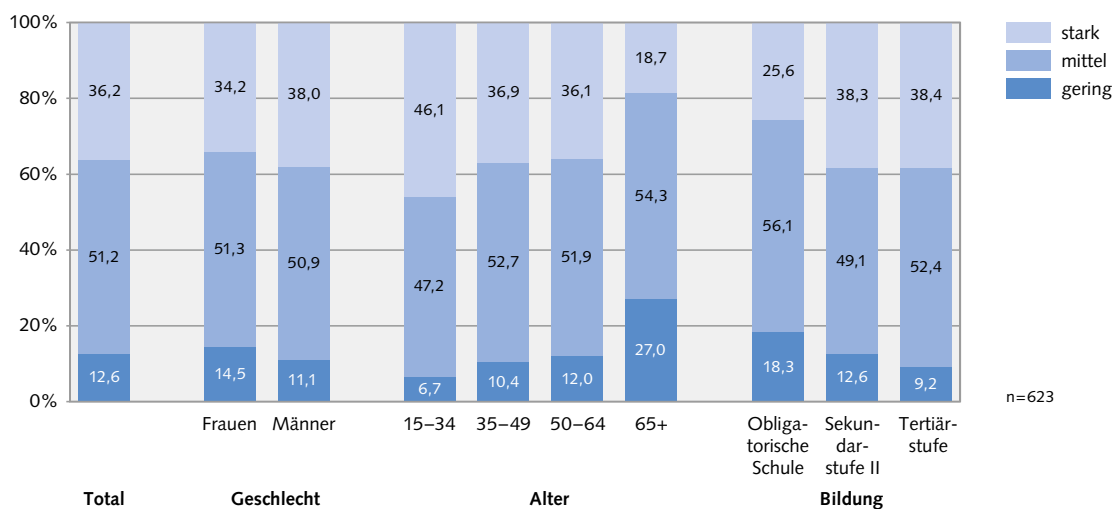
Das Ausmass an sozialer Unterstützung ist im Kanton Graubünden für beide Geschlechter ähnlich. Der Anteil von Personen im Kanton, die geringe soziale Unterstützung erfahren, nimmt mit zunehmendem Alter zu. Im Alter von 65 und mehr Jahren ist er, im Vergleich zu den jüngeren Altersklassen, sogar signifikant höher. Bündnerinnen und Bündner mit einem Abschluss auf Tertiärstufe geben seltener eine geringe resp. häufiger eine starke soziale Unterstützung als Personen ohne nachobligatorische Schulbildung an. Wie bei der Kontrollüberzeugung sind die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen jedoch wiederum nur auf nationaler Ebene signifikant.

2.6.3 Einsamkeitsgefühle

Einsamkeit wird von jeder Person in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlichem Ausmass erlebt. Sie kann als Negativerfahrung definiert werden, die auftritt, wenn das persönliche Netzwerk aus sozialen Beziehungen mangelhaft ist (Perlman & Peplau, 1981). Einsamkeitsgefühle treten insbesondere dann auf, wenn die erwünschten Beziehungen nicht mit den tatsächlich übereinstimmen (Salimi, 2011). Im Jahr 2012 geben im Kanton Graubünden 30,7% aller in der SGB befragten Personen an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (Abb. 2.33). Dieser Wert ist signifikant tiefer als jener der Schweiz (36,1%).

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

Abb. 2.32

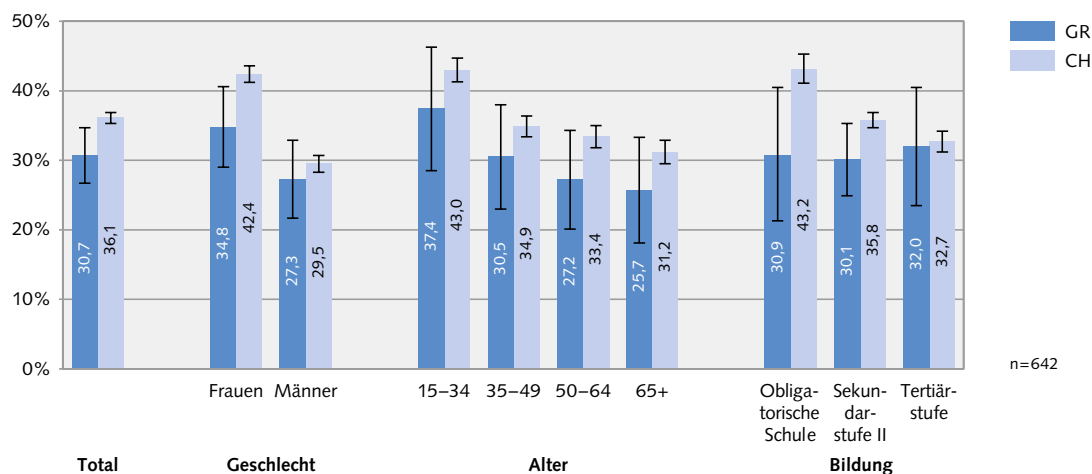


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Einsamkeitsgefühle, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012

Abb. 2.33



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Frauen (42,4%) haben in der Schweiz öfter Einsamkeitsgefühle als Männer (29,5%). Auch im Kanton Graubünden ist dieser Wert bei den Frauen höher als bei den Männern, der Geschlechterunterschied ist jedoch nicht signifikant. Hingegen ist der Anteil der Bündnerinnen mit 34,8% im Vergleich zu den Schweizerinnen signifikant tiefer. Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab 35 Jahren, nimmt der Anteil an Personen, die manchmal bis sehr häufig unter Einsamkeitsgefühlen leiden, in der Schweiz ab. Mit zunehmender Bildung sind die Anteile der Personen mit Einsamkeitsgefühlen in der Schweiz ebenfalls kleiner. Im Kanton Graubünden sind diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

die Unterschiede bezüglich Altersstrukturen von Bevölkerungen ausgeglichen und die Raten somit vergleichbar gemacht.²¹

Im Durchschnitt der Jahre 2008 bis 2012 beträgt die altersstandardisierte Mortalitätsrate im Kanton Graubünden 755 Todesfälle pro 100'000 Frauen und 1123 Todesfälle pro 100'000 Männer (Abb. 2.34). Die Schweizer Werte sind um rund 20 Todesfälle bei den Frauen und rund 30 Todesfälle bei den Männern pro 100'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner weniger häufig, die Unterschiede gegenüber der Schweiz sind jedoch nicht signifikant. Zwischen 1990 und 2012 haben die geschlechterspezifischen Mortalitätsraten im Kanton und in der Schweiz abgenommen. Bei den Männern ist dabei ein stärkerer Rückgang zu verzeichnen als bei den Frauen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich in diesem Zeitraum von rund 600 auf 400 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner reduziert.

2.7 Sterblichkeit und Todesursachen

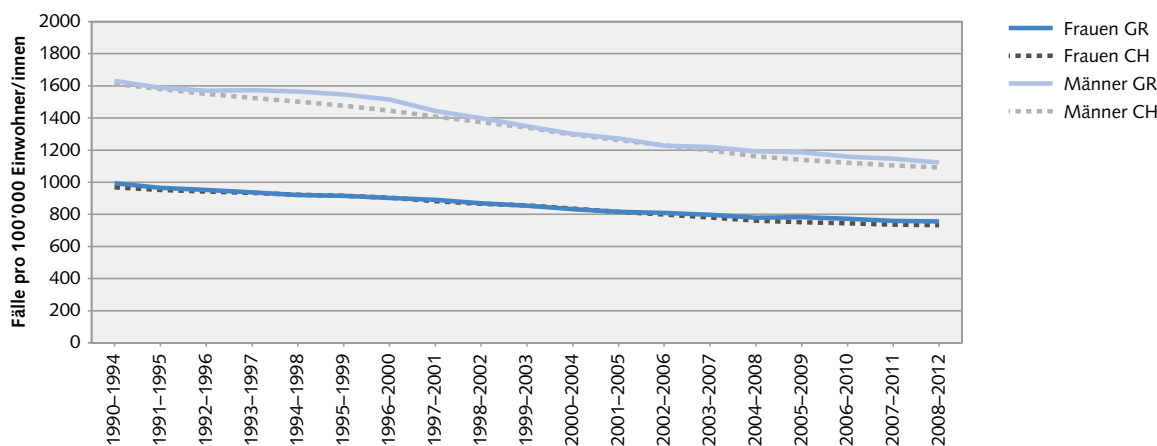
2.7.1 Mortalität und Todesursachen

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

²¹ Für die Standardisierung vgl. Fussnote 15.

Altersstandardisierte Mortalitätsrate, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitte 1990–2012

Abb. 2.34

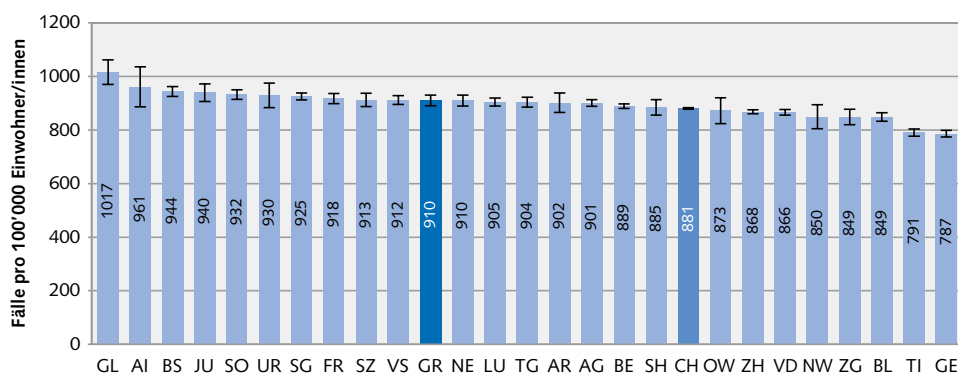


Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 1990–2012

© Obsan 2015

Altersstandardisierte Mortalitätsrate, Kantone und Schweiz, Fünfjahresdurchschnitt 2008–2012

Abb. 2.35



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2008–2012

© Obsan 2015

In der Schweiz existieren bezüglich Mortalitätsrate beträchtliche Unterschiede zwischen den Kantonen (Abb. 2.35). Die altersstandardisierte Mortalitätsrate der Bündner Bevölkerung ist im Durchschnitt der Jahre 2008 bis 2012 etwas höher (910 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner) als jene der Schweiz insgesamt (881 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die tiefsten Mortalitätsraten sind in den Kantonen Genf und Tessin anzutreffen. Diese beiden Kantone befinden sich diesbezüglich signifikant unter allen übrigen Schweizer Kantonen.

Tabelle 2.3 stellt die durchschnittliche Anzahl Fälle nach Todesursache dar und vergleicht den Kanton Graubünden mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate (SMR). Im Kanton Graubünden wurden zwischen 2008 und 2012 jährlich 1651 Todesfälle registriert. Die SMR ist hiermit um 3,4% höher als in der gesamten Schweiz (Unterschied signifikant).

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören im Kanton Graubünden mit einem Anteil von 37,7% bei den Frauen und 33,5% bei den Männern zu den häufigsten Todesursachen. Dies ist u.a. auf die Subkategorie der «übrigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen» zurückzuführen, welche für Bündner Frauen signifikant höher (+16,0%) ausfallen als für Schweizerinnen. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache mit 20,7% bei den Bündnerinnen und 27,7% bei den Bündnern. Bündner Frauen sind hier signifikant seltener (-10,3%) von «übrigen Krebskrankheiten» betroffen als Schweizer Frauen. Auffallend ist zudem die überdurchschnittliche Mortalitätsrate im Kanton bei den Krankheiten des Atmungssystems: Sowohl Bündnerinnen (+30,6%) wie auch Bündner (+38,5%) weisen diesbezüglich eine deutlich höhere SMR als im Schweizer Durchschnitt aus (Unterschied signifikant).

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

	Total				Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil in %	SMR ^a (CH=100)	Signifikanz ^b	Jährlicher Durchschnitt	Anteil in %	SMR ^a (CH=100)	Signifikanz ^b	Jährlicher Durchschnitt	Anteil in %	SMR ^a (CH=100)	Signifikanz ^b
Infektiöse Krankheiten	21,2	1,3	113,5		10,8	1,3	–		10,4	1,3	–	
Krebskrankheiten (bösartige Neubildungen)	398,4	24,1	96,3		174,8	20,7	95,1		223,6	27,7	96,6	
Kolon, Rektum	45,4	2,7	105,7		20,8	2,5	109,1		24,6	3,1	100,9	
Lunge, Bronchien, Trachea	81,2	4,9	102,8		25,0	3,0	92,3		56,2	7,0	107,4	
Brust	37,6	2,3	105,7		37,4	4,4	105,2		–	–	–	
Prostata	30,0	1,8	90,0		–	–	–		30,0	3,7	89,5	
übrige Krebskrankheiten	204,2	12,4	91,6	*	91,6	10,8	89,7	*	112,6	14,0	93,5	
Diabetes mellitus	27,4	1,7	149,2	*	16,0	1,9	–		11,4	1,4	–	
Demenz	117,6	7,1	91,5		84,2	10,0	95,1		33,4	4,1	88,0	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	589,0	35,7	105,8	*	318,6	37,7	105,3		270,4	33,5	105,2	
Ischämische Herzkrankheiten	213,4	12,9	100,3		91,4	10,8	91,8		122,0	15,1	105,3	
Zerebrovaskuläre Krankheiten	93,6	5,7	97,2		58,0	6,9	101,7		35,6	4,4	93,9	
übrige Herz-Kreislauf-Krankheiten	282,0	17,1	113,7	*	169,2	20,0	116,0	*	112,8	14,0	109,3	
Krankheiten des Atmungssystems	133,2	8,1	135,9	*	60,0	7,1	130,6	*	73,2	9,1	138,5	*
Alkoholische Leberkrankheiten	12,6	0,8	–		4,4	0,5	–		8,2	1,0	–	
Unfälle und Gewalteinwirkungen	103,4	6,3	103,2		39,4	4,7	95,5		64,0	7,9	107,3	
Suizide	4,4	0,3	–		1,6	0,2	–		2,8	0,3	–	
übrige Unfälle und Gewalteinwirkungen	99,0	6,0	109,3		37,8	4,5	105,7		61,2	7,6	110,0	
übrige Todesursachen	248,6	15,1	99,5		137,2	16,2	102,3		111,4	13,8	94,9	
Total	1651,4	100,0	103,4	*	845,4	100,0	103,1		806,0	100,0	102,9	

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

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

Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2008–2012

© Obsan 2015

2.7.2 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Das Konzept der verlorenen potenziellen Lebensjahre schätzt die durchschnittliche Zeit, die eine Person erlebt hätte, wäre sie nicht «vorzeitig», d.h. vor einer festgelegten Altersgrenze, gestorben. Diese Berechnung wird verwendet, um den sozialen und ökonomischen Verlust vorzeitiger Todesfälle zu quantifizieren (Gardner & Sanborn, 1990). Konkret wird in diesem Abschnitt die Summe der Jahre von allen Individuen in der Bevölkerung berechnet, welche vor dem 75. Lebensjahr verstorben sind. Die Jahre werden altersstandardisiert gemäss der unter 75-jährigen europäischen Standardpopulation 2010 angegeben (Eurostat, 2013, vgl. Fussnote 15).

Die verlorenen potenziellen Lebensjahre bis zur Altersgrenze von 75 Jahren betragen 2012 im Kanton Graubünden 3582 Jahre pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (Abb. 2.36). Im Vergleich mit dem Schweizer Durchschnitt (3373 Jahre pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner) sind damit rund 200 potenziell verlorene Lebensjahre mehr zu verzeichnen. Die Kantone Appenzell Innerrhoden und Basel Stadt mit deutlich über 4000 Jahren pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner weisen im kantonalen Vergleich die höchsten und die Kantone Nidwalden und Zug mit deutlich weniger als 3000 Jahren pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner die tiefsten Raten aus.

2.8 Zusammenfassung

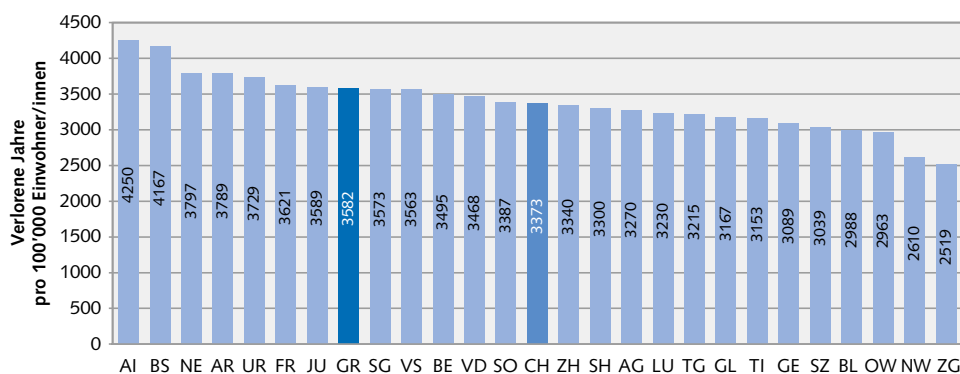
Im vorliegenden Kapitel werden verschiedene Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie diverse Gesundheitsressourcen, welche Aufschluss über den Gesundheitszustand der Bündner Bevölkerung geben, präsentiert. Die Lebenserwartung bei Geburt liefert umfassende Hinweise zur allgemeinen Gesundheit einer Bevölkerung und liegt im Kanton Graubünden mit 84,3 Jahren bei den Frauen und 79,9 Jahren bei den Männern in etwa beim Schweizer Durchschnitt. Die kantonal und national tiefere Lebenserwartung der Männer hat sich über die letzten Jahrzehnte derjenigen der Frauen angenähert, was unter anderem auf eine Angleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zwischen den Geschlechtern zurückgeführt werden kann.

Rund neun von zehn Bündnerinnen und Bündnern (86,1%) schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Das Alter hängt erwartungsgemäss mit der selbst wahrgenommenen Gesundheit zusammen. So berichten die 15- bis 34-Jährigen im Kanton Graubünden mit 97,3% deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als die 65-Jährigen und Älteren (67,6%). Die selbst wahrgenommene Gesundheit wird zudem massgeblich durch körperliche Beschwerden und psychische Belastungen sowie durch Gesundheitsressourcen wie Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung beeinflusst.

Rund ein Drittel (30,0%) der Bündner Bevölkerung hat ein lang andauerndes Gesundheitsproblem, was wiederum ungefähr dem Wert im Schweizer Mittel (31,9%) entspricht. Die häufigsten starken körperlichen Beschwerden im Kanton Graubünden sind Rücken- oder Kreuzschmerzen (8,3%), Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen (6,7%) sowie allgemeine Schwäche/Müdigkeit (6,4%).

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

Abb. 2.36



Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen 2012

© Obsan 2015

In der Schweiz ist zwischen 2002 und 2012 eine Zunahme der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes zu verzeichnen. Im Kanton Graubünden ist eine solche Zunahme seit 2002 nicht ersichtlich bzw. aufgrund kleinerer Fallzahlen nicht eindeutig. Bei der Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten weist der Kanton Graubünden im Vergleich zur Gesamtschweiz tiefere Raten bezüglich akutem Myokardinfarkt und Hirnschlag sowie eine höhere Rate bei Herzinsuffizienz aus.

Insgesamt berichten 26,5% der Bündner Bevölkerung über eine chronische Erkrankung und 10,9% sind von mindestens zwei solchen Krankheiten (Multimorbidität) betroffen. Im Jahr vor der Befragung haben 16,0% der Bündnerinnen (Schweizerinnen: 15,1%) und 22,2% der Bündner (Schweizer: 22,7%) einen Unfall erlitten. Damit verunfallen Männer häufiger als Frauen, vor allem bei der Arbeit und im Sport (Unterschiede nur auf nationaler Ebene signifikant). Bei den 65-Jährigen und Älteren sind schliesslich oft Stürze zu verzeichnen: Rund ein Viertel der Befragten in dieser Altersgruppe – im Kanton und auch national – erwähnen mindestens einen Sturz im Jahr vor der Befragung.

Neben der körperlichen Gesundheit wird im vorliegenden Kapitel auch die psychische Gesundheit der Bevölkerung analysiert. Bündnerinnen und Bündner berichten öfter über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als im Schweizer Durchschnitt (GR: 67,0%; CH: 59,5%) und sie fühlen sich seltener psychisch belastet (GR: 13,8%; CH: 18,0%). Von mittleren bis schweren Depressionssymptomen sind 4,4% der Bündner im Vergleich zu 6,5% der Schweizer Bevölkerung betroffen (Unterschied nicht signifikant). Unterschiede gegenüber der Schweiz sind ebenfalls bezüglich Gesundheitsressourcen festzustellen: So ist der Anteil Personen im Kanton Graubünden mit tiefer Kontrollüberzeugung (14,1%) und Einsamkeitsgefühlen (30,7%) niedriger als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (20,6% bzw. 36,1%).

Zwischen 1990 und 2012 haben die altersstandardisierten Mortalitätsraten im Kanton Graubünden und in der Schweiz abgenommen. Sowohl Bündnerinnen (755 Todesfälle pro 100'000 Frauen) wie auch Bündner (1123 Todesfälle pro 100'000 Männer) weisen im Durchschnitt der Jahre 2008 bis 2012 ähnlich hohe Sterberaten wie in der gesamten Schweiz aus. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den Mortalitätsraten hat sich über einen Zeitraum von rund 20 Jahren – parallel zur Lebenserwartung – deutlich reduziert. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören dabei mit einem Anteil von 37,7% bei den Frauen und 33,5% bei den Männern zu

den häufigsten Todesursachen im Kanton Graubünden. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache mit einem Anteil von 20,7% bei den Bündnerinnen und 27,7% bei den Bündnern. Im Vergleich zur Schweiz fallen im Kanton Graubünden insbesondere die signifikant höheren Sterbefälle aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

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

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

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

Da Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes bereits in Abschnitt 2.4.2 behandelt wurden, konzentriert sich das vorliegende Kapitel auf die verhaltensbedingten gesundheitlichen Risikofaktoren. Zu Beginn des Kapitels werden die allgemeinen Gesundheitseinstellungen der Bündner Bevölkerung untersucht.

Anschliessend folgt ein Abschnitt zu den Ernährungsgewohnheiten und dem Ausmass körperlicher Aktivität der Bündnerinnen und Bündner. Besteht ein Ungleichgewicht zwischen der Energie, die durch Nahrung aufgenommen wird und der verbrauchten Energie, können Übergewicht und Adipositas die Folge sein. Die Betroffenheit der Bündner Bevölkerung hiervon kann in der SGB mittels Body-Mass-Index (BMI; Verhältnis von Körpergrösse zu Körpergewicht) dargestellt werden.

Weiter wird der Konsum psychoaktiver Substanzen behandelt, d.h. Substanzen, deren Konsum eine Bewusstseinsänderung herbeiführen kann und die ein Suchtpotenzial beinhalten. Der Tabakkonsum der Bündner Bevölkerung wird dazu als erstes beschrieben. Darunter fällt auch das «Passivrauchen», also die Inhalation von Tabakrauch durch Nichtraucherinnen und Nichtraucher. Danach wird das Ausmass des Alkoholkonsums der Bündnerinnen und Bündner präsentiert. Auf den Cannabiskonsum, der ebenfalls gesundheitsschädigende Effekte haben kann, wird auch kurz eingegangen. Schliesslich wird der Medikamentenkonsum im Kanton beschrieben, welcher ebenfalls ein hohes Suchtpotenzial beinhaltet und zu unerwünschten Nebenwirkungen führen kann.

3.1 Gesundheitseinstellungen

Das Interesse der Menschen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit gibt wertvolle Informationen über die Bedeutung, die sie diesem Aspekt ihres Lebens beimessen. Im Gegensatz zur SGB 2007, welche eine Reihe von Fragen zu Wissen und Kompetenzen im Bereich der Gesundheit enthielt, behandelt die SGB 2012 diese Thematik nicht mehr. Die Bedeutung, die jemand seiner eigenen Gesundheit beimisst, kann als indirekter Indikator für die Gesundheitskompetenz dieser Person angesehen werden (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Personen mit Interesse am Thema «Gesundheit» befolgen demnach auch eher gesundheitsfördernde Ratschläge. Es kann aber auch sein, dass manche Menschen am

Thema mehr interessiert sind, da ihre Gesundheit bereits angeschlagen ist. Ein Teil der Bevölkerung zeigt ausserdem kein oder nur wenig Interesse, weil andere Themen als wichtiger eingestuft werden (Wohnsituation, Arbeitssituation, verfügbare finanzielle Mittel etc.).

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

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

Im Kanton Graubünden sind 12,9% der Befragten «unbekümmert», 70,0% «beachtend» und 17,2% «orientiert» bezüglich der eigenen Gesundheit (vgl. Anhang A-3.1). Diese Anteile entsprechen in etwa dem Schweizer Durchschnitt («unbekümmert» 14,4%, «beachtend» 67,0% und «orientiert» 18,6%). Zwischen 1992 und 2012 sind diesbezüglich im Kanton keine grossen Veränderungen festzustellen. In der Schweiz ist lediglich eine leichte Zunahme von Personen mit unbekümmerter (von 12,8% auf 14,4%) auf Kosten derer mit orientierter Gesundheitseinstellung (von 21,2% auf 18,6%) zu verzeichnen.

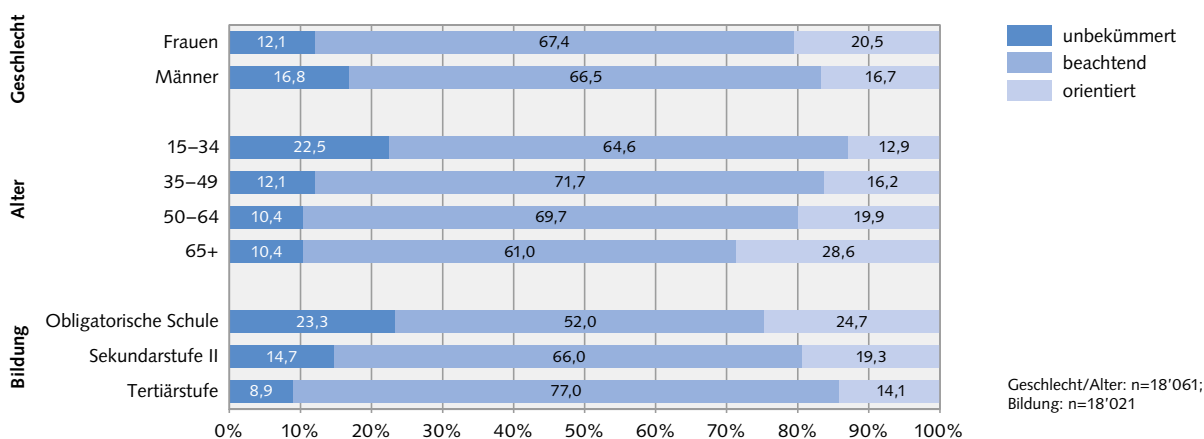
Frauen achten häufiger auf ihre Gesundheit als Männer

Die Gesundheitseinstellungen variieren nach Geschlecht, Alter und Bildung (Abb. 3.1). Die Ergebnisse werden im Folgenden nur für die gesamte Schweiz gezeigt, da die Unterschiede auf kantonaler Ebene kaum signifikant sind, jedoch in die gleiche Richtung weisen wie im Schweizer Durchschnitt.

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

Ein deutlicher sozialer Gradient bezüglich Gesundheitseinstellungen lässt sich bei der Betrachtung nach Bildungsniveau feststellen: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind hinsichtlich ihrer Gesundheit häufiger unbekümmert (23,3%) als Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II (14,7%). Diese sind ihrerseits wiederum häufiger unbekümmert als Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (8,9%). Gleichzeitig berichten bei der Gesundheitseinstellung «orientiert» Personen ohne nachobligatorische Schulbildung am häufigsten, dass gesundheitliche Überlegungen ihr Leben bestimmen (24,7%). Dieses scheinbar widersprüchliche

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



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass die Kategorie «ohne obligatorische Schule» viele 15- bis 34-jährige Personen beinhaltet, die ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben. Enthalten sind aber auch einige 65-jährige und ältere Personen, davon insbesondere Frauen, welche ein tiefes Bildungsniveau aufweisen. Die im Vergleich zu den höheren Bildungsstufen relativ grossen Anteile unbekümmerter und orientierter Personen kommt folglich aufgrund einer Überzahl jüngerer und älterer Personen und gleichzeitiger Unterzahl von Personen im mittleren Alter in dieser Bildungskategorie zustande.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen gehen mit einer unbekümmerten Gesundheitseinstellung einher

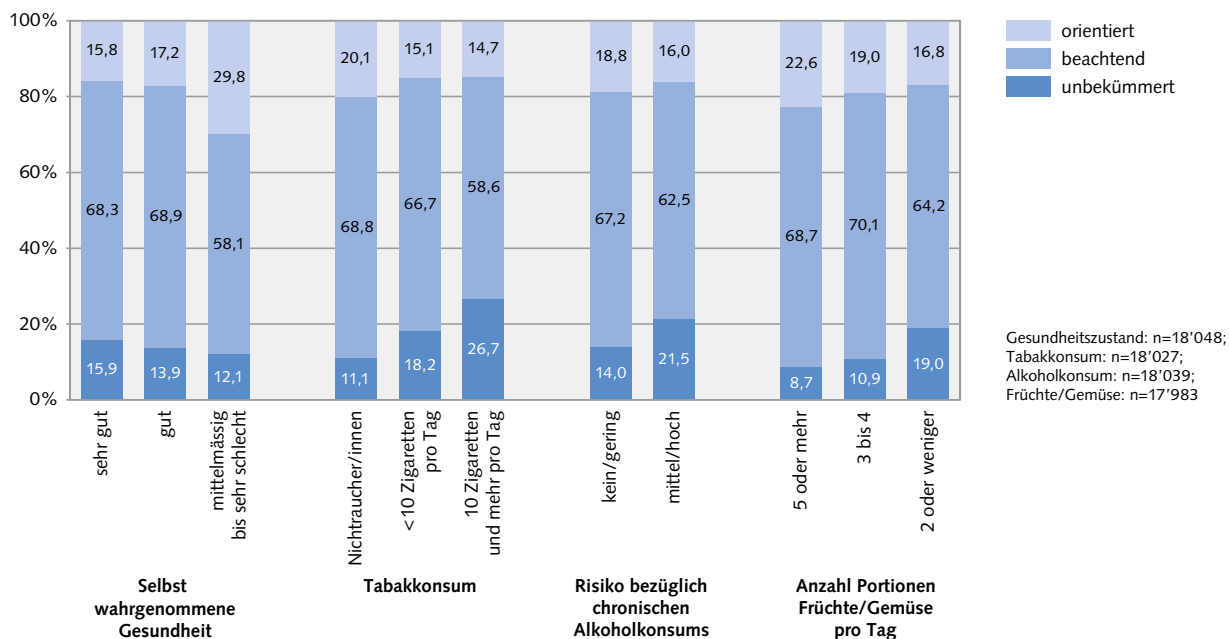
Der Gesundheitszustand und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen hängen mit der Gesundheitseinstellung zusammen (Abb. 3.2). Personen, welche ihre Gesundheit als «mittelmässig bis sehr schlecht» einschätzen, geben seltener eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung an (12,1%) als Personen, die einen sehr guten Gesundheitszustand ausweisen (15,9%). Befragte mit ungünstigem Gesundheitsverhalten zeigen sich auch häufiger «unbekümmert» bezüglich ihrer Gesundheit. Dies gilt insbesondere für den Tabakkonsum: Raucherinnen und Raucher, die 10 Zigaretten und mehr pro Tag konsumieren,

sind bezüglich ihrer Gesundheit deutlich unbekümmerter (26,7%) als Nichtraucherinnen und Nichtraucher (11,1%). Mässige Raucherinnen und Raucher (weniger als 10 Zigaretten pro Tag) nehmen mit einem Anteil von 18,2% an «Unbekümmerten» eine mittlere Position ein.

Weiter sorgen sich 21,5% der Befragten mit einem mittleren bis hohen Risiko bezüglich eines chronischen Alkoholkonsums nicht um ihre Gesundheit. Im Vergleich dazu sind es nur 14,0% der Befragten, die lediglich ein minimales oder gar kein Risiko im Zusammenhang mit einem chronischen Alkoholkonsum haben. Schliesslich geben Personen, welche fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag essen nur selten eine unbekümmerte Gesundheitseinstellung an (8,7%), während dieser Anteil bei den Befragten, die lediglich zwei Portionen oder noch weniger pro Tag konsumieren, auf 19,0% ansteigt. Wie erwähnt gehen die Resultate für den Kanton Graubünden in die gleiche Richtung wie die hier gezeigten Schweizer Durchschnittswerte, sind in der Regel aber statistisch nicht signifikant.

Gesundheitseinstellung, nach Gesundheitszustand und gesundheitlichen Verhaltensweisen, Schweiz, 2012

Abb. 3.2



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

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

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

3.2.1 Übergewicht

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

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

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

Der Body Mass Index (BMI), welcher zur Bewertung des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergrösse benutzt wird (vgl. Kasten), wird bei Bevölkerungsstudien häufig verwendet. Sein Vorteil ist die einfache und schnelle Berechnung des Verhältnisses von Gewicht und Grösse. Von Nachteil ist jedoch, dass der BMI keine Information zur Körperzusammensetzung wie beispielsweise den Anteil Körperfett oder Muskeln beinhaltet. Es kann jedoch nachgewiesen werden, dass der BMI mit dem Körperfettanteil, der Morbidität und der Mortalität korreliert ist und dass sich künftige Gesundheitsrisiken übergewichtiger Menschen damit vorhersagen lassen (Malatesta, 2013). In der Schweiz zeigen Vergleiche von Selbstangaben aus Befragungen mit objektiven Messdaten eine deutliche Unterschätzung von Übergewicht; dies ist insbesondere bei älteren Menschen der Fall. Allerdings sind selbst berichtete Daten insofern zuverlässig, als dass sie die Zunahme von Übergewicht in einer Bevölkerung im Zeitverlauf zeigen und die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu identifizieren vermögen (Faeh et al., 2008).

Der **Body Mass Index (BMI)** ist wie folgt definiert:

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m}^2)$$
 Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000) gilt für 18-jährige und ältere Personen:

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

Die Verwendung des BMI erlaubt zudem soziodemografische, zeitliche und geografische Vergleiche. Das mit dem BMI gemessene Übergewicht kommt in allen Gesellschaftsklassen vor, es gibt jedoch klare Unterschiede. In der Schweiz stellt der Datensatz zu den Stellungspflichtigen für den Militärdienst eine wertvolle Informationsquelle dar, in der seit 1875 rund 90% der Schweizer Männer eines Geburtsjahres untersucht werden. Es zeigt sich, dass im Jahr 2012 in der Gruppe der 19-Jährigen gut ein Viertel (25,5%) einen BMI von über 25 haben; dies entspricht einer Zunahme um 8,0 Prozentpunkte gegenüber 2004 (Radoslaw et al., 2013). Stellungspflichtige mit niedrigem Berufsstatus sind 2012 bei hohen BMI-Werten übervertreten. Das Gegenteil war noch in den Jahren 1875 bis 1879 beobachtet worden (Staub et al., 2010). Eine Analyse der SGB-Daten seit 1992 zeigt ausserdem, dass Übergewicht und Adipositas mit einem niedrigen

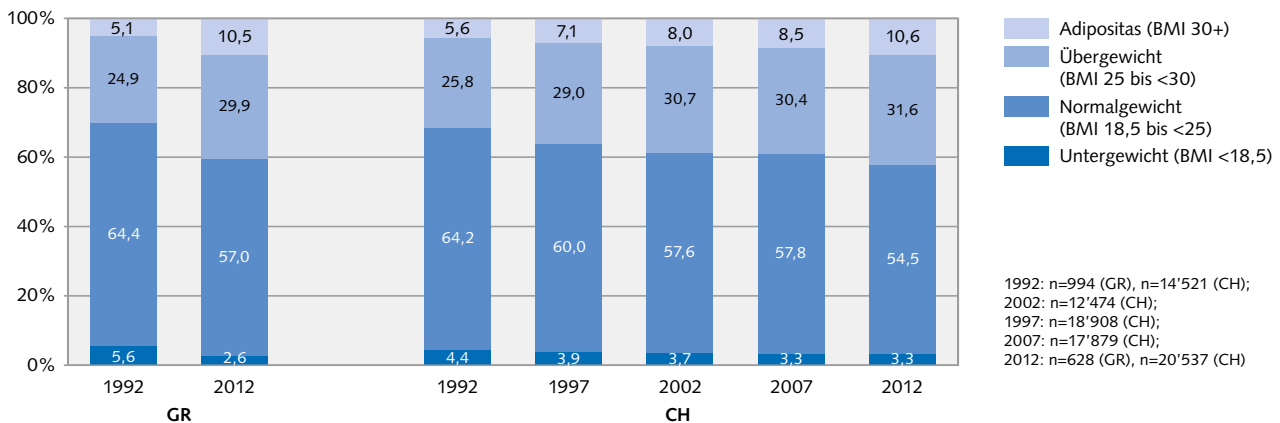
Bildungsniveau zusammenhängen und dass die beobachtete Zunahme zwischen 1992 und 2007 bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau am grössten ist (Marques-Vidal et al., 2010).

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

Abbildung 3.3 zeigt, dass erhebliche Teile der Bevölkerung des Kantons Graubünden und der Schweiz von Übergewicht betroffen sind. Im Jahr 2012 sind 29,9% der 18-jährigen und älteren Bündnerinnen und Bündner übergewichtig und 10,5% sind adipös. Gesamtschweizerisch haben 31,6% der Befragten ein Übergewicht und 10,6% Adipositas. Die Anteile im Kanton Graubünden unterscheiden sich nicht signifikant vom Schweizer Mittel (vgl. Anhang A-3.2).

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

Abb. 3.3

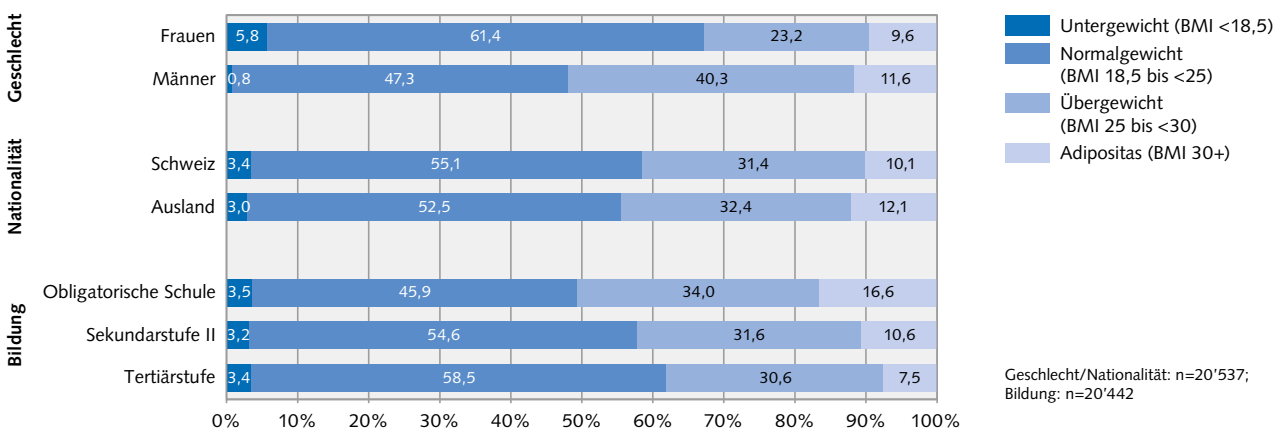


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.4



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Zwischen 1992 und 2012 hat sich gemäss SGB der Anteil Übergewichtiger in der Schweiz von 25,8% auf 31,6% erhöht, jener der Adipösen von 5,6% auf 10,6%. Auch im Kanton Graubünden ist zwischen 1992 und 2012 die gleiche Entwicklung festzustellen, wobei nur die Zunahme des Anteils adipöser Personen statistisch signifikant ist.

Das Risiko für Adipositas ist bei Personen mit einem Tertiärabschluss rund zwei Mal niedriger als bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung

Abbildung 3.4 zeigt den BMI auf Ebene Schweiz nach Geschlecht, Nationalität und Bildungsniveau. Die analogen, aber statistisch weniger aussagekräftigen Daten für den Kanton Graubünden finden sich im Anhang A-3.2. Schweizerinnen (32,8%) sind seltener von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen als Schweizer (51,9%). Hingegen weisen Schweizer Frauen deutlich häufiger Untergewicht (5,8%) auf als Schweizer Männer (0,8%). Diese Geschlechterunterschiede sind auch im Kanton Graubünden festzustellen: 29,0% der Bündner Frauen und 49,9% der Bündner Männer berichten von Übergewicht (inkl. Adipositas) und 5,3% der Bündnerinnen und 0,3% der Bündner sind von Untergewicht betroffen.

Auf nationalem Niveau sind etwas mehr Ausländerinnen und Ausländer (12,1%) als Schweizerinnen und Schweizer (10,1%) adipös. Bezüglich Übergewicht ist hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen der ausländischen und der schweizerischen Bevölkerung zu erkennen. Mit Blick auf das Bildungsniveau ist ausserdem ein soziales Gefälle zu beobachten: Personen ohne

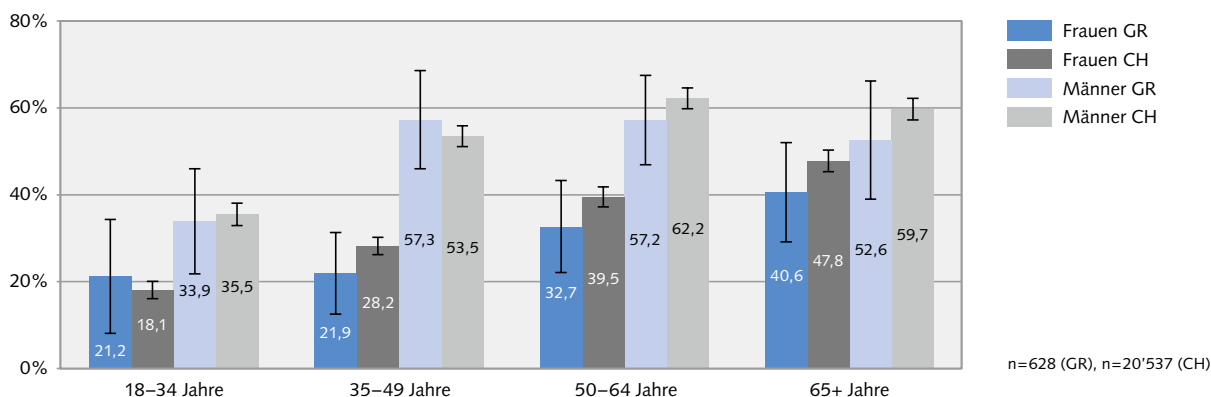
nachobligatorische Schulbildung sind häufiger von Adipositas betroffen (16,6%) als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (10,6%) oder auf Tertiärstufe (7,5%).

Der Anteil übergewichtiger Frauen (inkl. Adipositas) nimmt sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Schweiz mit dem Alter zu (Abb. 3.5). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen sind jedoch nur auf Ebene der gesamten Schweiz statistisch signifikant. Bei den Männern erhöht sich dieser Anteil sprunghaft in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen. Rund jeder zweite Mann im Kanton Graubünden ist ab dieser Altersgrenze von Übergewicht betroffen.

Die Geschlechterunterschiede zeigen sich in der Schweiz über alle Altersgruppen hinweg, wobei diese in den tiefen und mittleren Altersgruppen ausgeprägter sind als bei Personen ab 65 Jahren. Im Kanton Graubünden sind signifikante Geschlechterunterschiede nur in den mittleren Altersgruppen (35–49 und 50–64 Jahre) festzustellen.

Übergewichtige Personen sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als Normalgewichtige. Es können bezüglich Zufriedenheit jedoch deutliche Geschlechterunterschiede beobachtet werden (Abb. 3.6). Über die Hälfte der übergewichtigen Bündnerinnen, aber «nur» jeder Fünfte übergewichtige Bündner sind mit ihrem Körpergewicht unzufrieden. Auch bei Personen mit Unter- oder Normalgewicht sind mit 11,2% mehr Frauen als Männer (2,7%) bezüglich des eigenen Gewichts nicht zufrieden. Ein Geschlechterunterschied zeigt sich schliesslich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen zwölf Monaten eine Diät gemacht habe: 9,5% der Bündnerinnen und 5,9% der Bündner bejahen dies (Daten hier nicht dargestellt).

Übergewicht (inkl. Adipositas), nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (18-jährige und ältere Personen) Abb. 3.5

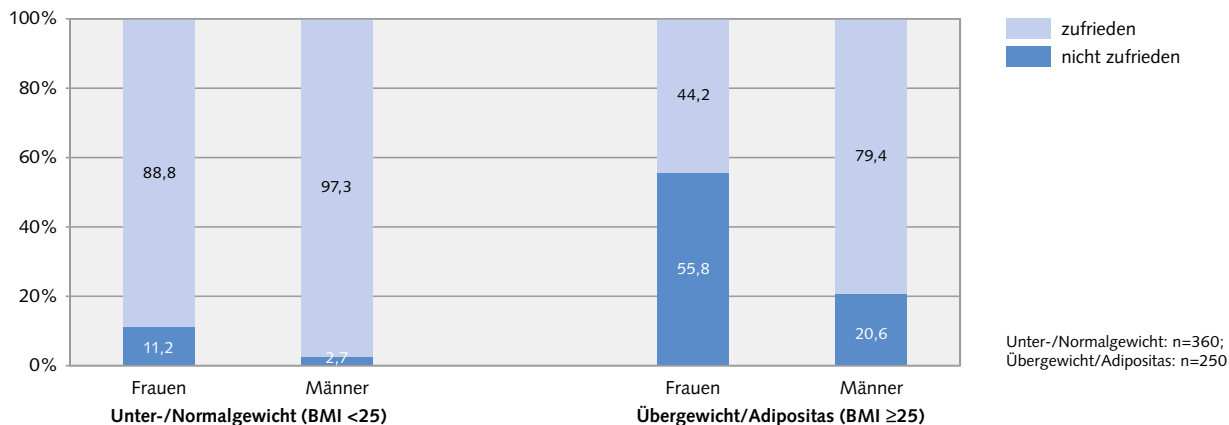


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.6



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme

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

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

Früchte und Gemüse sind die Grundlage für eine gesunde Ernährung. Sie stimulieren die Verdauung und enthalten eine große Anzahl von Nährstoffen, dies bei gleichzeitig niedriger Kalorienzufuhr. Untersuchungen haben die Bedeutung von Früchten und Gemüse in der Prävention von Krebserkrankungen und von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachgewiesen (IARC, 2003). Es wird empfohlen, täglich fünf Portionen Früchte bzw.

Fruchtsäfte und/oder Gemüse bzw. Gemüsesäfte in verschiedenen Farben zu konsumieren.²² Eine Portion entspricht dabei ungefähr 120 Gramm bzw. 2 dl.

Milch oder Milchprodukte sollten mehrmals täglich eingenommen werden.²³ Die Empfehlung gilt als erfüllt, wenn Personen an mindestens sechs Tagen pro Woche Milch oder Milchprodukte konsumieren. Milchprodukte enthalten wichtige Nährstoffe, vor allem Kalzium, das für die Knochenbildung benötigt wird. Die Kalziumzufuhr kann ebenfalls mit Trockenobst und einigen Mineralwässern gesichert werden. Eine kalziumarme Ernährung gilt als einer der Risikofaktoren für Osteoporose.

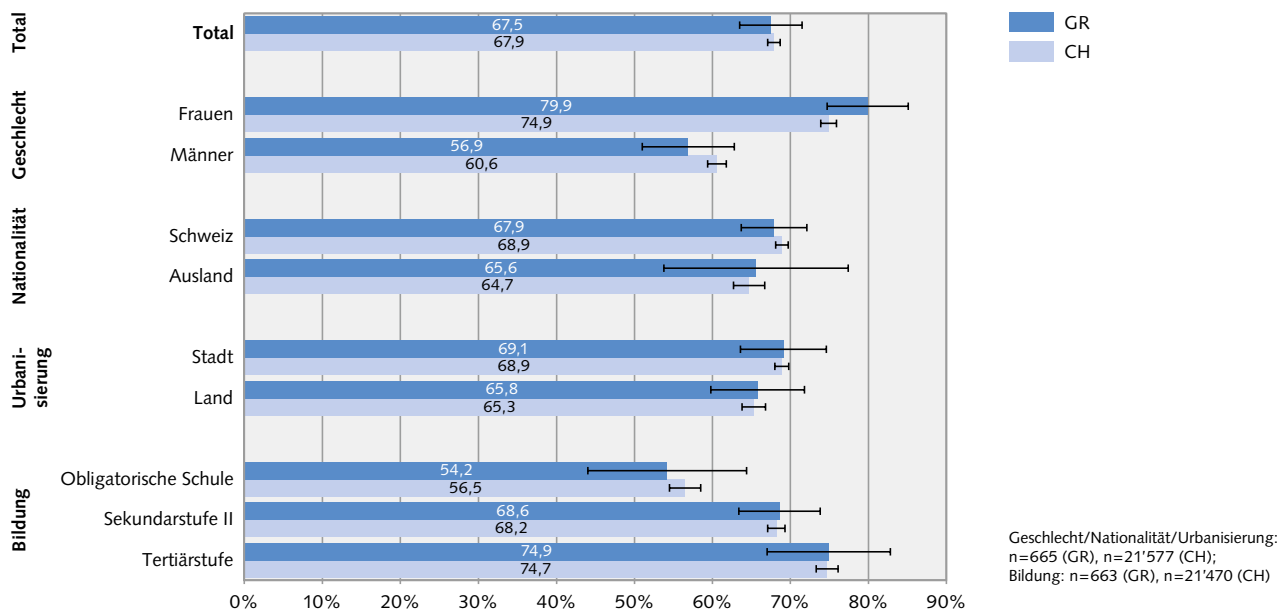
Eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung beinhaltet den Konsum von proteinhaltigen Lebensmitteln. Fleisch enthält Nährstoffe wie Proteine und Vitamine, aber auch tierische Fette, die ungesund und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich sein können. Deshalb sollte mageres Fleisch fettreichem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

²² In der SGB 2012 gilt die Empfehlung als erfüllt, wenn an mindestens fünf Tagen in der Woche fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse gegessen wird.

²³ Im Bericht werden zur Vereinfachung lediglich Personen berücksichtigt, die mindestens einmal pro Tag Milchprodukte konsumieren.

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

Abb. 3.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

und Mineralstoffe. Um die Proteinquellen zu variieren, wird empfohlen, mindestens einmal pro Woche Fisch zu essen.

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

Männer achten weniger auf die Ernährung als Frauen

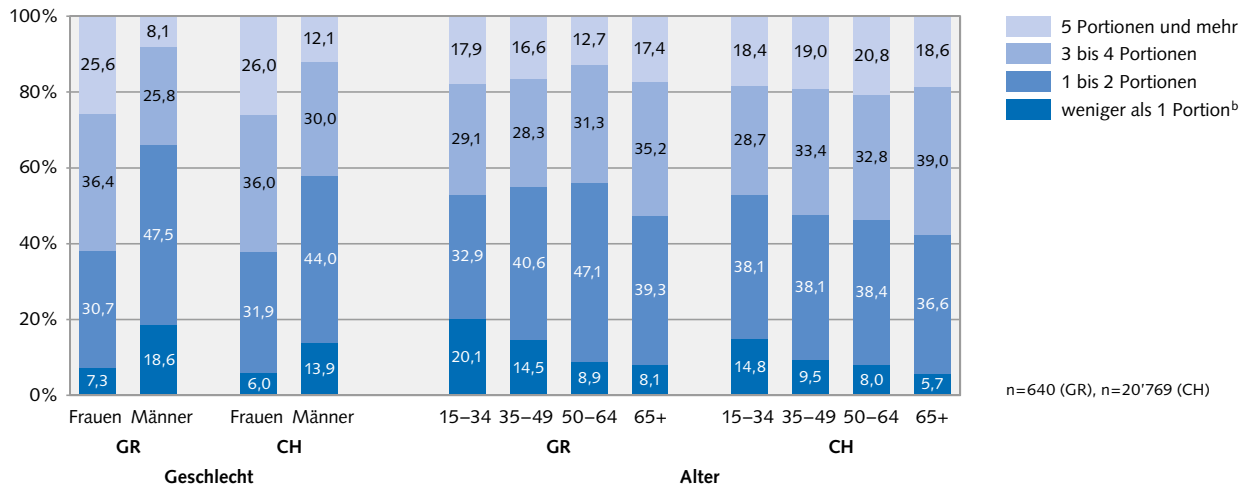
Rund zwei von drei Personen geben im Kanton Graubünden (67,5%) und in der Schweiz (67,9%) an, auf die Ernährung zu achten (Abb. 3.7). Mehr Frauen als Männer achten dabei auf die Ernährung. Das Ernährungsbewusstsein der Bündnerinnen ist mit einem Anteil von 79,9% deutlich höher als bei den Bündnern (56,9%). Ähnlich sieht es in der Gesamtschweiz aus, wobei der Geschlechterunterschied etwas kleiner ausfällt (Frauen: 74,9%; Männer: 60,6%).

Für das Total der Schweiz lassen sich zudem signifikante Unterschiede bezüglich Nationalität sowie Urbanisierungsgrad feststellen: Ausländerinnen und Ausländer (64,7%) sowie Personen aus ländlichen Regionen (65,3%) achten seltener auf ihre Ernährung als Schweizerinnen und Schweizer (68,9%) sowie Personen aus städtischen Gebieten (68,9%). Schliesslich ist das Ernährungsbewusstsein bei höherem Bildungsstand ausgeprägter. Sowohl im Kanton Graubünden als auch in der gesamten Schweiz achten Personen mit einem Tertiärabschluss deutlich öfter auf die Ernährung im Vergleich zu Personen ohne einen nachobligatorischen Schulabschluss.

Die Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen, wird von 16,1% der Bündner Bevölkerung befolgt; dieser Wert liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt von 19,2%. Der Unterschied ist statistisch jedoch nicht signifikant (vgl. Anhang A-3.3). Jede vierte Bündnerin (25,6%) hält die Empfehlung «5 am Tag» ein, bei den Männern sind es dreimal weniger Personen (8,1%). Frauen befolgen diese Ernährungsempfehlung somit deutlich häufiger als Männer (Abb. 3.8). Im Gegenzug geben Männer im Kanton Graubünden häufiger an, nicht einmal eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu essen.

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

Abb. 3.8



^a Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» gilt als erfüllt, wenn die befragte Person an mindestens fünf Tagen pro Woche fünf oder mehr Portionen Früchte/Gemüse täglich zu sich nimmt.

^b Weniger als eine Portion bedeutet einen Früchte- oder Gemüsekonsum an weniger als fünf Tagen die Woche.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

	6-7 Tage pro Woche		4-5 Tage pro Woche		1-3 Tage pro Woche		seltener/nie	
	GR	CH	GR	CH	GR	CH	GR	CH
Fleisch und Wurstwaren	24,4	23,9	35,0	32,2	36,6	40,1	4,0	3,8
Fisch	0,1	0,3	1,6	1,5	55,0*	63,4	43,2*	34,7
Milch und Milchprodukte	69,8*	64,8	11,0	12,5	16,3	19,0	2,9	3,7

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

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Ältere Personen nehmen mehr Früchte/Gemüse zu sich als jüngere Personen

Mit steigendem Alter sinkt der Anteil Personen, welche weniger als eine Portion Früchte und/oder Gemüse pro Tag essen. Dafür nimmt der Anteil Personen zu, die täglich drei bis vier Portionen zu sich nehmen. Ältere konsumieren folglich mehr Früchte bzw. Gemüse als jüngere Menschen. In der Schweiz und im Kanton Graubünden ist diesbezüglich ein ähnliches Bild zu erkennen, wobei im Kanton die Unterschiede zwischen den Altersgruppen aufgrund kleiner Fallzahlen nicht signifikant sind.

Weniger Fisch, aber mehr Milchprodukte im Kanton Graubünden

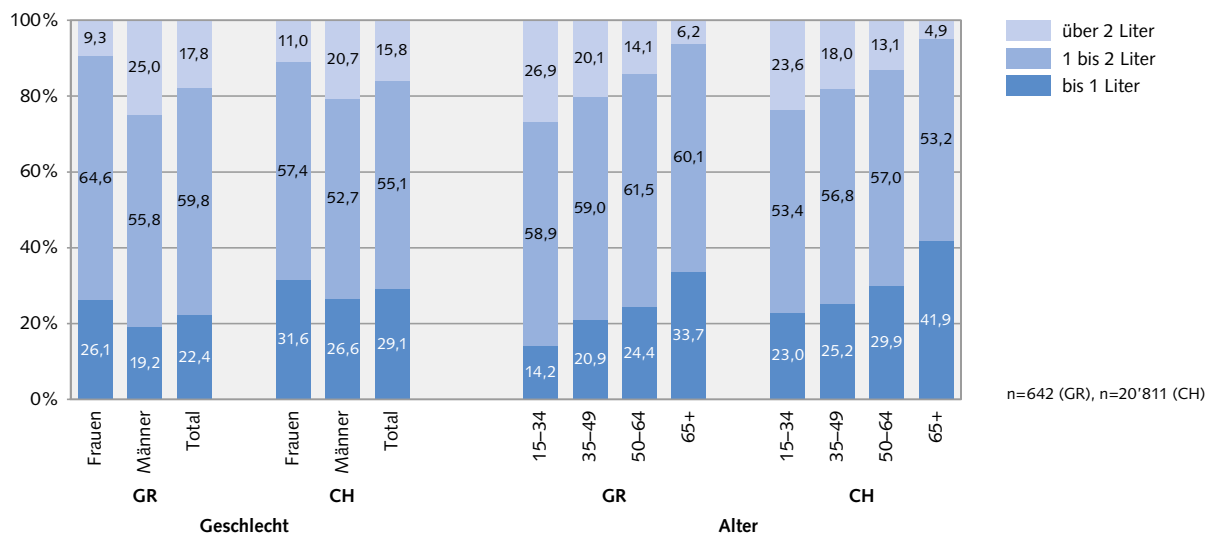
Tabelle 3.1 zeigt den Konsum von Fleisch/Wurstwaren, von Fisch sowie von Milchprodukten im Kanton Graubünden und in der Schweiz. Der Fleischkonsum

im Kanton Graubünden entspricht in etwa dem Durchschnitt der gesamten Schweiz. Rund jede vierte Person konsumiert an sechs bis sieben Tagen pro Woche Fleisch oder Wurstwaren (Graubünden: 24,4%; Schweiz: 23,9%). Nur 4,0% der Bündner Bevölkerung isst seltener als einmal pro Woche oder nie Fleisch bzw. Wurstwaren (Schweiz: 3,8%). In den letzten 20 Jahren ist ein deutlicher Rückgang des Fleischkonsums zu verzeichnen: Der Anteil Personen mit häufigem Konsum (an 6-7 Tagen pro Woche) hat sich im Kanton Graubünden von 33,5% im Jahr 1992 auf 24,4% im Jahr 2012 reduziert (Daten nicht dargestellt).

Fisch ist eine gute Alternative zu Fleisch, wird im Kanton Graubünden im Vergleich zur Gesamtschweiz aber seltener gegessen: 43,2% der Bündnerinnen und Bündner essen überhaupt keinen Fisch oder konsumieren ihn seltener als einmal pro Woche. In der Schweiz liegt dieser Anteil mit 34,7% deutlich tiefer. Hingegen essen

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

Abb. 3.9



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Schweizerinnen und Schweizer (63,4%) öfter ein- bis dreimal Fisch pro Woche als Bündnerinnen und Bündner (55,0%). Häufiger als im Schweizer Durchschnitt werden im Kanton Graubünden Milch oder Milchprodukte konsumiert: 69,8% der Bündnerinnen und Bündner im Vergleich zu 64,8% der Schweizerinnen und Schweizer konsumieren an mindestens sechs Tagen pro Woche Milch oder Milchprodukte.

Ein Fünftel der Bündner Bevölkerung mit ungenügender Flüssigkeitszufuhr

Rund ein Fünftel (22,4%) der Bevölkerung des Kantons Graubünden gibt einen ungenügenden Konsum nicht-alkoholischer Flüssigkeiten von einem Liter oder weniger pro Tag an. Hingegen befolgen 59,8% der Bündnerinnen und Bündner die offiziellen Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung von täglich einem bis zwei Litern. 17,8% der Befragten im Kanton trinken mehr als zwei Liter pro Tag.²⁴

Die ungenügende Flüssigkeitszufuhr im Kanton Graubünden liegt signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt von 29,1%; dieser fällt dort vor allem aufgrund der überdurchschnittlichen Anteile in den lateinischen Kantonen höher aus (vgl. Anhang A-3.3). Wie aus

²⁴ In vorliegender Analyse werden Personen, die einen Liter oder weniger nicht-alkoholische Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen, als Personen definiert, welche die Empfehlungen nicht befolgen. Dies deckt sich nicht genau mit den offiziellen Empfehlungen, die einen Flüssigkeitskonsum von mindestens einem Liter vorschlagen.

Abbildung 3.9 zu entnehmen ist, geben Frauen häufiger als Männer an, lediglich einen Liter oder weniger pro Tag zu trinken, die Unterschiede sind jedoch nur auf Ebene Schweiz signifikant.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil Personen mit einem ungenügenden Konsum nicht-alkoholischer Flüssigkeiten. So trinken 14,2% der 15- bis 34-jährigen Bündnerinnen und Bündner nicht genügend Flüssigkeit, während dieser Anteil bei den über 65-Jährigen rund ein Drittel (33,7%) beträgt. Auch gesamtschweizerisch nimmt der ungenügende Flüssigkeitskonsum mit dem Alter zu, von 23,0% in der jüngsten Altersgruppe auf 41,9% bei den 65-Jährigen und älteren.

3.2.3 Körperliche Aktivität

Eine regelmässige körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus. So wird das Auftreten von koronaren Herzerkrankungen, Insulinunverträglichkeit, Osteoporose, Darmkrebserkrankungen und Depressionen durch regelmässige körperliche Betätigung reduziert (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Department of Health, 2011). Bewegungsmangel gilt hinter Bluthochdruck (13%), Rauchen (9%) und Diabetes (6%) weltweit als der viertwichtigste Risikofaktor für Sterblichkeit (6% aller Todesfälle; WHO, 2011b). Körperliche Bewegung bewirkt zudem einen Energieverbrauch und ermöglicht so eine bessere Gewichtskontrolle.

Es wird geschätzt, dass im Jahr 2011 der Bewegungsmangel in der Schweiz mehr als 300'000 Krankheitsfälle verursacht und mehr als 1100 vorzeitige Todesfälle

verursacht hat. Die direkten medizinischen Kosten hiervon werden auf 1,2 Milliarden Franken hochgerechnet und entsprechen damit rund 1,8% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz. Darüber hinaus werden indirekte Kosten von rund 1,4 Milliarden Franken geschätzt (Mattli et al., 2014). In einer im Jahr 2001 publizierten Studie waren die direkten Kosten von Bewegungsmangel auf höhere 1,6 Milliarden Franken und die indirekten Kosten tiefere 0,8 Milliarden Franken geschätzt worden (Smala et al., 2001). Die Abnahme der direkten Kosten während dieser Periode kann gemäss Mattli et al. (2014) mit der messbaren, vermehrten körperlichen Aktivität in der Bevölkerung begründet werden. Die Zunahme der indirekten Kosten dagegen wird mit der verbesserten und umfangreicheren Definition dieser Kosten erklärt.

Das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch hat im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Sport (BASPO) sowie in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität der Schweizer Bevölkerung erarbeitet (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch, 2013; BAG, 2013c). Es gelten folgende Empfehlungen für Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre):

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

Bei einer Bewegung mit mittlerer Intensität kommt man etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen. Zügiges Gehen, Velofahren, Gartenarbeiten und andere Freizeit- oder Alltagsaktivitäten sind Beispiele solcher Bewegungsformen. Eine hohe Intensität weisen Aktivitäten auf, die beschleunigtes Atmen und zumindest leichtes Schwitzen verursachen. Die Autoren der Empfehlungen raten, die körperliche Aktivität auf mehrere Tage in der Woche zu verteilen. Jede Bewegung von mindestens 10 Minuten Dauer kann dabei zusammgezählt werden. Im Kasten wird der Index der körperlichen Aktivität dargestellt, welcher auf den Empfehlungen des Netzwerkes Gesundheit und Bewegung Schweiz beruht.

Index der körperlichen Aktivität

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

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

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

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

Um eine Übersicht zur körperlichen Aktivität in der Bevölkerung zu erhalten, werden im Folgenden die drei Kategorien «ausreichend aktiv», «teilaktiv» und «inaktiv» gebildet. Die Kategorie «ausreichend aktiv» umfasst dabei die drei ersten im Kasten aufgeführten Gruppen, welche die Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erfüllen.

Zunahme der körperlichen Aktivität

Abbildung 3.10 zeigt die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität auf der Grundlage der aktuellen Empfehlungen auf. In der Schweiz hat sich der Anteil ausreichend aktiver Personen zwischen 2002 und 2012 um 10 Prozentpunkte erhöht. Gleichzeitig ist der Anteil der Inaktiven zurückgegangen; von 18,4% im Jahr 2002 auf 10,7% im Jahr 2012. Mit Ausnahme des Jahres 2002 ist auch im Kanton Graubünden eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Ein statistisch signifikanter Unterschied kann allerdings nur beim Rückgang der Inaktiven von 17,1% im Jahr 2007 auf 8,2% im Jahr 2012 festgestellt werden.

Die allgemeine Zunahme der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung wurde ebenfalls in anderen Schweizer Studien belegt. Im Bericht «Sport Schweiz 2014» weisen die Autoren darauf hin, dass vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung die aktuellen Empfehlungen bezüglich körperlicher Aktivität befolgen (Lamprecht et al., 2014).

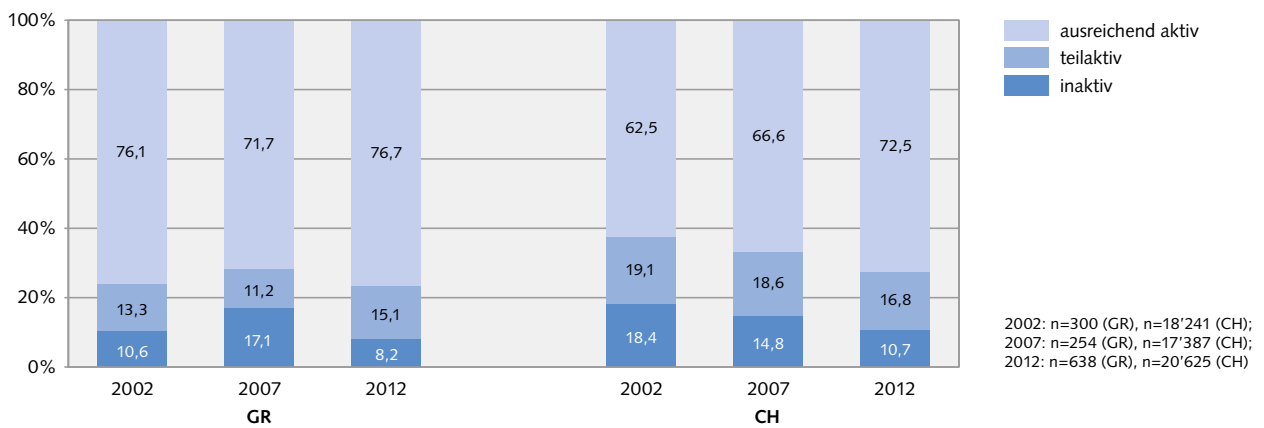
Die Analyse des Bewegungsverhaltens mit der Omnibus-Studie des BFS, welche die körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit, im Alltag und in der Freizeit berücksichtigt, zeigt einen nur geringen Anteil von 7,0% der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung, die nicht ausreichend aktiv sind (Wiegand et al., 2012).

Körperlich aktive Personen befolgen die Ernährungsempfehlung, fünf Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag zu essen, häufiger (Abb. 3.11). 21,0% der ausreichend aktiven Personen in der Schweiz geben an, diese Ernährungsempfehlung einzuhalten. Dieser Anteil beläuft sich bei den körperlich inaktiven Personen auf nur 12,5%. Inaktive (16,1%) weisen hingegen öfter ein starkes

Übergewicht (Adipositas) als Personen mit ausreichender Aktivität (9,2%) aus. Inaktive Personen sind zudem unbekümmerter bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung gegenüber den ausreichend aktiven Personen.

Soziale Rollen und Lebensphasen sind von Geschlecht und Alter abhängig, welche wiederum das Ausmass an körperlicher Aktivität bestimmen können. Der Anteil ausreichend aktiver Frauen ist sowohl im Kanton Graubünden (71,0%) als auch in der Schweiz (69,1%) niedriger als bei den Männern (81,5% bzw. 75,9%). Bündnerinnen (12,0%) und Schweizerinnen (12,7%) sind demgegenüber öfter körperlich inaktiv als Bündner (5,1%) und Schweizer (8,7%).

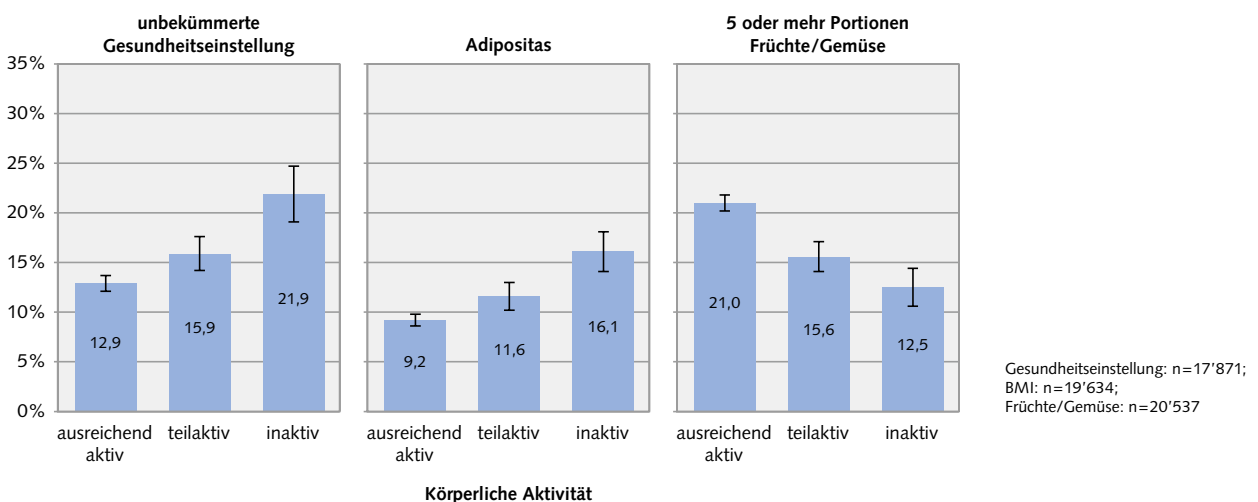
Körperliche Aktivität, Kanton Graubünden und Schweiz, 2002–2012 **Abb. 3.10**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität, nach unbekümmerter Gesundheitseinstellung, Adipositas und der Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Schweiz, 2012 **Abb. 3.11**

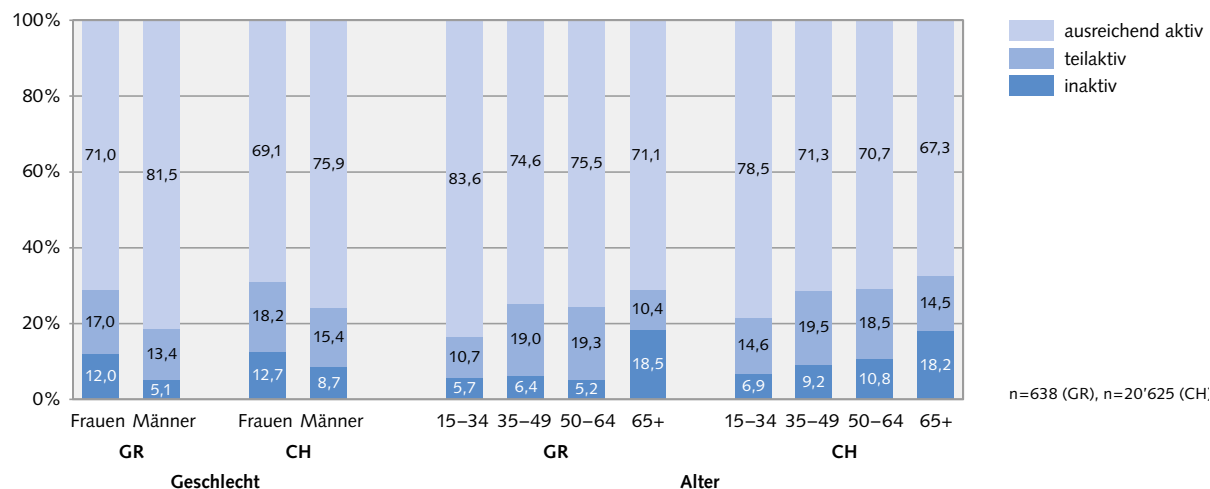


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012

Abb. 3.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Der Anteil inaktiver Personen steigt erwartungsgemäss im hohen Alter, wenn aufgrund gesundheitlicher Probleme die körperliche Aktivität zusätzlich eingeschränkt ist. Rund jede fünfte Person ab 65 Jahren im Kanton Graubünden (18,5%) und in der Schweiz (18,2%) ist körperlich inaktiv. Der Unterschied gegenüber den jüngeren Altersgruppen ist überall signifikant. Andererseits weist die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Personen den niedrigsten Anteil an ausreichend aktiven Personen aus, wobei hier nur auf Ebene der gesamten Schweiz die Unterschiede zu den jüngeren Altersgruppen signifikant sind.

Die körperliche Aktivität in der Bevölkerung unterscheidet sich auch nach Bildungsniveau, Nationalität und Einkommen (Anhang A-3.4). In der Schweiz ist der Anteil Inaktiver mit höherem Bildungsniveau kleiner: 19,0% der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung, 10,9% der Befragten mit Abschluss auf Sekundarstufe II sowie 5,8% der Befragten mit Tertiärababschluss sind körperlich inaktiv. Ausländerinnen und Ausländer (15,6%) geben signifikant häufiger an, körperlich inaktiv zu sein als Schweizerinnen und Schweizer (9,4%). Schliesslich sind Personen mit niedrigem Einkommen häufiger inaktiv als die mit höherem Einkommen. Im Kanton Graubünden sind ähnliche Ergebnisse festzustellen, die Unterschiede zwischen den soziodemografischen Bevölkerungsgruppen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen sind Stoffe oder Produkte, welche das Funktionieren des zentralen Nervensystems beeinträchtigen (Empfinden, Wahrnehmung, Stimmungen, Gefühle, Motorik) oder Bewusstseinszustände verändern. Sie können darüber hinaus zu physischen und/oder psychischen Abhängigkeiten führen. Psychoaktive Substanzen umfassen sowohl illegale Stoffe wie Cannabis, Heroin oder Kokain²⁵, als auch legale Stoffe oder Produkte wie Nikotin, Alkohol und Medikamente. Im vorliegenden Unterkapitel wird der Konsum von Tabak (inkl. Passivrauchen), Alkohol, Cannabis und von Medikamenten behandelt.

3.3.1 Tabakkonsum

Rauchen ist heute als ernstes Gesundheitsrisiko wissenschaftlich anerkannt. Aufgrund einer hohen Raucherquote hat die Schweiz ab 1996 einen Aktionsplan zur Reduktion des Tabakkonsums erarbeitet. Das nationale Programm Tabak 2008–2012 wurde bis 2016 verlängert. Ziel des Programms ist es, den Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie der vom Passivrauchen betroffenen Personen in der Bevölkerung weiter zu senken.

²⁵ Der Konsum von Heroin und Kokain wird im vorliegenden Bericht aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht untersucht.

Die überwiegende Mehrheit der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz konsumiert Zigaretten: 2011 wurden schweizweit 10,6 Millionen Stück²⁶ verkauft, 2008 waren es noch 12,0 Millionen gewesen. Die Tabaksteuer, deren Einnahmen in der Schweiz zur Mitfinanzierung der AHV/IV verwendet werden, belief sich 2011 auf 2,2 Milliarden Franken. Die Zigarettenhersteller zahlen 1% des Verkaufspreises einer Schachtel Zigaretten in den Tabakpräventionsfond.

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

Neben Todesfällen und schweren Erkrankungen verursacht das Rauchen von Tabak auch hohe soziale Kosten. Im Jahr 2007 haben durch Rauchen hervorgerufene Gesundheitsschäden in der Schweiz rund 10 Milliarden Franken gekostet. Diese sozialen Gesamtkosten umfassen dabei direkte Kosten (1733 Millionen Franken für medizinische Behandlungen, Medikamente, Hospitalisierungen), indirekte Kosten (3929 Millionen Franken durch Produktionsausfälle, Invalidität und Todesfälle) und immaterielle Kosten (4272 Millionen Franken durch Verlust

von Lebensqualität der Rauchenden und ihrer Angehörigen) (Füglister-Dousse et al., 2009). Die Ergebnisse aus dem Tabakmonitoring Schweiz 2001 bis 2010 zeigen, dass der Anteil Rauchender in der 14- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung von 33% im Jahr 2001 auf 27% im Jahr 2008 gesunken und seither stabil geblieben ist (Keller et al., 2011).

Gut ein Viertel der Bündner Bevölkerung raucht

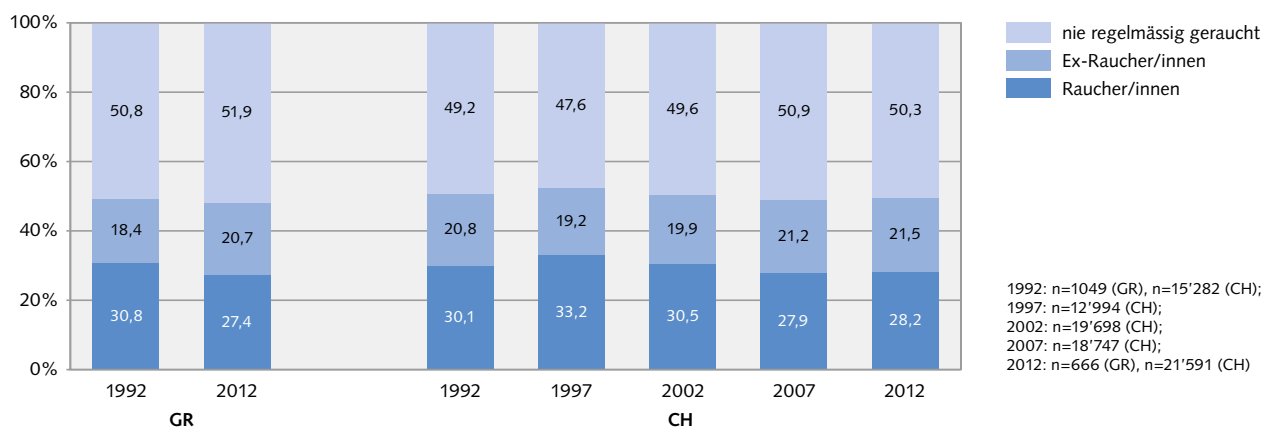
Gemäss SGB ging der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz in den letzten 20 Jahren von 30,1% im Jahr 1992 auf 28,2% im Jahr 2012 leicht zurück (Abb. 3.13). Ein ähnlicher Rückgang ist im Kanton Graubünden zu verzeichnen, wo sich der Raucheranteil in derselben Periode von 30,8% auf 27,4% reduziert hat. Der Unterschied zwischen den Jahren 1992 und 2012 im Kanton Graubünden ist jedoch statistisch nicht signifikant. Der Anteil täglich Rauchender beläuft sich dabei im Schweizer Mittel auf 20,4% und im Kanton Graubünden auf 20,9% (Daten nicht dargestellt).

Rückgang des Tabakkonsums bei Männern

Frauen rauchen seltener als Männer. Dies ist sowohl im Kanton Graubünden (22,9% vs. 31,2%) als auch in der Gesamtschweiz (24,2% vs. 32,4%) zu erkennen (Abb. 3.14). Die Geschlechterunterschiede sind in den letzten 20 Jahren jedoch geringer geworden, da sich der Anteil der Raucherinnen stabilisiert hat, während jener der Raucher gesunken ist. In der Schweiz ist der Anteil männlicher Raucher von 36,5% im Jahr 1992 auf 32,4% im

Tabakkonsum, Kanton Graubünden und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.13



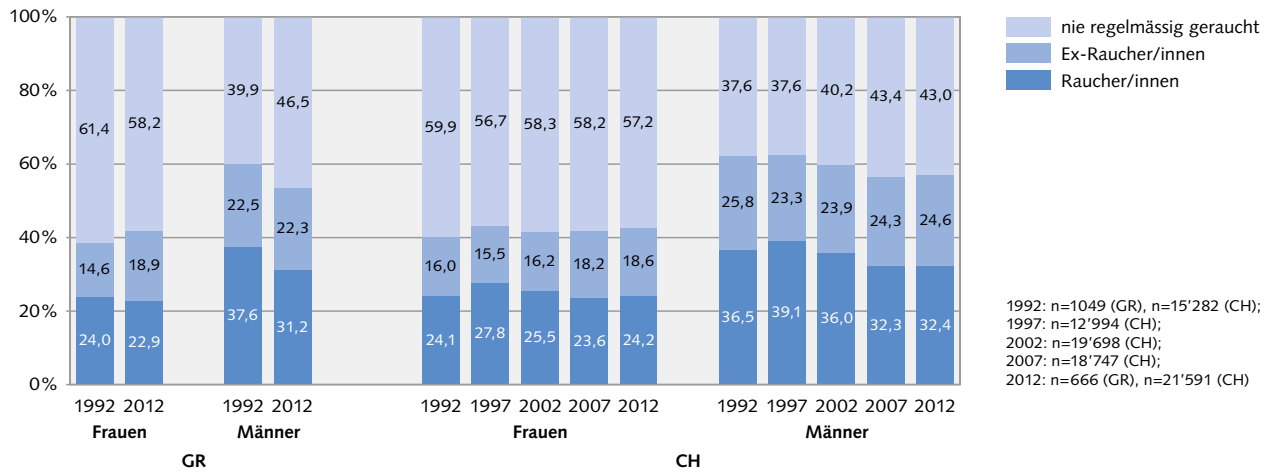
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

²⁶ http://www.swiss-cigarette.ch/fileadmin/media/pdf/Factsheet_2011_d1.pdf (Zugriff am 15.01.2015).

Tabakkonsum, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 1992–2012

Abb. 3.14

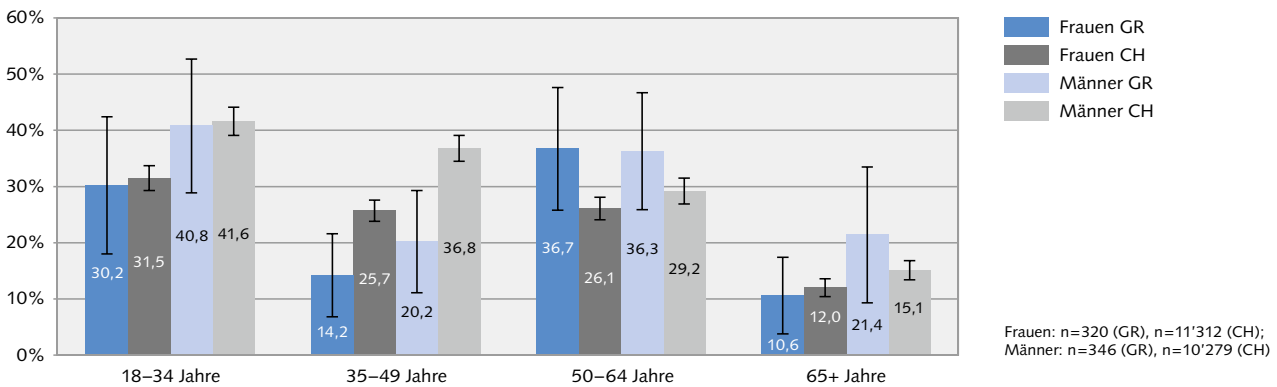


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.15

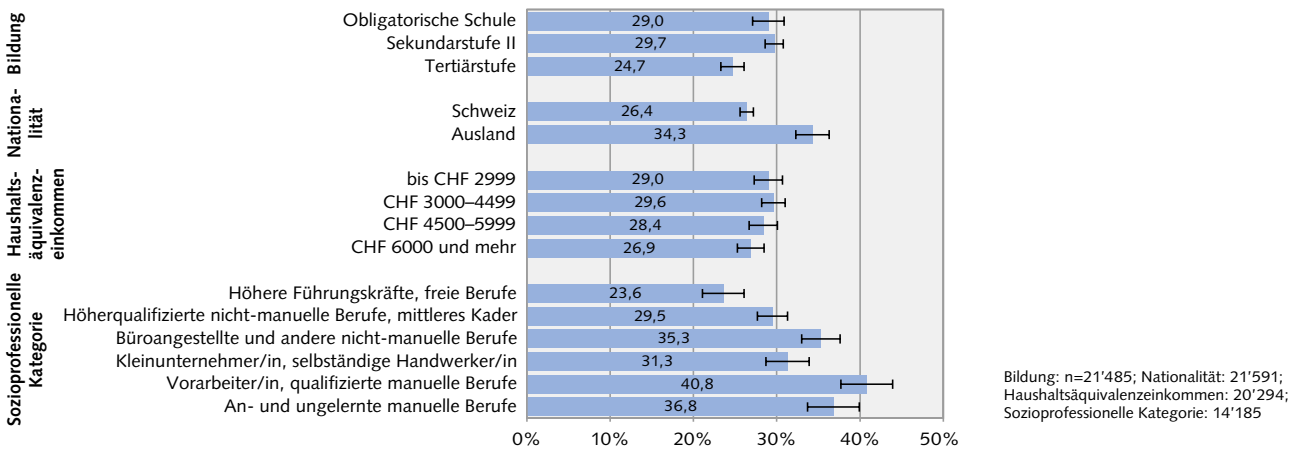


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.16



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Jahr 2012 zurückgegangen. Die gleiche Tendenz ist auch bei den Bündner Männern festzustellen, wobei der Unterschied hier aufgrund kleinerer Fallzahlen statistisch wiederum nicht signifikant ist.

Kein Unterschied zwischen Raucherinnen und Raucher bei älteren Generationen

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung deutlich ab. Gelten im Kanton Graubünden bei den 15- bis 34-Jährigen 36,3% als Raucherinnen oder Raucher, beträgt dieser Anteil bei den 65-Jährigen und älteren lediglich noch 15,1% (Anhang A-3.5). Abbildung 3.15 zeigt den Anteil Rauchender nach Geschlecht und Alter. Im Alter von 15 bis 34 Jahren und 50 bis 64 Jahren wird im Kanton Graubünden häufiger geraucht als in den anderen Altersgruppen, wobei der Unterschied lediglich bei den Frauen, und dort nur gegenüber der ältesten Altersgruppe, signifikant ist. Im Kanton Graubünden fällt der niedrige Anteil Raucherinnen und Raucher in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen auf: Der Raucheranteil ist in dieser Altersgruppe sowohl bei Bündner Frauen (14,2%) wie auch bei Bündner Männern (20,2%) signifikant tiefer als bei Schweizerinnen (25,7%) und Schweizern (36,8%). Auf Ebene Schweiz zeigt sich zudem, dass der Geschlechterunterschied mit zunehmendem Alter praktisch verschwindet. Ab der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen gleichen sich die Anteile der Raucherinnen und Raucher deutlich an und unterscheiden sich nicht mehr signifikant.

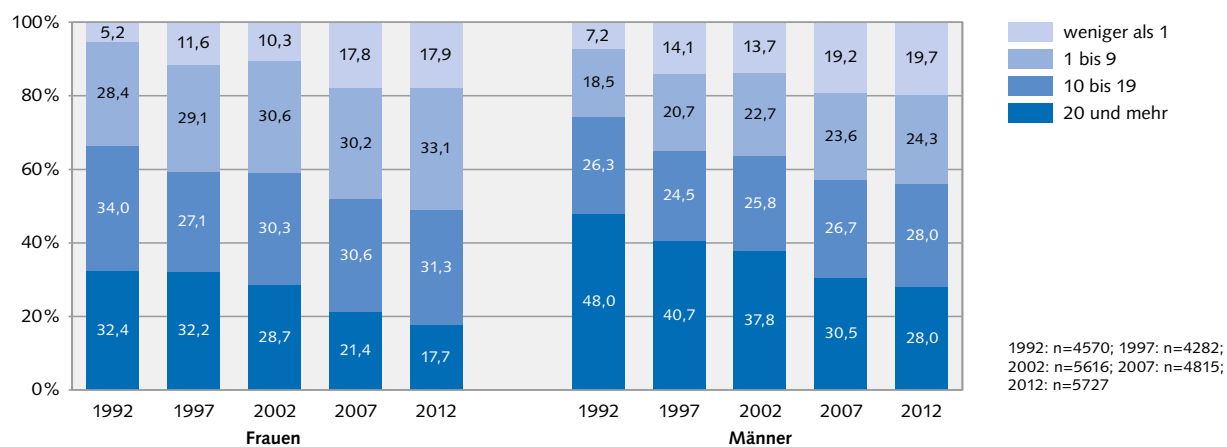
Häufigkeit und Ausmass des Tabakkonsums hängen mit verschiedenen soziodemografischen Variablen zusammen (Abb. 3.16). Die Ergebnisse werden im Folgenden nur für die Schweiz präsentiert, da die Unterschiede im Kanton Graubünden nicht signifikant sind.

Die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe beeinflusst das Rauchen

Personen mit einem Hochschulabschluss (24,7%) rauchen signifikant seltener als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (29,7%) oder ohne nachobligatorische Ausbildung (29,0%). Personen ausländischer Nationalität (34,3%) weisen einen höheren Anteil Rauchender aus als Schweizerinnen und Schweizer (26,4%). Während bezüglich Einkommensniveau keine signifikanten Unterschiede im Rauchverhalten festzustellen sind, zeigen sich klare Differenzen hinsichtlich der sozioprofessionellen Kategorie: Der Raucheranteil ist bei den Vorarbeiterinnen und Vorarbeitern/qualifizierten manuellen Berufen (40,8%) am höchsten, bei den höheren Führungskräften/freien Berufen (23,6%) am niedrigsten.

Zwischen 1992 und 2012 hat sich die Verteilung der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten erheblich verändert (Abb. 3.17). Aufgrund der kleineren Stichprobe im Kanton Graubünden werden im Folgenden wieder nur die Schweizer Werte dargestellt. Für Schweizerinnen ist zwischen 1992 und 2012 eine signifikante Abnahme der starken Raucherinnen (20 Zigaretten pro Tag und mehr) festzustellen (von 32,4% auf 17,7%). In der gleichen Zeitspanne hat der Anteil der Gelegenheitsraucherinnen

Zigarettenkonsum pro Tag, nach Geschlecht, Schweiz, 1992–2012 **Abb. 3.17**



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

© Obsan 2015

(weniger als eine Zigarette pro Tag²⁷) von 5,2% auf 17,9% zugenommen. Dieses Ergebnis weist auf eine positive Entwicklung hin, welche die zwischen 1992 und 2012 beobachteten stabilen Raucheranteile bei den Frauen relativiert. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass auch ein geringer Zigarettenkonsum nicht harmlos sein dürfte. Laut einer norwegischen Studie haben Gelegenheitsraucher (eine bis vier Zigaretten pro Tag) ein 50% höheres Risiko, früher zu sterben als Nichtraucherinnen und Nichtraucher; und sie haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko bezüglich Herzinfarkt, Hirnschlag und Krebs (Bjartveit & Tverdal, 2005).

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

3.3.2 Passivrauchen

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

Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen ist seit 1. Mai 2010 in Kraft. Es verbietet das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen (Krankenhäuser, Schulen und öffentliche Verkehrsmittel). Im Bereich der Restauration sieht das Gesetz Ausnahmen vor: Betriebe mit einer Fläche von maximal 80m² werden als Raucherlokale bewilligt, falls eine kantonale Genehmigung vorliegt und gewisse weitere Voraussetzungen erfüllt sind. So ist zum Beispiel der Betrieb von Raucherräumen in Restaurants und Hotels (sogenannte «Fumoirs») ebenfalls erlaubt. In diesen Raucherräumen ist die Beschäftigung von Personen jedoch nur möglich, wenn diese ihrer Tätigkeit schriftlich zugestimmt haben.

Die Mehrheit der Kantone hat restriktivere Gesetze als das Bundesgesetz von 2010 erlassen. So gilt die auf Bundesebene definierte Ausnahme für kleine Restaurationsbetriebe von weniger als 80m² im Kanton Graubünden nicht. Raucherräume sind allerdings mit bestimmten Anforderungskriterien im Kanton trotzdem zugelassen. Gemäss kantonalem Gesundheitsgesetz ist zudem Tabakwerbung sowie der Verkauf von Zigaretten an unter 16-jährige Personen verboten.

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

²⁷ Personen, die sich als Raucherin bzw. als Raucher bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen (Gelegenheitsraucher).

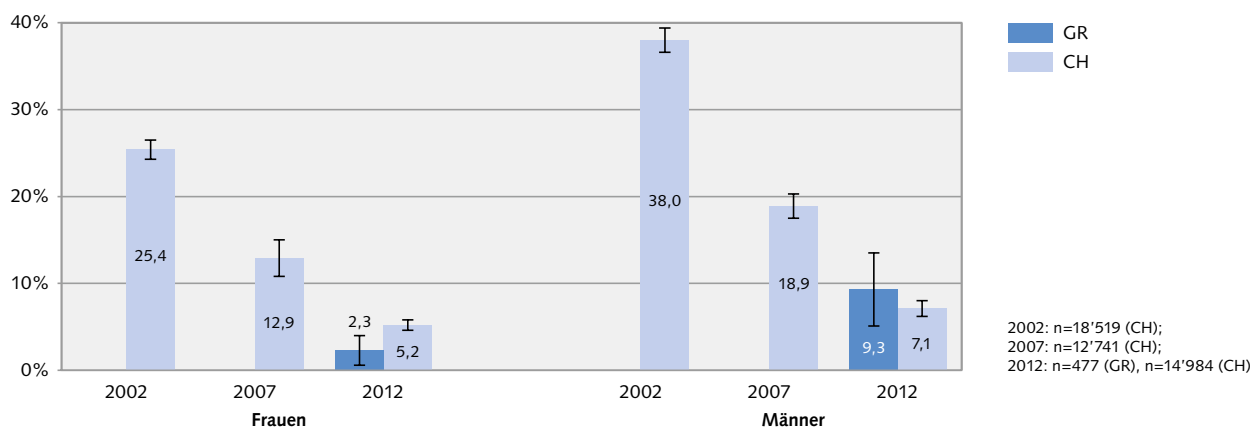
Deutlicher Rückgang des Passivrauchens

Gemäss SGB hat sich in der Schweiz die Belastung durch Passivrauch seit 2002 deutlich verringert. Während im Jahr 2002 noch 31,4% der Schweizer Bevölkerung mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt waren, ging dieser Anteil 2007 auf 15,6% zurück und beläuft sich im Jahr 2012 auf 6,1% (Daten nicht dargestellt). Die Exposition gegenüber Passivrauch unterscheidet sich auch nach Geschlecht (Abb. 3.18). Männer sind Passivrauch häufiger ausgesetzt als Frauen. In den letzten zehn Jahren haben sich jedoch auch hier die Geschlechterunterschiede deutlich verringert. 2012 sind nur noch 5,2% der Schweizerinnen und 7,1% der Schweizer Passivrauch ausgesetzt (Graubünden: 2,3% bzw. 9,3%).

Das Passivrauchen am Arbeitsplatz stellt ein besonderes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, da die Arbeitsumgebung in den meisten Fällen nicht frei gewählt werden kann. Im Folgenden werden hierzu aufgrund kleiner Fallzahlen im Kanton erneut nur die Schweizer Werte präsentiert. Gemäss SGB 2012 ist auch bei der Arbeit die Exposition gegenüber Passivrauch bei den Schweizer Männern höher als bei den Frauen, die Jüngeren sind dabei deutlich häufiger von Passivrauch betroffen als die Älteren (Abb. 3.19). So berichten 19,3% der 15- bis 34-jährigen Männer darüber, bei der Arbeit mindestens ein Viertel der Zeit Passivrauch ausgesetzt zu sein, was nur bei 9,1% der gleichaltrigen Frauen der Fall ist. Bei den 50- bis 64-jährigen Männern geben noch 7,9% das Problem des Passivrauchens an (3,3% bei den Frauen).

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

Abb. 3.18

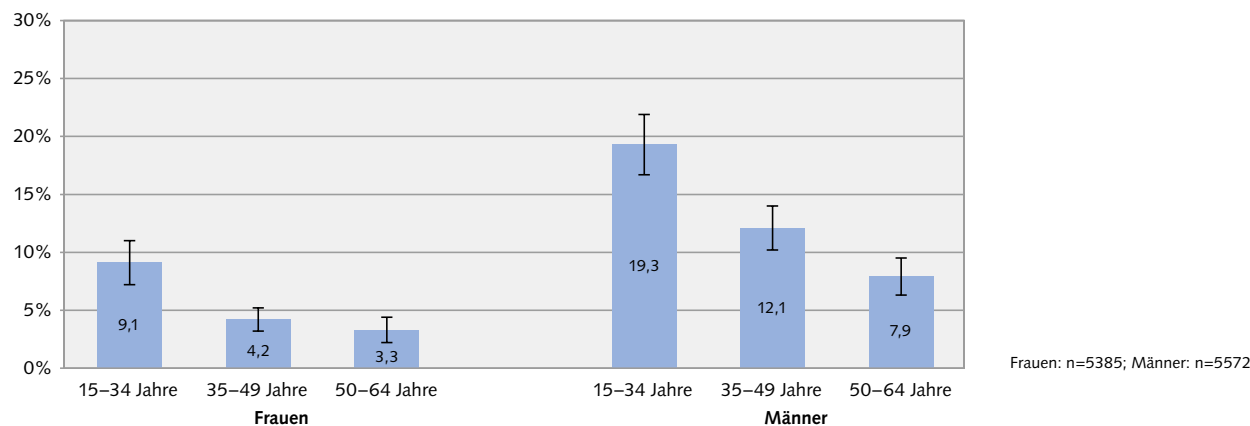


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

3.3.3 Alkoholkonsum

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

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

Bei den Konsumierenden selber kann chronischer Alkoholkonsum insbesondere zu Erkrankungen der Leber und des Verdauungssystems führen. Darüber hinaus können bei chronischem Alkoholkonsum verschiedene Formen von Krebs, Bluthochdruck und Erkrankungen des peripheren Nervensystems auftreten. Bislang sind kausale Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und mehr als 230 Krankheiten, Vergiftungen und Verletzungen belegt (Rehm et al., 2010). Alkoholkonsum kann auch zu Abhängigkeiten führen. So wurden in einer Studie für das Jahr 2007 zwischen 220'000 und 330'000 Alkoholabhängige in der Schweiz geschätzt (Kuendig, 2010).

Alkohol ist zusammen mit Tabak weltweit eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle oder Behinderungen. Für die Schweiz schätzt eine neuere Studie (Marmet et al., 2013) die Anzahl alkoholbedingter

Todesfälle 2011 auf 2863, wobei sich die Art der Todesfälle mit dem Alter verändert: Bei jungen Erwachsenen sind die mit Alkohol assoziierten Todesfälle hauptsächlich auf Unfälle und Verletzungen zurückzuführen, im mittleren Erwachsenenalter mehrheitlich auf Erkrankungen des Verdauungssystems und bei älteren Personen bis 74 Jahre ist Krebs die häufigste alkoholbedingte Todesursache. Der relative Anteil der mit Alkohol assoziierten Todesfälle am Total aller Todesfälle in der Schweiz ist im Alter zwischen 25 und 35 Jahren am höchsten (rund ein Viertel der Todesfälle bei den Männern).

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

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

In der SGB 2012 werden drei Aspekte des Alkoholkonsums behandelt: Die Häufigkeit des Konsums, die Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Liköre, Aperitifs, Spirituosen) und die dabei getrunkenen Mengen. Ausgehend von den erhobenen Daten kann der Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Bei einem durchschnittlichen täglichen Konsum ab 21 g bei Frauen und 41 g bei Männern besteht für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko.²⁸ Ab einem täglichen Konsum von 41 g bei Frauen und 61 g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2010; vgl. Kasten). Als Rauschtrinken wird der Konsum

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

Kriterien für chronischen täglichen Alkoholkonsum der WHO

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

von sechs oder mehr Standardgetränken auf einmal definiert, wobei das Ereignis nicht mehr als zwölf Monate zurückliegt und die konsumierte Menge hier unabhängig vom Geschlecht ist.

Deutlicher Rückgang des täglichen Alkoholkonsums bei Männern

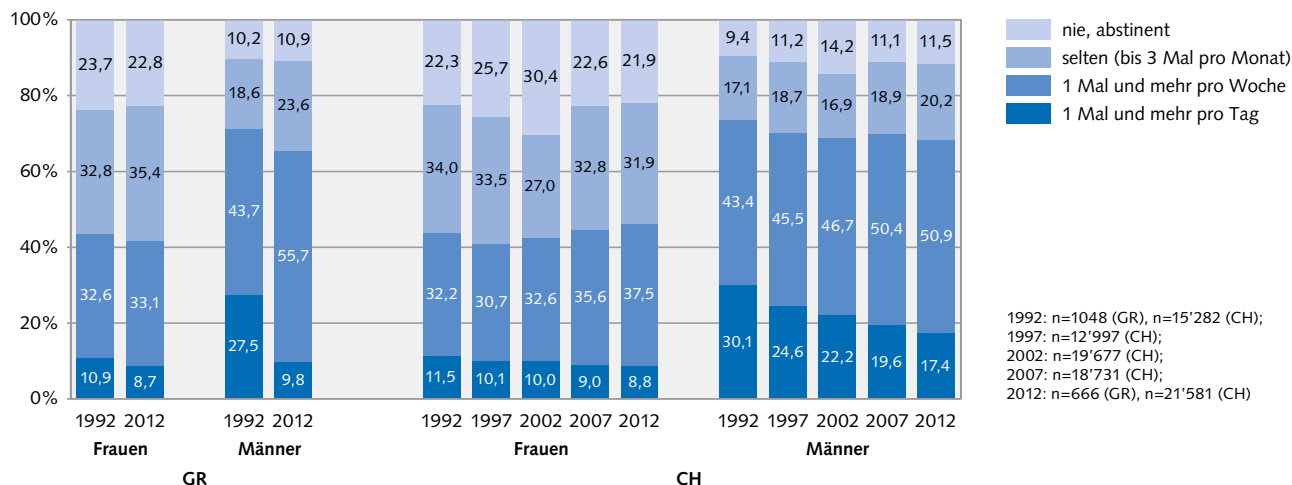
In der Schweiz unterscheidet sich der Alkoholkonsum von Frauen und Männern deutlich (Abb. 3.20). Im Jahr 2012 konsumierten Schweizer (17,4%) rund doppelt so häufig täglich Alkohol wie Schweizerinnen (8,8%). Keine Unterschiede im täglichen Alkoholkonsum sind hingegen zwischen Bündner (9,8%) und Bündnerinnen (8,7%) festzustellen. Ähnlich wie in der gesamten Schweiz ist jedoch der wöchentliche Konsum von Alkohol bei Bündner Männern ausgeprägter als bei Bündner Frauen. Insgesamt betrachtet trinken somit Frauen seltener Alkohol und sind auch rund doppelt so häufig total abstinent wie Männer.

In den letzten 20 Jahren hat sich der tägliche Alkoholkonsum bei den Männern deutlich verringert. Im Jahr 1992 tranken noch 27,5% der Bündner und 30,1% der Schweizer täglich Alkohol. Diese Anteile sind im Jahr 2012 signifikant tiefer, wobei ein stärkerer Rückgang bei Bündner Männern (auf 9,8%) als bei Schweizer Männern (auf 17,4%) zu verzeichnen ist. Dies führt im Jahr 2012 dazu, dass der Anteil täglich trinkender Männer im Kanton Graubünden auch signifikant unter dem gesamtschweizerischen Anteil liegt.

Demgegenüber hat der wöchentliche Alkoholkonsum in den letzten 20 Jahren zugenommen. Der Anteil bei den Bündner Männern ist hier von 43,7% auf 55,7% gestiegen (Schweiz: von 43,4% auf 50,9%). Auch der Anteil selten trinkender Männer hat leicht zugenommen, wobei diesbezüglich nur auf Ebene Schweiz eine signifikante Zunahme vorliegt. Zusammenfassend ist somit eine Verschiebung vom täglichen zum wöchentlichen Alkoholkonsum bei den Männern festzustellen. Bei den Frauen kann hingegen kein deutlicher Trend in Bezug auf den Alkoholkonsum der letzten 20 Jahre erkannt werden.

Alkoholkonsum, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 1992–2012

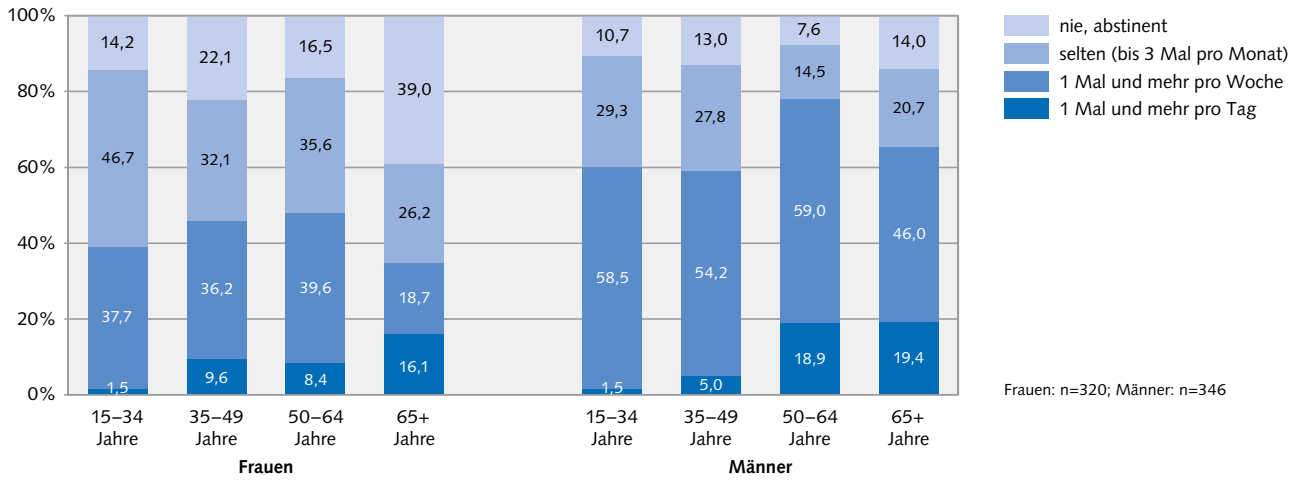
Abb. 3.20



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

© Obsan 2015

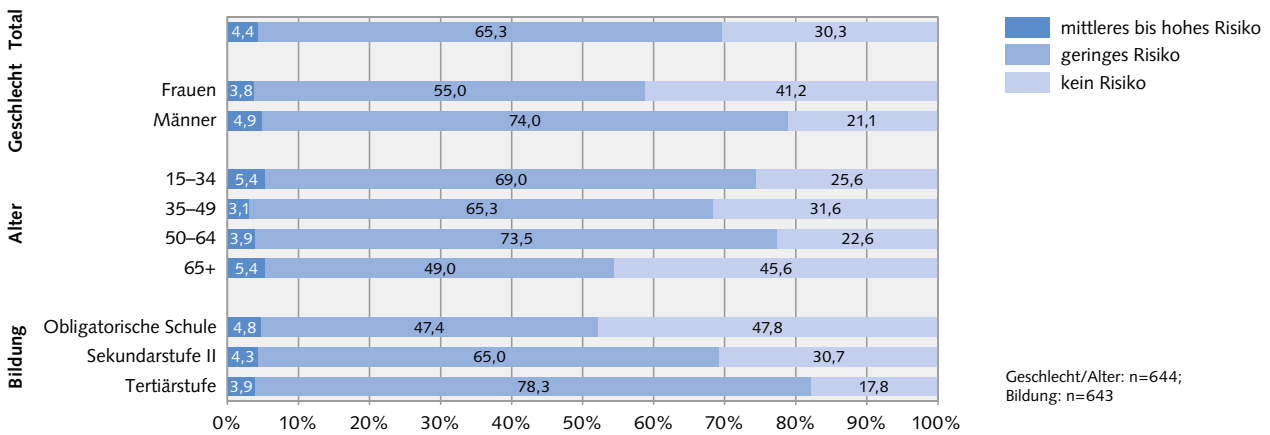
Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden, 2012 **Abb. 3.21**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

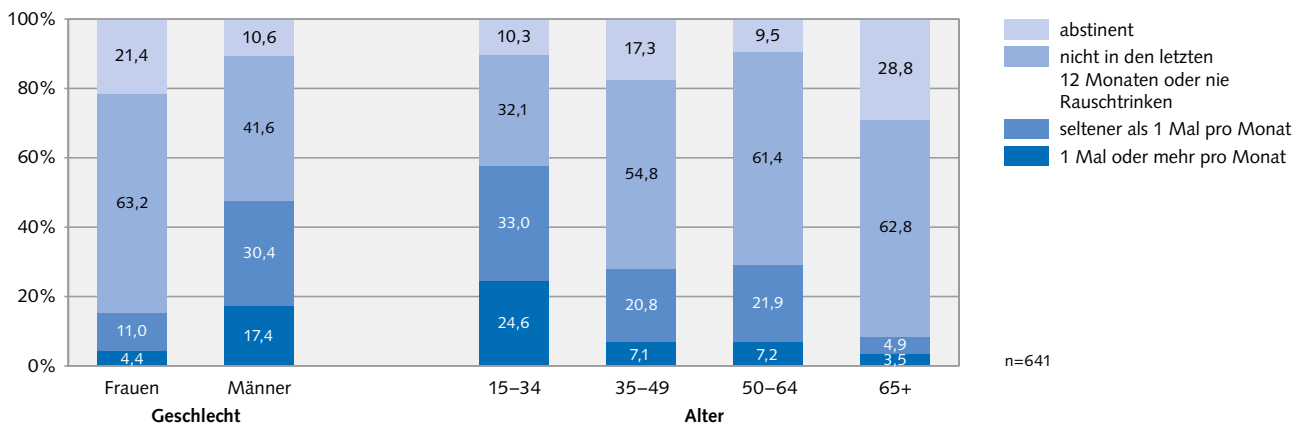
Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, nach Geschlecht, Alter und Bildung, Kanton Graubünden, 2012 **Abb. 3.22**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Rauschtrinken, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden, 2012 **Abb. 3.23**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Täglicher Alkoholkonsum vor allem bei älteren Menschen

Nach Geschlecht und Alter (Abb. 3.21) fällt auf, dass der tägliche Alkoholkonsum bei älteren Personen häufiger vorkommt, dies sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Während bei den 15- bis 34-Jährigen kaum täglich Alkohol konsumiert wird, trinken 16,1% der 65-jährigen und älteren Bündnerinnen und 19,4% der 65-jährigen und älteren Bündner täglich Alkohol. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass auch der Anteil der abstinenten Frauen in der ältesten Gruppe am höchsten ist (39,0%).

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

Die überwiegende Mehrheit der Bündner Bevölkerung weist ein nur geringes (65,3%) oder gar kein Risiko (30,3%) bezüglich eines chronischen Alkoholkonsums auf (Abb. 3.22). Ähnliche Anteile sind für die Gesamtschweiz zu verzeichnen (68,4% bzw. 26,8%; Anhang A-3.7). Der Anteil der Bündnerinnen und Bündner, welche mit ihrem Konsum ein mittleres bis hohes Risiko eingehen, liegt im Jahr 2012 bei 4,4% (Schweiz: 4,8%). Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko unterscheidet sich im Kanton nicht signifikant zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen oder nach dem Bildungsniveau. Allerdings lassen sich signifikante Unterschiede in Bezug auf den risikofreien Alkoholkonsum feststellen: Frauen haben häufiger einen risikofreien Alkoholkonsum als Männer und 65-jährige und ältere Bündnerinnen und Bündner sind im Vergleich zu den 15- bis 34- und 50- bis 64-Jährigen signifikant häufiger ganz ohne Risiko sowie seltener von einem geringen Risiko betroffen. Dasselbe gilt für Bündnerinnen und Bündner ohne nachobligatorische Schulbildung im Vergleich zu denen mit einer höheren Ausbildung.

Rauschtrinken kommt bei 11,5% der Bündner und bei 11,1% der Schweizer Bevölkerung mindestens einmal im Monat vor (Daten nicht dargestellt). Dieses Phänomen betrifft deutlich häufiger die Männer (17,4%) als die Frauen (4,4%) und wird vor allem von der jüngeren Generation genannt (24,6% bei den 15- bis 34-Jährigen, 3,5% bei den 65-Jährigen und älteren) (Abb. 3.23). Damit kommt zum Ausdruck, dass sich die Art des risikoreichen Alkoholkonsums zwischen den Altersgruppen

unterscheidet: Während bei Jüngeren das Rauschtrinken eher problematisch ist, gehen ältere Personen eher mit der Regelmässigkeit ihres Konsums Risiken ein.

3.4.4 Cannabiskonsum

Cannabis wird in Form von Marihuana (getrocknete Blüten, Blätter), Haschisch (Harz, gemischt mit Pflanzenteilen) und Öl (dickflüssige Substanz) verwendet und in der Regel mit Tabak gemischt geraucht oder inhaliert. Je nach Dosierung, Cannabiserfahrungen, Persönlichkeit, psychischer Verfassung und Mischkonsum mit anderen Substanzen ist der Gebrauch von Cannabis mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Die negativen Folgen des Cannabiskonsums sind vergleichbar mit jenen des Rauchens. So ist bei regemässigen Gebrauch eine Zunahme der Atemwegsentzündungen und der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten (Hall, 2009). Darüber hinaus wird mit dem Cannabiskonsum die Aufmerksamkeit reduziert und damit das Risiko von Unfällen erhöht (Hall & Degenhardt, 2009). Häufiger Konsum und Cannabisabhängigkeit erhöhen zudem das Risiko von Psychosen (Hall, 2009) und können bei einem Beginn in jungen Jahren auch negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung und die psychische Gesundheit bei Jugendlichen haben (Grotenhermen, 2007; Hall, 2009).

Cannabis ist die am weitesten häufigsten konsumierte illegale Droge in der Schweiz. Seit dem 1. Oktober 2013 ist die Revision des Betäubungsmittelgesetzes in Kraft, wonach der Cannabiskonsum bei Erwachsenen strafrechtlich nicht mehr verfolgt, sondern über das Ordnungsbussensystem geahndet wird. Damit wurde der Cannabiskonsum zwar entkriminalisiert, ohne ihn jedoch zu banalisieren. Gemäss dem Suchtmonitoring Schweiz beträgt die Lebenszeitprävalenz ab 15 Jahren 29,6% und die Prävalenz für die letzten zwölf Monate 6,3% (8,8% der Männer und 4,0% der Frauen) (Gmel et al., 2013). Die Autorinnen und Autoren der Studie weisen darauf hin, dass eine Unterschätzung dieser Zahlen nicht auszuschliessen ist, da der Cannabiskonsum verboten ist und Personen in den Interviews somit zögern, diesen zu erwähnen. Die telefonisch durchgeführte SGB 2012 unterschätzt deshalb wahrscheinlich auch den effektiven Cannabiskonsum.

Zunahme der Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum

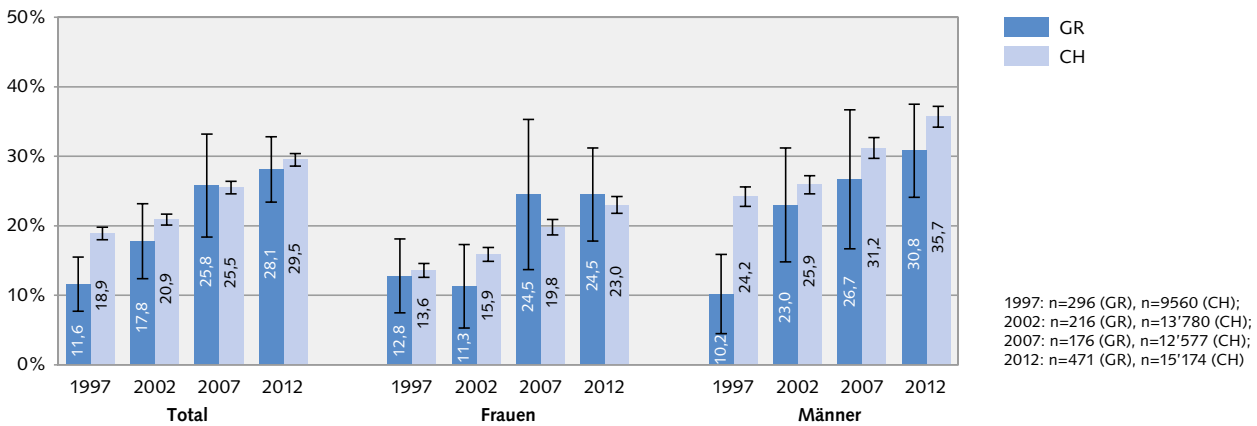
Gemäss SGB ist in der Schweiz die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum bei Personen zwischen 15 und 59 Jahren mit jeder Befragungsrunde signifikant gestiegen, von 18,9% im Jahr 1997 auf 29,5% im Jahr 2012 (Abb. 3.24). Auch im Kanton Graubünden ist zwischen 1997 und 2012 ein signifikanter Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten (von 11,6% auf 28,1%). Geschlechterspezifisch verläuft die zeitliche Entwicklung des Cannabiskonsums sehr ähnlich, Männer weisen insgesamt aber eine höhere Lebenszeitprävalenz aus als Frauen (für die Schweiz signifikant). Für den Kanton Graubünden lassen sich kaum signifikante Unterschiede im Vergleich zur Schweiz feststellen. Nur im Jahr 1997 war die Lebenszeitprävalenz bei den Bündner Männern signifikant tiefer als im Schweizer Durchschnitt.

6,6% der Schweizer Bevölkerung geben 2012 an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben (Abb. 3.25).

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

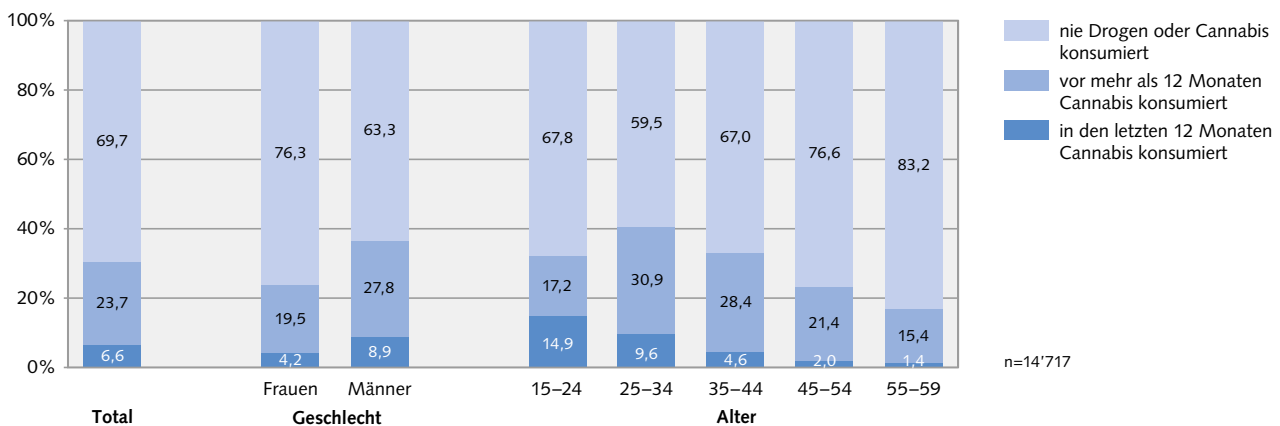
Im Kanton Graubünden konsumierte 5,4% der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis. Im Vergleich zur gesamten Schweiz sind dabei keine statistisch signifikanten Unterschiede festzustellen. Der Geschlechterunterschied innerhalb des Kantons

Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 1997–2012 (15- bis 59-jährige Personen) Abb. 3.24



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007, 2012 © Obsan 2015

Cannabiskonsum, nach Geschlecht und Alter, Schweiz, 2012 (15- bis 59-jährige Personen) Abb. 3.25



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 © Obsan 2015

ist ebenfalls nicht signifikant. Nur die Altersgruppen unterscheiden sich signifikant: So ist zum Beispiel – ähnlich wie in der Schweiz insgesamt – die Jahresprävalenz des Cannabiskonsums bei den 15- bis 24-Jährigen signifikant höher als bei den 45- bis 59-Jährigen.

3.4.5 Medikamentenkonsum

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

Um Stress in der Schule oder bei der Arbeit zu bewältigen, nehmen einige Personen psychotrope Medikamente wie Beruhigungsmittel, Schlaftabletten und Antidepressiva ein. Eine längere Verwendung von solchen Medikamenten kann zu Abhängigkeiten führen und ist mit Risiken, insbesondere in Bezug auf das Erinnerungsvermögen und die psychomotorische Koordination,

verbunden (Lader, 2011). Schmerzmittel, von welchen einige zur Kategorie der Opiate gehören, haben ebenfalls ein erhöhtes Suchtpotenzial.

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

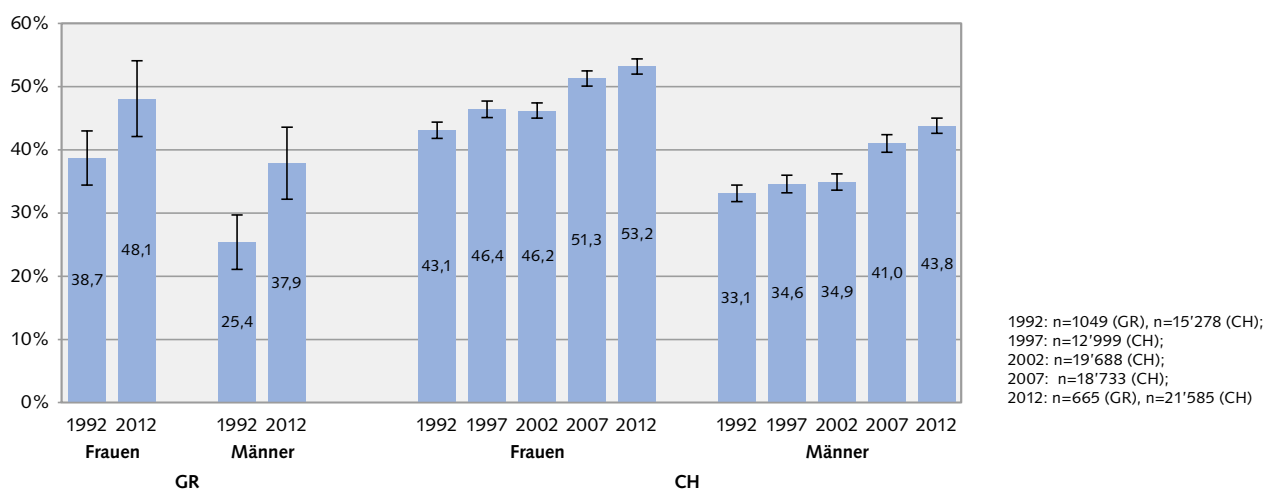
In der SGB wird ein «genereller Medikamentenkonsum» mit der Frage nach der Einnahme irgendeines Medikamentes in den letzten sieben Tagen vor der Befragung erhoben. Daneben wird u.a. auch der Konsum von vier psychotropen Medikamenten befragt: Schmerzmittel (Anhang A-3.8), Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Antidepressiva (Anhang A-3.9).

Unterdurchschnittlicher Medikamentenkonsum im Kanton Graubünden

Im Jahr 2012 haben gut zwei von fünf interviewte Personen im Kanton Graubünden in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert (42,6%). Der entsprechende Schweizer Anteil liegt mit 48,6% signifikant über dem Bündner Wert (Abb. 3.27). In den letzten 20 Jahren hat sich der Anteil der Bevölkerung mit generellem Medikamentenkonsum deutlich erhöht.

Medikamentenkonsum, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 1992–2012 (letzte 7 Tage)

Abb. 3.26

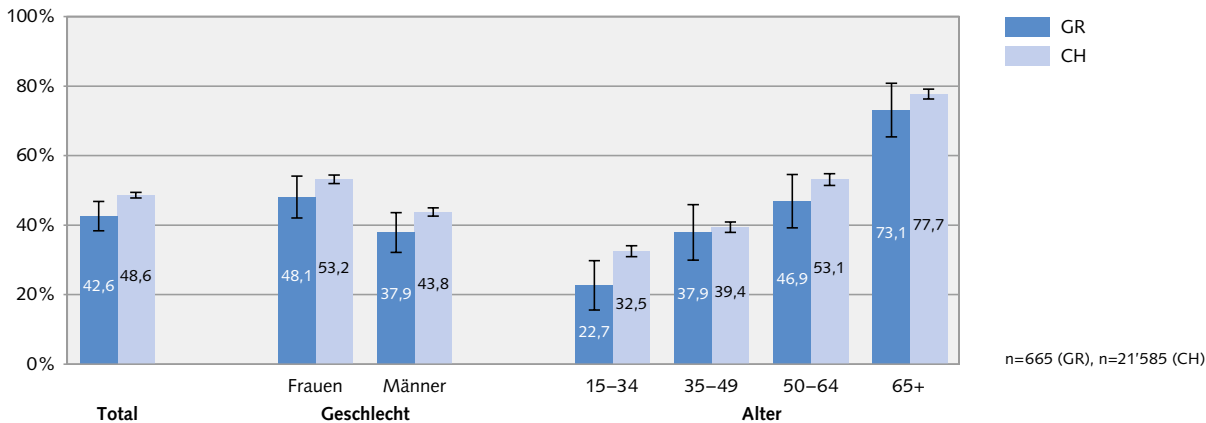


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

Medikamentenkonsument, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (letzte 7 Tage)

Abb. 3.27

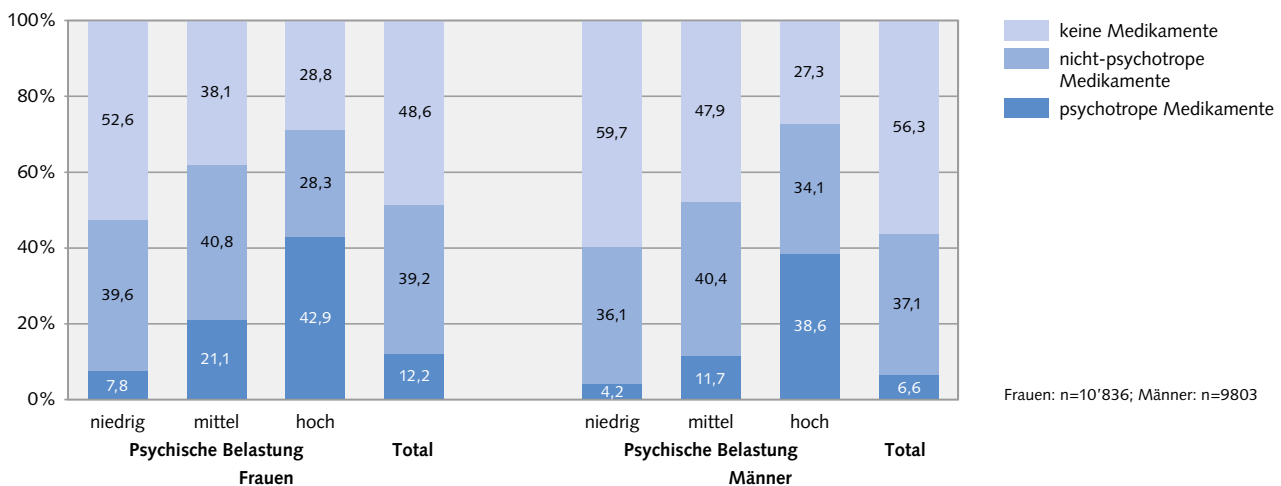


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 3.28



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

In der gesamten Schweiz ist dieser Anteil sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern um rund 10 Prozentpunkte gestiegen (Abb. 3.26). Auch im Kanton Graubünden hat sich zwischen 1992 und 2012 der Medikamentenkonsument erhöht, diese Zunahme ist jedoch nur bei den Männern statistisch signifikant.

Frauen weisen einen höheren Medikamentenkonsument auf als Männer (Abb. 3.27). Während 53,2% der Schweizerinnen in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen haben, liegt dieser Anteil bei den Schweizern lediglich bei 43,8%. Im Kanton Graubünden zeigen sich auf einem tieferen Niveau ähnliche Geschlechterunterschiede, welche aber weder

zwischen den Geschlechtern noch gegenüber den entsprechenden schweizerischen Durchschnittswerten signifikant unterschiedlich sind. Bezüglich Alter lassen sich hingegen im Kanton signifikante Unterschiede feststellen. So nahmen 22,7% der 15- bis 34-jährigen Bündnerinnen und Bündner, jedoch 46,9% der 50- bis 64-jährigen und rund drei Viertel der 65-Jährigen und Älteren (73,1%) in der Woche vor der Befragung irgendwelche Medikamente ein. Der niedrigere Medikamentenkonsument im Vergleich zur Schweiz zeigt sich am deutlichsten bei den 15- bis 34-jährigen Bündnerinnen und Bündner (Unterschied signifikant).

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

In der Schweiz hat sich der Anteil Personen mit wöchentlichem Schmerzmittelkonsum in den letzten 20 Jahren von 12,4% auf 23,4% fast verdoppelt (Anhang A-3.8). Auch im Kanton Graubünden ist eine Verdoppelung zu verzeichnen. Die Anteile liegen jedoch mit 9,4% im Jahr 1992 und 18,1% im Jahr 2012 einige Prozentpunkte unter dem schweizerischen Durchschnittswert. 4,3% der Schweizerinnen und Schweizer (Graubünden: 3,4%) nahmen in der Woche vor der Befragung Beruhigungsmittel ein, 5,3% (Graubünden: 5,9%) konsumierten Schlafmittel und 4,1% (Graubünden: 3,0%) Antidepressiva (Anhang A-3.9). Der Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln ist gesamtschweizerisch seit 1992 stabil geblieben (Antidepressiva werden erst ab 2007 in der SGB erhoben).

Ein wöchentlicher Konsum von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie von Antidepressiva kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern: Die Geschlechterunterschiede sind jedoch nur auf Schweizer Ebene signifikant. Im Vergleich zur Schweiz ist ausserdem ein signifikant niedrigerer Konsum von Schmerzmitteln bei Bündnerinnen (21,4%) gegenüber Schweizerinnen (28,4%) festzustellen.

Abbildung 3.28 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und dem Medikamentenkonsum in der Schweizer Bevölkerung. Wie zu erwarten, nehmen Frauen und Männer mit hoher psychischer Belastung signifikant häufiger Psychopharmaka ein als jene, die nicht oder nur unter leichter psychischer Belastung leiden. Bei den Männern bleibt der Konsum nicht-psychotroper Medikamente bei unterschiedlichen psychischen Belastungen in etwa gleich hoch. Demgegenüber fällt bei den Frauen mit hoher psychischer Belastung der Anteil Konsumentinnen nicht-psychotroper Medikamente signifikant niedriger aus als bei den Frauen mit nur niedriger oder mittlerer psychischer Belastung. Unabhängig von der psychischen Belastung (Totalwerte in Abbildung 3.28) nehmen Frauen häufiger psychotrope Medikamente ein als Männer. Der Geschlechterunterschied ist nur bei Personen mit hoher psychischer Belastung statistisch nicht signifikant.

3.5 Zusammenfassung

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

Wie in der Gesamtschweiz achtet die grosse Mehrheit der Bündner Bevölkerung auf ihre Gesundheit. Lediglich ein Anteil von 12,9% der Bündnerinnen und Bündner ist bezüglich der eigenen Gesundheit unbekümmert (Schweiz: 14,4%). Trotzdem ist ein wesentlicher Teil der Bevölkerung des Kantons Graubünden (40,4%) und der Schweiz (42,2%) von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen. Männer sind dabei häufiger übergewichtig als Frauen. Der Anteil Übergewichtiger (inkl. Adipositas) ist zwischen 1992 und 2012 zudem um rund 10 Prozentpunkte gestiegen, dies sowohl im Kanton Graubünden wie auch in der gesamten Schweiz.

Bündner Männer achten signifikant seltener auf ihre Ernährung als Bündner Frauen (56,9% vs. 79,9%), und auch die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» wird von den Männern (8,1%) deutlich weniger in vollständiger Form befolgt als von den Frauen (25,6%). Ältere Personen nehmen dabei mehr Früchte und/oder Gemüse zu sich als jüngere. Im Vergleich zur Gesamtschweiz ist im Kanton Graubünden ein niedrigerer Konsum von Fisch und ein höherer Konsum von Milchprodukten zu verzeichnen. Von einem ungenügenden nicht-alkoholischen Flüssigkeitskonsum sind zwar weniger Bündnerinnen und Bündner als Schweizerinnen und Schweizer betroffen; trotzdem trinkt rund ein Fünftel der Kantonsbevölkerung nicht genug (22,4%).

Im Kanton Graubünden sind 76,7% und in der Schweiz 72,5% der Bevölkerung körperlich ausreichend aktiv. Während dieser Anteil der ausreichend aktiven Personen im Kanton Graubünden zwischen 2002 und 2012 stabil geblieben ist, lässt sich auf gesamtschweizerischer Ebene ein deutlicher Anstieg dieses Anteils um rund 10 Prozentpunkte feststellen. Im Gegenzug ist der Anteil der Inaktiven in der Schweiz im selben Zeitraum von 18,4% auf 10,7% gesunken.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher im Kanton Graubünden entspricht mit 27,4% etwa dem Schweizer Durchschnitt von 28,2%. Während sich der Raucheranteil zwischen 1992 und 2012 bei den Frauen auf rund ein Viertel stabilisiert hat, ist der Anteil Raucher

auf gesamtschweizerischer Ebene leicht von 36,5% auf 32,4% zurückgegangen. Im Kanton Graubünden ist eine ähnliche Entwicklung bei den Männern zu beobachten, wobei der Unterschied zwischen 1992 und 2012 nicht signifikant ist. Ebenfalls rückläufig seit 1992 ist der starke Zigarettenkonsum (20 und mehr Zigaretten pro Tag). Der Anteil Raucherinnen mit starkem Zigarettenkonsum hat sich in der Schweiz von 32,4% auf 17,7% im Jahr 2012 fast halbiert und bei den Männern von 48,0% auf 28,0% reduziert. Ein deutlicher Rückgang ist ausserdem bei der Belastung durch Passivrauch zu verzeichnen (mindestens eine Stunde pro Tag), wo sich der Anteil betroffener Personen in der Schweiz von 31,4% im Jahr 2002 auf 6,1% im Jahr 2012 verringert hat.

Beim Alkoholkonsum zeigt sich in der gesamten Schweiz ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren rund doppelt so häufig täglich Alkohol wie Frauen. Im Kanton Graubünden ist im Jahr 2012 hingegen kein Geschlechterunterschied beim täglichen Alkoholkonsum zu erkennen. Die Anteile belaufen sich hier auf 8,7% bei den Bündnerinnen und 9,8% bei den Bündnern. Zu erwähnen ist allerdings, dass im Kanton Graubünden – wie in der Schweiz insgesamt – innerhalb von 20 Jahren eine Angleichung zwischen den Geschlechtern stattgefunden hat, welche primär auf das Konsumverhalten der Männer zurückzuführen ist (Rückgang des täglichen hin zu seltenerem Alkoholkonsum). Sowohl im Kanton Graubünden wie in der Schweiz sind zudem Generationenunterschiede zu erkennen: Während insbesondere ältere Personen täglich Alkohol konsumieren, ist bei der jüngeren Generation eher das Rauschtrinken problematisch.

Zwischen 1997 und 2012 hat die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum für Personen zwischen 15 und 59 Jahren sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Schweiz stark zugenommen; von 11,6% auf 28,1% im Kanton Graubünden und von 18,9% auf 29,5% in der Schweiz. In Bezug auf den aktuellen Konsum haben 5,4% der Bündner und 6,6% der Schweizer Bevölkerung in den zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert.

Der Konsum von Medikamenten in der Woche vor der Befragung ist im Kanton Graubünden (42,6%) seltener als in der Schweiz (48,6%). Frauen nehmen häufiger Medikamente ein als Männer (im Kanton Graubünden nicht signifikant) und wie erwartet nimmt der Medikamentenkonsum mit steigendem Alter deutlich zu. Der Anteil der Bevölkerung mit wöchentlichem Medikamentenkonsum ist zwischen 1992 und 2012 im Kanton Graubünden und in der Schweiz um je rund 10 Prozentpunkte gestiegen, wobei insbesondere eine Verdoppelung beim Konsum von Schmerzmitteln zu verzeichnen ist.

4 Gesundheitliche Aspekte im Wohn- und Arbeitsumfeld

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. In Unterkapitel 1.4 wurde gezeigt, dass strukturelle Determinanten (soziale, ökonomische und politische Faktoren sowie die sozio-ökonomische Position) zusammen mit intermediären Determinanten (Lebens- und Arbeitsbedingungen, verhaltensbezogene Faktoren, psychosoziale Faktoren) auf die Gesundheit jedes Einzelnen wirken. Vorliegendes Kapitel behandelt zentrale Aspekte des Wohn- und Arbeitsumfelds und deren spezifischen Auswirkungen auf die Gesundheit. Hierfür werden wiederum die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB), primär jene des Jahres 2012, ausgewertet. Im ersten Unterkapitel (4.1) werden die Störungen im Wohnbereich untersucht, während sich das zweite Unterkapitel (4.2) mit gesundheitsbezogenen Aspekten des Arbeitslebens im Kanton Graubünden beschäftigt.

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

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

bei Erwachsenen zu 1000 Fällen chronischer Bronchitis führt und Gesundheitskosten in der Höhe von schätzungsweise 5,1 Milliarden Franken verursacht. Das Verkehrsaufkommen aufgrund der stark befahrenen Nord-Süd-Achse dürfte ausserdem im Zusammenhang mit Atemwegkrankungen eine wichtige Rolle spielen. So haben Hazenkamp-von Arx et al. (2011) für zehn Gemeinden nahe einer stark befahrenen Autobahn (darunter Chur) eine schlechtere Gesundheit der Atemwege von Erwachsenen als in städtischen Gebieten festgestellt.

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

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

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

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

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

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

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

Ungünstige Arbeitsbedingungen korrelieren mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren wie körperliche und psychische Beschwerden. Mit der Exposition gegenüber mehreren physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen erhöht sich auch der Anteil Personen mit schlechtem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand (BFS, 2014a). Allerdings weist die französische Forschungseinrichtung «*Collège d'expertise*» (2011) darauf hin, dass belastende Arbeitsbedingungen nicht per se ein Gesundheitsrisiko darstellen, sondern stark von den vorhandenen Entlastungs- und Schutzfaktoren der Erwerbstätigen beeinflusst werden. Dazu zählen u.a. Mitspracherecht, Unterstützung durch Arbeitskollegen und Führungskraft, gutes Führungsverhalten und angemessener Lohn (Grebner et al., 2011). Zentral sind ebenfalls eine angemessene *Work-Life-Balance* und eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

4.1 Störungen im Wohnbereich

Während im Schweizer Mittel 56,2% der befragten Personen gar keine Störungen im Wohnbereich erwähnen, liegt dieser Wert im Kanton Graubünden mit 63,6% höher. Im Kanton Graubünden treten somit Störungen im Wohnbereich grundsätzlich seltener auf als in der Schweiz insgesamt. Zwischen 2007 und 2012 ist ein allgemeiner Rückgang der Störungen im Wohnbereich zu beobachten. Im Vergleich zu 2007 berichteten in der Schweiz 2012 mehr Personen von keinen Störungen und weniger Personen von zwei oder mehr Störungen im Wohnbereich. Im Kanton Graubünden ist eine ähnliche, rückläufige Entwicklung zu beobachten. Die Unterschiede zwischen den beiden Perioden sind aufgrund der kleineren Stichprobe hier jedoch nicht signifikant.

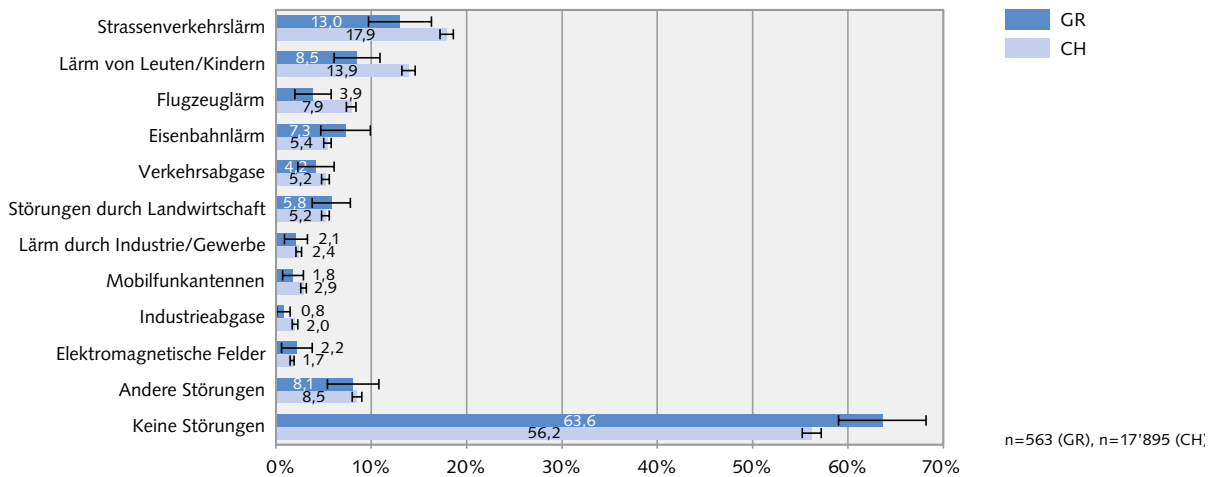
Strassenverkehrslärm ist die häufigste Störungsquelle

Abbildung 4.1 zeigt für das Jahr 2012 insgesamt elf verschiedene Störungsquellen im Wohnbereich. Als häufigste Störungsquelle wird der Strassenverkehrslärm genannt. Bündnerinnen und Bündner sind mit 13,0% jedoch weniger häufig davon betroffen als Schweizerinnen und Schweizer (17,9%). Alle übrigen Störungen im Wohnbereich werden von weniger als 10% der befragten Bündnerinnen und Bündner erwähnt. Dabei fällt auf, dass die Mehrzahl der entsprechenden Werte tendenziell unter den Werten der Gesamtschweiz liegt. Lärm verursacht von Leuten und Kindern (8,5%), von Flugzeugen (3,9%) und Industrieabgase (0,8%) werden, wie beim Strassenverkehrslärm, signifikant weniger häufig genannt als in der gesamten Schweiz.

Auf Ebene Gesamtschweiz ist ein Zusammenhang zwischen der Anzahl Störungen im Wohnbereich und dem Alter, dem Urbanisierungsgrad und der Wohnform der Befragten zu erkennen (Abb. 4.2). So nimmt die Mehrfachbelastung im Wohnbereich mit steigendem Alter zu, von 15,1% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 23,7% bei den über 65-Jährigen. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass ältere Menschen möglicherweise ein sensibleres Störungsempfinden haben als jüngere. Andererseits verbringen ältere Personen mehr Zeit im Wohnbereich, weshalb vorhandene Störungen auch häufiger wahrgenommen werden.

In ländlichen Gegenden der Schweiz werden im Wohnbereich deutlich weniger Störungen empfunden als in urbanen Regionen. 61,4% der Bewohnerinnen und

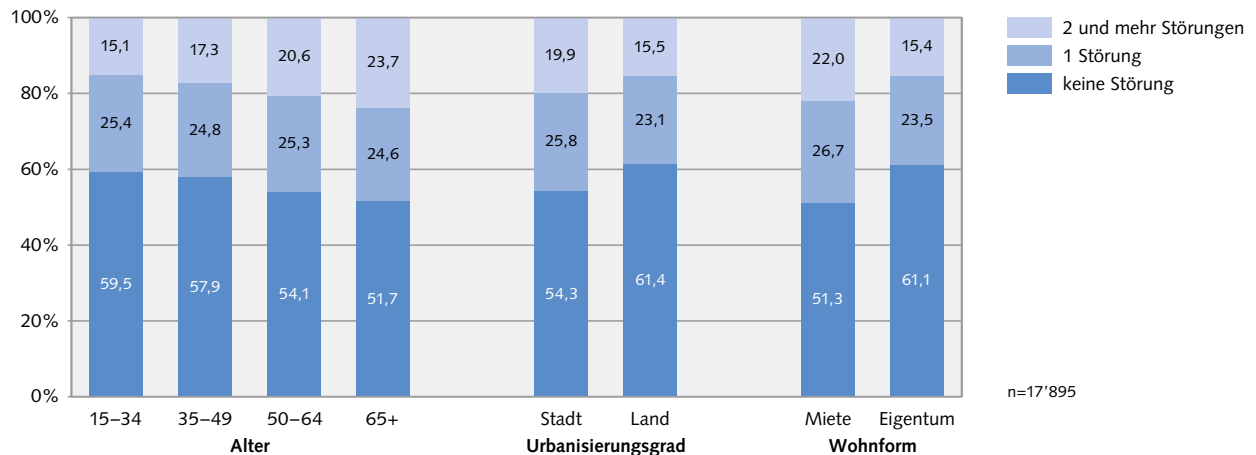
Störungen im Wohnbereich, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 **Abb. 4.1**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Störungen im Wohnbereich, nach Alter, Urbanisierungsgrad und Wohnform, Schweiz, 2012 **Abb. 4.2**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bewohner ländlicher Regionen fühlen sich im Wohnbereich ungestört (Stadt 54,4%), 23,1% geben eine Störung an (Stadt 25,8%) und 15,5% sind im Wohnbereich zwei oder mehr Störungen ausgesetzt (Stadt 19,9%). Auch weisen Mieterinnen und Mieter in der Schweiz häufiger auf Störungen im Wohnbereich hin als Eigentümerinnen und Eigentümer. Dabei dürfte zumindest teilweise ein Zusammenhang zwischen dem Urbanisierungsgrad und der Wohnform bestehen, weil in ländlichen Gebieten die Wohneigentumsquote höher ist als in städtischen Gebieten.

Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnumfeld und Gesundheit in der Schweiz

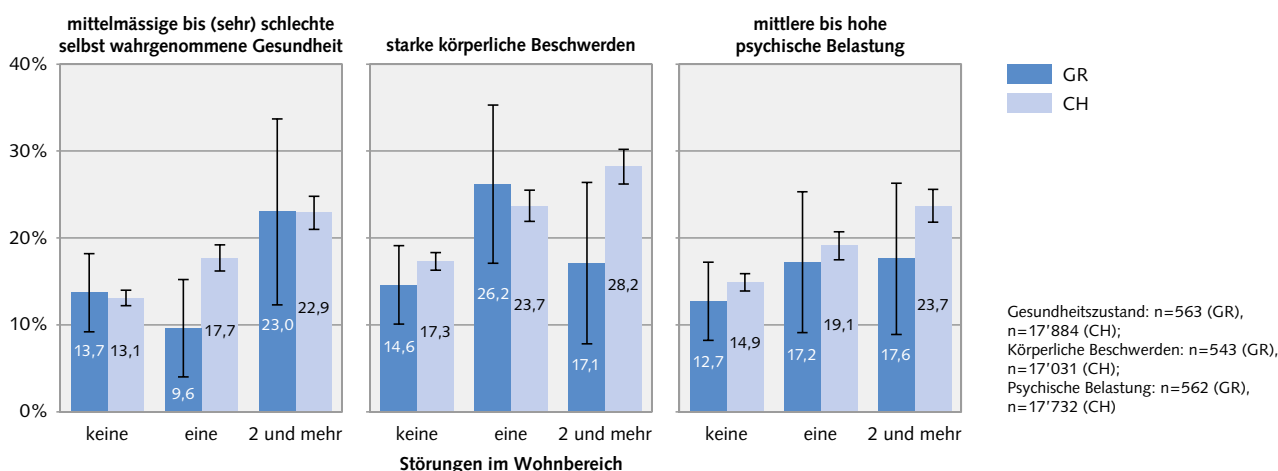
Abbildung 4.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl vorhandener Störungen im Wohnbereich und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit. Dabei wird in den Säulen jeweils der Anteil Personen mit einer negativen Ausprägung bei bestimmten Gesundheitsindikatoren angegeben. Der Anteil für die positive Ausprägung («gesunde» Personen) ergibt sich dementsprechend aus der Differenz zu 100%. Beispielsweise berichten 13,1% der Schweizerinnen und Schweizer, die keine Störungen im Wohnbereich empfinden, von einem mittelmässigen bis sehr schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand im Jahr 2012. Dementsprechend geben 86,9% (100% minus 13,1%) dieser Personen einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand an.

In der Schweiz lässt sich generell ein Zusammenhang zwischen einem negativem Gesundheitszustand und mehr Störungen im Wohnbereich feststellen. Personen, welche zwei oder mehr Störungen im Wohnbereich angeben, haben den schlechtesten Gesundheitszustand. Hier berichtet rund ein Viertel der Schweizerinnen und Schweizer über einen mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand (22,9%), über starke körperliche Beschwerden (28,2%) oder über eine mittlere bis hohe psychische Belastung (23,7%). Im Kanton Graubünden sind die Unterschiede zwischen Personen mit und solche ohne Störungen im Wohnbereich nicht deutlich. Wegen der kleineren Stichprobe im Kanton sind die Konfidenzintervalle und dementsprechend die statistischen Unsicherheiten grösser.

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

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

Abb. 4.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

4.2 Arbeit und Gesundheit

Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich und gilt demzufolge als wichtige Determinante der Gesundheit. Vorliegendes Unterkapitel beschreibt verschiedene Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit. Im ersten Abschnitt (4.2.1) werden generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit beleuchtet. Abschnitt 4.2.2 behandelt die physischen Belastungen und Abschnitt 4.2.3 die psychosozialen Risiken bei der Arbeit für die 15- bis 64-jährige Erwerbsbevölkerung. Im letzten Abschnitt (4.2.4) werden Arbeitszeiten und Mehrfachbelastungen bei der Arbeit diskutiert.

4.2.1 Generelle Aspekte von Arbeit und Gesundheit

Erwerbstätige fühlen sich gesünder als Nichterwerbstätige

Erwerbstätige haben generell eine bessere Gesundheit als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose. Dies zeigt Abbildung 4.4, die den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand nach Arbeitsmarktstatus abbildet. In der Schweiz berichten 89,2% der Erwerbstätigen und 69,5% der Nichterwerbstätigen von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand. Im Kanton Graubünden sind diese Anteile mit 91,5% und 72,4% etwas höher; der Unterschied zur Schweiz ist jedoch nicht signifikant.

Die Vollzeit-erwerbstätigen fühlen sich in der gesamten Schweiz am gesündesten. Den schlechtesten Gesundheitszustand weist hingegen die Gruppe der «übrigen Nichterwerbspersonen» aus, von welchen rund jede sechste Person einen schlechten bis sehr schlechten und

ebenfalls jede sechste Person einen nur mittelmässigen Gesundheitszustand angibt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass diese Gruppe auch invalide Personen umfasst. Altersrentnerinnen und -rentner berichten auch häufig von einem mittelmässigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand (34,6%), was aber vorwiegend auf das Alter der befragten Personen zurückzuführen ist. Hausfrauen und -männer sowie Arbeitslose fühlen sich im Vergleich zu den Rentnerinnen und Rentnern bzw. den übrigen Nichterwerbstätigen in der Schweiz gesünder. Jedoch ist der Anteil Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand bei diesen beiden Gruppen im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung signifikant tiefer.

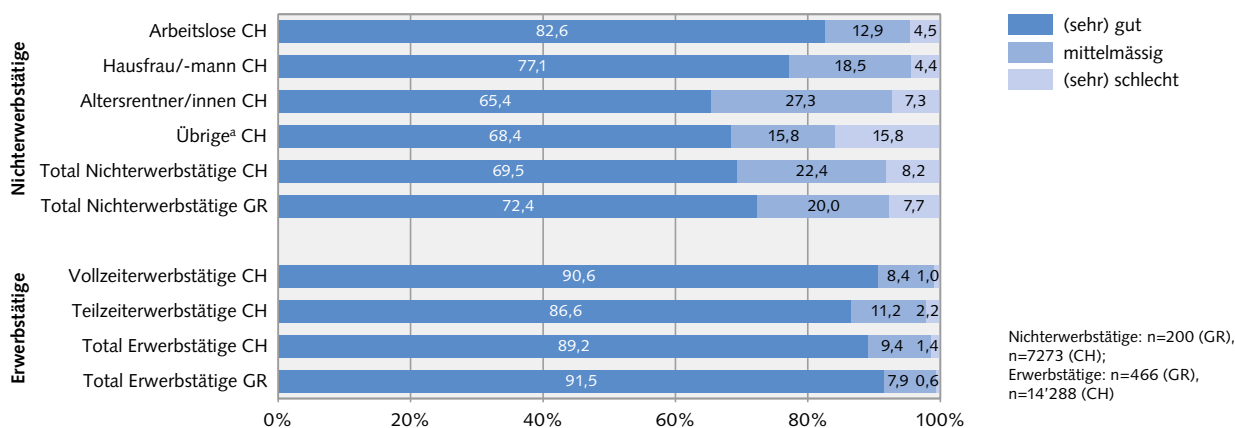
Je älter die Personen, umso positivere Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit

In der SGB 2012 wurde im Telefoninterview zum ersten Mal direkt gefragt, ob und wie sich die Arbeit auf die Gesundheit auswirkt. Über die Hälfte (55,5%) der Bänderinnen und Bänder weist auf eine hauptsächlich positive Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit hin, während 8,0% einen negativen Einfluss und 36,6% keinen Einfluss nennen (Abb. 4.5). Die Befragten im Kanton Graubünden geben häufiger eine positive Auswirkung an als im Durchschnitt der Schweiz (46,2%).

Für die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit ist in der Schweiz ein Alterseffekt beobachtbar: Je älter die Erwerbstätigen sind, desto häufiger wird ein positiver Effekt von Arbeit genannt. Am positivsten äussern sich die 65-jährigen und älteren Erwerbstätigen (74,4%),

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

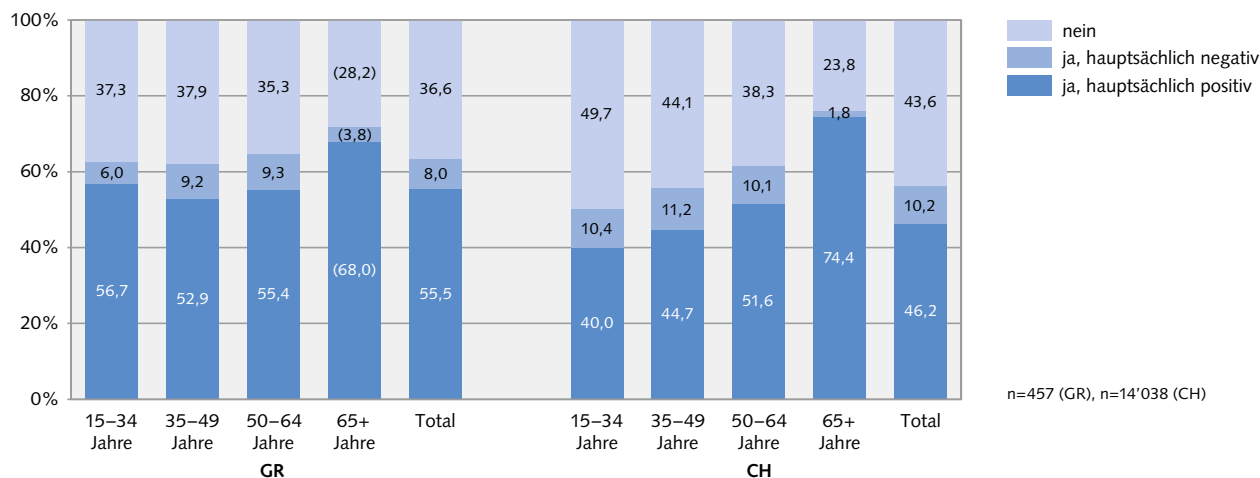
Abb. 4.4



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

Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit, nach Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (Erwerbstätige)

Abb. 4.5



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

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

was sicherlich darauf zurückzuführen ist, dass diese Personen ihre Erwerbstätigkeit freiwillig über das Rentenalter hinaus fortgeführt haben. Im Kanton Graubünden sind zwischen den 15-jährigen bis 64-jährigen Erwerbstätigen hingegen keine signifikanten Unterschiede zu erkennen. Der höhere Anteil der 65-jährigen und älteren Erwerbstätigen beruht im Kanton Graubünden auf eine kleine Fallzahl (18 Antwortende). Die statistische Aussagekraft ist hier deshalb eingeschränkt.

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation hat zugenommen

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ist ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität. Die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ist sowohl im Kanton Graubünden als auch gesamtschweizerisch sehr hoch (Abb. 4.6). Gut drei Viertel der Bündnerinnen und Bündner und über zwei Drittel der Schweizerinnen und Schweizer sind mit ihrer Arbeitssituation sehr oder ausserordentlich zufrieden. 16,5% (Graubünden) bzw. 20,2% (Schweiz) sind ziemlich zufrieden. 5,2% der Bündner und 7,1% der Schweizer Bevölkerung sind teils zufrieden und teils unzufrieden. Lediglich 1,8% (Schweiz 4,5%) äussern sich als ziemlich, sehr oder ausserordentlich unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation.

Im vergangenen Jahrzehnt ist der Anteil der mit der Arbeit sehr oder ausserordentlich Zufriedenen im Kanton Graubünden und in der Schweiz stark angestiegen. Bezeichneten sich 2002 noch 49,5% der Schweizerinnen und Schweizer als sehr oder ausserordentlich zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, waren es 2007 bereits 65,8%

und 2012 68,1% der Befragten. Im Kanton Graubünden hat dieser Anteil von 53,3% im Jahr 2002 auf 76,5% im Jahr 2012 zugenommen. Dieser Anstieg geht jedoch weniger auf Kosten der unzufriedenen Personen, sondern ergibt sich hauptsächlich aus der Abnahme der «nur» ziemlich zufriedenen Personen.

4.2.2 Physische Belastungen bei der Arbeit

Im vorherigen Abschnitt konnte gezeigt werden, dass sich die erwerbstätigen Bündnerinnen und Bündner einer guten Gesundheit erfreuen, über eine mehrheitlich positive Auswirkung der Arbeit auf die Gesundheit berichten und sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind. Allerdings können sich gewisse Arbeitsbedingungen auch negativ auf die Gesundheit der einzelnen Menschen auswirken. Vorliegender Abschnitt untersucht deshalb verschiedene physische Belastungen und Abschnitt 4.2.3 verschiedene psychosoziale Belastungen bei der Arbeit. Berücksichtigt wird dabei die 15- bis 64-jährige erwerbstätige Bevölkerung.

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

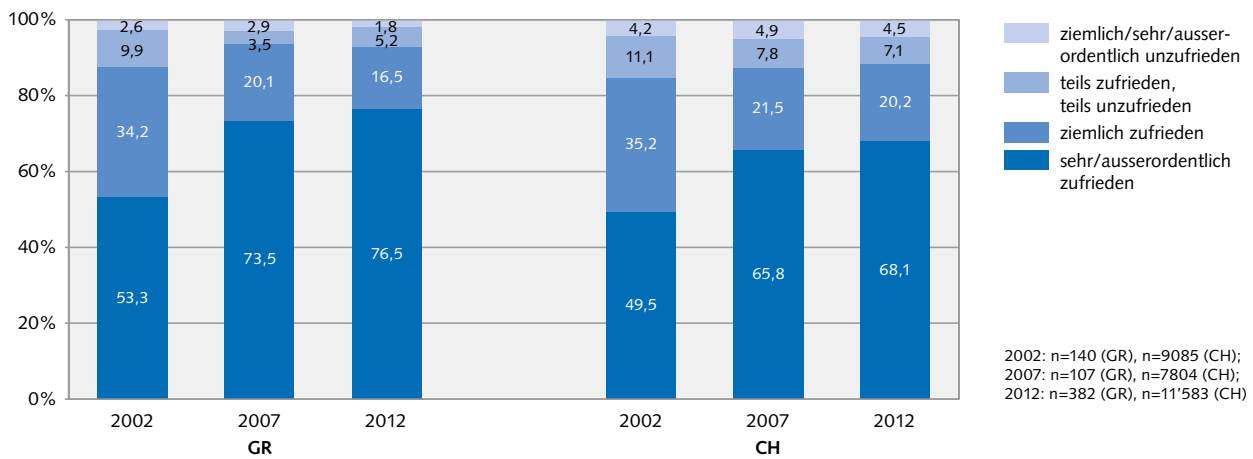
In der SGB 2012 wurden elf verschiedene physische Belastungen bei der Arbeit erhoben. Darunter fallen sowohl ergonomische Risiken (Stehen, stets gleiche Bewegungen, schmerzhaft/ermüdende Körperhaltungen etc.), umgebungs- und umweltbedingte Risikofaktoren (Lärm, hohe oder niedrige Temperaturen) als auch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

Ergonomische Arbeitsbelastungen am häufigsten genannt

76,9% der Bündnerinnen und 70,4% der Bündner berichten, während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit zu stehen und 61,3% der Bündner Frauen bzw. 62,6% der Bündner Männer machen stets gleiche Bewegungen (Hand- oder Armbewegungen). Für einige physische Belastungen lassen sich deutliche Geschlechterunterschiede feststellen. So sind Männer häufiger starkem Lärm, hohen oder niedrigen Temperaturen, schädlichen oder giftigen Substanzen und Vibrationen ausgesetzt. Sie müssen ebenfalls öfter schwere Lasten tragen oder

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

Abb. 4.6

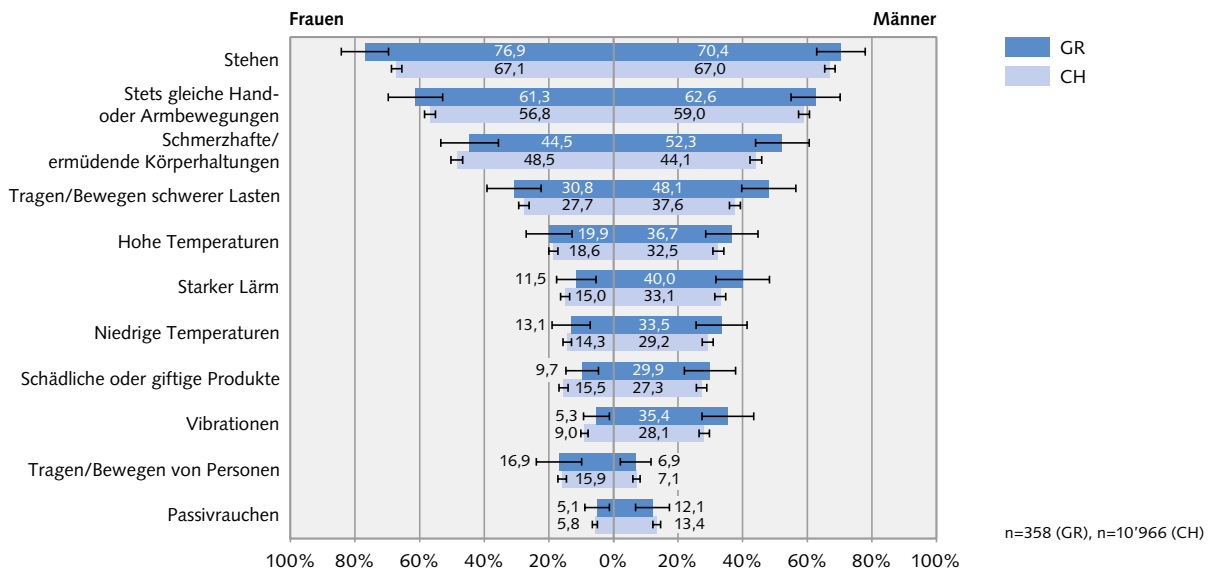


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 4.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

bewegen. Frauen ihrerseits tragen bzw. bewegen häufiger Personen, was vermutlich mit vermehrter Pflegetätigkeit im Gesundheitswesen erklärt werden kann. Allerdings ist der Unterschied hier nur auf der Ebene der Gesamtschweiz signifikant.

Bei den untersuchten physischen Arbeitsbelastungen finden sich fast keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Kanton Graubünden und dem Durchschnitt der Schweiz. Auf das Tragen oder Bewegen schwerer Lasten weisen Bündner Männer signifikant häufiger hin als Schweizer Männer. Dies dürfte teilweise auf den im Vergleich zur Schweiz höheren Anteil an landwirtschaftlichen Arbeitsplätzen im Kanton Graubünden zurückzuführen sein (vgl. Beschäftigungsstruktur in Tab. 1.4). Während der Arbeit stehen Bündnerinnen zudem signifikant häufiger als Schweizerinnen.

In der fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Eurofound, 2012) sowie in der Publikation zur Arbeit und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung (BFS, 2014a) wurden neun der oben dargestellten elf physischen Risiken zu einem Indikator mit drei Abstufungen zusammengefasst. Überträgt man dies auf den Kanton Graubünden, so haben im Jahr 2012 8,7% der Bündnerinnen und Bündner keine physischen Arbeitsbelastungen von mindestens einem Viertel der Arbeitszeit, 32,0% weisen eine oder zwei physische Risiken auf und 59,3% berichten von drei oder mehr physischen Belastungen. Im Schweizer Durchschnitt ist der Anteil Personen ohne physische Arbeitsbelastungen höher (12,6%) und der Anteil Personen mit drei oder mehr physischen Belastungen tiefer (51,2%) als im Kanton Graubünden.

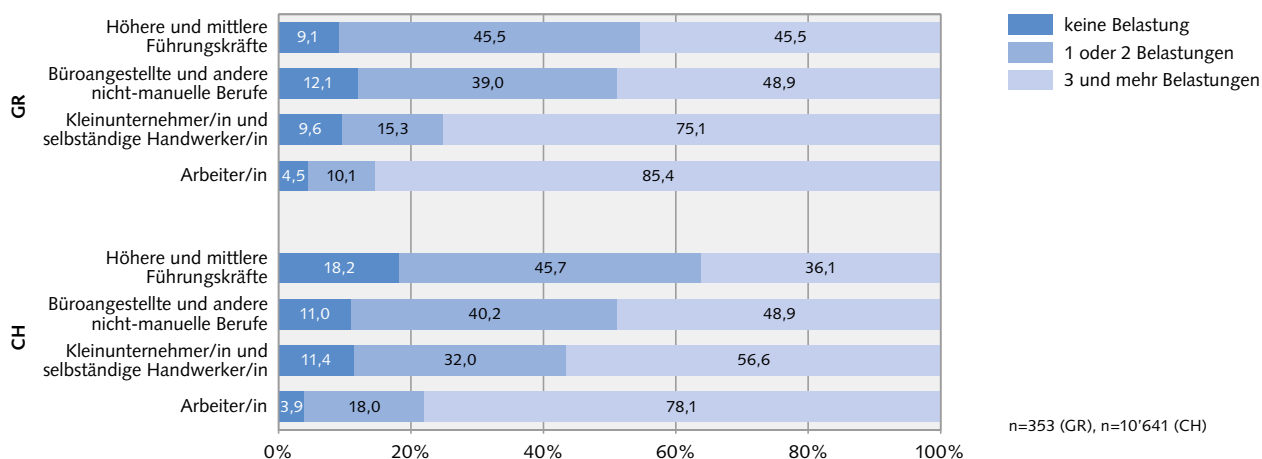
Physische Arbeitsbelastungen kommen im gewerblichen und industriellen Sektor häufiger vor als im Dienstleistungssektor

Nach sozioprofessioneller Kategorie lassen sich Unterschiede zwischen Arbeitenden der verschiedenen Sektoren erkennen. Personen mit einer mittleren bis hohen Führungsfunktion und solche mit einer nicht-manuellen Berufstätigkeit sind seltener von drei oder mehr physischen Belastungen bei der Arbeit betroffen als Personen, die im gewerblichen/industriellen Sektor arbeiten (45,5% und 48,9% gegenüber 75,1% und 85,4% im Kanton Graubünden). Umgekehrt berichten Personen mit Führungsfunktion und solche mit nicht-manueller Berufstätigkeit häufiger, bis maximal zwei physischen Belastungen während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit ausgesetzt zu sein. In der Gesamtschweiz ist eine ähnliche Tendenz zu verzeichnen, wobei hier die Unterschiede der Anteile zwischen den sozioprofessionellen Kategorien weniger akzentuiert sind.

Je mehr physische Arbeitsbelastungen, umso schlechter die Gesundheit

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Interpretation der physischen Arbeitsbelastungen nach den Gesundheitsindikatoren «selbst wahrgenommene Gesundheit», «körperliche Beschwerden» und «psychische Belastung» im Kanton Graubünden schwierig. Generell fühlen sich Bündnerinnen und Bündner – ob physisch belastet oder nicht – gesünder als Personen im Schweizer Durchschnitt. Die Unterschiede sind allerdings nur selten signifikant. Zusätzlich sind im Kanton Graubünden bezüglich

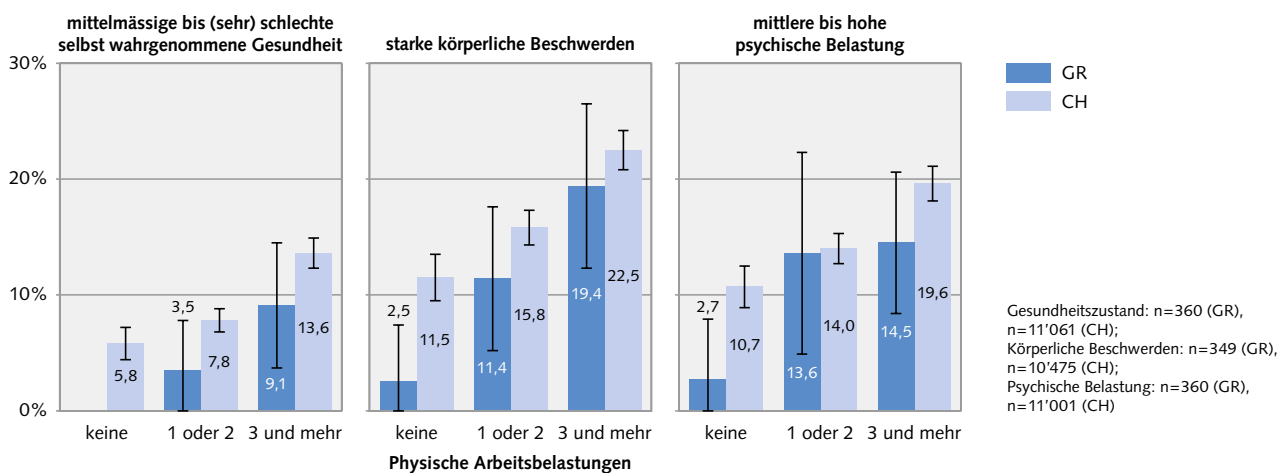
Physische Belastungen bei der Arbeit, nach sozioprofessioneller Kategorie, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.8



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Physische Belastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) **Abb. 4.9**



Gesundheitsindikatoren kaum Unterschiede zwischen dem Ausmass physischer Arbeitsbelastungen zu beobachten, weshalb nachfolgend lediglich die Ergebnisse der Schweiz kommentiert werden (Abb. 4.9).

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

4.2.3 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit

Neben physischen Arbeitsbelastungen gibt es auch psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, die sich aus der Interaktion zwischen Menschen und des Einzelnen mit seiner Arbeit (Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation) ergeben. Vorliegender Abschnitt stützt sich konzeptionell auf den Schweizer Bericht zu Arbeit und Gesundheit (BFS, 2014a) ab. Es werden acht verschiedene Gruppen von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit unterschieden, die sich insgesamt aus 32 Variablen bzw. Fragen der SGB zusammensetzen. Zusätzlich wird auch der Stress bei der Arbeit ausgewertet. Stress ist zwar

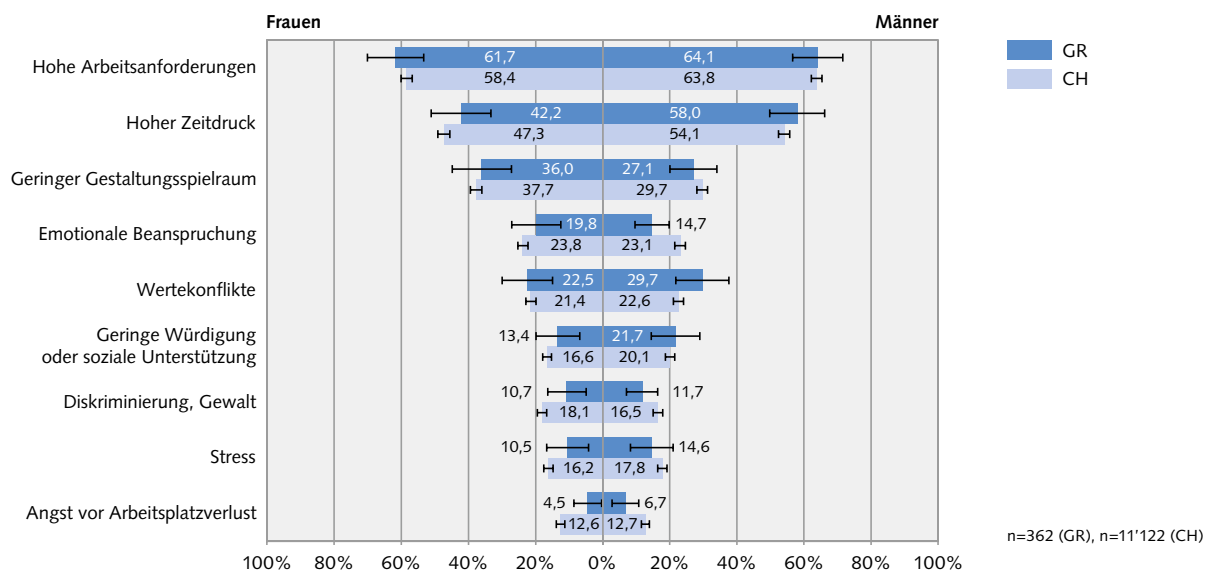
keine bestimmte Arbeitsbedingung, sondern ein Gefühlszustand der befragten Personen. Da es sich aber um einen gängigen Begriff in Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit handelt, wird die entsprechende Frage der SGB zum subjektiv empfundenen Stress hier ebenfalls ausgewertet.

Hohe Arbeitsanforderungen und hoher Zeitdruck als häufigste psychosoziale Belastungen

Abbildung 4.10 weist für den Kanton Graubünden und die Schweiz jeweils für Frauen und Männer den Anteil der Erwerbstätigen aus, die mindestens einer der in neun Indikatoren zusammengefassten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. 2012 waren 61,7% der Bündnerinnen und 64,1% der Bündner von einer hohen Arbeitsanforderung betroffen. Sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Schweiz berichten Frauen seltener von dieser Belastung als Männer, wobei der Unterschied nur in der Schweiz insgesamt signifikant ist. Schweizerinnen sind auch seltener hohem Zeitdruck ausgesetzt als Schweizer (Frauen: 47,3%; Männer: 54,1%). Umgekehrt sind mehr Frauen als Männer bei ihrer Arbeit mit einem geringen Gestaltungsspielraum konfrontiert: 37,7% der Schweizerinnen berichten von diesem Risikofaktor im Vergleich zu 29,7% der Schweizer.

Keine signifikanten Geschlechterunterschiede bestehen bei den Anteilen der Erwerbstätigen, die mit einem Wertekonflikt konfrontiert sind oder eine (erhöhte) emotionale Beanspruchung nennen. Von diesen beiden Belastungen sind im Schweizer Durchschnitt jede vierte bis fünfte Person und im Kanton Graubünden jede vierte bis

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

sechste Person betroffen. Die Analyse der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz ergibt, dass Schweizer Männer häufiger finden, ihre Arbeit werde zu wenig gewürdigt oder sozial unterstützt als Schweizer Frauen (20,1% gegenüber 16,6%).

Von Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz berichten im Jahr 2012 10,7% der erwerbstätigen Bündnerinnen (18,1% der Schweizerinnen) und 11,7% der erwerbstätigen Bündner (16,5% der Schweizer). Rund jede sechste Schweizerin und jeder sechste Schweizer ist bei der Arbeit zudem meistens oder gar immer von Stress betroffen. Im Kanton Graubünden belaufen sich diese Anteile auf 10,5% bei den Frauen und 14,6% bei den Männern. Schliesslich geben Bündnerinnen (4,5%) und Bündner (6,7%) signifikant seltener an, sich vor einem Verlust des Arbeitsplatzes zu fürchten als Schweizerinnen (12,6%) und Schweizer (12,7%).

Fasst man diese psychosozialen Belastungen (mit Ausnahme des Stresses) als Indikator zusammen, so sind im Kanton Graubünden 12,6% der befragten Personen von keinen psychosozialen Belastungen bei der Arbeit betroffen. 33,5% berichten von einer bis zwei, 32,1% von drei bis vier und gut ein Fünftel (21,9%) von fünf oder mehr Belastungen. Im Kanton Graubünden ist im Vergleich zur Gesamtschweiz nur in der Kategorie «fünf oder mehr Belastungen» ein signifikant tieferer Anteil zu verzeichnen (21,9% gegenüber 30,3%).

Weniger psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz bei den Selbständigerwerbenden

Nach sozioprofessioneller Kategorie fällt auf, dass Personen, welche eine selbständige Tätigkeit ausüben, seltener von psychosozialen Belastungen betroffen sind. So sind rund ein Viertel (26,1%) der Kleinunternehmenden und selbständigen Handwerkerinnen und Handwerker im Kanton Graubünden von gar keinen psychosozialen Belastungen bei der Arbeit betroffen und nur 13,9% berichten über fünf oder mehr Belastungen. In der gesamten Schweiz zeigt sich diesbezüglich ein ähnliches Bild und die Unterschiede gegenüber den anderen sozioprofessionellen Gruppen sind hier dank höherer Fallzahlen signifikant. Bezüglich dem Ausmass an psychosozialer Belastungen deuten die Ergebnisse somit auf einen Unterschied zwischen selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit hin. Diese sind bei Personen im Anstellungsverhältnis häufiger als bei Selbständigerwerbenden.

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit mit verschiedenen Gesundheitsrisiken verbunden

In der Schweiz insgesamt weisen Personen mit fünf oder mehr psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz einen schlechteren selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand, stärkere körperliche Beschwerden sowie höhere psychische Belastungen gegenüber den anderen drei Kategorien (gar keine bis zu vier Belastungen) aus (Abb. 4.12).

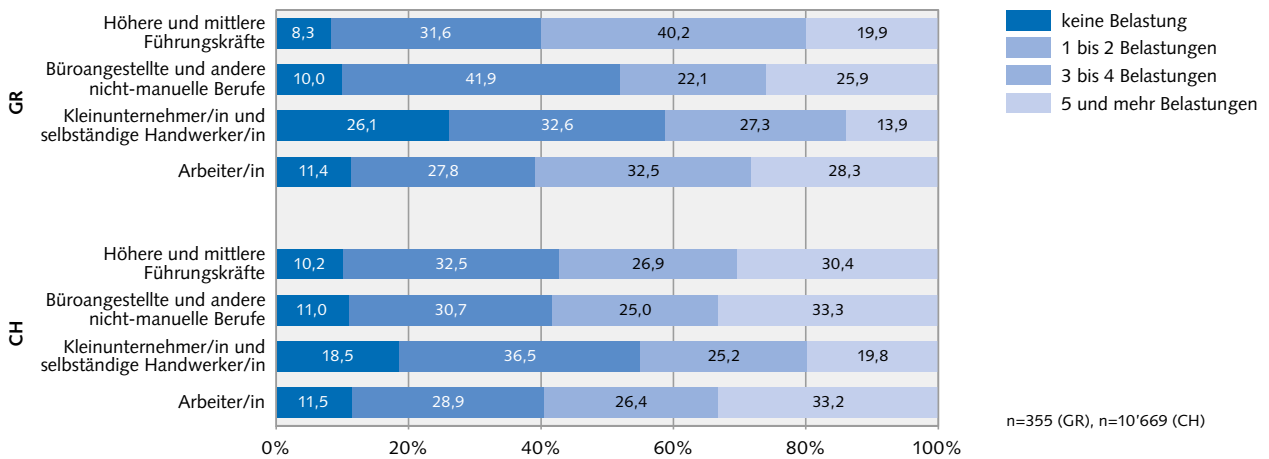
Mit Ausnahme des Indikators «Psychische Belastung» sind hingegen zwischen den drei anderen Kategorien keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Im Kanton Graubünden kann zwischen der Belastung durch psychosoziale Faktoren bei der Arbeit und den drei Gesundheitsindikatoren kein statistisch relevanter Zusammenhang festgestellt werden. Gleich wie in der Gesamtschweiz treten körperliche Beschwerden zwar am häufigsten bei fünf oder mehr psychosozialen Belastungen auf. Der Unterschied zu den weniger belasteten Personen ist jedoch nicht signifikant.

4.2.4 Arbeitszeiten und Mehrfachbelastungen bei der Arbeit

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

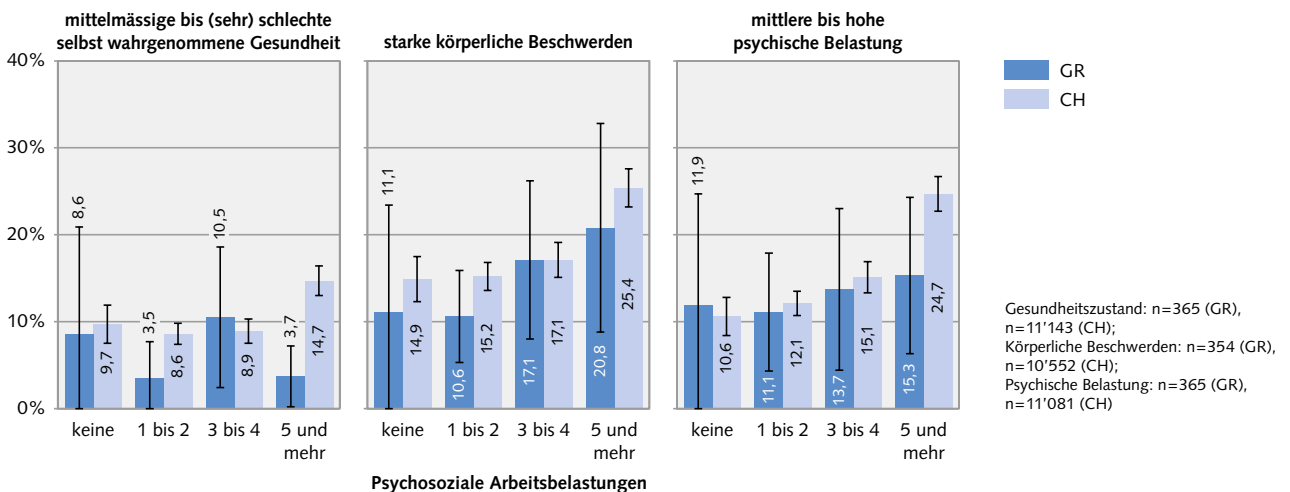
Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach sozioprofessioneller Kategorie, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.11



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Die Arbeitszeiten und -modelle können einerseits ein direktes Gesundheitsrisiko darstellen, indem zum Beispiel Nachtarbeit den Schlaf-Wach-Rhythmus stört. Andererseits bergen sie auch indirekte Risiken wie etwa negative Auswirkungen auf das Familien- und Sozialleben der Erwerbstätigen.

Lange Arbeitszeiten vor allem bei Männern

In der SGB 2012 geben 13,7% der Bündnerinnen (Schweizerinnen: 12,9%) und 36,8% der Bündner (Schweizer: 34,3%) mindestens eine der zwei erhobenen Formen von langer Arbeitszeit an (Abb. 4.13). Damit sind Frauen deutlich seltener von langen Arbeitszeiten betroffen, was unter anderem durch ihre vermehrte Teilzeitaktivität erklärt werden kann. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen werden am häufigsten «lange Arbeitstage» erwähnt: Von monatlich mindestens fünf Arbeitstagen mit jeweils mehr als zehn Stunden Dauer sind 11,9% der Bündnerinnen und 27,9% der Bündner betroffen. Diese Werte entsprechen dem Schweizer Durchschnitt (11,0% bzw. 28,6%). Auch die Anteile der Bevölkerung bezüglich «langer Arbeitswochen» sind zwischen dem Kanton Graubünden und der Gesamtschweiz ähnlich. So arbeiten 5,1% der Bündnerinnen und 26,5% der Bündner regelmässig mehr als 48 Stunden pro Woche (Schweizerinnen: 5,2%; Schweizer: 23,1%).

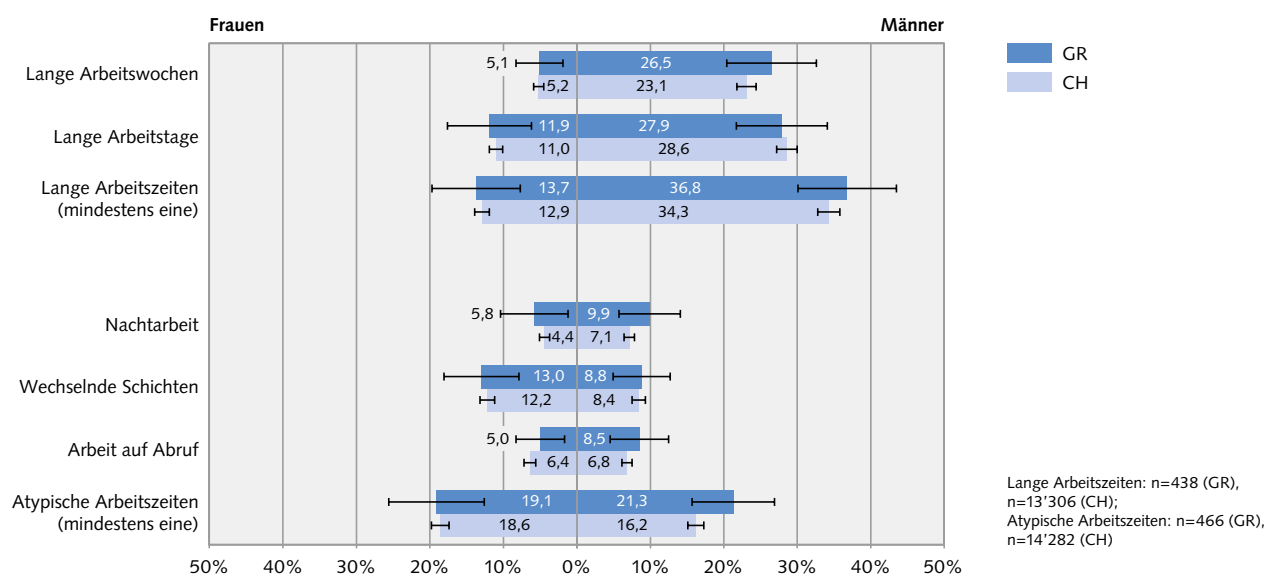
Im Kanton Graubünden arbeitete im Jahr 2012 rund jede fünfte Person in mindestens einer atypischen Arbeitsform wie Nacht- oder Schichtarbeit sowie Arbeit auf Abruf. Männer berichten häufiger von Nachtarbeit als Frauen, während Frauen umgekehrt häufiger Schichtarbeit angeben. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist allerdings nur auf Ebene der Gesamtschweiz signifikant. Zwischen dem Kanton Graubünden und der gesamten Schweiz bestehen bezüglich atypischer Arbeitsformen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Im Folgenden wird der Zusammenhang einer Mehrfachbelastung durch physische und psychosoziale Faktoren sowie langer oder atypischer Arbeitszeiten mit dem Gesundheitszustand dargestellt. Hierzu werden die befragten Personen in je zwei Gruppen mit geringer bis mittlerer bzw. mit hoher Belastung unterteilt. Eine hohe Belastung liegt für Personen vor, die drei und mehr physische Arbeitsbelastungen, drei und mehr psychosoziale Risiken oder mindestens eine lange oder eine atypische Arbeitszeit aufweisen.

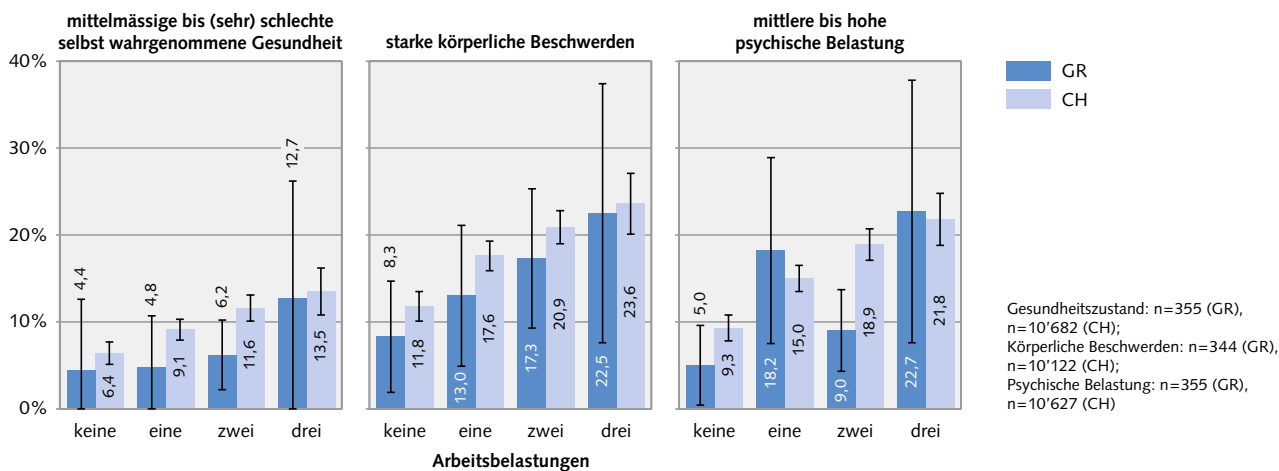
Im Kanton Graubünden ist in Bezug auf die Mehrfachbelastung ein ähnliches Muster wie in der Schweiz insgesamt zu beobachten. Rund ein Sechstel der Bündner Erwerbstätigen (15,8%) ist bei der Arbeit gar keiner der drei analysierten Belastungen ausgesetzt. 28,8% der befragten Personen weisen eine und 38,1% zwei Arbeitsbelastungen auf. Gleichzeitig von physischen,

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

Abb. 4.13



Mehrfachbelastungen bei der Arbeit, nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige) Abb. 4.14



psychosozialen und arbeitszeitlichen Belastungen sind 17,3% der Bündnerinnen und Bündner betroffen. Frauen sind bezüglich Arbeitsrisiken häufiger unbelastet als Männer: 22,8% der Bündnerinnen gegenüber 11,6% der Bündner bzw. 24,6% der Schweizerinnen gegenüber 14,6% der Schweizer geben keine der drei Belastungen bei der Arbeit an. Demgegenüber berichten Männer häufiger von Mehrfachbelastungen (zwei oder drei Risiken). Die Geschlechterunterschiede sind in der Gesamtschweiz überall und im Kanton Graubünden aufgrund der kleineren Fallzahlen nur vereinzelt signifikant.

Wie aus Abbildung 4.14 hervorgeht, äussern sich Schweizerinnen und Schweizer mit einer höheren Anzahl Arbeitsbelastungen vermehrt negativ bezüglich der drei Indikatoren des Gesundheitszustands. Bereits mit nur einer Belastung bei der Arbeit erhöht sich der Anteil an Personen mit schlechter selbst wahrgenommener Gesundheit, mit starken körperlichen Beschwerden und mit mittlerer bis hoher psychischer Belastung. Am negativsten bezüglich Gesundheitszustand äussern sich Personen mit drei verschiedenen Arbeitsbelastungen. Die Unterschiede zu den Zweifachbelasteten sind hier jedoch nicht signifikant. Für Bündnerinnen und Bündner sind die Unterschiede zur Gesamtschweiz ebenfalls nicht signifikant, obschon gleiche Tendenzen zu erkennen sind.

4.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel werden potenzielle Einflüsse im Wohn- und Arbeitsumfeld dargestellt, welche die Gesundheit der Bündner Bevölkerung beeinflussen können. Bezüglich Wohnen fällt positiv auf, dass die grosse Mehrheit der Bündnerinnen und Bündner (63,6%) störungsfrei lebt. Als wichtigster Störfaktor im Wohnumfeld wird von der Bündner Bevölkerung der Strassenverkehrslärm angegeben. Es ist zudem ein Zusammenhang zwischen Störungen im Wohnumfeld und der Gesundheit der befragten Personen festzustellen: Je mehr Störungen angegeben werden, desto schlechter fällt der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand aus und umso häufiger wird von starken körperlichen Beschwerden oder einer mittleren bis hohen psychischen Belastung berichtet. Allerdings sind diese Zusammenhänge nur auf der Ebene der Gesamtschweiz signifikant.

Auch bezüglich der Arbeitssituation sind einige positive Ergebnisse hervorzuheben. So fühlen sich Bündner Erwerbstätige generell gesünder als Nichterwerbstätige, und weniger als jede zehnte Person im Kanton weist auf negative Auswirkungen ihrer Arbeit auf die Gesundheit hin. Zusätzlich hat die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation in den vergangenen Jahren im Kanton Graubünden zugenommen, von 53,3% im Jahr 2002 auf 76,5% sehr oder ausserordentlich zufriedener Erwerbstätiger im Jahr 2012. Der Anteil Personen im Kanton, die mit der Arbeitssituation unzufrieden sind, ist mit 1,8% sehr gering.

Daneben werden von den Befragten auch Arbeitsbelastungen genannt, die eine negative Auswirkung auf die Gesundheit haben können. So geben 91,3% der

erwerbstätigen Bündnerinnen und Bündner mindestens eine physische und 87,4% mindestens eine psychosoziale Arbeitsbelastung an. Weiter ist rund jede vierte Person im Kanton Graubünden von langer Arbeitszeit und jede fünfte Person von atypischer Arbeitsform betroffen. Männer sind mit diesen Arbeitsbelastungen häufiger konfrontiert als Frauen.

Die Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit werden insbesondere bei den Befragten mit mehrfachen Arbeitsbelastungen ersichtlich. Diese geben einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger physische und psychische Beschwerden an als Personen ohne oder mit maximal einer Arbeitsbelastung. Je mehr Belastungen von den befragten Personen genannt werden, desto schlechter fällt somit ihre Gesundheit aus.

5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

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

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

Die Inanspruchnahme von diversen medizinischen Leistungen wird im vorliegenden Kapitel nach diesen Faktoren bzw. Kategorien untersucht. Unterschiede innerhalb der einzelnen Kategorien (Geschlecht, Alter, Bildung etc.) sowie zwischen dem Kanton Graubünden und der Schweiz werden aufgezeigt und kommentiert. Um den Lesefluss zu erhöhen wird mehrheitlich auf die Verwendung der Bezeichnung «signifikant» verzichtet. Nur auf nicht signifikante Unterschiede, welche kommentiert werden müssen, wird explizit hingewiesen.

Das vorliegende Kapitel untersucht die folgenden medizinischen Leistungen, die von den Befragten in den zwölf Monaten vor der Erhebung genutzt wurden:

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

Die Ergebnisse der erwähnten medizinischen Leistungen werden separat präsentiert. Die gleichzeitige Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen ist hingegen nicht Gegenstand der Analyse.

Die Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stammen, mit Ausnahme der Daten zur Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Die SGB erfasst die Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Leistungen hauptsächlich innerhalb einer Periode von zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt.

Das vorliegende Kapitel präsentiert ausschliesslich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und somit die nachfrageseitigen Aspekte von Gesundheitsdienstleistungen. Angebotsseitige Aspekte werden nicht behandelt. Einige angebotsseitige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton wie die Ärztedichte oder die Spitalbettendichte sind jedoch im Unterkapitel 1.6 zu finden.

Das Verhaltensmodell nach Andersen

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

Predisposing factors: Dies sind erstens individuelle Faktoren wie demografische Merkmale (Geschlecht und Alter), soziale Faktoren (z.B. Bildung, Beruf, Nationalität und Familienstand) und persönliche Überzeugungen in Bezug auf die Gesundheit (Einstellungen, Werte und Wissen bezüglich Gesundheit und Gesundheitsleistungen). Dazu kommen sogenannte kontextuelle Faktoren, welche auf die individuelle Nutzung von Gesundheitsleistungen Einfluss haben und die demografische und soziale Zusammensetzung der Gesellschaft, kollektive und kulturelle Werte sowie politische Perspektiven beinhalten.

Enabling factors: Diese Kategorie umfasst alle finanziellen und organisatorischen Faktoren. Darunter sind einerseits auf individueller Ebene Faktoren wie Einkommen und Versicherungsstatus (finanziell) enthalten. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung werden Faktoren wie das Vorhandensein einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes (organisatorisch) subsumiert. Andererseits, auf kontextueller Ebene, sind Faktoren wie Wohlstand und Gesundheitsausgaben in der Gesellschaft (finanziell) sowie Faktoren in Bezug auf das Angebot und die Struktur der Gesundheitsversorgung (organisatorisch) massgebend.

Need factors: Auf individueller Ebene wird hier zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf (selbst wahrgenommene Gesundheit, Krankheitssymptome etc.) und dem durch professionelle Einschätzung erlangten objektiven Bedarf nach medizinischen Leistungen unterschieden. Die kontextuelle Ebene enthält alle Faktoren, welche den Bedarf an medizinischen Leistungen durch Umwelteinflüsse begründen (z.B. berufs- und verkehrsbedingte Einwirkungen auf die Gesundheit) sowie Gesundheitsindikatoren, welche der Messung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dienen (Indikatoren zur Lebenserwartung, Mortalität etc.).

5.1 Arztbesuche

Die SGB beinhaltet verschiedene Informationen zur Häufigkeit von Arztbesuchen. Sie ist zudem die einzige umfassende nationale Datenquelle in der Schweiz mit Angaben über jenen Bevölkerungsteil, der keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. In diesem Unterkapitel können somit auch Bevölkerungsgruppen analysiert werden, welche in den zwölf Monaten vor der

Befragung keine Arztpraxis aufgesucht haben. Im ersten Abschnitt werden die Arztbesuche insgesamt und im zweiten Abschnitt die Arztbesuche separat nach ärztlichen Fachgebieten untersucht.

5.1.1 Arztbesuche insgesamt

In diesem Abschnitt wird die Behandlungsintensität in Arztpraxen analysiert. Die befragten Personen werden nach Häufigkeit der Arztbesuche in die vier folgenden Gruppen eingeteilt:

Häufigkeitsgruppen der Arztbesuche

Keine Arztbesuche:	null Arztbesuche
Wenig Arztbesuche:	1–2 Arztbesuche
Einige Arztbesuche:	3–5 Arztbesuche
Häufige Arztbesuche:	6 oder mehr Arztbesuche

Jede vierte Person im Kanton Graubünden hat in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht

Jede vierte Person (25,2%), die im Kanton Graubünden wohnt, hat gemäss eigenen Angaben in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht. Rund ein Drittel (34,6%) waren ein- bis zweimal in einer Arztpraxis. Die Mehrheit der Bündnerinnen und Bündner (59,8%) verzeichnet folglich in einem Zeitintervall von zwölf Monaten keine bis wenige Arztbesuche. Männer (29,9%) waren dabei öfter nie in einer Arztpraxis als Frauen (19,7%), wobei dieser Unterschied im Kanton Graubünden knapp nicht signifikant ist. Rund zwei von fünf Personen (40,2%) gehen hingegen öfter als zweimal zur Ärztin bzw. zum Arzt. 22,5% der im Kanton Graubünden befragten Personen berichten über drei bis fünf und 17,7% über sechs oder mehr Arztbesuche in den zwölf Monaten vor der Befragung.

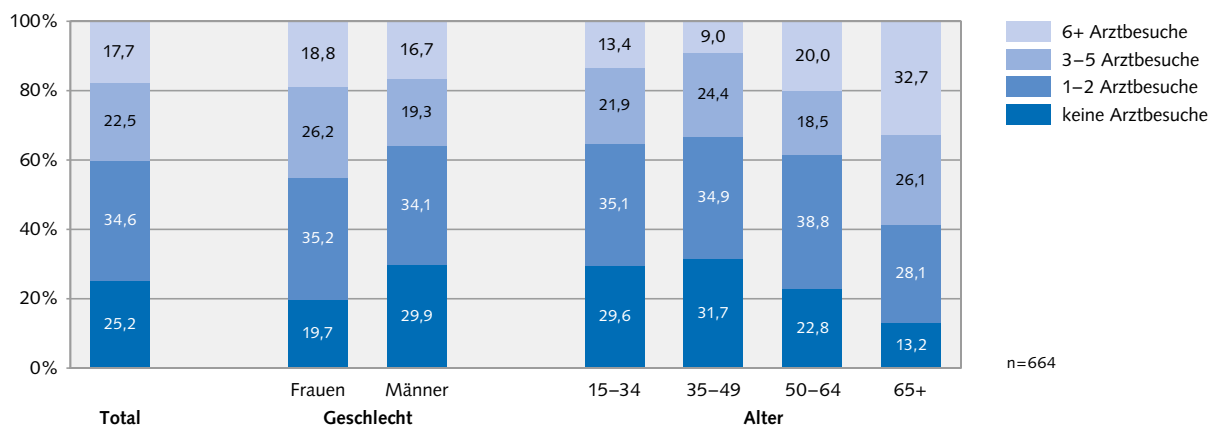
Wie erwartet steigt mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Arztbesuchen. Rund ein Drittel (32,7%) der Bündnerinnen und Bündner ab 65 Jahren geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung sechsmal oder mehr in einer Arztpraxis gewesen zu sein. Dieser Anteil beläuft sich bei den 15- bis 34-Jährigen auf 13,4% und bei den 35- bis 49-Jährigen auf 9,0%. Umgekehrt ist der Anteil Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung nie bei einer Ärztin bzw. einem Arzt waren, bei den 15- bis 34-Jährigen (29,6%) und den 35- bis 49-Jährigen (31,7%) höher als bei Personen ab 65 Jahren (13,2%).

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die gesamte Schweiz (Abb. 5.2): Mit 21,6% ist der Anteil der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht haben, etwas (nicht signifikant) tiefer als im Kanton Graubünden. Dabei berichten rund doppelt so viele Schweizer (29,2%) wie Schweizerinnen (14,3%) über keinen Arztbesuch. Auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den Kategorien drei bis fünf sowie sechs und mehr Arztbesuchen ist signifikant: 27,4% der Schweizerinnen besuchten in den zwölf Monaten vor der Befragung drei- bis fünfmal und 22,1% sechsmal oder mehr eine Arztpraxis (Männer: 20,0% und 14,7%). Wie noch gezeigt wird, ist die häufigere Inanspruchnahme bei den Frauen jedoch zu einem guten Teil mit den Konsultationen in Frauenarztpraxen zu erklären.

Die Zunahme von Arztbesuchen im Alter bestätigt sich erwartungsgemäss auch in der gesamten Schweiz. Der eigentliche Sprung findet dabei zwischen den Altersgruppen 35–49 und 50–64 Jahren statt. Der Anteil Personen ohne Arztbesuche sinkt ab dieser Altersgrenze. Der Anteil Personen mit sechs oder mehr Arztbesuchen steigt hingegen. Die Ergebnisse über die Altersgruppen hinweg sind vergleichbar zwischen der Schweiz und dem Kanton Graubünden. Einzig der Anteil von sechs oder mehr Arztbesuchen bei den 35- bis 49-jährigen Personen (9,0%) im Kanton ist signifikant tiefer als in der gesamten Schweiz (15,9%).

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

Abb. 5.1

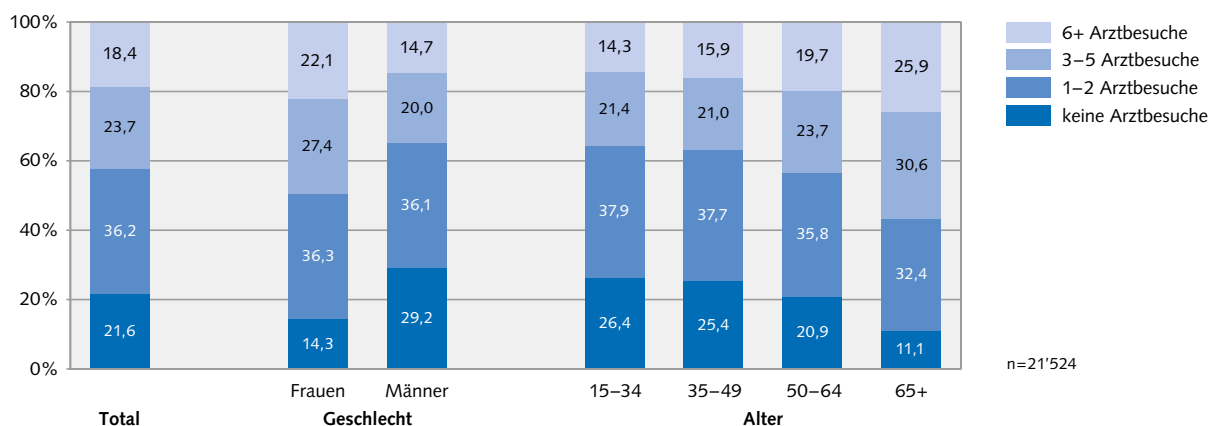


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.2

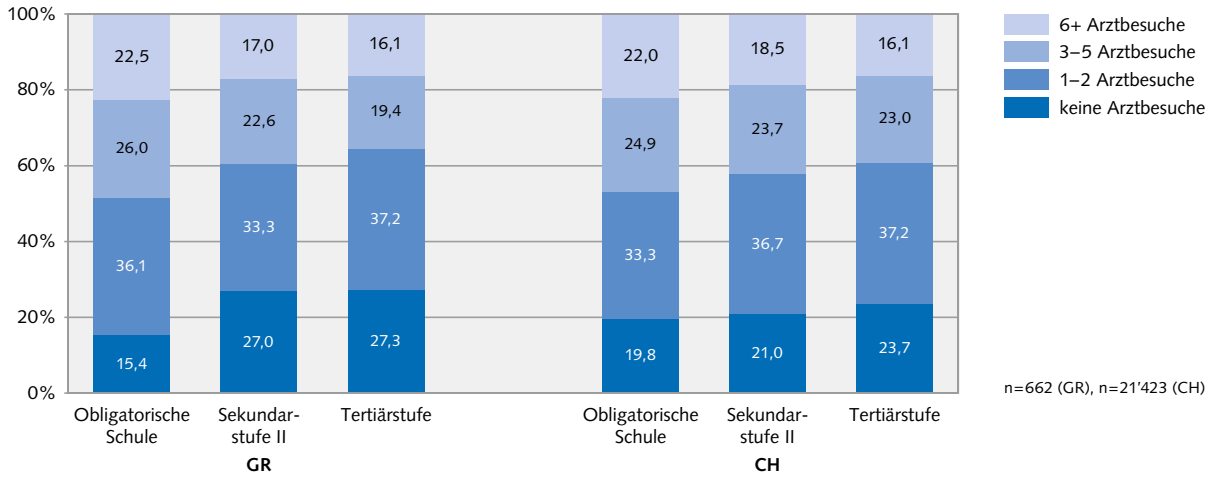


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.3

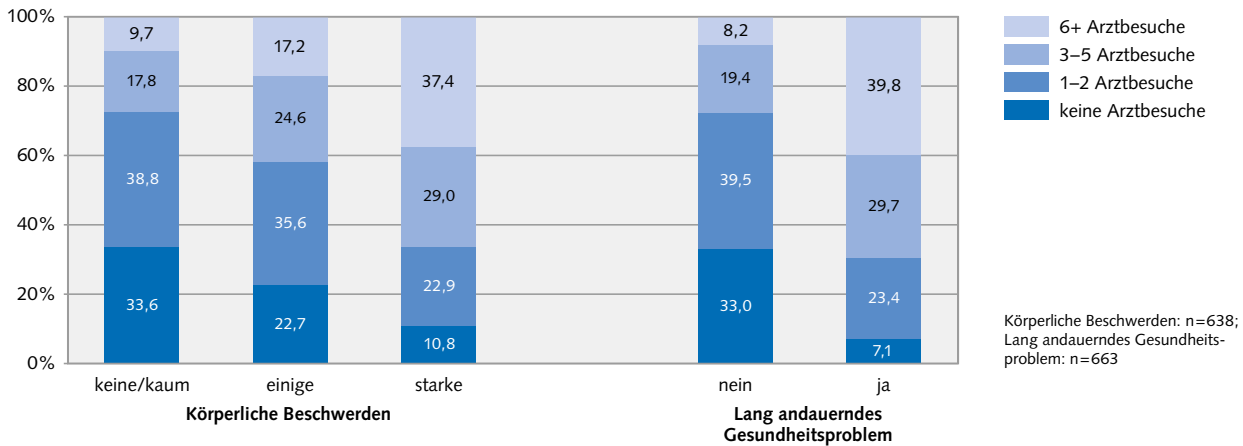


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.4

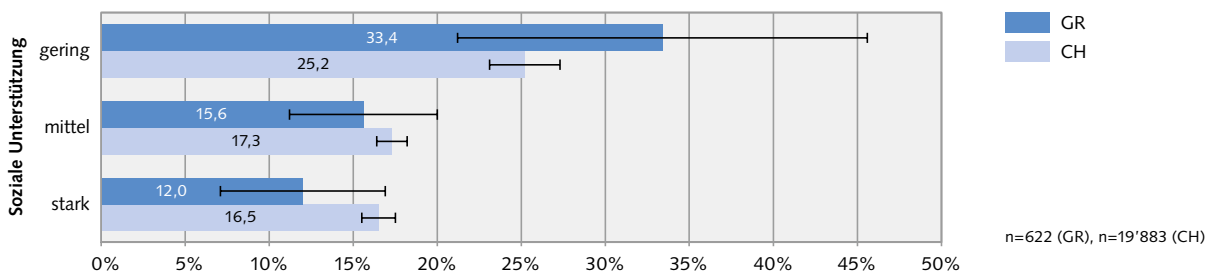


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen sind neben Geschlecht und Alter auch nach Bildungsniveau feststellbar. Personen ohne nachobligatorische Schulbildung in der Schweiz haben öfter sechsmal oder häufiger eine Arztpraxis aufgesucht (22,0%) als Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (18,5%) oder auf Tertiärstufe (16,1%). Im Kanton Graubünden sind diesbezüglich analoge Ergebnisse zu verzeichnen, jedoch sind die Unterschiede nicht signifikant.

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

Die Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen hängt stark vom Gesundheitszustand ab. Mit zunehmenden körperlichen Beschwerden oder anderen Gesundheitsproblemen steigt der Anteil Personen, die häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen. Fast 70% der Bündnerinnen und der Bündner mit starken körperlichen Beschwerden suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens dreimal eine Arztpraxis auf. Dasselbe gilt für Personen, die unter einem lang andauernden bzw. chronischen Gesundheitsproblem leiden. Umgekehrt berichten über 70% der Bündnerinnen und der Bündner ohne körperliche Beschwerden und ohne chronische Gesundheitsprobleme von höchstens zwei Arztbesuchen. Fast alle Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen «keine/kaum» und «starke» körperliche Beschwerden sowie dem Vorliegen eines chronischen Gesundheitsproblems (ja/nein) sind signifikant (Ausnahme: 3–5 Arztbesuche). Die gleiche Analyse für die gesamte Schweiz führt zu ähnlichen Ergebnissen wie jene zum Kanton Graubünden.

Geringere soziale Unterstützung ist mit höherer Anzahl Arztbesuche assoziiert

Es besteht eine Verbindung zwischen häufigen Arztpraxis-Besuchen (sechsmal oder mehr in den zwölf Monaten vor der Befragung) und geringer sozialer Unterstützung. Die Variable zur sozialen Unterstützung (vgl. 2.6.2) wird mit einem Index aus drei Fragen der SGB

gebildet und teilt alle befragten Personen in solche mit «geringer», «mittlerer» und «starker sozialer Unterstützung» ein.

Personen mit geringer sozialer Unterstützung suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung öfter eine Arztpraxis auf als solche mit mittlerer oder starker sozialer Unterstützung. Bei geringer sozialer Unterstützung liegt gesamtschweizerisch der Anteil von Personen mit sechs und mehr Arztbesuchen bei 25,2%. Dieser Anteil sinkt bei Personen mit mittlerer oder starker sozialer Unterstützung auf 17,3% bzw. 16,5%.

Im Kanton Graubünden sieht die Situation ähnlich aus, obschon aufgrund der kleinen Stichprobe die entsprechenden Anteile grosse Varianzen aufweisen.²⁹ Wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, erlaubt diese Analyse keine kausale Interpretation: Die Frage, ob der Grad an sozialer Unterstützung die Krankheitsverläufe (und damit verbunden die Beanspruchung ärztlicher Konsultationen), die Krankheiten selbst die Wahrnehmung an sozialer Unterstützung oder ob ein dritter unbekannter Faktor beide Phänomene zugleich beeinflusst, kann hier nicht schlüssig beantwortet werden.

5.1.2 Mittlere Anzahl Arztbesuche insgesamt und nach Fachgebiet

Dieser Abschnitt präsentiert die mittlere Anzahl Arztbesuche, welche die befragten Personen in den zwölf Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen haben. Der Durchschnitt wird jeweils auf der Basis aller Befragten berechnet; Personen ohne Arztbesuch werden somit auch berücksichtigt.

Mittlere Anzahl Arztbesuche in Graubünden liegt im Schweizer Durchschnitt

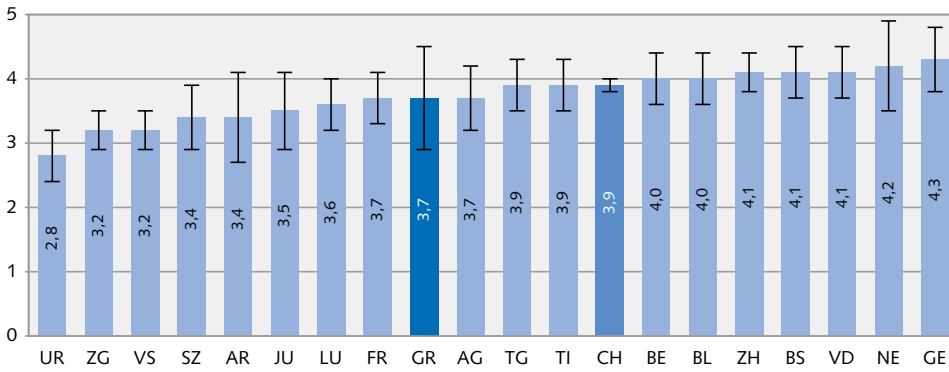
Die Abbildung 5.6 zeigt die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche aller Kantone, die im Rahmen der SGB 2012 ihre Stichprobe erhöht haben. Mit durchschnittlich 3,9 Arztbesuchen in den zwölf Monaten vor der Befragung ist die Schweiz ebenfalls abgebildet.³⁰ Zwischen den aus-

²⁹ 95%-Konfidenzintervall in der Kategorie «geringe» soziale Unterstützung Kanton Graubünden: Untergrenze 21,2%, Obergrenze 45,6%. Die Überlappung mit dem Konfidenzintervall der Schweiz (23,0%; 27,3%) weist darauf hin, dass die Differenz zwischen dem Kanton Graubünden und der Schweiz nicht signifikant ist.

³⁰ Eine hier nicht präsentierte Analyse der Daten des Datenpools (Abrechnungsdaten der Krankenversicherer, konsolidiert von SASIS AG; vgl. Kapitel 6) zeigt eine höhere Durchschnittszahl. Gemäss dieser Datenbank wurden im Jahr 2012 in der Schweiz durchschnittlich 5,3 Arztkonsultationen in Anspruch genommen. Die Differenz zur SGB 2012 ist einerseits auf unterschiedliche Definitionen bei der Erfassung der Daten zurückzuführen. So werden beispielsweise im Datenpool telefonische Konsultationen ebenfalls mitgezählt. Andererseits ist nicht auszuschliessen, dass in der SGB die Anzahl Arztkonsultationen von den Befragten teilweise unterschätzt wird.

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

Abb. 5.6



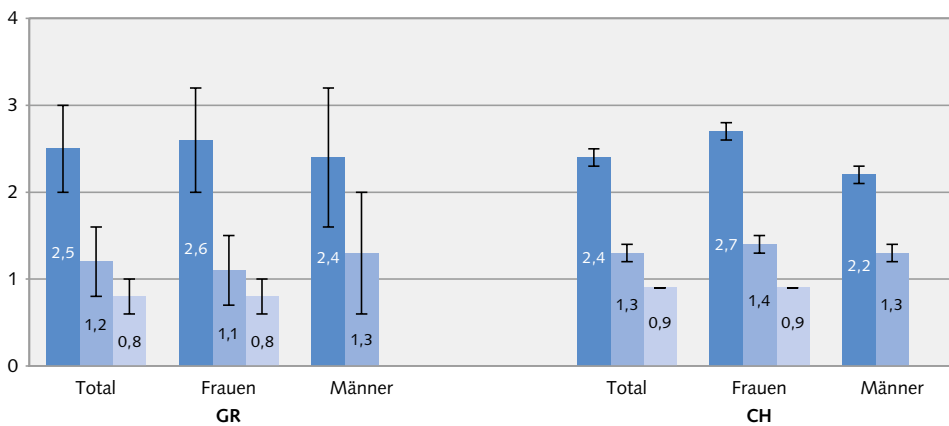
n=664 (GR), n=21'524 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl Arztbesuche, nach Fachgebiet und Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.7



■ Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin
■ übrige Spezialärzte/-ärztinnen
■ Frauenarzt/-ärztin

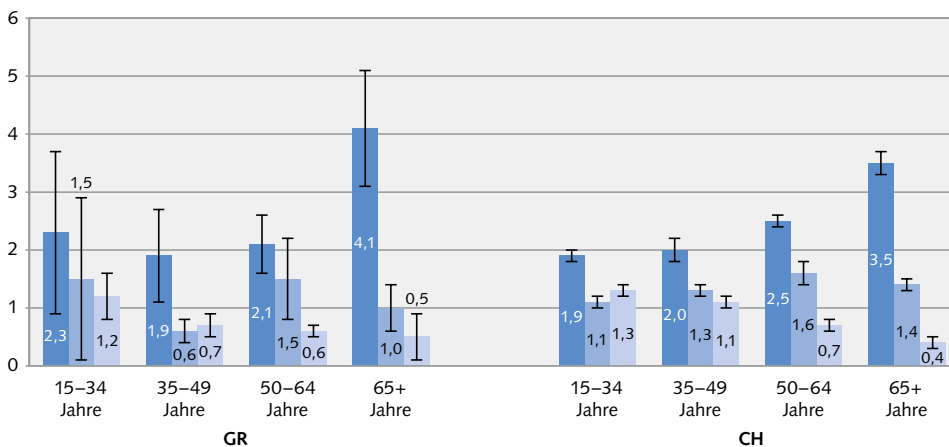
Hausarzt/-ärztin: n=641 (GR), n=20'807 (CH);
Übrige Spezialärzte/-ärztinnen: n=642 (GR), n=20'826 (CH);
Frauenarzt/-ärztin: n=310 (GR), n=10'945 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Mittlere Anzahl Arztbesuche, nach Fachgebiet und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.8



■ Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinarzt/-ärztin
■ übrige Spezialärzte/-ärztinnen
■ Frauenarzt/-ärztin

Hausarzt/-ärztin: n=641 (GR), n=20'807 (CH);
Übrige Spezialärzte/-ärztinnen: n=642 (GR), n=20'826 (CH);
Frauenarzt/-ärztin: n=310 (GR), n=10'945 (CH)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

gewiesenen Kantonen variieren diese Durchschnittswerte: Die Kantone Neuenburg und Genf zeigen die höchsten Werte (4,2 und 4,3), der Kanton Uri weist den tiefsten Wert aus (2,8).

Mit durchschnittlich 3,7 Arztbesuchen liegt der Kanton Graubünden leicht unter dem schweizerischen Durchschnittswert. Zu erwähnen ist, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen nur in wenigen Fällen signifikant sind. Einzig die drei Kantone Uri (2,8), Zug (3,2) und Wallis (3,2) mit den niedrigsten Durchschnittswerten unterscheiden sich in mehreren Fällen signifikant von den anderen Kantonen.

Gemäss der SGB 2012 haben rund neun von zehn Bündnerinnen und Bündner (93,5%) eine Hausärztin oder einen Hausarzt, die bzw. den sie bei Gesundheitsproblemen konsultieren können. In der gesamten Schweiz liegt dieser Anteil bei 90,3%. Erwartungsgemäss steigt mit zunehmendem Alter der Anteil Personen, die eine Hausärztin oder einen Hausarzt haben: In der Schweiz von 87,2% bei den 15- bis 34-jährigen Personen auf 95,5% bei Personen ab 65 Jahren. Im Kanton Graubünden ist ebenfalls ein Anstieg zu verzeichnen. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind jedoch nicht signifikant.

Im Folgenden werden die Arztbesuche pro befragte Person nach Facharztgruppen untersucht. Die erste Gruppe umfasst die Grundversorgung. Zu dieser Gruppe zählen Hausärztinnen und Hausärzte sowie Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte.³¹ Die zweite Gruppe schliesst alle Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine Spezialisierung in einem anderen ärztlichen Fachgebiet als der ersten Gruppe und der Gynäkologie haben. Zahnärztinnen und Zahnärzte sind auch ausgeschlossen. Die dritte Gruppe schliesslich umfasst alle Frauenärztinnen und Frauenärzte mit Spezialisierung im gynäkologischen Bereich.

Frauen haben mehr Arztbesuche wegen der zusätzlichen Konsultation bei der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt

Bündnerinnen und Bündner suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich 2,5 Mal eine Arztpraxis für Grundversorgung auf. Übrige Spezialarztpraxen (ohne Frauenärztinnen/-ärzte) wurden durchschnittlich 1,2 Mal aufgesucht. In der gesamten Schweiz

sind die Durchschnittswerte mit 2,4 bei der Grundversorgung und 1,3 bei den übrigen Spezialarztpraxen praktisch gleich hoch. Ebenfalls nicht weit auseinander liegen die Durchschnittswerte im Bereich der Frauenarztpraxen: Bündnerinnen suchten durchschnittlich 0,8 Mal und Schweizerinnen 0,9 Mal eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt auf. Im Vergleich der Geschlechter ist eine etwas höhere Beanspruchung der Grundversorgung durch Frauen zu erkennen. Frauen in der Schweiz geben im Durchschnitt öfter an, in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Arztpraxis für Grundversorgung aufgesucht zu haben (Frauen: 2,7; Männer: 2,2). Konsultationen in übrigen Spezialarztpraxen werden hingegen von Schweizerinnen und Schweizern etwa gleich stark beansprucht (Frauen: 1,4; Männer: 1,3). Frauen benötigen jedoch auch Konsultationen in Frauenarztpraxen, wobei es sich dabei oft um gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen oder Konsultationen während der Schwangerschaft handelt. Die insgesamt höhere Inanspruchnahme ärztlicher Konsultationen bei den Frauen ist also in erster Linie auf den im Vergleich zu den Männern zusätzlichen Besuchen in Frauenarztpraxen zurückzuführen.

Die mittlere Anzahl Arztbesuche nach Alterskategorien (Abb. 5.8) wird nur für die gesamte Schweiz kommentiert. Die Ergebnisse für den Kanton Graubünden sind sehr ähnlich, aber aufgrund der kleineren Stichprobe mit statistischen Unsicherheiten behaftet. Nach Alterskategorien zeigt sich eine stetige Zunahme der durchschnittlichen Arztbesuche in Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxen. Befragte im Alter zwischen 15 und 49 Jahren suchten in den zwölf Monaten vor der Befragung durchschnittlich rund 2 Mal eine Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxis auf. Bei den 50- bis 64-jährigen Personen und bei Personen ab 65 Jahren steigt dieser Durchschnittswert auf 2,5 bzw. 3,5 Besuche an.

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

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

³¹ In der SGB geben die befragten Personen an, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung beim persönlichen Hausarzt oder bei einem anderen Allgemeinpraktiker gewesen sind. Diese Bezeichnungen entsprechen jedoch nicht den offiziellen Facharzttiteln, sondern sind eher im alltäglichen Sprachgebrauch üblich. Es ist folglich möglich, dass die Gruppe der Grundversorgung auch Ärztinnen bzw. Ärzte mit einer Spezialisierung in anderen Fachgebieten enthält (z.B. eine als Hausärztin tätige Ärztin, welche sich (nur) in Rheumatologie spezialisiert hat).

eines psychischen Problems und eine Anschlussfrage, in welcher nach der Ausbildung der leistungserbringenden Fachperson gefragt wird (Psychiater/in, Psycholog/in, andere ärztliche oder nichtärztliche Fachperson). Die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme psychischer Behandlungen werden im Folgenden für die gesamte Schweiz präsentiert.

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

In der Schweiz berichten 5,4% der befragten Personen, in den zwölf Monaten vor der Befragung wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung gewesen zu sein (Abb. 5.9). Diese erfolgten in rund zwei von fünf Fällen bei einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater. Rund eine von drei Behandlungen wurden von Psychologinnen bzw. Psychologen und eine von vier Behandlungen von anderen Ärztinnen und Ärzten sowie nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt.

Schweizerinnen (6,6%) sind öfter in psychischer Behandlung als Schweizer (4,2%). Die Analyse nach Alterskategorien zeigt einen Verlauf, der zuerst zunimmt und dann wieder abnimmt. Am meisten von psychischen Behandlungen betroffen sind Personen zwischen 35 und 64 Jahren. In dieser Alterskategorie waren 7,0% der befragten Personen in Behandlung. Jüngere Personen zwischen 15 und 34 Jahren waren mit 4,9% weniger häufig in Behandlung. Bei den älteren Personen ab 65 Jahren sinkt dieser Anteil sogar auf 2,1%. Ältere Personen scheinen somit deutlich seltener wegen psychischen Erkrankungen in Behandlung zu sein als Jüngere. Die Frage, ob die Häufigkeit an psychischen Erkrankungen im Alter tatsächlich abnimmt oder die persönliche

Haltung gegenüber psychischen Krankheiten ein verzerrtes Antwortmuster begünstigt, bleibt hier offen. Ein Vergleich mit Abschnitt 2.5.3 zeigt lediglich, dass ältere Personen in der Schweiz ebenfalls weniger oft über mittlere bis schwere depressive Symptome berichten.

5.2 Präventivmedizinische Leistungen

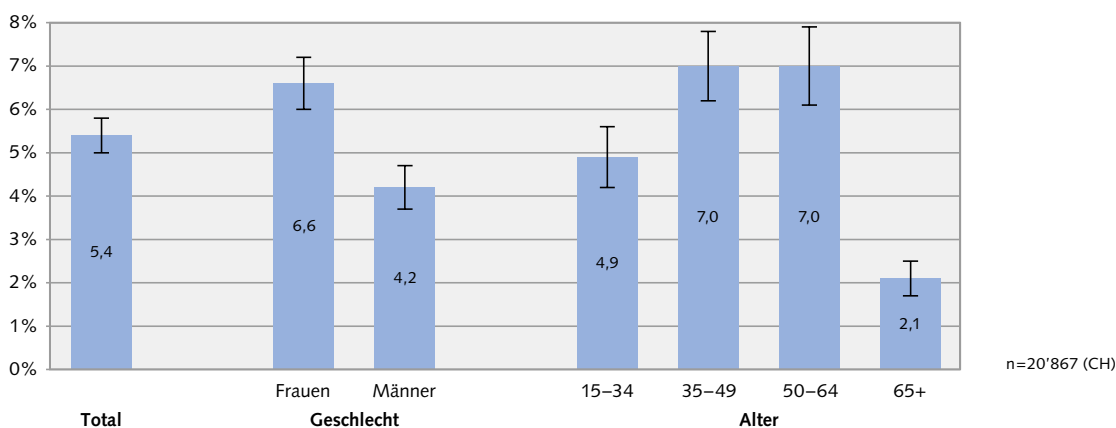
In diesem Unterkapitel wird die jährliche Häufigkeit der Inanspruchnahme von verschiedenen präventivmedizinischen Leistungen untersucht. Der erste Abschnitt präsentiert die Häufigkeiten von Kontrolluntersuchungen betreffend Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck, Cholesterin und Diabetes). Der zweite Abschnitt befasst sich mit drei Krebsvorsorgeuntersuchungen: Bei den Frauen handelt es sich um die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sowie die Mammografie und bei den Männern um die Früherkennung von Prostatakrebs. Der letzte Abschnitt untersucht schliesslich, in welchem Ausmass sich die Bevölkerung gegen die Grippe impfen lässt.

5.2.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung ihren Blutdruck-, Cholesterin- oder Blutzuckerwert kontrolliert haben. Blutdruck und Cholesterin werden insbesondere im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen kontrolliert, der Blutzucker im Hinblick auf Diabetes. Diabetes gilt aber selber als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010). Die Kontrolluntersuchungen dieser Risikofaktoren

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

Abb. 5.9

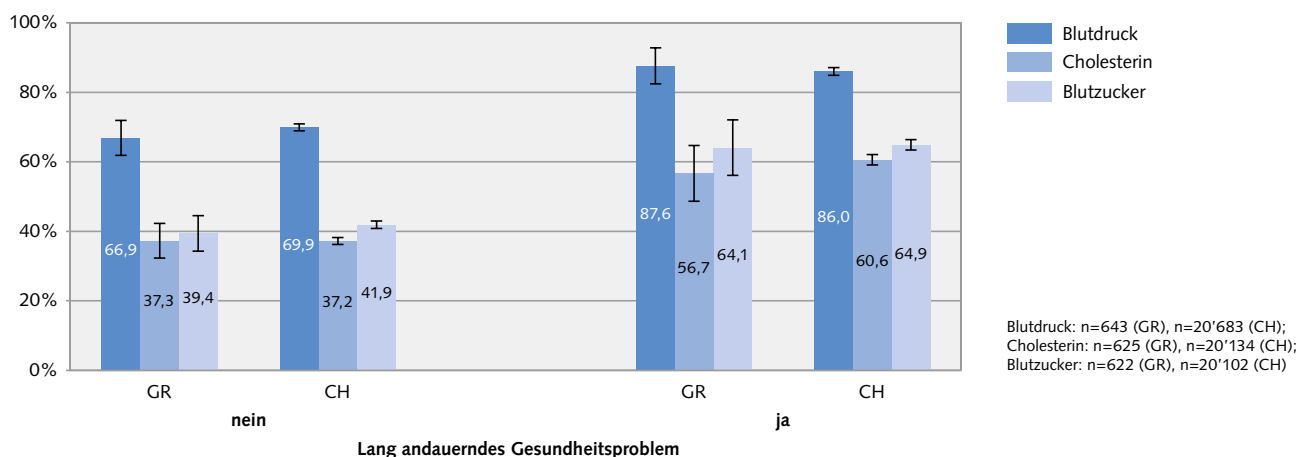


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

		Blutdruck		Cholesterin		Blutzucker	
		GR	CH	GR	CH	GR	CH
Total		73,1	74,9	43,1	44,5	46,8	49,1
Geschlecht	Frauen	78,6	79,6	45,0	46,0	50,7	51,8
	Männer	68,4	70,1	41,4	43,1	43,3	46,4
Alter	15–34 Jahre	63,4	65,7	33,9	28,4	40,1	36,0
	35–49 Jahre	67,3	68,4	35,6	35,7	37,3	39,9
	50–64 Jahre	79,9	80,1	44,6	53,0	46,5	55,8
	65+ Jahre	86,4	90,7	64,2	68,3	69,4	71,9
Bildung	Obligatorische Schule	76,9	76,8	60,1	51,8	60,3	54,8
	Sekundarstufe II	76,4	76,3	41,7	45,4	48,6	50,1
	Tertiärstufe	62,9	71,4	34,6	38,9	33,2	43,9

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

können entweder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei «gesunden» Personen oder im Rahmen von medizinischen Behandlungen bei «erkrankten» Personen erfolgen. Im vorliegenden Abschnitt werden diese zwei Arten von Kontrolluntersuchungen nicht unterschieden und gleichwertig behandelt.

Rund drei von vier befragten Personen messen den Blutdruck

Die Untersuchung des Blutdrucks ist mit 73,1% die häufigste Kontrolluntersuchung, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung im Kanton Graubünden durchgeführt wurde. Der Cholesterin- und der

Blutzuckerwert wurden hingegen mit 43,1% bzw. 46,8% deutlich weniger häufig kontrolliert. In der gesamten Schweiz sind ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen, die sich weder im Gesamttotal noch nach Geschlecht signifikant vom Kanton Graubünden unterscheiden. Ein Geschlechterunterschied ist bei allen drei aufgeführten Kontrolluntersuchungen zu erkennen. Diese sind bei Frauen häufiger als bei Männern, wobei die Unterschiede nur auf der Ebene der Gesamtschweiz signifikant sind. Das Alter spielt ebenfalls eine Rolle. So kommt beispielsweise die Blutdruckmessung bei 65-jährigen und älteren Personen öfter vor als bei 15- bis 49-jährigen Personen und die Cholesterinmessung

verdoppelt sich zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe (Graubünden von 33,9% auf 64,2%; Schweiz von 28,4% auf 68,3%).

Weniger akzentuiert, aber dennoch signifikant sind die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen. Je höher die Bildungsstufe, umso weniger häufig werden solche Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Die Unterschiede sind auf der Ebene der gesamten Schweiz fast überall signifikant (Ausnahme bei der Blutdruckmessung zwischen nachobligatorische Schulbildung und Sekundarstufe II).

Wie eingangs erwähnt, werden in der SGB die Fragen zu den Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl an «gesunde» wie auch an «erkrankte» Personen gestellt. Abbildung 5.10 zeigt nun, dass eine vorliegende Erkrankung massgeblich die Häufigkeit der Durchführung solcher Kontrolluntersuchungen beeinflusst. Personen mit einem chronischen Gesundheitsproblem berichten öfter über eine Kontrolluntersuchung als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Bei der Messung des Blutdrucks und des Cholesterins beträgt der Unterschied rund 20 Prozentpunkte; bei der Messung des Blutzuckers rund 25 Prozentpunkte. Die Ergebnisse der Gesamtschweiz sind hier wiederum vergleichbar und weichen nicht signifikant von den Ergebnissen des Kantons Graubünden ab.

5.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs (Mammografien) gehören zu den häufig durchgeführten Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen. Bei Männern ab einem bestimmten Alter wird die Früherkennung von Prostatakrebs empfohlen. Die SGB erfasst die Häufigkeit dieser Krebsvorsorgeuntersuchungen, welche Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 40 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung durchführen liessen.

Ein Viertel der Männer ab 40 Jahren unterzog sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (Graubünden 25,4%, Schweiz 25,1%). Männer ab 50 Jahren lassen sich dabei – sowohl im Kanton Graubünden wie in der Schweiz insgesamt – rund drei Mal häufiger untersuchen als Männer zwischen 40 und 49 Jahren.

Zwei von fünf Frauen liessen in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen; Schweizerinnen mit 42,1% etwas mehr als Bündnerinnen mit 39,1% (jedoch nicht signifikant). Zwischen dem 20. und 49. Altersjahr lässt sich jede zweite Bündnerin untersuchen

(50,8%). Der Anteil reduziert sich bei Bündnerinnen ab 50 Jahren auf 28,0%. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), wonach jüngere Frauen häufiger (alle zwei Jahre) als Frauen ab einem bestimmten Alter eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchführen sollten.³²

Im Gegenzug werden Mammografien bei Frauen ab 50 Jahren öfter als bei Frauen zwischen 20 und 49 Jahren durchgeführt. Rund jede fünfte Frau ab 50 Jahren berichtet über eine Mammografie in den zwölf Monaten vor der Befragung (Kanton Graubünden 22,2%, Schweiz 21,6%). Der Anteil bei den Frauen unter dieser Altersgrenze ist deutlich tiefer, wobei Bündnerinnen mit 2,7% seltener als Schweizerinnen (7,2%) eine Mammografie durchführen liessen.

Unterschiede zwischen den Bildungskategorien werden hier wegen der kleinen Stichprobe und den damit verbundenen statistischen Unsicherheiten für den Kanton Graubünden nicht präsentiert. Auf der Ebene der gesamten Schweiz sind jedoch gewisse Muster zu erkennen. Frauen ab 50 Jahren mit einem Tertiärabschluss unterziehen sich häufiger einer Mammografie (24,6%) als Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (17,7%). Der Unterschied bei der Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist noch deutlicher. Die Hälfte der Frauen ab 20 Jahren mit Tertiärabschluss (49,6%) berichten über eine solche Vorsorgeuntersuchung. Dieser Anteil sinkt bei Frauen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II auf 42,4% und bei Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss auf 29,5%. Bei der Früherkennung von Prostatakrebs sind diesbezüglich keine Unterschiede zu erkennen. Über alle drei Bildungskategorien hinweg ist hier der Anteil der Schweizer Männer ab 40 Jahren etwa gleich.

Kantone mit etablierten Mammografie-Programmen weisen den höchsten Anteil Frauen ab 50 Jahren aus, die sich einer Mammografie unterziehen

Unterschiede zwischen den Kantonen sind insbesondere bei der Mammografie festzustellen. Wie schon erwähnt, liess jede fünfte Bündnerin ab 50 Jahren in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Mammografie durchführen. Das entspricht dem schweizerischen Durchschnitt. Weit aus höhere Anteile sind hingegen in Kantonen der Westschweiz zu verzeichnen. Die Kantone Freiburg, Waadt, Wallis und Genf liegen mit Anteilen zwischen 35,2%

³² http://sggg.ch/files/fckupload/file/Expertenbriefe/deutsch/40_PAP-Abstrich_08%2006.pdf (Zugriff am 9.12.2014)

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

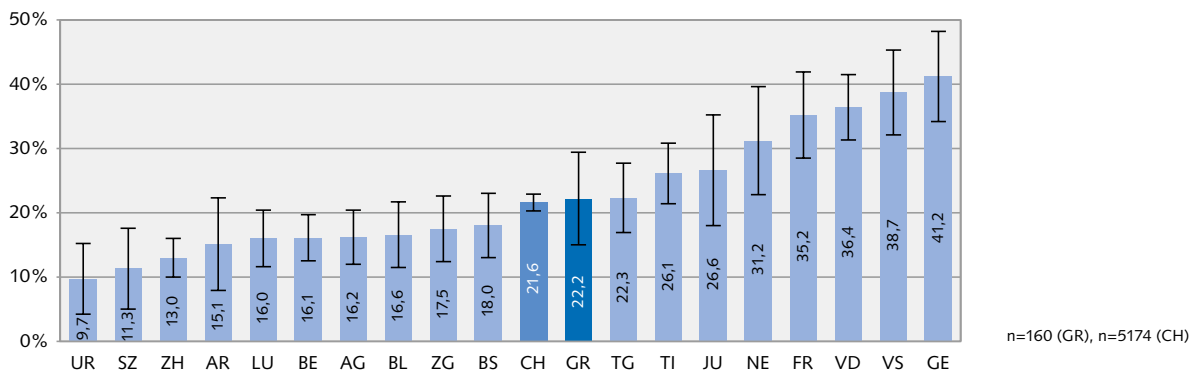
		Frauen (ab 20 Jahren)				Männer (ab 40 Jahren)	
		Gebärmutterhalskrebs		Mammografie (Brustkrebs)		Prostatakrebs	
		GR	CH	GR	CH	GR	CH
Total		39,1	42,1	12,6	14,1	25,4	25,1
Alter	Frauen 20–49 Jahre	50,8	49,5	2,7	7,2	–	–
	Männer 40–49 Jahre	–	–	–	–	13,2	9,2
	50+ Jahre	28,0	34,2	22,2	21,6	31,2	32,9

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.11



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

und 41,2% signifikant über dem schweizerischen Durchschnittswert. Am unteren Ende sind die Kantone Uri, Schwyz und Zürich anzutreffen, welche Anteile zwischen 9,7% und 13,0% ausweisen und damit signifikant unter dem Durchschnittswert der Schweiz liegen.³³

Hohe Anteile liegen vor allem in Kantonen vor, welche als erste ein flächendeckendes Mammografie-Programm eingeführt haben.³⁴ Im Kanton Graubünden existiert seit Juni 2011 ein solches Mammografie-Programm. Zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) befand sich dieses Programm somit noch in der Anfangsphase. Die nächste Schweizerische Gesundheitsbefragung im Jahr 2017 wird

zeigen, ob sich der Anteil an Mammografien bei den Bündnerinnen ab 50 Jahren in Zukunft auf das Niveau der Westschweizer Kantone erhöhen wird.

5.2.3 Grippeimpfungen

Gegen die saisonale Grippe haben sich im Kanton Graubünden 13,6% der befragten Personen in den zwölf Monaten vor der Befragung impfen lassen; Bündnerinnen (14,8%) etwas, jedoch nicht signifikant mehr als Bündner (12,7%). Klare Unterschiede sind hingegen zwischen Personen ab 65 Jahren und jüngeren Personen zu erkennen. Die Impfquote im Kanton Graubünden beläuft sich bei Personen ab 65 Jahren auf 46,7%. Diese Impfquote ist rund acht-mal höher als die Impfquote bei den 15- bis 64-jährigen Personen, welche zwischen fünf und sieben Prozent liegt. Fast jede zweite Person ab 65 Jahren befolgt demnach im Kanton Graubünden die Empfehlungen des BAG, sich ab diesem Alter gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.³⁵

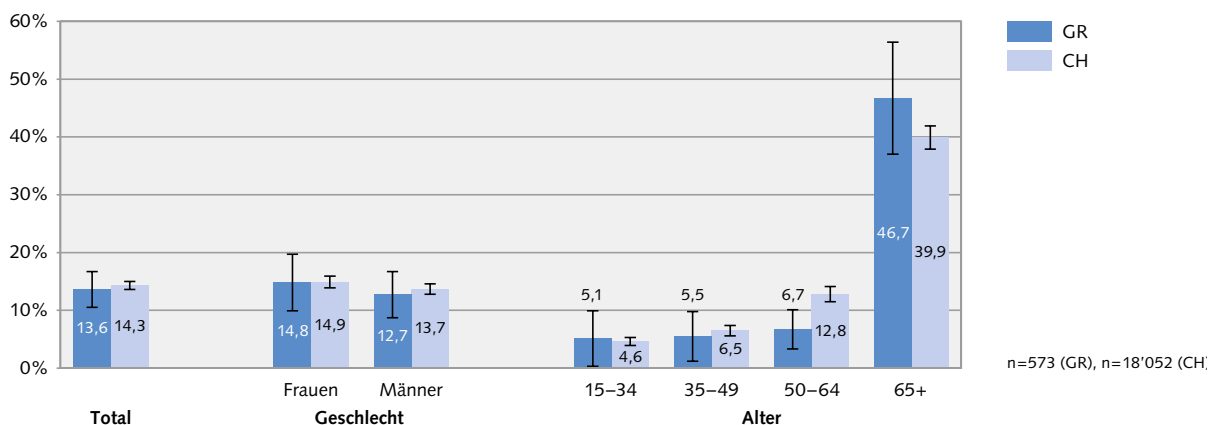
³³ Der Kanton Bern befindet sich mit einem Anteil von 16,1% etwas weiter oben als Appenzell-Ausserrhododen (15,0%) und Luzern (16,0%), unterscheidet sich aber aufgrund der grösseren Stichprobe ebenfalls signifikant vom Durchschnittswert der Schweiz.

³⁴ In Kantonen mit einem Mammografie-Programm werden alle Frauen ab 50 Jahren alle zwei Jahre zur Durchführung einer Mammografie eingeladen. In den anderen Kantonen wird diese Vorsorgeuntersuchung in Absprache mit der Ärztin bzw. dem Arzt durchgeführt (http://www.krebsliga.ch/de/praevention/pravention_krebsarten/brustkrebs/mammografie_screening/; Zugriff am 18.11.2014).

³⁵ <http://www.bag.admin.ch/influenza/01118/index.html?lang=de> (Zugriff am 9.12.2014)

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

Abb. 5.12



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Im Vergleich zur gesamten Schweiz sind fast keine signifikante Unterschiede festzustellen: Einzig in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen lassen sich Schweizerinnen und Schweizer signifikant öfter impfen als Bündnerinnen und Bündner (Schweiz 12,8%, Graubünden 6,7%).

Eine in der vorliegenden Abbildung nicht präsentierte Analyse zeigt, dass vor allem Personen, welche ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis schlecht einschätzen, sich gegen die saisonale Grippe impfen lassen. Der Kanton Graubünden weist diesbezüglich einen Anteil von 27,6% aus. Rund dreimal weniger häufig lassen sich hingegen Personen mit einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand gegen die saisonale Grippe impfen (11,3%). In der gesamten Schweiz sind die Ergebnisse mit 28,1% (mittelmässige bis schlechte Gesundheit) und 11,7% (gute bis sehr gute Gesundheit) vergleichbar.

5.3 Komplementärmedizinische Leistungen

Am 17. Mai 2009 wurde die Volksabstimmung über den Verfassungsartikel für eine bessere Berücksichtigung der Komplementärmedizin angenommen. Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) hat daraufhin entschieden, die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die traditionelle chinesische Medizin provisorisch in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufzunehmen. Bis Ende 2017 werden diese fünf komplementärmedizinischen Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet. Die Weiterführung im

Leistungskatalog nach dieser Periode hängt jedoch davon ab, ob die erwähnten komplementärmedizinischen Leistungen die im Krankenversicherungsgesetz (KVG) definierten Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (WZW) erfüllen.

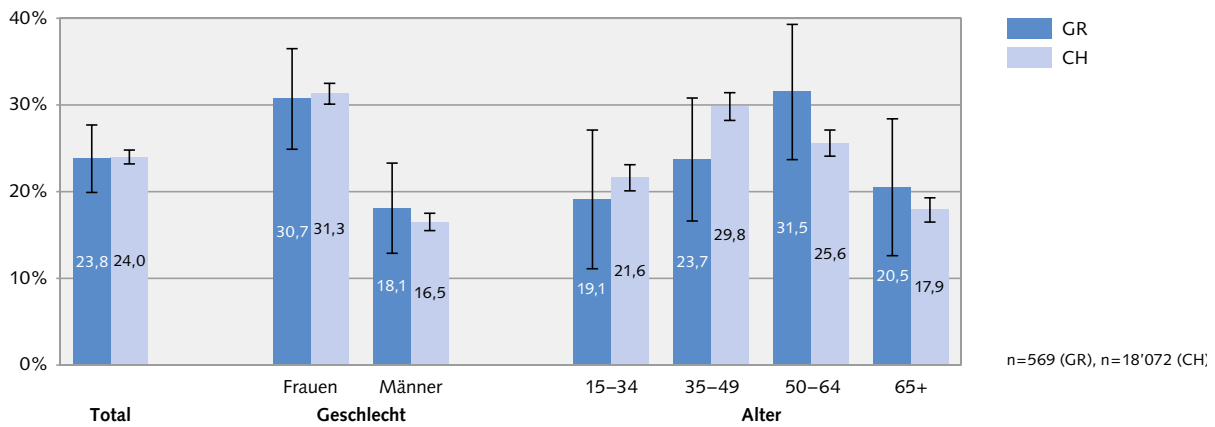
In der SGB werden die teilnehmenden Personen gefragt, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung die folgenden komplementärmedizinischen Leistungen in Anspruch genommen haben: Akupunktur, traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), indische Medizin (Ayurveda), Fussreflexzonenmassage, Shiatsu, Osteopathie oder andere Therapien (Kinesiologie, Neuraltherapie, anthroposophische Medizin etc.). Dabei wird nicht unterschieden, ob die Behandlung von einer Ärztin bzw. einem Arzt oder von einer nicht-ärztlichen Therapeutin bzw. einem nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt wurde. Die hier erbrachten Leistungen können somit nicht einem bestimmten Kostenträger (obligatorische Krankenpflegeversicherung, freiwillige Zusatzversicherung oder Out-of-Pocket) zugeordnet werden.

Frauen nehmen öfter komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch als Männer

Rund ein Viertel (23,8%) der im Kanton Graubünden befragten Personen geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Unter den Frauen ist dieser Anteil (30,7%) höher als unter den Männern (18,1%). Wie Abbildung 5.13 zeigt, sind die Ergebnisse der Gesamtschweiz auch hier wieder mit dem Kanton Graubünden vergleichbar.

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

Abb. 5.13

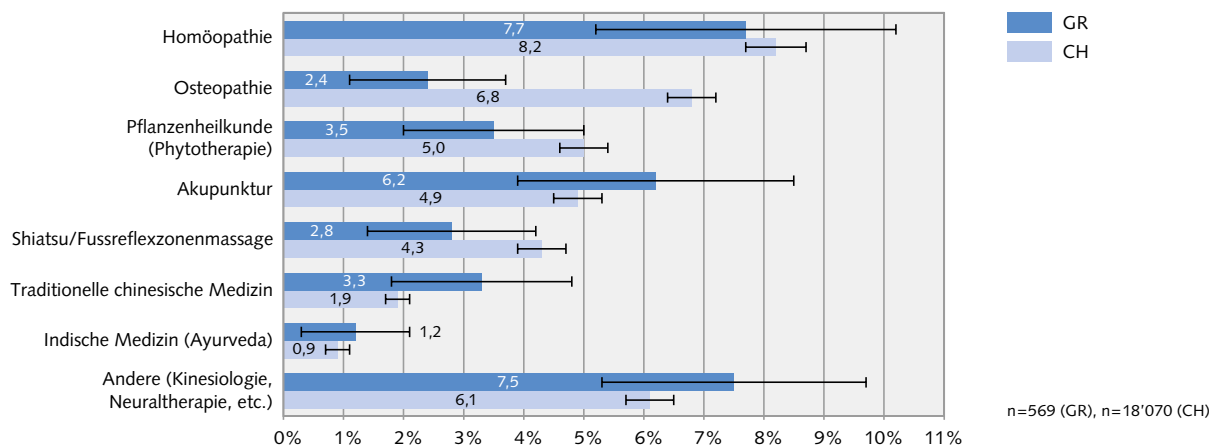


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Unterschiedliche komplementärmedizinische Leistungen, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.14

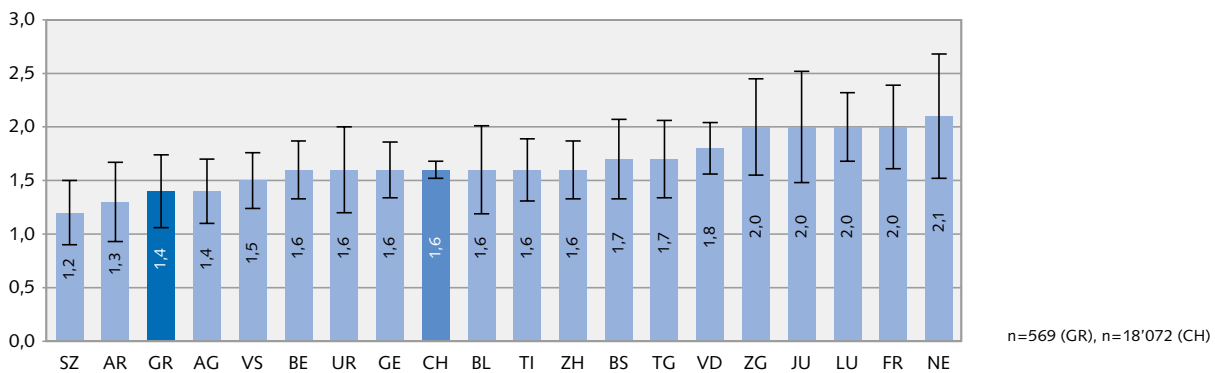


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.15



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Interessant ist ausserdem der glockenförmige Verlauf der Säulen bei den Altersgruppen. In der Schweiz erreicht der Anteil Personen, welche komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen, seinen höchsten Punkt in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (29,8%). Links und rechts von dieser Altersgruppe sind die Anteile tiefer. Den geringsten Anteil weisen mit 17,9% Personen im Alter von 65 und mehr Jahren aus. Auch die Ergebnisse im Kanton Graubünden zeigen eine Glockenform. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind jedoch nicht signifikant.

Weitere Unterschiede bei der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen sind in der Gesamtschweiz zwischen den drei Bildungsstufen zu erkennen. Personen mit einem Tertiärabschluss beanspruchten mit 28,9% am häufigsten komplementärmedizinische Leistungen, gefolgt von Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II (24,1%) und Personen ohne eine nachobligatorische Schulbildung (15,2%).

Die häufigste in Anspruch genommene komplementärmedizinische Leistung ist die Homöopathie

Im Kanton Graubünden geben 7,7% und in der Schweiz 8,2% der befragten Personen an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal Leistungen der Homöopathie in Anspruch genommen zu haben. An zweiter Stelle folgt in der Schweiz mit 6,8% die Osteopathie, die im Kanton Graubünden mit 2,4% den zweitletzten Rang einnimmt. Leistungen der Osteopathie werden folglich in der Schweiz signifikant häufiger in Anspruch genommen als im Kanton Graubünden. In der Schweiz an dritter und im Kanton Graubünden an zweiter Stelle befinden sich die «anderen komplementärmedizinischen Leistungen» wie Kinesiologie oder Neuraltherapie. Die Indische Medizin ist sowohl in der Schweiz als auch im Kanton Graubünden am wenigsten verbreitet (Schweiz 0,9%, Graubünden 1,2%).

Die interviewten Personen werden nicht nur gefragt, ob und welche komplementärmedizinischen Leistungen sie in Anspruch genommen haben, sondern auch wie viele komplementärmedizinische Konsultationen angefallen sind. In der Schweiz liegt der Durchschnitt über alle befragten Personen bei 1,6 Konsultationen. Der Kanton Graubünden weist einen Wert von durchschnittlich 1,4 Konsultationen aus, der sich nicht signifikant von der Schweiz unterscheidet. Ein signifikanter Unterschied gegenüber der Schweiz liegt nur für den Kanton Schwyz vor, wo die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen mit durchschnittlich 1,2 Konsultationen

pro Person am tiefsten ist. Demgegenüber sind die Durchschnittswerte in den Kantonen Waadt (1,8), Zug (2,0), Luzern (2,0), Freiburg (2,0) und Neuenburg (2,1) signifikant höher als im Kanton Schwyz.

5.4 Spitalleistungen

Dieses Unterkapitel präsentiert die Inanspruchnahme von Spitalleistungen, welche typischerweise in ambulante und stationäre Spitalbehandlungen aufgeteilt werden. Im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenversicherungen werden diese beiden Behandlungsarten wie folgt abgegrenzt: Stationäre Spitalbehandlungen sind Behandlungen, welche mehr als 24 Stunden dauern oder während mindestens einer Nacht ein Bett benötigen.³⁶ Alle anderen Behandlungen gelten als ambulante Spitalbehandlungen. Der Aufbau dieses Unterkapitels folgt dieser Definition. Zuerst werden folglich die ambulanten und dann die stationären Spitalbehandlungen untersucht.

5.4.1 Ambulante Spitalbehandlungen

Dieser Abschnitt präsentiert die Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter Spitalleistungen. Gezeigt wird der Anteil Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ambulante Leistungen im Spital beansprucht haben. Darin enthalten sind Behandlungen in Spital-Ambulatorien sowie auch ambulante Spitalbehandlungen in Notfallstationen oder in Tageskliniken.³⁷

Jede sechste im Kanton Graubünden befragte Person (16,5%) hatte in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine ambulante Spitalbehandlung

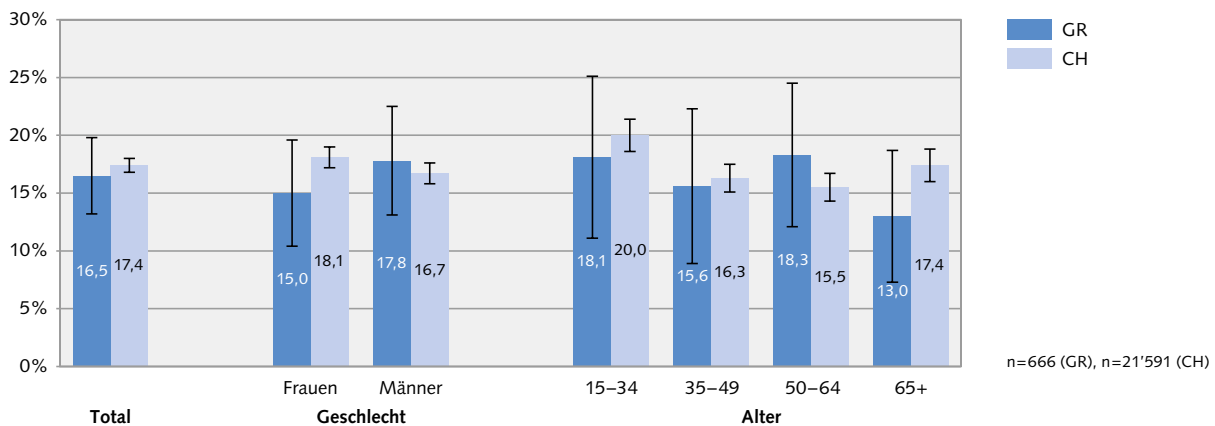
Der Anteil der Bündnerinnen, die im Jahresintervall mindestens einmal ambulant im Spital behandelt wurden (15,0%), ist leicht tiefer als der Anteil der Bündner (17,8%). Der Geschlechterunterschied ist jedoch weder im Kanton Graubünden noch in der gesamten Schweiz signifikant. Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen in der Gesamtschweiz einen relativ hohen

³⁶ Vgl. Artikel 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitaler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

³⁷ Wortlaut der Fragen in der SGB: Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital-Ambulatorium oder in einer Poliklinik gewesen? Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einem Tagesspital oder in einer Tagesklinik gewesen?

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

Abb. 5.16

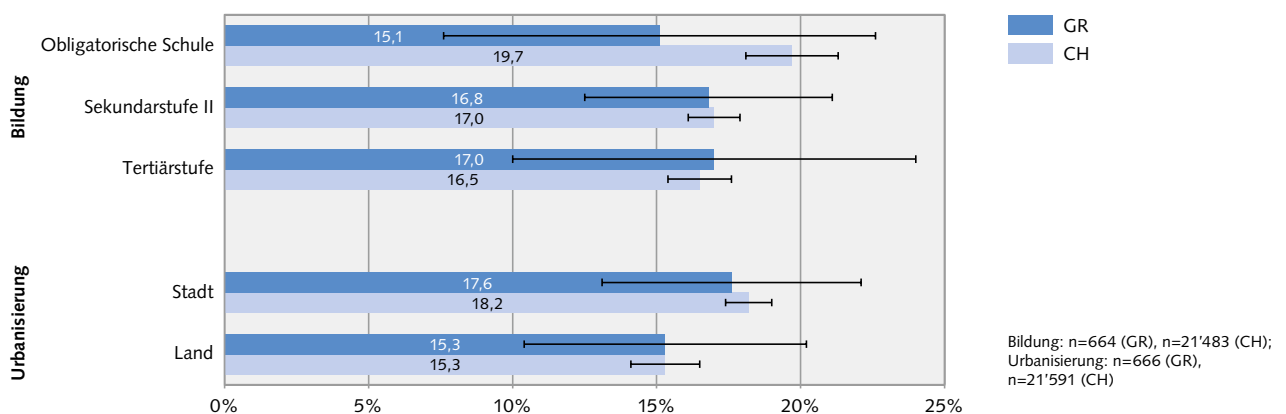


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Anteil bei jüngeren Personen. In der Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen Personen liegt dieser mit 20,0% über den Anteilen der 35- bis 49-Jährigen (16,3%) und der 50- bis 64-Jährigen (15,5%). Anders als bei den Arztbesuchen, welche ab der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen zunehmen, haben hier also jüngere Personen eine häufigere Inanspruchnahme. Dies könnte zumindest teilweise mit der Tatsache im Zusammenhang stehen, dass jüngere Personen weniger oft eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt haben (vgl. 5.1.2) und deswegen bei Gesundheitsproblemen häufiger ambulante Spitalleistungen nutzen. Im Kanton Graubünden erkennt man auch einen hohen Anteil bei den jüngeren

Personen bzw. einen tiefen Anteil bei Personen ab 65 Jahren. Die Anteile unterscheiden sich jedoch nicht signifikant.

Abbildung 5.17 präsentiert die Inanspruchnahme ambulanter Spitalbehandlungen nach Bildungsstufen und Urbanisierungsgrad. Die Ergebnisse werden nur für die gesamte Schweiz kommentiert. Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten öfter darüber, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ein Spital zur ambulanten Behandlung aufgesucht zu haben (19,7%). Bei Personen mit höherer Schulbildung ist dieser Anteil zwar nur leicht, jedoch signifikant tiefer (Sekundarstufe II 17,0%, Tertiärstufe 16,5%). Ein weiterer

Unterschied kommt bei der Analyse nach Urbanisierungsgrad zum Vorschein.³⁸ Personen in städtischen Gebieten liessen sich mit 18,2% etwas häufiger ambulant im Spital behandeln als solche, die in ländlichen Gebieten leben (15,3%).

5.4.2 Stationäre Spitalbehandlungen

Im vorliegenden Abschnitt werden die Häufigkeiten der Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen untersucht. Erfasst wird der Anteil Personen, welcher in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal im Spital oder in einer Spezialklinik übernachtet hatte. Aufenthalte in Kurhäusern werden jedoch nicht mitgezählt. Diese sind in der SGB im Wortlaut der Frage explizit ausgeschlossen.³⁹ Personen, die mindestens einen Aufenthalt angeben, werden dann weiter nach der Anzahl der im Spital verbrachten Tage gefragt. Auf der Grundlage dieser zusätzlichen Frage kann in diesem Abschnitt folglich auch die durchschnittliche Anzahl Spitaltage analysiert werden.

Rund jede siebte Person im Kanton Graubünden (13,9%) wurde in den zwölf Monaten vor der Befragung stationär behandelt

In der Schweiz berichten 11,7% der befragten Personen, mindestens eine Nacht im Spital verbracht zu haben. Der Unterschied zwischen dem Kanton Graubünden und der Schweiz ist nicht signifikant. Ein Unterschied ist hingegen auf der Ebene der gesamten Schweiz zwischen den Geschlechtern ersichtlich. Schweizerinnen (13,1%) waren im Jahresintervall häufiger in stationärer Behandlung als Schweizer (10,2%). In welchem Ausmass dieser Geschlechterunterschied auf Geburten im Spital zurückzuführen ist, kann aus den Fragen zur Inanspruchnahme von stationären Spitalleistungen in der SGB nicht ermittelt werden.

Erwartungsgemäss nimmt die Häufigkeit von stationären Spitalbehandlungen mit dem Alter zu. Der Unterschied wird vor allem bei Personen ab 65 Jahren deutlich. In der Schweiz berichten in dieser Altersgruppe 18,0%, mindestens einmal stationär im Spital gewesen zu sein. Dieser Anteil unterscheidet sich von den Anteilen in den übrigen Altersgruppen. Im Kanton Graubünden ist ein ähnliches Bild zu erkennen, wobei nur die

Unterschiede zwischen den Altersgruppen der 35- bis 49-Jährigen und der 65-Jährigen und mehr signifikant sind.

Die Information zur Häufigkeit von stationären Spitalbehandlungen im Kanton und in der Schweiz kann auch aus Unterkapitel 1.6 entnommen werden. Dort wird die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner präsentiert, welche aus den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet wurde und sich im Kanton Graubünden auf 15,0% im Jahr 2012 beläuft.⁴⁰ Wie erwähnt, geben in der SGB 13,9% der befragten Personen an, im Jahresintervall mindestens einmal im Spital übernachtet zu haben. Die Werte dieser beiden Datenbanken unterscheiden sich somit nicht gross, was für die Plausibilität der Daten und die gute Repräsentativität der SGB spricht.

Abbildung 5.19 präsentiert die durchschnittliche Anzahl Spitaltage, welche nur bei Personen berechnet wurde, die in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine Nacht im Spital verbracht hatten. Aufgrund der kleineren Stichprobe im Kanton Graubünden können nur die Resultate der gesamten Schweiz gezeigt werden. Wie bereits erwähnt, sind Unterschiede bei der Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen insbesondere zwischen den Altersgruppen zu erkennen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Analyse der durchschnittlichen Spitaltage. In der Schweiz verweilten stationär behandelte Personen im Jahresintervall durchschnittlich 8,9 Tage im Spital. Der Durchschnittswert bei Personen ab 65 Jahren (10,6 Tage) ist höher als der Durchschnittswert bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren (6,7 Tage).

Die nach Geschlecht getrennten Ergebnisse weisen Unterschiede nur bei den Männern aus. Männer zwischen 15 und 49 Jahren waren im Jahresintervall rund 5 Tage und Männer ab 50 Jahren rund 10 Tage im Spital. Bei den Frauen sind hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen festzustellen. Auch der Unterschied zwischen Frauen (9,4 Tage) und Männern (8,1 Tage) insgesamt ist nicht signifikant.

Zu beachten ist hier, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Person während einer Periode von zwölf Monaten gezeigt wird und nicht die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Spitalfall. Diese zwei Betrachtungsweisen erklären grösstenteils den Unterschied zwischen den eben präsentierten Ergebnissen aus der SGB und der im Unterkapitel 1.6 vorgestellten mittleren Aufenthaltsdauer pro Fall in Akutspitalern. Der Durchschnitt liegt dort bei 5,7 Tagen pro stationären Spitalfall und ist deutlich

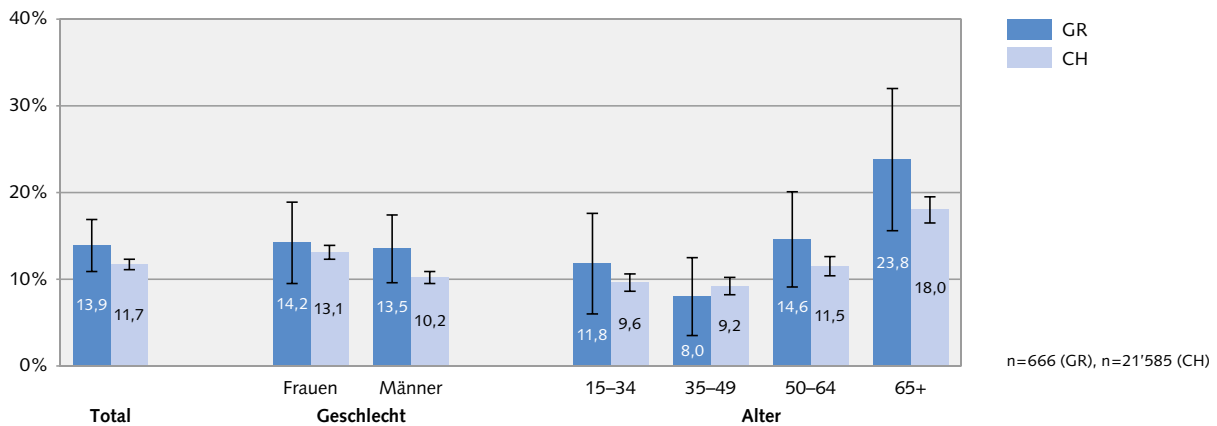
³⁸ Vgl. Abschnitt 1.4.2 für die Definition bezüglich der Einteilung Stadt/Land.

³⁹ Wortlaut der Frage: Wie viel Mal sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, Kuraufenthalte nicht miteingerechnet? Zählen Sie alle Aufenthalte wo Sie übernachtet haben.

⁴⁰ 150,2 Fälle pro 1000 Einwohner/innen.

Stationäre Spitalbehandlungen, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.18

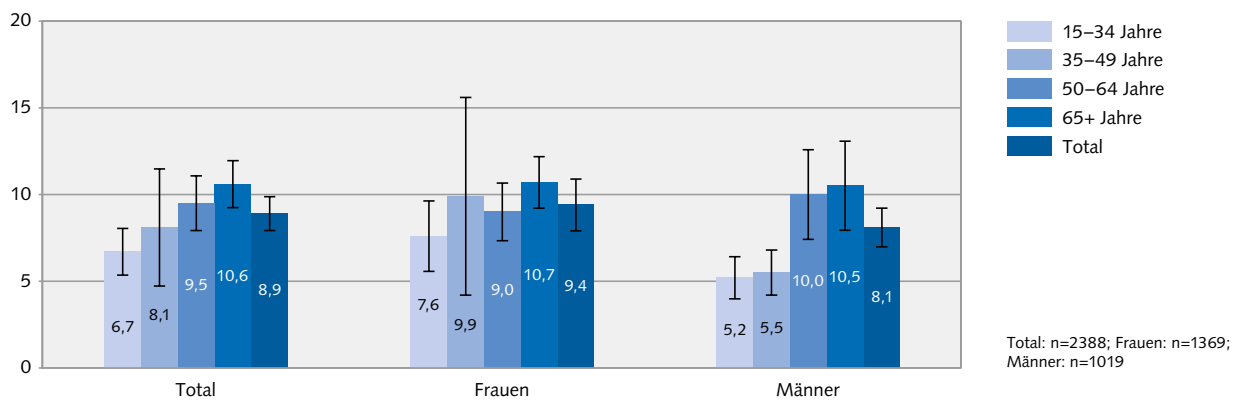


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

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

Abb. 5.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

tiefer als in der SGB. Personen, die im Jahresintervall mehr als einmal stationär im Spital behandelt wurden, ziehen in der SGB den Durchschnittswert nach oben.

5.5 Unterstützung zu Hause, formell und informell

Unter formeller Unterstützung zu Hause sind Leistungen von professionellen Hilfs- und Pflegediensten zu verstehen, welche am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbracht werden. In der Schweiz werden solche Dienstleistungen hauptsächlich von Spitex-Organisationen angeboten. Der Begriff «Spitex» steht für «spitalexterne Hilfe und Pflege» und ist in der Schweiz weit verbreitet. Im vorliegenden Unterkapitel wird deshalb dieser Begriff

als Synonym für formelle Unterstützung zu Hause verwendet. Bei der informellen Unterstützung zu Hause handelt es sich hingegen um Hilfe oder Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Diese wird im Folgenden als «informelle Hilfe» bezeichnet. In diesem Unterkapitel wird einerseits analysiert, welche Gruppen von Personen zu Hause unterstützt werden (Spitex und informelle Hilfe). Andererseits interessiert bei der informellen Hilfe auch, welche Personen Hilfe und Pflege leisten.

Hilfe und Pflege am Wohnort wird mehrheitlich von Angehörigen, Freunden und Nachbarn erbracht

Spitex-Dienstleistungen wurden im Kanton Graubünden in den zwölf Monaten vor der Befragung von 1,3% der befragten Personen in Anspruch genommen. Die Unterstützung zu Hause erfolgt jedoch mit 10,6%

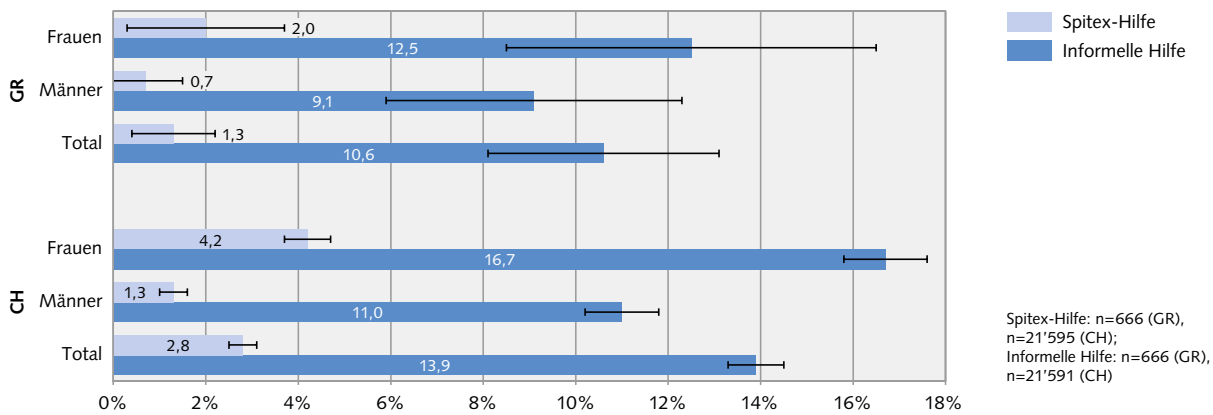
weitaus häufiger auf der Basis der informellen Hilfe. Auf der Ebene der gesamten Schweiz ist das Bild ähnlich, wobei die entsprechenden Anteile mit 2,8% bei der Spitex-Hilfe und 13,9% bei der informellen Hilfe höher liegen. Zwischen den Geschlechtern sind Unterschiede zu verzeichnen, die aber nur in der Gesamtschweiz signifikant sind. Schweizerinnen sind sowohl bei der Nutzung der Spitex (4,2%) als auch bei der informellen Hilfe (16,7%) öfter vertreten als Schweizer (1,3% bzw. 11,0%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist unter anderem auf die Lebenserwartung,

welche bei Frauen höher ist als bei Männern, zurückzuführen (BFS, 2014f). Im hohen Alter beanspruchen Frauen häufiger externe Hilfe, weil die Ehemänner im Durchschnitt früher sterben. Die Tatsache, dass in Partnerschaften Männer häufiger älter sind als Frauen, verstärkt diesen Effekt (BFS, 2014c).

Die Fragen zur Unterstützung zu Hause werden nicht nur auf eine Periode von zwölf Monaten, sondern auch auf eine Periode von sieben Tagen vor der Befragung abgegrenzt. Mit der Abgrenzung auf sieben Tage soll grob abgeschätzt werden, welcher Anteil der befragten

Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Geschlecht, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.20

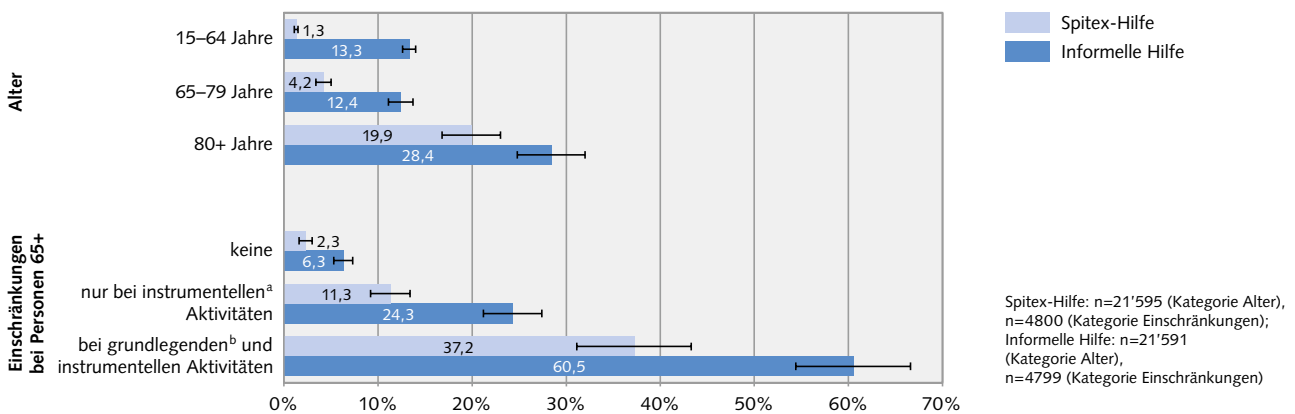


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, nach Alter und Einschränkungen im täglichen Leben bei Personen ab 65 Jahren, Schweiz, 2012 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.21



^a Selbständig Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern und öffentliche Verkehrsmittel benutzen.

^b Selbständig essen, ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, an- und ausziehen, zur Toilette gehen und baden oder duschen.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen eher regelmässig und nicht nur vorübergehend zu Hause unterstützt wird. Gegenüber der zwölfmonatigen Periode mit 2,8% sinkt der Anteil Personen, die in den sieben Tagen vor der Befragung Spitex-Hilfe in Anspruch genommen haben, in der gesamten Schweiz auf 1,0%. Bei der informellen Hilfe reduziert sich dieser Anteil von 13,9% auf 4,1%. Die Anteile zwischen dem Jahres- und dem Wochenintervall unterscheiden sich also deutlich, was eine mehrheitlich vorübergehende Beanspruchung von Spitex-Hilfe bzw. informeller Hilfe vermuten lässt.

Die Unterstützung zu Hause steigt mit höherem Alter und mehr Schwierigkeiten bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten

In den zwölf Monaten vor der Befragung beanspruchten Personen in der Schweiz zwischen 65 und 79 Jahren öfter die Spitex-Hilfe (4,2%) als Jüngere zwischen 15 und 64 Jahren (1,3%). Bei der informellen Hilfe sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Altersgruppen hingegen nicht signifikant. Deutlich höher sind die Werte bei den 80-jährigen und älteren Personen: 19,9% der in dieser Altersgruppe befragten Personen beanspruchten Spitex-Hilfe und 28,4% informelle Hilfe.

Klare Unterschiede sind auch bei Personen ab 65 Jahren zu erkennen, je nachdem welche Dinge im alltäglichen Leben sie gut oder weniger gut erledigen können. Personen, die weder Schwierigkeiten bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten (vgl. Fussnote in Abb. 5.21) noch bei der Ausführung von grundlegenden Aktivitäten aufweisen, nehmen die Spitex (2,3%) und die informelle Hilfe (6,3%) eher selten in Anspruch. Diese Anteile

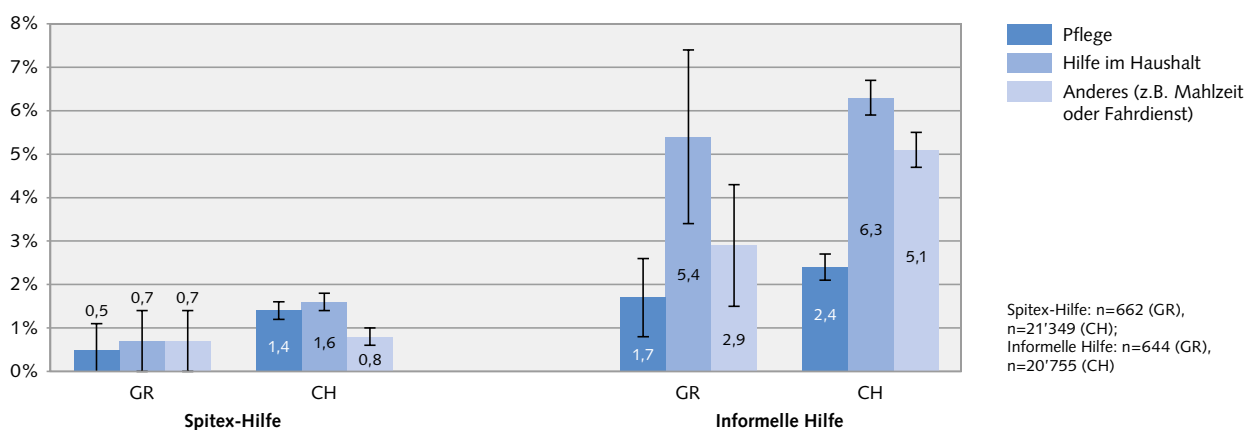
steigen bei Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung mindestens einer instrumentellen Aktivität auf 11,3% bzw. 24,3%. Die stärkste Beanspruchung haben jedoch Personen, welche Mühe mit der Verrichtung mindestens einer grundlegenden Aktivität wie selbständig essen oder duschen bekunden. Von diesen Personen benötigten in den zwölf Monaten vor der Befragung 37,2% Spitex-Hilfe und 60,5% informelle Hilfe. Zu erwähnen ist hier, dass 65-jährige und ältere Personen mit Schwierigkeiten bei der Ausführung grundlegender Aktivitäten praktisch ausnahmslos auch Schwierigkeiten mit mindestens einer instrumentellen Aktivität haben. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit erfolgt die Unterstützung zu Hause zudem oft in Kombination zwischen Spitex und Personen, die informelle Hilfe leisten (Höpflinger et al., 2011).

Die SGB erfasst nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Art der erhaltenen Hilfe. Die befragten Personen können dabei zwischen «Pflege», «Hilfe im Haushalt» und «andere Unterstützung», wie beispielsweise Mahlzeiten zubereiten, wählen. Leistungen bezüglich der Pflege von Patientinnen bzw. Patienten und der Hilfe im Haushalt werden von Spitex-Organisationen in etwa gleichen Teilen erbracht: 1,4% der in der Schweiz befragten Personen gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung Pflegeleistungen von der Spitex erhalten zu haben. 1,6% haben Hilfe im Haushalt erhalten. Die anderen Hilfen kommen mit 0,8% seltener vor. Die Anteile bei der Spitex-Hilfe sind im Kanton Graubünden niedriger, wobei nur Pflegeleistungen mit 0,5% signifikant tiefer sind als in der gesamten Schweiz.

Die informelle Hilfe wird in der Schweiz hauptsächlich für die Hilfe im Haushalt (6,3%) und für andere Hilfen (5,1%) beansprucht. Pflegeleistungen sind hier mit 2,4%

Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe,
nach Art der Hilfe, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 5.22

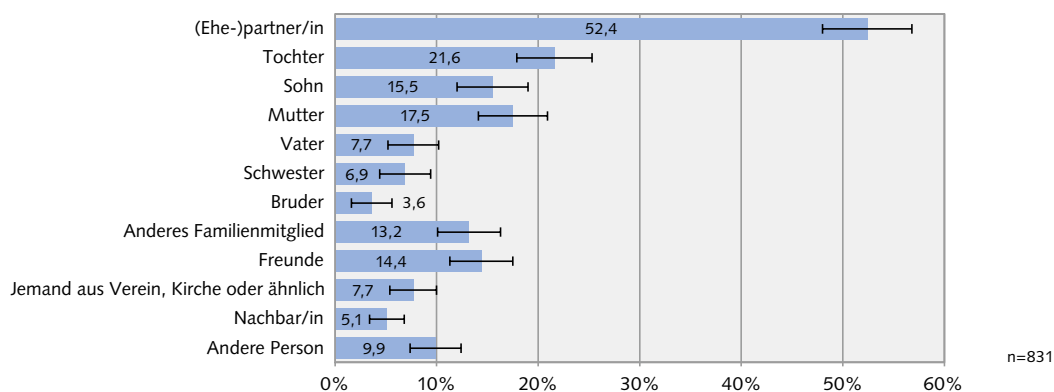


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2012

Abb. 5.23



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

© Obsan 2015

seltener, jedoch absolut betrachtet immer noch höher als bei der Spitex. Die Ergebnisse im Kanton Graubünden sind, mit Ausnahme der anderen Hilfen (2,9%), ähnlich wie in der gesamten Schweiz.

Bei der informellen Hilfe interessiert auch, welche Personen die Unterstützung zu Hause leisten. Nicht-allein lebende Personen erhalten diese mehrheitlich von den Haushaltsmitgliedern (zumeist Partnerin bzw. Partner). Weniger oft erfolgt die informelle Hilfe hingegen auf der Basis haushaltsübergreifender Hilfeleistung (Höpflinger et al., 2011).

Rund die Hälfte der befragten Personen erhält informelle Hilfe von der Partnerin bzw. vom Partner

Abbildung 5.23 zählt mögliche Personen im Familienkreis, Nachbarn, Freunde sowie Personen aus Vereinen und anderen Institutionen auf. Die Ergebnisse können wegen des Detaillierungsgrads nur für die gesamte Schweiz präsentiert werden. Rund die Hälfte der Personen, die informelle Hilfe erhalten, bekommt diese von der Ehepartnerin bzw. vom Ehepartner (52,4%). Alle anderen Personen werden deutlich weniger genannt. In der geraden Verwandtschaftsline sind als nächste die Tochter (21,6%), der Sohn (15,5%) und die Mutter (17,5%) anzutreffen. Der Vater (7,7%) und die Seitenlinien der Verwandtschaft (Schwester 6,9%, Bruder 3,6%) kommen weniger häufig vor. Etwa gleich häufig wie bei der geraden Verwandtschaftsline werden andere Familienmitglieder (13,2%) und Freunde (14,4%) erwähnt. Vereine sowie andere Institutionen (7,7%) und Nachbarn (5,1%) werden ebenfalls seltener aufgezählt.

5.6 Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen

Der demografische Wandel in der Schweiz führt zu einer Zunahme von Gesundheitsleistungen, welche sich spezifisch an ältere Personen richten. Die Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen gilt als solche Leistung und wird in diesem Unterkapitel analysiert. Die Datenquelle für die Analyse stammt nicht aus der SGB, sondern aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS. Die SOMED wird jährlich in Alters- und Pflegeheimen sowie Institutionen für Behinderte und Suchtkranke erhoben und ist eine Vollerhebung. Diese Statistik unterscheidet sich gegenüber der SGB also primär in der Art der Erhebung.

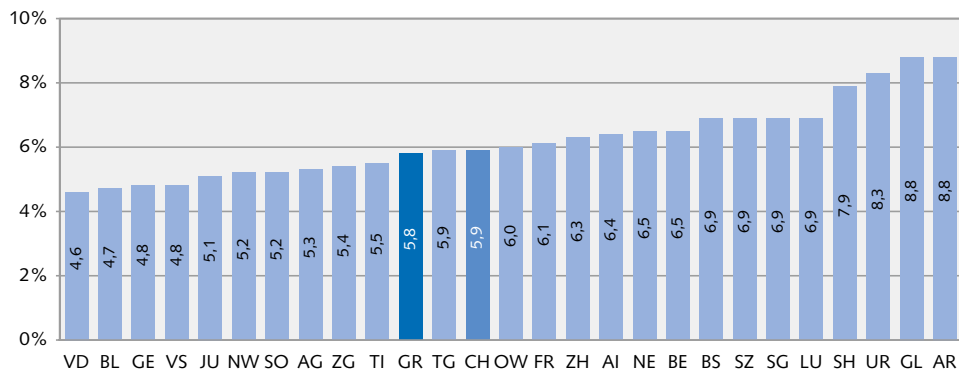
Im Folgenden wird der Anteil Personen ab 65 Jahren präsentiert, welche in Alters- und Pflegeheimen leben. Nicht berücksichtigt bzw. ausgeschlossen sind dabei Personen, die als Kurzaufenthalter⁴¹ gelten. Die geografische Zuteilung der Personen in Langzeitpflege erfolgt nach dem Kanton, in welchem sie vor dem Eintritt in das Alters- bzw. Pflegeheim lebten (nicht nach dem Kanton, in welchem sich das Alters-/Pflegeheim befindet). Um den Anteil in der Bevölkerung ab 65 Jahren zu berechnen, wird als zusätzliche Datenquelle die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) benutzt.

Der Anteil Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen ist zwischen 2006 und 2012 sowohl im Kanton Graubünden wie in der Schweiz leicht rückläufig. Im Kanton Graubünden ist der Anteil der in der stationären Langzeitpflege behandelten Personen von 6,6%

⁴¹ Kurzaufenthalter sind Personen, die nur vorübergehend in einem Alters- bzw. Pflegeheim sind (z.B. nach einem operativen Eingriff oder während der Abwesenheit anderer pflegenden Personen am Wohnort).

Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, Kantone und Schweiz, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

Abb. 5.24



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und STATPOP 2012

© Obsan 2015

im Jahr 2006 auf 5,8% im Jahr 2012 gesunken. In der Schweiz reduzierte sich dieser Anteil von 6,4% im Jahr 2006 auf 5,9% im Jahr 2012.

Mehr Frauen als Männer leben in Alters- und Pflegeheimen

Der Anteil Bündner Männer ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen beläuft sich auf 3,4%. Bündnerinnen leben mit 7,7% mehr als doppelt so häufig in Alters- und Pflegeheimen. Wie in Unterkapitel 5.5 erwähnt, spielt hier die höhere Lebenserwartung der Frauen sicherlich eine Rolle. Statistisch betrachtet stirbt der Ehepartner früher als die Ehepartnerin, welche dann oft alleine in einem Einpersonenhaushalt lebt und die Möglichkeit einer allfälligen Unterstützung durch den Ehepartner verliert. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist auch in der Gesamtschweiz, wo praktisch die gleichen Anteile zu verzeichnen sind, ersichtlich.

Unterschiede gibt es ebenfalls zwischen den zwei Alterskategorien. 1,6% der Personen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren leben in Alters- und Pflegeheimen. Bei Personen ab 80 Jahren verzehnfacht sich dieser Anteil auf 17,0%. Von den insgesamt 5,8% Bündnerinnen und Bündnern, die in Alters- und Pflegeheimen untergebracht sind, weisen 1,2% keinen oder nur geringen und 4,6% einen mittleren bis hohen Pflegebedarf auf (Schweiz 1,3% bzw. 4,5%).⁴² Nicht oder gering pflegebedürftig sind dabei Personen, welche nicht mehr als 40 Minuten Pflege pro Tag benötigen. Bei über 40 Minuten

Pflege pro Tag gilt hingegen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; Art. 7a Abs. 3) ein mittlerer bis hoher Pflegebedarf.

Im kantonalen Vergleich liegt der Kanton Graubünden bei der Langzeitpflege mit einem Anteil von 5,8% im schweizerischen Durchschnitt. In den Kantonen Schaffhausen, Uri, Glarus und Appenzell-Ausserrhoden leben im Verhältnis zur Bevölkerung ab 65 Jahren am meisten (über 7%) und in den Kantonen Waadt, Basel-Landschaft, Genf und Wallis am wenigsten Personen (unter 5%) in Alters- und Pflegeheimen. Die kantonale Reihenfolge sieht bei der separaten Analyse nach Geschlecht und der separaten Analyse nach den zwei aufgeführten Altersgruppen in etwa gleich aus. Jedoch weisen die Kantone Basel-Stadt und Neuenburg in der Altersgruppe ab 80 Jahren unterdurchschnittliche Anteile aus.

Das Verhältnis zwischen Personen mit mittlerem bis hohem und Personen mit keinem oder geringem Pflegebedarf ist von Kanton zu Kanton verschieden. Weniger als jede fünfzigste Heimbewohnerin bzw. jeder fünfzigste Heimbewohner in den Westschweizer Kantonen Genf, Waadt, Neuenburg und Jura weist keinen oder einen geringen Pflegebedarf auf. Hingegen ist mehr als jede dritte Heimbewohnerin bzw. jeder dritte Heimbewohner in den Ostschweizer Kantonen St. Gallen, Glarus und Appenzell Inner- sowie Ausserrhoden nicht oder nur gering pflegebedürftig.

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen weist im Kanton Graubünden 6,6 Plätze pro 100 Einwohnerinnen bzw. Einwohner ab 65 Jahren aus (vgl. 1.6). Dabei handelt es sich um die Summe der belegten und nicht belegten Plätze, die von Alters- und Pflegeheimen im Kanton zur Verfügung gestellt werden. Die Differenz

⁴² Die hier präsentierten Ergebnisse zur Pflegebedürftigkeit stimmen mit den Ergebnissen der Studie von Höpflinger et al. (2011) überein, wonach fast ein Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Schweiz höchstens leicht pflegebedürftig ist.

Tab. 5.3 Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, nach Geschlecht, Alter und Pflegebedarf, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

		GR		CH	
		Anteil in %	Anzahl Heimbewohner/innen	Anteil in %	Anzahl Heimbewohner/innen
Total		5,8	2 108	5,9	82 733
Geschlecht	Frauen	7,7	1 564	7,8	61 443
	Männer	3,4	544	3,5	21 290
Alter	65–79 Jahre	1,6	432	1,6	16 231
	80+ Jahre	17,0	1 676	17,0	66 502
Pflegebedarf	gering ^a	1,2	423	1,3	18 272
	mittel/hoch ^b	4,6	1 658	4,5	63 537

^a Pflegebedarf bis 40 Minuten pro Tag

^b Pflegebedarf mehr als 40 Minuten pro Tag

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und STATPOP 2012

© Obsan 2015

zwischen den zur Verfügung stehenden Plätzen (6,6%) und dem eben präsentierten Gesamtergebnis (5,8%) zeigt, dass im Kanton Graubünden im Jahr 2012 keine Unterkapazität zu verzeichnen ist.

5.7 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel untersucht das Ausmass der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Kanton Graubünden und der Schweiz. Dabei stellt sich heraus, dass die Inanspruchnahme im Kanton Graubünden in vielen Leistungsbereichen vergleichbar mit der gesamten Schweiz ist und signifikante Unterschiede nur selten anzutreffen sind. Unterschiede sind – unabhängig vom geografischen Gebiet – in erster Linie zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Bildungskategorien zu erkennen.

Drei von fünf im Kanton Graubünden befragte Personen haben im Jahresintervall nie (25,2%) oder nur ein- bis zweimal (34,6%) eine Arztpraxis aufgesucht. Zwei von fünf befragten Personen sind hingegen dreimal oder mehr bei einer Ärztin bzw. einem Arzt gewesen. Wie erwartet steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen mit zunehmendem Alter an. Personen ab 65 Jahren berichten rund doppelt so häufig über drei oder mehr Arztbesuche wie Personen zwischen 15 bis 49 Jahren. Der Kanton Graubünden liegt mit durchschnittlich 3,7 Arztbesuchen pro befragte Person im schweizerischen Mittelfeld. In der gesamten Schweiz beträgt der Durchschnittswert 3,9. Frauen weisen einen höheren Durchschnittswert aus

als Männer, wobei die Differenz hauptsächlich auf Konsultationen in Frauenarztpraxen zurückzuführen ist, welche bei Frauen zusätzlich anfallen.

Unterschiede bei präventivmedizinischen Leistungen sind hauptsächlich zwischen den Altersgruppen zu erkennen, die insbesondere bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen zum Vorschein treten. Jede zweite Bündnerin zwischen 20 und 49 Jahren hat sich im Jahresintervall einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs unterzogen (50,8%). Dieser Anteil sinkt bei Frauen ab 50 Jahren auf 28,0%. Die Früherkennung von Brustkrebs mittels Mammografie und die Früherkennung von Prostatakrebs sind hingegen ab dem 50. Lebensjahr häufiger (22,2% bzw. 31,2%).

Komplementärmedizinische Leistungen werden deutlich öfter von Frauen genutzt. In den zwölf Monaten vor der Befragung berichten 30,7% der Bündnerinnen, mindestens einmal solche Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Bei den Bündnern ist der Anteil mit 18,1% tiefer. Die am häufigsten beanspruchte komplementärmedizinische Leistung im Kanton ist die Homöopathie.

Jede sechste im Kanton Graubünden befragte Person suchte im Jahresintervall mindestens einmal ein Spital zur ambulanten Behandlung auf (16,5%). Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sind hier im Kanton nicht festzustellen. Etwas weniger oft (13,9%) wurden die Spitäler von den Kantonsbewohnerinnen bzw. -bewohnern für stationäre Behandlungen aufgesucht. Personen ab 65 Jahren sind häufiger in stationärer Behandlung, wobei die Unterschiede zu den

jüngeren Altersklassen in der Schweiz wegen der grösseren Stichprobe deutlicher zum Ausdruck kommen als im Kanton Graubünden.

Hilfe und Pflege am Wohnort erfolgt zu einem grossen Teil auf der Basis der informellen Hilfe. Im Kanton Graubünden berichtet jede zehnte befragte Person, im Jahresintervall informelle Hilfe von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn erhalten zu haben. Deutlich weniger oft werden diesbezüglich die Dienste von Spitex-Organisationen in Anspruch genommen (1,3%). Die informelle Hilfe wird dabei hauptsächlich für die Unterstützung im Haushalt beigezogen. Die körperliche Gesundheitspflege der betroffenen Person steht bei der informellen Hilfe nicht an erster Stelle. Absolut betrachtet wird diese gleichwohl häufiger im Rahmen der informellen Hilfe als im Rahmen der Spitex erbracht.

Bei der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen ist der Anteil Personen ab 65 Jahren im Kanton Graubünden von 6,6% im Jahr 2006 auf 5,8% im Jahr 2012 gesunken. Mehr Bündnerinnen als Bündner ab 65 Jahren leben in Alters- und Pflegeheimen: Der Anteil der Frauen beläuft sich auf 7,7% und der der Männer auf 3,4%. Dieser Unterschied ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen, welche von einem Verlust des Ehepartners häufiger betroffen sind und somit auch öfter die Möglichkeit der Unterstützung durch den Ehepartner verlieren.

6 Kosten- und Prämienentwicklung OKP

Die Festlegung und Veröffentlichung der kantonalen Versicherungsprämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) führt jährlich zu ausgiebigen öffentlichen Diskussionen über die stetig ansteigenden Gesundheitskosten. In der Schweiz wurden im Jahr 2012 insgesamt 68,0 Milliarden Franken für die Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil von 11,5% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) entspricht (BFS, 2014d). Diese Gesamtkosten wurden zu 35,8% durch die OKP (Nettokosten), zu 25,2% durch die privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Ausgaben und Kostenbeteiligungen) und zu 20,2% durch den Staat (vorwiegend Spital- und Pflege-subsidien) finanziert. Den restlichen Anteil (18,8%) trugen die Privatversicherungen, die weiteren Sozialversicherungen (UV, MV, IV, AHV) sowie die anderen Systeme der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AVH/IV sowie Alters- und Pflegehilfe).

Ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist seit Jahren zu beobachten. Zum Beispiel sind die Gesamtkosten für die Gesundheit in der Schweiz von 42,8 Milliarden Franken im Jahr 2000 um jahresdurchschnittlich 3,9% auf 68,0 Milliarden Franken im Jahr 2012 gestiegen (BFS, 2014d). In der gleichen Zeitspanne haben die OKP-Bruttokosten um durchschnittlich 4,3% pro Jahr von 15,7 auf 26,0 Milliarden Franken zugenommen. Verschiedene, nachfolgend aufgeführte Studien zeigen, dass demografische Faktoren wie die Bevölkerungszunahme und die demografische Alterung lediglich einen Teil des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen oder der OKP erklären können. So sind gemäss einer BFS-Studie 39,0% des Kostenanstiegs zwischen 1985 und 2002 auf diese Faktoren zurückzuführen (BFS, 2005), während sie – gemäss einer Obsan-Studie – für einen Fünftel des Kostenanstiegs in der OKP zwischen 1998 und 2010 verantwortlich waren (Roth & Roth, 2012). Der Hauptteil der Kostenzunahme in der Grundversicherung wird einerseits auf Mengenausweitungen (Schleiniger & Blöchliger, 2012) und andererseits auf eine allgemeine Trendvariable zurückgeführt. Letztere beinhaltet unter anderem den medizinisch-technologischen Fortschritt sowie veränderte Strukturen und Bedürfnisse auf der Angebots- und Nachfrageseite (BFS, 2005; Wildi et al., 2005; Camenzind & Sturny, 2013).

Die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung variieren sehr stark zwischen den 26 Kantonen, was – je nach Leistungskategorie – auf Unterschiede im Versorgungsangebot (z.B. Angebotsdichte, Angebotsstruktur, Patientenwanderungen), in der Nachfrage und dem Inanspruchnahme-Verhalten für Gesundheitsleistungen (z.B. Bevölkerungsdichte und -zusammensetzung, Morbiditätsrate), in der Finanzierung des Gesundheitswesens (z.B. Ausmass der öffentlichen Subventionierung) sowie der politischen Praxis und Tradition der Kantone zurückzuführen ist (Camenzind & Sturny, 2013).

Im vorliegenden Kapitel werden die Bruttokosten und die Prämien der OKP mittels Datenpool der SASIS AG (SASIS, 2013; vgl. Kasten) analysiert. Die gezeigten OKP-Bruttokosten (von den Versicherern bezahlte OKP-Nettokosten plus erfasste Kostenbeteiligungen der Versicherten) entsprechen dabei gesamtschweizerisch einem Anteil von 38,2% der gesamten oben dargestellten Gesundheitskosten. Bei den vorliegenden Analysen wird der Kanton Graubünden stets aus der Perspektive «Wohnkanton der versicherten Personen» untersucht. Somit wird nicht berücksichtigt, in welchem Kanton die Kosten für die Behandlung der Bündner Bevölkerung entstehen bzw. ob die involvierten Leistungserbringer ihren Standort im Kanton selber oder ausserhalb haben. Ausserdem sind direkte Vergleiche zu den Kapiteln 2 bis 5 des Berichtes insofern eingeschränkt, als sich diese auf das generelle Gesundheitsverhalten beziehen, während sich das vorliegende Kapitel auf den durch die OKP finanzierten Teil des Gesundheitswesens beschränkt.

Im ersten Teil des Kapitels werden die *OKP-Kosten* für verschiedene Leistungserbringer-Gruppen analysiert. Es wird dabei sowohl auf die Entwicklung dieser Kosten in den Jahren zwischen 2008 und 2012 als auch auf deren Aufteilung auf verschiedene Leistungskategorien im Jahr 2012 eingegangen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die *OKP-Prämien* sowie die gewählten *Versicherungsmodelle* beschrieben. *Zusätzlich wird kurz die individuelle Prämienverbilligung in der Krankenversicherung behandelt.*

Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool ist eine seit 2001 von santésuisse (Branchenverband der Krankenversicherer) und seit 2009 von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Datenpool dient in erster Linie als Brancheninformationssystem und erlaubt den Krankenversicherern, das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern (u.a. für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie die Entwicklung der Prämien und der Kosten im Bereich der OKP zu verfolgen.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistung bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z.B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken zwischen 97,6% im Jahr 2008 und 99,7% aller versicherten Personen in der Schweiz im Jahr 2012 ab.

Für den Kanton Graubünden beläuft sich dieser Abdeckungsgrad auf 97,5% im Jahr 2008 und auf 97,8% im Jahr 2012. Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich¹ der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand des Risikoausgleichs multipliziert.

Seit dem 1. Januar 2007 gehören Personen im Asylprozess nicht mehr zum Versichertenbestand des Risikoausgleichs, sie werden aber im Datenpool der SASIS AG nach wie vor erfasst. Für die Hochrechnung der Daten wird der Risikoausgleich deshalb ab 2007 mit den Daten aus der Asylstatistik des Bundesamts für Migration ergänzt. Die Hochrechnung erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Dabei wird angenommen, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten.

Vorliegende Daten stammen aus der Jahresproduktion 2008–2012 der SASIS AG vom 23. Mai 2013. Sie beziehen sich auf die Geschäftsperiode (Abrechnungszeitpunkt beim Versicherer) und nicht auf die Behandlungsperiode. Das Abrechnungsverhalten der Krankenversicherer kann demzufolge Einfluss auf die ausgewiesenen Kosten haben.

¹ 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).

6.1 OKP-Kosten

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP der Jahre 2008 bis 2012 für die Bündner Bevölkerung nach Leistungskategorien im Vergleich zur Gesamtschweiz dargestellt. Ebenfalls wird kurz auf die Kostenbeteiligung der versicherten Personen eingegangen, bevor in einem weiteren Abschnitt die interkantonalen Unterschiede in den Pro-Kopf-Kosten behandelt werden.

Zwei Drittel des Kostenanstiegs in Spitälern

Im Jahr 2012 belaufen sich die OKP-Kosten der Bündner Bevölkerung auf insgesamt 552,6 Millionen Franken (Tab. 6.1). Der grösste Kostenblock fällt bei den Spitälern an (41,6%), gefolgt von den Arztpraxen (27,5%) und den Apotheken bzw. Abgabestellen MiGeL⁴³ (13,6%). Diese drei Leistungserbringer-Gruppen machen im Kanton Graubünden rund vier Fünftel der OKP-Gesamtkosten im Jahr 2012 aus.

Die OKP-Kosten im Kanton sind zwischen 2008 und 2012 um jahresdurchschnittlich 2,3% gestiegen (von 504,0 Millionen Franken auf 552,6 Millionen Franken). In der Schweiz haben sich die Kosten in der gleichen Zeitspanne um durchschnittlich 3,4% von 22,7 Milliarden Franken auf 26,0 Milliarden Franken erhöht. Damit liegt die Wachstumsrate im Kanton Graubünden für die fünf beobachteten Jahre unter dem Schweizer Durchschnitt. Nach einzelnen Jahren betrachtet sind die OKP-Kosten der Bündner Bevölkerung im Jahr 2009 am stärksten gestiegen (4,9%); das tiefste Wachstum war im Jahr 2010 zu verzeichnen (0,9%).

Die höchste jahresdurchschnittliche Wachstumsrate 2008 bis 2012 ist im Kanton Graubünden mit 7,1% im Bereich der ambulanten Spitalleistungen zu verzeichnen. Die stationären Spitalleistungen sind im Vergleich dazu nur um durchschnittlich 1,8% gestiegen. Rund zwei Drittel der gesamten Kostenzunahme in der OKP zwischen 2008 und 2012 ist auf diese beiden Kategorien zurückzuführen. Die neue Spitalfinanzierung, welche im Januar 2012 eingeführt wurde, muss bei der Interpretation des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich mitberücksichtigt werden. Obschon im Jahr 2012 das Wachstum mit 2,5% nicht besonders hoch ausfällt, kann in diesem Bereich ein allfälliger Einfluss durch den Finanzierungswechsel nicht ausgeschlossen werden. Mit der neuen Spitalfinanzierung hat sich unter anderem die

⁴³ Mittel- und Gegenstände-Liste, vgl. www.bag.admin.ch/migel (Zugriff am 23.04.2014).

Tab. 6.1 Bruttokosten in der OKP, nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Graubünden und Schweiz, 2008–2012 (in Millionen Franken)

		GR							CH	
		2008	2009	2010	2011	2012	Anteil 2012 am Total in %	Ø Veränderung 2008–2012 in %	Ø Veränderung 2008–2012 in %	
Spitäler	Stationäre Leistungen	122,6	131,2	127,8	128,6	131,7	23,8	1,8	2,8	
	Ambulante Leistungen	74,8	81,4	85,5	92,2	98,4	17,8	7,1	7,4	
	Total Leistungen	197,4	212,7	213,3	220,7	230,1	41,6	3,9	4,7	
Arztpraxen	Behandlungen	89,6	92,2	95,9	99,1	101,9	18,4	3,3	3,8	
	Medikamente	38,6	39,0	36,9	36,8	37,4	6,8	-0,8	1,5	
	Übrige Leistungen	14,6	14,2	12,6	13,4	12,8	2,3	-3,2	-1,0	
	Total Leistungen	142,8	145,4	145,4	149,2	152,1	27,5	1,6	2,9	
Pflegeheime		44,1	44,7	46,1	44,4	40,9	7,4	-1,9	1,4	
Apotheken und Abgabestellen MiGeL		67,6	72,0	73,6	72,8	75,0	13,6	2,6	2,0	
Physiotherapeutinnen/-therapeuten		12,3	12,4	13,1	13,2	13,2	2,4	1,9	3,3	
Laboratorien		9,8	10,4	10,3	11,2	11,9	2,2	4,9	5,0	
Spitex-Organisationen		11,1	12,1	12,1	13,0	13,3	2,4	4,8	6,3	
Übrige Leistungserbringer		19,0	19,3	19,5	15,8	16,0	2,9	-4,2	-0,1	
Total		504,0	529,0	533,5	540,5	552,6	100,0	2,3	3,4	

Quelle: SASIS AG – Datenpool; Gemeinsame Einrichtung KVG – Risikoausgleichsstatistik/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Aufteilung der Kosten zwischen dem Kanton und den Versicherern verändert und mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) werden neu auch die Investitionen in die Leistungsvergütung einbezogen.

Eine im Vergleich zum Anstieg der Gesamtkosten der Bündner Bevölkerung überdurchschnittliche Zunahme zwischen 2008 und 2012 ist auch bei den Kosten der Spitex-Organisationen (4,8%) und der Laboratorien (4,9%) zu verzeichnen. Aufgrund der geringen absoluten Werte für diese Kategorien fallen diese Kostenzunahmen jedoch weniger stark ins Gewicht. Eher durchschnittlich haben sich im selben Zeitraum die Kosten von Ärztinnen und Ärzten in Praxen, von selbständigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie der Apotheken und Abgabestellen MiGeL entwickelt. Auffällig sind zudem die rückläufigen Kosten in den Pflegeheimen (-1,9%) und bei den übrigen Leistungserbringern (-4,2%). Der Kostenrückgang bei den übrigen Leistungserbringern ist möglicherweise auf eine präzisere Leistungserfassung der Versicherer zurückzuführen. Das Kostenvolumen in diesem Bereich hat sich im Jahr 2011 markant reduziert. Von einem effektiv rückläufigen Trend kann aber aufgrund dieser einmaligen Reduktion nicht gesprochen werden.

Wie im Kanton Graubünden sind auch auf gesamtschweizerischer Ebene zwischen 2008 und 2012 die Kosten für ambulante Spitalleistungen (7,4%), für Spitex-Leistungen (6,3%) und die Laborkosten (5,0%) stark angestiegen. Hingegen fällt der Kostenanstieg in Arztpraxen (2,9%), Pflegeheimen (1,4%) sowie bei den selbständigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (3,3%) auf Schweizer Ebene höher aus als im Kanton.

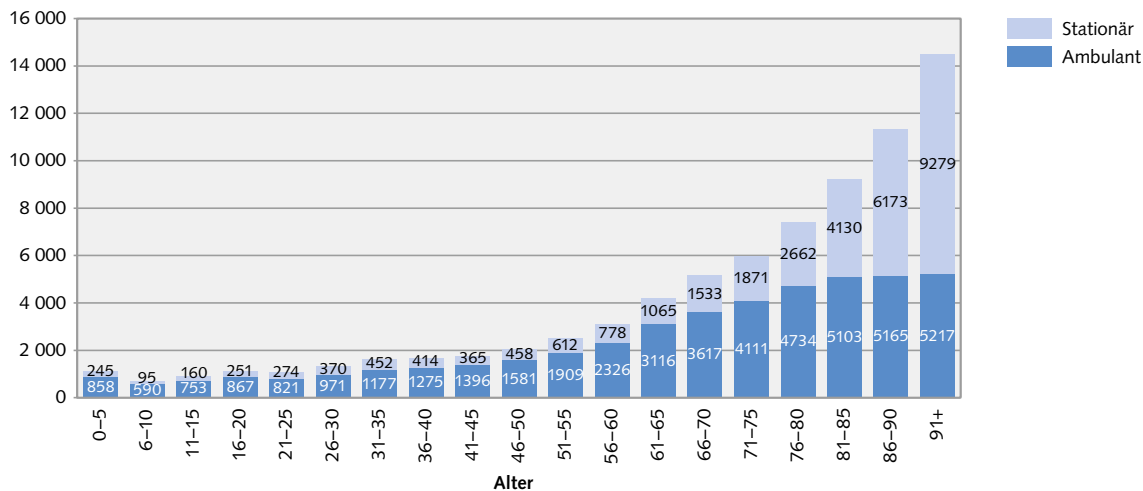
Höchste Kostenbeteiligung bei Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die versicherten Personen beteiligen sich mit der Franchise, dem Selbstbehalt und dem Spitalaufenthaltsbeitrag an den Kosten der OKP.⁴⁴ Diese im Datenpool erfassten Beteiligungen betragen im Kanton Graubünden für das Jahr 2012 rund 82,8 Millionen Franken, d.h.

⁴⁴ Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der OKP-Kosten und können hier deshalb nicht analysiert werden. Darunter fallen beispielsweise die Beiträge an die Wohn- und Betreuungskosten in Pflegeheimen. Die Kostenbeteiligung OKP kann bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da sie bei den ersten im Jahr eingereichten Rechnungen abgezogen wird. Versicherte Personen können ihre Kostenbeteiligung ausserdem beeinflussen, indem sie beispielsweise ihre Franchise senken, wenn im Folgejahr eine grössere medizinische Behandlung ansteht.

Ambulante und stationäre OKP-Kosten pro versicherte Person, nach 5-Jahres-Altersgruppen, Kanton Graubünden 2012 (in Franken)

Abb. 6.1



Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Bündnerinnen und Bündner bezahlen 15,0% der OKP-Kosten «aus der eigenen Tasche» in Form von Kostenbeteiligungen. Zwischen 2008 und 2012 beträgt der Anteil der Kostenbeteiligung im Kanton jeweils zwischen 14,5% und 15,1% der Bruttokosten. Für die Gesamtschweiz variiert dieser Anteil zwischen 14,1% und 14,5% und fällt somit etwas tiefer aus als im Kanton Graubünden.

Die erfasste Kostenbeteiligung verteilt sich unterschiedlich auf die diversen Leistungskategorien. So zahlen die versicherten Personen im Kanton Graubünden 30,9% der Laboruntersuchungen und 24,2% der Arztbehandlungen als Kostenbeteiligung. Im stationären Spitalbereich (8,2%), bei den Spitex-Leistungen (5,8%) und vor allem bei den Pflegeheimleistungen (4,3%) sind diese Anteile deutlich niedriger. Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Patientinnen und Patienten, welche die erwähnten Leistungen beanspruchen, tendenziell älter sind und folglich die ordentliche Franchise von 300 Franken für Erwachsene wählen. Andererseits sind die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung, welche im stationären oder langzeitpflegerischen Bereich anfallen, meistens höher als die Kosten für die Leistungen bei einer ambulanten Behandlung, womit der relative Anteil der Kostenbeteiligung für diese Leistungsgruppen geringer ausfällt.

Unterdurchschnittliche OKP-Kosten

Pro Kopf der Bevölkerung fallen im Kanton Graubünden im Vergleich zur Gesamtschweiz unterdurchschnittliche Bruttokosten OKP an (Tab. 6.2 und Abb. 6.2): 2012

wurden im Kanton von der OKP 2792 Franken pro versicherte Person für medizinische Leistungen übernommen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz liegen diese Kosten um 468 Franken oder 14,3% tiefer. 31,2% der Pro-Kopf-Kosten werden im Kanton Graubünden für stationäre Leistungen⁴⁵ (872 Franken); und 68,8% für ambulante Leistungen (1920 Franken) ausgegeben. In der Gesamtschweiz ist der Anteil stationärer Leistungen am Total der OKP-Kosten mit 29,8% ungefähr gleich hoch wie im Kanton Graubünden.

Bündner Frauen haben im Jahr 2012 zwischen 31,1% (ambulant) und 35,0% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Bündner Männer. Dies ist zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung und die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen (Camenzind & Meier, 2004). Im Schweizer Mittel sind die Geschlechterunterschiede bezüglich OKP-Kosten mit jenen im Kanton vergleichbar: Schweizerinnen weisen im ambulanten Bereich 30,6% und im stationären Bereich 37,8% höhere Kosten aus als Schweizer. Auch mit höherem Alter werden vermehrt OKP-Leistungen bezogen bzw. benötigt. So hat eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Graubünden mit 908 Franken im Jahr 2012 im Durchschnitt achtmal tiefere OKP-Kosten als eine über 66-jährige Person (7257 Franken). Erwartungsgemäss besonders markant sind diese Kostenunterschiede zwischen Jung und Alt im stationären Bereich.

⁴⁵ Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» umfasst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten.

Tab. 6.2 Ambulante und stationäre OKP-Kosten pro versicherte Person, nach Geschlecht und Alter, Kanton Graubünden und Schweiz, 2012 (in Franken)

		Ambulant		Stationär		Total	
		GR	CH	GR	CH	GR	CH
Geschlecht	Frauen	2179	2589	1002	1122	3181	3711
	Männer	1662	1982	742	815	2405	2797
Alter	0–15 Jahre	739	850	169	154	908	1004
	16–35 Jahre	962	1240	340	398	1302	1638
	36–50 Jahre	1428	1864	413	471	1842	2334
	51–65 Jahre	2407	2923	802	891	3209	3814
	66+ Jahre	4353	5080	2904	3383	7257	8463
Total		1920	2289	872	970	2792	3260

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Der KVG-Grundsatz der Solidarität zwischen der jüngeren und der älteren Generation tritt bei der verfeinerten Betrachtung der Bündner OKP-Kosten nach 5-Jahres-Altersgruppen noch deutlicher hervor (Abb. 6.1). Mit Ausnahme der Altersgruppe 0 bis 5 Jahre, in denen die OKP-Kosten etwas höher ausfallen, werden mit zunehmendem Alter kontinuierlich höhere OKP-Kosten ausgewiesen. Dabei erhöhen sich die ambulanten Kosten bis zum Alter von 81 bis 85 Jahren und bleiben danach konstant. Im stationären Bereich ist ein beinahe exponentieller Kostenanstieg über die Altersgruppen zu beobachten. Vor allem in den hohen Altersklassen werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen. So steigt der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten von 13,8% bei den 6- bis 10-jährigen auf 64,0% bei den über 91-jährigen Bündnerinnen und Bündner. Dabei ist anzufügen, dass sich dieser Kostenverlauf über die Altersgruppen hinweg nicht wirklich vom Bild für die Gesamtschweiz unterscheidet.

Abbildung 6.2 zeigt die Aufteilung der OKP-Kosten pro versicherte Person nach Leistungskategorien und für die 26 Kantone der Schweiz. Die beiden Kategorien «Spital stationär» sowie «Pflegeheime» entsprechen dabei den in Tabelle 6.2 und Abbildung 6.1 ausgewiesenen stationären Leistungen. Alle übrigen Leistungskategorien werden wieder dem ambulanten Leistungsbereich zugerechnet.

Die Bündner OKP-Pro-Kopf-Kosten befinden sich im interkantonalen Vergleich im unteren Drittel der Kantone (zusammen mit weiteren Kantonen aus der Inner- und der Ostschweiz). Die höchsten Kosten fallen mit 4353 Franken im Kanton Basel-Stadt und mit 4179 Franken im Kanton Genf an. In allen Leistungskategorien sind die OKP-Kosten des Kantons Graubünden tiefer als die entsprechenden Kosten der gesamten Schweiz (CH in Abb. 6.2).

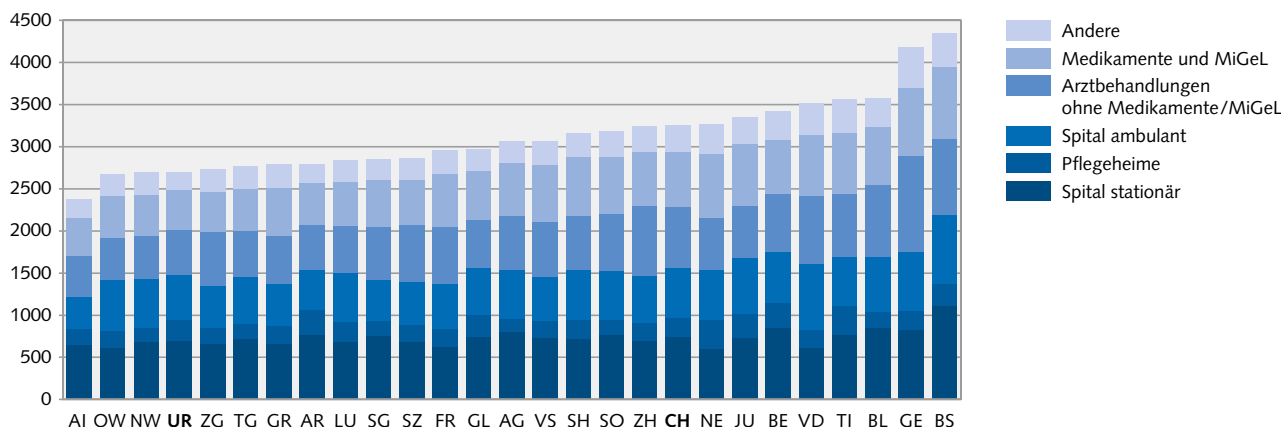
Im Jahr 2012 geben Bündnerinnen und Bündner für stationäre Spitalleistungen 665 Franken pro Kopf aus, was 76 Franken unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (741 Franken) liegt. Im ambulanten Spitalbereich belaufen sich die Bündner OKP-Kosten auf jährlich 497 Franken pro Person; gesamtschweizerisch werden hierfür 592 Franken oder 95 Franken mehr als in Graubünden bezahlt.⁴⁶ Für Behandlungen in Arztpraxen (567 Franken) und für die von Arztpraxen und Apotheken abgegebenen Medikamente sowie Mittel- und Gegenstände (580 Franken) sind im Kanton Graubünden um 163 Franken resp. 67 Franken tiefere OKP-Kosten zu verzeichnen als im Durchschnitt der Schweiz (730 Franken resp. 647 Franken).⁴⁷ Bei den Pflegeheimen (207 Franken) und in der Restkategorie der übrigen (ambulanten) Leistungserbringer (275 Franken) weist der Kanton Graubünden im Quervergleich ebenfalls tiefe Pro-Kopf-Kosten aus. Gut zwei Drittel der Kosten in der Restkategorie werden im Kanton durch Spitex-Organisationen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Laboratorien erbracht.

⁴⁶ Deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten (1106 Franken im stationären und 817 Franken im ambulanten Spitalbereich) fallen für diese zwei Leistungskategorien im Kanton Basel-Stadt an.

⁴⁷ Die höchsten Kosten für diese Kategorien fallen in den Kantonen Genf (1144 Franken resp. 812 Franken) und Basel-Stadt (898 Franken resp. 859 Franken) an, die niedrigsten in Appenzell Innerrhoden (485 Franken resp. 450 Franken).

OKP-Kosten pro versicherte Person, nach Leistungskategorien, Kantone und Schweiz, 2012 (in Franken)

Abb. 6.2



Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

6.2 OKP-Prämien und Versicherungsmodelle

Die Leistungen der OKP werden hauptsächlich über die Prämien der versicherten Personen finanziert. Das vorliegende Unterkapitel behandelt die interkantonalen Prämienunterschiede und stellt die Prämienausgaben im Kanton Graubünden innerhalb der verschiedenen Versicherungsmodelle dar. Auf die kantonale Prämienverbilligung wird ebenfalls kurz eingegangen. Die dargestellten Werte beziehen sich stets auf die 26-jährigen und älteren, im Kanton Graubünden wohnhaften, versicherten Personen. Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus dem Datenpool der SASIS AG ausgewertet. Es handelt sich dabei um die OKP-Prämie gemäss Angebotstarif, d.h. um die Prämie vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung, aber nach Abzug des Prämiennachlasses für Wahlfranchise, alternatives Versicherungsmodell und Unfallausschluss. Die vorliegenden Werte können somit nicht direkt mit den vom Bundesamt für Gesundheit jeweils im Herbst publizierten Durchschnittsprämien verglichen werden, da sich diese nur auf das Standardmodell inkl. Unfalldeckung beziehen.

Unterdurchschnittliches Prämienniveau im Kanton Graubünden

Die jährlichen Erwachsenenprämien in der OKP sind im Kanton Graubünden von 2638 Franken im Jahr 2008 auf 3131 Franken im Jahr 2012 gestiegen; dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 4,4%. In der Schweiz haben sich die Prämien im selben Zeitraum um 4,0% von 3116 Franken auf 3648 Franken erhöht. Trotz leicht grösserem Anstieg um 0,4 Prozentpunkte pro Jahr

als im Schweizer Durchschnitt ist das Niveau der OKP-Prämie im Kanton Graubünden auch in 2012 weiterhin unterdurchschnittlich.

Wie bei den OKP-Kosten befindet sich der Kanton Graubünden im Vergleich mit den anderen Kantonen auch bei den OKP-Prämien 2012 im unteren Drittel (Abb. 6.3). In einigen Kantonen aus der Inner- und der Ostschweiz fallen die Prämien mit jährlichen Beträgen zwischen 2691 und 3086 Franken noch tiefer aus als im Kanton Graubünden. Die relativ höchsten Beiträge sind in den Kantonen Basel-Stadt mit 4911 Franken und Genf mit 4557 Franken pro Jahr zu bezahlen.

Vergleicht man diese kantonalen Jahresprämien OKP (Abb. 6.3) mit den jährlichen kantonalen Gesundheitskosten OKP (vgl. Abb. 6.2), so ergeben sich die zu erwartenden, ähnlichen Muster: Die jeweils höchsten Kosten und Prämien fallen in beiden Basel, Genf, Waadt und Tessin an, während die jeweils tiefsten Prämien und Kosten in den Inner- und Ostschweizer Kantonen zu verzeichnen sind.

Deutliches Einsparpotenzial der Prämien mit Alternativmodellen und hohen Franchisen

Die in der OKP versicherten Personen haben die Möglichkeit, durch den Abschluss alternativer Versicherungsmodelle (z.B. Hausarztmodell, HMO, Telemedizin) oder durch die Erhöhung der jährlichen Franchise einen Teil ihrer Prämienzahlungen einzusparen. Tabelle 6.3 zeigt die jährlichen Durchschnittsprämien pro versicherte Person nach Versicherungsmodell und Franchisenstufen auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Prämien je nach gewähltem Versicherer innerhalb eines Kantons

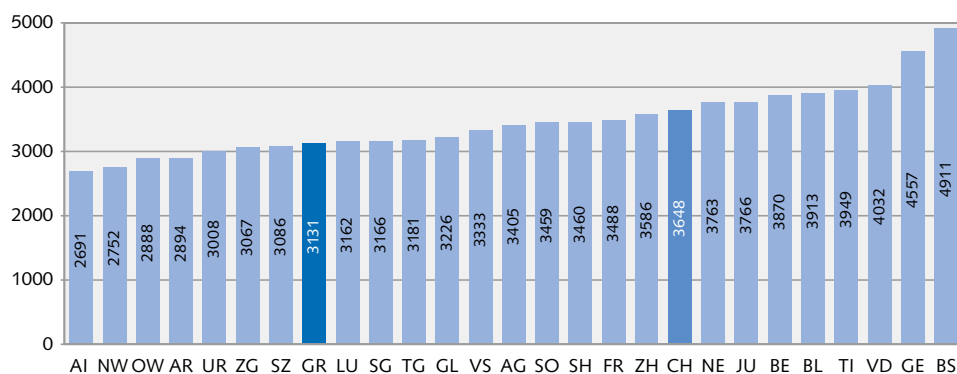
stark unterscheiden können und hier somit als Durchschnitt über alle im Kanton aktiven Krankenversicherer dargestellt werden.

Der Kanton Graubünden weist – wie oben bereits ausgeführt – über alle Versicherungsmodelle und Franchisenstufen tiefere Prämien (3131 Franken) aus als

in der Gesamtschweiz (3648 Franken). Diese Durchschnittsprämie 2012 von 3131 Franken für Erwachsene variiert im Kanton Graubünden je nach Versicherungsmodell und Franchisenstufe zwischen 1950 und 3744 Franken (Tab. 6.3). Bündnerinnen und Bündner können ihre Durchschnittsprämien mit einem Wechsel des

OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, Kantone und Schweiz, 2012
(26-jährige und ältere Versicherte, in Franken)

Abb. 6.3



Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Tab. 6.3 OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, nach OKP-Modell und Franchisenstufe, Kanton Graubünden
(Prämienregionen) und Schweiz, 2012 (26-jährige und ältere Versicherte, in Franken)

		GR					CH	
		Prämienregion			Durchschnittsprämie	Anteil Versicherte in %	Durchschnittsprämie	Anteil Versicherte in %
		1	2	3				
Standardmodell gemäss KVG	Ordentliche Franchise (300 CHF)	4 037	3 701	3 544	3 744	33,7	4 493	23,8
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3 929	3 574	3 453	3 655	5,0	4 448	9,7
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	3 120	2 874	2 713	2 889	6,1	3 585	6,1
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2 318	2 108	1 989	2 125	6,0	2 808	5,9
Hausarztmodelle mit Einzelleistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3 457	3 204	3 165	3 261	19,7	3 821	13,8
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3 288	3 023	2 981	3 095	3,5	3 740	5,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2 666	2 454	2 396	2 492	8,9	2 989	7,5
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2 067	1 925	1 862	1 950	7,2	2 417	8,5
Capitation Modelle (HMO, Hausarzt mit Capitation)	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3 687	3 278	3 225	3 433	1,2	3 715	4,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3 349	3 097	3 008	3 172	0,3	3 526	1,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2 716	2 468	2 368	2 533	0,9	2 710	3,3
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2 239	2 060	2 025	2 121	0,5	2 452	2,3
Versicherungsmodelle mit Telemedizin	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3 492	3 231	3 133	3 294	2,3	3 842	2,2
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3 294	3 022	2 826	3 071	0,7	3 713	1,0
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2 713	2 459	2 335	2 507	1,9	3 008	1,9
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	2 103	1 940	1 826	1 971	2,0	2 455	2,7
Bonusversicherung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2 839	2 560	2 638	2 635	0,1	3 131	0,1
Total		3 354	3 072	3 014	3 131	100,0	3 648	100,0

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Versicherungsmodelles oder der Franchise somit fast hal-
bieren. Die höchsten Durchschnittsprämien bezahlen
Versicherte mit Standardmodell KVG. Versicherte, wel-
che eine Bonusversicherung gewählt haben, bezahlen die
tiefsten Prämien. Dazwischen befinden sich die Versicherten
in Capitation-Modellen, Hausarztmodellen (mit Ein-
zelleistungsfakturierung) und jene mit einem telemedizinischen
Versicherungsmodell.

Je höhere Franchisen gewählt werden, desto tiefer
fallen die durchschnittlichen Prämien aus. So können je
nach Versicherungsmodell im Kanton Graubünden zwi-
schen durchschnittlich 38,2% (Capitation-Modell) und
43,3% (Standardmodell) Prämien gespart werden, wenn
anstelle der ordentlichen Franchise von 300 Franken eine
hohe Franchise von 2000 oder 2500 Franken gewählt
wird. Aus der Kombination von Hausarztmodell und hoher
Franchise resultiert das im Durchschnitt grösste Prä-
mien-Einsparpotenzial im Kanton.

Die Durchschnittsprämien variieren auch nach den drei
im Kanton Graubünden existierenden Prämienregionen.
Bündnerinnen und Bündner ab 26 Jahren bezahlten im
Durchschnitt über alle Versicherungsmodelle, Franchisen-
stufen und Prämienregionen hinweg 3131 Franken Jah-
resprämien im Jahr 2012. Separat in der Prämienregion
1 wurden jedoch durchschnittlich 3354 Franken, in den
Prämienregionen 2 und 3 hingegen «nur» 3072 bzw.
3014 Franken bezahlt. Die Durchschnittsprämie von Per-
sonen ab 26 Jahren ist somit in der Prämienregion 1 (z.B.
Chur) rund 10% höher als in den Prämienregionen 2
(z.B. Zuoz) oder 3 (z.B. Ilanz).

Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene

Standardmodell mit ordentlicher Franchise: Grundversiche-
rung mit einer jährlichen Kostenbeteiligung (Franchise) von
300 Franken für die versicherte Person.

Standardmodell mit wählbarer Franchise: Versicherungs-
modell, welches eine Prämienermässigung ermöglicht, wenn die
versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500,
2000 oder 2500 Franken) wählt.

Hausarztmodelle mit Einzelleistungsfakturierung: Haus-
arztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die ver-
sicherte Person bzw. den Versicherer für die einzelnen er-
brachten Leistungen gemäss gültigen Tarifen erfolgt.

Capitation-Modelle: HMO-, Hausarztmodelle oder Ärzte-
netzwerke, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpau-
schalen pro versicherte Person entschädigt werden.

Telemedizin: Versicherungsmodell, bei welchem die Patien-
tinnen und Patienten sich bei jedem neu auftretenden Ge-
sundheitsproblem (mit der Ausnahme von Notfällen) zuerst
telefonisch beraten lassen müssen.

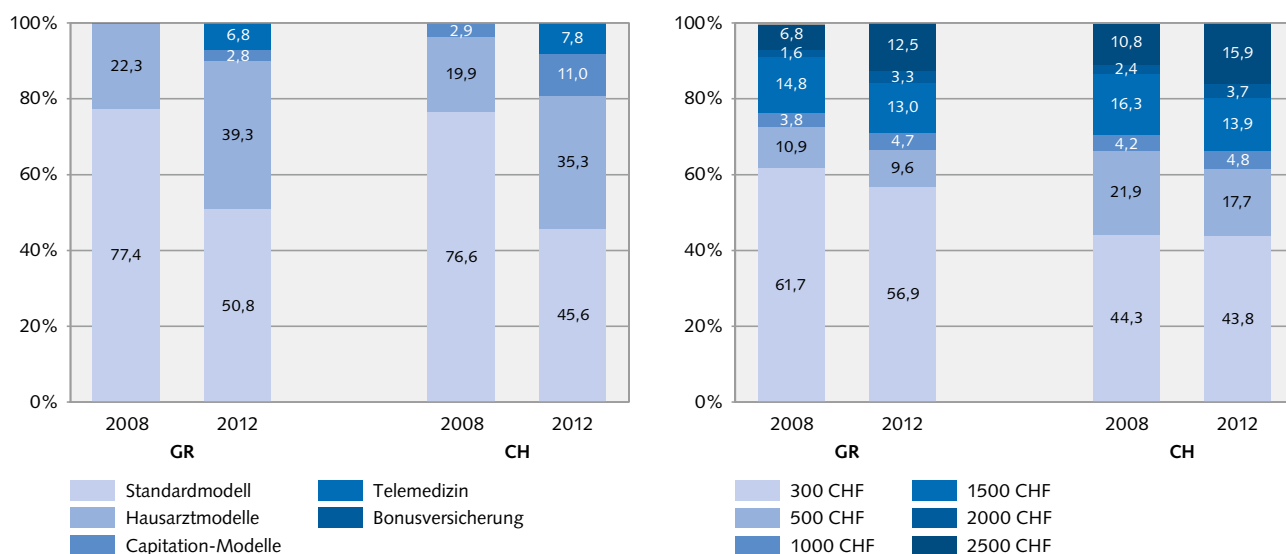
Bonusversicherung: Eine Prämienreduktion wird gewährt,
wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine
Leistungen der Versicherung beansprucht hat.

Alternative Versicherungsmodelle immer populärer

Trotz diverser Einsparmöglichkeiten mit Alternativmodel-
len haben im Jahr 2012 immer noch 50,8% der erwach-
senen Bündnerinnen und Bündner ein Standardversiche-
rungsmodell mit ordentlicher oder wählbarer Franchise
gemäss KVG abgeschlossen (Abb. 6.4, vgl. Definition
der Versicherungsmodelle im Kasten). Diese Standard-
modelle bleiben am meisten verbreitet, sind aber rück-
läufig: 2008 hatten noch 77,4% der Bündner Bevölke-
rung ein solches Versicherungsmodell gehabt. Ein kleiner

Anteil OKP-Versicherte, nach Versicherungsmodell und Franchisenstufe, Kanton Graubünden und Schweiz, 2008 und 2012 (26-jährige und ältere Versicherte)

Abb. 6.4



Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Teil dieses Rückgangs ist damit zu erklären, dass das Versicherungsmodell mit Telemedizin erst seit 2010 als eigene Kategorie im Datenpool erfasst ist. In diesem Modell sind im Jahr 2012 6,8% der versicherten Personen aus dem Kanton Graubünden versichert. Der Rückgang bei den Standardmodellen ist jedoch hauptsächlich auf die Zunahme bei den Hausarztmodellen zurückzuführen: Der Anteil am Total der Versicherten ist hier von 22,3% in 2008 auf 39,3% in 2012 angestiegen. Im Vergleich zur Gesamtschweiz (11,0% resp. 7,8%) weist der Kanton Graubünden 2012 einen kleineren Anteil an Capitation-Modellen (2,8%) und Versicherungsmodellen mit Telemedizin (6,8%) auf. Das Standard- und das Hausarztmodell werden entsprechend etwas mehr gewählt. Die Bonusversicherung ist sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Gesamtschweiz kaum verbreitet (je 0,1% aller versicherten Personen).

Die ordentliche Franchise von 300 Franken für erwachsene Personen ist im Kanton Graubünden und in der Gesamtschweiz am meisten verbreitet, ihr Anteil über alle Versicherungsmodelle hinweg ist aber zwischen 2008 und 2012 im Kanton Graubünden von 61,7% auf 56,9% und in der Schweiz von 44,3% auf 43,8% zurückgegangen. Rund zehn Prozent der erwachsenen Bündner Versicherten hat 2012 eine Franchise von 500 Franken gewählt, während 13,0% eine Franchise von 1500 Franken und 12,5% eine Franchise von 2500 Franken ausweisen. Mit einem Anteil von 4,7% und 3,3% sind die Franchisenstufen 1000 und 2000 Franken im Kanton Graubünden weniger stark verbreitet. Der Anteil der höchsten Franchise (2500 Franken) ist in den letzten fünf Jahren hauptsächlich auf Kosten der ordentlichen Franchise um 5,7 Prozentpunkte auf 12,5% angestiegen. Im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt (15,9%) fällt dieser Anteil im Kanton Graubünden jedoch niedriger aus.

Sowohl im Kanton Graubünden als auch im Total der Schweiz wird der Krankenversicherer OKP nur selten gewechselt. So gibt nur ein Viertel der in der SGB 2012 befragten Bevölkerung an, in den letzten drei Jahren die Krankenkasse gewechselt zu haben. Dabei wird vor allem der Grund einer zu hohen Prämie angegeben. Ein Wechsel aufgrund eines schlechten Service oder wegen anderer Gründe wird von den Befragten sowohl im Kanton Graubünden als auch in der Schweiz insgesamt nur selten erwähnt.

Ein Drittel der Bündnerinnen und Bündner erhalten Prämienverbilligung

Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden mittels individueller Prämienverbilligung durch Bund und Kantone finanziell unterstützt. Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) im Jahr 2008 ist die Bundesbeteiligung nicht mehr abhängig von der Finanzkraft der Kantone, sondern entspricht einem konstanten Anteil von 7,5% der Gesamtschweizer Bruttokosten OKP und wird anhand der Wohnbevölkerung auf die Kantone aufgeteilt (Kägi et al., 2012; BAG, 2014b). Die Kantone ergänzen den Bundesanteil mit eigenen Mitteln, weshalb sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme sehr stark voneinander unterscheiden.

32,3% der Bündnerinnen und Bündner konnten 2012 eine Prämienverbilligung gemäss KVG beziehen (Tab. 6.4). Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt dieser Anteil mit 29,0% aller versicherten Personen etwas tiefer. Im Kanton Graubünden wurden 2012 insgesamt 96,7 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen ausgerichtet, welche zu 44,6% durch den Kanton und zu 55,4% durch den Bund übernommen wurden. Im Vergleich zu 2008 ist dieser Kantonsanteil in Graubünden um 17,2 Prozentpunkte markant gestiegen. Im Schweizer

Tab. 6.4 Prämienverbilligung KVG*, Kanton Graubünden und Schweiz, 2008 und 2012

		Anteil der Bezüger/ innen in %	Total Beiträge in Millionen Franken	Kantonsbeitrag in %	Ø Beitrag pro Bezüger/ in in Franken	Ø Beitrag pro versicherte Person in Franken	In % des gesamten Prämienvolumens
GR	2008	29,9	62,0	27,4	1 066	318	14,3
	2012	32,3	96,7	44,6	1 517	489	18,1
CH	2008	28,6	3 253,9	45,3	1 498	426	16,4
	2012	29,0	3 967,7	45,8	1 719	497	16,1

* Zahlungen der Kantone für ausstehende OKP-Prämien wurden ausgeschlossen. Die gesamtschweizerischen Werte für das Jahr 2008 mussten teilweise auf der Basis von drei Kantonen, welche die Zahlungen für ausstehende OKP-Prämien und die vergüteten Prämienverbilligungen nicht getrennt ausweisen, geschätzt werden.

Quelle: BAG – Krankenversicherungsstatistik; SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

© Obsan 2015

Mittel beträgt der Anteil der Kantonsbeiträge im Jahr 2012 45,8%. Innerhalb von fünf Jahren hat sich der Prämienverbilligungsbeitrag des Kantons Graubünden somit dem schweizerischen Durchschnitt genähert.

Mit einem durchschnittlichen Betrag von 1517 Franken pro Bezügerin und Bezüger pro Jahr liegt der Kanton Graubünden 2012 unter dem Schweizer Mittel von 1719 Franken. Bündnerinnen und Bündner erhalten im Vergleich zur Gesamtschweiz somit eher öfter eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person fallen jedoch eher niedriger aus. Gemessen an den gesamten Prämien wird im Kanton Graubünden dennoch ein höherer Anteil des Prämienvolumens verbilligt (18,1%) als im Schweizer Durchschnitt (16,1%).

6.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Bündner Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) dargestellt. Der Kostenanstieg in der OKP zwischen 2008 und 2012 beläuft sich für den Kanton Graubünden auf durchschnittlich 2,3% pro Jahr. In der Schweiz insgesamt haben die OKP-Kosten in der gleichen Zeitspanne mit durchschnittlich 3,4% pro Jahr deutlich stärker zugenommen. Die Bereiche der ambulanten Spitalleistungen, Laboratorien und Spitex-Organisationen weisen dabei – sowohl in der Schweiz wie im Kanton Graubünden – die höchsten Kostenzunahmen aus.

Nicht nur die Kostenentwicklung, sondern auch das Kostenniveau liegt im Kanton Graubünden unter dem Schweizer Durchschnitt: Mit 2792 Franken pro versicherte Person wurden im Jahr 2012 in der Grundversicherung 468 Franken oder 14,3% weniger Kosten ausgegeben als in der Gesamtschweiz (3260 Franken). Rund zwei Drittel dieser Kosten fallen für ambulante und ein Drittel für stationäre Behandlungen an. Erhebliche Kostenunterschiede sind erwartungsgemäss zwischen den einzelnen Altersgruppen zu erkennen. Die durchschnittlichen Ausgaben der über 65-jährigen Personen beispielsweise sind im Kanton Graubünden fast viermal höher als die Ausgaben der 36- bis 50-jährigen Personen. Der KVG-Grundsatz der Solidarität zwischen jung und alt, welcher dem System der Einheitsprämien zu Grunde liegt, kommt hier deutlich zum Vorschein.

Wie die OKP-Kosten sind auch die OKP-Prämien im Kanton Graubünden tiefer als in der gesamten Schweiz. Die Durchschnittsprämie für Bündnerinnen und Bündner ab 26 Jahren beträgt 3131 Franken im Jahr 2012 und fällt damit 14,2% tiefer aus als im Schweizer Durchschnitt (3648 Franken). Mit einem Anteil von 50,8% ist das Standardmodell das am meisten verbreitete Versicherungsmodell im Kanton Graubünden. Die alternativen Versicherungsmodelle kommen weniger häufig vor, gewinnen aber auch im Kanton immer mehr an Bedeutung. So hat sich beispielsweise der Anteil der Hausarztmodelle von 22,3% im Jahr 2008 auf 39,3% im Jahr 2012 erhöht. Eine gleiche Tendenz, jedoch weniger stark, ist bei der Entwicklung der wählbaren Franchisen zu beobachten: Die ordentliche Jahresfranchise von 300 Franken ist zwischen 2008 und 2012 um 4,8 Prozentpunkte auf einen Anteil von 56,9% gesunken; die höchste wählbare Franchise von 2500 Franken hat sich hingegen um 5,7 Prozentpunkte auf einen Anteil von 12,5% fast verdoppelt.

Rund ein Drittel der Bündner Bevölkerung hat im Jahr 2012 eine Prämienverbilligung erhalten. Mit 32,3% ist dieser Anteil etwas höher als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (29,0%). Der durchschnittliche Beitrag pro Bezügerin und Bezüger beträgt 1517 Franken. Im Schweizer Mittel beläuft sich dieser Beitrag auf 1719 Franken. Bündnerinnen und Bündner erhalten somit im Vergleich zur Gesamtschweiz öfter eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person sind jedoch kleiner.

Glossar

Adipositas

Starkes Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Altersstandardisierte Rate

Vergleiche von Mortalitäts- und Morbiditätsraten zwischen verschiedenen Regionen und über die Zeit sind aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen nur beschränkt möglich. Für regionale und zeitliche Vergleiche werden die Raten deshalb oft altersstandardisiert. Der Bevölkerung einer Region wird eine Referenzpopulation bzw. die sogenannte Standardbevölkerung unterstellt (z.B. die europäische Standardbevölkerung). Die altersspezifischen Raten werden dabei mit der entsprechenden Altersstruktur der Standardbevölkerung gewichtet.

Ambulante Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die weniger als 24 Stunden dauern und bei denen über Nacht kein Bett belegt wird.

Body Mass Index (BMI)

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist:

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

Capitation

Capitation ist ein Vergütungssystem der Krankenversicherungen und bezeichnet eine im Voraus bestimmte Pauschale für die medizinische Versorgung pro versicherte Person. Die Leistungserbringer werden dabei mit Kopfpauschalen entschädigt, unabhängig davon, ob die versicherte Person medizinische Leistungen beansprucht oder nicht.

Franchise

Die Franchise ist eine Kostenbeteiligung der versicherten Person, die in der Schweiz im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vertraglich festgelegt wird.

Die Mindestfranchise bei erwachsenen Personen beträgt 300 Franken pro Kalenderjahr, es können aber auch höhere Franchisen vereinbart werden (bis 2500 Franken). Die versicherte Person muss die Kosten für medizinische Leistungen bis zum festgelegten jährlichen Betrag selber übernehmen.

Gesundheitsressourcen

Ressourcen einer Person, die Auswirkungen von Belastungen auf die Gesundheit mildern oder verhindern können. Als Gesundheitsressourcen sind dabei Merkmale der Person selber (Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung etc.) oder Merkmale der Umwelt dieser Person (Vorhandensein von Vertrauenspersonen, soziale Unterstützung etc.) zu verstehen.

Grundgesamtheit

Die Menge der Personen oder Objekte, für die die Aussagen einer Untersuchung gelten sollen, z.B.: «alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Alter ab 15 Jahren». Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit, sondern an einer daraus gezogenen Stichprobe.

Grundlegende Alltagsaktivitäten

BADL (*engl. basic activities of daily living*) sind Basisaktivitäten, deren Ausführung für ein unabhängiges Leben notwendig ist, z.B. selbständig essen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen.

Haushaltsäquivalenzeinkommen

Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder.

Informelle Hilfe

Hilfe und Pflege am Wohnort durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Parallel zur informellen Hilfe existiert auch die formelle Hilfe, die von professionellen Hilfs- und Pflegediensten erbracht wird (vgl. Spitex).

Instrumentelle Alltagsaktivitäten

IADL (*engl. instrumental activities of daily living*) beinhalten Aspekte von kognitivem oder sozialem Funktionieren, z.B. kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

Inzidenz (Epidemiologie)

Anzahl Neuerkrankungen bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird oft als Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.

Kausaler Zusammenhang

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung.

Komorbidität

Eine oder mehrere gleichzeitig vorliegende Begleiterkrankungen, die aber nur in Zusammenhang mit der Hauptkrankheit betrachtet werden.

Konfidenzintervall

Da Stichprobenerhebungen nur einen Teil der interessierenden Population (Grundgesamtheit) einschliessen, sind ihre Ergebnisse immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Um diese Unsicherheit zu quantifizieren, kann ein Konfidenzintervall berechnet werden. Dies ist ein Wertebereich, der den wahren Wert des Ergebnisses (z.B. Mittelwert oder Anteil) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit enthält. Oft wird dabei eine Wahrscheinlichkeit von 95% gewählt. Bei Ziehung unendlich vieler Stichproben aus der Grundgesamtheit bedeutet dies, dass der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% im berechneten Konfidenzintervall liegt.

Kontrollüberzeugung

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Leben in bestimmten Situationen selbst steuern und gestalten kann oder ob es durch äussere Faktoren wie Zufall, Schicksal oder gesellschaftliche Ansprüche bestimmt wird.

Lebenserwartung

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre, die ein Mensch ab einem bestimmten Alter noch leben könnte, unter der Voraussetzung, dass die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse während des restlichen Lebens gleich bleiben.

Lebenszeitprävalenz

Anteil Personen an einem Stichtag, bei denen ein bestimmtes Ereignis oder eine Erkrankung schon einmal in ihrem bisherigen Leben aufgetreten ist (z.B. Anteil Personen in einer Bevölkerung, die in ihrem Leben schon einmal eine bestimmte Droge konsumiert haben).

Logistische Regression

Eine logistische Regression ist ein (meist multivariates) statistisches Modell zur Analyse des Zusammenhangs zwischen verschiedenen erklärenden Variablen und einer zu erklärenden Variable. Die zu erklärende Variable ist dabei dichotom (z.B. gesund oder krank); die erklärenden Variablen können hingegen ein beliebiges Skalenniveau haben. Ausgehend von den Ergebnissen der logistischen Regression können sogenannte «*Odds Ratios*» berechnet werden, welche den Einfluss der erklärenden Variablen auf die zu erklärende Variable ausweisen und das Chancenverhältnis innerhalb der verschiedenen Ausprägungen einer erklärenden Variable angeben (z.B. um wie viel grösser ist die Chance bei der jüngsten, im Vergleich zu der ältesten Altersklasse, bei (sehr) guter Gesundheit zu sein; vgl. Tab. 2.1).

Mammografie

Die Mammografie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust, welche oft zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt wird.

Morbidität

Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität (Sterblichkeit)

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

Multimorbidität

Zwei oder mehr chronische Krankheiten, die zur gleichen Zeit vorliegen und als gleichwertig nebeneinander und nicht als Begleiterkrankungen zu einer Haupterkrankung betrachtet werden (vgl. Komorbidität).

Odds Ratio

Siehe logistische Regression.

Prävalenz

Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Prävention

Massnahmen, die das Auftreten und die Ausbreitung von Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen. Präventive Massnahmen können sich an die ganze Bevölkerung, an ausgewählte Gruppen oder auch an einzelne Individuen richten. In der Krankheitsprävention stehen dabei oft die Früherkennung und die Verminderung von Risikofaktoren bestimmter Krankheiten im Mittelpunkt.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Risikofaktor

Individuelle Faktoren einer Person oder ihrer Umwelt, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergehen, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken, jedoch nicht zwingend eine kausale Ursache für die Krankheit sein müssen.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt ist im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) eine Kostenbeteiligung der versicherten Person. Nach Erreichen der Franchisegrenze (vgl. Franchise), übernimmt eine erwachsene Person jeweils 10% der Kosten für medizinische Leistungen bis zum Maximalbetrag von 700 Franken pro Kalenderjahr selbst.

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe (siehe auch Konfidenzintervall).

Soziale Unterstützung

Unterstützung (z.B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen dient.

Spitex

Der Begriff Spitex steht für «spitalexterne Hilfe und Pflege». In der Schweiz ist dieser Begriff weit verbreitet und umfasst im Allgemeinen Spitex-Organisationen, die professionelle Hilfs- und Pflegedienstleistungen am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbringen (siehe auch informelle Hilfe).

Stationäre Spitalbehandlung

Spitalbehandlungen, die mindestens 24 Stunden dauern oder bei denen über Nacht ein Bett belegt wird.

Stichprobe

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, aus der Daten erhoben und analysiert werden.

Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit.

Literatur

- Åkesson, A., Larsson, S.C., Discacciati, A. & Wolk, A. (2014). Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men – A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13): 1299–1306.
- Ambrose, A.F., Paul, G. & Hausdorff, J.M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1): 51–61.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1): 1–10.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Ayis, S., Goberman-Hill, R. & Ebrahim, S. (2003). Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and ageing*, 32(3): 265–272.
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9: Doc 11.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BAFU (2009). *Lärmbelastung in der Schweiz. Ergebnisse des nationalen Lärmmonitorings SonBase.* Bern: Bundesamt für Umwelt.
- BAFU (2013). *Umwelt Schweiz 2013.* Bern: Bundesamt für Umwelt.
- BAFU (2014). *Lärmbelastung durch Strassenverkehr in der Schweiz. Zweite nationale Lärmberechnung, Stand 2012.* Bern: Bundesamt für Umwelt.
- BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008a). *Fokusbericht Gender und Gesundheit.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008b). *Nationales Programm Alkohol 2008–2012.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2013a). *Dosimetrie der beruflich strahlenexponierten Personen in der Schweiz. Jahresbericht 2012.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2013b). *Nationales Programm Alkohol 2013–2016.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2013c). *Nationales Programm Ernährung und Bewegung – Bericht für die Jahre 2008–2012.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2014a). *Arbeit und Gesundheit. spectra 105.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2014b). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836): 37–43.
- Becker, C. & Rapp, K. (2011). Stürze in der Geriatrie. *Der Internist*, 52(8): 939–945.
- Berchet, C. & Jusot, F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrants : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*, 172: 1–7.

- Berkman, L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H., Leo, L., Ostfeld, A.M. et al. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124(3): 372–388.
- BFS (2005). Kosten des Gesundheitswesens und Demografie – Detaillierte Kosten nach Alter im Jahr 2002 und Entwicklung von 1985 bis 2020. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009). Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2013a). Bildungsperspektiven. Szenarien 2013–2022 für das Bildungssystem. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2013b). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2013c). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014a). Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014b). Armut in der Schweiz. Ergebnisse 2007 bis 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014c). Demos – Informationen aus der Demografie (Nr. 1 Mai 2014). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014d). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014e). SRPH - FAQ zum Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen SRPH. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014f). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013: Zahlen und Trends. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2014g). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2014. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- BFS (2014h). Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS & BAG (2014). Übergewicht und Adipositas. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bigos, S.J., Holland, J., Holland, C., Webster, J.S., Battie, M. & Malmgren, J.A. (2009). High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *The spine journal*, 9(2): 147–168.
- Bisig, B. & Gutzwiller, F. (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überverworgung? Band 2: Detailresultate. Zürich: Rüegger.
- Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5): 315–320.
- Boes, S., Marti, J. & Maclean, J.C. (2014). The impact of smoking bans on smoking and consumer behavior: quasi-experimental evidence from Switzerland. *Health Economics*.
- Bopp, M. & Holzer, B.M. (2012). Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources. *Praxis*, 101(25): 1609–1613.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*: Cengage Learning.
- Brink, M. (2011). Parameters of well-being and subjective health and their relationship with residential traffic noise exposure – a representative evaluation in Switzerland. *Environ Int.*, 37(4): 723–733.
- Brook, R.D., Rajagopalan, S., Pope, C.A., 3rd, Brook, J.R., Bhatnagar, A., Diez-Roux, A.V. et al. (2010). Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121(21): 2331–2378.
- Burton-Jeangros, C. (2009). Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes. In: M. Oris, E. Widmer et al. (Hrsg.), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités* (S. 273–295). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Camenzind, P. & Meier, C. (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber.

- Camenzind, P. & Sturny, I. (2013). Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Cantoreggi, N. (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse: étude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse, étape 1, rapport final. Genève: Université de Genève. Institut de l'environnement. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES).
- Collège d'expertise (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser. Paris: Collège d'expertise.
- Dautzenberg, B. (2001). Le tabagisme passif. Rapport du groupe de travail DGS. Paris: Direction générale de la santé.
- Dawson, D.A. & Room, R. (2000). Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2): 1–21.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 21(5): 658–668.
- Department of Health, P.A., Health Improvement and Protection (2011). Start Active, Stay Active. A report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers. London: Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection.
- Dourgnon, P. & Lardjane, S. (2007). Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. *Economie et statistique*: 165–177.
- ECHIM (2012). ECHI documentation sheets: Joint Action for European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM).
- Ecoplan (2013). Auswirkungen des Verkehrslärms auf die Gesundheit – Berechnung von DALY für die Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Umwelt. Altdorf und Bern: Ecoplan.
- Efionayi, D. & Piguet, E. (2011). Partir ou rester? La migration dans le projet de vie des étudiants universitaires d'Afrique de l'ouest. Rapport de synthèse. Neuchâtel: Institut de géographie et Forum Suisse des Migrations.
- EKL (2013). Feinstaub in der Schweiz 2013. Bern: Eidgenössische Kommission für Lufthygiene.
- Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733): 2215–2222.
- EU-OSHA (2014). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- EUA (2010). Die Umwelt in Europa: Zustand und Ausblick 2010: Synthesebericht. Kopenhagen: Europäische Umweltagentur.
- Eurofound (2012). Fifth European Working Condition Survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2011). Technical Group – Causes of Death Statistics (TG COD). Task Force on the revision of the Standard Population – State of the art.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population. Eurostat methodologies and working papers.
- Faeh, D., Braun, J. & Bopp, M. (2009). Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report. *Swiss Med Wkly*, 139(51–52): 752–756.
- Faeh, D., Braun, J., Tarnutzer, S. & Bopp, M. (2011). Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *Eur J Epidemiol*, 26(8): 647–655.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J. et al. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*, 377(9765): 557–567.

- Fischer, B., Telser, H., Widmer, P. & Leukert, K. (2014). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Polynomics.
- Füglister-Dousse, S., Jeanrenaud, C., Kohler, D. & Marti, J. (2009). Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Gardner, J.W. & Sanborn, J.S. (1990). Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? *Epidemiology*, 1(4): 322–329.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C. & Flury, R. (2013). *Monitorage suisse des addictions. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. L'essentiel en bref.* Lausanne: Addiction Suisse.
- Grazier, S. & Sloane, P.J. (2008). Accident risk, gender, family status and occupational choice in the UK. *Labour Economics*, 15(5): 938–957.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit. Bern: SECO.
- Grotenhermen, F. (2007). The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chemistry & Biodiversity*, 4(8): 1744–1769.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T. et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Guggisberg, J. & Spycher, S. (2005). Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Hall, W. (2009). The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy? *International Journal of Drug Policy*, 20(6): 458–466.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374(9698): 1383–1391.
- Hämmig, O. & Bauer, G.F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13(1): 1170.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3): 184–191.
- Hauri, D.D., Lieb, C.M., Rajkumar, S., Kooijman, C., Sommer, H.L. & Roosli, M. (2011). Direct health costs of environmental tobacco smoke exposure and indirect health benefits due to smoking ban introduction. *Eur J Public Health*, 21(3): 316–322.
- Hazenkamp-von Arx, M.E., Schindler, C., Ragetti, M.S., Kunzli, N., Braun-Fahrländer, C. & Liu, L.J. (2011). Impacts of highway traffic exhaust in alpine valleys on the respiratory health in adults: a cross-sectional study. *Environ Health*, 10: 13.
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 3: 185–209.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3): 282–290.
- Hess-Klein, D. (2014). Das tückische «Gläschen in Ehren» der älteren Menschen. *Spectra*, 106: 3.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.* Bern: Hans Huber.
- Humair, J.P., Garin, N., Gerstel, E., Carballo, S., Carballo, D., Keller, P.F. et al. (2014). Acute respiratory and cardiovascular admissions after a public smoking ban in Geneva, Switzerland. *PLoS One*, 9(3): e90417.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45: 866–872.
- IARC (2003). *Fruit and vegetables.* Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- IfG (1996). *Die Gesundheit im Kanton Graubünden.* Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.

- Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N. & Busato, A. (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8): 892–899.
- Jüni, P. & Siegrist, J. (2012). Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: M. Egger & O. Razum (Hrsg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Bielefeld: De Gruyter Studium.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307–316.
- Kaesler, M. (2012). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Kägi, W., Frey, M., Säuberli, C., Feer, M. & Koch, P. (2012). *Monitoring 2010 – Wirksamkeit der Prämienverbilligung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12): 721–727.
- Keller, R., Radtke, T., Krebs, H. & Hornung, R. (2011). *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2010. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A. et al. (2012). *Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Kickbusch, I. & Buckett, K. (Hrsg.). (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia.
- Kickbusch, I. & Engelhardt, K. (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19–33). Bern: Hans Huber.
- Kleiner, S.M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(2): 200–206.
- Krieger, R. & Graf, M. (2009). *Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*. Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). *Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010 – Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9): 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The Phq-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606–613.
- Kuendig, H. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcool-dépendantes dans la population helvétique*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, G. (2014). *Le tabagisme passif en Suisse en 2013 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S. et al. (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60'000 men and women over 23 years. *The European Journal of Public Health*, 18(1): 38–43.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*, 106(12): 2086–2109.
- Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2014). *Sport Schweiz 2014: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung*. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).
- Lanfranchi, R., Wolf, M. & Monstein, I. (2008). *Aktionsprogramm «Gesundes Körpergewicht Graubünden 2008–2011»*. Chur: Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit.

- Läubli, T. & Müller, C. (2009). Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Lawrence, D., Hancock, K.J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *The BMJ*, 346.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research*, 19(3): 278.
- Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1): 9.
- Lüthy, J., Hayer, A. & Jaquet, M. (2012). Aktuelle Ernährungsempfehlungen. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht (S. 13–48). Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W. & Joung, I.M. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1162–1168.
- Malatesta, D. (2013). Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique. Berne: Promotion santé suisse.
- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A. et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4): 430–439.
- Marmet, S., Gmel, G., Frick, H. & Rehm, J. (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse.
- Marques-Vidal, P., Bovet, P., Paccaud, F. & Chiolerio, A. (2010). Changes of overweight and obesity in the adult Swiss population according to educational level, from 1992 to 2007. *BMC Public Health*, 10: 87.
- Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. Schlussbericht. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- McMahon, E.M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E.-M., Rost, F. et al. (2012). Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity, and costs. *International journal of family medicine*, 2012 (Article ID 316409): 7.
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: World Health Organization (WHO).
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Moreau-Gruet, F. (2013a). Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit der Jahre 2008–2013». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Moreau-Gruet, F. (2013b). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren – Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Moreau-Gruet, F. & Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch (2013). Gesundheitswirksame Bewegung bei Erwachsenen – Empfehlungen für die Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Sport (BASPO) sowie in Zusammenarbeit mit den folgenden Institutionen: bfu-Beratungsstelle für Unfallverhütung, Gesundheitsförderung Schweiz, Public Health Schweiz, Schweizerische

- Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM), Sportwissenschaftliche Gesellschaft der Schweiz (SGS), Suva. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).
- Niemann, S. & Achermann Stürmer, Y. (2014). Gesamtunfallgeschehen in der Schweiz (bfu-Report 70). Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
- Obsan (2014). Gesundheitsreport Kanton Graubünden. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- OECD (2013a). Health at a glance: OECD Indicators 2013: OECD Publishing.
- OECD (2013b). Surpoids et obésité chez les adultes. In: Editions OCDE (Hrsg.), Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE. Paris.
- OECD (2014a). Making Mental Health Count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care: OECD Publishing.
- OECD (2014b). OECD Health Statistics 2014. Paris: OECD.
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011: OECD Publishing.
- Paasche-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31 (Suppl 1): 19–26.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3: 31–56.
- Perret-Guillaume, C., Joly, L. & Benetos, A. (2009). Heart rate as a risk factor for cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 52(1): 6–10.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In: A. Holenstein, R. Meyer Schweizer et al. (Hrsg.), Glück (S. 241–254). Bern: Haupt.
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Radoslaw, P., Woitek, U., Rühli, F. & Staub, K. (2013). Regionale und sozio-ökonomische Unterschiede im Body Mass Index (BMI) von Schweizer Stellungs-pflichtigen 2004–2012. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit*, 47: 857–859.
- Regan, C.O., Kearney, P.M., Savva, G.M., Cronin, H. & Kenny, R.A. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(12): 1280–1287.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5): 817–843.
- Röösl, M., Frei, P., Mohler, E. & Hug, K. (2010). Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(12): 887–896F.
- Roth, M. & Roth, S. (2012). Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist*, 45(4): 489–493.
- Roy, J.-P. (2004). Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective. *Medical Hypotheses*, 62(2): 222–227.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29: 292–295.
- SASIS (2013). Datenpool SASIS AG – Jahresdaten 2008–2012. Solothurn: SASIS AG.
- Schleiniger, R. & Blöchliger, J. (2012). Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Fachstelle für Wirtschaftspolitik.

- Schmid, A., Schneider, H., Golay, A. & Keller, U. (2005). Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 50(2): 87–94.
- Schmidhauser, S., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). Les déterminants économiques de l'obésité : Revue de littérature internationale étendue. Zürich: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Schneider, H. & Venetz, W. (2014). Cost of Obesity in Switzerland 2012. Studie im Auftrag des BAG. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schneider, H., Venetz, W. & Gallani Berardo, C. (2009). Overweight and obesity in Switzerland. Part 1: Cost burden of adult obesity in 2007. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Sermet, C., Tubeuf, S., Devaux, M. & Jusot, F. (2008). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales*, 1/2008(1): 29–47.
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S. & Viikari-Juntura, E. (2010). The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(2): 135–154.
- Smala, A., Beeler, I. & Szucs, T.D. (2001). Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Studie im Auftrag des Sportwissenschaftlichen Instituts Magglingen des Bundesamtes für Sport, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu). Zürich: Abteilung für Medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals Zürich.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Solé-Auró, A. & Crimmins, E. (2008). Health of Immigrants in European Countries. *International Migration Review*, 42(4): 861–876.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*, 83(3): 457–502.
- Staub, K., Ruhli, F.J., Woitek, U. & Pfister, C. (2010). BMI distribution/social stratification in Swiss conscripts from 1875 to present. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(4): 335–340.
- Subramanian, S., Huijts, T. & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2): 131–138.
- SUVA (2014). Unfallstatistik UVG 2014. Luzern: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt.
- Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N. & Oyama, H. (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: reciprocity and community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6): 652–661.
- Taylor, A.W., Price, K., Gill, T.K., Adams, R., Pilkington, R., Carrangis, N. et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*, 10(1): 718.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Van Doorslaer, E. & Gerdtham, U.-G. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social science & medicine*, 57(9): 1621–1629.
- Veit, C.T. & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(5): 730–742.

- Wanner, P., Peng, F. & Cotter, S. (1997). Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 à 1988/93. *Revue européenne de démographie*, 13(4): 381–399.
- Whiting, D.R., Guariguata, L., Weil, C. & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 94(3): 311–321.
- WHO (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 (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Geneva: World Health Organization, Centre for Health Development.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011a). Environmental burden of disease associated with inadequate housing – A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2011b). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011c). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- WHO (2013). Air pollution and Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- WHO (2014a). Cancer, Fact sheet N°297: World Health Organization (WHO).
- WHO (2014b). RC63 Faktenblatt zu psychischer Gesundheit: WHO-Regionalkomitee für Europa.
- Wiegand, D., Stamm, H. & Lamprecht, M. (2012). Analyse von Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Wildi, M., Unternährer, T. & Locher, R. (2005). Kostenprognosemodell für die obligatorische Krankenversicherung (OKP). Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wirtz, A., Nachreiner, F., Beermann, B., Brenscheidt, F. & Siefer, A. (2009). Lange Arbeitszeiten und Gesundheit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Wolff, J.L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20): 2269–2276.
- Zimmermann, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution et à domicile: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Zronek, M., Sanker, H., Newcomb, J. & Donaldson, M. (2013). The influence of home exercise programs for patients with non-specific or specific neck pain: a systematic review of the literature. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*.

Anhang

Tabelle A-2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	(sehr) gut			mittelmässig			(sehr) schlecht			Stichprobe					
	GR			CH			GR			CH					
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n			
Vorjahresvergleich	86,4	84,2	88,7	83,9	85,2	87	12,8	11,2	12,3	3,7	3,3	4,0	1 049	15 288	
1997	88,0	84,6	91,3	83,2	83,9	8,9	11,8	12,2	13,5	4,0	3,6	4,4	408	13 000	
2002	87,8	84,1	91,6	85,8	86,4	8,1	11,1	10,2	11,3	3,4	3,1	3,7	328	19 701	
2007	86,9	82,2	91,5	86,7	86,1	8,8	12,5	9,3	10,4	4,3	3,1	3,7	276	18 750	
Total	86,1	83,2	89,0	82,8	83,4	11,3	8,6	13,0	14,2	2,6	3,3	3,9	666	21 571	
Geschlecht	85,4	81,2	89,6	81,3	80,4	11,6	15,5	14,2	15,9	2,9	3,2	4,1	320	11 297	
Frauen	86,7	82,7	90,6	84,3	83,5	11,0	7,3	14,7	12,9	2,3	3,1	4,0	346	10 274	
Männer	87,3	94,5	100,0	92,8	91,9	2,7	0,0	5,6	7,3	0,0	0,5	1,0	159	5 609	
Altersgruppen	92,4	88,4	96,5	87,3	86,3	4,5	7,6	8,9	10,8	3,0	2,3	3,4	179	5 900	
15-34 Jahre	80,8	74,5	87,2	78,3	76,8	15,4	9,5	21,3	17,3	3,8	5,8	6,6	190	5 266	
35-49 Jahre	67,6	59,0	76,2	68,0	66,4	28,1	19,7	36,5	25,8	4,3	0,9	7,1	138	4 796	
50-64 Jahre	78,3	70,0	86,6	71,4	69,5	16,7	9,2	24,2	19,6	5,0	0,6	9,4	112	3 854	
65+ Jahre	87,1	83,6	90,6	82,6	81,8	10,2	7,0	13,5	14,8	2,7	1,0	3,7	399	11 561	
Bildung	89,6	83,9	95,3	90,5	89,6	9,4	4,0	15,2	7,1	8,6	0,0	1,3	2,0	153	6 047
Obligatorische Schule	86,9	84,0	89,9	83,1	83,1	10,5	7,8	13,2	12,6	2,6	1,2	3,9	584	17 919	
Sekundarstufe I	81,8	72,9	90,7	79,7	78,0	15,6	7,1	24,1	15,1	13,6	0,0	5,8	6,1	82	3 652
Sekundarstufe II	78,0	71,1	84,9	75,3	73,8	16,3	10,1	22,4	18,8	2,0	5,9	5,1	6,7	157	5 092
Tertiärstufe	90,8	87,0	94,6	83,2	82,1	8,4	3,5	11,5	13,6	12,6	0,0	2,7	3,8	221	6 761
Ausland	88,2	82,1	94,4	87,4	86,2	9,4	3,6	15,1	10,6	9,4	0,0	1,6	2,5	136	4 214
In der Schweiz	90,9	83,8	97,9	90,7	89,6	8,5	1,6	15,5	7,8	6,8	0,6	1,4	1,4	114	4 210
Urbanisierungsgrad	89,3	85,8	92,8	82,5	81,8	8,2	5,1	11,4	13,8	13,2	2,5	0,8	4,2	351	15 399
Land	82,8	78,2	87,4	83,5	82,3	14,5	10,2	18,8	11,9	14,1	2,7	0,9	4,1	315	6 172
Regionaler Vergleich	(sehr) gut	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	
Sprachregionen ¹⁾	Deutscheschweiz	85,0	84,3	85,8	12,0	11,3	12,7	17,9	3,0	2,6	3,4	13 919			
Französische Schweiz	78,0	76,8	79,3	79,3	79,3	16,8	4,5	17,9	5,2	4,5	5,9	6 104			
Italienische Schweiz	74,0	71,5	76,4	76,4	22,0	2,0	24,3	4,1	3,0	3,0	5,2	1 548			
Kantone ²⁾	ZH	84,7	83,0	86,5	12,7	11,1	14,3	14,3	2,6	1,8	3,3	2 226			
BE	83,5	81,6	85,5	85,5	13,4	11,6	15,2	15,2	3,1	2,2	4,0	1 715			
LU	88,0	86,1	89,9	89,9	9,2	7,6	10,9	10,9	2,8	1,8	3,7	1 280			
UR	89,6	86,9	92,2	92,2	8,3	6,0	10,7	10,7	2,1	0,8	3,4	513			
SZ	90,5	88,0	93,0	93,0	7,2	4,9	9,4	9,4	2,3	1,1	3,5	598			
ZG	88,4	86,3	90,6	90,6	8,8	6,9	10,7	10,7	2,7	1,5	4,0	995			
FR	79,8	79,7	76,9	82,7	16,2	13,5	18,9	18,9	4,0	2,5	5,5	1 026			
BS	82,4	82,4	85,0	85,0	14,3	11,8	16,8	16,8	3,3	2,3	4,4	1 011			
BL	81,1	78,1	84,0	84,0	14,4	11,7	17,0	17,0	4,6	3,0	6,2	846			
AR	88,7	85,8	91,5	91,5	9,2	6,5	11,8	11,8	2,2	1,0	3,3	509			
GR	86,1	83,2	89,0	89,0	11,3	8,6	14,0	14,0	2,6	1,3	3,8	666			
AG	86,5	84,4	88,5	88,5	10,8	8,9	12,6	12,6	2,7	1,7	3,7	1 270			
TG	84,5	82,2	86,8	86,8	12,2	10,2	14,3	14,3	3,3	2,1	4,4	1 125			
TI	74,0	71,5	76,4	76,4	22,0	19,6	24,3	24,3	4,1	3,0	5,2	1 548			
VD	77,3	75,1	79,4	79,4	16,5	14,6	18,4	18,4	6,2	4,9	7,5	1 738			
VS	80,9	78,3	83,6	83,6	14,8	12,4	17,2	17,2	4,3	2,9	5,6	1 063			
VS	75,1	71,3	79,0	79,0	18,5	15,1	21,8	21,8	6,4	4,1	8,7	621			
NE	77,4	74,4	80,3	80,3	17,9	15,2	20,6	20,6	4,7	3,2	6,2	1 147			
GE	77,1	73,1	81,1	81,1	19,0	15,3	22,8	22,8	3,9	2,3	5,5	509			

1) Deutscheschweiz: JU, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-2.2 Lang andauerndes Gesundheitsproblem, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)						CH		GR		CH		Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	32,0	25,6	38,4	28,1	27,3	26,5	68,0	74,4	72,7	71,9	73,5	276	18 742	
2012	30,0	26,2	33,9	32,6	31,9	31,1	70,0	73,8	68,1	67,4	68,9	665	21 560	
Total	31,5	25,9	37,1	35,0	29,8	32,7	68,5	74,1	66,2	65,0	67,3	320	11 292	
Geschlecht	28,8	23,4	34,1	30,9	29,8	28,7	71,2	76,6	70,2	69,1	71,3	345	10 268	
Männer	16,5	9,8	23,2	19,4	18,1	16,8	83,5	76,8	81,9	80,6	83,2	159	5 604	
Altersgruppen	26,1	18,9	33,4	27,7	26,3	24,9	73,9	81,1	73,7	72,3	75,1	179	5 891	
35-49 Jahre	33,0	25,8	40,3	41,7	40,0	38,3	67,0	74,2	60,0	58,3	61,7	189	5 272	
50-64 Jahre	51,8	42,9	60,7	50,9	49,1	47,4	48,2	57,1	50,9	49,1	52,6	138	4 793	
65+ Jahre	28,7	19,5	38,0	34,5	32,6	30,7	71,3	80,5	67,4	65,5	69,3	112	3 864	
Bildung	31,4	26,4	36,5	34,1	33,1	32,0	68,6	73,6	66,9	65,9	68,0	399	11 548	
Obligatorische Schule	27,9	20,1	35,8	30,5	29,1	27,7	72,1	79,9	70,9	69,5	72,3	152	6 040	
Sekundarstufe II	30,4	26,2	34,5	34,1	34,1	33,2	69,6	73,8	65,9	65,0	66,8	583	17 909	
Tertiärstufe	28,3	17,8	38,8	26,1	24,4	22,6	71,7	82,2	75,6	73,9	77,4	82	3 651	
Schweiz	29,7	22,1	37,3	36,4	34,7	33,0	70,3	77,9	65,3	63,6	67,0	157	5 088	
Ausland	29,0	22,6	35,4	31,1	31,1	29,7	71,0	77,4	68,9	67,6	70,3	221	6 761	
bis CHF 2999	35,7	26,4	45,1	32,6	30,9	29,2	64,3	73,6	67,4	67,4	70,8	135	4 209	
CHF 3000 bis 4499	22,1	13,4	30,8	30,6	28,9	27,2	77,9	86,6	71,1	69,4	72,8	114	4 208	
CHF 4500 bis 5999	31,2	26,0	36,5	32,1	31,1	31,1	68,8	74,0	67,9	67,0	68,9	350	15 390	
CHF 6000 und mehr	28,8	23,1	34,4	32,9	31,3	29,8	71,2	76,9	68,7	67,1	70,2	315	6 170	
Stadt														
Land														
Regionaler Vergleich	Lang andauerndes Gesundheitsproblem (mindestens 6 Monate)						CH		GR <td colspan="2">CH</td> <td colspan="2">Stichprobe</td>		CH		Stichprobe	
	Anteil "ja" in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil "nein" in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil "nein" in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil "nein" in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil "nein" in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Sprachregionen ¹⁾	33,1	29,2	37,1	34,1	32,1	27,9	66,9	72,1	65,9	67,9	67,9	13 903		
Deutschschweiz	29,2	27,9	30,5	29,8	27,9	27,9	70,8	72,1	69,5	72,1	72,1	6 107		
Französische Schweiz	27,4	24,9	29,8	29,8	24,9	24,9	72,6	75,1	70,2	75,1	75,1	1 550		
Italienische Schweiz	33,2	33,2	35,4	35,4	30,9	30,9	66,8	69,1	64,6	69,1	69,1	2 222		
Kantone ²⁾	36,6	36,6	39,1	39,1	34,0	34,0	63,4	66,0	60,9	66,0	66,0	1 711		
BE	30,3	27,6	33,1	33,1	27,6	27,6	69,7	72,4	66,9	72,4	72,4	1 276		
LU	21,8	18,2	25,4	25,4	18,2	18,2	74,6	81,8	74,6	81,8	81,8	513		
UR	27,1	23,3	30,9	30,9	23,3	23,3	72,9	76,7	69,1	76,7	76,7	598		
SZ	28,8	25,7	31,8	31,8	25,7	25,7	71,2	74,3	68,2	74,3	74,3	994		
ZG	30,1	26,9	33,3	33,3	26,9	26,9	69,9	73,1	66,7	73,1	73,1	1 027		
FR	36,9	33,6	40,3	40,3	33,6	33,6	63,1	66,4	59,7	66,4	66,4	1 010		
BS	37,5	34,0	41,0	41,0	34,0	34,0	62,5	66,0	59,0	66,0	66,0	845		
BL	27,4	22,9	32,0	32,0	22,9	22,9	72,6	77,1	71,1	77,1	77,1	509		
AR	30,0	26,2	33,9	33,9	26,2	26,2	70,0	73,8	66,1	73,8	73,8	665		
GR	31,1	28,3	33,9	33,9	28,3	28,3	68,9	71,7	66,1	71,7	71,7	1 269		
AG	32,3	29,3	35,3	35,3	29,3	29,3	67,7	70,7	64,7	70,7	70,7	1 127		
TG	27,4	24,9	29,8	29,8	24,9	24,9	72,6	75,1	70,2	75,1	75,1	1 550		
TI	28,5	26,1	30,9	30,9	26,1	26,1	71,5	73,9	69,1	73,9	73,9	1 739		
VD	27,5	24,5	30,5	30,5	24,5	24,5	72,5	75,5	69,5	75,5	75,5	1 064		
VS	33,0	29,0	37,0	37,0	29,0	29,0	67,0	71,0	63,0	71,0	71,0	621		
NE	29,1	26,1	32,1	32,1	26,1	26,1	70,9	73,9	67,9	73,9	73,9	1 148		
GE	32,1	27,1	37,2	37,2	27,1	27,1	67,9	72,9	62,8	72,9	72,9	508		
JU														

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.3 Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten aufgrund eines dauerhaften Gesundheitsproblems, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Starke Einschränkungen				Leichte Einschränkungen				Nicht eingeschränkt				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	4.5	1.9	7.0	6.7	22.0	16.0	28.0	18.8	18.1	19.5	73.5	79.8	74.0	252
2012	4.2	2.7	5.7	4.8	18.5	15.2	21.9	19.7	19.0	20.3	77.2	73.7	74.8	664
Total	4.2	2.1	6.2	5.0	21.0	16.0	25.9	22.3	21.3	23.2	74.9	80.0	72.7	318
Geschlecht	4.3	2.1	6.5	4.5	16.5	12.0	21.0	17.0	16.1	17.9	79.2	74.4	77.5	346
Männer	2.0	0.4	3.7	1.7	13.3	8.2	21.7	13.3	12.2	14.5	83.0	76.1	83.7	159
Altersgruppen	3.5	0.6	6.4	3.4	12.3	7.1	17.5	16.1	14.9	17.2	84.2	78.4	80.5	179
15-34 Jahre	5.8	2.3	9.4	6.9	19.6	13.4	25.8	20.9	19.5	22.3	74.6	67.8	73.7	188
35-49 Jahre	6.4	2.3	10.5	8.4	30.9	22.5	39.3	31.7	30.1	33.4	62.6	54.0	61.6	138
50-64 Jahre	6.2	1.8	10.7	8.2	21.4	12.8	29.9	23.3	21.6	25.0	72.4	63.3	68.5	112
65+ Jahre	3.8	1.9	5.7	4.8	19.5	15.1	24.0	20.8	19.8	21.7	76.7	72.0	74.5	397
Obligatorische Schule	4.0	1.1	6.8	2.5	14.4	8.3	20.4	15.4	14.3	16.5	81.7	75.1	82.1	153
Sekundarstufe II	4.3	2.7	6.0	4.4	18.3	14.7	21.8	20.4	19.7	21.2	77.4	73.7	75.5	583
Tertiärstufe	3.8	0.0	7.5	4.6	20.0	10.2	29.8	17.1	15.5	18.6	76.3	66.0	78.3	347
Nationalität	8.0	3.7	12.2	7.0	19.6	12.1	27.0	23.1	21.6	24.6	72.5	64.5	69.9	156
Ausland	2.6	0.5	4.7	3.3	14.8	9.9	19.6	19.7	18.5	20.8	82.6	77.5	87.8	221
bis CHF 2999	3.0	0.3	5.7	3.3	21.9	13.7	30.0	18.8	17.3	20.2	75.1	66.7	77.9	135
CHF 3000 bis 4499	0.6	0.0	1.8	1.8	17.5	9.8	25.2	15.1	13.8	16.4	81.9	74.1	89.7	114
CHF 4500 bis 5999	3.0	1.3	4.7	4.6	17.5	13.1	21.9	19.8	19.0	20.6	79.5	74.9	74.7	350
CHF 6000 und mehr	5.5	3.0	8.1	5.1	19.6	14.6	24.7	19.4	18.1	20.7	74.9	69.5	74.1	314
Stadt														
Land														
Urbanisierungsgrad														
Regionaler Vergleich														
Starke Einschränkungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Leichte Einschränkungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Nicht eingeschränkt	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprachregionen ¹⁾														
Deutschschweiz	4.7	4.2	5.1	4.2	20.4	17.9	21.3	19.6	21.3	21.3	74.9	74.0	75.8	13 913
Französische Schweiz	5.2	4.6	5.9	4.6	17.9	16.8	19.0	16.8	19.0	19.0	76.9	75.7	78.1	6 103
Italienische Schweiz	3.7	2.7	4.7	2.7	18.2	18.2	20.3	16.0	20.3	20.3	78.2	75.9	80.4	1 550
Kantone ²⁾	4.2	3.3	5.1	3.3	20.5	20.5	22.3	18.6	22.3	22.3	75.3	73.3	77.3	2 223
ZH	4.2	3.1	5.2	3.1	22.9	20.7	25.0	20.7	25.0	25.0	73.0	70.7	75.3	1 713
BE	3.9	2.8	5.0	2.8	20.3	17.8	22.7	17.8	22.7	22.7	75.8	73.3	78.4	1 280
LU	4.5	2.6	6.4	2.6	16.1	16.1	19.4	12.7	19.4	19.4	79.4	75.8	83.1	513
UR	3.1	1.7	4.4	1.7	18.8	18.8	22.3	15.2	22.3	22.3	78.1	74.5	81.8	599
SZ	3.3	1.9	4.6	1.9	16.1	16.1	18.5	13.7	18.5	18.5	80.7	78.1	83.3	993
ZG	4.9	3.4	6.5	3.4	18.7	18.7	21.4	16.0	21.4	21.4	76.4	73.4	79.3	1 027
FR	5.5	4.0	7.0	4.0	23.4	23.4	26.4	20.4	26.4	26.4	71.1	67.9	74.3	1 011
BS	6.0	4.3	7.6	4.3	24.0	24.0	27.1	20.9	27.1	27.1	70.0	66.7	73.3	847
BL	3.9	2.0	5.7	2.0	18.8	18.8	22.9	14.8	22.9	22.9	77.2	73.0	81.6	509
AR	4.2	2.7	5.7	2.7	18.5	18.5	21.9	15.2	21.9	21.9	77.5	73.7	80.8	664
GR	4.9	3.5	6.2	3.5	17.6	17.6	19.8	15.4	19.8	19.8	77.5	75.0	80.0	1 270
AG	4.6	3.3	5.9	3.3	19.1	19.1	21.7	16.6	21.7	21.7	76.2	73.5	79.0	1 128
TG	3.7	2.7	4.7	2.7	18.2	18.2	20.3	16.0	20.3	20.3	78.2	75.9	80.4	1 550
TI	5.5	4.3	6.7	4.3	18.3	18.3	20.4	16.3	20.4	20.4	76.2	73.9	78.4	1 741
VD	5.2	3.8	6.7	3.8	14.3	14.3	16.5	12.1	16.5	16.5	80.5	77.9	83.0	1 060
VS	6.9	4.3	9.5	4.3	18.5	18.5	21.7	15.3	21.7	21.7	74.7	70.9	78.5	621
NE	4.3	3.0	5.6	3.0	18.7	18.7	21.4	15.9	21.4	21.4	77.0	74.1	79.9	1 148
GE	5.1	3.0	7.2	3.0	20.1	20.1	24.1	16.1	24.1	24.1	74.8	70.5	79.2	506
ZH														
JU														

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SCB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

© Obstat 2015

Tabelle A-2.4 Einschränkungen bei grundlegenden (BADL) oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012 (65-jährige und ältere Personen)

	Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer grundlegenden Aktivität				Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer instrumentellen Aktivität				Stichprobe		
	GR		CH		GR		CH		GR	CH	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	6,7	1,8	11,7	8,2	10,4	13,7	4,801	41,7	36,9	137	
Geschlecht	10,0	2,2	17,9	9,6	12,9	78	2,579	52,3	43,9	78	
Frauen	2,2	0,0	6,3	5,5	8,1	59	2,222	34,1	27,8	59	
Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Altersgruppen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
15-34 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35-49 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50-64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65+ Jahre	6,7	1,8	11,7	8,2	10,4	13,7	4,801	24,9	36,9	137	
Bildung	9,8	0,0	21,0	12,9	19,2	34	1,041	57,7	51,8	34	
Obligatorische Schule	5,4	0,0	11,4	6,5	9,0	86	2,790	21,8	32,4	86	
Sekundarstufe II	(6,8)	0,0	19,7	6,4	4,4	17	940	2,1	44,5	17	
Tertiärstufe	4,8	0,5	9,2	7,6	9,8	131	4,319	23,0	31,4	131	
Nationalität	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Schweiz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ausland	8,4	0,0	16,8	12,7	10,5	14,8	51	54,3	40,2	51	
Haushalts- bis CHF 2999	3,1	0,0	9,2	7,7	9,7	42	1,423	12,7	12,7	42	
CHF 3000 bis 4499	(0,0)	0,0	-	6,7	4,6	24	758	6,8	40,5	24	
CHF 4500 bis 5999	(5,3)	0,0	15,9	4,1	2,3	5,8	11	624	25,6	11	
CHF 6000 und mehr	6,0	0,0	13,6	9,2	8,0	66	3,550	13,9	36,9	66	
Urbanisierungsgrad	7,4	0,8	13,9	9,6	7,1	12,0	1,251	27,7	52,0	71	
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regionaler Vergleich	Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer grundlegenden Aktivität				Schwierigkeiten bei der Ausführung mindestens einer instrumentellen Aktivität				Stichprobe		
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n		Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Sprachregionen ¹⁾	8,3	11,8	3 100	7,0	9,6	33,7	31,4	35,9	31,4	35,9	3 100
Deutschschweiz	11,8	14,0	1 322	9,5	14,0	43,1	39,9	46,3	39,9	46,3	1 322
Französische Schweiz	11,6	7,9	379	7,9	15,2	53,2	47,7	58,7	47,7	58,7	379
Italienische Schweiz	8,0	9,7	543	5,1	10,8	32,3	27,0	37,6	27,0	37,6	543
Kantone ²⁾	BE	9,7	411	6,4	12,9	34,3	29,2	39,3	29,2	39,3	411
ZH	10,1	6,0	261	6,0	14,2	37,3	30,8	43,7	30,8	43,7	261
LU	7,2	1,4	100	1,4	13,0	33,5	22,8	44,2	22,8	44,2	100
UR	7,5	2,7	113	2,7	12,3	33,8	23,8	42,8	23,8	42,8	113
SZ	5,2	1,8	188	1,8	8,6	28,3	21,4	35,1	21,4	35,1	188
ZG	9,0	2,9	166	2,9	15,2	41,0	32,2	49,7	32,2	49,7	166
FR	10,1	6,1	266	6,1	14,2	41,3	35,0	47,6	35,0	47,6	266
BS	8,0	4,3	238	4,3	11,7	31,1	24,9	37,2	24,9	37,2	238
BL	10,4	3,7	113	3,7	17,2	33,5	24,0	43,1	24,0	43,1	113
AR	6,7	1,8	117	1,8	11,7	33,3	24,9	41,7	24,9	41,7	117
GR	3,6	3,6	280	1,4	5,8	32,9	26,2	39,7	26,2	39,7	280
AG	7,2	7,2	220	3,6	10,8	26,1	19,9	32,3	19,9	32,3	220
TG	11,6	7,9	379	7,9	15,2	53,2	47,7	58,7	47,7	58,7	379
TI	10,2	6,9	411	6,9	13,6	42,7	37,4	48,0	37,4	48,0	411
VD	9,3	4,9	219	4,9	13,6	36,6	29,4	43,9	29,4	43,9	219
VS	17,7	9,1	145	9,1	26,4	42,4	33,2	51,6	33,2	51,6	145
NE	14,6	9,0	267	9,0	20,1	47,6	40,1	55,2	40,1	55,2	267
GE	10,1	3,9	114	3,9	16,3	48,1	36,1	60,1	36,1	60,1	114
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-2.5 Körperliche Beschwerden (ohne Fibert), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	Keine/kaum Beschwerden				Einige Beschwerden				Starke Beschwerden				Stichprobe			
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH		
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Vorjahresvergleich	47,5	44,0	42,4	41,4	31,9	28,7	35,1	33,2	20,6	17,9	23,3	23,6	24,4	988	14 163	
1997	33,1	27,9	38,3	33,7	44,0	38,5	49,5	37,5	22,9	18,1	27,8	26,8	25,9	27,7	375	11 871
2002	43,1	37,0	41,2	40,3	37,3	31,3	43,3	34,8	19,6	14,7	24,5	23,1	22,3	307	18 458	
2007	44,7	37,7	41,3	41,3	32,7	26,2	39,1	35,5	22,6	16,6	28,5	24,2	23,4	256	17 421	
Total	48,1	43,8	46,0	45,2	33,2	29,2	37,3	32,4	18,6	15,2	22,1	20,8	20,0	640	20 426	
Geschlecht	36,5	30,5	42,5	37,3	40,7	34,0	46,7	36,2	22,9	17,6	28,1	27,7	26,6	308	10 722	
Männer	58,0	52,0	64,0	55,1	27,0	21,6	32,3	28,9	15,1	10,6	19,5	13,5	12,6	332	9 704	
Altersgruppen	48,8	39,7	57,9	43,5	32,5	24,2	40,8	32,9	18,7	11,4	26,0	20,2	18,7	152	5 168	
15-34 Jahre	47,5	39,3	55,8	44,8	36,6	28,5	44,7	32,3	15,8	9,8	21,9	19,7	18,4	170	5 577	
35-49 Jahre	52,3	44,5	60,1	47,8	29,0	21,6	36,1	28,8	18,7	12,6	24,7	21,8	20,4	184	5 041	
50-64 Jahre	42,3	33,4	51,2	44,5	35,5	27,0	44,0	32,0	22,2	14,2	30,1	21,8	20,2	134	4 640	
65+ Jahre	43,1	32,9	53,3	42,3	36,5	26,7	46,3	31,1	20,4	12,2	28,6	24,6	22,8	108	3 988	
Bildung	48,0	42,5	53,6	44,4	34,9	29,6	40,3	33,4	17,1	12,8	21,3	22,2	21,2	386	11 005	
Obligatorische Schule	52,5	43,2	61,8	49,7	26,0	18,3	33,7	33,0	21,4	13,5	29,4	15,7	14,5	144	5 733	
Sekundarstufe II	48,6	44,0	53,2	45,5	32,8	28,5	37,1	33,5	18,6	15,0	22,2	20,1	19,4	562	17 033	
Tertiärstufe	45,7	33,5	57,9	45,8	35,5	24,0	47,0	29,1	18,8	8,4	29,2	22,9	21,0	24,8	3 393	7 772
Nationalität	44,5	35,7	53,3	41,7	32,5	24,3	40,7	32,9	23,0	15,8	30,3	25,5	23,8	149	4 428	
Ausland	46,7	39,4	54,0	42,8	39,7	32,5	46,9	33,6	13,6	8,9	18,2	20,6	19,3	215	6 428	
bis CHF 2999	58,6	49,1	68,0	48,1	26,0	17,8	34,2	32,1	15,5	8,1	22,9	19,8	18,2	131	4 015	
CHF 3000 bis 4499	45,1	34,0	56,2	51,1	29,7	19,7	39,8	31,9	25,1	14,7	35,6	15,1	13,7	109	3 997	
CHF 4500 bis 5999	48,5	42,6	54,4	46,0	34,0	28,5	39,6	31,7	17,5	12,8	22,1	21,4	20,5	339	14 559	
CHF 6000 und mehr	47,7	41,3	54,1	44,4	32,4	26,5	38,3	33,2	19,9	14,8	25,0	19,1	17,7	301	5 867	
Stadt																
Land																
Urbansie-																
rungsgrad																
Land																
Regionaler Vergleich																
Sprach-																
regionen ¹⁾	46,6	44,8	45,5	47,7	33,3	33,3	34,3	34,3	20,1	20,1	21,0	19,2	21,0	13 180		
Deutscheschweiz	44,8	43,3	43,3	46,3	32,0	32,0	34,7	34,7	22,0	22,0	23,2	20,8	23,2	5 787		
Französische Schweiz	43,6	40,7	40,7	46,4	32,8	32,8	34,6	34,6	24,5	24,5	26,9	22,0	26,9	1 459		
Italienische Schweiz	45,1	42,7	42,7	47,6	37,3	37,3	40,0	40,0	22,1	22,1	24,3	19,9	24,3	2 101		
Kantone ²⁾	45,1	45,1	42,5	47,8	37,3	37,3	40,0	40,0	22,1	22,1	24,3	19,9	24,3	1 635		
ZH	45,1	45,1	42,5	47,8	37,3	37,3	40,0	40,0	22,1	22,1	24,3	19,9	24,3	1 218		
BE	49,4	47,4	44,3	50,5	32,6	32,6	35,5	35,5	17,5	17,5	18,7	17,5	18,7	498		
LU	49,4	47,4	44,3	50,5	32,6	32,6	35,5	35,5	17,5	17,5	18,7	17,5	18,7	498		
UR	54,6	50,1	50,1	59,2	27,8	27,8	31,8	31,8	15,5	15,5	15,5	12,3	15,5	565		
SZ	49,9	46,4	46,4	53,4	33,9	33,9	37,3	37,3	16,2	16,2	18,7	13,7	18,7	939		
ZG	43,7	40,2	40,2	47,2	32,7	32,7	35,9	35,9	23,7	23,7	26,8	20,6	26,8	989		
FR	46,2	42,7	42,7	49,8	30,2	30,2	33,4	33,4	23,6	23,6	26,6	20,5	26,6	952		
BS	44,9	41,1	41,1	48,7	31,3	31,3	34,7	34,7	23,8	23,8	27,1	20,5	27,1	801		
BL	49,5	44,5	44,5	54,5	33,3	33,3	37,8	37,8	17,2	17,2	21,6	12,8	21,6	480		
AR	48,1	43,8	43,8	52,4	33,2	33,2	37,3	37,3	19,3	19,3	22,1	15,2	22,1	640		
GR	48,9	45,7	45,7	52,1	31,9	31,9	34,9	34,9	18,6	18,6	21,7	16,8	21,7	1 193		
AG	45,4	42,1	42,1	48,7	37,6	37,6	40,8	40,8	17,0	17,0	19,4	14,6	19,4	1 061		
TG	43,6	40,7	40,7	46,4	32,0	32,0	34,6	34,6	22,8	22,8	26,9	22,0	26,9	1 459		
TI	43,7	41,0	41,0	46,5	33,5	33,5	36,1	36,1	24,5	24,5	28,5	20,5	28,5	1 629		
VD	43,2	38,8	38,8	47,7	33,4	33,4	37,6	37,6	23,3	23,3	27,2	17,2	27,2	1 013		
VS	45,9	42,4	42,4	49,4	34,1	34,1	37,4	37,4	20,1	20,1	22,7	17,4	22,7	595		
NE	42,0	37,0	37,0	47,1	31,6	31,6	36,4	36,4	26,3	26,3	31,4	21,3	31,4	485		
GE																
JU																

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französischschweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgesteckt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

© Obsarin 2015

Tabelle A-2.6 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten: Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

	Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel		Diabetes		Stichprobe		Stichprobe			
	GR	CH	GR	CH	GR	CH	GR	CH	GR	CH		
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	n	n		
Vorjahresvergleich	17,6	13,5	21,8	14,1	15,4	8,3	8,8	284	16 990	-	-	
2007	12,9	8,7	17,1	17,0	16,3	7,7	9,7	10,8	238	16 377	-	
2012	16,0	13,1	19,0	18,8	18,1	19,5	11,4	12,5	590	19 619	3,1	
Geschlecht	15,9	11,7	20,1	18,0	17,1	19,0	11,3	11,4	293	10 395	4,0	
Männer	16,1	12,0	20,3	19,6	18,7	20,6	13,5	12,6	297	9 264	4,7	
Frauen	15,0	11,7	19,9	18,0	17,1	19,0	11,3	11,4	293	10 395	3,1	
Altersgruppen	15,0	11,7	19,9	18,0	17,1	19,0	11,3	11,4	293	10 395	3,1	
15-34 Jahre	12,3	6,8	17,7	7,2	6,4	1,9	1,1	1,9	138	4 976	0,9	
35-49 Jahre	18,0	11,8	24,1	23,6	22,1	8,1	10,9	5,2	166	5 184	1,4	
50-64 Jahre	39,4	30,8	47,9	49,2	47,4	33,9	31,1	11,8	106	3 461	2,3	
65+ Jahre	77,7	70,1	82,9	82,7	82,7	75,9	75,9	3,1	10,9	366	11,7	
Bildung	17,3	19,3	17,3	22,7	20,9	16,6	27,9	10,5	10,9	6,7	174	
Obligatorische Schule	17,3	19,3	17,3	22,7	20,9	16,6	27,9	10,5	10,9	6,7	174	
Sekundarstufe II	14,6	13,7	14,6	18,7	16,9	8,2	9,9	3,1	3,1	134	4 629	1,7
Universität	14,6	13,7	14,6	18,7	16,9	8,2	9,9	3,1	3,1	134	4 629	1,7
Nationalität	16,5	13,4	19,7	20,5	19,7	14,8	10,3	12,3	13,6	5,3	16,3	4,4
Schweizer	13,3	5,5	21,1	13,0	11,6	14,4	12,9	12,3	13,6	5,3	16,3	4,4
Ausländer	16,8	10,9	22,8	21,7	20,1	23,2	14,1	11,3	10,2	12,4	9,3	4,6
Haushalts- bis CHF 2999	16,3	11,4	21,3	17,4	16,3	18,5	11,9	10,9	12,8	19,5	6,3	14,8
CHF 3000 bis 4999	16,4	9,5	23,3	17,0	15,6	18,3	13,3	12,0	14,6	9,6	3,3	2,7
CHF 5000 bis 5999	9,0	3,1	14,9	16,1	14,7	17,4	11,2	10,3	12,0	14,6	9,6	3,3
CHF 6000 und mehr	16,9	12,9	21,0	19,0	18,2	19,7	13,6	12,0	13,3	3,4	14 040	4,1
Urbanisierungsgrad	15,1	10,8	19,4	18,3	16,9	19,7	10,0	9,0	11,0	276,0	5579,0	4,6
Land	15,1	10,8	19,4	18,3	16,9	19,7	10,0	9,0	11,0	276,0	5579,0	4,6
Stadt	15,1	10,8	19,4	18,3	16,9	19,7	10,0	9,0	11,0	276,0	5579,0	4,6
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)
Deutschschweiz	18,8	18,0	19,6	18,0	19,6	10,9	11,6	13 478	13 478	4,1	4,1	
französische Schweiz	18,8	17,6	20,0	17,6	20,0	10,9	15,6	5 890	5 890	5,0	5,0	
italienische Schweiz	18,9	16,7	21,1	16,7	21,1	14,6	16,5	1 501	1 501	4,8	4,8	
ZH	19,5	17,5	21,5	17,5	21,5	13,3	12,7	2 142	2 142	5,1	5,1	
LU	19,2	17,2	21,2	17,2	21,2	13,7	11,8	1 670	1 670	5,1	5,1	
UR	17,8	15,5	20,1	15,5	20,1	9,0	10,7	1 241	1 241	3,4	3,4	
UR	15,2	11,9	18,4	11,9	18,4	8,3	10,8	8,3	470	2,3	2,3	
LU	15,2	11,9	18,4	11,9	18,4	8,3	10,8	8,3	470	2,3	2,3	
SZ	16,8	13,6	19,9	13,6	19,9	10,8	13,7	578	578	4,7	4,7	
ZG	14,9	14,9	17,3	14,2	17,3	8,8	10,7	962	962	2,3	2,3	
FR	16,8	14,2	19,5	14,2	19,5	10,9	12,9	979	979	4,5	4,5	
BS	21,3	18,6	23,9	18,6	23,9	12,2	14,5	927	927	5,0	5,0	
BL	22,4	19,4	25,3	19,4	25,3	13,8	16,4	818	818	4,6	4,6	
AR	18,4	14,7	22,1	14,7	22,1	8,9	11,9	447	447	2,4	2,4	
GR	16,0	13,1	19,0	13,1	19,0	10,8	13,3	590	590	3,9	3,9	
AG	19,2	16,7	21,7	16,7	21,7	11,0	13,2	1 167	1 167	3,6	3,6	
TG	18,0	15,6	20,4	15,6	20,4	8,3	10,1	1 026	1 026	4,5	4,5	
TI	18,9	16,7	21,1	16,7	21,1	14,6	16,5	1 429	1 429	4,8	4,8	
VS	19,7	17,5	21,9	17,5	21,9	15,6	17,5	1 583	1 583	4,8	4,8	
VD	16,3	13,8	18,8	13,8	18,8	11,6	13,7	970	970	5,4	5,4	
VS	21,0	17,5	24,5	17,5	24,5	15,5	18,6	572	572	5,6	5,6	
NE	19,1	16,3	21,9	16,3	21,9	16,5	19,1	1 093	1 093	4,8	4,8	
GE	19,1	16,3	21,9	16,3	21,9	16,5	19,1	1 093	1 093	4,8	4,8	
JU	21,2	16,6	25,9	16,6	25,9	12,9	16,3	461	461	5,2	5,2	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgeteilt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-2.7 Unfälle und Stürze. Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012 (Stürze: 65-jährige und ältere Personen)

	Unfall (letzte 12 Monate)				Stichprobe				Stürze (letzte 12 Monate): Personen ab 65 Jahren				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	23,3	19,6	27,0	17,0	723	10,443								
1997	23,4	18,2	28,6	17,5	342	10,448								
2002	20,7	15,2	26,2	16,4	270	15,779								
2007	21,1	14,0	28,2	17,2	209	14,034	19,2	10,1	28,3	20,9	19,4	22,4	80	4,343
2012	19,4	15,7	23,1	18,9	569	18,052	22,9	12,5	33,3	24,8	23,3	26,4	74	4,488
Geschlecht														
Frauen	16,0	11,0	21,0	14,2	277	9,524	23,4	15,8	31,0	25,2	23,5	26,8	138	4,794
Männer	22,2	16,8	27,5	22,7	292	8,528	18,6	10,0	27,2	28,0	25,6	30,4	79	2,574
Altersgruppen														
15-34 Jahre	29,4	20,3	38,5	25,6	119	4,504	30,2	16,9	43,4	21,5	19,4	23,6	59	2,220
35-49 Jahre	13,1	7,4	18,8	17,5	164	5,055	-	-	-	-	-	-	-	-
50-64 Jahre	17,8	11,5	24,2	16,5	170	4,555	-	-	-	-	-	-	-	-
65+ Jahre	15,9	8,0	23,8	13,7	116	3,938	23,4	15,8	31,0	25,2	23,5	26,8	138	4,794
Bildung														
Obligatorische Schule	33,2	21,3	45,1	20,7	79	2,682	30,5	12,3	48,7	24,7	21,3	28,1	34	1,040
Sekundarstufe II	15,4	11,2	19,5	17,7	349	9,861	20,9	12,4	29,4	24,6	22,3	26,8	87	2,787
Tertiärstufe	19,3	12,2	26,4	19,9	141	5,470	(21,0)	1,2	40,8	27,7	24,2	31,2	17	939
Nationalität														
Schweiz	16,9	13,4	20,4	18,8	505	15,436	23,7	15,8	31,5	25,6	23,9	27,3	132	4,312
Ausland	30,7	18,0	43,5	19,0	64	2,616	-	-	-	21,4	16,4	26,4	6	482
Haushalts- äquivalenz- einkommen														
bis CHF 2999	14,1	7,1	21,1	17,2	126	3,946	27,5	13,5	41,6	26,3	22,9	29,7	52	1,440
CHF 3000 bis 4499	15,2	9,6	20,7	19,1	192	5,750	22,4	9,9	34,9	25,4	22,5	28,3	42	1,423
CHF 4500 bis 5999	26,5	16,9	36,1	18,8	115	3,679	(15,8)	1,1	30,5	21,2	17,9	24,4	24	756
CHF 6000 und mehr	23,8	14,2	33,3	20,9	105	3,809	(28,1)	0,7	55,5	26,4	22,2	30,7	11	624
Urbanisie- rungsgrad														
Stadt	18,1	13,3	22,9	18,5	303	12,876	19,6	9,8	29,3	24,8	23,1	26,6	67	3,545
Land	20,7	15,0	26,4	19,8	266	5,176	26,7	15,3	38,0	26,2	22,2	30,1	71	1,249
Regionaler Vergleich														
Unfall (letzte 12 Monate)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Stürze (letzte 12 Monate): Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Stürze (letzte 12 Monate): Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n					
Sprach- regionen ¹⁾														
Deutschschweiz	18,8	17,8	19,8	17,9	11 681	24,9	22,8	26,9	3 099					
Französische Schweiz	19,6	18,2	20,9	18,4	5 096	25,8	22,9	28,8	1 318					
Italienische Schweiz	15,7	13,4	18,0	17,2	1 275	26,1	20,9	31,2	377					
Kantone ²⁾														
ZH	18,9	16,6	21,2	16,6	1 894	27,8	22,6	33,0	543					
BE	20,2	17,7	22,6	17,7	1 434	24,9	20,3	29,4	411					
LU	18,6	15,9	21,3	15,9	1 065	24,3	18,7	29,8	261					
UR	19,7	15,7	23,7	15,7	438	23,3	14,8	31,7	100					
SZ	18,6	14,7	22,4	14,7	502	21,6	12,9	30,2	113					
ZG	22,4	19,1	25,7	19,1	832	23,6	17,4	29,7	188					
FR	19,7	16,7	22,7	16,7	872	23,9	16,6	31,2	165					
BS	16,7	13,7	19,7	13,7	827	21,6	16,4	26,9	266					
BL	19,4	16,2	22,7	16,2	711	26,6	20,8	32,3	238					
AR	21,8	17,3	26,2	17,3	436	26,7	17,7	35,7	113					
GR	19,4	15,7	23,1	15,7	569	23,4	15,8	31,0	138					
AG	17,8	15,1	20,6	15,1	1 060	22,8	17,7	27,9	279					
TG	18,5	15,6	21,3	15,6	954	23,6	17,1	30,0	219					
TI	15,7	13,4	18,0	13,4	1 275	26,1	20,9	31,2	377					
VD	20,4	18,0	22,9	18,0	1 468	26,3	21,5	31,1	410					
VS	18,1	15,1	21,0	15,1	877	24,0	17,9	30,2	218					
NE	20,5	16,4	24,6	16,4	523	29,1	21,0	37,3	145					
GE	18,8	15,8	21,8	15,8	918	26,7	19,5	33,9	266					
JU	19,7	15,3	24,1	15,3	438	19,8	11,7	27,9	114					

¹⁾ Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

²⁾ Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-2.8 Energie und Vitalitätsniveau (letzte 4 Wochen), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012

	Tief			Mittel			Hoch			Stichprobe		
	GR			CH			GR			CH		
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	18,8	15,5	22,2	22,9	22,2	23,7	14,1	11,1	17,2	17,6	16,9	18,2
Geschlecht	22,9	17,9	27,9	27,0	25,9	28,1	13,5	9,3	17,8	18,6	17,7	19,5
Männer	15,4	10,9	19,9	18,1	17,7	19,7	14,6	10,3	19,0	16,4	15,5	17,4
Frauen	21,0	13,9	28,1	25,6	24,0	27,1	17,7	10,9	24,6	19,8	18,5	21,1
Altersgruppen	16,2	10,0	22,3	23,6	22,2	25,0	14,0	8,3	19,6	19,0	17,6	20,3
35-49 Jahre	19,5	13,6	26,1	21,2	19,7	22,6	11,4	5,8	17,1	15,2	14,0	16,5
50-64 Jahre	17,8	10,8	24,9	20,2	18,6	21,8	12,6	6,8	18,4	15,0	13,7	16,3
65+ Jahre	21,7	13,3	30,2	29,3	27,3	31,3	21,1	12,4	29,7	19,3	17,6	21,0
Bildung	19,8	15,4	24,2	23,5	22,4	24,5	12,5	8,5	16,4	17,4	16,5	18,3
Obligatorische Schule	14,6	8,1	21,2	18,3	17,0	19,5	13,5	7,7	19,3	16,8	15,6	18,0
Sekundarstufe II	19,1	15,5	22,7	22,1	21,3	22,9	12,5	9,4	15,6	17,1	16,4	17,8
Tertiärstufe	17,1	7,9	26,2	26,1	24,1	28,0	23,4	13,0	33,8	19,3	17,6	21,0
Nationalität	22,0	14,6	29,5	28,3	26,6	30,1	16,6	9,6	23,7	19,6	18,1	21,0
Ausland	15,2	10,3	20,2	23,8	22,5	25,1	13,8	8,7	18,9	17,4	16,3	18,6
bis CHF 2999	21,0	12,7	29,3	20,0	18,4	21,6	7,4	2,5	12,4	17,5	16,0	18,9
CHF 3000 bis 4499	13,1	6,2	20,0	16,7	15,2	18,1	19,2	10,6	27,7	15,0	13,6	16,4
CHF 4500 bis 5999	18,4	14,0	22,8	23,8	23,0	24,7	13,4	9,2	17,6	17,1	16,4	17,9
CHF 6000 und mehr	19,3	14,2	24,3	20,4	19,0	21,9	14,9	10,4	19,4	18,7	17,4	20,0
Urbanisierungsgrad												
Stadt												
Land												
Regionaler Vergleich												
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n
Sprachregionen ¹⁾												
Deutsche Schweiz	21,6	20,7	22,6	20,7	19,0	21,9	14,9	10,4	19,4	18,7	17,4	20,0
Französische Schweiz	25,5	24,2	26,8	24,2	22,2	26,8	16,2	12,0	22,2	15,4	14,0	17,0
Italienische Schweiz	29,3	26,7	32,0	26,7	24,0	32,0	21,0	16,2	28,2	19,8	17,7	22,2
Kantone ²⁾												
ZH	23,1	20,9	25,3	20,9	18,3	24,1	16,4	12,3	20,6	14,5	14,5	18,3
BE	21,9	19,7	24,1	19,7	18,5	24,1	18,5	16,3	20,6	16,3	16,3	20,6
LU	18,8	16,4	21,2	16,4	14,5	21,2	14,5	12,3	16,6	12,3	12,3	16,6
UR	12,4	9,4	15,4	9,4	7,7	15,4	16,3	12,4	20,2	12,4	12,4	20,2
SZ	17,8	14,2	21,4	14,2	12,4	21,4	16,5	11,1	19,9	13,0	13,0	18,1
UG	19,9	17,1	22,7	17,1	15,5	22,7	15,5	13,0	18,1	13,0	13,0	18,1
FR	24,4	21,3	27,6	21,3	19,6	27,6	19,6	16,7	22,5	16,7	16,7	22,5
BS	26,2	23,0	29,4	23,0	20,8	29,4	18,0	15,2	20,8	15,2	15,2	20,8
BL	23,0	19,7	26,3	19,7	17,4	26,3	17,4	14,6	20,2	14,6	14,6	20,2
AR	17,9	13,7	22,1	13,7	11,1	22,1	14,5	11,1	17,9	11,1	11,1	17,9
GR	18,8	15,5	22,2	15,5	14,1	22,2	14,1	12,2	17,2	12,2	12,2	17,2
AG	19,5	17,1	22,0	17,1	14,4	22,0	14,4	12,2	16,5	12,2	12,2	16,5
TG	20,3	17,7	23,0	17,7	16,2	23,0	16,2	13,7	18,6	13,7	13,7	18,6
TI	29,3	26,7	32,0	26,7	20,0	32,0	20,0	17,7	22,2	17,7	17,7	22,2
VD	27,4	25,0	29,8	25,0	22,2	29,8	20,2	18,0	22,4	18,0	18,0	22,4
VS	20,5	17,7	23,2	17,7	15,9	23,2	15,9	13,0	19,9	13,0	13,0	19,9
NE	26,4	22,4	30,4	22,4	20,4	30,4	20,4	17,6	23,1	17,6	17,6	23,1
GE	26,0	23,1	29,0	23,1	20,4	29,0	20,4	17,6	23,1	17,6	17,6	23,1
JU	27,2	22,3	32,1	22,3	18,9	32,1	18,9	15,1	22,6	15,1	15,1	22,6

1) Deutsche Schweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-2.9 Psychische Belastung und depressive Symptome, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007–2012

	Mittlere bis hohe psychische Belastung				Stichprobe				Mittlere bis schwere depressive Symptome				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	15,3	10,3	20,4	16,3	17,7	260	17 634	-	-	-	-	-	-	-
2007	13,8	10,7	16,8	18,0	18,7	641	20 652	4,4	2,3	6,5	5,9	7,0	536	16 980
2012	14,8	10,4	19,2	20,8	21,7	310	10 845	5,9	2,6	9,2	7,2	6,5	255	8 828
Total	12,9	8,6	17,2	15,1	14,2	331	9 807	3,2	0,6	5,9	5,8	6,6	281	8 152
Geschlecht	14,8	8,1	21,5	18,0	16,6	150	5 413	4,7	1,1	8,3	9,4	10,7	119	4 419
Männer	12,4	6,8	18,0	18,5	19,8	177	5 676	4,5	0,9	8,2	6,8	7,6	160	4 915
Altersgruppen	15,0	9,4	20,7	19,1	17,8	182	5 066	6,4	1,1	11,6	5,1	4,3	167	4 310
15–34 Jahre	12,4	6,0	18,8	16,1	14,6	132	4 497	0,0	-	-	2,8	2,1	90	3 336
35–49 Jahre	21,1	12,6	29,5	25,1	23,2	105	3 463	12,6	3,2	22,1	9,7	8,0	68	2 323
50–64 Jahre	12,2	8,4	15,9	18,2	17,2	386	11 185	2,0	0,3	3,7	6,6	5,9	330	9 286
65+ Jahre	12,6	6,0	19,1	13,6	12,5	150	5 927	4,7	1,0	8,3	4,7	4,0	138	5 337
Bildung	13,3	10,1	16,6	16,5	15,8	17,2	568	4,1	1,9	6,2	5,8	5,3	476	14 558
Obligatorische Schule	16,2	7,1	25,3	23,6	21,7	73	3 223	6,0	0,0	12,0	8,9	7,2	60	2 422
Sekundarstufe II	16,9	9,9	23,8	24,6	22,9	148	4 760	8,0	1,6	14,5	9,6	8,1	112	3 569
Tertiärstufe	13,2	8,4	17,9	15,4	14,0	214	6 515	2,6	0,0	5,2	6,3	5,5	184	5 403
Schweiz	10,8	3,3	18,3	15,4	14,0	132	4 102	1,7	0,0	4,1	5,1	4,2	109	3 530
Ausland	13,1	6,2	20,1	11,4	10,2	111	4 131	3,0	0,0	6,6	4,4	3,6	104	3 721
bis CHF 2999	12,1	8,3	15,9	18,7	17,9	341	14 703	4,0	1,4	6,5	6,9	6,2	291	12 104
CHF 3000 bis 4499	15,5	10,6	20,4	16,2	14,8	300	5 949	4,9	1,5	8,3	5,4	4,5	245	4 876
CHF 4500 bis 5999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbanisierungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	15,5	10,6	20,4	16,2	14,8	300	5 949	4,9	1,5	8,3	5,4	4,5	245	4 876
Regionaler Vergleich	Mittlere bis hohe psychische Belastung				Stichprobe		Mittlere bis schwere depressive Symptome				Stichprobe			
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n		
Sprachregionen ¹⁾	15,7	14,9	13 389	16,6	14,9	5,5	4,9	6,2	4,9	6,2	11 108	11 108		
Deutschschweiz	23,0	21,7	5 802	24,3	21,7	8,7	7,7	9,8	7,7	9,8	4 687	4 687		
Französische Schweiz	25,7	23,2	1 461	28,3	23,2	9,4	7,5	11,3	7,5	11,3	1 185	1 185		
Italienische Schweiz	17,9	15,9	2 138	20,0	15,9	6,2	4,9	7,4	4,9	7,4	1 803	1 803		
Kantone ²⁾	15,7	13,8	1 653	17,7	13,8	5,0	3,5	6,6	3,5	6,6	1 366	1 366		
ZH	13,5	11,4	1 232	15,6	11,4	4,6	3,1	6,1	3,1	6,1	1 014	1 014		
BE	11,7	8,7	500	14,7	8,7	1,6	0,5	2,7	0,5	2,7	417	417		
LU	11,7	8,7	500	14,7	8,7	1,6	0,5	2,7	0,5	2,7	417	417		
UR	14,9	11,4	573	18,4	11,4	6,1	2,7	9,4	2,7	9,4	480	480		
SZ	14,4	11,9	951	16,8	11,9	5,2	3,3	7,0	3,3	7,0	801	801		
ZG	23,1	20,0	980	26,2	20,0	7,8	5,6	10,0	5,6	10,0	819	819		
FR	19,5	16,7	966	22,3	16,7	5,7	4,1	7,3	4,1	7,3	775	775		
BS	17,0	14,1	817	20,0	14,1	5,7	3,8	7,6	3,8	7,6	671	671		
BL	13,1	9,9	490	16,2	9,9	2,4	1,0	3,8	1,0	3,8	414	414		
AR	13,8	10,7	641	16,8	10,7	4,4	2,3	6,5	2,3	6,5	536	536		
GR	13,6	11,5	1 227	15,7	11,5	5,8	4,1	7,5	4,1	7,5	1 012	1 012		
AG	16,4	14,0	1 090	18,7	14,0	4,8	3,3	6,4	3,3	6,4	904	904		
TC	25,7	23,2	1 461	28,3	23,2	9,4	7,5	11,3	7,5	11,3	1 185	1 185		
TI	24,0	21,7	1 653	26,4	21,7	10,1	8,2	12,0	8,2	12,0	1 352	1 352		
VD	20,0	17,3	1 011	22,8	17,3	7,3	5,2	9,3	5,2	9,3	818	818		
VS	24,9	21,0	583	28,8	21,0	7,6	4,9	10,3	4,9	10,3	480	480		
NE	23,0	20,1	1 083	25,9	20,1	8,9	6,4	11,4	6,4	11,4	828	828		
GE	21,7	17,6	492	25,8	17,6	7,1	4,5	9,8	4,5	9,8	390	390		
JU	21,7	17,6	492	25,8	17,6	7,1	4,5	9,8	4,5	9,8	390	390		

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-2.10 Tiefe Kontrollüberzeugung, geringe soziale Unterstützung und Einsamkeitsgefühle Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

Vergleich	Tiefe Kontrollüberzeugung				Geringe soziale Unterstützung				Einsamkeitsgefühle: manchmal bis sehr häufig				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
1992	33,2	19,2	27,2	21,7	30,7	22,7	6,94	8,97	-	-	-	-	-	-
1997	24,4	19,1	30,0	28,4	27,2	25,2	31,7	10,97	-	-	-	-	395	13,752
2002	16,3	11,1	21,5	21,3	20,5	22,2	24,3	14,389	-	-	-	-	313	17,735
2007	12,9	7,9	18,0	20,4	19,5	21,4	19,1	12,992	-	-	-	-	263	17,890
Total	14,1	10,8	17,4	20,6	19,8	21,4	54,7	17,267	12,6	9,7	15,6	62,3	30,7	20,841
Geschlecht														
Frauen	14,8	10,0	19,6	22,1	21,0	23,2	26,3	9,009	14,5	9,8	19,2	29,9	10,455	31,1
Männer	13,5	8,9	18,2	19,1	17,9	20,2	28,4	8,258	11,1	7,3	14,8	32,4	9,466	33,1
Altersgruppen														
15-34 Jahre	11,8	5,9	17,7	21,9	20,3	23,5	11,7	4,469	6,7	1,6	11,8	12,1	12,7	32,9
35-49 Jahre	12,6	6,4	18,7	21,0	19,5	22,5	16,1	4,938	10,4	5,2	15,5	11,2	12,3	38,0
50-64 Jahre	18,0	10,9	25,1	21,6	20,0	23,2	16,7	4,357	12,0	6,6	17,4	13,2	12,0	44,4
65+ Jahre	14,0	6,8	21,3	16,7	15,1	18,4	10,2	3,503	27,0	18,4	26,4	18,9	21,8	4,873
Bildung														
Obligatorische Schule	20,8	9,6	31,9	26,3	23,8	28,8	68	2,388	18,3	10,2	16,4	10,3	3,296	40,4
Sekundarstufe II	14,6	10,3	18,9	20,6	19,5	21,7	33,9	9,438	12,6	8,7	16,4	11,7	13,2	37,1
Tertiärstufe	9,2	4,0	14,3	17,8	16,5	19,1	14,0	5,408	9,2	3,8	14,6	9,6	14,9	10,821
Schweiz	14,2	10,6	17,8	19,2	18,4	20,0	48,9	14,831	12,8	9,6	16,0	11,3	11,9	33,3
Nationalität														
Ausland	13,4	4,7	22,1	25,5	23,2	27,8	58	2,436	11,5	3,5	19,6	14,7	18,0	7,0
bis CHF 2999	16,0	8,3	23,8	26,3	24,4	28,3	113	3,647	16,6	10,1	23,0	16,6	15,3	17,9
CHF 3000 bis 4499	14,1	8,4	19,8	21,2	19,8	22,6	187	5,503	10,8	5,9	15,7	11,5	13,5	20,9
CHF 4500 bis 5999	14,0	6,5	21,5	18,8	17,1	20,5	114	3,575	13,3	6,1	20,6	10,3	9,1	11,6
CHF 6000 und mehr	11,6	4,8	18,3	15,0	13,5	16,4	108	3,751	10,3	4,0	16,5	8,3	7,2	9,3
Urbansierungsgrad														
Stadt	11,3	7,4	15,2	21,2	20,3	22,2	29,9	12,293	10,1	6,4	13,7	14,1	33,0	14,132
Land	17,1	11,7	22,6	18,9	17,4	20,4	25,2	4,974	15,3	10,6	20,0	9,8	29,3	5,789
Regionaler Vergleich														
Tiefe Kontrollüberzeugung	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprachregionen ¹⁾	17,6	16,6	18,6	11,218	11,8	12,6	11,1	12,987	32,7	32,7	31,7	33,8	31,7	33,8
Deutsche Schweiz	27,3	25,8	28,9	4,852	12,3	13,3	11,4	5,585	44,0	44,0	42,5	45,5	42,5	45,5
Französische Schweiz	32,0	28,9	35,1	1,197	22,3	24,7	19,8	1,349	45,6	45,6	42,8	48,5	42,8	48,5
Italienische Schweiz	18,2	16,1	20,4	1,813	13,6	15,3	11,9	2,082	34,3	34,3	32,0	36,7	32,0	36,7
Kantone ²⁾	17,0	14,7	19,3	1,370	11,1	12,5	9,4	1,622	34,4	34,4	31,9	37,0	31,9	37,0
BE	16,8	14,1	19,5	1,023	9,6	11,5	7,7	1,199	29,0	29,0	26,2	31,8	26,2	31,8
LU	17,2	13,1	21,3	4,20	10,5	13,1	4,9	4,89	30,3	30,3	25,8	34,7	25,8	34,7
UR	13,0	9,5	16,5	481	10,5	11,4	7,4	563	13,1	13,1	11,5	15,0	11,5	15,0
SZ	18,2	13,0	23,5	1,372	11,4	13,5	9,2	919	31,9	31,9	25,3	38,7	25,3	38,7
ZG	21,5	14,8	29,2	805	11,0	12,4	8,6	1,019	29,4	29,4	26,7	33,2	26,7	33,2
FR	24,8	18,5	31,1	1,144	15,0	17,5	12,4	973	37,9	37,9	34,5	41,4	34,5	41,4
BS	21,9	18,5	25,3	783	15,0	17,5	12,4	973	37,9	37,9	34,5	41,4	34,5	41,4
BL	19,8	16,3	23,3	682	12,4	14,9	9,9	787	34,2	34,2	30,5	37,8	30,5	37,8
AR	12,0	8,8	17,4	427	10,1	12,9	7,3	279	27,9	27,9	23,6	32,3	23,6	32,3
GR	14,1	10,8	19,5	547	12,6	15,6	10,5	603	30,7	30,7	26,7	34,7	26,7	34,7
AG	16,8	14,1	19,5	1,029	12,8	15,2	9,7	623	30,3	30,3	27,4	33,3	27,4	33,3
TG	14,7	12,0	17,4	918	10,7	12,8	8,7	1,064	32,5	32,5	29,3	35,6	29,3	35,6
TI	32,0	28,9	35,1	1,197	22,3	24,7	19,8	1,349	45,6	45,6	42,8	48,5	42,8	48,5
VD	27,0	24,3	29,8	1,394	12,3	14,0	10,5	1,598	44,5	44,5	41,8	47,2	41,8	47,2
VS	26,2	22,6	29,8	842	11,4	13,5	9,2	977	41,5	41,5	38,1	45,0	38,1	45,0
NE	27,5	23,1	32,0	486	13,1	16,3	9,9	565	41,0	41,0	36,6	45,4	36,6	45,4
GE	27,9	24,3	31,5	877	13,0	15,3	10,7	1,015	46,5	46,5	43,0	50,0	43,0	50,0
JU	27,3	22,4	32,3	421	13,6	18,1	9,1	481	49,1	49,1	45,2	54,2	45,2	54,2

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französischschweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGP 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-25). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-3.1 Gesundheitseinstellung, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	Leben, ohne sich um Folgen für Gesundheit zu kümmern (unbekümmert)				Gedanken an Erhaltung der Gesundheit beeinflusst Lebensstil (beachtend)				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Leben (orientiert)				Stichprobe					
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH				
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n				
Vorjahresvergleich	11,0	8,3	13,7	12,0	13,5	67,0	63,1	70,9	66,0	65,0	67,1	22,0	18,6	25,3	21,2	20,3	22,1	10 420
1997	12,2	8,3	16,1	11,6	13,0	65,9	60,2	71,5	66,4	64,4	66,4	21,9	16,9	26,9	22,3	21,4	23,2	340
2002	10,4	6,1	14,8	11,8	12,5	68,5	62,3	74,7	66,8	65,9	67,7	21,1	15,8	26,4	21,4	20,6	22,2	15 652
Total	17,9	11,2	24,6	12,3	11,5	58,1	49,9	66,3	68,4	67,3	69,4	24,0	16,9	31,1	19,4	18,5	20,2	13 923
Geschlecht	12,9	9,7	16,0	14,4	13,7	70,0	65,7	74,2	67,0	66,1	67,9	17,2	13,8	20,5	18,6	17,9	19,4	18 061
Frauen	11,3	6,9	15,7	12,1	11,2	67,6	61,5	73,7	67,4	66,1	68,7	21,1	15,9	26,3	20,5	19,5	21,6	9 542
Männer	14,1	9,7	18,6	16,8	17,9	71,9	66,1	77,7	66,5	65,2	67,9	14,0	9,7	18,2	16,7	15,6	17,8	8 519
Altersgruppen	24,1	15,3	32,9	22,5	20,9	64,3	54,4	74,2	64,6	62,7	66,5	11,6	5,6	17,6	12,9	11,4	14,3	4 488
15-34 Jahre	6,9	2,8	11,1	12,1	10,9	80,7	74,3	87,2	71,7	70,0	73,3	12,4	7,1	17,7	16,2	14,9	17,6	165
35-49 Jahre	9,6	5,1	14,0	10,4	9,3	72,0	64,7	79,3	69,7	68,0	71,5	18,4	12,1	24,8	19,9	18,3	21,4	167
50-64 Jahre	9,5	4,2	14,8	10,4	9,1	60,0	50,4	69,5	61,0	59,0	63,0	30,5	21,4	39,6	28,6	26,8	30,4	119
65+ Jahre	20,5	11,8	29,1	23,3	21,0	62,9	51,6	74,3	52,0	49,4	54,6	16,6	7,4	25,8	24,7	22,3	27,1	2 685
Bildung	11,6	7,6	15,5	14,7	13,7	68,1	62,5	73,6	66,0	64,8	67,3	20,4	15,8	24,9	19,3	18,3	20,3	349
Obligatorische Schule	10,6	4,3	17,0	8,9	8,0	79,0	71,3	86,7	76,9	75,6	78,3	10,3	5,3	15,4	14,1	13,0	15,3	140
Tertiärstufe	13,5	10,1	16,9	13,6	12,9	68,5	64,0	73,0	68,7	67,7	69,6	18,0	14,4	21,6	17,8	17,0	18,5	507
Schweiz	9,9	1,5	18,2	17,1	15,1	76,8	65,5	88,0	61,3	58,8	63,8	13,4	5,0	21,8	21,7	19,5	23,8	63
Ausland	18,2	11,1	25,4	18,4	16,6	54,7	44,9	64,4	59,2	57,1	61,3	27,1	18,5	35,6	22,4	20,7	24,1	126
Nationalität	12,0	7,2	16,8	14,2	13,0	76,6	70,3	82,9	66,9	65,3	68,5	11,4	6,8	16,0	18,9	17,5	20,3	3 945
Haushalts- äquivalenz- einkommen	10,4	2,7	18,2	13,8	12,4	73,5	64,2	82,7	69,4	67,4	71,4	16,1	9,7	22,6	16,7	15,0	18,4	5 739
CHF 3000 bis 4499	9,4	2,5	16,4	10,6	9,3	77,5	68,2	86,9	75,4	73,6	77,1	13,0	5,9	20,1	14,0	12,6	15,4	105
CHF 4500 bis 5999	12,0	7,9	16,1	14,1	13,3	70,2	64,4	75,9	67,1	66,0	68,2	17,9	13,1	22,6	18,8	17,9	19,7	304
CHF 6000 und mehr	13,8	9,0	18,5	15,2	13,9	69,8	63,6	75,9	66,6	64,8	68,3	16,5	11,8	21,2	18,2	16,8	19,7	12 877
Stadt																		266
Land																		5 184
Regionaler Vergleich	Leben, ohne sich um Folgen für Gesundheit zu kümmern (unbekümmert)				Gedanken an Erhaltung der Gesundheit beeinflusst Lebensstil (beachtend)				Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Leben (orientiert)				Stichprobe					
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n				
Sprach- regionen ¹⁾	11,6	11,6	10,8	12,5	69,8	68,6	70,9	68,6	68,6	70,9	68,6	17,7	18,6	17,7	19,6	19,6	19,6	11 649
Deutsche Schweiz	22,3	22,3	20,8	23,7	58,7	57,1	60,4	57,1	57,1	60,4	58,7	17,7	19,0	17,7	20,3	20,3	20,3	5 117
Französische Schweiz	13,5	13,5	11,3	15,7	69,5	66,5	72,4	66,5	66,5	72,4	69,5	14,6	17,0	14,6	19,4	19,4	19,4	1 295
Italienische Schweiz	12,3	12,3	8,5	12,0	71,2	68,6	73,8	68,6	68,6	73,8	71,2	16,3	18,5	16,3	20,7	20,7	20,7	1 884
Kantone ²⁾	10,8	10,8	10,4	14,3	69,8	67,0	72,5	67,0	67,0	72,5	69,8	15,6	17,9	15,6	20,2	20,2	20,2	1 435
BE	10,8	10,8	8,6	13,0	70,1	66,9	73,3	66,9	66,9	73,3	70,1	16,4	19,1	16,4	21,9	21,9	21,9	1 059
LU	11,9	11,9	8,3	15,4	69,0	64,1	73,9	64,1	64,1	73,9	69,0	15,1	19,1	15,1	23,2	23,2	23,2	437
UR	15,5	15,5	11,7	19,3	68,2	63,5	72,9	63,5	63,5	72,9	68,2	12,6	16,3	12,6	20,0	20,0	20,0	499
SZ	11,2	11,2	8,6	13,9	71,5	67,8	75,1	67,8	67,8	75,1	71,5	14,3	17,3	14,3	20,3	20,3	20,3	822
ZG	18,5	18,5	15,5	21,4	60,8	57,0	64,5	57,0	57,0	64,5	60,8	17,6	20,7	17,6	23,9	23,9	23,9	875
FR	11,3	11,3	8,5	14,1	67,3	63,5	71,1	63,5	63,5	71,1	67,3	18,2	21,4	18,2	24,6	24,6	24,6	832
BS	10,0	10,0	7,6	12,5	72,1	68,4	75,8	68,4	68,4	75,8	72,1	14,7	17,9	14,7	21,1	21,1	21,1	712
BL	13,2	13,2	8,7	17,6	65,2	59,7	70,6	59,7	59,7	70,6	65,2	17,1	21,7	17,1	26,3	26,3	26,3	438
AR	12,9	12,9	9,7	16,0	70,0	65,7	74,2	65,7	65,7	74,2	70,0	13,8	17,2	13,8	20,5	20,5	20,5	570
AG	12,5	12,5	9,8	15,2	68,0	64,6	71,5	64,6	64,6	71,5	68,0	16,6	19,5	16,6	22,3	22,3	22,3	1 055
SG	11,2	11,2	9,0	13,4	71,0	67,7	74,2	67,7	67,7	74,2	71,0	15,2	17,8	15,2	20,5	20,5	20,5	950
TG	13,5	13,5	11,3	15,7	69,5	66,5	72,4	66,5	66,5	72,4	69,5	14,6	17,0	14,6	19,4	19,4	19,4	1 295
TI	22,7	22,7	20,2	25,3	58,0	55,0	60,9	55,0	55,0	60,9	58,0	17,0	19,3	17,0	21,6	21,6	21,6	1 469
VS	22,2	22,2	18,8	25,5	59,9	56,0	63,7	56,0	56,0	63,7	59,9	15,1	18,0	15,1	20,9	20,9	20,9	892
NE	22,2	22,2	17,8	26,6	58,8	53,9	63,8	53,9	53,9	63,8	58,8	15,1	18,9	15,1	22,7	22,7	22,7	520
GE	23,3	23,3	19,9	26,7	54,4	54,4	62,1	54,4	54,4	62,1	54,4	15,6	18,5	15,6	21,4	21,4	21,4	922
JU	27,0	27,0	21,4	32,6	56,5	50,8	62,1	50,8	50,8	62,1	56,5	12,6	16,5	12,6	20,5	20,5	20,5	439

1) Deutsche Schweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-3.2 Körpergewicht (Body Mass Index), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012 (18-jährige und ältere Personen)

Vergleichs- vergleich	Untergewicht			Normalgewicht			Übergewicht			Adipositas			Stichprobe		
	Anteil in %	Konfidenz- intervall (95%)	CH Anteil in %	Anteil in %	Konfidenz- intervall (95%)	CH Anteil in %	Anteil in %	Konfidenz- intervall (95%)	CH Anteil in %	Anteil in %	Konfidenz- intervall (95%)	CH Anteil in %	Konfidenz- intervall (95%)	GR	n
1992	5.6	4.0	7.1	4.4	4.1	67.7	64.2	63.3	65.1	24.9	22.0	27.9	25.8	5.1	994
1997	5.5	3.2	7.9	3.9	3.5	70.7	60.2	59.0	61.0	23.0	20.1	29.9	28.1	7.1	391
2002	1.1	0.2	2.4	3.7	3.9	68.7	57.6	56.9	58.7	33.2	32.6	39.5	37.2	7.2	391
2007	1.9	0.2	3.4	3.3	3.0	69.7	59.9	59.9	60.4	33.5	32.6	39.5	37.2	7.2	391
Total	2.6	1.2	3.9	3.3	3.0	61.4	54.5	53.6	55.3	29.9	25.9	33.9	31.6	10.5	628
Geschlecht	5.3	2.4	8.2	5.8	5.2	61.4	54.5	53.6	55.3	29.9	25.9	33.9	31.6	10.5	628
Männer	0.3	0.0	0.8	0.8	0.5	60.2	48.6	48.6	50.4	17.6	13.0	22.2	23.2	11.4	301
Frauen	5.0	2.4	7.4	5.0	4.7	61.4	54.5	53.6	55.3	12.3	12.6	11.7	11.4	9.7	327
Alters- gruppen	1.9	0.0	4.8	5.6	4.7	64.2	57.6	56.7	59.2	40.2	34.2	46.1	40.3	3.2	327
18-34 Jahre	3.4	0.5	6.3	2.7	2.2	63.5	56.5	55.4	57.1	25.5	17.0	34.0	31.4	3.2	127
35-49 Jahre	2.0	0.0	4.0	2.1	1.6	63.5	56.5	55.4	57.1	30.0	22.4	37.6	34.1	3.2	127
50-64 Jahre	3.2	0.0	6.3	2.3	3.4	63.5	56.5	55.4	57.1	33.1	25.7	40.5	36.5	3.2	127
65+ Jahre	2.9	0.0	6.1	3.2	2.6	63.5	56.5	55.4	57.1	31.2	23.2	39.1	35.9	3.2	127
Bildung	2.4	0.6	4.3	3.2	2.8	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Obligatorische Schule	2.8	0.4	5.2	3.4	2.8	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Sekundarstufe II	2.8	0.4	5.2	3.4	2.8	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Tertiärstufe	3.1	1.5	4.7	3.4	3.1	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Nationalität	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Ausland	1.8	0.0	3.8	3.0	2.3	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
bis CHF 2999	4.6	1.1	8.1	3.3	2.8	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
CHF 3000 bis 4499	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
CHF 4500 bis 5999	3.1	0.2	6.0	2.9	2.3	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
CHF 6000 und mehr	2.4	0.5	4.3	3.5	3.1	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Urbansie- lungsgra- d	2.8	0.8	4.8	2.9	2.3	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Land	2.8	0.8	4.8	2.9	2.3	61.4	54.5	53.6	55.3	30.8	25.8	35.8	34.0	7.7	393
Regionaler Vergleich	Untergewicht	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Normalgewicht	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Übergewicht	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprach- regionen ¹⁾	3.0	2.6	3.3	3.3	54.0	52.9	52.9	52.9	52.9	31.2	31.2	31.2	31.2	10.1	13 249
Deutsche Schweiz	3.9	3.2	4.5	4.5	56.0	54.5	54.5	54.5	54.5	30.2	30.2	30.2	30.2	10.8	11.5
Französische Schweiz	6.0	4.6	7.4	7.4	53.2	51.7	51.7	51.7	51.7	31.1	31.1	31.1	31.1	10.0	9.1
Italienische Schweiz	3.0	2.2	3.7	3.7	57.9	55.5	55.5	55.5	55.5	29.6	29.6	29.6	29.6	9.7	8.0
Kantone ²⁾	2.9	2.0	2.0	2.0	51.7	49.0	49.0	49.0	49.0	34.6	32.0	32.0	32.0	10.8	11.0
ZH	3.0	2.0	2.0	2.0	55.3	52.2	52.2	52.2	52.2	32.3	29.4	29.4	29.4	9.4	8.0
LU	3.2	1.4	5.0	5.0	49.7	44.8	44.8	44.8	44.8	36.7	32.0	32.0	32.0	10.4	11.1
UR	2.7	1.3	4.0	4.0	50.5	45.9	45.9	45.9	45.9	36.7	32.3	32.3	32.3	10.1	11.1
SZ	4.9	3.2	6.5	6.5	56.1	52.6	52.6	52.6	52.6	30.5	27.2	27.2	27.2	8.6	7.5
ZG	4.2	2.7	5.7	5.7	56.3	52.7	52.7	52.7	52.7	28.9	25.8	25.8	25.8	10.1	12.8
FR	3.6	2.2	5.0	5.0	53.3	49.8	49.8	49.8	49.8	31.2	27.9	27.9	27.9	8.2	10.5
BS	3.1	1.7	4.5	4.5	53.5	49.6	49.6	49.6	49.6	32.5	29.0	29.0	29.0	11.8	13.0
BL	3.9	2.1	5.6	5.6	54.6	51.3	51.3	51.3	51.3	30.5	27.5	27.5	27.5	10.9	13.3
AR	2.6	1.2	3.9	3.9	57.1	54.6	54.6	54.6	54.6	34.0	30.4	30.4	30.4	8.5	8.0
GR	2.8	1.5	4.2	4.2	57.9	55.3	55.3	55.3	55.3	29.9	25.9	25.9	25.9	7.5	9.9
TG	2.1	1.1	3.1	3.1	52.9	48.6	48.6	48.6	48.6	33.5	30.6	30.6	30.6	10.5	13.1
SG	2.1	1.1	3.1	3.1	52.9	48.6	48.6	48.6	48.6	33.5	30.6	30.6	30.6	10.5	13.1
VS	4.0	2.4	5.6	5.6	53.2	50.4	50.4	50.4	50.4	31.1	27.8	27.8	27.8	11.5	13.6
TI	6.0	4.6	7.4	7.4	53.2	50.4	50.4	50.4	50.4	31.1	27.8	27.8	27.8	11.5	13.6
VD	3.6	2.7	4.6	4.6	58.7	56.0	56.0	56.0	56.0	27.8	25.3	25.3	25.3	9.9	11.3
VS	2.6	1.5	3.7	3.7	52.8	49.4	49.4	49.4	49.4	30.2	27.8	27.8	27.8	10.0	12.1
NE	3.7	2.1	5.3	5.3	58.2	53.8	53.8	53.8	53.8	24.6	21.6	21.6	21.6	9.4	11.9
GE	5.3	3.5	7.1	7.1	53.8	50.3	50.3	50.3	50.3	31.2	27.9	27.9	27.9	9.7	11.7
JU	1.8	0.5	3.1	3.1	50.2	45.1	45.1	45.1	45.1	35.6	30.4	30.4	30.4	12.4	15.5

1) Deutschschweiz: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR; VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGP 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkter Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-3.4 Körperliche Aktivität, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

	Inaktiv			Teilaktiv			Ausreichend aktiv			Stichprobe		
	GR			CH			GR			GR	CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	10,6	7,0	14,1	18,4	17,7	19,1	13,3	8,9	17,7	19,1	18,4	19,8
2002	17,1	11,8	22,3	14,8	10,2	15,5	11,2	6,8	15,7	18,6	17,9	19,3
2007	8,2	5,8	10,6	10,7	10,2	11,3	15,1	12,0	18,2	16,8	16,2	17,4
Total	12,0	7,7	16,3	12,7	11,9	13,5	17,0	12,4	21,5	18,2	17,3	19,0
Geschlecht	5,1	2,6	7,5	8,7	7,9	9,4	13,4	9,2	17,7	15,4	14,5	16,3
Männer	5,7	1,3	10,1	6,9	5,9	7,8	10,7	4,8	16,6	14,6	13,4	15,7
15-34 Jahre	6,4	2,4	10,3	9,2	8,2	10,1	19,0	12,7	25,2	19,5	18,2	20,8
35-49 Jahre	5,2	1,7	8,8	10,8	9,7	11,9	19,3	12,7	29,8	18,5	17,2	19,8
50-64 Jahre	18,5	11,2	25,9	18,2	16,7	19,6	10,4	5,1	15,7	14,5	13,2	15,8
65+ Jahre	15,2	7,5	23,0	19,0	17,3	20,7	10,4	4,5	16,3	13,9	12,5	15,3
Obligatorische Schule	7,2	4,3	10,2	10,9	10,1	11,7	16,5	12,4	20,6	16,2	15,3	17,0
Sekundarstufe II	6,0	2,0	9,9	5,8	5,1	6,5	14,9	8,0	21,8	19,6	18,3	20,8
Tertiärstufe	7,8	5,3	10,3	9,4	8,9	10,0	16,3	12,8	19,7	17,0	16,4	17,7
Nationalität	10,8	2,8	18,8	15,6	14,0	17,2	8,0	2,1	13,9	15,9	14,3	17,4
Ausland	9,6	4,7	14,6	16,0	14,6	17,4	15,3	8,9	21,7	15,5	14,2	16,8
bis CHF 2999	8,6	4,0	13,2	10,4	9,4	11,3	17,1	11,8	22,4	16,8	15,7	17,9
CHF 3000 bis 4499	4,2	0,8	7,5	7,9	6,9	9,0	14,0	6,9	21,2	17,5	16,1	19,0
CHF 4500 bis 5999	4,6	0,4	8,8	5,7	4,8	6,5	16,0	7,9	24,0	18,3	16,8	19,9
CHF 6000 und mehr	6,6	3,3	9,9	11,3	10,6	12,0	16,5	12,3	20,6	17,0	16,3	17,8
Stadt	10,0	6,5	13,5	9,2	8,2	10,2	13,6	8,9	18,2	16,2	15,0	17,4
Land												
Regionaler Vergleich												
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprachregionen ¹⁾	8,7	8,1	9,4	15,0	15,0	15,8	14,3	14,3	15,8	15,8	15,8	15,8
Deutsche Schweiz	14,5	13,4	15,6	21,6	21,6	22,8	20,4	20,4	22,8	22,8	22,8	22,8
Französische Schweiz	21,5	19,1	23,9	17,7	17,7	19,9	15,6	15,6	19,9	19,9	19,9	19,9
Italienische Schweiz	8,8	7,4	10,3	16,4	16,4	18,2	14,5	14,5	18,2	18,2	18,2	18,2
Kantone ²⁾	8,5	6,9	10,0	15,4	15,4	17,0	13,5	13,5	17,0	17,0	17,0	17,0
ZH	7,6	5,9	9,2	14,9	14,9	17,0	12,8	12,8	17,0	17,0	17,0	17,0
BE	7,4	4,5	10,3	12,7	12,7	15,8	9,7	9,7	15,8	15,8	15,8	15,8
LU	7,8	7,8	9,7	17,1	17,1	19,7	14,5	14,5	19,7	19,7	19,7	19,7
UR	11,5	9,1	13,9	23,8	23,8	26,8	20,7	20,7	26,8	26,8	26,8	26,8
SZ	11,3	9,1	13,4	15,5	15,5	18,3	12,8	12,8	18,3	18,3	18,3	18,3
GR	9,5	7,2	11,9	13,9	13,9	16,5	11,3	11,3	16,5	16,5	16,5	16,5
AR	8,2	6,2	10,2	14,4	14,4	17,7	11,2	11,2	17,7	17,7	17,7	17,7
VS	7,7	5,9	9,5	15,1	15,1	18,2	12,0	12,0	18,2	18,2	18,2	18,2
AG	8,1	6,2	9,9	14,1	14,1	16,3	11,9	11,9	16,3	16,3	16,3	16,3
TG	21,5	19,1	23,9	17,7	17,7	19,9	15,6	15,6	19,9	19,9	19,9	19,9
TI	15,4	13,5	17,4	22,6	22,6	25,5	19,7	19,7	25,5	25,5	25,5	25,5
VD	16,8	13,2	20,4	19,4	19,4	22,2	16,6	16,6	22,2	22,2	22,2	22,2
NE	17,0	14,2	19,7	23,3	23,3	28,1	18,6	18,6	28,1	28,1	28,1	28,1
GE	15,3	11,6	19,0	23,3	23,3	28,1	18,6	18,6	28,1	28,1	28,1	28,1
JU												

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.5 Tabakkonsum, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	Nie regelmässig geraucht				Ex-Raucher/innen				Raucher/innen				Stichprobe							
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH						
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n						
Vorjahresvergleich	50.8	47.4	54.1	49.2	48.2	50.1	18.4	15.9	21.0	20.8	21.5	30.8	27.7	33.9	30.1	29.2	30.9	1 049	15 282	
1997	52.2	46.9	57.6	47.6	46.6	48.5	17.1	13.1	21.0	19.2	18.5	30.7	25.7	35.7	33.2	32.3	34.1	408	12 994	
2002	55.9	50.0	61.9	49.6	48.7	50.5	18.4	13.9	23.0	19.9	19.2	25.7	20.3	31.0	30.5	29.7	31.4	328	19 698	
2007	53.4	46.6	60.2	50.9	50.0	51.9	17.6	12.5	22.7	21.2	20.5	28.9	22.8	35.1	27.9	27.0	28.7	274	18 747	
Total	51.9	47.6	56.1	50.3	49.4	51.1	20.7	17.4	24.0	21.5	20.8	27.4	22.5	31.3	28.2	27.4	29.0	666	21 591	
Geschlecht	58.2	52.2	64.2	57.3	56.1	58.4	18.9	14.0	23.7	18.6	17.6	22.9	17.5	28.0	24.2	23.2	25.2	320	11 312	
Frauen	46.5	40.6	52.4	43.0	41.8	44.2	22.3	17.7	26.8	24.6	23.6	31.2	25.5	37.0	32.4	31.2	33.6	346	10 279	
Männer	52.7	43.7	61.6	53.5	51.8	55.2	11.0	4.9	17.1	9.9	8.8	36.3	27.6	45.1	36.6	35.0	38.3	159	5 609	
Altersgruppen	63.3	55.6	71.0	49.7	48.1	51.3	19.2	13.0	25.3	19.1	17.8	17.6	11.5	23.6	31.3	29.7	32.8	179	5 902	
35-49 Jahre	34.9	27.6	42.1	43.7	42.0	45.3	28.7	22.0	35.3	28.7	27.2	36.5	28.9	44.0	29.2	26.1	29.2	190	5 278	
50-64 Jahre	58.0	49.3	66.8	53.7	52.0	55.5	26.9	19.3	34.5	32.9	31.3	15.1	8.5	21.7	13.3	12.2	14.5	138	4 802	
65+ Jahre	60.4	50.5	70.3	55.1	53.0	57.1	12.8	6.4	19.3	16.0	14.5	26.8	17.6	36.0	29.0	27.1	30.9	112	3 867	
Bildung	48.1	42.6	53.5	47.7	46.5	48.9	24.8	20.2	29.3	22.6	21.7	27.2	22.2	32.1	29.7	28.6	30.8	399	11 567	
Obligatorische Schule	55.6	46.5	64.7	52.1	50.6	53.7	16.8	10.0	23.5	23.1	21.8	24.4	19.0	36.2	24.7	23.4	26.1	153	6 051	
Sekundarstufe II	52.8	48.3	57.3	51.4	50.5	52.4	20.6	17.1	24.1	22.2	21.4	22.9	22.5	30.7	26.4	25.6	27.2	584	17 931	
Terziarstufe	47.0	35.1	58.9	46.4	44.3	48.5	21.3	11.8	30.8	19.3	17.7	31.7	20.8	43.2	34.3	32.3	36.3	82	3 660	
Schweiz	54.2	45.6	62.8	51.2	49.4	53.0	17.9	11.6	24.2	19.7	18.3	21.1	19.2	36.0	29.0	27.4	30.7	157	5 097	
Ausland	53.0	45.8	60.2	49.0	47.5	50.5	21.7	15.9	27.4	21.4	20.2	22.6	18.8	31.8	29.6	28.2	31.0	221	6 768	
bis CHF 2999	46.1	36.7	55.4	49.0	47.1	50.9	21.1	13.8	28.5	22.7	21.1	32.8	23.7	41.9	28.4	26.6	30.1	136	4 214	
CHF 3000 bis 4499	49.7	38.6	60.7	49.1	47.2	51.0	23.1	14.2	32.0	24.0	22.4	27.2	17.5	37.0	26.9	25.2	28.5	114	4 215	
CHF 4500 bis 5999	48.2	42.5	54.0	49.6	48.6	50.6	22.6	17.9	27.3	21.9	21.1	22.7	23.7	34.6	28.5	27.6	29.4	351	15 412	
CHF 6000 und mehr	55.7	49.5	61.9	52.2	50.5	53.8	18.7	14.1	23.4	20.5	19.2	25.2	20.0	31.2	27.3	25.8	28.8	315	6 179	
Stadt																				
Land																				
Urbanisierungsgrad																				
Regionaler Vergleich	Nie regelmässig geraucht														Stichprobe					
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)			Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)			Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)			Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)			n			
Sprachregionen ¹⁾	51.4	50.3			47.4	52.5			51.1	51.2			47.6	54.5			13 926			
Deutschschweiz	47.8	46.4			49.3	49.3			47.6	49.3			47.6	49.3			6 115			
Französische Schweiz	46.1	43.3			48.8	48.8			46.4	46.4			46.4	46.4			1 550			
Italienische Schweiz	52.1	49.7			54.5	54.5			52.1	52.1			52.1	52.1			2 225			
Kantone ²⁾	51.9	49.3			54.5	54.5			51.9	51.9			51.9	51.9			1 715			
BE	52.5	49.5			55.5	55.5			52.5	52.5			52.5	52.5			1 280			
LU	58.3	53.6			63.0	63.0			58.3	58.3			58.3	58.3			514			
UR	53.6	49.1			58.0	58.0			53.6	53.6			53.6	53.6			599			
SZ	57.3	53.9			60.7	60.7			57.3	57.3			57.3	57.3			996			
ZG	51.1	47.6			54.5	54.5			51.1	51.1			51.1	51.1			1 026			
FR	47.1	43.6			50.6	50.6			47.1	47.1			47.1	47.1			1 011			
BS	52.8	49.1			56.5	56.5			52.8	52.8			52.8	52.8			847			
BL	51.2	46.3			56.0	56.0			51.2	51.2			51.2	51.2			509			
AR	51.9	47.6			56.1	56.1			51.9	51.9			51.9	51.9			666			
GR	51.4	48.2			54.5	54.5			51.4	51.4			51.4	51.4			1 272			
AG	52.3	49.1			55.5	55.5			52.3	52.3			52.3	52.3			1 127			
TI	46.1	43.3			48.8	48.8			46.1	46.1			46.1	46.1			1 550			
VD	47.3	44.6			50.0	50.0			47.3	47.3			47.3	47.3			1 744			
VS	49.6	46.2			53.0	53.0			49.6	49.6			49.6	49.6			1 065			
NE	46.1	41.8			50.5	50.5			46.1	46.1			46.1	46.1			622			
GE	46.6	43.2			50.0	50.0			46.6	46.6			46.6	46.6			1 149			
JU	44.9	39.8			50.0	50.0			44.9	44.9			44.9	44.9			509			

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-3.6 Passivrauchen bei der Arbeit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Passivrauchen bei der Arbeit (mindestens ein Viertel der Arbeitszeit)						Stichprobe	
	GR			CH			GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	13,5	5,6	15,5	14,4	86,5	78,5	84,5	112
2012	9,2	5,7	9,9	9,1	90,8	87,4	90,9	374
Total	5,1	1,5	5,9	5,1	94,9	91,2	94,9	161
Geschlecht	11,7	6,6	13,2	12,0	88,3	83,2	86,8	213
Männer	10,9	3,1	14,5	12,9	89,1	81,3	85,5	86
Altersgruppen	10,0	4,1	15,8	7,4	90,0	84,2	91,5	142
35-49 Jahre	7,3	2,7	11,8	6,9	92,7	97,3	94,1	128
50-64 Jahre	(3,6)	0,0	8,8	5,4	(96,4)	89,4	91,2	18
65+ Jahre	27,2	9,3	45,1	18,9	72,8	54,9	81,1	34
Bildung	5,6	2,5	8,7	11,5	94,4	91,3	88,5	230
Obligatorische Schule	9,0	3,1	14,9	4,2	91,0	85,1	95,8	110
Sekundarstufe II	8,0	4,9	11,2	8,3	92,0	88,8	90,9	333
Tertiärstufe	14,3	1,8	26,7	12,1	85,7	73,3	87,9	41
Nationalität	10,5	2,7	18,3	14,0	89,5	81,7	86,0	58
Schweiz	8,1	3,0	13,3	11,2	91,9	86,7	88,8	135
Ausland	11,5	1,9	21,2	8,9	88,5	78,8	91,1	83
Haushalts- äquivalenz- einkommen	5,4	0,8	10,0	5,0	94,6	90,0	95,0	91
CHF 3000 bis 4499	8,4	4,3	12,6	8,9	91,6	87,4	90,2	204
CHF 4500 bis 5999	9,9	4,4	15,5	10,1	90,1	84,5	89,9	170
CHF 6000 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	n
Sprach- regionen ¹⁾	9,3	11,6	8,4	10,2	90,7	88,4	89,8	7 685
Deutschschweiz	11,6	9,9	10,2	13,0	88,4	87,0	87,0	3 064
Französische Schweiz	9,9	10,5	7,3	12,5	90,1	92,7	87,5	726
Italienische Schweiz	8,8	8,8	6,5	11,1	89,5	87,3	87,3	1 219
Kantone ²⁾	9,4	8,0	6,7	12,1	91,2	88,9	88,9	930
ZH	8,0	9,8	4,4	11,7	90,6	88,3	87,9	735
BE	8,0	9,8	5,9	13,7	90,2	88,3	86,3	295
LU	8,6	8,7	5,6	11,7	91,4	88,3	88,3	345
UR	8,0	8,0	6,0	11,4	91,3	88,6	88,6	560
SZ	8,6	8,0	5,0	11,0	92,0	89,0	89,0	506
ZG	8,2	8,2	5,1	11,3	91,8	88,7	88,7	414
FR	8,3	9,2	4,5	12,2	91,7	87,8	87,8	288
AR	9,2	7,3	5,7	12,6	90,8	87,4	87,4	374
GR	7,3	11,8	5,0	9,5	92,7	90,5	90,5	720
AG	11,8	9,9	9,0	14,6	88,2	85,4	85,4	652
TC	9,9	11,2	7,3	12,5	90,1	87,5	87,5	726
TI	11,2	14,3	8,7	13,7	88,8	86,3	86,3	868
VD	12,3	11,9	10,9	16,4	87,7	85,1	85,1	557
VS	11,6	11,6	7,3	16,0	88,4	84,0	84,0	313
NE	11,6	11,6	7,3	16,0	88,4	84,0	84,0	502
GE	11,6	11,6	7,3	16,0	88,4	84,0	84,0	263
JU	11,6	11,6	7,3	16,0	88,4	84,0	84,0	263

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-3.7 Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

	Kein Risiko			Geringes Risiko			Mittleres bis hohes Risiko			Stichprobe											
	CH			GR			CH			CH											
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	n										
Vorjahresvergleich																					
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
2002	20,9	16,0	25,7	23,0	22,3	23,8	75,8	70,6	80,9	73,2	74,0	3,4	1,2	3,5	4,1	322	19 214				
2007	26,2	19,9	32,5	26,2	25,4	27,0	70,0	63,5	76,5	68,7	69,5	3,7	1,5	4,7	5,5	262	17 888				
2012	30,3	26,5	34,2	26,8	26,0	27,6	65,3	61,3	69,3	68,4	67,8	4,4	2,6	6,2	4,8	644	20 848				
Total	41,2	35,2	47,1	35,0	33,8	36,1	55,0	49,0	61,0	60,9	59,7	3,8	1,6	6,0	4,1	311	10 950				
Geschlecht																					
Männer	21,1	16,3	26,0	18,2	17,2	19,3	74,0	68,7	79,2	76,2	75,1	4,9	2,2	7,6	5,5	333	9 898				
Frauen	25,6	18,1	33,1	28,2	26,6	29,8	69,0	60,9	77,2	66,7	65,0	5,4	1,0	9,8	5,1	151	5 430				
Altersgruppen																					
15-34 Jahre	31,6	24,1	39,2	25,3	23,9	26,8	65,3	57,6	73,0	70,7	71,2	3,1	0,9	5,8	3,2	4,4	177	5 712			
35-49 Jahre	22,6	16,2	29,0	22,5	21,1	23,9	73,5	66,7	80,2	72,7	71,2	3,9	1,0	6,9	4,9	4,2	183	5 132			
50-64 Jahre	45,6	37,6	54,6	31,4	29,6	33,2	49,0	39,9	58,1	63,2	61,1	64,8	5,4	1,7	9,1	5,7	133	4 574			
65+ Jahre	47,8	36,6	58,0	42,3	40,2	44,4	47,4	37,2	57,6	52,9	51,0	55,3	0,9	8,7	5,4	10,6	333	4 574			
Bildung																					
Obligatorische Schule	30,7	25,7	35,8	28,1	27,0	29,2	65,0	59,7	70,3	67,1	66,0	4,3	1,8	6,7	4,8	387	11 267				
Sekundarstufe II	17,8	11,7	23,9	15,3	14,2	16,5	78,3	71,5	85,1	79,6	78,3	3,9	0,5	7,3	5,1	150	5 964				
Tertiärstufe	29,1	25,1	33,1	24,3	23,5	25,1	66,6	62,5	70,8	70,7	69,8	4,3	2,3	6,2	5,0	5,4	570	17 533			
Schweiz	37,1	25,1	49,0	35,8	33,7	37,9	57,7	45,5	70,0	60,1	57,9	62,2	5,2	0,1	10,2	4,1	3,3	315	4,9		
Ausland	43,8	35,2	52,4	39,6	37,7	41,4	52,4	43,7	61,1	56,1	54,3	58,0	3,7	0,8	6,7	4,3	3,6	4,9	150	4 830	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	32,4	25,7	39,2	27,5	26,2	28,9	64,1	57,2	71,0	67,9	66,4	69,3	3,5	1,0	6,0	4,0	5,2	215	6 568		
CHF 3000 bis 4499	23,3	15,4	31,2	19,1	17,6	20,6	70,7	61,9	79,5	75,8	74,1	77,4	6,0	0,5	11,5	5,2	4,3	6,0	132	4 125	
CHF 4500 bis 5999	10,7	4,7	16,8	12,5	11,3	13,8	85,0	77,9	92,2	82,0	80,6	83,5	4,3	0,1	8,4	5,5	4,6	6,4	111	4 148	
CHF 6000 und mehr	29,5	24,3	34,8	27,0	26,0	27,9	65,7	60,2	71,2	68,1	67,2	69,1	4,8	2,4	7,2	4,9	4,5	3,41	14 861	41 861	
Stadt	31,1	25,5	36,8	26,3	24,8	27,9	64,9	59,0	70,8	69,1	67,5	70,7	4,0	1,3	6,6	4,0	5,2	303	5 987		
Land																					
Regionaler Vergleich																					
Kein Risiko	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n
Deutscheschweiz	25,9	24,9	26,9	24,9	24,3	26,9	70,2	64,2	71,2	69,2	71,2	3,9	3,9	3,5	4,3	13 471					
Französische Schweiz	28,8	27,4	30,2	27,4	27,2	32,4	64,2	63,6	65,7	62,7	65,7	7,0	7,0	6,3	7,8	5 887					
Italienische Schweiz	29,8	27,2	32,4	27,2	27,0	32,4	63,6	63,6	65,7	62,7	65,7	6,6	6,6	5,1	8,1	1 490					
ZH	26,3	24,0	28,6	24,0	23,6	28,6	69,9	69,9	72,3	67,6	72,3	3,8	3,8	2,9	4,7	2 152					
BE	23,3	21,0	25,6	21,0	20,7	25,6	72,5	72,5	74,9	70,2	74,9	4,2	4,2	3,1	5,3	1 663					
LU	24,0	21,3	26,7	21,3	21,3	26,7	71,6	71,6	74,4	68,7	74,4	4,4	4,4	3,1	5,7	1 235					
UR	28,0	23,4	32,5	23,4	23,4	32,5	69,1	69,1	73,7	64,5	73,7	3,0	3,0	1,6	4,3	501					
SZ	26,2	22,1	30,3	22,1	22,1	30,3	71,3	71,3	75,5	67,1	75,5	2,5	2,5	1,1	3,9	579					
ZG	24,5	21,5	27,5	21,5	21,5	27,5	71,3	71,3	74,5	68,1	74,5	4,2	4,2	2,7	5,6	956					
FR	26,3	23,1	29,5	23,1	23,1	29,5	67,8	67,8	71,2	64,5	71,2	5,8	5,8	4,2	7,5	989					
BS	26,5	23,4	29,6	23,4	23,4	29,6	66,8	66,8	70,1	63,4	70,1	6,7	6,7	4,9	8,5	974					
BL	24,8	21,6	28,1	21,6	21,6	28,1	72,5	72,5	75,9	69,1	75,9	2,6	2,6	1,5	3,8	822					
AR	27,3	22,6	32,0	22,6	22,6	32,0	68,8	68,8	73,6	64,0	73,6	3,9	3,9	2,2	5,6	494					
GR	30,3	26,5	34,2	26,5	26,5	34,2	65,3	65,3	69,3	61,3	69,3	4,4	4,4	2,6	6,2	644					
AG	27,3	24,4	30,3	24,4	24,4	30,3	69,3	69,3	72,4	66,3	72,4	3,3	3,3	2,2	4,4	1 233					
TC	27,2	24,4	30,1	24,4	24,4	30,1	68,3	68,3	71,4	65,3	71,4	4,4	4,4	2,2	5,8	1 098					
TI	29,8	27,2	32,4	27,2	27,2	32,4	63,6	63,6	66,4	60,9	66,4	6,6	6,6	5,1	8,1	1 490					
VD	28,5	26,0	31,0	26,0	26,0	31,0	64,9	64,9	67,3	62,1	67,3	6,8	6,8	8,1	1 680						
VS	27,6	24,3	30,8	24,3	24,3	30,8	64,9	64,9	68,3	61,5	68,3	7,6	7,6	5,9	9,2	1 024					
NE	28,2	24,1	32,3	24,1	24,1	32,3	65,4	65,4	69,7	61,1	69,7	6,4	6,4	4,3	8,5	593					
GE	32,6	29,3	35,9	29,3	29,3	35,9	59,7	59,7	63,1	56,2	63,1	7,8	7,8	5,9	9,7	1 102					
JU	24,2	19,4	29,0	19,4	19,4	29,0	68,1	68,1	73,1	63,1	73,1	7,7	7,7	5,0	10,4	499					

1) Deutscheschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-3.8 Konsum irgendeines Medikaments und Schmerzmittelkonsum, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	Medikamentenkonsum (letzte 7 Tage)				Schmerzmittel (letzte 7 Tage)				Stichprobe				
	GR		CH		GR		CH		GR	CH			
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n			
Vorjahresvergleich	32.1	29.1	35.2	37.4	38.3	37.4	39.2	37.4	15 278	15 278	1 049	1 048	15 274
1997	35.6	30.5	40.7	39.8	40.7	39.8	41.7	39.8	12 999	12 999	408	408	12 995
2002	39.2	33.5	44.9	41.6	40.8	39.9	41.6	41.6	19 688	19 688	328	328	19 665
2007	41.9	35.2	48.6	45.4	46.3	45.4	47.2	45.4	18 733	18 733	276	276	18 711
2012	42.6	38.4	46.8	47.7	48.6	47.7	49.4	47.7	21 585	21 585	665	659	21 360
Total	48.1	42.0	54.1	52.0	53.2	52.0	54.4	52.0	11 307	11 307	319	313	11 089
Geschlecht	37.9	32.3	43.6	42.6	43.8	42.6	45.0	42.6	5 606	5 606	158	154	5 445
Männer	22.7	15.6	29.8	30.9	32.5	30.9	34.1	30.9	17.7	17.7	179	177	17.7
15-34 Jahre	37.9	29.9	45.9	39.4	39.4	37.8	40.9	39.4	5 899	5 899	179	177	5 850
35-49 Jahre	46.9	39.2	54.6	51.4	53.1	51.4	54.8	51.4	5 278	5 278	190	190	5 274
50-64 Jahre	73.1	65.3	80.8	77.7	77.7	76.3	79.1	76.3	4 802	4 802	138	138	4 791
65+ Jahre	44.3	34.3	54.3	52.9	52.9	50.8	54.9	50.8	3 864	3 864	112	112	3 827
Obligatorische Schule	42.6	37.3	48.0	48.0	49.2	48.0	50.4	48.0	11 564	11 564	399	393	11 441
Sekundarstufe II	41.2	32.4	50.0	48.3	44.8	43.3	46.4	43.3	6 051	6 051	152	152	5 988
Tertiärstufe	43.0	38.6	47.5	49.7	49.7	48.8	50.6	48.8	17 929	17 929	583	579	17 746
Schweiz	40.3	28.7	51.9	44.9	44.9	42.8	46.9	42.8	3 656	3 656	82	80	3 614
Ausland	38.9	30.8	47.1	52.0	52.0	50.2	53.8	50.2	5 097	5 097	157	157	5 050
bis CHF 2999	47.6	40.4	54.7	46.8	46.8	45.3	48.3	45.3	221	221	221	216	216
CHF 3000 bis 4499	38.9	29.8	48.0	47.7	47.7	45.8	49.6	45.8	136	136	136	136	136
CHF 4500 bis 5999	37.2	26.8	47.6	45.1	45.1	43.2	46.9	43.2	4 213	4 213	113	112	4 166
CHF 6000 und mehr	46.3	40.5	52.0	49.5	49.5	48.5	50.5	48.5	15 409	15 409	351	345	15 243
Stadt	38.8	32.8	44.8	46.1	46.1	44.5	47.8	44.5	6 176	6 176	314	314	6 117
Land													
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe	Stichprobe	Stichprobe
Deutschschweiz	47.3	46.2	48.4	46.2	46.2	48.4	46.2	46.2	13 924	13 924	n	n	13 797
Französische Schweiz	52.0	50.5	53.5	50.5	50.5	53.5	50.5	50.5	6 112	6 112			6 028
Italienische Schweiz	49.9	47.1	52.7	47.1	47.1	52.7	47.1	47.1	1 549	1 549			1 535
ZH	47.9	45.4	50.3	45.4	45.4	50.3	45.4	45.4	2 225	2 225			2 209
BE	50.6	48.0	53.3	48.0	48.0	53.3	48.0	48.0	1 716	1 716			1 703
LU	45.5	42.5	48.5	42.5	42.5	48.5	42.5	42.5	1 279	1 279			1 265
UR	37.2	37.2	41.6	37.2	37.2	41.6	37.2	37.2	514	514			509
SZ	41.6	41.6	45.9	41.6	41.6	45.9	41.6	41.6	995	995			989
ZG	40.4	40.4	43.7	40.4	40.4	43.7	40.4	40.4	1 026	1 026			986
FR	53.7	53.7	57.2	53.7	53.7	57.2	53.7	53.7	1 011	1 011			998
BS	56.4	56.4	60.1	56.4	56.4	60.1	56.4	56.4	847	847			836
BL	35.8	35.8	40.4	35.8	35.8	40.4	35.8	35.8	509	509			508
AR	42.6	42.6	46.8	42.6	42.6	46.8	42.6	42.6	665	665			659
AG	47.5	47.5	50.6	47.5	47.5	50.6	47.5	47.5	1 272	1 272			1 260
GR	46.3	46.3	49.5	46.3	46.3	49.5	46.3	46.3	1 126	1 126			1 116
TC	49.9	49.9	52.7	49.9	49.9	52.7	49.9	49.9	1 549	1 549			1 535
TI	52.2	52.2	54.9	52.2	52.2	54.9	52.2	52.2	1 743	1 743			1 721
VD	48.5	48.5	51.9	48.5	48.5	51.9	48.5	48.5	1 065	1 065			1 048
VS	58.0	58.0	62.4	58.0	58.0	62.4	58.0	58.0	619	619			612
NE	53.9	53.9	57.3	53.9	53.9	57.3	53.9	53.9	57.3	57.3			56.5
GE	50.5	50.5	55.5	50.5	50.5	55.5	50.5	50.5	509	509			505
JU	45.4	45.4	50.9	45.4	45.4	50.9	45.4	45.4	27.4	27.4			31.8

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-3-9 Konsum von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Antidepressiva Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 1992-2012

	Beruhigungsmittel (letzte 7 Tage)				Schlafmittel (letzte 7 Tage)				Antidepressiva (letzte 7 Tage)				Stichprobe	
	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	n	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	n	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	n	GR	CH
	Anteil «ja» in %	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	Anteil «ja» in %	Anteil «ja» in %
Vorjahresvergleich	2.6	3.6	4.1	1048	4.1	5.4	2.8	1049	5.0	5.4	4.6	1049	5.0	5.4
1997	2.6	0.8	4.4	47	4.3	2.0	6.6	408	5.4	5.8	4.9	408	5.4	5.8
2002	4.1	1.9	6.2	41	3.8	3.1	8.0	328	4.1	3.8	4.1	328	4.1	3.8
2007	3.4	2.0	4.8	43	5.0	2.4	7.6	276	5.2	4.9	5.6	276	5.2	4.9
2012	3.4	2.0	4.8	43	5.0	2.4	7.6	276	5.2	4.9	5.6	276	5.2	4.9
Total	3.4	2.0	4.8	43	5.0	2.4	7.6	276	5.2	4.9	5.6	276	5.2	4.9
Geschlecht	3.6	1.4	5.7	54	4.6	3.9	7.7	312	5.3	4.9	6.6	312	5.3	4.9
Frauen	3.5	0.0	2.1	27	4.1	3.0	5.8	154	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1
Männer	3.7	0.6	6.8	27	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1
Altersgruppen	3.7	0.6	6.8	27	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1
35-49 Jahre	3.7	0.6	6.8	27	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1	6.1	154	5.1	4.1
50-64 Jahre	5.5	2.1	8.8	41	4.4	5.8	4.8	177	5.9	5.1	6.7	177	5.9	5.1
65+ Jahre	4.0	0.5	7.5	69	6.0	7.7	112	337	13.5	12.3	14.7	337	13.5	12.3
Bildung	2.7	0.0	5.8	6.6	5.6	7.7	12	3825	7.5	2.6	12.4	3825	7.5	2.6
Obligatorische Schule	4.0	1.9	6.1	4.2	3.7	4.6	392	11437	3.3	0.6	6.1	11437	3.3	0.6
Sekundarstufe II	2.5	0.5	4.6	2.9	2.4	3.4	152	5987	3.3	0.6	6.1	5987	3.3	0.6
Tertiärstufe	3.5	1.9	5.0	4.2	3.5	4.6	578	17741	6.3	4.1	8.4	17741	6.3	4.1
Nationalität	3.2	0.0	6.9	4.4	3.5	5.3	80	3613	3.9	0.0	8.3	3613	3.9	0.0
Schweiz	4.7	1.4	7.9	5.6	4.7	6.7	216	6688	5.1	2.1	8.1	6688	5.1	2.1
Ausland	3.8	0.9	6.7	4.1	3.5	4.7	148	4179	5.6	0.5	10.6	4179	5.6	0.5
Haushalts- bis CHF 2999	2.5	0.0	5.0	4.0	3.1	4.8	136	4179	3.4	0.0	6.9	4179	3.4	0.0
Äquivalenz- CHF 3000 bis 5999	4.7	2.5	7.0	4.3	3.9	4.7	344	15242	6.7	4.1	9.4	15242	6.7	4.1
ehemalig CHF 6000 und mehr	2.1	0.3	3.8	4.1	3.4	4.8	314	6112	5.0	2.2	7.9	6112	5.0	2.2
Urbanisierungsgrad	2.1	0.3	3.8	4.1	3.4	4.8	314	6112	5.0	2.2	7.9	6112	5.0	2.2
Stadt	2.1	0.3	3.8	4.1	3.4	4.8	314	6112	5.0	2.2	7.9	6112	5.0	2.2
Land	2.1	0.3	3.8	4.1	3.4	4.8	314	6112	5.0	2.2	7.9	6112	5.0	2.2
Regionaler Vergleich	3.3	3.7	2.9	13794	4.7	4.2	4.2	13799	4.2	3.8	4.5	13799	4.2	3.4
Deutsche Schweiz	6.6	5.9	7.3	6026	6.8	6.1	7.6	6032	6.1	5.5	6.8	6032	6.1	5.1
Französische Schweiz	6.1	4.8	7.4	1534	6.9	5.5	8.3	1536	4.0	3.1	4.9	1536	4.0	3.1
Italienische Schweiz	3.3	2.3	4.3	2209	5.1	4.0	6.2	2209	3.8	2.8	4.8	2209	3.8	2.8
Kantone ²⁾	3.2	2.3	4.2	1701	4.4	3.3	5.4	1701	3.3	2.8	3.8	1701	3.3	2.8
BE	2.6	1.6	3.6	1265	4.4	3.1	5.6	1265	1.7	2.8	4.2	1265	1.7	2.8
LU	3.2	2.2	4.2	509	3.3	1.7	4.9	509	2.6	2.4	2.8	509	2.6	2.4
UR	2.2	1.0	3.4	589	2.5	1.3	3.7	589	3.7	2.3	4.1	589	3.7	2.3
SZ	3.3	2.2	4.5	986	3.9	2.6	5.2	986	4.4	3.8	4.4	986	4.4	3.8
ZG	6.1	7.7	7.7	1007	6.1	4.4	7.7	1007	4.2	3.8	4.1	1007	4.2	3.8
FR	4.1	2.8	5.3	884	5.9	4.3	7.3	885	3.7	3.5	3.8	885	3.7	3.5
BS	3.8	2.5	5.1	854	5.9	4.3	7.3	854	4.2	3.8	4.1	854	4.2	3.8
BL	3.4	1.7	5.4	606	3.9	2.0	5.7	606	4.4	3.5	4.4	606	4.4	3.5
AR	3.6	2.0	4.8	506	3.9	2.0	5.7	507	3.5	3.0	3.5	507	3.5	3.0
GR	2.8	1.7	3.8	1259	4.6	3.3	5.9	1260	3.0	2.0	3.0	1260	3.0	2.0
AG	2.5	1.9	3.4	1116	4.5	3.2	5.9	1117	3.3	2.5	3.3	1117	3.3	2.5
TC	6.1	4.8	7.4	1534	6.9	5.5	8.3	1536	4.0	3.1	4.9	1536	4.0	3.1
TL	5.7	4.4	7.0	1719	5.3	4.3	6.1	1720	4.6	3.6	4.6	1720	4.6	3.6
VD	5.9	4.4	7.4	1416	5.3	4.3	6.1	1416	4.0	3.6	4.6	1416	4.0	3.6
VS	7.6	5.4	9.8	187	7.9	5.4	9.0	187	4.5	3.1	4.5	187	4.5	3.1
NE	7.0	5.4	9.7	137	7.2	5.4	9.0	137	4.5	3.1	4.5	137	4.5	3.1
GE	6.2	4.1	8.3	504	8.6	4.8	12.4	505	3.9	3.5	3.9	505	3.9	3.5
JU	6.2	4.1	8.3	504	8.6	4.8	12.4	505	3.9	3.5	3.9	505	3.9	3.5

1) Deutschschweiz: ZH, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgeteilt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschätzte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

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

Tabelle A-4.1 Störungen im Wohnbereich, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Keine Störung			1 Störung			2 und mehr Störungen			Stichprobe													
	GR			CH			GR			CH													
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n											
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
2007	53,7	45,4	62,0	46,8	45,6	47,9	23,7	16,4	31,0	26,2	27,3	25,2	27,3	22,6	15,6	29,6	27,0	25,9	28,0	201	13 337		
Total	63,6	59,0	68,1	56,2	55,3	57,2	23,1	19,1	27,1	25,1	25,9	24,2	25,9	13,3	10,1	16,6	18,7	18,0	19,5	563	17 895		
Geschlecht	59,6	53,0	66,1	55,6	54,3	56,9	27,4	21,3	33,5	25,6	26,4	24,4	24,4	13,0	8,7	17,3	18,8	17,8	19,8	274	9 450		
Männer	66,8	60,4	73,1	56,8	55,5	58,2	19,6	14,5	24,8	24,5	23,3	23,3	23,3	13,6	8,9	18,3	18,6	17,6	19,7	289	8 445		
Altersgruppen	64,1	53,9	74,2	59,5	57,6	61,4	27,3	18,1	36,5	25,4	23,7	23,7	23,7	8,6	2,3	14,9	15,1	13,7	16,4	119	4 478		
15-34 Jahre	64,9	56,6	73,2	57,9	56,1	59,6	23,9	16,4	31,4	24,8	23,2	23,2	23,2	11,2	5,8	16,6	17,3	16,0	18,7	162	4 989		
35-49 Jahre	63,7	55,5	71,8	54,1	52,2	56,0	21,6	14,6	28,5	25,3	23,6	23,6	23,6	14,7	8,8	20,7	20,6	19,1	22,1	168	4 524		
50-64 Jahre	60,7	50,9	70,4	51,7	49,6	53,7	17,7	10,7	24,8	24,6	22,9	22,9	22,9	21,6	12,9	30,3	23,7	22,0	25,4	114	3 904		
65+ Jahre	58,3	45,9	70,8	54,5	51,9	57,1	26,6	15,8	37,5	25,2	22,8	22,8	22,8	15,0	4,5	25,6	20,3	18,1	22,5	79	2 671		
Obligatorische Schule	67,8	62,2	73,3	56,4	55,1	57,7	19,3	14,7	23,8	24,7	23,5	23,5	23,5	13,0	9,0	16,9	18,9	18,0	19,9	345	9 760		
Sekundarstufe II	57,5	47,9	67,1	56,9	55,3	58,6	29,4	20,3	38,6	25,6	24,2	24,2	24,2	13,1	7,4	18,8	17,4	16,2	18,7	139	5 426		
Tertiärstufe	64,9	60,2	69,6	56,6	55,7	57,6	21,2	17,3	25,1	24,7	23,9	23,9	23,9	10,5	17,3	18,6	17,8	19,4	19,4	501	15 292		
Nationalität	57,2	43,0	71,4	54,8	52,3	57,3	32,2	18,9	45,4	26,1	23,8	23,8	23,8	10,6	1,4	19,8	19,1	17,2	21,0	62	2 603		
Ausland	65,8	56,1	75,4	53,7	51,6	55,9	20,7	12,5	28,8	25,0	23,1	23,1	23,1	13,6	6,5	20,7	21,3	19,6	23,0	120	3 924		
bis CHF 2999	59,2	51,3	67,0	56,4	54,7	58,1	27,4	20,4	34,5	24,8	23,3	23,3	23,3	13,4	8,1	18,7	18,8	17,5	20,1	192	5 696		
CHF 3000 bis 4499	65,8	55,5	76,2	56,2	54,1	58,3	20,8	12,2	29,3	25,6	23,7	23,7	23,7	13,4	5,3	21,5	18,2	16,7	17,5	20,1	115	3 650	
CHF 4500 bis 5999	68,5	57,7	79,3	59,4	57,4	61,4	19,5	9,7	29,3	24,9	23,1	23,1	23,1	12,0	5,7	18,2	15,7	14,2	17,2	105	3 779		
CHF 6000 und mehr	59,7	53,2	66,1	54,4	53,2	55,5	27,1	21,2	32,9	25,8	24,8	24,8	24,8	13,3	9,0	17,5	19,9	19,0	20,8	302	12 779		
Stadt	67,7	61,2	74,2	61,4	59,5	63,2	18,9	13,6	24,2	23,1	21,5	21,5	21,5	8,4	8,4	18,3	15,5	14,2	16,8	261	5 116		
Land																							
Regionaler Vergleich	Keine Störung	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	1 Störung	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	2 und mehr Störungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	2 und mehr Störungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	2 und mehr Störungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	2 und mehr Störungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	2 und mehr Störungen	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe	Stichprobe
Sprachregionen ¹⁾	57,4	53,8	56,2	52,1	50,4	53,6	24,4	26,7	28,2	23,4	25,5	18,2	18,2	17,3	18,2	17,3	18,2	19,1	19,1	19,1	11 622	4 988	
Deutsche Schweiz	53,8	51,3	54,4	48,1	46,4	49,7	25,6	25,6	28,4	22,9	28,4	19,5	19,5	20,5	20,5	20,5	20,5	25,7	25,7	25,7	1 285	1 881	
Französische Schweiz	51,3	48,1	54,4	48,1	46,4	49,7	25,6	25,6	28,4	22,9	28,4	19,5	19,5	20,5	20,5	20,5	20,5	25,7	25,7	25,7	1 285	1 881	
Italienische Schweiz	52,7	50,0	55,4	50,0	48,1	52,1	27,6	27,6	30,0	25,1	30,0	19,8	19,8	17,7	17,7	17,7	17,7	21,8	21,8	21,8	1 881	1 881	
ZH	60,5	57,7	63,3	57,7	55,3	60,3	22,8	22,8	25,2	20,3	25,2	16,7	16,7	14,7	14,7	14,7	14,7	18,8	18,8	18,8	1 429	1 429	
BE	57,0	53,6	60,3	53,6	51,1	56,0	21,1	21,1	23,9	19,5	23,9	17,4	17,4	16,4	16,4	16,4	16,4	21,8	21,8	21,8	1 052	1 052	
LU	58,7	55,3	63,8	55,3	52,8	60,3	23,9	23,9	28,4	21,1	28,4	17,0	17,0	13,1	13,1	13,1	13,1	20,0	20,0	20,0	499	499	
UR	62,3	58,7	67,0	58,7	56,2	63,9	22,9	22,9	25,1	19,7	25,1	16,6	16,6	14,1	14,1	14,1	14,1	19,9	19,9	19,9	828	828	
SZ	60,2	56,4	64,1	56,4	53,9	61,4	22,9	22,9	24,8	19,7	24,8	17,0	17,0	14,4	14,4	14,4	14,4	20,4	20,4	20,4	852	852	
ZG	55,8	52,0	59,7	52,0	49,7	56,6	26,8	26,8	30,1	23,4	30,1	17,4	17,4	14,4	14,4	14,4	14,4	20,4	20,4	20,4	852	852	
FR	52,2	48,2	56,1	48,2	45,7	52,1	22,9	22,9	26,2	19,6	26,2	14,4	14,4	11,6	11,6	11,6	11,6	18,3	18,3	18,3	824	824	
BS	57,0	52,9	61,1	52,9	50,4	57,9	24,4	24,4	27,9	20,9	27,9	18,6	18,6	15,3	15,3	15,3	15,3	21,8	21,8	21,8	714	714	
BL	66,5	61,2	71,8	61,2	58,7	66,5	21,9	21,9	26,9	19,1	26,9	11,6	11,6	8,5	8,5	8,5	8,5	14,6	14,6	14,6	438	438	
AR	63,6	59,0	68,1	59,0	56,5	63,6	23,1	23,1	27,1	19,1	27,1	13,3	13,3	10,1	10,1	10,1	10,1	16,6	16,6	16,6	563	563	
GR	60,6	56,1	64,1	56,1	53,6	60,6	21,8	21,8	24,8	18,7	24,8	17,6	17,6	15,0	15,0	15,0	15,0	20,2	20,2	20,2	1 062	1 062	
AG	61,9	57,4	65,4	57,4	54,9	61,9	22,7	22,7	25,7	19,6	25,7	15,4	15,4	12,8	12,8	12,8	12,8	18,0	18,0	18,0	951	951	
TG	51,3	48,1	54,4	48,1	45,7	51,3	25,6	25,6	28,4	22,9	28,4	19,5	19,5	20,5	20,5	20,5	20,5	25,7	25,7	25,7	1 285	1 285	
TI	55,8	51,3	58,8	51,3	48,1	55,8	26,5	26,5	29,2	23,9	29,2	17,7	17,7	15,4	15,4	15,4	15,4	20,0	20,0	20,0	1 440	1 440	
VD	57,7	53,8	61,5	53,8	51,3	57,7	22,5	22,5	25,7	19,3	25,7	17,7	17,7	14,7	14,7	14,7	14,7	22,9	22,9	22,9	869	869	
VS	54,6	49,5	59,6	49,5	46,0	54,6	26,8	26,8	31,3	22,2	31,3	18,7	18,7	14,7	14,7	14,7	14,7	22,7	22,7	22,7	511	511	
NE	45,0	41,1	48,9	41,1	38,6	45,0	30,8	30,8	34,3	27,2	34,3	24,2	24,2	20,8	20,8	20,8	20,8	27,6	27,6	27,6	898	898	
GE	62,3	56,8	67,8	56,8	54,3	62,3	21,0	21,0	25,4	16,5	25,4	16,7	16,7	12,5	12,5	12,5	12,5	21,0	21,0	21,0	418	418	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-4.2 Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012

	Ja, hauptsächlich positiv				Ja, hauptsächlich negativ				Keine Auswirkungen				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	55,5	50,4	46,2	45,1	47,2	45,1	10,2	9,6	10,9	31,6	41,5	42,6	44,7	14 038
Geschlecht	57,4	49,7	49,6	48,1	51,1	51,1	9,1	8,2	10,0	36,1	28,6	41,3	39,8	42,8
Frauen	54,2	47,4	43,2	41,8	44,7	44,7	11,2	10,2	12,2	36,9	30,3	43,4	45,6	47,1
Männer	56,7	46,7	40,0	38,1	41,9	41,9	6,0	9,1	11,6	37,3	27,6	47,1	49,6	51,6
Altersgruppen	52,9	44,3	44,7	43,0	46,4	46,4	9,2	3,6	14,8	37,9	29,7	46,1	42,3	45,8
15-34 Jahre	55,3	47,0	51,6	49,7	53,5	53,5	9,3	4,5	14,1	35,3	27,2	43,5	40,2	45,8
35-49 Jahre	(68,0)	45,5	90,5	74,4	70,3	78,6	10,3	0,0	11,1	(28,2)	6,7	49,7	27,7	18
50-64 Jahre	47,1	32,6	61,7	43,8	40,8	46,8	10,3	1,0	19,6	42,6	28,5	56,7	44,8	54
65+ Jahre	55,8	49,2	48,0	46,5	49,5	49,5	7,0	3,5	10,5	37,2	30,8	43,5	40,9	43,8
Bildung	58,5	48,6	44,3	42,6	46,1	46,1	9,0	3,8	14,2	32,5	23,1	42,0	45,1	43,3
Obligatorische Schule	55,1	49,6	47,5	46,4	48,7	48,7	7,8	4,8	10,7	31,8	23,1	42,7	41,6	43,8
Sekundarstufe I	57,1	43,6	42,0	39,5	44,5	44,5	8,8	1,0	16,6	37,1	31,8	42,4	42,7	39,5
Sekundarstufe II	56,8	45,5	68,1	44,8	49,9	49,9	3,8	0,0	7,6	39,4	21,3	46,9	46,9	48,9
Tertiärstufe	56,8	48,6	46,4	44,0	48,2	48,2	6,3	2,6	10,0	36,8	28,8	44,9	42,1	44,9
Nationalität	53,5	42,6	46,2	44,0	48,4	48,4	11,5	3,5	19,5	35,1	25,0	43,3	41,1	45,5
Ausland	53,5	41,5	44,4	42,3	46,5	46,5	11,5	4,6	18,4	35,0	23,6	44,7	42,6	46,8
CHF 3000 bis 4499	53,5	46,6	60,5	43,7	46,2	46,2	6,9	3,6	10,1	39,6	32,7	46,5	44,4	45,7
CHF 4500 bis 5999	57,5	50,0	49,0	47,1	51,0	51,0	9,1	4,6	13,7	33,4	26,3	40,4	39,7	43,6
CHF 6000 und mehr														
Stadt														
Land														
Urbanisierungsgrad														
Land														
Regionaler Vergleich														
Sprachregionen ¹⁾	51,3	50,0	52,6	52,6	52,6	52,6	8,7	10,3	10,3	39,2	38,0	40,5	40,5	9 317
Deutschschweiz	33,9	32,1	35,6	35,6	35,6	35,6	10,6	13,1	17,0	54,3	52,4	56,2	56,2	3 809
Französische Schweiz	27,3	24,1	30,5	30,5	30,5	30,5	11,9	17,0	17,0	58,2	54,6	61,8	61,8	912
Italienische Schweiz	48,4	45,4	51,5	51,5	51,5	51,5	7,9	11,4	11,4	41,9	38,9	44,9	44,9	1 427
Kantone ²⁾	51,4	48,2	54,7	54,7	54,7	54,7	7,8	11,9	11,9	38,7	35,6	41,9	41,9	1 151
BE	55,6	51,9	59,2	59,2	59,2	59,2	5,8	9,5	9,5	36,8	33,3	40,3	40,3	900
LU	53,2	47,5	58,9	58,9	58,9	58,9	5,2	11,5	11,5	38,4	32,8	44,1	44,1	354
UR	55,2	50,0	60,5	60,5	60,5	60,5	5,0	11,8	11,8	36,3	31,3	41,4	41,4	425
SZ	50,1	54,2	54,2	54,2	54,2	54,2	6,5	11,1	11,1	41,1	37,0	45,2	45,2	694
ZG	39,5	35,4	43,5	43,5	43,5	43,5	8,3	13,5	13,5	49,6	45,4	53,8	53,8	709
FR	47,7	43,0	52,4	52,4	52,4	52,4	10,4	16,7	16,7	38,7	34,2	43,3	43,3	587
BS	44,4	39,6	49,2	49,2	49,2	49,2	8,7	15,4	15,4	43,5	38,7	48,3	48,3	502
BL	44,5	38,7	50,3	50,3	50,3	50,3	6,8	13,6	13,6	45,3	39,3	51,2	51,2	362
AR	55,5	50,4	60,6	60,6	60,6	60,6	5,2	10,7	10,7	36,6	31,6	41,5	41,5	457
GR	51,0	47,3	57,2	57,2	57,2	57,2	6,4	10,6	10,6	40,5	36,8	44,1	44,1	886
AG	53,3	49,3	57,2	57,2	57,2	57,2	6,3	10,5	10,5	38,3	34,5	42,2	42,2	768
TI	27,3	24,1	30,5	30,5	30,5	30,5	11,9	17,0	17,0	58,2	54,6	61,8	61,8	912
VD	29,8	26,7	32,9	32,9	32,9	32,9	10,6	15,4	15,4	57,2	53,7	60,6	60,6	1 042
VS	40,4	36,2	44,5	44,5	44,5	44,5	5,6	10,0	10,0	51,8	47,6	56,1	56,1	696
NE	31,1	26,0	36,2	36,2	36,2	36,2	7,5	14,5	14,5	57,9	52,4	63,4	63,4	389
GE	32,6	28,4	36,8	36,8	36,8	36,8	11,7	17,8	17,8	52,6	48,2	57,1	57,1	646
JU	32,5	26,8	38,2	38,2	38,2	38,2	5,2	11,1	11,1	59,4	53,4	65,3	65,3	327

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestellt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-4.3 Physische Belastungen bei der Arbeit (mind. 1/4 der Arbeitszeit), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

	Keine Belastung			1-2 Belastungen			3 und mehr Belastungen			Stichprobe	
	GR			CH			GR			CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	8,7	5,7	11,7	12,6	11,8	13,4	32,0	26,4	37,5	36,2	50,0
Geschlecht	10,3	5,1	15,4	11,8	10,8	12,9	40,3	31,6	48,9	40,7	53,4
Männer	7,8	4,2	11,5	13,2	12,1	14,4	27,0	19,8	34,1	32,2	45,7
15-34 Jahre	2,4	0,0	5,3	9,7	8,5	10,9	30,5	19,1	41,9	30,6	52,8
35-49 Jahre	10,7	5,3	16,0	13,8	12,4	15,1	28,6	20,6	36,7	39,3	57,5
50-64 Jahre	13,0	6,7	19,3	14,7	13,2	16,2	37,2	27,9	46,5	39,0	61,8
65+ Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,9
Bildung	0,0	-	-	5,9	4,4	7,5	9,3	1,0	17,7	24,0	44,1
Obligatorische Schule	7,5	3,9	11,0	8,9	7,9	9,8	33,3	26,1	40,6	32,0	66,6
Sekundarstufe II	14,3	7,4	21,3	20,5	19,0	22,1	37,6	26,8	48,3	46,5	82,3
Tertiärstufe	9,9	6,5	13,3	13,1	12,3	13,9	35,2	29,1	41,3	37,8	73,5
Nationalität	4,0	0,0	9,9	11,2	9,4	13,0	18,2	6,8	29,6	31,5	57,4
Ausland	4,7	0,0	9,9	7,3	5,9	8,8	21,1	6,8	35,4	25,5	64,4
Haushalts- äquivalenz- einkommen	5,8	1,6	9,9	9,5	8,3	10,7	31,4	22,3	40,5	33,8	70,0
CHF 3000 bis 4499	12,9	5,7	20,0	14,1	12,4	15,7	33,5	21,1	45,8	40,1	88,7
CHF 4500 bis 5999	11,2	3,9	18,5	20,1	18,2	22,0	38,9	27,3	42,4	42,7	82,3
CHF 6000 und mehr	8,1	4,4	11,9	14,0	13,0	14,9	36,1	28,4	43,9	37,5	83,3
Urbanisie- rungsgrad	9,4	4,7	14,0	9,1	7,9	10,3	27,6	19,6	35,7	32,9	66,5
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50,1
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprach- regionen ¹⁾	12,0	11,1	13,0	13,0	12,5	13,5	35,6	37,1	38,5	35,6	50,9
Deutsche Schweiz	14,5	13,0	15,9	15,9	14,4	17,4	31,0	33,0	35,0	31,0	52,5
Französische Schweiz	11,8	9,3	14,4	14,4	13,8	15,0	34,6	38,8	43,0	34,6	49,4
Italienische Schweiz	17,0	14,5	19,6	19,6	17,0	22,2	35,6	37,4	42,0	35,6	61,2
ZH	9,0	7,0	10,9	10,9	9,4	12,4	33,7	37,4	41,0	33,7	54,6
BE	10,5	8,0	13,1	13,1	11,7	14,5	31,0	34,9	38,7	31,0	58,7
LU	10,7	6,3	15,1	15,1	13,1	17,1	29,6	35,6	41,7	29,6	60,0
UR	15,0	10,7	19,4	19,4	17,4	21,4	37,5	33,0	43,6	37,5	71,3
SZ	19,4	15,6	23,2	23,2	20,7	25,7	44,3	39,0	50,0	44,3	89,4
ZG	11,9	8,8	15,1	15,1	13,7	16,5	31,0	35,7	40,3	31,0	62,6
FR	14,0	10,4	17,6	17,6	15,1	19,1	36,3	41,5	46,7	36,3	75,2
BS	14,6	10,3	18,9	18,9	16,6	21,2	34,2	39,7	45,2	34,2	77,7
BL	10,9	7,0	14,7	14,7	12,7	16,7	29,1	35,5	41,8	29,1	60,6
AR	8,7	5,7	11,7	11,7	9,7	13,7	26,4	32,0	37,6	26,4	58,5
GR	10,0	7,7	12,2	12,2	10,0	14,4	31,7	35,8	39,9	31,7	65,2
AG	9,9	7,3	12,5	12,5	10,4	14,4	30,3	34,4	38,5	30,3	58,5
TG	11,8	9,3	14,4	14,4	12,5	16,5	34,6	38,8	43,0	34,6	60,1
TI	16,0	13,2	18,8	18,8	16,0	20,0	30,9	34,6	38,3	30,9	69,5
VD	9,6	7,0	12,2	12,2	8,4	12,2	24,1	28,3	32,6	24,1	53,4
VS	12,2	8,4	15,9	15,9	10,7	14,9	24,7	30,6	36,5	24,7	66,7
NE	19,5	15,5	23,5	23,5	19,5	23,5	28,7	33,5	38,3	28,7	83,6
GE	10,3	6,2	14,3	14,3	10,3	14,3	24,5	30,8	37,2	24,5	57,4
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63,6
Regionaler Vergleich	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Keine Belastung	9,4	4,7	14,0	9,1	7,9	10,3	27,6	19,6	35,7	32,9	66,5
1-2 Belastungen	27,6	26,1	29,1	26,1	24,6	27,6	33,3	30,5	36,6	33,3	50,1
3 und mehr Belastungen	63,0	60,2	65,9	63,0	60,2	65,9	63,0	60,2	65,9	63,0	83,3
Stichprobe	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Keine Belastung	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166
1-2 Belastungen	194	194	194	194	194	194	194	194	194	194	194
3 und mehr Belastungen	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
Stichprobe	694	694	694	694	694	694	694	694	694	694	694

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI.

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-4.4 Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

Vorjahresvergleich	Keine Belastung				1-2 Belastungen				3-4 Belastungen				5 und mehr Belastungen				Stichprobe		
	GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR		CH		GR	CH	
	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	12.6	8.8 - 16.4	12.1	11.4 - 12.9	33.5	27.9 - 39.1	31.7	30.6 - 32.8	26.3	37.9 - 26.0	21.9	16.6 - 27.2	30.3	29.1 - 31.4	27.2	26.6 - 28.4	33	365	
Geschlecht	13.4	9.2 - 21.5	13.4	12.3 - 14.5	31.3	32.8 - 31.3	31.7	30.6 - 32.8	27.6	35.7 - 21.1	21.9	15.7 - 28.6	30.3	28.9 - 31.4	22.4	21.1 - 23.7	156	5 089	
Alter:	18.9	6.0 - 31.7	17.0	16.0 - 18.0	30.5	26.1 - 34.9	30.5	29.2 - 31.8	34.8	38.9 - 30.7	25.7	19.2 - 32.2	31.1	29.6 - 32.6	34.1	31.8 - 36.4	287	3 320	
15-19 Jahre	8.5	4.1 - 12.9	9.1	8.2 - 10.0	28.3	21.7 - 34.9	28.3	27.1 - 29.5	34.1	45.2 - 23.0	21.5	15.2 - 27.8	31.7	29.9 - 33.5	31.2	29.9 - 32.5	87	1 030	
20-29 Jahre	8.5	4.1 - 12.9	9.1	8.2 - 10.0	28.3	21.7 - 34.9	28.3	27.1 - 29.5	34.1	45.2 - 23.0	21.5	15.2 - 27.8	31.7	29.9 - 33.5	31.2	29.9 - 32.5	143	1 683	
30-39 Jahre	20.9	13.0 - 28.9	16.7	15.1 - 18.3	38.2	29.0 - 47.4	32.8	30.8 - 34.8	21.2	13.4 - 29.1	19.6	12.3 - 26.0	26.4	24.4 - 28.4	26.9	26.4 - 27.4	135	1 546	
40-49 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50-64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65+ Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bildung	16.6	0.6 - 32.7	12.8	10.4 - 15.3	33.9	16.9 - 50.8	29.4	26.2 - 32.6	8.6	47.0 - 28.1	21.7	7.0 - 36.4	33.2	29.4 - 36.9	32.2	29.4 - 35.0	33	1 256	
Obligatorische Schule	11.7	7.1 - 16.2	12.1	11.1 - 13.1	36.5	29.2 - 43.8	31.9	30.3 - 33.5	30.8	38.2 - 23.5	27.7	21.0 - 33.9	28.0	26.3 - 29.7	28.0	26.3 - 29.7	224	5 839	
Sekundarstufe II	12.7	6.2 - 19.3	11.9	10.6 - 13.1	27.6	17.4 - 37.7	32.3	30.4 - 34.1	36.0	25.4 - 46.7	26.2	14.0 - 38.4	29.7	27.9 - 31.5	33.4	29.7 - 37.5	108	4 027	
Tertiärstufe	13.1	8.9 - 17.3	12.9	12.1 - 13.7	36.0	30.0 - 42.1	33.3	32.1 - 34.5	29.4	35.2 - 26.3	27.5	21.5 - 35.2	27.4	26.3 - 28.5	26.5	24.1 - 28.7	322	9 354	
Nationalität	10.5	1.5 - 19.5	9.9	8.2 - 11.6	22.8	10.1 - 35.6	27.0	24.4 - 29.6	43.4	26.0 - 60.7	24.9	22.2 - 27.5	23.3	21.3 - 25.3	41.1	38.3 - 43.3	43	1 793	
Ausland	16.8	4.8 - 28.7	12.4	11.1 - 13.7	34.1	24.9 - 43.3	31.1	29.1 - 33.1	30.8	21.7 - 39.9	26.1	14.2 - 38.1	31.9	29.0 - 34.9	35.6	30.4 - 41.3	57	1 944	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	11.3	4.8 - 17.8	11.1	9.7 - 12.6	32.3	21.1 - 43.5	34.1	31.7 - 36.4	42.3	29.1 - 55.5	25.1	22.9 - 27.2	24.1	21.9 - 26.8	31.4	28.4 - 34.1	127	3 774	
CHF 3000 bis 4499	15.2	5.9 - 24.5	12.8	11.4 - 14.3	28.6	17.3 - 39.9	28.8	26.7 - 30.8	32.8	20.9 - 44.8	29.0	26.8 - 31.2	23.4	21.4 - 25.4	11.4	11.4 - 11.4	89	2 896	
CHF 4500 bis 5999	10.2	5.8 - 14.6	12.5	11.6 - 13.5	33.3	25.9 - 40.7	30.1	28.8 - 31.5	30.4	22.9 - 38.0	26.0	17.8 - 35.3	31.4	30.0 - 32.8	31.4	30.0 - 32.8	199	7 771	
CHF 6000 und mehr	15.1	8.8 - 21.4	11.1	9.8 - 12.3	33.7	25.3 - 42.1	35.6	33.4 - 37.8	33.8	25.0 - 42.7	26.0	11.3 - 41.3	23.5	25.3 - 29.5	11.3	11.3 - 11.3	166	3 376	
Urbanisie- rungsgrad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Keine Belastung	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	
Regionaler Vergleich	Keine Belastung	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
Sprach- regionen ¹⁾	11.6	10.7 - 12.5	10.7	10.4 - 11.1	33.2	30.8 - 35.6	30.8	29.4 - 32.2	26.7	25.3 - 28.0	25.3	24.0 - 26.0	25.3	24.0 - 26.0	25.3	24.0 - 26.0	280	280	
Deutsche Schweiz	13.4	13.4 - 13.4	12.0	11.9 - 12.1	30.7	28.7 - 32.7	28.7	28.7 - 28.7	24.3	22.4 - 26.1	22.4	21.3 - 23.2	22.4	21.3 - 23.2	21.3	20.2 - 22.4	261	261	
Französische Schweiz	13.7	13.7 - 13.7	10.9	10.9 - 10.9	27.7	27.7 - 27.7	23.9	23.9 - 23.9	23.1	19.5 - 26.7	19.5	16.6 - 22.7	19.5	16.6 - 22.7	16.6	14.7 - 18.5	31.4	31.4	
Italienische Schweiz	11.7	11.7 - 11.7	9.6	9.6 - 9.6	29.5	29.5 - 29.5	26.5	26.5 - 26.5	25.7	22.7 - 28.7	22.7	20.2 - 25.2	22.7	20.2 - 25.2	20.2	18.7 - 21.7	36.5	36.5	
Kantone ²⁾	11.8	11.8 - 11.8	9.4	9.4 - 9.4	33.6	33.6 - 33.6	30.1	30.1 - 30.1	27.9	25.1 - 29.9	25.1	22.6 - 27.6	25.1	22.6 - 27.6	22.6	20.1 - 25.1	33.2	33.2	
BE	10.7	10.7 - 10.7	8.2	8.2 - 8.2	33.2	33.2 - 33.2	29.3	29.3 - 29.3	28.9	25.1 - 31.2	25.1	22.6 - 27.6	25.1	22.6 - 27.6	22.6	20.1 - 25.1	31.2	31.2	
LU	20.9	20.9 - 20.9	15.5	15.5 - 15.5	29.5	29.5 - 29.5	24.0	24.0 - 24.0	28.3	24.2 - 32.8	24.2	22.3 - 26.1	24.2	22.3 - 26.1	22.3	20.4 - 24.2	32.8	32.8	
UR	12.1	12.1 - 12.1	8.2	8.2 - 8.2	34.2	34.2 - 34.2	28.5	28.5 - 28.5	24.2	19.2 - 29.2	19.2	16.6 - 21.8	19.2	16.6 - 21.8	16.6	14.7 - 18.5	34.2	34.2	
SZ	12.3	12.3 - 12.3	9.0	9.0 - 9.0	30.4	30.4 - 30.4	26.0	26.0 - 26.0	25.9	21.6 - 30.1	21.6	19.2 - 22.2	21.6	19.2 - 22.2	19.2	17.3 - 21.1	30.1	30.1	
ZG	9.8	9.8 - 9.8	7.1	7.1 - 7.1	37.0	37.0 - 37.0	32.4	32.4 - 32.4	23.9	19.8 - 28.1	19.8	17.7 - 20.6	19.8	17.7 - 20.6	17.7	15.8 - 19.6	29.3	29.3	
FR	13.9	13.9 - 13.9	10.4	10.4 - 10.4	29.6	29.6 - 29.6	24.8	24.8 - 24.8	22.1	17.7 - 26.4	17.7	15.8 - 17.7	17.7	15.8 - 17.7	15.8	14.3 - 17.3	34.4	34.4	
BS	11.9	11.9 - 11.9	8.5	8.5 - 8.5	34.6	34.6 - 34.6	29.2	29.2 - 29.2	23.3	18.5 - 28.0	18.5	16.6 - 19.6	18.5	16.6 - 19.6	16.6	14.7 - 18.5	30.3	30.3	
BL	12.1	12.1 - 12.1	16.2	16.2 - 16.2	32.3	32.3 - 32.3	25.8	25.8 - 25.8	22.0	16.8 - 27.2	16.8	14.7 - 18.5	16.8	14.7 - 18.5	14.7	13.2 - 16.2	28.0	28.0	
GR	12.6	12.6 - 12.6	8.8	8.8 - 8.8	33.5	33.5 - 33.5	27.9	27.9 - 27.9	32.1	26.3 - 37.9	26.3	21.9 - 29.9	26.3	21.9 - 29.9	21.9	20.4 - 23.4	37.9	37.9	
AG	11.9	11.9 - 11.9	9.2	9.2 - 9.2	31.5	31.5 - 31.5	27.6	27.6 - 27.6	28.6	24.5 - 32.7	24.5	21.9 - 27.9	24.5	21.9 - 27.9	21.9	20.4 - 23.4	31.5	31.5	
TG	13.7	13.7 - 13.7	8.8	8.8 - 8.8	27.7	27.7 - 27.7	23.9	23.9 - 23.9	25.9	22.2 - 29.6	22.2	19.6 - 25.6	22.2	19.6 - 25.6	19.6	18.1 - 20.6	29.6	29.6	
TL	13.9	13.9 - 13.9	10.9	10.9 - 10.9	31.0	31.0 - 31.0	26.9	26.9 - 26.9	23.1	19.5 - 27.1	19.5	16.9 - 22.9	19.5	16.9 - 22.9	16.9	15.4 - 18.4	31.5	31.5	
VD	13.9	13.9 - 13.9	11.3	11.3 - 11.3	30.2	30.2 - 30.2	26.6	26.6 - 26.6	23.6	20.1 - 27.0	20.1	17.5 - 22.6	20.1	17.5 - 22.6	17.5	16.0 - 19.0	26.7	26.7	
VS	14.9	14.9 - 14.9	10.7	10.7 - 10.7	27.7	27.7 - 27.7	23.3	23.3 - 23.3	27.1	23.0 - 31.6	23.0	20.6 - 25.4	23.0	20.6 - 25.4	20.6	19.1 - 22.1	31.6	31.6	
NE	14.9	14.9 - 14.9	10.7	10.7 - 10.7	27.7	27.7 - 27.7	23.3	23.3 - 23.3	27.1	23.0 - 31.6	23.0	20.6 - 25.4	23.0	20.6 - 25.4	20.6	19.1 - 22.1	31.6	31.6	
GE	14.9	14.9 - 14.9	11.1	11.1 - 11.1	29.0	29.0 - 29.0	24.2	24.2 - 24.2	22.7	18.4 - 27.1	18.4	16.3 - 20.3	18.4	16.3 - 20.3	16.3	14.8 - 17.8	27.1	27.1	
JU	14.6	14.6 - 14.6	9.9	9.9 - 9.9	30.0	30.0 - 30.0	23.7	23.7 - 23.7	25.5	19.3 - 31.7	19.3	17.3 - 21.3	19.3	17.3 - 21.3	17.3	15.8 - 18.8	31.7	31.7	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französischschweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe 2012 nicht aufgeteilt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-5.1 Arztbesuche (letzte 12 Monate), Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

Vorjahresvergleich	Keine Arztbesuche				1-2 Arztbesuche				3-5 Arztbesuche				6 oder mehr Arztbesuche				Stichprobe									
	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	GR	CH	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	GR	CH								
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n								
1992	21.6	16.6	26.6	32.1	39.9	34.0	45.9	38.7	37.8	39.6	21.7	16.8	26.5	21.7	21.0	22.5	16.8	12.5	21.1	16.1	15.5	16.8	322	19 405		
2007	23.0	17.3	28.7	20.4	39.9	33.1	46.7	38.6	37.7	39.5	24.1	18.5	29.8	22.6	21.8	23.3	12.9	8.5	17.3	18.5	17.8	19.2	274	18 429		
2012	25.2	21.3	29.0	21.6	34.6	30.7	37.0	36.2	35.4	37.0	22.5	19.0	26.0	23.7	23.0	24.5	17.7	14.4	21.0	18.4	17.8	19.1	664	21 524		
Geschlecht	19.7	14.7	24.7	14.3	35.2	29.6	40.9	36.3	35.1	37.4	26.2	20.8	31.7	27.4	26.3	28.4	18.8	13.9	23.7	22.1	21.1	23.0	318	11 261		
Frauen	29.9	24.2	35.5	29.2	38.1	30.4	37.3	36.1	35.0	37.3	19.3	14.7	23.9	20.0	21.0	21.6	12.2	7.3	21.2	14.7	13.8	15.5	346	10 663		
Männer	29.6	20.8	38.3	26.4	23.9	26.8	27.9	37.9	36.2	39.5	21.9	14.8	28.9	21.4	20.0	22.8	13.4	7.2	19.6	14.3	13.2	15.5	159	5 595		
15-34 Jahre	31.7	24.2	39.2	25.4	23.9	23.9	27.4	42.4	37.7	36.2	39.3	24.4	17.0	31.8	21.0	19.6	9.0	4.5	13.6	15.7	14.8	17.1	178	5 891		
35-49 Jahre	22.6	16.4	29.1	20.9	19.5	22.2	38.8	35.6	36.1	37.4	18.5	12.5	24.4	23.7	22.2	25.1	20.0	26.3	13.7	13.6	13.7	14.4	189	5 284		
50-64 Jahre	15.2	4.3	29.1	18.9	23.3	26.1	36.7	32.4	31.4	38.1	18.6	10.5	19.5	18.7	22.2	25.1	20.0	26.3	13.7	13.6	13.7	14.4	111	3 048		
65-74 Jahre	15.2	4.3	29.1	18.9	23.3	26.1	36.7	32.4	31.4	38.1	18.6	10.5	19.5	18.7	22.2	25.1	20.0	26.3	13.7	13.6	13.7	14.4	111	3 048		
75+ Jahre	27.0	21.9	32.1	19.8	22.4	28.3	38.3	36.7	35.6	37.9	22.6	18.1	27.2	23.7	24.7	24.3	17.0	12.8	21.6	18.5	17.6	19.4	397	11 138		
Obhut der Schule	27.3	18.9	35.8	23.7	22.3	25.0	27.0	28.6	45.7	37.2	38.7	19.4	12.1	26.7	23.0	21.7	24.3	16.1	9.6	22.6	16.1	14.9	17.2	153	6 040	
Tertiärlaufe	25.6	21.5	29.6	21.2	20.4	22.0	34.2	30.1	38.4	36.4	35.5	37.2	22.3	23.0	23.2	24.7	17.9	14.3	21.5	18.5	17.8	19.2	582	17 882		
Schweiz	23.4	18.9	34.6	23.1	24.9	26.7	25.4	42.1	36.4	37.7	23.3	13.6	33.0	23.1	21.3	24.9	16.6	7.8	25.4	18.2	16.6	19.7	82	3 642		
Nationalität	28.3	20.1	36.5	21.7	20.1	23.2	26.2	42.1	31.7	35.2	23.9	17.7	11.5	27.7	23.8	22.2	25.3	19.9	12.8	26.9	21.1	19.7	22.5	156	5 077	
Ausland	25.0	19.8	34.0	21.1	21.1	19.9	23.4	37.1	30.3	43.9	36.9	35.4	38.3	21.7	15.7	23.8	22.5	25.0	16.3	11.1	18.2	17.1	19.3	221	6 795	
Haushalts- äquivalenz- einkommen	19.8	12.2	27.3	21.7	20.1	23.4	30.2	48.2	38.3	36.5	40.2	21.8	14.1	29.6	23.4	21.9	25.0	19.2	11.4	27.1	16.5	15.1	17.9	136	4 212	
CHF 3000 bis 4999	28.2	17.7	38.6	22.6	21.0	24.3	29.5	20.0	39.0	37.7	35.9	39.5	29.5	19.5	22.7	21.1	24.4	12.8	5.3	20.2	16.9	15.5	18.3	114	4 211	
CHF 4500 bis 5999	28.4	22.9	33.8	20.5	21.3	33.0	27.7	38.3	36.4	35.4	37.3	22.0	17.4	26.6	23.1	24.8	16.6	12.1	21.0	19.2	18.5	20.0	351	15 398		
CHF 6000 und mehr	21.9	16.5	27.2	24.7	23.3	26.2	36.3	30.5	34.2	37.4	23.0	17.6	28.4	23.2	21.8	24.6	18.9	13.9	23.8	16.3	15.1	17.5	313	6 166		
Stadt																										
Land																										
Regionaler Vergleich																										
Keine Arztbesuche	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)
1-2 Arztbesuche	36.0	35.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0	37.0
3-5 Arztbesuche	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1	22.1
6 oder mehr Arztbesuche	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2	21.2
Deutsche Schweiz	22.1	19.6	24.1	20.4	39.9	33.1	46.7	38.6	37.7	39.5	24.1	18.5	29.8	22.6	21.8	23.3	12.9	8.5	17.3	18.5	17.8	19.2	274	18 429		
Französische Schweiz	20.9	17.8	23.9	19.6	34.7	30.7	37.0	36.2	35.4	37.0	22.5	19.0	26.0	23.7	23.0	24.5	17.7	14.4	21.0	18.4	17.8	19.1	664	21 524		
Italienische Schweiz	21.8	19.6	23.9	19.6	34.7	30.7	37.0	36.2	35.4	37.0	22.5	19.0	26.0	23.7	23.0	24.5	17.7	14.4	21.0	18.4	17.8	19.1	664	21 524		
Kantone ^{a)}	20.3	18.1	22.9	18.1	37.1	34.6	39.7	34.6	34.6	39.7	23.6	21.4	25.9	21.4	25.9	25.9	18.9	16.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	
ZH	23.0	20.4	25.7	20.4	37.5	37.5	34.6	34.6	34.6	39.7	23.6	21.4	25.9	21.4	25.9	25.9	18.9	16.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	20.9	
LU	30.4	25.9	34.9	25.9	36.8	32.2	41.4	32.2	32.2	41.4	19.4	15.7	23.2	19.4	23.2	23.2	13.3	10.4	16.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	
UR	26.7	22.8	30.6	22.8	36.4	32.1	40.6	32.1	32.1	40.6	16.4	12.6	20.6	16.4	20.6	20.6	14.3	11.2	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	
SZ	24.5	21.5	27.6	21.5	36.8	32.1	40.6	32.1	32.1	40.6	16.4	12.6	20.6	16.4	20.6	20.6	14.3	11.2	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	
ZG	26.7	22.8	30.6	22.8	36.4	32.2	41.4	32.2	32.2	41.4	19.4	15.7	23.2	19.4	23.2	23.2	13.3	10.4	16.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	15.3	
VS	24.5	21.5	27.6	21.5	36.8	32.1	40.6	32.1	32.1	40.6	16.4	12.6	20.6	16.4	20.6	20.6	14.3	11.2	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	17.4	
BS	19.8	17.0	22.6	17.0	37.6	34.3	41.0	34.3	34.3	41.0	20.6	15.8	23.4	20.6	23.4	23.4	16.1	13.6	18.6	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	16.1	
FR	20.4	17.4	23.4	17.4	33.0	29.8	36.3	29.8	29.8	36.3	25.4	22.5	28.4	25.4	28.4	28.4	19.2	16.3	22.0	18.3	18.3	18.3	18.3	18.3	18.3	
BL	15.6	12.7	18.5	12.7	34.2	30.6	37.7	30.6	30.6	37.7	29.0	25.6	32.3	29.0	32.3	32.3	21.3	18.3	24.3	21.3	21.3	21.3	21.3	21.3	21.3	
AR	29.6	25.2	34.1	25.2	36.5	31.8	41.1	31.8	31.8	41.1	14.4	11.4	18.5	14.4	18.5	18.5	15.4	12.1	18.8	12.1	12.1	12.1	12.1	12.1	12.1	
AG	25.2	21.3	29.0	21.3	34.6	30.7	38.6	30.7	30.7	38.6	22.5	19.0	26.0	22.5	26.0	26.0	17.7	14.4	21.0	14.4	14.4	14.4	14.4	14.4	14.4	
GR	21.1	18.4	24.0	18.4	37.6	34.6	40.6	34.6	34.6	40.6	24.1	21.4	27.0	24.1	27.0	27.0	16.9	14.5	19.2	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	
TG	21.1	18.4	24.0	18.4	37.6	34.6	40.6	34.6	34.6	40.6	24.1	21.4	27.0	24.1	27.0	27.0	16.9	14.5	19.2	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	
TI	17.8	15.6	19.9	15.6	38.9	32.7	38.9	32.7	32.7	38.9	24.2	21.4	27.0	24.2	27.0	27.0	17.1	14.5	19.2	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	
VD	22.3	20.0	24.6	20.0	35.2	32.7	38.9	32.7	32.7	38.9	24.2	21.4	27.0	24.2	27.0	27.0	17.1	14.5	19.2	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	

Tabelle A-5.2 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauferkrankungen Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

Vorgleichs- vergleich	Blutdruckmessung (letzte 12 Monate)						Messung Cholesterinspiegel (letzte 12 Monate)						Messung Blutzucker (letzte 12 Monate)									
	GR		CH		Stichprobe		GR		CH		Stichprobe		GR		CH		Stichprobe					
	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	n	GR	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	n	GR	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	n	GR	Anteil «ja» in %	Konfidenz- intervall (95%)	n	
1992	80,5	75,7	76,2	75,4	305	18 344	52,4	45,9	59,0	49,8	48,8	50,8	53,2	46,6	59,8	51,0	51,0	274	51,9	51,0	52,9	274
1997	72,2	65,7	75,8	75,0	259	17 638	40,9	33,8	48,0	46,1	45,1	47,0	47,7	40,5	55,0	50,9	50,0	241	50,9	50,0	51,9	241
2007	73,1	69,2	77,0	74,2	644	20 718	43,1	38,8	47,4	44,5	43,7	45,4	46,8	42,4	51,1	49,1	48,3	623	49,1	48,3	50,0	623
2012	78,6	73,6	79,6	78,6	311	10 885	45,0	38,9	51,1	46,0	44,8	47,2	50,3	44,6	56,9	51,8	50,6	306	51,8	50,6	53,0	306
Frauen	68,4	62,7	74,2	74,2	333	9 833	41,4	35,4	47,4	43,1	41,8	44,3	47,3	37,2	49,3	46,4	45,1	317	46,4	45,1	47,6	317
Männer	63,4	54,5	72,4	65,7	333	9 833	33,9	24,9	43,0	28,4	26,8	30,0	40,1	30,8	49,5	36,0	34,3	317	36,0	34,3	37,7	317
Alters- gruppen	67,3	59,8	74,8	66,8	177	5 675	35,6	27,7	43,4	35,7	34,1	37,3	37,3	29,4	45,1	39,9	38,3	174	39,9	38,3	41,5	174
15-34 Jahre	79,9	73,8	86,0	80,1	183	5 106	44,6	36,9	52,4	43,3	41,8	44,2	46,5	38,6	54,4	55,8	54,0	180	55,8	54,0	57,5	180
35-49 Jahre	86,4	79,7	93,1	89,5	133	4 577	60,1	50,0	70,3	58,3	56,6	60,0	69,4	60,3	78,4	71,9	70,3	130	71,9	70,3	73,6	130
50-64 Jahre	76,9	67,9	85,8	75,0	106	3 491	41,7	36,2	47,2	45,4	44,2	46,6	50,3	50,3	70,3	50,1	48,9	104	50,1	48,9	51,3	104
Obligatorische Schule	62,9	53,8	72,0	63,3	387	11 219	41,7	36,2	47,2	45,4	44,2	46,6	50,3	50,3	70,3	50,1	48,9	376	50,1	48,9	51,3	376
Sekundarstufe	72,7	66,6	76,8	74,8	190	5 934	34,6	26,0	43,2	38,9	37,4	40,4	44,1	45,0	49,6	48,9	47,9	147	48,9	47,9	49,8	147
Tertiärstufe	75,4	63,8	87,1	75,3	74	2 778	56,6	45,9	69,3	46,3	44,1	48,5	57,0	44,1	69,6	50,0	47,8	69	50,0	47,8	52,3	69
Ausland	70,6	62,4	78,9	70,0	190	4 788	43,9	35,2	52,6	47,9	46,0	49,8	46,5	37,7	55,3	51,7	49,8	148	51,7	49,8	53,6	148
Haushalts- äquivalenz- einkommen	69,9	63,1	76,8	75,2	132	6 529	39,8	32,7	47,0	43,9	42,4	45,4	46,7	39,4	54,0	49,7	48,2	210	49,7	48,2	51,3	210
CHF 3000 bis 4499	72,1	71,4	86,8	74,7	132	4 109	41,6	36,3	51,0	42,6	40,7	44,5	44,3	34,7	53,8	46,8	44,8	127	46,8	44,8	48,7	127
CHF 4500 bis 5999	72,7	64,5	80,0	73,3	111	4 614	46,4	38,1	50,5	42,5	40,6	44,4	46,6	43,4	53,9	50,1	49,3	108	50,1	49,3	51,9	108
CHF 6000 und mehr	72,1	66,7	77,6	75,3	341	14 776	48,4	38,5	50,2	46,1	45,0	47,1	48,0	43,1	53,9	48,0	46,3	339	48,0	46,3	51,4	339
Stadt	74,1	68,5	79,8	72,7	303	5 948	41,8	35,5	48,0	40,4	38,7	42,1	45,4	35,1	51,8	45,8	44,1	297	45,8	44,1	47,5	297
Land	74,1	68,5	79,8	72,7	303	5 948	41,8	35,5	48,0	40,4	38,7	42,1	45,4	35,1	51,8	45,8	44,1	297	45,8	44,1	47,5	297
Regionaler Vergleich																						
Sprache- regionen ¹⁾	75,0	73,8	74,0	75,9	13 414	42,5	41,4	43,6	41,4	41,4	43,6	43,6	42,5	48,2	48,2	47,1	49,3	12 980	47,1	49,3	49,3	13 049
Deutschschweiz	73,8	72,5	75,2	75,2	5 819	47,9	46,4	49,4	46,4	46,4	49,4	49,4	47,9	49,7	49,7	48,1	51,2	5 717	48,1	51,2	51,2	5 622
Französische Schweiz	80,5	78,2	82,8	82,8	1 485	57,8	54,9	60,6	54,9	54,9	60,6	60,6	61,4	61,4	64,2	64,2	64,2	1 468	61,4	64,2	64,2	1 464
Italienische Schweiz	74,7	76,9	76,9	76,9	2 142	43,8	41,3	46,3	41,3	41,3	46,3	46,3	48,7	48,7	48,7	46,2	51,2	2 084	46,2	51,2	51,2	2 077
Kantone ²⁾	76,1	73,8	78,5	78,5	1 658	43,9	41,2	46,6	41,2	41,2	46,6	46,6	50,3	50,3	47,6	47,6	53,0	1 600	47,6	53,0	53,0	1 619
BE	74,5	71,8	77,3	77,3	1 229	41,1	38,0	44,2	38,0	38,0	44,2	44,2	47,3	47,3	44,2	44,2	50,4	1 178	44,2	50,4	50,4	1 195
LU	66,1	61,4	70,8	70,8	499	35,8	31,2	40,3	31,2	31,2	40,3	40,3	42,8	42,8	38,0	38,0	48,2	478	38,0	48,2	48,2	482
UR	67,2	62,2	75,4	75,4	577	38,9	35,9	43,4	35,9	35,9	43,4	43,4	45,5	45,5	41,0	41,0	50,1	560	41,0	50,1	50,1	559
SZ	71,3	72,0	75,2	75,2	952	38,3	34,8	41,7	34,8	34,8	41,7	41,7	45,3	45,3	41,7	41,7	48,8	917	41,7	48,8	48,8	921
ZG	72,1	72,1	72,1	72,1	374	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	46,2	374	46,2	46,2	46,2	374
GR	73,7	73,7	73,7	73,7	942	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	46,5	942	46,5	46,5	46,5	942
BS	75,1	75,1	75,1	75,1	819	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	48,1	819	48,1	48,1	48,1	819
BL	78,2	78,2	78,2	78,2	819	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	49,1	819	49,1	49,1	49,1	819
AR	69,4	69,4	69,4	69,4	74,0	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	40,9	475	40,9	40,9	40,9	479
GR	73,1	73,1	73,1	73,1	644	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	43,1	626	43,1	43,1	43,1	623
AG	75,8	75,8	75,8	75,8	1 233	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	43,6	1 193	43,6	43,6	43,6	1 201
TC	72,8	72,8	72,8	72,8	1 088	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	39,2	1 065	39,2	39,2	39,2	1 066
TI	80,5	80,5	80,5	80,5	1 485	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	1 468	57,8	57,8	57,8	1 464
VD	71,7	71,7	71,7	71,7	1 665	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	1 624	46,6	46,6	46,6	1 613
VS	73,9	73,9	73,9	73,9	1 006	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2	995	47,2	47,2	47,2	970
NE	75,3	75,3	75,3	75,3	591	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	50,6	580	50,6	50,6	50,6	572
CE	74,4	74,4	74,4	74,4	1 089	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	1 075	51,6	51,6	51,6	1 048
JU	70,3	70,3	70,3	70,3	496	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	44,2	491	44,2	44,2	44,2	483

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI
 2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.
 Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.
 Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-5.3 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2002-2012

Vergleichs- vergleich	Gebärmutterhals (letzte 12 Monate, Frauen 20+)			Mammografie (letzte 12 Monate, Frauen 50+)			Prostata (letzte 12 Monate, Männer 40+)			Stichprobe		
	GR	CH	n	GR	CH	n	GR	CH	n	GR	CH	n
1992	49.1	48.6	160	19.9	19.9	63	34.9	15.2	34.6	23.4	31.9	89
1997	39.3	39.2	130	17.2	17.2	63	27.5	17.4	38.9	25.6	24.1	89
2002	39.1	39.2	290	22.2	22.2	160	25.4	19.4	31.4	25.1	23.8	222
2007	39.1	39.2	290	22.2	22.2	160	25.4	19.4	31.4	25.1	23.8	222
Total	49.1	48.6	160	19.9	19.9	63	34.9	15.2	34.6	23.4	31.9	89
Geschlecht	39.1	39.2	290	22.2	22.2	160	25.4	19.4	31.4	25.1	23.8	222
Männer	39.1	39.2	290	22.2	22.2	160	25.4	19.4	31.4	25.1	23.8	222
Alters- gruppen	51.2	34.8	67.7	47.1	44.3	49.9	46	1.992	-	-	-	-
20-34 Jahre	50.5	39.1	61.9	51.4	49.2	53.6	86	2.974	-	-	-	-
35-49 Jahre	33.6	23.1	44.0	44.3	42.0	46.6	83	6.687	17.2	17.2	26.6	84
50-64 Jahre	22.5	10.8	34.2	24.6	22.5	26.6	75	2.449	17.2	6.4	28.0	18.5
65+ Jahre	28.0	12.7	43.2	29.5	26.3	32.6	43	1.467	14.5	3.3	25.7	20.4
Bildung	41.6	34.1	49.1	42.4	40.9	44.0	196	6.207	24.1	15.4	32.8	22.2
Obligatorische Schule	39.7	23.4	55.9	49.6	47.1	52.1	51	2.391	25.1	0.3	49.8	28.1
Sekundarstufe II	38.4	31.8	45.1	41.4	40.1	42.7	258	8.658	22.9	15.3	30.4	21.1
Tertiärstufe	43.2	34.5	61.9	45.0	41.7	48.2	32	1.444	25.6	20.6	30.7	6
Nationalität	27.3	16.1	38.4	34.6	32.2	37.0	77	2.440	11.2	1.8	20.6	16.7
Ausland	39.5	29.3	49.7	43.2	41.1	45.3	102	3.264	16.4	6.2	26.5	24.4
bis CHF 2999	41.8	26.2	57.3	46.6	43.9	49.3	47	2.022	35.5	15.9	55.0	23.8
CHF 3000 bis 4999	58.4	41.8	75.0	52.1	49.2	55.0	45	1.793	35.2	11.0	59.3	27.8
CHF 5000 bis 9999	37.8	29.5	46.1	42.9	41.5	44.3	156	7.277	15.1	7.5	22.8	21.4
CHF 10000 und mehr	40.7	31.1	50.2	39.9	37.6	42.3	134	2.825	29.6	17.7	41.6	22.0
Urbansie- lungsgrad	40.7	31.1	50.2	39.9	37.6	42.3	134	2.825	29.6	17.7	41.6	22.0
Land	40.7	31.1	50.2	39.9	37.6	42.3	134	2.825	29.6	17.7	41.6	22.0
Regionaler Vergleich	GR	CH	n	GR	CH	n	GR	CH	n	GR	CH	n
Deutschschweiz	41.5	39.9	43.0	15.6	14.1	17.1	171	3.319	24.5	22.9	26.1	4.217
Französische Schweiz	43.1	41.0	45.2	37.0	34.1	40.0	400	1.488	25.7	23.4	27.9	1.737
Italienische Schweiz	46.3	42.3	50.2	26.1	21.4	30.7	307	1.387	32.3	30.7	36.9	456
ZH	43.8	40.2	47.3	13.0	10.0	16.0	160	548	25.6	22.1	29.1	687
BE	40.5	36.8	44.3	16.1	12.5	19.7	23.1	441	23.1	19.3	26.9	527
LU	37.5	33.3	41.6	16.0	11.5	20.4	29.3	293	22.9	18.1	27.8	344
UR	31.9	25.4	38.3	9.7	4.2	15.3	108	106	13.7	8.1	19.3	143
SZ	38.8	32.0	45.6	11.3	5.0	17.7	106	106	15.5	10.4	20.5	204
ZG	45.8	40.9	50.7	17.5	12.4	22.6	22.6	238	23.5	18.3	28.7	284
FR	44.3	39.2	49.4	35.2	28.5	42.0	228	228	21.4	16.1	26.8	283
BS	44.8	39.9	49.8	18.0	13.0	23.0	21.7	224	27.3	21.9	32.7	298
BL	41.8	36.6	47.1	16.6	11.5	22.3	21.7	224	29.4	23.6	35.2	270
AR	34.1	26.3	41.8	15.1	7.9	22.3	111	111	17.7	11.6	23.7	172
GR	39.1	32.8	45.4	22.2	14.9	29.5	25.4	254	25.4	19.4	31.4	222
AG	44.2	39.7	48.7	16.2	12.0	20.4	20.4	160	24.6	19.9	29.2	222
SO	41.5	37.5	51.0	22.3	16.8	30.7	24.3	305	24.6	19.5	34.6	346
SG	46.3	41.6	57.4	26.1	17.1	27.7	39.5	177	32.3	27.4	39.0	496
VD	44.3	40.8	48.4	26.1	21.4	31.4	41.5	36.2	27.1	22.4	36.2	496
VS	40.5	35.6	48.3	38.7	32.1	45.4	45.4	250	26.4	21.2	31.6	324
NE	40.4	34.0	46.7	39.7	32.2	44.9	39.7	149	26.3	19.7	32.9	187
GE	44.9	40.1	49.8	41.2	34.2	48.2	48.2	297	25.1	19.5	30.6	289
JU	29.8	23.4	36.2	26.6	18.0	35.3	35.3	118	31.4	23.9	38.9	161

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS - Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2002, 2007, 2012

Tabelle A-5.4 Grippeimpfung, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012

	Grippeimpfung (letzte 12 Monate)										Stichprobe	
	GR					CH					GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13,6	10,5	16,8	13,7	15,0	86,4	83,2	89,5	85,0	86,3	573	18 052
Geschlecht	14,8	9,8	19,7	14,9	15,9	85,2	80,3	90,2	84,1	86,0	283	9 545
Männer	12,7	8,7	16,7	13,7	14,6	87,3	83,3	91,3	85,4	87,2	290	8 507
Altersgruppen	5,1	0,3	9,9	4,6	5,4	94,9	90,1	99,7	94,6	96,1	118	4 443
15–34 Jahre	6,7	1,2	9,8	6,5	7,3	94,5	90,2	98,8	92,7	94,4	164	5 048
35–49 Jahre	5,5	3,2	10,1	12,8	11,6	93,3	89,9	96,8	85,9	88,4	170	4 575
50–64 Jahre	46,7	36,9	56,4	39,9	41,9	53,3	43,6	63,1	60,1	62,0	121	3 986
65+ Jahre	12,2	4,9	19,6	15,4	17,2	87,8	80,4	95,1	82,8	86,3	80	2 678
Bildung	13,7	9,6	17,9	14,5	15,4	86,3	82,1	90,4	84,6	86,4	352	9 862
Obligatorische Schule	14,4	8,2	20,6	13,4	14,5	85,6	79,4	91,8	86,6	87,6	141	5 473
Sekundarstufe II	14,8	11,3	18,2	15,5	14,7	85,2	81,8	88,7	83,8	85,3	510	15 441
Tertiärstufe	8,3	1,1	15,6	10,6	9,2	91,7	84,4	98,9	88,0	90,8	63	2 611
Nationalität	11,9	6,3	17,6	14,0	12,5	88,1	82,4	93,7	86,0	87,5	128	3 971
Schweiz	13,9	8,5	19,4	13,3	12,2	86,1	80,6	91,5	85,6	87,8	193	5 733
Ausland	10,0	4,6	15,3	12,9	11,6	90,0	84,7	95,4	87,1	88,4	115	3 675
Haushalts- bis CHF 2999	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
CHF 3000 bis 4499	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
CHF 4500 bis 5999	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
CHF 6000 und mehr	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
Urbanisie-	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
Stadt	17,0	12,3	21,6	15,3	16,6	86,0	77,3	94,8	83,4	86,2	105	3 806
Land	10,2	6,0	14,3	11,6	10,3	89,8	85,7	94,0	87,2	89,7	267	5 176
Regionaler Vergleich	Grippeimpfung (letzte 12 Monate)										Stichprobe	
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	Konfidenzintervall (95%)	n	n	
Sprach-	13,6	12,8	14,4	86,4	85,6	87,2	85,6	87,2	85,6	11 661	11 661	
Deutschschweiz	16,5	15,3	17,7	83,5	84,7	84,7	83,5	84,7	84,7	5 098	5 098	
Französische Schweiz	14,4	12,3	16,4	85,6	83,6	87,7	83,6	87,7	83,6	1 293	1 293	
Italienische Schweiz	15,9	13,8	17,9	84,1	84,1	86,2	82,1	86,2	82,1	1 878	1 878	
Kantone ²⁾	14,5	12,5	16,6	85,5	85,5	87,5	83,4	87,5	83,4	1 442	1 442	
ZH	10,5	8,5	12,5	89,5	89,5	91,5	88,6	93,8	87,5	1 058	1 058	
BE	8,8	6,2	11,4	91,2	91,2	93,8	88,6	93,8	87,5	437	437	
LU	12,3	9,0	15,6	87,7	87,7	91,0	84,4	91,0	84,4	503	503	
UR	10,9	8,6	13,3	89,1	89,1	91,4	86,7	92,5	86,7	825	825	
SZ	12,8	10,1	15,4	87,2	87,2	89,9	84,6	90,9	84,6	871	871	
FR	18,9	16,0	21,8	81,1	81,1	84,0	78,2	82,9	78,2	829	829	
BS	18,1	15,0	21,2	85,0	85,0	88,0	84,0	90,1	84,0	713	713	
NW	11,7	8,0	15,3	88,3	88,3	92,0	84,7	96,0	84,7	436	436	
BL	13,6	10,5	16,8	86,4	86,4	89,5	83,2	90,1	83,2	573	573	
GR	12,0	9,9	14,1	88,0	88,0	90,1	85,9	91,0	85,9	1 063	1 063	
AG	11,2	9,0	13,3	88,8	88,8	91,0	86,7	94,6	86,7	946	946	
TI	14,4	12,3	16,4	85,6	85,6	87,7	83,6	87,7	83,6	1 293	1 293	
TC	18,0	15,8	20,1	82,0	82,0	84,2	79,9	84,2	79,9	1 462	1 462	
VD	12,8	10,3	15,3	87,2	87,2	89,7	84,7	91,0	84,7	878	878	
VS	18,3	14,3	22,3	81,7	81,7	85,7	77,7	85,7	77,7	521	521	
NE	19,1	16,0	22,2	80,9	80,9	84,0	77,8	84,0	77,8	921	921	
GE	12,8	9,3	16,2	87,2	87,2	89,7	83,8	90,7	83,8	445	445	
JU	12,8	9,3	16,2	87,2	87,2	89,7	83,8	90,7	83,8	445	445	

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1–29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Tabelle A-5.5 Komplementärmedizinische Leistungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Komplementärmedizinische Leistungen (letzte 12 Monate)										Stichprobe			
	CH					GR					CH		CH	
	GR Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	GR Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	CH Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	GR n	CH n		
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2007	19,3	13,1	25,5	22,1	23,9	22,1	23,9	80,7	74,5	86,9	77,9	195		
2012	23,8	19,9	27,7	23,3	24,8	23,3	24,8	76,2	72,3	80,1	76,0	569		
Total	30,7	24,9	36,6	31,3	30,2	30,2	30,2	69,3	63,4	75,1	68,7	280		
Geschlecht	18,1	12,9	23,3	16,5	17,4	15,5	17,4	81,9	76,7	87,1	83,5	289		
Männer	19,1	11,0	27,1	21,6	20,2	20,2	20,2	80,9	72,9	89,0	78,4	119		
Altersgruppen	23,7	16,6	30,8	29,8	28,2	28,2	28,2	76,3	69,2	83,4	70,2	163		
35-49 Jahre	31,5	23,7	39,3	25,6	24,1	27,2	27,2	68,5	60,7	76,3	74,4	168		
50-64 Jahre	20,5	12,6	28,3	17,9	16,5	19,3	19,3	79,5	71,7	87,4	82,1	119		
65+ Jahre	20,9	11,1	30,7	15,2	13,6	16,8	16,8	79,1	69,3	88,9	84,8	76		
Bildung	25,1	19,9	30,4	24,1	23,0	25,1	25,1	74,9	69,6	80,1	75,9	353		
Obligatorische Schule	22,6	15,2	29,9	28,9	27,4	30,4	30,4	77,4	70,1	84,8	71,1	140		
Sekundarstufe II	24,7	20,6	28,8	25,9	25,1	26,7	26,7	75,3	71,2	79,4	74,1	508		
Tertiärstufe	19,5	8,6	30,4	17,8	16,0	19,6	19,6	80,5	69,6	91,4	82,2	61		
Nationalität	19,8	11,7	27,9	20,8	19,2	22,3	22,3	80,2	72,1	88,3	79,2	126		
Schweiz	28,1	21,2	35,0	23,9	22,6	25,2	25,2	71,9	65,0	78,8	76,1	192		
Ausland	22,2	13,5	30,9	27,0	25,2	28,8	28,8	77,8	69,1	86,5	73,0	115		
Haushalts- äquivalenz- einkommen	24,3	15,0	33,7	27,1	25,4	28,9	28,9	75,7	66,3	85,0	72,9	104		
CHF 3000 bis 4499	24,0	18,5	29,4	23,6	22,7	24,5	24,5	76,0	70,6	81,5	76,4	308		
CHF 4500 bis 5999	23,6	18,0	29,3	23,7	23,7	26,8	26,8	76,4	70,7	82,0	74,8	261		
CHF 6000 und mehr	23,6	18,0	29,3	23,7	23,7	26,8	26,8	76,4	70,7	82,0	74,8	261		
Stadt	23,6	18,0	29,3	23,7	23,7	26,8	26,8	76,4	70,7	82,0	74,8	261		
Land	23,6	18,0	29,3	23,7	23,7	26,8	26,8	76,4	70,7	82,0	74,8	261		
Regionaler Vergleich														
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «nein» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n					
Deutschschweiz	22,0	22,9	21,0	22,9	78,0	77,1	79,0	77,1	79,0	11 666				
Französische Schweiz	30,1	31,6	28,6	31,6	69,9	68,4	71,4	68,4	71,4	5 122				
Italienische Schweiz	22,9	25,4	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	74,6	79,7	1 284				
ZH	21,0	23,0	18,9	23,0	79,0	77,0	81,1	77,0	81,1	1 890				
BE	21,9	24,3	19,5	24,3	78,1	75,7	80,5	75,7	80,5	1 437				
LU	26,8	29,7	23,9	29,7	73,2	70,3	76,1	70,3	76,1	1 063				
UR	27,1	31,7	22,5	31,7	72,9	68,3	77,5	68,3	77,5	436				
SZ	20,3	24,0	16,6	24,0	79,7	76,0	83,4	76,0	83,4	500				
ZG	26,2	29,5	23,0	29,5	73,8	70,5	77,0	70,5	77,0	832				
FR	34,5	38,1	31,0	38,1	65,5	61,9	69,0	61,9	69,0	878				
BS	23,1	26,3	19,8	26,3	76,9	73,7	80,2	73,7	80,2	822				
BL	22,4	25,7	19,0	25,7	77,6	74,3	81,0	74,3	81,0	708				
AR	25,6	30,2	21,0	30,2	74,4	69,8	79,0	69,8	79,0	440				
GR	23,8	27,7	19,9	27,7	76,2	72,3	80,1	72,3	80,1	569				
AG	19,3	21,9	16,7	21,9	80,7	78,1	83,3	78,1	83,3	1 064				
TC	24,0	27,1	20,8	27,1	76,0	72,9	79,2	72,9	79,2	952				
TI	22,9	25,4	20,3	25,4	77,1	74,6	79,7	74,6	79,7	1 284				
VD	30,4	33,0	27,8	33,0	69,6	67,0	72,2	67,0	72,2	1 470				
VS	30,1	33,5	26,7	33,5	69,9	66,5	73,3	66,5	73,3	890				
NE	31,1	35,6	26,6	35,6	68,9	64,4	73,4	64,4	73,4	523				
GE	26,8	30,0	23,6	30,0	73,2	70,0	76,4	70,0	76,4	926				
JU	28,4	33,1	23,6	33,1	71,6	66,9	76,4	66,9	76,4	435				

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SO), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-5.6 Ambulante und stationäre Spitalleistungen, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2007-2012

	Ambulante Spitalbehandlungen inkl. Notfallstation (letzte 12 Monate)				Stationäre Spitalbehandlungen (letzte 12 Monate)				Stichprobe	
	GR		CH		GR		CH		GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	12,1	7,7	16,6	15,5	16,2	16,9	12,9	17,4	8,5	11,5
2012	16,5	13,2	19,8	17,4	18,1	18,1	13,9	16,9	10,9	11,7
Total	15,0	10,3	19,6	17,2	18,1	19,0	14,2	18,9	9,5	13,1
Geschlecht	17,8	13,1	22,5	16,7	15,8	17,6	13,5	17,4	9,7	10,2
Männer	18,1	11,1	25,1	20,0	18,6	21,3	11,8	17,6	6,1	9,6
Altersgruppen	15,6	8,9	22,2	16,3	15,1	17,5	8,0	12,5	3,5	9,2
35-49 Jahre	18,3	12,1	24,4	15,5	14,3	16,7	14,6	20,1	9,2	11,5
50-64 Jahre	13,0	7,3	18,7	17,4	16,1	18,8	23,8	15,6	32,0	18,0
65+ Jahre	15,1	7,6	22,6	19,7	18,1	21,4	12,9	16,6	10,2	11,2
Bildung	16,8	12,4	21,1	17,0	16,2	17,9	12,9	9,3	6,5	12,3
Obligatorische Schule	17,0	10,1	24,0	16,5	15,4	17,7	13,2	20,0	9,1	11,0
Sekundarstufe II	16,2	12,7	19,7	16,8	16,1	17,4	14,2	17,5	11,0	11,8
Tertiärstufe	18,2	8,9	27,6	19,6	18,0	21,2	12,1	19,7	4,4	11,5
Nationalität	9,2	4,5	13,9	18,2	16,8	19,5	11,9	17,4	6,4	13,7
Ausland	15,7	10,1	21,4	16,9	15,8	17,9	11,6	16,1	7,1	11,2
bis CHF 2999	26,2	17,5	35,0	17,6	16,1	19,1	16,9	23,7	10,0	11,0
CHF 3000 bis 4499	17,7	9,0	26,3	16,3	14,9	17,7	17,2	8,1	26,3	9,5
CHF 4500 bis 5999	17,6	13,2	22,1	18,2	17,4	18,9	14,9	19,0	10,9	11,7
CHF 6000 und mehr	15,3	10,4	20,2	15,3	14,1	16,5	12,8	8,3	17,2	11,6
Stadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Land	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Sprachregionen ¹⁾	16,1	14,7	17,8	15,3	16,9	12,0	11,3	12,8	13 925	13 919
Deutschschweiz	20,4	18,8	21,6	19,1	21,6	10,7	9,8	11,7	6 116	6 116
Französische Schweiz	17,0	15,9	17,8	15,2	18,8	11,5	13,3	13,3	2 225	1 550
Italienische Schweiz	13,8	11,5	14,2	14,0	17,8	13,1	11,4	14,8	1 715	2 224
Kantone ²⁾	11,5	10,4	12,8	11,8	15,8	10,4	8,5	12,2	1 280	1 716
ZH	14,7	13,8	15,8	8,7	14,2	8,7	6,2	11,3	514	514
BE	11,5	10,4	12,8	11,5	17,8	11,9	9,2	14,6	599	599
LU	17,8	16,6	19,6	15,2	20,5	12,2	10,0	14,4	996	995
UR	19,5	18,8	20,2	16,6	22,4	10,9	8,5	13,3	1 026	1 027
SZ	20,2	18,8	21,6	17,4	23,0	12,9	10,6	15,3	1 011	1 007
ZG	15,0	14,7	16,1	11,6	18,4	14,0	10,7	17,2	509	509
FR	16,5	15,0	19,8	13,2	19,8	13,9	10,9	16,9	666	666
BS	16,1	15,0	18,5	13,7	18,5	12,8	10,7	14,8	1 272	1 272
BL	16,0	15,0	18,3	13,7	18,3	12,4	10,4	14,4	1 126	1 125
GR	21,8	20,2	24,0	19,6	24,0	11,5	9,7	13,3	1 550	1 550
AG	22,0	21,8	24,2	19,8	24,2	9,8	8,1	11,5	1 744	1 744
TC	15,6	15,6	18,0	13,2	18,0	11,2	9,0	13,3	1 065	1 065
TI	22,0	22,0	25,7	18,3	25,7	14,2	10,8	17,7	622	621
VD	21,5	21,5	24,4	18,5	24,4	10,6	8,6	12,7	1 150	1 150
VS	17,9	17,9	21,6	14,1	21,6	10,0	7,1	12,9	509	509
NE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TC; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007, 2012

Tabelle A-5.7 Spitex-Hilfe und informelle Hilfe, Kanton und Schweiz sowie regionaler Vergleich, 2012

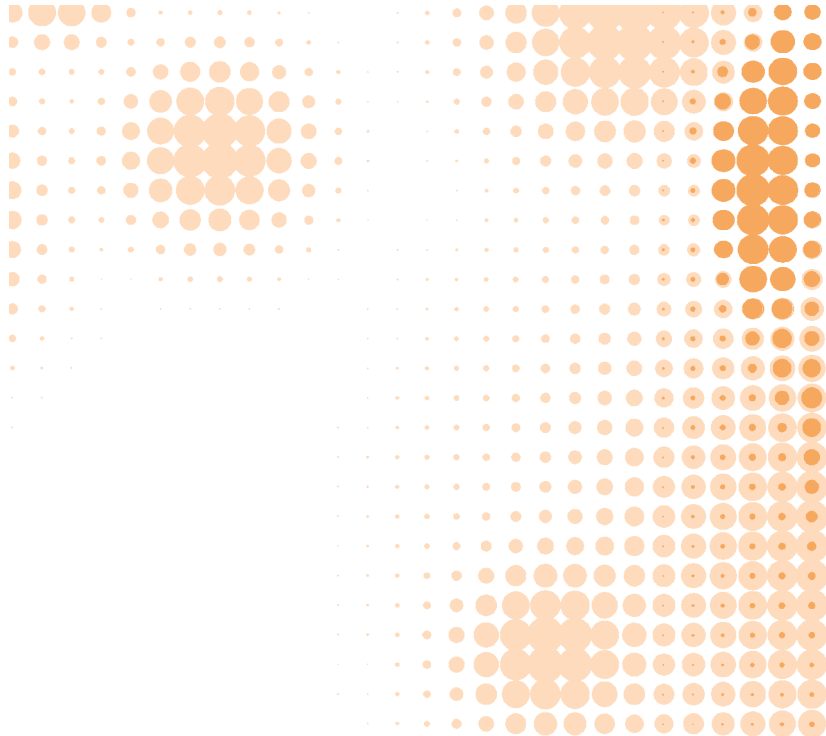
	Bezug von Spitex-Hilfe (letzte 12 Monate)				Bezug von informeller Hilfe (letzte 12 Monate)				Stichprobe	
	GR	CH	GR	CH	GR	CH	GR	CH	GR	CH
	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	n	n
Vorjahresvergleich	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	1,3	0,4	2,2	2,5	2,8	2,5	3,0	3,0	666	21 595
Frauen	2,0	0,3	3,6	3,7	4,2	3,7	4,7	12,5	320	11 313
Männer	0,7	0,0	1,6	1,3	1,0	1,0	1,5	9,1	346	10 279
15-34 Jahre	1,0	0,0	2,2	1,1	0,7	1,4	1,4	12,5	159	5 610
35-49 Jahre	0,0	-	-	1,5	1,1	1,9	1,9	8,5	179	5 903
50-64 Jahre	0,0	-	-	1,4	1,0	1,7	1,7	11,5	190	5 278
65+ Jahre	5,3	1,1	9,4	8,1	7,1	9,1	9,1	9,5	138	4 804
Obligatorische Schule	3,9	0,0	7,8	3,6	2,9	4,4	4,4	15,5	112	3 867
Sekundarstufe II	0,8	0,0	1,7	3,0	2,6	3,4	3,4	10,4	399	11 568
Tertiärstufe	0,7	0,0	1,9	1,8	1,4	2,2	2,2	7,4	153	6 052
Schweiz	1,1	0,3	2,0	3,0	2,7	3,3	3,3	10,5	584	17 934
Ausland	2,2	0,0	5,4	1,9	1,3	2,5	2,5	11,5	82	3 661
bis CHF 2999	1,0	0,0	2,8	3,5	2,9	4,1	4,1	14,8	157	5 097
CHF 3000 bis 4499	1,4	0,0	2,9	2,6	2,1	3,0	3,0	9,5	221	6 770
CHF 4500 bis 5999	0,0	-	-	2,2	1,6	2,7	2,7	8,9	136	4 216
CHF 6000 und mehr	0,0	-	-	1,3	0,9	1,7	1,7	6,8	114	4 215
Stadt	1,0	0,0	2,0	2,8	2,5	3,1	3,1	10,7	351	15 415
Land	1,7	0,2	3,1	2,6	2,1	3,1	3,1	10,5	315	6 180
Regionaler Vergleich	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Anteil «ja» in %	Konfidenzintervall (95%)	Stichprobe n	Stichprobe n
Deutschschweiz	2,1	2,1	1,8	2,4	14,2	14,2	13,4	15,0	13 928	13 928
Französische Schweiz	4,5	5,2	3,9	5,2	13,2	13,2	12,2	14,3	6 117	6 114
Italienische Schweiz	3,0	3,0	2,0	3,0	13,6	13,6	11,7	15,5	1 550	1 549
ZH	2,0	2,7	1,3	2,7	13,5	13,5	11,8	15,2	2 226	2 225
BE	2,7	3,6	1,9	3,6	15,0	15,0	13,1	16,9	1 716	1 716
LU	3,3	4,3	2,2	4,3	15,0	15,0	12,8	17,2	1 280	1 280
UR	3,3	5,1	1,6	5,1	12,9	12,9	9,4	16,3	514	514
SZ	1,7	3,0	0,4	3,0	11,2	11,2	8,4	14,0	599	599
ZG	1,9	2,7	1,1	2,7	12,7	12,7	10,3	15,0	996	996
FR	3,3	4,9	1,6	4,9	13,2	13,2	10,7	15,7	1 027	1 027
BS	2,3	3,2	1,4	3,2	13,7	13,7	11,2	16,2	1 011	1 011
BL	2,0	3,0	0,9	3,0	14,8	14,8	12,2	17,4	847	847
AR	3,5	5,4	1,7	5,4	13,5	13,5	10,3	16,7	509	509
GR	1,3	2,2	0,4	2,2	10,6	10,6	8,1	13,2	666	666
AG	1,4	2,1	0,6	2,1	14,0	14,0	11,9	16,1	1 272	1 272
TC	2,4	3,3	1,5	3,3	14,7	14,7	12,5	17,0	1 127	1 127
TI	3,0	3,9	2,0	3,9	13,6	13,6	11,7	15,5	1 550	1 549
VD	4,2	5,3	3,2	5,3	13,4	13,4	11,5	15,2	1 744	1 744
VS	3,6	4,9	2,3	4,9	12,8	12,8	10,5	15,0	1 065	1 065
NE	4,3	6,3	2,3	6,3	14,7	14,7	11,5	17,8	621	621
GE	6,6	8,6	4,6	8,6	13,0	13,0	10,7	15,3	1 150	1 149
JU	4,2	6,2	2,3	6,2	12,5	12,5	9,2	15,8	509	508

1) Deutschschweiz: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG; Französische Schweiz: FR, VD, VS, NE, GE, JU; Italienische Schweiz: TI

2) Die Resultate von Kantonen, welche die Stichprobe der SGB 2012 nicht aufgestockt haben (OW, NW, GL, SO, SH, AI, SG), werden nicht präsentiert.

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=1-29). Ergebnisse mit n<10 werden nicht gezeigt bzw. durch einen Punkt ersetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.