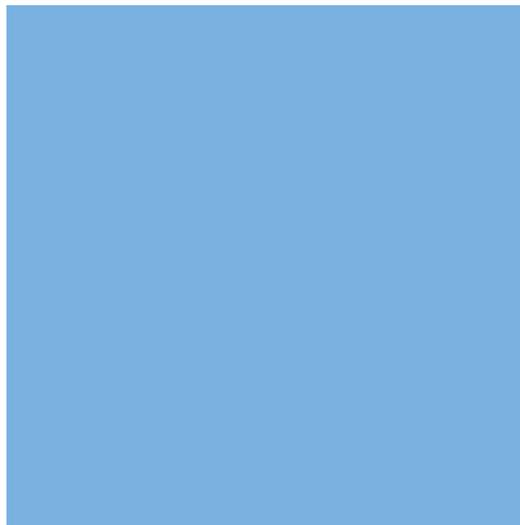
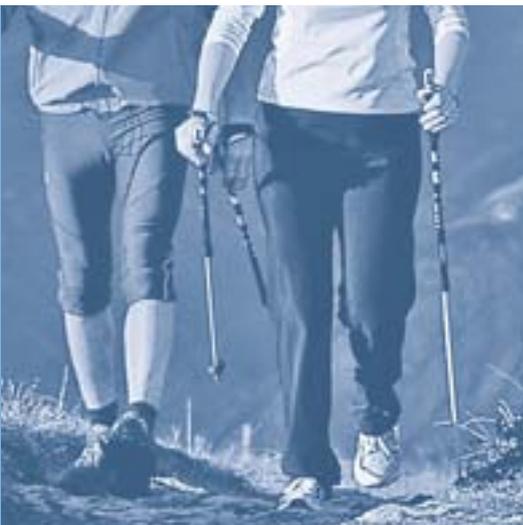


Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden

Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007



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

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

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) und
Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden

Autorinnen/Autoren

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

Reviewboard

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

Steuerungsgruppe

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

Projektleitung Obsan

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

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 40

Zitierweise

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden (2010). Gesundheit im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Originaltext

Deutsch und Französisch

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Korrektorat

Susanne Reuber, Berlin

Titelgrafik

Umschlaggestaltung: Silvia Droz, Teufen; Fotos: Silvia Droz und Archiv Appenzellerland Tourismus

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Bestellungen und Auskünfte

Departement Gesundheit
Amt für Gesundheit
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau
Tel.: 071 353 65 90
Fax: 071 353 68 54
gesundheit@ar.ch
www.ar.ch

Download PDF

www.ar.ch/gesundheit (Publikationen)

ISBN

978-3-907872-72-7

© Obsan 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	2.4 Soziale Gesundheit	42
Abkürzungsverzeichnis	4	2.4.1 Einsamkeitsgefühle	42
Gesamtzusammenfassung	5	2.4.2 Vertrauensperson	43
1 Einleitung	8	2.5 Sterblichkeit und Todesursachen	45
1.1 Zielsetzung	8	2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Appenzell Ausserrhoden	45
1.2 Thematische Ausrichtung	9	2.5.2 Regionaler Vergleich	46
1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen	12	2.5.3 Ausgewählte Todesursachen	46
1.4 Der Kanton Appenzell Ausserrhoden im regionalen Vergleich	16	2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre	49
2 Gesundheitszustand	18	2.6 Zusammenfassung	50
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden	18	3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	52
2.2 Körperliche Gesundheit	22	3.1 Gesundheitseinstellungen	53
2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme	22	3.1.1 Gesundheitskompetenz	55
2.2.2 Körperliche Beschwerden	24	3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität	56
2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen	26	3.2.1 Übergewicht	56
2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung	27	3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungs- gewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme	59
2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten	29	3.2.3 Körperliche Aktivität	62
2.2.6 Unfälle	31	3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen	65
2.2.7 Stürze	35	3.3.1 Tabakkonsum	65
2.3 Psychische Gesundheit	35	3.3.2 Passivrauchen	69
2.3.1 Psychische Belastung	35	3.3.3 Alkoholkonsum	71
2.3.2 Kontrollüberzeugung	37	3.3.4 Cannabiskonsum	73
2.3.3 Kohärenzgefühl	39	3.3.5 Medikamentenkonsum	75
2.3.4 Depressive Symptome	41	3.4 Zusammenfassung	78

4	Wohn- und Arbeitssituation	79	6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	108
4.1	Immissionen im Wohnbereich	80	6.1	Arztbesuche	108
4.2	Belastungen bei der Arbeit	82	6.2	Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen	114
4.2.1	Immissionen	82	6.2.1	Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten	116
4.2.2	Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit	84	6.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen	117
4.3	Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	87	6.2.3	Grippeprävention	121
4.4	Angst vor Arbeitsplatzverlust und Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden	87	6.3	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen	121
4.5	Zusammenfassung	89	6.4	Inanspruchnahme von Spitalleistungen	123
5	Schwerpunktt Themen: Depression/Übergewicht	91	6.5	Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)	125
5.1	Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten	91	6.6	Zusammenfassung	127
5.1.1	Ausgangslage	91	7	Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	129
5.1.2	Vorgehensweise	92	7.1	Die OKP-Kosten im Kanton Appenzell Ausserrhoden	130
5.1.3	Resultate	93	7.2	Versicherungsmodelle und Prämien	134
5.1.4	Diskussion	97	7.3	Zusammenfassung	136
5.2	Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit	98	Glossar	138	
5.2.1	Einleitung	98	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	141	
5.2.2	Vorgehensweise	99	Literatur	147	
5.2.3	Resultate	101	Anhang	153	
5.2.4	Diskussion	104			
5.3	Zusammenfassung	106			

Vorwort



Geschätzte Leserinnen und Leser

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt mit dem vorliegenden Bericht erstmals über aussagekräftige Daten zum gesundheitlichen Wohlbefinden seiner Bevölkerung. Dank der erweiterten Gesundheitsbefragung von 2007, an welcher 491 Personen aus unserem Kanton anonym mitgewirkt haben, liegen nun Daten in guter Qualität vor. Allen mitwirkenden Personen möchte ich auf diesem Weg ganz herzlich danken.

Wieso wurde eine Gesundheitsbefragung in Auftrag gegeben? Mit der Einführung des neuen kantonalen Gesundheitsgesetzes auf den 1. Januar 2008 wurde das Departement Gesundheit beauftragt, innerhalb von vier Jahren einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Die vorliegende, vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführte Gesundheitsbefragung bildet das erste Element dieses umfassenden Gesundheitsberichtes.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zeigen grundsätzlich ein positives Bild. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden darf mehrheitlich als gut beurteilt werden. Die Daten zeigen auch Problembereiche, in denen für einzelne Bevölkerungsgruppen zusätzliche Massnahmen geprüft werden müssen. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Herz- und Kreislaufkrankheiten, die psychische Gesundheit, das Übergewicht sowie der Alkohol- und Medikamentenkonsum. Auffällig und näher zu analysieren ist auch die

geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Erfreulich sind – trotz einer gewissen Kostenzunahme in den letzten Jahren – die im schweizerischen Vergleich weiterhin unterdurchschnittlichen Gesundheitskosten.

Die mit der Gesundheitsbefragung gewonnenen Informationen bilden eine gute Basis für die gezielte Steuerung des Gesundheitswesens und die Erarbeitung von Massnahmen. Beispielsweise lassen sich aufgrund der Erkenntnisse Präventionsprojekte fokussierter vorbereiten. Der vorliegende Bericht liefert Antworten auf unterschiedliche Fragen aus dem Gesundheitswesen, er ist aber keinesfalls vollständig. So werden Fragen der Gesundheitsversorgung nur am Rande thematisiert. Aus diesem Grund werden bis Ende 2011 weitere Untersuchungen und Erhebungen notwendig sein, um einen vollständigen Gesundheitsbericht vorlegen zu können.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wird sich auch in Zukunft an den Befragungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) beteiligen. Nur so lassen sich Aussagen zu Veränderungen des gesundheitlichen Wohlbefindens im Zeitverlauf erstellen.

Dr. Matthias Weishaupt
Regierungsrat

Abkürzungsverzeichnis

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

Gesamtzusammenfassung

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

Gesundheitliche Beschwerden sind trotz gutem gesundheitlichem Wohlbefinden häufig

Die Mehrheit der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung (88,8%) fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut, was dem Wert der Gesamtschweiz entspricht. Männer fühlen sich häufiger sehr gut als Frauen. Trotzdem sind 27,1% der Befragten von einem lang anhaltenden Gesundheitsproblem (Behinderung oder chronische Erkrankung) betroffen. Fast ebenso viele (22,8%) geben starke körperliche Beschwerden wie Kopf- und Gesichtsschmerzen, Rückenschmerzen, Schwächegefühl oder Schlafstörungen an. Hier zeigt sich ebenfalls ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Frauen leiden häufiger an solch starken Beschwerden als Männer (28,7% vs. 16,4%). Männer weisen dagegen häufiger Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Übergewicht, erhöhte Cholesterinwerte, Rauchen) auf als Frauen. Zudem zeigt

sich bei jungen Männern ein doppelt so hohes Unfallrisiko wie bei gleichaltrigen Frauen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden genauso wie in der Schweiz insgesamt. Im Bezug auf das Alter zeigt sich, dass das gesundheitliche Wohlbefinden mit zunehmendem Alter abnimmt und entsprechend lang andauernde Gesundheitsprobleme, Stürze und Schwierigkeiten beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten, aber auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten häufiger werden.

Gut ein Sechstel der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung ist psychisch mittel bis stark belastet

Hinsichtlich psychischer Gesundheit berichten 14,7% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung von mittlerer bis starker psychischer Belastung (Nervosität, Niedergeschlagen- und Depressivität etc.) und 17,8% von (mehrheitlich schwachen) depressiven Symptomen. Letztere sind keine diagnostizierten Krankheiten, gehen aber mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einher und sind häufig Anzeichen für spätere ausgeprägte Depressivität. Diese Anteile liegen tendenziell etwas unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. In der Gesamtschweiz wie auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden weisen Frauen höhere Werte auf als Männer.

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

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

Herz- und Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen als häufigste Todesursachen

Die Lebenserwartung – insbesondere der älteren Personen (ab 65 Jahren) – hat sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch in der Gesamtschweiz in den letzten 20 Jahren stetig erhöht. Die Sterblichkeit im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist vergleichbar mit dem Mittel der Gesamtschweiz. Ein Blick nach Altersgruppen zeigt jedoch für den Kanton Appenzell Ausserrhoden eine höhere Mortalitätsrate in den jüngeren Altersklassen (bis 49 Jahre).

Die häufigste Todesursache im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind Herz- und Kreislauf-Krankheiten gefolgt von Krebserkrankungen. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist der Anteil Todesfälle aufgrund von Herz- und Kreislauf-Krankheiten im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher, während derjenige aufgrund von Krebserkrankungen unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Detaillierte Angaben zu einzelnen Krebsarten sind aufgrund der kleinen Fallzahl für den Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht möglich. Die Anzahl Todesfälle aufgrund von Suiziden liegt bei den Appenzell Ausserrhoder Männern über dem Schweizer Durchschnitt.

Die häufigsten Todesursachen unterscheiden sich nach Altersgruppen: Bei den 15- bis 34-Jährigen sind Unfälle, Gewalttaten und Suizide die häufigsten Todesursachen, später sind es Krebserkrankungen und ab einem Alter von 65 Jahren dann Herz- und Kreislauf-Krankheiten. Hier zeigt sich ein Unterschied zur Gesamtschweiz, wo Herz- und Kreislaufkrankheiten erst in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen die häufigste Todesursache ist. Bei Frauen und bei Männern lassen sich 47% bzw. 21% der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) auf Krebserkrankungen zurückführen.

Fast 37% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung sind übergewichtig

Der Anteil körperlich aktiver Personen liegt im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 50,3% über dem Schweizer Durchschnitt (41,1%). Körperlich inaktiv sind 10,9%,

wobei dies häufiger auf Personen mit tieferer Bildung zutrifft. Ältere Personen sind ebenfalls weniger aktiv als jüngere. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich kein Unterschied.

Hinsichtlich der Ernährung lässt sich feststellen, dass im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich mit der Gesamtschweiz mehr Personen auf eine gesunde Ernährung achten (AR: 75,3%, CH: 70,5%). Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» wird von 25,6% der Befragten eingehalten (Frauen: 38,6%; Männer 10,3%).

36,8% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung sind übergewichtig bzw. adipös. Dies entspricht in etwa dem Wert der Gesamtschweiz. Der Anteil Männer mit Übergewicht ist in allen Altersgruppen deutlich höher als derjenige der Frauen. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist der Anteil übergewichtiger Personen seit 2002 relativ stabil geblieben. Eher überraschend zeigen sich nur schwach ausgeprägte Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten und dem Körpergewicht.

Unterschiedlicher Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum zwischen den Geschlechtern

27,7% der Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden rauchen – das entspricht dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Der Anteil der Rauchenden nimmt mit zunehmendem Alter ab. Männer rauchen häufiger als Frauen. Der Konsum von Cannabis über die gesamte Lebensdauer hinweg ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden (27,0%) tendenziell tiefer als der Gesamtschweizer Durchschnitt (32,8%).

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden konsumieren 8,8% der Bevölkerung täglich, 45,2% einmal bis mehrmals wöchentlich und 46,0% selten bis nie Alkohol. Es zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede: So trinken 60,4% der Frauen gegenüber 29,5% der Männer nie oder selten Alkohol. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist der Anteil der täglich Konsumierenden im Kanton Appenzell Ausserrhoden tiefer. Hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge gehen im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 2,6% weniger Personen ein mittleres bis hohes Risiko ein als in der Gesamtschweiz (5,1%).

43,0% haben in der Woche vor der Befragung irgendein Medikament eingenommen. Dieser Wert ist vergleichbar mit demjenigen der Gesamtschweiz. Frauen konsumieren im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch in der Gesamtschweiz häufiger Medikamente als

Männer. Auf Ebene der Gesamtschweiz ist zwischen 2002 und 2007 ein Anstieg des Medikamentkonsums zu verzeichnen.

Je ein Drittel der Erwerbstätigen leidet unter hoher körperlicher bzw. psychischer Belastung am Arbeitsplatz

22,2% der Befragten geben zwei oder mehr Störungen (v.a. Lärm durch Landwirtschaft und Autolärm) im Wohnumfeld an. Es zeigt sich, dass Personen, welche häufiger von Störungen im Wohnbereich betroffen sind, auch öfter ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden angeben. Im Gegensatz zur Gesamtschweiz sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden Personen mit niedriger Bildung und tieferem Einkommen nicht häufiger von Störungen im Wohnbereich betroffen. Im Arbeitsumfeld zeigt sich für die Ebene der Gesamtschweiz, dass Personen mit tieferem sozialem Status wiederum vermehrt von Immissionen (Lärm, zu hohe/tiefe Temperaturen) betroffen sind.

31,9% der Erwerbstätigen geben eine hohe körperliche und 37,4% eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz an. Die körperliche Belastung ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher als in der Gesamtschweiz. Analysen auf gesamtschweizerischer Ebene zeigen, dass körperliche Belastungen v.a. von Personen in manuellen Berufen, psychische Belastungen dagegen v.a. von Führungskräften genannt werden. Im Jahr 2007 hatten 8,6% der Erwerbstätigen Angst um ihren Arbeitsplatz, gar keine Sorgen diesbezüglich machten sich 48,6%.

Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung lässt eher weniger Vorsorgeuntersuchungen machen als die Schweizerische

91% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung haben einen Hausarzt/eine Hausärztin. Der Anteil Personen, welche keine Arztpraxis aufgesucht hat, ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher als in der Gesamtschweiz. Während die Inanspruchnahme von Hausärzten/innen dem Gesamtschweizer Durchschnitt entspricht, ist diejenige von Fachärzten/innen im Kanton Appenzell Ausserrhoden tiefer. Die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden nimmt im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung (tendenziell) weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Krebs als auch weniger Grippeimpfungen vor. Im stationären Bereich zeigt sich zwischen Kanton und Gesamtschweiz kein Unterschied. Das Gleiche gilt für die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin.

Unterdurchschnittliche Kosten, aber grosse Kostenzunahme

Die Gesundheitskosten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind zwar im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2003 und 2007 ebenfalls gestiegen (Wachstumsrate: 3,2%), die OKP-Kosten sind mit 2222 Franken pro versicherte Person aber unter dem Schweizer Durchschnitt (2860 CHF). Eine starke Zunahme ist insbesondere bei den Leistungen in Apotheken und Abgabestellen MiGeL, bei ambulanten und teilstationären Spitalleistungen sowie im Spitex-Bereich zu verzeichnen.

Das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden am verbreitetsten im Gegensatz zur Gesamtschweiz, wo das Modell mit wählbarer Franchise am häufigsten gewählt wird. Alternativmodelle (Hausarztmodell und HMO) gewannen in den letzten Jahren im Kanton Appenzell Ausserrhoden an Bedeutung und liegen mit einem Anteil von 20,9% deutlich über dem Anteil der Gesamtschweiz (16,1%).

1 Einleitung

Andrea Zumbrunn, Laila Burla und Isabelle Sturny

1.1 Zielsetzung

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

Ziele des ersten Appenzell Ausserrhoder Gesundheitsberichtes

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

und weiteren interessierten Personen einen Überblick über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung zu verschaffen.

Folgende konkrete Ziele stehen dabei im Vordergrund:

- Der Gesundheitsbericht dient als Nachschlagewerk für verschiedene gesundheitsrelevante Themen;
- Risiko- und Zielgruppen sollen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Aktivitäten identifiziert werden;
- Kantonale Besonderheiten des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei den soziodemografischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen und Gesundheitsindikatoren sollen aufgezeigt werden;
- Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand sollen anhand der Themen Übergewicht und Depression exemplarisch dargestellt werden.

Koordinierte kantonale Zusammenarbeit in der Gesundheitsberichterstattung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erhielt den Auftrag, die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und weiterer Datenquellen zu analysieren und für den Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie die Kantone Freiburg, Genf, Luzern, Uri, Tessin und Waadt einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Diese Berichte schliessen an eine Reihe früherer kantonalen Berichte an, welche auf Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993, 1997 bzw. 2002 erstellt wurden (z.B. Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft, 2005; Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne, 2004; Weiss, 2000). Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden ist es der erste kantonale Gesundheitsbericht. Das Verfassen dieses Berichtes erfolgte in koordinierter Zusammenarbeit zwischen dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium und den beteiligten Kantonen. Die Arbeiten wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Obsan sowie verschiedenen externen Expertinnen und Experten durchgeführt. Das Projekt

wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Kantone zusammensetzt. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und des Reviewboards (inhaltliche Begutachtung) sind im Einband des Berichtes aufgelistet.

1.2 Thematische Ausrichtung

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

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

Einbezug von Einflussfaktoren von Gesundheit

Unterschiedliche Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit oder Krankheit einer Person. Anhand von Erklärungsmodellen können verschiedene Ebenen von Einflussfaktoren unterschieden werden. Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten¹ beispielsweise, welches in der nationalen als auch internationalen Gesundheitsberichterstattung häufig Verwendung findet (Meyer, 2009), unterscheidet folgende Ebenen (Abb. 1.1): Es wird die Ebene der individuellen Lebensweisen unterschieden, die Ebene der sozialen und kommunikativen Netzwerke, diejenige der Lebens- und Arbeitsbedingungen und schliesslich diejenige der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Die Einflussfaktoren wirken sich auf die

Gesundheit wie auch auf die Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenzen des Einzelnen aus.

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

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

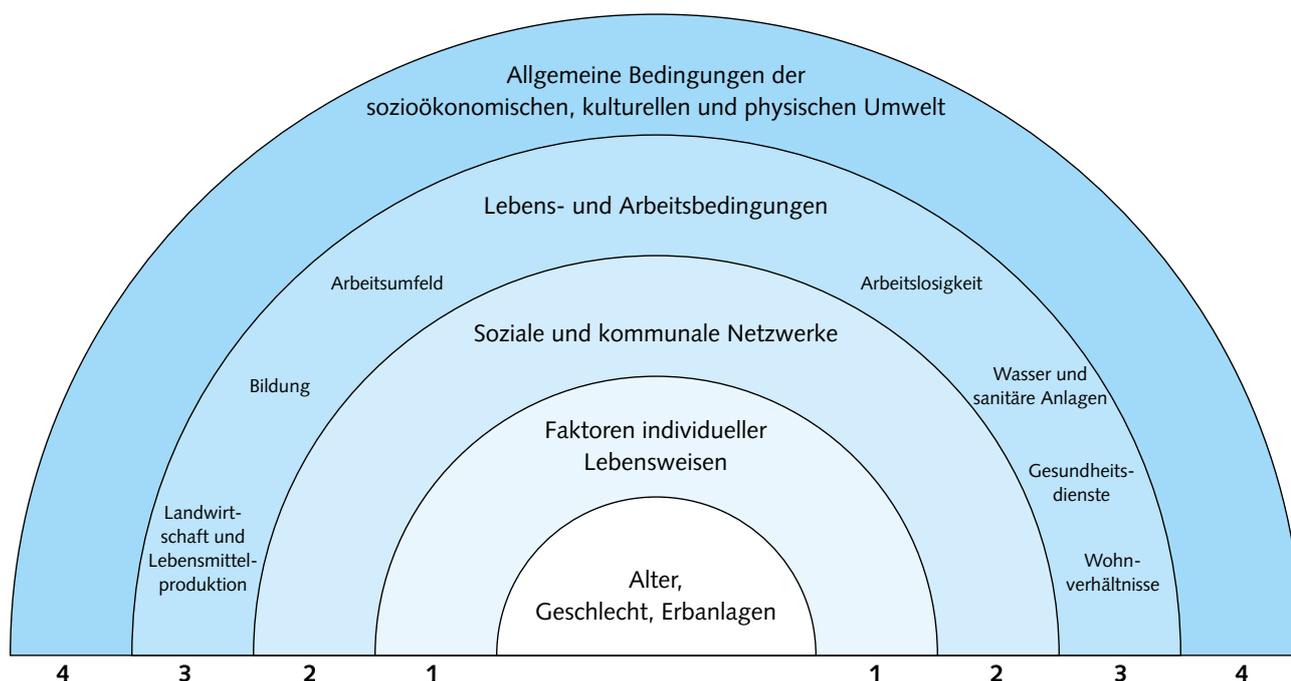
Ergänzende Informationen zum medizinischen Versorgungssystem

Angaben zu Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten sowie dem Lebenskontext werden idealerweise mit Informationen zum medizinischen Versorgungssystem ergänzt. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liefert z.B. weitere Hinweise auf gesundheitliche Probleme, aber auch Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.

- In diesem Bericht geschieht dies in erster Linie anhand selbstberichteter Angaben zur Nutzung von medizinischen Leistungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden (*Kapitel 6*), etwa zur Inanspruchnahme von

¹ Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren werden in diesem Bericht synonym verwendet.

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit



Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991

Spitalleistungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Ergänzend finden sich im *Unterkapitel 1.4* Kennzahlen zur medizinischen Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie die Ärztedichte, Bettendichte oder auch Hospitalisationsrate.

- Für die Einzelne oder den Einzelnen ist die Inanspruchnahme aber auch mit finanziellen Belastungen verbunden, welche sich u.a. in der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) widerspiegelt. Eine Übersicht darüber liefert *Kapitel 7*.

Fokus auf Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich Lebensumstände und Verhaltensweisen zwischen Bevölkerungsgruppen teilweise stark unterscheiden. Diese Erkenntnis ist für Massnahmen der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zentral. Im Appenzell Ausserrhoder Gesundheitsbericht werden daher wo möglich verschiedene Bevölkerungsgruppen systematisch miteinander verglichen. Dies geschieht anhand einer vereinheitlichten Tabelle, in welcher die Häufigkeit einer Problematik nach *Geschlecht, Alter, Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad* aufgeschlüsselt ist (Beispiel: Tab. 2.1). Für diese Bevölkerungsgruppen ist

von unterschiedlichen Lebensumständen und Verhaltensweisen auszugehen. Im grau hinterlegten Kasten (siehe unten) finden sich zur Illustration Informationen zu gesundheitsrelevanten Unterschieden zwischen Frauen und Männern, jungen und älteren Menschen sowie weniger und besser Gebildeten/Verdienenden. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten variieren ebenfalls nach Herkunftsland und Migrationshintergrund (BAG, 2007c). In diesem Bericht kann aus methodischen Gründen jedoch nur eine Unterscheidung in der groben Zweiteilung nach Schweizer/innen und Ausländer/innen erfolgen.² Schliesslich wird die jeweilige Thematik sowohl nach Stadt/Land-Bevölkerung («Variable Urbanisierungsgrad») als auch nach Sprachregionen und (ausgewählten) Kantonen aufgeschlüsselt, welches den Vergleich zwischen unterschiedlichen regionalen Bevölkerungsstrukturen erlaubt.

² Eine Darstellung nach Nationalität kann aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht erbracht werden. Die Sammelkategorie Ausländer/innen umfasst daher alle Nationalitäten bzw. sowohl frisch zugewanderte Migrantinnen und Migranten mit Wohnsitz in der Schweiz als auch Ausländer/innen, welche in der zweiten oder dritten Generation in der Schweiz leben. Die Interpretation der Ausprägung Ausländer/innen ist daher schwierig. Das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung des BAG liefert zu diesem Thema detaillierte Informationen auf nationaler Ebene (www.migres.admin.ch).

Unterschiedliche Relevanz einzelner Einflussfaktoren für Frauen und Männer

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

Starke Unterschiede bei Morbidität und Gesundheitsverhalten zwischen den Altersgruppen

Wie später ausgeführt, beziehen sich die Ergebnisse dieses Berichtes hauptsächlich auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, welche Personen ab 15 Jahren befragt. Somit stellen Einflussfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen³ kein Thema dieses Berichtes dar. Für die Gesundheit in der Lebensmitte zeichnen sich spezifische Lebenslagen als gesundheitlich belastend aus, z.B. die Situation von allein erziehenden Eltern oder auch spezifische Arbeitsbedingungen. Hinsichtlich der Arbeitssituation können für ältere Erwerbstätige der Anstieg der psychischen und psychosozialen Anforderungen der Arbeitswelt – wie die häufige Gleichzeitigkeit verschiedener Arbeitsschritte, viele Termine, häufige Neuerungen – ein Problem darstellen und z.B. eine altersangepasste Gestaltung der Erwerbsarbeit erforderlich machen (Höpflinger & Weiss, 2009).

Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen häufiger und führen nicht selten zur Multimorbidität. Allerdings bestehen bei Seniorinnen und Senioren grosse interindividuelle Unterschiede bezüglich körperlicher und psychischer Gesundheit sowie bei Selbstständigkeit und Wohlbefinden. Intakte soziale Beziehungen, Unabhängigkeit, genügend finanzielle Mittel sowie Respekt und Anerkennung erweisen sich als besonders wichtig für die Erhaltung der Lebensqualität im Alter (ISPM Zürich, 2008; Perrig-Chiello, 2005). Bei den Hochbetagten sind kognitive und psychische Erkrankungen häufig. In der Schweiz sind zwischen 1% bis 2% der 65- bis 69-Jährigen von demenziellen Erkrankungen betroffen, von den über 90-Jährigen mehr als 30% (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009).

³ Auf kantonalem Niveau können mit der SGB 2007 wegen der kleinen Fallzahlen keine vertieften Analysen der Jugendlichen gemacht werden.

Personen mit schlechter Schulbildung haben mehr Gesundheitsprobleme

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

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

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Bildungskategorien umfassen folgende Personengruppen:

Obligatorische Schule:

Personen, die noch in der obligatorischen Schule sind oder die obligatorische Schule nicht abgeschlossen haben sowie Personen, die nach der obligatorischen Schule (noch) keinen weiteren Abschluss gemacht haben.⁵

Sekundarstufe II:

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

Tertiärstufe:

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

⁴ Für das Einkommen wird in diesem Bericht das Haushaltsäquivalenzeinkommen verwendet, welches das Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder meint. Für Ausführungen zu den methodischen Problemen siehe Absatz am Ende des Unterkapitels 1.3.

⁵ Insgesamt haben rund 90% der Personen in dieser Kategorie einen obligatorischen Schulabschluss und etwa 10% haben die obligatorische Schule nicht besucht oder nicht abgeschlossen

1.3 Verwendete Datenquellen und methodisches Vorgehen

Hauptdatenquelle ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung

Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2007. Es sind die aktuellsten Daten, die für den Kanton Appenzell Ausserrhoden vorliegen. Die Gesundheit der Bevölkerung verändert sich in der Regel nicht markant von einem Jahr zum anderen, wodurch von einer insgesamt guten Annäherung der 2007er Zahlen an die heutige Situation auszugehen ist.⁶ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung stellt für die Schweiz aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Im Unterschied zu Patientendaten wie z.B. Spitalstatistiken geben repräsentative Bevölkerungsbefragungen wie die SGB nicht nur über Patienten/innen bzw. kranke Menschen Auskunft, sondern auch über mehr oder weniger gesunde Personen bzw. deren vorübergehende oder chronische Beschwerden, Schmerzen und Behinderungen (Weiss, 2000). Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Eine weitere Stärke der Erhebung ist ihre fünfjährige

Wiederholung, welches die Erfassung von Veränderungen über die Zeit erlaubt (für weitere Informationen zur SGB vgl. Tab. 1.1, Anhang oder weiterführende Literatur: BFS, 2008c, 2010).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung weist trotz ihren Stärken auch einige *Grenzen* auf. So schliesst die Befragung nur Personen in Privathaushalten ein. Damit sind Personen, welche in Heimen oder anderen Institutionen leben, nicht vertreten – dies betrifft u.a. auch gerade ältere Menschen, welche in Alters- und Pflegeheimen leben. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse der SGB ein zu positives Bild der Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz vermitteln, welches – würde man auch die Menschen in Heimen einschliessen – sicher ungünstiger ausfallen würde.⁷ In der SGB wurden zudem nur Personen befragt, welche sich ausreichend in einer der drei Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch ausdrücken können. Dadurch sind beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, welche sprachlich nicht gut integriert sind, unzureichend vertreten. Weiter erreicht die Befragung nur Personen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss ausserdem berücksichtigt werden, dass es sich bei den Daten um Selbstangaben handelt. Selbstangaben können einerseits durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein. Andererseits kann auch der Erinnerungseffekt zu einer Verzerrung führen, denn für Befragte ist oft schwierig abzuschätzen, wie häufig eine bestimmte Tätigkeit bzw. ein bestimmtes Ereignis in einem bestimmten Zeitraum vorgekommen ist.

Tab. 1.1 Steckbrief Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel.
Rechtsgrundlage:	Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
Erhebungszweck:	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert u.a. Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen und über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.
Befragte:	Repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren in privaten Haushalten mit Telefonanschluss.
Stichprobe:	Die Auswahl der Befragten erfolgte in zwei Schritten: 1. Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichproben von Privathaushalten. 2. Zufallsauswahl der Zielpersonen innerhalb des Haushalts. Im Rahmen der SGB 2007 nahmen 18'760 Personen an der telefonischen Haupterhebung teil. Von diesen füllten 14'432 den zusätzlichen schriftlichen Fragebogen aus. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden 491 Personen telefonisch befragt und 384 gaben ebenfalls schriftlich Auskunft. 13 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck kantonaler Analysen ihre Stichproben mit Eigenmitteln aufgestockt: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.
Periodizität:	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Nächste Befragung: 2012.
Aussagekraft:	Die Stichprobenwerte werden gewichtet. Dadurch lässt sich die Zuverlässigkeit von Hochrechnungen auf die Bevölkerung der Schweiz bzw. der beteiligten Kantone verbessern.

⁶ Spezifische Aspekte wie beispielsweise die Zufriedenheit am Arbeitsplatz können aber sehr wohl durch einschneidende Ereignisse wie die Finanzkrise verändert sein.

⁷ Als Ergänzung zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird daher vom Bundesamt für Statistik im Jahr 2009 eine Befragung von älteren Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, welche differenzierte Aussagen zur (Gesundheits-)Situation dieser Personengruppe erlaubt.

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

Altersgruppen	Männer				Frauen				Total			
	Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung		Stichprobe		Bevölkerung	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15–34 Jahre	58	26,5	6 042	27,8	56	20,6	5 850	26,1	114	23,2	11 892	27,0
35–49 Jahre	72	32,9	6 299	29,0	77	28,3	6 160	27,5	149	30,3	12 459	28,2
50–64 Jahre	50	22,8	5 370	24,7	65	23,9	5 099	22,8	115	23,4	10 469	23,7
65+ Jahre	39	17,8	4 010	18,5	74	27,2	5 288	23,6	113	23,0	9 298	21,1
Total	219	26,5	21 721	100,0	272	100,0	22 397	100,0	491	100,0	44 118	100,0

Quelle: BFS, ESPOP 2007

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

Von den insgesamt 44'118 Einwohner/innen im Alter von 15 Jahren und älter wurden im Rahmen der SGB 491 Personen befragt. Unter den Befragten waren 272 Frauen und 219 Männer.

Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde nachträglich mittels eines Gewichtungsverfahrens an die Struktur der Kantonsbevölkerung angeglichen, damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für den Kanton Appenzell Ausserrhoden Gültigkeit erhalten (vgl. Anhang)

Weitere verwendete Datenquellen

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

– Todesursachenstatistik:

Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik liefert einen Überblick über das Sterbgeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.

– Datenpool santésuisse:

Der Datenpool des Branchenverbandes der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) erfasst die aggregierten Daten von rund 97% aller Versicherten und ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich.

– ESPOP:

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

– Medizinische Statistik der Krankenhäuser:

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

Eine ausführlichere Beschreibung dieser Datenquellen erfolgt in den jeweiligen Kapiteln.

Methodische Hinweise zu den Auswertungen in diesem Bericht

Die Auswertungen im Appenzell Ausserrhoder Gesundheitsbericht sind mehrheitlich deskriptiver Art. Abbildungen und Tabellen bestehen zum grossen Teil aus Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Variablen. In jeder Abbildung und Tabelle sind die Anzahl Befragte ausgewiesen, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegen. Die Ergebnisse beruhen auf den gewichteten Daten (für das Gewichtungsverfahren siehe Anhang). Dies erlaubt es, möglichst repräsentative Werte für die Kantone bzw. die Schweiz auszuweisen und Verzerrungen aufgrund des Verfahrens der Stichprobenziehung zu minimieren. Wie bei Auswertungen der Schweizerischen

Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Gesamtschweiz

Kennzahl	AR	CH	Rang AR ¹	Beschreibung der Kennzahl und Quellen
Bevölkerungsgrösse 2007				
Frauen	26 354	3 866 480	21	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2007)
Männer	26 300	3 727 014	21	
Total	52 654	7 593 494	21	
Bevölkerungsentwicklung 2002–2007 (in %)				
Frauen	-1,3	3,4	25	Zunahme/Abnahme zwischen 2002 und 2007 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht (BFS: ESPOP 2002–2007)
Männer	-0,3	4,3	26	
Total	-0,8	3,8	26	
Altersstruktur 2007 (in %)				
0–14 Jahre	16,2	15,5	13	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende (BFS: ESPOP 2007)
15–34 Jahre	22,6	25,1	25	
35–49 Jahre	23,7	24,1	15	
50–64 Jahre	19,9	19,0	4	
65+ Jahre	17,7	16,4	7	
Geburtenrate 2007 (pro 1000 Einwohner/innen)				
	8,4	9,9	26	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohner/innen 2007 (BFS: ESPOP, BEVNAT)
Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2007 (in %)				
	53,0	73,4	18	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung (BFS: ESPOP; Einteilung gemäss Volkszählung 2000)
Anteil Ausländer/innen 2007 (in %)				
	13,2	21,1	20	Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung am Jahresende 2007 (BFS: ESPOP 2007)
Anteil Fremdsprachiger 2000 (in %)				
	6,6	9,0	17	Anteil der Bevölkerung, der eine andere als die vier Landessprachen als Hauptsprache angibt (BFS: Volkszählung 2000)
Bildungsniveau der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung 2000 (in %)				
Ohne nachobligatorische Ausbildung	24,2	22,9	14	Anteil der Personen mit dem jeweiligen höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung; nicht aufgeführt ist der Anteil Personen «ohne Angabe» (BFS: Volkszählung 2000)
Sekundarstufe II	51,5	49,2	10	
Tertiärstufe	18,9	21,5	14	
Haushaltsstruktur 2000				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,4	2,2	14	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten; Anteil Haushalte mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren und nur einem Elternteil an allen Haushalten mit mindestens 1 Kind unter 18 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)
Einpersonenhaushalte (in %)	33,4	36,0	13	
Monoparentale Haushalte (in %)	10,9	13,1	18	
Arbeitslosenquote 2007 (in %)				
	1,5	2,8	20	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2007 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen gemäss Volkszählung 2000 (sec0, BFS)
Erwerbsquote 2000 (in %)				
	65,2	65,3	16	Anteil der Erwerbspersonen an der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (BFS: Volkszählung 2000)

Kennzahl	AR	CH	Rang AR ¹	Beschreibung der Kennzahl und Quellen
Beschäftigungsstruktur 2005 (in %)				
Beschäftigte im I. Sektor	9,5	5,3	7	Beschäftigte nach Wirtschaftssektoren als Anteile aller Beschäftigten (BFS: Betriebszählung 2005)
Beschäftigte im II. Sektor	33,3	25,5	10	
Beschäftigte im III. Sektor	57,2	69,2	20	
Äquivalenzeinkommen 2006 (in CHF)	50 040	55 047	19	Durchschnittliches reines Einkommen gewichtet nach Haushaltsgrösse und -zusammensetzung (Eidgenössische Steuerverwaltung ESTV)
Sozialhilfequote 2007 (in %)	1,6	3,1	19	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen am Total der Bevölkerung (BFS: Sozialhilfestatistik 2007)
Ärztedichte (pro 1000 Einwohner/innen)				
Allgemeinpraktiker/innen	0,7	0,6	3	Anzahl Allgemeinpraktiker/innen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztestatistik 2007)
Fachärzte/-ärztinnen	1,1	1,5	12	Anzahl Fachärzte/-ärztinnen in privater Praxis pro 1000 Einwohner/innen 2007 (FMH: Ärztestatistik 2007)
Zahnärzte/-ärztinnen	1,8	0,5	1	Anzahl Zahnärzte/-ärztinnen pro 1000 Einwohner/innen: Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und Nichtmitglieder, die durch die Sozialversicherung anerkannt sind, 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
Apothekendichte (pro 1000 Einwohner/innen)	0,1	0,2	17	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 1000 Einwohner/innen 2007 (Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 2007)
Bettendichte in Krankenhäusern (pro 1000 Einwohner/innen)				
Allgemeine Krankenhäuser	2,2	3,3	24	Anzahl stationärer Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner/innen (BFS: Krankenhausstatistik 2007)
Spezialkliniken	8,5	2,1	1	
Dichte an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen (pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre)	121	72	1	Anzahl belegter und nicht belegter Beherbergungsplätze, die am 1. Januar des Erhebungsjahres in Betrieb stehen, pro 1000 Einwohner/innen über 65 Jahre (BFS: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2007)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern in Tagen (Median)	7,4 (6)	7,3 (5)	11	Durchschnitt und Median der Aufenthaltsdauer in Akutspitälern (K1). Alter der Patienten/innen mind. 15 Jahre, stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton, Trimmung der 99. Perzentile (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Hospitalisationsrate 2007	125,5	134,1	21	Hospitalisierungen in Akutspitälern (K1), stationäre A-Fälle, pro 1000 Einwohner/innen (Austritte im Jahr 2007) (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Rate der Mehrfachhospitalisationen 2007 (in %)	19,7	19,8	12	Anteil der Personen, welche mehr als einmal hospitalisiert wurden am Total der hospitalisierten Personen. Nur Akutspitäler (K1), stationäre A-Fälle, nach Wohnkanton (BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik 2007)
Kantonale Gesundheitsausgaben total in CHF pro Einwohner/in (inklusive Ausgaben der Gemeinden)	1 017	1 085	12	Nettofinanzbedarf 2005 pro Einwohner/in gemäss funktionaler Gliederung Punkt 4 (Eidgenössische Finanzverwaltung; BFS)

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

Gesundheitsbefragung üblich (Vorgaben des Bundesamtes für Statistik), werden keine Ergebnisse präsentiert, welche auf Angaben von weniger als 10 Personen beruhen. Diese sind mit einem Punkt gekennzeichnet. Werte, welche Antworten von 10 bis 29 Befragten entsprechen, stehen in den Tabellen und Abbildungen in Klammern und haben aufgrund der kleinen Fallzahlen eine eingeschränkte Aussagekraft. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe des Kantons Appenzell Ausserrhoden (n=491) konnten bestimmte vorgesehene Berechnungen nicht durchgeführt werden. Es wurde versucht, die Ergebnisse z.B. durch Reduktion der Variablenkategorien (z.B. Zusammenlegen der vier in drei Alterskategorien) dennoch auf kantonaler Ebene darzustellen. Bei einigen Analysen, wo dies nicht möglich oder sinnvoll war, werden die Ergebnisse auf Ebene der Grossregion Ostschweiz bzw. Gesamtschweiz ausgewiesen. Um Abbildungen wie 2.12 oder 4.5 auf kantonaler Ebene zu zeigen, wäre eine Stichprobe von circa n=1000 erforderlich.

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

Schliesslich wurden die Werte beim regionalen (und zeitlichen) Vergleich – mit Ausnahme des Kapitels zur Mortalität – nicht alters- oder geschlechtskorrigiert. Dies insbesondere aus dem Grund, dass es neben Alter und Geschlecht weitere wesentliche Einflussfaktoren gibt, die ebenfalls korrigiert werden müssten. Zudem sind für den Kanton Appenzell Ausserrhoden für die Planung seiner Aktivitäten die realen Häufigkeiten von Bedeutung. Da die Werte aber jeweils nach verschiedenen soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen aufgeschlüsselt sind, können einzelne Bevölkerungsgruppen direkt zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und der Gesamtschweiz verglichen werden.

Die statistische Genauigkeit der Ergebnisse in diesem Bericht soll kurz anhand eines Beispiels erläutert werden. Bei einem geschätzten Anteil von 27,7% Raucher/innen im Kanton Appenzell Ausserrhoden (geschätzt für die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung anhand der Stichprobe von total 491 Befragten) liegt der wahre Anteil Raucher/innen mit 95% Sicherheit zwischen 23,5% und 32,5% (95%-Vertrauensintervall). Je kleiner die Stichprobe ist (z.B. bei vielen fehlenden Werten), desto grösser das Vertrauensintervall. Im Weiteren lassen die Ergebnisse der in diesem Bericht durchgeführten bivariaten Analysen häufig keine Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs und den Einfluss weiterer Faktoren zu. Multivariate Auswertungen fanden lediglich im Kapitel 5 «Schwerpunkte: Depressionssymptome, Übergewicht» Anwendung, und sind an dieser Stelle beschrieben. Schliesslich ist die Problematik der fehlenden Werte zu erwähnen. So wurde insbesondere das Einkommen nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermassen häufig ausgefüllt. Bei älteren Frauen und jüngeren Personen gab es überproportional viele fehlende Werte, d.h. die Angaben sind nicht für die gesamte Bevölkerung repräsentativ. Da diese Verzerrungen aber sowohl für die Schweiz als auch für den Kanton Appenzell Ausserrhoden zutreffen und der Variable Einkommen eine besondere Bedeutung zukommt, wurde sie beibehalten.

1.4 Der Kanton Appenzell Ausserrhoden im regionalen Vergleich

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

Es wurden die jeweils aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten verwendet, diese sind jedoch aus

den Jahren 2002–2007. Neuere Entwicklungen sind deshalb nicht abgebildet. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden ergibt sich folgender Überblick:

Leichter Bevölkerungsrückgang im Kanton Appenzell Ausserrhoden seit 2002

Ein Blick auf die Bevölkerungsentwicklung seit 2002 zeigt, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden im Gegensatz zur Gesamtschweiz mit -0,8% einen leichten Rückgang der ständigen Wohnbevölkerung zu verzeichnen hat. Damit ist Appenzell Ausserrhoden neben Basel-Stadt (-0,8%), Uri (-0,6%) und Glarus (-0,2%) einer der vier Kantone, bei denen die Bevölkerung abgenommen hat. Der Kanton Freiburg weist mit +8,2% die stärkste Bevölkerungszunahme auf. Etwa die Hälfte der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden lebt in städtischen Gebieten.

Geringerer Anteil Einpersonenhaushalten und Einelternfamilien

Die Betrachtung der Altersstruktur zeigt, dass die Anteile an 50- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen im Kanton Appenzell Ausserrhoden verglichen mit der Gesamtschweiz leicht höher sind, der Anteil der 15- bis 35-Jährigen dagegen tiefer. Die Geburtenrate für das Jahr 2007 beträgt im Kanton Appenzell Ausserrhoden 8,4 Lebendgeborene je 1000 Einwohner/innen, was unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 9,9 liegt.

Angaben über die Haushaltsstrukturen sind u.a. im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Mehrfachbelastungen von zentraler Bedeutung. Von Interesse sind dabei insbesondere Einpersonenhaushalte und Einelternfamilien. Die Daten zeigen, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich mit der Gesamtschweiz einen geringeren Anteil an Einpersonenhaushalten (33,4% vs. 36,0%) und Einelternfamilien (10,9% vs. 13,1%) aufweist.

Geringer Anteil Ausländer/innen

Der prozentuale Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung schwankt in der Schweiz sehr stark zwischen den Kantonen (UR: 8,7%, GE: 37,4%). Im Vergleich mit den anderen Kantonen bewegt sich der Kanton Appenzell

Ausserrhoden mit einem Ausländeranteil von 13,2% im unteren Drittel. Der Anteil fremdsprachiger Personen liegt im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 6,6% ebenfalls unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Hoher Anteil an Beschäftigten im Primärsektor

Die Zahlen zur Beschäftigungsstruktur zeigen, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden über einen im Schweizer Vergleich hohen Anteil an Beschäftigten im Primärsektor verfügt (AR: 9,5%, CH: 5,3%). Vor diesem Hintergrund weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 1,5% eine relativ tiefe Arbeitslosenquote auf. Die Erwerbsquote und das Äquivalenzeinkommen bewegen sich im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Das aggregierte Bildungsniveau liegt im Kanton Appenzell Ausserrhoden leicht unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt: Der Bevölkerungsanteil, der keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen hat, ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich mit der Gesamtschweiz leicht höher (24,2% vs. 22,9%). Zudem verfügen im Kanton Appenzell Ausserrhoden auch etwas weniger Personen über eine Tertiärbildung als in der Gesamtschweiz (18,9% vs. 21,5%).

Relativ wenig Hospitalisationen

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden weist, verglichen mit der Gesamtschweiz, eine geringere Spitalbetten-dichte auf (AR: 2,2 Betten pro 1000 Einwohner/innen, CH: 3,3 Betten pro 1000 Einwohner/innen). Diese Zahl sagt nichts über die tatsächliche Nachfrage, also die Belegung der Betten, aus. Die Hospitalisationsrate und die Rate der Mehrfachhospitalisationen liegen im Schweizer Durchschnitt. Im Bezug auf Alters- und Pflegeheime verfügt der Kanton Appenzell Ausserrhoden über die höchste Dichte an Pflegeplätzen.

Im Zusammenhang mit der Ärztedichte fällt auf, dass die Ärztedichte im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei den Fachärzten/-ärztinnen leicht tiefer ist als in der Gesamtschweiz, der Kanton weist aber die höchste Dichte an Zahnärzten/-ärztinnen der Schweiz auf (AR: 1,8, CH: 0,5).

2 Gesundheitszustand

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

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

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

Ausserrhoder Bevölkerung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum geben.⁸ Einleitend werden die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und deren Zusammenhang mit den drei Gesundheitsdimensionen dargestellt (2.1). Danach wird auf einzelne Aspekte der drei Dimensionen der körperlichen (2.2), der psychischen (2.3) und der sozialen Gesundheit (2.4) näher eingegangen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Zusammenhängen zwischen den einzelnen Gesundheitsdimensionen und soziodemografischen Determinanten der Gesundheit. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung der Sterblichkeit und der Häufigkeit einzelner Todesursachen im Kanton Appenzell Ausserrhodens (2.5).

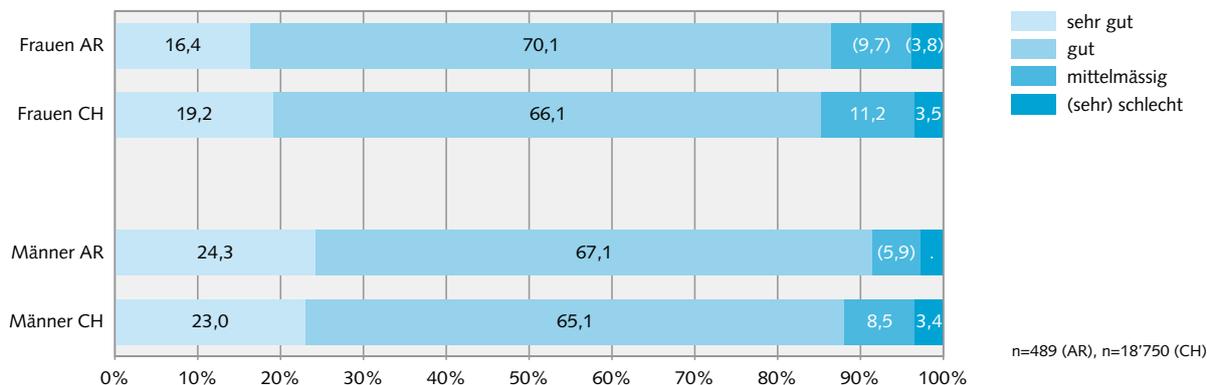
2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden

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

⁸ Die Auswahl der Indikatoren lehnt sich weitgehend an die früheren Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums mit Daten der SGB 2002 an, um Vergleiche zu ermöglichen. Teilweise wurden in der SGB 2007 jedoch andere Indikatoren erhoben als 2002 – insbesondere zur psychischen Gesundheit. Auf Unterschiede wird im Text hingewiesen. Ferner sei daran erinnert, dass die Indikatoren auf selbstberichteten Daten beruhen. Die Beurteilung der Gesundheit erfolgt stets aus Sicht der befragten Personen. Die Ergebnisse sind daher nicht etwa als Aussagen im Sinne einer Diagnose auszulegen, sondern als Selbsteinschätzung des eigenen Wohlbefindens.

Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 2.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Neun von zehn Appenzell Ausserrhoder/innen schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein

Die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung stuft ihre Gesundheit mehrheitlich als gut oder sehr gut ein (88,8%). Weniger als jede zehnte Person bezeichnet ihre Gesundheit als mittelmässig, während schlechte oder sehr schlechte Gesundheit nur vereinzelt genannt wird (Abb. 2.1). Männer geben häufiger an, ihre Gesundheit sei sehr gut, als Frauen. Das gesundheitliche Wohlbefinden der Appenzell Ausserrhoder/innen ist vergleichbar mit jenem der Schweizer/innen.⁹

Das gesundheitliche Wohlbefinden weist einen engen Zusammenhang mit dem Alter und der Bildung auf (Tab. 2.1). Die übrigen soziodemografischen Merkmale wie auch die regionale Zugehörigkeit spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Mit zunehmendem Alter ist häufiger mit Einbussen des Wohlbefindens zu rechnen: Erfreuen sich fast alle 15- bis 34-jährigen Appenzell Ausserrhoder/innen guter oder sehr guter Gesundheit, so sind es vier von fünf 65-jährigen und älteren. Altersbedingte Unterschiede fallen im Kanton Appenzell Ausserrhoden jedoch geringer aus als in der Gesamtschweiz: Ausserrhoder/innen ab 50 Jahren haben häufiger eine gute oder sehr gute Gesundheit. Ein ähnliches Gefälle besteht nach der Bildung. Drei Viertel der Appenzell Ausserrhoder/innen ohne nachobligatorische

Schulbildung berichten über gute oder sehr gute Gesundheit gegenüber neun von zehn mit nachobligatorischer Bildung.

Unterschiedliches Wohlbefinden nach Bildung vor allem bei älteren Menschen

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

⁹ Im Bericht ist mit dem Begriff «Schweizer/innen» die Gesamtschweizer Bevölkerung gemeint. Wird im Text auf die Nationalität (Schweizer/innen – Ausländer/innen) eingegangen, so wird der Begriff «Schweizer Staatsbürger/innen» verwendet.

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

		gut oder sehr gut		mittelmässig bis sehr schlecht	
		AR	CH	AR	CH
Total		88,8	86,7	11,2	13,3
Geschlecht	Frauen	86,5	85,4	13,5	14,6
	Männer	91,4	88,2	(8,6)	11,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	96,8	94,7	.	5,3
	35–49 Jahre	86,2	90,9	(13,8)	9,1
	50–64 Jahre	88,9	82,7	(11,1)	17,3
	65+ Jahre	79,1	71,8	(20,9)	28,2
Bildung	Obligatorische Schule	74,7	71,8	(25,3)	28,2
	Sekundarstufe II	91,4	87,8	8,6	12,2
	Tertiärstufe	91,8	92,6	(8,2)	7,4
Nationalität	Schweiz	89,6	87,3	10,4	12,7
	Ausland	84,8	84,7	.	15,3
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	88,7	84,8	(11,3)	15,2
	CHF 3000 bis 4499	89,0	86,4	(11,0)	13,6
	CHF 4500 bis 5999	92,6	89,2	.	10,8
	CHF 6000 und höher	95,6	92,1	.	7,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	90,8	86,5	(9,2)	13,5
	Land	86,4	87,3	(13,6)	12,7
Regionaler Vergleich	Schweiz		86,7		13,3
	Appenzell Ausserrhoden		88,8		11,2
	Aargau		86,3		13,7
	Bern		86,6		13,4
	Jura		82,6*		17,4*
	Luzern		88,8		11,2
	Schwyz		87,9		12,1
	Uri		88,1		11,9
	Grossregion Ostschweiz		87,6		12,4
	Deutschschweiz		87,5		12,5
Französische Schweiz		85,6		14,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=489 (AR), n=18'750 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Wohlbefinden spiegelt körperliche und psychische Gesundheit

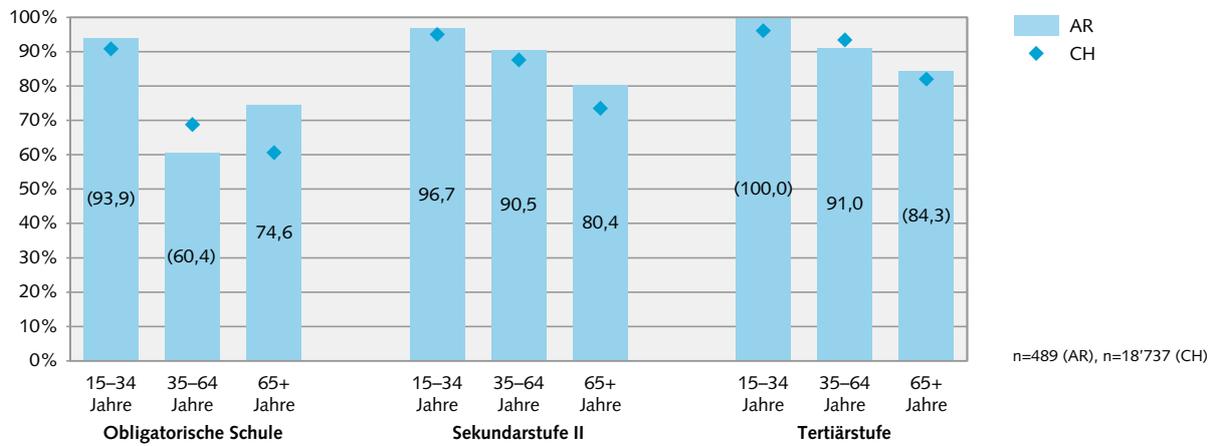
Wie hängt das gesundheitliche Wohlbefinden mit Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitsdimensionen zusammen? Ausländische Studien haben Zusammenhänge zwischen einerseits dem gesundheitlichen Wohlbefinden und andererseits Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit aufgezeigt (Idler & Kasl, 1995; Krause & Jay, 1994; Manor et al., 2001; Segovia et al., 1989). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich in der Appenzell Ausserrhoder und Schweizer Bevölkerung beobachten:

Lang andauernde Gesundheitsprobleme (vgl. 2.2.1), körperliche Beschwerden (vgl. 2.2.2) und psychische Belastung (vgl. 2.3.1) schmälern das gesundheitliche Wohlbefinden (Abb. 2.3). Soziale Gesundheit, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (vgl. 2.4.1), spielt eine vergleichsweise geringe Rolle.

Besonders einschneidend wirken sich lang andauernde Gesundheitsprobleme, starke körperliche Beschwerden und psychische Belastung auf das Wohlbefinden aus. Zwei Drittel der Appenzell Ausserrhoder/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem stufen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein – ohne solches Problem sind es mehr als 95%. Etwas geringer aber

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

Abb. 2.2



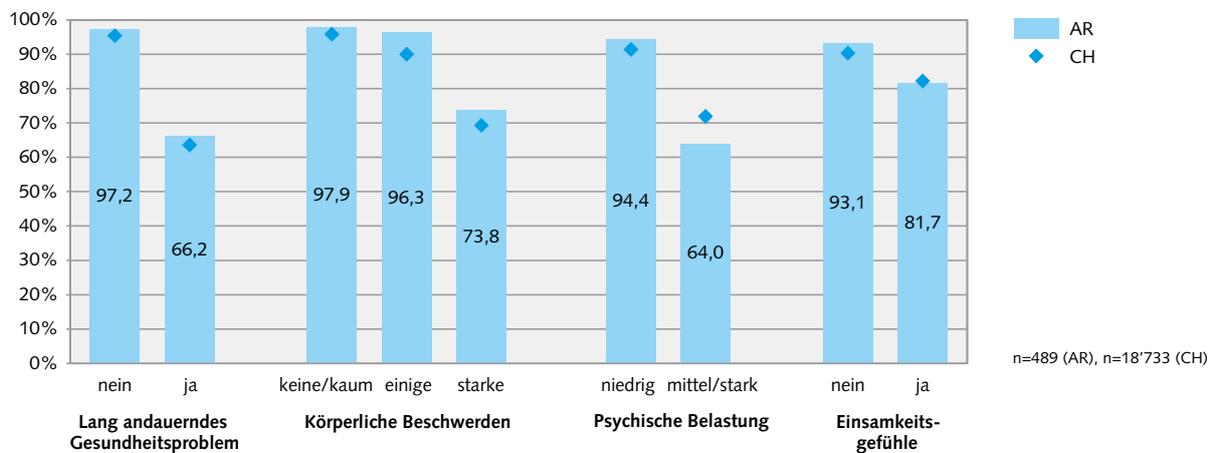
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 2.3



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

dennoch ausgeprägt ist der Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden: Drei Viertel der Befragten mit starken körperlichen Beschwerden bezeichnen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut gegenüber nahezu allen Personen mit höchstens einigen Beschwerden. Vergleichbar mit lang andauernden Gesundheitsproblemen ist die psychische Belastung: Fast sämtliche psychisch niedrig

belastete Befragten berichten eine gute oder sehr gute Gesundheit, mittel oder stark belastete hingegen nur zu zwei Dritteln.

Noch deutlicher wird das gesundheitliche Wohlbefinden durch die Kumulation von körperlichen – in erster Linie lang andauernden Gesundheitsproblemen – und psychischen Beeinträchtigungen beeinflusst. Liegen

gleichzeitig lang andauernde Gesundheitsprobleme und eine mittlere oder starke psychische Belastung vor, so bezeichnen 38,7%¹⁰ der Appenzell Ausserrhoder/innen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut (CH: 45,9%). Starke körperliche Beschwerden gepaart mit mittlerer oder starker psychischer Belastung führen zu einem entsprechenden Anteil von 61,4%¹¹ (CH: 62,4%).

2.2 Körperliche Gesundheit

Das gesundheitliche Wohlbefinden hängt eng mit der körperlichen Gesundheit zusammen. Im Folgenden werden zunächst die soeben angesprochenen lang andauernden Gesundheitsprobleme (2.2.1) und körperlichen Beschwerden (2.2.2) näher untersucht. Danach wird auf zeitweilige Leistungseinschränkungen (2.2.3) sowie Einschränkungen in der täglichen Lebensführung (2.2.4) eingegangen, die vornehmlich durch Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit hervorgerufen werden. Weiter wird die potentielle Gefährdung der körperlichen Gesundheit am für die Prävention relevanten Beispiel der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten geschildert (2.2.5). Abschliessend werden Unfälle (2.2.6) und Stürze (2.2.7) als wichtige Ursachen für Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit dargestellt.

2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gibt gut ein Viertel der Befragten an, zum Zeitpunkt der Erhebung an einem lang andauernden Gesundheitsproblem wie Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu leiden¹² (Tab. 2.2). Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwa gleich häufig wie in der Gesamtschweiz.

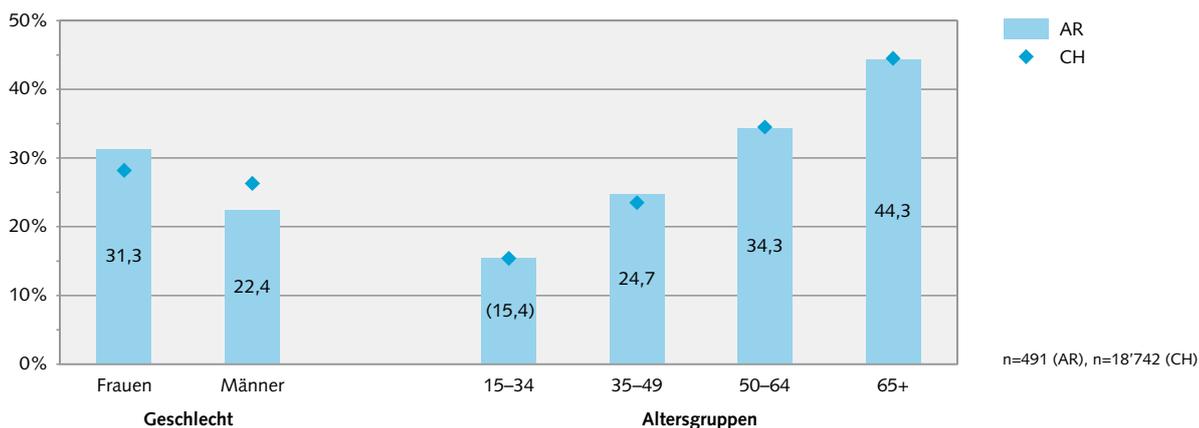
Im Alter häufigere lang andauernde Gesundheitsprobleme

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit lang andauernder Gesundheitsprobleme kontinuierlich an. Ähnlich wie auf Landesebene sind 65-jährige und ältere Appenzell Ausserrhoder/innen dreimal so oft betroffen wie 15- bis 49-jährige (Abb. 2.4). Frauen berichten im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwa anderthalbmal so oft über lang andauernde Gesundheitsprobleme wie Männer. Dieser Unterschied ist ausgeprägter als auf Landesebene, vor allem weil Appenzell Ausserrhoder seltener lang andauernde Gesundheitsprobleme nennen als Männer in der Gesamtschweiz.

Lang andauernde Gesundheitsprobleme sind etwas verbreiteter bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung als bei Personen, die die Sekundarstufe II oder

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

Abb. 2.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

¹⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

¹¹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

¹² Die entsprechende Frage lautet: «Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?»

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

		Lang andauerndes Gesundheitsproblem		Starke körperliche Beschwerden	
		AR	CH	AR	CH
Total		27,1	27,3	22,8	24,2
Geschlecht	Frauen	31,3	28,2	28,7	30,8
	Männer	22,4	26,3	16,4	17,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	(15,4)	15,4	(23,7)	22,3
	35–49 Jahre	24,7	23,5	(17,8)	23,3
	50–64 Jahre	34,3	34,5	(23,4)	23,3
	65+ Jahre	44,3	44,5	30,1	29,4
Bildung	Obligatorische Schule	(29,1)	33,4	(30,9)	32,3
	Sekundarstufe II	28,6	26,5	24,6	24,0
	Tertiärstufe	(21,6)	25,9	(13,5)	20,2
Nationalität	Schweiz	28,1	28,6	21,9	24,4
	Ausland	(22,5)	22,1	(27,8)	23,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	25,7	26,1	23,5	26,3
	CHF 3000 bis 4499	33,2	29,6	19,2	24,1
	CHF 4500 bis 5999	(26,8)	28,3	(23,6)	23,1
	CHF 6000 und höher	(17,5)	26,1	(20,5)	19,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	28,7	27,6	22,9	24,7
	Land	25,2	26,3	22,8	22,6
Regionaler Vergleich	Schweiz		27,3		24,2
	Appenzell Ausserrhoden		27,1		22,8
	Aargau		28,9		23,0
	Bern		30,4*		23,1
	Jura		25,6		28,4
	Luzern		25,1		22,7
	Schwyz		25,8		23,9
	Uri		26,4		20,6
	Grossregion Ostschweiz		27,2		21,3
	Deutschschweiz		28,2		23,4
Französische Schweiz		25,6		26,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=491 (AR), n=18'742 (CH); körperliche Beschwerden: n=460 (AR), n=17'421 (CH)

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

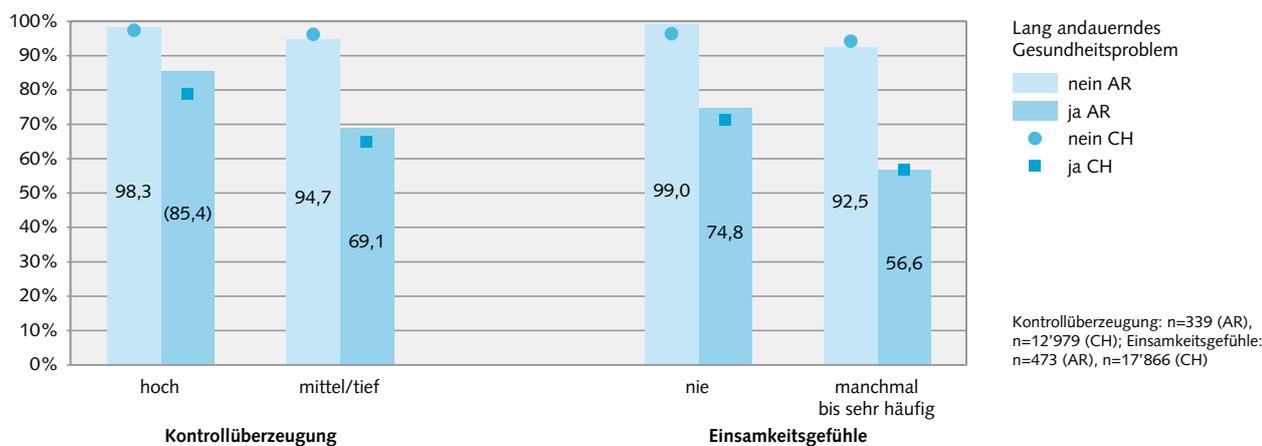
* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

die Tertiärstufe besucht haben, sowie bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern häufiger als bei Ausländerinnen und Ausländern (Tab. 2.2). Im regionalen Vergleich sind lang andauernde Gesundheitsprobleme im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie in den übrigen Ostschweizer Kantonen seltener als in der Deutschschweiz, jedoch häufiger als in der französischen Schweiz.

Trotz lang andauernden Gesundheitsproblemen hohes Wohlbefinden

Lang andauernde Gesundheitsprobleme können das gesundheitliche Wohlbefinden (vgl. 2.1) in erheblichem Mass verringern. Dennoch zeigt sich, dass persönliche und soziale Ressourcen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit lang andauernden Gesundheitsproblemen eine entscheidende Rolle spielen dürften. Exemplarisch seien hier die Kontrollüberzeugung, verstanden als Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können (vgl. 2.3.2), und

Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Einsamkeitsgefühlen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 **Abb. 2.5**



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

die soziale Unterstützung, gemessen am Empfinden von Einsamkeitsgefühlen (vgl. 2.4.1), angeführt.

Das gesundheitliche Wohlbefinden von Befragten mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem ist umso besser, als sie eine hohe Kontrollüberzeugung haben oder angeben, nie an Einsamkeitsgefühlen zu leiden (Abb. 2.5). Während nur gut zwei Drittel der Befragten mit mittlerer oder tiefer Kontrollüberzeugung ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bezeichnen, sind es etwa vier Fünftel mit hoher Kontrollüberzeugung. Ebenso deutlich zeigt sich dieser Unterschied mit Blick auf das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen. Weniger als drei Fünftel der Befragten mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, geben eine gute oder sehr gute Gesundheit an gegenüber drei Vierteln der Personen, die keine Einsamkeitsgefühle erwähnen. Bei Personen ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem spielen die genannten Ressourcen hinsichtlich des Wohlbefindens so gut wie keine Rolle. Persönliche Ressourcen scheinen somit dazu beizutragen, Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden zwischen Personen mit und ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem zu verringern.

2.2.2 Körperliche Beschwerden

Gesundheitliches Wohlbefinden (vgl. 2.1) wird nicht nur durch lang andauernde Gesundheitsprobleme eingeschränkt, sondern ebenfalls durch körperliche Beschwerden, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung

aufgetreten sind. Die acht erhobenen Beschwerden lassen sich nach ihrer Häufigkeit in zwei Gruppen einteilen (Abb. 2.6).

Kopfwahl, Rückenschmerzen, Müdigkeit und Schlafprobleme sind häufige Beschwerden

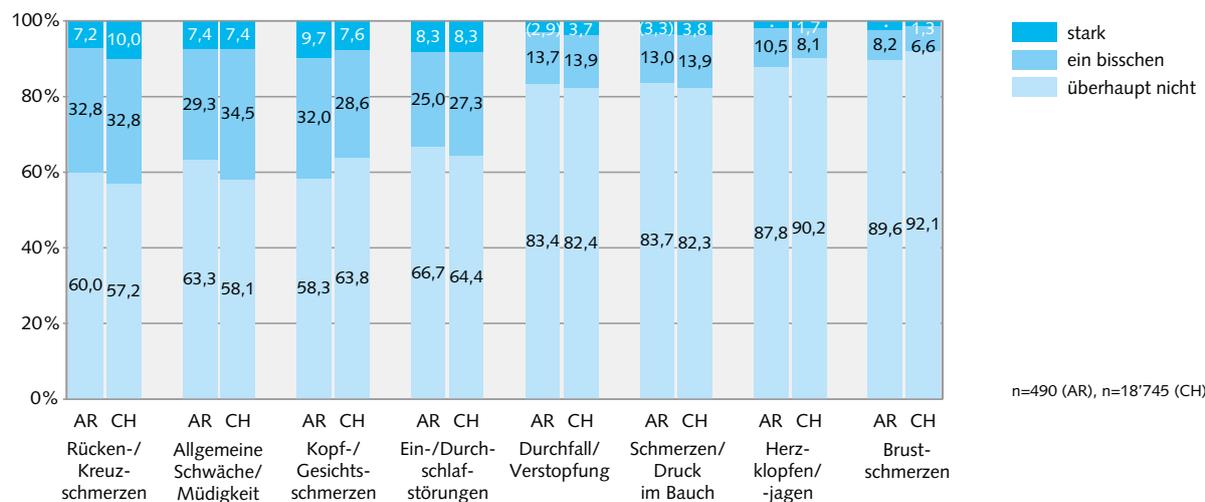
Am verbreitetsten sind bei Appenzell Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern Kopf- und Gesichtsschmerzen (41,7%) sowie Rücken- und Kreuzschmerzen (40,0%), gefolgt von allgemeiner Schwäche und Müdigkeit (36,7%) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (33,3%). Seltener werden Durchfall und Verstopfung (16,7%), Schmerzen und Druck im Bauch (16,3%), Herzklopfen und -jagen (12,2%) sowie Brustschmerzen (10,4%) genannt.

Die meisten Befragten geben nur mässige Beschwerden an (Antwort «ein bisschen»). Rund ein Drittel der Appenzell Ausserrhoder/innen klagten über solche mässige Beschwerden in Verbindung mit Rücken- und Kreuzschmerzen oder Kopf- und Gesichtsschmerzen, weniger als drei von zehn nennen allgemeine Schwäche und Müdigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Starke Beschwerden sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden vor allem bei Kopf- und Gesichtsschmerzen häufig und werden von knapp jeder zehnten Person erwähnt. Bei Rücken- und Kreuzschmerzen, allgemeiner Schwäche und Müdigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen werden sie je von etwa 7% bis 8% der Appenzell Ausserrhoder/innen erwähnt.

Körperliche Beschwerden

Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 2.6



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die einzelnen acht Indikatoren wurden zusammengefasst, um die Belastung durch körperliche Beschwerden gesamthaft zu untersuchen. Dabei wird zwischen starken Beschwerden, einigen Beschwerden und keinen oder kaum Beschwerden unterschieden.¹³ Etwas weniger als sechs von zehn befragten Personen weisen im Kanton Appenzell Ausserrhoden starke (22,8%) oder einige Beschwerden (35,1%) auf. Verglichen mit der Gesamtschweiz fällt die Belastung durch starke Beschwerden im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwas geringer aus, jene durch einige Beschwerden ähnlich.¹⁴

Körperliche Beschwerden gehen oft mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem einher. So berichten Appenzell Ausserrhoder/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem dreimal so häufig über starke Beschwerden als Befragte ohne solches Problem (44,6% vs. 15,2%). Umgekehrt sind Befragte mit keinen oder kaum Beschwerden mehr als doppelt so oft vertreten in der Gruppe ohne als in der Gruppe mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem (49,7% vs. 23,8%).¹⁵

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

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

¹⁵ In der Gesamtschweiz gelten folgende Anteile: 41,4% vs. 17,8% (starke Beschwerden) bzw. 46,0% vs. 24,9% (keine oder kaum Beschwerden).

Häufige körperliche Beschwerden bei Frauen

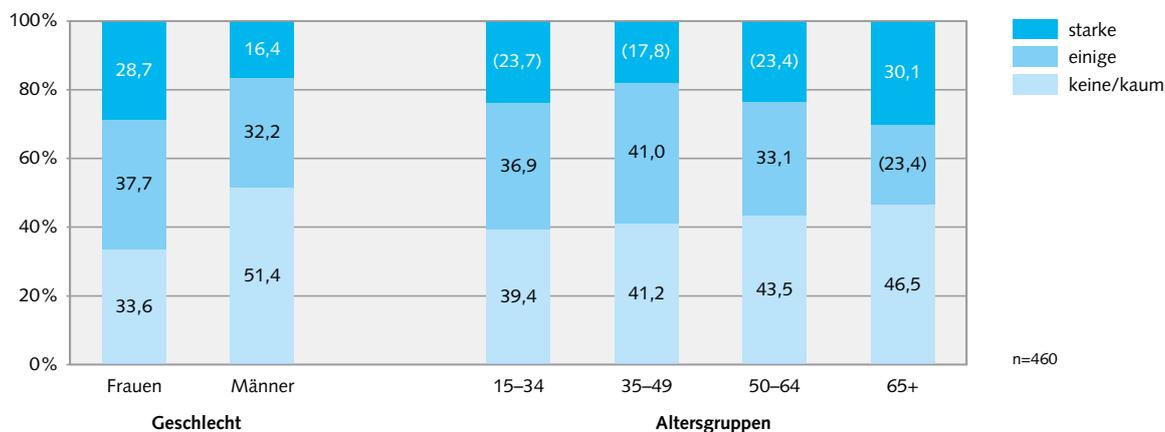
Die Belastung durch Beschwerden unterscheidet sich vor allem nach dem Geschlecht und – anders als bei lang andauernden Gesundheitsproblemen – nur beschränkt nach dem Alter (Abb. 2.7, Tab. 2.2). Männer sind häufiger von körperlichen Beschwerden verschont als Frauen. Während die Hälfte der Appenzell Ausserrhoder so gut wie beschwerdefrei lebt, sind es lediglich ein Drittel der Ausserrhoderinnen. Besonders auffällig ist die häufigere Belastung der Appenzell Ausserrhoderinnen hinsichtlich starker Beschwerden: Mehr als ein Drittel der Frauen weisen solche Beschwerden auf gegenüber einem Sechstel der Männer (28,7% vs. 16,4%). In jeder Altersgruppe geben etwa vier von fünf befragten Appenzell Ausserrhoder/innen an, keine oder kaum Beschwerden zu haben, wobei dieser Anteil mit zunehmendem Alter leicht ansteigt. Ältere Befragte scheinen häufiger starken Beschwerden ausgesetzt zu sein als jüngere.¹⁶

Ferner variiert die Belastung durch starke Beschwerden nach der Bildung (Tab. 2.2). Rund drei von zehn Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung weisen solche Beschwerden auf. Bei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe sind es bis halb so viele.

¹⁶ In der Gesamtschweiz geben 29,4% der 65-jährigen und älteren Befragten starke Beschwerden an – bei den 15- bis 34-jährigen sind es 22,3%.

Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007

Abb. 2.7



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.3 Zeitweilige Leistungseinschränkungen

Einschränkungen in der Einsatz- und Leistungsfähigkeit können sich sowohl in persönlicher, familiärer wie auch volkswirtschaftlicher Hinsicht nachteilig auswirken. Verglichen mit der Gesamtschweiz sind zeitweilige Leistungseinschränkungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden ausgeprägter. So konnten 2007 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 18,7% und in der Gesamtschweiz 17,1% der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung ihren Beschäftigungen aus gesundheitlichen Gründen nicht wie gewohnt nachgehen.¹⁷ Im selben Zeitraum waren Appenzell Ausserrhoder/innen mit einer zeitweiligen Leistungseinschränkung durchschnittlich während 8,4 Tage nicht einsatzfähig, Schweizer/innen während 8,1 Tagen. Leistungseinschränkungen sind zur Hauptsache krankheitsbedingt (AR: 65,9% bzw. CH: 72,9%). Seltener spielen Unfälle eine Rolle (21,1%¹⁸ bzw. 14,4%).

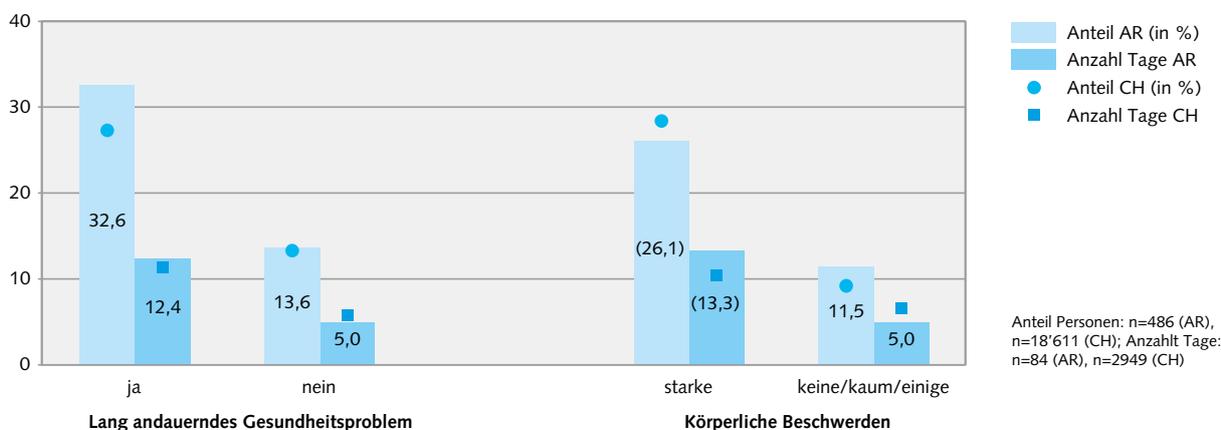
Leistungseinschränkungen gehen mit Gesundheitsproblemen und Beschwerden einher

Zeitweilige Leistungseinschränkungen treten vor allem in Verbindung mit lang andauernden Gesundheitsproblemen und körperlichen Beschwerden auf (Abb. 2.8). Dieser Zusammenhang lässt sich sowohl für die Häufigkeit wie auch die Dauer eingeschränkter Einsatz- und Leistungsfähigkeit beobachten. Ein Drittel der Appenzell Ausserrhoder/innen mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem und ein Viertel mit starken Beschwerden waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung nur eingeschränkt leistungsfähig. Befragte mit höchstens einigen Beschwerden geben halb so häufig Leistungseinschränkungen an, bei Personen ohne Gesundheitsproblem ist der Unterschied noch ausgeprägter. Jeweils etwa jede achte Person ist betroffen. Ähnlich geben Befragte mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder starken Beschwerden durchschnittlich eine zwei- bis dreimal längere Dauer der zeitweiligen Leistungseinschränkung an als die übrigen Personen.

¹⁷ Anteil der Personen, die auf die Frage «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?» mit mindestens einem Tag geantwortet haben.

¹⁸ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung) Abb. 2.8



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.4 Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung

Insbesondere im Alter erschweren vermehrt auftretende gesundheitliche Beeinträchtigungen eine selbständige Lebensführung und ziehen funktionelle Einschränkungen nach sich. Als Folge ist mit einer Zunahme der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zu rechnen. In diesem Abschnitt wird die Selbständigkeit bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Dabei werden funktionelle Einschränkungen sowohl im Bereich grundlegender Aktivitäten wie Essen oder Anziehen als auch im Bereich instrumenteller Aktivitäten wie Kochen oder Einkaufen untersucht.¹⁹

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gibt knapp jede sechste befragte Person an, beim Verrichten alltäglicher Aktivitäten Schwierigkeiten zu haben (AR: 15,8% bzw.

CH: 14,4%).²⁰ Instrumentelle Aktivitäten bereiten dabei fünf- bis sechsmal so oft Schwierigkeiten wie grundlegende Aktivitäten (AR: 15,6% vs. 2,9%²¹; CH: 2,7% vs. 3,4%). Schwierigkeiten bei der Bewältigung von grundlegenden Aktivitäten ziehen in der Regel Schwierigkeiten im instrumentellen Bereich nach sich. Landesweit bereiten die einzelnen grundlegenden Aktivitäten je ca. 2% der Befragten Schwierigkeiten, die instrumentellen je bis ca. 4%. Einzig das gelegentliche Erledigen schwerer Hausarbeit bereitet etwa jeder zehnten Person Schwierigkeiten.

Alltagsaktivitäten bereiten vier von zehn der Appenzeller Ausserrhoder/innen ab 65 Jahren Schwierigkeiten

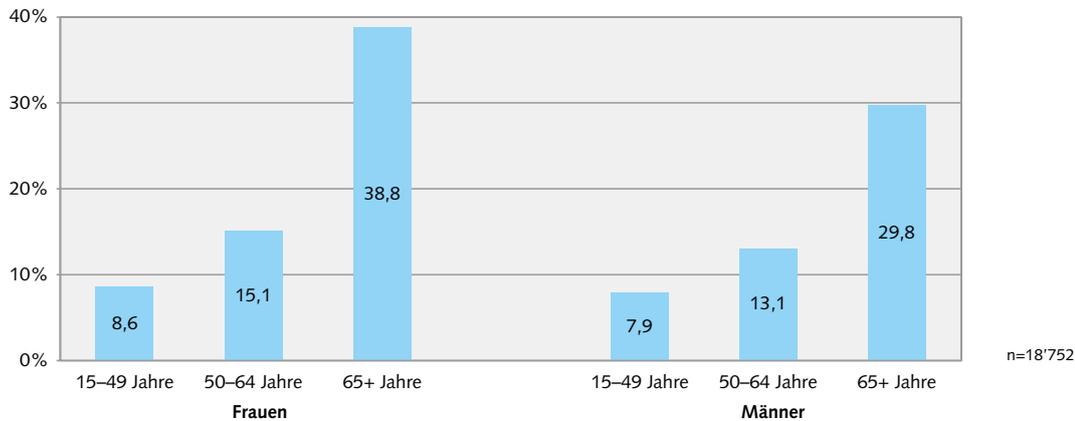
Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender und instrumenteller Aktivitäten sind stark altersabhängig (Abb. 2.9). Bei den Frauen wie bei den Männern sind sie ab 65 Jahren bis etwa viermal häufiger als im früheren Alter. In dieser Altersgruppe berichten Frauen häufiger über Schwierigkeiten als Männer.

¹⁹ In der SGB 2007 wurden fünf grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (auch BADL, engl. basic activities of daily living; siehe Katz et al., 1963) erhoben, nämlich essen, ins oder aus dem Bett steigen bzw. aus einem Sessel aufstehen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen sowie baden oder duschen. Ferner liegen folgende acht instrumentelle Aktivitäten (auch IADL, engl. instrumental activities of daily living; siehe Lawton & Brody, 1969) vor: Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um Finanzen kümmern sowie öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Da die SGB in Privathaushalten durchgeführt wurde, dürften stark pflege- und hilfsbedürftige Personen untervertreten sein.

²⁰ Die Frage zu den grundlegenden Aktivitäten lautete «Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Alltagsverrichtungen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können», jene zu den instrumentellen Aktivitäten «Ich lese Ihnen jetzt andere Aktivitäten rund um den Haushalt vor. Bitte sagen Sie mir...». Im Text sind Personen mit Schwierigkeiten solche, die für mindestens eine Aktivität eine der drei letzten Antwortmöglichkeiten gewählt haben.

²¹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

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

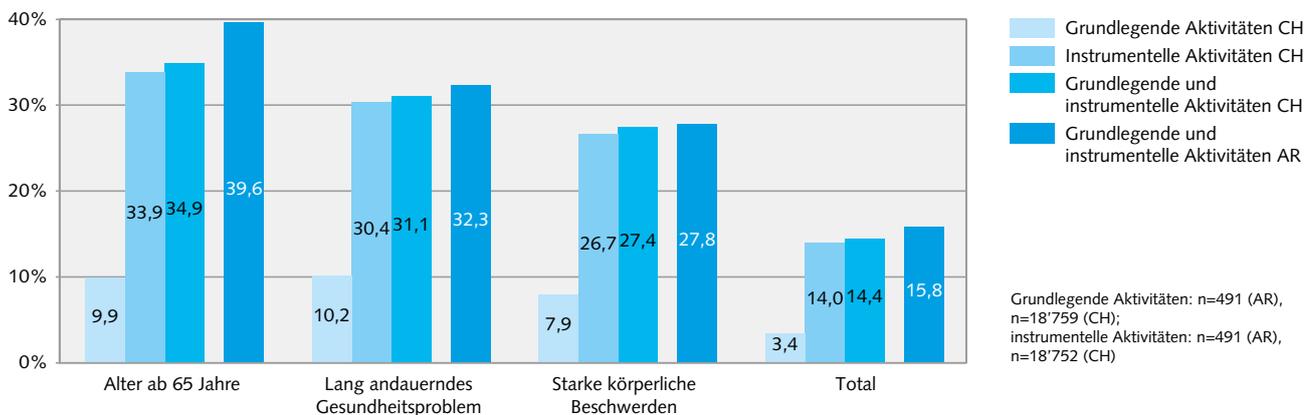


Aktivitäten des täglichen Lebens: grundlegende und instrumentelle Aktivitäten zusammengefasst

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 **Abb. 2.10**



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Fast vier von zehn 65-jährigen und älteren befragten Appenzell Ausserrhoder/innen haben Schwierigkeiten, grundlegende oder instrumentelle Aktivitäten zu verrichten, wobei dieser Anteil etwas höher ausfällt als in der Gesamtschweiz (Abb. 2.10). In dieser Altersgruppe stellen sich schweizweit für jede zehnte Person auch Probleme bei grundlegenden Aktivitäten.

Selbständigkeit in der täglichen Lebensführung wird überdies massgeblich durch körperliche Beeinträchtigungen tangiert: Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben Personen mit starken Beschwerden und noch deutlicher mit lang andauernden Gesundheitsproblemen

bis über zweimal häufiger Schwierigkeiten, grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten nachzugehen.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden geben zwei Drittel und landesweit die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem oder mit starken Beschwerden Schwierigkeiten bei grundlegenden oder instrumentellen Aktivitäten an.²²

²² Lang andauerndes Gesundheitsproblem: AR: 67,4% bzw. CH: 49,7%; starke Beschwerden: 65,9% bzw. 53,7%. Der Prozentwert 65,9% beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Ohne lang andauerndes Gesundheitsproblem bzw. wenn keine oder kaum Beschwerden vorliegen, handelt es sich – stets in der Altersgruppe ab 65 Jahren – mehr oder weniger um jede fünfte Person.²³

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

Nebst den Aktivitäten des täglichen Lebens sei noch kurz auf das Hör-, Seh- und Gehvermögen eingegangen. Beeinträchtigungen in diesem Bereich werden in erster Linie von älteren Menschen berichtet. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gibt rund jede sechste 65-jährige und ältere befragte Person an, nur schwer oder überhaupt nicht einem Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen zu können (AR: 17,1%²⁴ bzw. CH: 13,2%). Beinahe ebenso oft werden Schwierigkeiten genannt, wegen ungenügenden Sehvermögens ein Buch oder eine Zeitung lesen zu können (15,3% bzw. 10,4%). Weniger häufig sind ältere Befragte nicht in der Lage, ohne Anhalten oder Beschwerden eine 200 Meter lange Wegstrecke zu Fuss zurückzulegen (8,1% bzw. 9,6%).²⁵ Etwa jede fünfte 65-jährige und ältere befragte Person weist eine der drei genannten Einschränkungen auf, jede zwanzigste mehrere zugleich.

Ein markanter Zusammenhang besteht zwischen Einschränkungen im Hör-, Seh- oder Gehvermögen und Schwierigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens zu verrichten. Landesweit nennt etwa jede zehnte Person, die weder in ihrem Hör- noch in ihrem Seh- noch in ihrem Gehvermögen eingeschränkt ist, Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten (10,1%). Liegt eine Einschränkung vor, so sind es knapp die Hälfte der Befragten (47,0%), bei zwei oder drei Einschränkungen mehr als vier von fünf (83,0%).²⁶

2.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind nicht nur die Haupttodesursache in der Schweizer Bevölkerung, sondern auch einer der wichtigsten Hospitalierungsgründe. Chronische Erkrankungen der Herzgefässe (ischämische Herzkrankheiten) und zerebrovaskuläre Krankheiten (Hirninfrakt, Hirnblutungen) sind massgeblich für die Mortalität verantwortlich (Meyer et al., 2009; vgl. auch 2.5). Bei knapp jedem zehnten Hospitalisierungsfall liegt eine Hauptdiagnose vor, die auf Herz-Kreislauf-Krankheiten hinweist (BFS, 2008b).²⁷ Ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten machen in der Schweiz 6,2% bzw. 3,3% der gesamten Krankheitslast²⁸ aus (OECD, 2006). Durch die Vorbeugung von Risiken, die mit Herz-Kreislauf-Krankheiten assoziiert sind, kann gezielt auf die einhergehende Mortalität und Morbidität eingewirkt werden. Aus präventiver Sicht besonders relevant sind beeinflussbare Risikofaktoren, die meist durch geeignetes Verhalten vermieden werden können.

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht oder Adipositas und Rauchen zählen zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Bedeutung für die Prävention wird dadurch unterstrichen, dass diese Faktoren schweizweit die vier häufigsten am Sterbegeschehen beteiligten Risikofaktoren darstellen. Weiter stellen sie mit Alkohol die fünf häufigsten Risikofaktoren in Verbindung mit der gesamten Krankheitslast dar. Über die Hälfte der Todesfälle und knapp ein Drittel der gesamten Krankheitslast sind Bluthochdruck (19,2% der Todesfälle bzw. 7,3% der Krankheitslast), hohem Cholesterinspiegel (12,0% bzw. 5,1%), Übergewicht oder Adipositas (8,6% bzw. 6,0%) und Rauchen (15,3% bzw. 11,2%) zuzuschreiben (OECD, 2006).

²³ Kein lang andauerndes Gesundheitsproblem: AR: 17,5% bzw. CH: 23,3%; keine oder kaum Beschwerden: 24,3% bzw. 18,4%. Die Prozentwert 17,5% und 24,3% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁴ Dieser sowie die beiden folgenden Prozentwerte zum Seh- und Gehvermögen im Kanton Appenzell Ausserrhoden beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁵ Die entsprechenden Häufigkeiten bei Appenzell Ausserrhoder/innen ab 15 Jahren betragen 6,7%, 4,4% bzw. 2,2% (CH: 5,0%, 4,3% bzw. 2,8%). Die Prozentwerte 4,4% und 2,2% beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

²⁶ Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind es 11,6% der Befragten ohne Einschränkung und 51,3% mit mindestens einer Einschränkung.

²⁷ Im Jahr 2007 entfielen 142'283 von insgesamt 1'509'181 in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik erfassten stationären und teilstationären Hospitalisierungsfällen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten (ICD-Kapitel IX).

²⁸ Die gesamte Krankheitslast entspricht den wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahren (sog. DALYs, engl. disability-adjusted life years; dt. behinderungsberichtigte Lebensjahre).

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

		Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel		Übergewicht/Adipositas ¹		Rauchen	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		13,5	16,5	7,5	10,5	36,8	38,9	27,7	27,9
Geschlecht	Frauen	12,9	15,6	(4,8)	8,8	29,5	29,8	23,3	23,6
	Männer	(14,1)	17,4	(10,6)	12,4	45,4	48,5	32,8	32,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	.	2,5	.	1,1	(16,9)	23,3	34,6	35,1
	35–49 Jahre	(10,8)	7,6	.	6,3	42,0	38,0	29,9	30,4
	50–64 Jahre	(12,5)	22,1	(12,2)	15,7	41,9	48,7	25,6	27,0
	65+ Jahre	37,3	46,3	(17,2)	24,9	46,9	50,6	(13,8)	12,6
Bildung	Obligatorische Schule	(22,7)	24,6	.	13,0	45,1	53,0	(24,8)	23,2
	Sekundarstufe II	12,3	16,0	(5,0)	9,6	35,3	37,5	30,9	30,0
	Tertiärstufe	(10,3)	13,8	(17,4)	11,5	36,4	35,5	21,0	25,3
Nationalität	Schweiz	12,5	17,6	8,0	11,0	36,9	38,2	26,5	26,9
	Ausland	.	11,6	.	8,3	(36,3)	41,9	(34,2)	31,6
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(16,3)	14,3	.	8,2	38,4	39,3	26,9	28,1
	CHF 3000 bis 4499	(12,0)	18,5	(9,1)	11,9	38,1	40,6	25,9	27,4
	CHF 4500 bis 5999	.	18,2	.	12,0	(37,2)	38,2	(28,4)	29,6
	CHF 6000 und höher	(12,6)	16,2	(14,1)	12,1	(29,1)	35,7	(34,3)	29,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	11,5	16,8	(8,1)	10,8	34,0	37,7	26,7	28,4
	Land	15,9	15,7	(6,7)	9,7	40,1	42,5	28,9	26,5
Regionaler Vergleich	Schweiz	16,5		10,5		38,9		27,9	
	Appenzell Ausserrhoden	13,5		7,5*		36,8		27,7	
	Aargau	17,8		10,0		40,5		26,4	
	Bern	18,6*		11,0		42,9*		26,4	
	Jura	18,3		11,1		43,0		30,1	
	Luzern	12,8*		9,1		35,9		26,4	
	Schwyz	12,1*		7,0*		38,2		30,6	
	Uri	14,6		6,6*		41,5		25,9	
	Grossregion Ostschweiz	15,6		8,3		39,7		29,3	
	Deutschschweiz	16,6		9,4		38,9		28,0	
	Französische Schweiz	16,0		13,1		38,8		27,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Bluthochdruck: n=445 (AR), n=16'966 (CH); hoher Cholesterinspiegel: n=370 (AR), n=14'730 (CH); Übergewicht/Adipositas: n=460 (AR), n=17'879 (CH); Rauchen: n=490 (AR), n=18'754 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

¹ Die Anteile zu Übergewicht und Adipositas beziehen sich auf die Altersgruppe ab 18 Jahre.

Übergewicht oder Adipositas sowie Rauchen sind häufige Risikofaktoren

Übergewicht oder Adipositas ist der häufigste Risikofaktor, gefolgt von Rauchen (Tab. 2.3). Mehr als ein Drittel der Appenzell Ausserrhoder/innen sind übergewichtig oder adipös, über ein Viertel raucht. Knapp jede achte befragte Person berichtet über Bluthochdruck und jede dreizehnte über hohen Cholesterinspiegel.²⁹ Die Häufigkeit der Risikofaktoren Übergewicht oder Adipositas und Rauchen im Kanton Appenzell Ausserrhoden liegt im Schweizer Durchschnitt. Hoher Cholesterinspiegel wird seltener genannt als in der Gesamtschweiz. Die vier Risikofaktoren weisen im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine ähnliche Verbreitung auf wie in der Grossregion Ostschweiz, selbst wenn sie etwas seltener vorkommen – am deutlichsten ist dies bei Übergewicht oder Adipositas zu erkennen.

Risikofaktoren treten oft zusammen auf, wobei Appenzell Ausserrhoder/innen seltener betroffen sind als Schweizer/innen. So weisen 41,3% der Appenzell Ausserrhoder/innen (CH: 35,3%) keinen der vier Risikofaktoren, 37,1% (39,7%) einen Risikofaktor und 21,7% (25,1%) mehrere Risikofaktoren auf. Hervorgehoben sei hier der Zusammenhang von Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel mit Übergewicht oder Adipositas. Bluthochdruck wird von übergewichtigen oder adipösen Appenzell Ausserrhoder/innen (AR: 28,3% bzw. CH: 28,3%) viermal so oft berichtet wie von normal- oder untergewichtigen (7,2%³⁰ bzw. 10,1%). Hohes Cholesterin ist bei Übergewicht oder Adipositas (13,9%³¹ bzw. 16,6%) mehr als doppelt so häufig wie sonst (5,4%³² bzw. 7,3%).

Die Verteilung der einzelnen Risikofaktoren hängt stark von Geschlecht und Alter ab (Tab. 2.3). Einerseits weisen Frauen seltener die genannten Risikofaktoren –

insbesondere Übergewicht oder Adipositas – auf. Andererseits werden die Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel sowie Übergewicht oder Adipositas mit zunehmendem Alter immer häufiger. Jüngere Personen geben nur selten Bluthochdruck und hohen Cholesterinspiegel an, während auf Landesebene in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren fast die Hälfte der Befragten über Bluthochdruck und ein Viertel über hohen Cholesterinspiegel berichtet. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind bei den Befragten ab 65 Jahren niedrigere Anteile festzustellen. Übergewicht oder Adipositas ist bei rund jeder zweiten Person ab 65 Jahren festzustellen – schweizweit mehr als doppelt so oft wie bei 15- bis 34-Jährigen. Rauchen kommt als einziger Risikofaktor bei älteren Befragten seltener vor als bei jüngeren.

Bildung spielt vor allem im Zusammenhang mit Übergewicht oder Adipositas eine Rolle, wobei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung ein besonders hohes Risiko aufweisen (vgl. 3.2). Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II rauchen am häufigsten (vgl. 3.3).

2.2.6 Unfälle

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

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden jährlich jede vierte Person mit einem Unfall

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden erlitt in den zwölf Monaten vor der Befragung knapp jede vierte befragte Person einen Unfall³³ (Abb. 2.11). Ungefähr die Hälfte der Verunglückten verletzten sich bei einem Sport- oder Spielunfall, gut ein Viertel bei einem Unfall in Haus und Garten. Etwas seltener werden auf Landesebene Arbeitsunfälle genannt. Jede zehnte verunglückte befragte Person in der Schweiz führt einen Verkehrsunfall an. Im

²⁹ Bluthochdruck bzw. hoher Cholesterinspiegel liegt vor, wenn die befragte Person angegeben hat, ihr Blutdruck bzw. ihr Cholesterinspiegel sei zum Zeitpunkt der Befragung zu hoch oder sie habe in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Blutdruck- bzw. Cholesterinsenker gebraucht. Diese Definition ist übereinstimmend mit der Kodierung in der SGB 2002, womit Vergleiche mit früheren Arbeiten möglich sind (BFS, 2008e). Es sei jedoch daran erinnert, dass es sich hier um Selbstangaben handelt und Bluthochdruck bzw. hohes Cholesterin nicht unmittelbar wahrnehmbar sind, sondern eine Messung voraussetzen. Veränderungen seit der Messung oder gar das Fehlen einer solchen sowie Erinnerungsschwierigkeiten verzerren möglicherweise die berichteten Häufigkeiten.

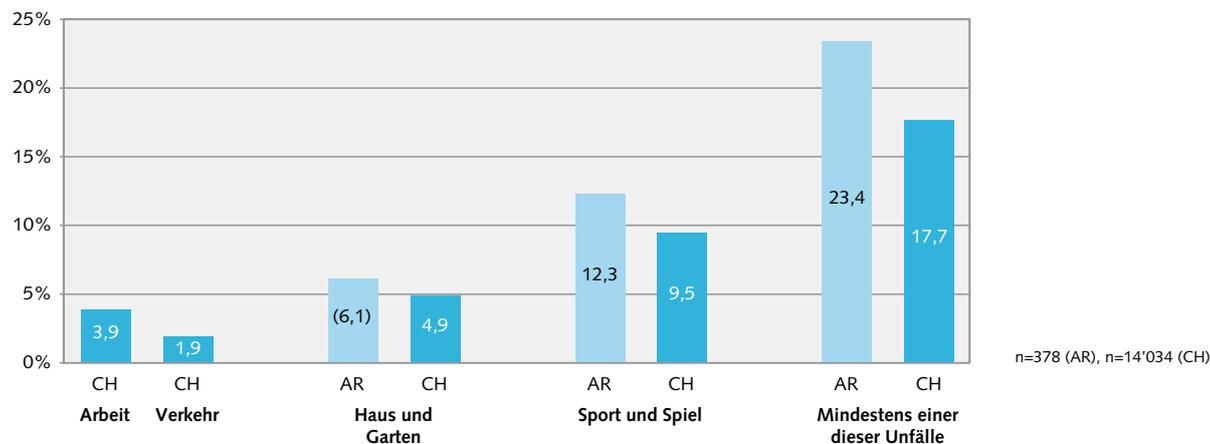
³⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³¹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

³³ Die entsprechende Frage lautet: «Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine Unfallverletzung?» Dabei wurde nach Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, Unfällen in Haus oder Garten und Unfällen bei Sport und Spiel gefragt.

Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) **Abb. 2.11**



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Kanton Appenzell Ausserrhoden berichten Befragte häufiger über Unfälle als in der Gesamtschweiz (nicht signifikant, Tab. 2.4). Landesweit verunfallt jährlich jede sechste Person. Im regionalen Vergleich scheint die Unfallhäufigkeit im Kanton Appenzell Ausserrhoden ebenfalls höher als in der Ost-, Deutsch- und französischen Schweiz.

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

Hohe Unfallgefahr bei jungen Männern

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

³⁴ Bei Nichterwerbstätigen liegt eine Einschränkung vor, wenn sie die üblichen Arbeiten im Haushalt nicht verrichten können bzw. vom Unterricht fernbleiben müssen. Die durchschnittliche Dauer der Einschränkung schwankt schweizweit zwischen 22,7 (Sport- oder Spielunfall) und 33,2 Tagen (Arbeitsunfall; Einschränkungen von einem Tag und mehr). Ungeachtet des Unfalltyps nennen etwa vier von zehn Befragten eine Dauer von einem bis fünf Tagen.

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

		Unfall ¹		Sturzepisode ²	
		AR	CH	AR	CH
Total		23,4	17,7	24,4	23,4
Geschlecht	Frauen	18,7	13,5	29,3	25,3
	Männer	29,2	22,1	(17,5)	21,1
Altersgruppen	15–34 Jahre	(34,8)	25,1	-	-
	35–49 Jahre	(23,0)	15,3	-	-
	50–64 Jahre	(18,5)	14,7	(24,5)	19,9
	65+ Jahre	.	12,6	24,4	24,8
Bildung	Obligatorische Schule	.	17,4	(25,3)	23,9
	Sekundarstufe II	24,0	17,8	(23,7)	22,8
	Tertiärstufe	(24,0)	17,6	.	24,7
Nationalität	Schweiz	21,3	17,2	25,4	23,9
	Ausland	.	19,7	.	18,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(27,2)	18,3	(18,8)	25,8
	CHF 3000 bis 4499	(20,3)	16,4	(30,6)	21,0
	CHF 4500 bis 5999	(23,5)	16,3	.	21,7
	CHF 6000 und höher	.	18,5	.	24,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	26,7	17,6	(20,0)	24,1
	Land	(19,7)	18,2	(30,4)	21,1
Regionaler Vergleich	Schweiz		17,7		23,4
	Appenzell Ausserrhoden		23,4		24,4
	Aargau		20,3		26,8
	Bern		16,6		24,9
	Jura		22,5		(21,7)
	Luzern		19,9		24,3
	Schwyz		19,6		23,9
	Uri		14,9		21,9
	Grossregion Ostschweiz		18,4		20,5
	Deutschschweiz		17,8		23,9
Französische Schweiz		17,9		22,9	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Unfall: n=378 (AR), n=14'034 (CH); Sturzepisode: n=148 (AR), n=6108 (CH)

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

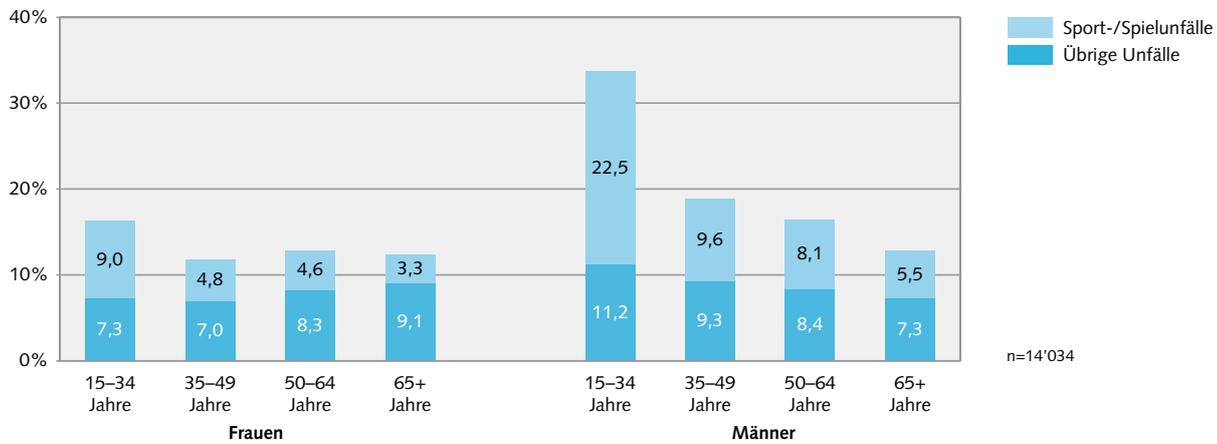
* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

¹ Berücksichtigt sind Arbeits-, Verkehrsunfälle, Unfälle in Haus und Garten sowie bei Sport und Spiel (vgl. auch Abb. 2.11)² Nur Personen ab 60 Jahre

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

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

Abb. 2.12



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

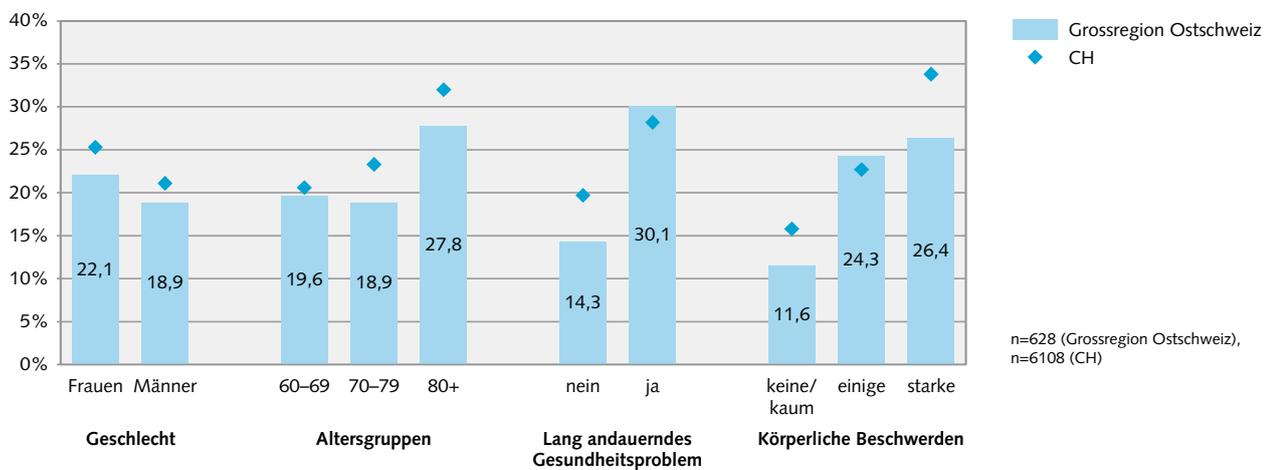
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007

(in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)

Abb. 2.13



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2.7 Stürze

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

Jährlich stürzt fast jede vierte 60-jährige und ältere Person

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist knapp jede vierte 60-jährige und ältere befragte Person in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal gestürzt (Tab. 2.4). Anders als bei Unfällen ist dieser Anteil nur leicht höher als in der Gesamtschweiz sowie in der Deutsch- und französischen Schweiz. Dafür sind Stürze in der Grossregion Ostschweiz seltener – jährlich ist jede vierte Person ab 60 Jahren betroffen. Schweizweit erlitten etwa zwei Drittel der gestürzten Personen einen einzigen Sturz, je ein Sechstel ist zweimal oder noch häufiger gestürzt.

Im Unterschied zum Unfallgeschehen haben Frauen ein höheres Sturzrisiko als Männer (Abb. 2.13). Stürze sind mit zunehmendem Alter häufiger; etwa drei von zehn 80-jährigen und älteren Befragten sind in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung gestürzt. Das Sturzrisiko weist ebenfalls einen engen Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit auf: Sowohl lang andauernde Gesundheitsprobleme wie auch starke Beschwerden gehen mit einer erhöhten Sturzgefahr einher, wenn auch vor allem letztere in der Grossregion Ostschweiz seltener mit einem Sturz verbunden sind als in der Gesamtschweiz. Schweizweit stürzen in jeder Altersgruppe Befragte mit starken Beschwerden doppelt so oft wie jene mit keinen oder kaum Beschwerden. Besonders gefährdet sind 80-Jährige und Ältere mit einer Sturzhäufigkeit von 44,2%, wenn starke Beschwerden vorliegen.

2.3 Psychische Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung der Störungen der psychischen Gesundheit kontinuierlich zugenommen und diese Entwicklung dürfte sich auch in

Zukunft fortsetzen (Murray & Lopez, 1996; WHO, 2001). In der Schweiz stellen psychische Krankheiten mittlerweile die wichtigste Ursache der gesamten Krankheitslast dar (OECD, 2006).³⁵ Die Hälfte der Schweizer/innen ist mindestens einmal im Laufe des Lebens von einer psychischen Krankheit betroffen, die eine Behandlung verlangt (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Psychische Krankheiten im engeren Sinne sind mit einem höheren Grad an Schwere, Dauer und Beeinträchtigungen verbunden und werden nach diagnostischen Kriterien bestimmt (Scharfetter, 2002; Schuler et al., 2007). Weniger einschneidende Belastungen ohne eigentliche Diagnose gelten dabei als psychische Beschwerden. Solche Beschwerden sind gerade von Bedeutung, um den psychischen Gesundheitsstand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu bezeichnen.³⁶ Mehr oder weniger ausgeprägte Beschwerden weisen auf Unterschiede in der psychischen Gesundheit hin. Psychische Gesundheit wird in diesem Zusammenhang verschiedentlich gedeutet, z.B. als Selbstwirksamkeit, Autonomie oder Kompetenz (WHO, 2001). In diesem Abschnitt wird daher zunächst auf die psychische Belastung eingegangen (2.3.1), danach auf ihr Verhältnis zu den wichtigen persönlichen Ressourcen Kontrollüberzeugung (2.3.2) und Kohärenzgefühl (2.3.3). Abschliessend werden depressive Symptome als besondere psychische Belastung näher untersucht (2.3.4).

2.3.1 Psychische Belastung

Appenzell Ausserrhoder/innen seltener psychisch belastet als Schweizer/innen

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden – ähnlich wie in der Deutschschweiz – gibt gut jede siebte befragte Person eine mittlere oder starke psychische Belastung³⁷ an (nicht signifikant, Tab. 2.5). Dieser Anteil ist niedriger als in der

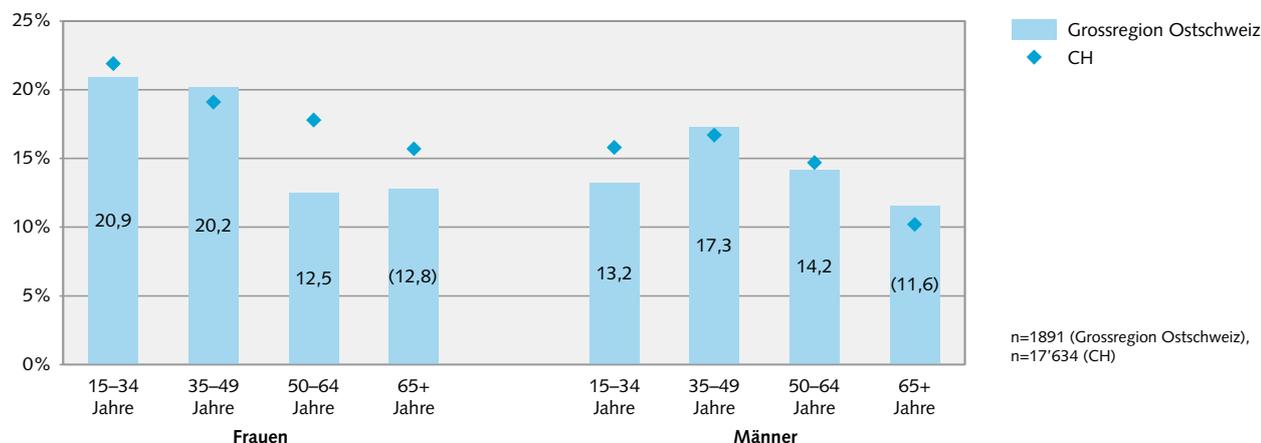
³⁵ Gemessen in verlorenen gesunden Lebensjahren (siehe Fussnote 28 in Abschnitt 2.2.5). Unipolare depressive Störungen machen 10,3%, Demenzen 4,7% der gesamten Krankheitslast aus.

³⁶ Ferner spricht für diesen Zugang zur psychischen Gesundheit die Tatsache, dass schwer psychisch Erkrankte oft in Institutionen oder Krankenhäusern weilen und daher in der in Privathaushalten durchgeführten SGB stark untervertreten sein dürften.

³⁷ Die psychische Belastung wurde anhand der MHI-Subskala der Kurzform des MOS erfasst (SF-36; Bullinger et al., 1995; Ware & Sherbourne, 1992). Die Subskala entspricht der Summe der Häufigkeit folgender fünf Zustände in den letzten vier Wochen vor der Befragung: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Entmutigung oder Depressivität; Glücksgefühl. Der Skalensbereich geht von 0 bis 100, eingeteilt in starke (0 bis 52), mittlere (53 bis 72) und geringe psychische Belastung (73 bis 100). Da in der Ostschweiz lediglich 4,5% (CH: 4,3%) der Befragten psychisch stark belastet sind, wurden die Kategorien mittlere und starke Belastung zusammengefasst.

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.14



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gesamtschweiz, wo jede sechste Person psychisch mittel oder stark belastet ist. Besonders häufig ist eine mittlere oder starke psychische Belastung in der französischen Schweiz. Befragte in der Grossregion Ostschweiz sind etwas häufiger psychisch mittel oder stark belastet als im Kanton Appenzell Ausserrhoden, jedoch seltener als in der Gesamtschweiz.

Sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch in der Gesamtschweiz sind Frauen häufiger psychisch mittel oder stark belastet als Männer. Auf Landesebene geht mit zunehmendem Alter der Anteil psychisch mittel oder stark Belasteter zurück. Ebenfalls zeichnet sich mit steigender Bildung eine Abnahme der Häufigkeit der psychischen Belastung ab. Dabei ist bei einem Viertel der Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung eine mittlere oder starke psychische Belastung auszumachen – gut anderthalbmal so oft wie bei Befragten mit einem Tertiärabschluss. Sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie in der Gesamtschweiz sind Ausländer/innen häufiger einer mittleren oder starken psychischen Belastung ausgesetzt als Schweizer Staatsbürger/innen.

In der Ost- wie in der Gesamtschweiz lässt sich die häufigere psychische Belastung der Frauen als der Männer vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen beobachten, wobei sich gut jede fünfte jüngere Befragte mittel oder stark belastet fühlt (Abb. 2.14). Bei den Frauen zeigt sich mit zunehmendem Alter eine Abnahme des Anteils psychisch Belasteter, während dies bei den Männern erst ab der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen der Fall ist. In der Grossregion Ostschweiz sind

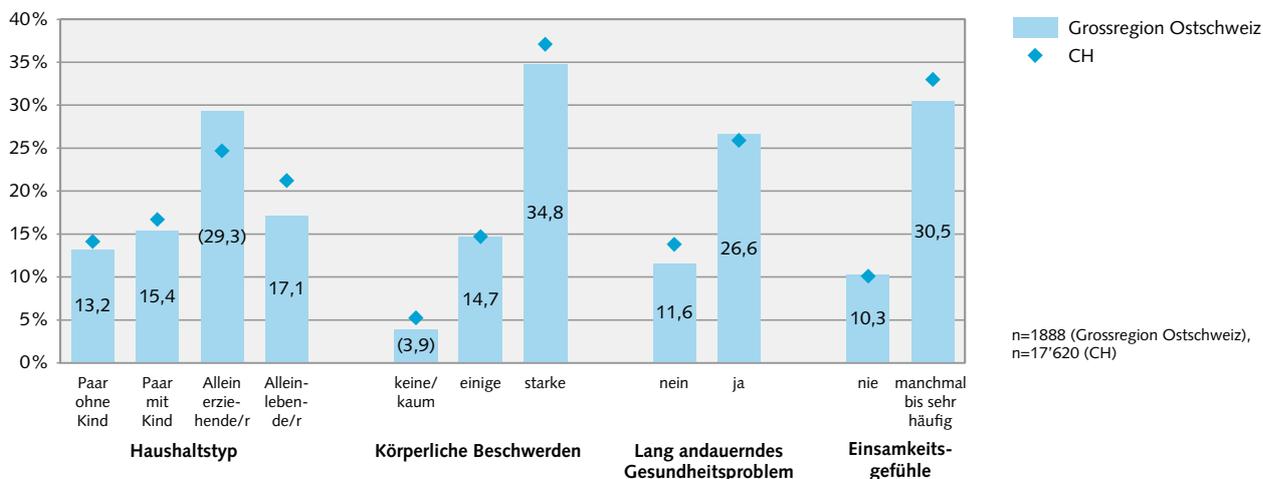
Frauen ab 50 Jahren sowie Männer zwischen 15 und 34 Jahren seltener psychisch mittel oder stark belastet als in der Gesamtschweiz.

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit psychischer Belastung einher

Die psychische Belastung hängt – klar deutlicher als mit Geschlecht, Alter oder regionalen Unterschieden – sowohl mit dem sozialen Umfeld als auch mit der körperlichen Gesundheit zusammen (Abb. 2.15). Alleinerziehende – schweizweit auch Alleinlebende – sind rund doppelt so oft psychisch mittel oder stark belastet wie Personen mit einem Partner. Mehr als ein Viertel der Alleinerziehenden fühlt sich psychisch belastet, was auf die besondere Herausforderung, Kinder ohne Unterstützung eines Partners zu erziehen, hinweisen mag. Alleinlebende berichten in der Grossregion Ostschweiz etwas seltener über eine mittlere oder starke psychische Belastung als in der Gesamtschweiz. Dass der Kontakt zu Mitmenschen als wichtige Ressource die psychische Gesundheit steigern kann, zeigt sich noch deutlicher mit Blick auf das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen: Jede zehnte Person ohne solche Gefühle ist psychisch mittel oder stark belastet; bei Personen, die sich manchmal bis sehr häufig einsam fühlen, ist dies dreimal öfter – bei etwa einem Drittel der Befragten – der Fall.

Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit gehen mit einer erhöhten psychischen Belastung einher. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei körperlichen Beschwerden. Mehr als ein Drittel der

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007 **Abb. 2.15**



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Befragten mit starken Beschwerden sind psychisch mittel oder stark belastet, hingegen weniger als ein Zwanzigstel mit keinen oder kaum Beschwerden. Der Anteil mittel oder stark Belasteter ist rund doppelt so hoch bei Personen mit lang andauernden Gesundheitsproblemen – gut jede vierte ist betroffen – wie bei Befragten ohne solche Probleme. Es ist denkbar, dass beim geringeren Gefälle bei lang andauernden Gesundheitsproblemen eine vergleichsweise mässige Belastung durch chronische Erkrankungen wie Diabetes oder über längere Zeit eingespielte Bewältigungsstrategien eine Rolle spielen. Schmerzhaft, unerwartet auftretende körperliche Beschwerden könnten daher als besonders belastend empfunden werden.

2.3.2 Kontrollüberzeugung

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

Kontrollüberzeugung im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher als in der Schweiz

Ähnlich wie in den übrigen Ostschweizer Kantonen weisen die meisten Appenzell Ausserrhoder/innen eine hohe (45,6%) oder mittlere (36,8%) Kontrollüberzeugung³⁸ auf (CH: 39,5% bzw. 40,1%). Übereinstimmend mit der geringeren psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) ist die Kontrollüberzeugung im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher als in der Gesamtschweiz und vor allem als in der französischen Schweiz (nicht signifikant, Tab. 2.5). Ausserrhoder/innen scheinen ebenfalls häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung aufzuweisen als Ost- und Deutschschweizer/innen. Männer haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Frauen, ältere Befragte häufiger als jüngere. Das Bildungsgefälle weist darauf hin, dass hohe Kontrollüberzeugung bei Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung weniger häufig ist als bei Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe.

³⁸ Die Kontrollüberzeugung leitet sich aus dem Grad der Zustimmung zu vier Behauptungen zur Steuerung des eigenen Lebens (mit Problemen nicht fertig werden, sich im Leben hin und hergeworfen fühlen, wenig Kontrolle über die Dinge haben, sich den eigenen Problemen ausgeliefert fühlen) auf einer Skala von 1 («stimme voll und ganz zu») bis 4 («stimme überhaupt nicht zu») ab. Aus der Summe der Skalenwerte ergibt sich tiefe (4 bis 11), mittlere (12 bis 14) oder hohe Kontrollüberzeugung (15 oder 16; BFS, 2008d).

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

		Mittlere oder starke psychische Belastung		Hohe Kontrollüberzeugung		Hohes Kohärenzgefühl ¹	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		14,7	17,0	45,6	39,5	60,9	61,4
Geschlecht	Frauen	17,6	19,0	43,9	37,3	56,3	61,5
	Männer	(11,2)	14,9	47,6	41,8	66,7	61,3
Altersgruppen	15–34 Jahre	(13,7)	18,9	40,9	35,5	45,4	47,4
	35–49 Jahre	(18,0)	17,9	37,9	37,6	59,6	61,0
	50–64 Jahre	(14,1)	16,3	51,7	40,3	75,8	69,1
	65+ Jahre	.	13,3	64,1	50,7	74,4	78,0
Bildung	Obligatorische Schule	.	23,8	(44,4)	37,3	(44,8)	52,4
	Sekundarstufe II	14,0	16,7	44,5	39,4	59,7	60,5
	Tertiärstufe	(10,7)	14,7	49,1	40,5	74,7	67,1
Nationalität	Schweiz	13,7	15,8	46,6	40,1	65,0	63,8
	Ausland	(20,3)	22,3	(40,2)	37,2	(39,2)	52,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(14,0)	19,6	40,6	36,7	61,9	56,8
	CHF 3000 bis 4499	(15,9)	17,2	46,4	40,4	56,8	63,6
	CHF 4500 bis 5999	(12,7)	14,2	(46,6)	39,8	56,1	64,6
	CHF 6000 und höher	.	12,7	(59,3)	44,3	84,3	67,5
Urbanisierungsgrad	Stadt	14,6	17,5	43,3	39,5	56,0	61,3
	Land	14,7	15,8	48,3	39,5	66,6	61,7
Regionaler Vergleich	Schweiz		17,0		39,5		61,4
	Appenzell Ausserrhoden		14,7		45,6		60,9
	Aargau		15,1		44,6*		60,4
	Bern		14,3*		41,2		62,5
	Jura		24,4*		32,5*		59,3
	Luzern		12,4*		44,9*		62,4
	Schwyz		13,0*		44,6		62,1
	Uri		10,5*		44,1		63,9
	Grossregion Ostschweiz		15,8		43,6		61,4
	Deutschschweiz		15,1		42,1		61,8
Französische Schweiz		21,8		33,7		60,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Psychische Belastung: n=465 (AR), n=17'634 (CH); Kontrollüberzeugung: n=339 (AR), n=12'992 (CH); Kohärenzgefühl: n=355 (AR), n=13'548 (CH)

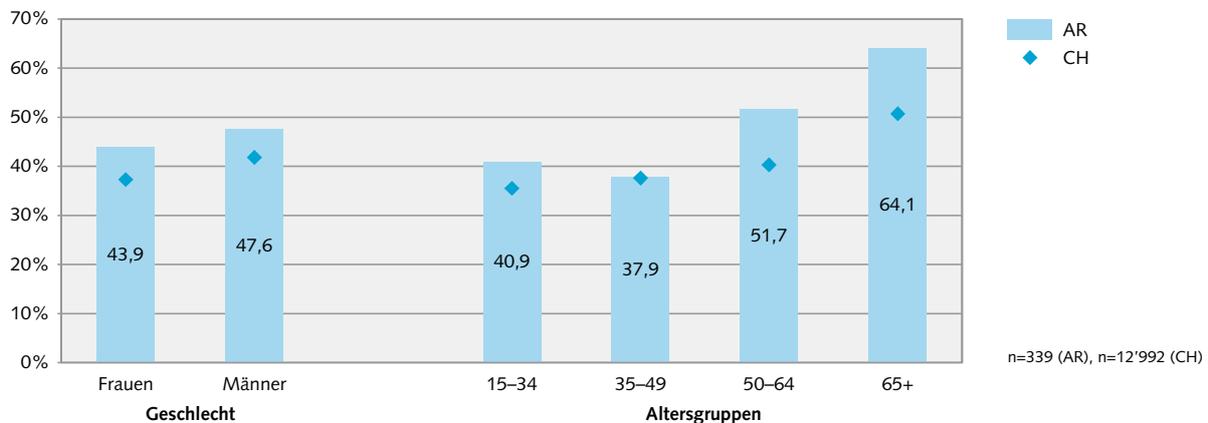
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

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

Abb. 2.16



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

An dieser Stelle sei insbesondere auf die 65-jährigen und älteren Befragten hingewiesen, die in der Gesamtschweiz zur Hälfte und im Kanton Appenzell Ausserrhoden sogar zu zwei Dritteln eine hohe Kontrollüberzeugung haben – bei den unter 50-Jährigen sind es nicht mehr als vier von zehn Personen. Die Zunahme körperlicher Gebrechen im Alter (vgl. 2.2.1 und 2.2.2) geht somit nicht zwangsläufig mit dem Gefühl einher, das eigene Leben nicht mehr steuern zu können. Hier mag die Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit möglichen Beeinträchtigungen eine Rolle spielen.

Verglichen mit der Gesamtschweiz ist bei Befragten ab 50 Jahren im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine hohe Kontrollüberzeugung häufiger anzutreffen (Abb. 2.16). Besonders deutlich ist dieser Unterschied bei den Frauen zu erkennen: Geben gut vier von zehn 50-jährigen Schweizerinnen eine hohe Kontrollüberzeugung an, so sind es rund anderthalb so viele gleichaltrige Appenzell Ausserrhoderinnen. Dieser Befund steht im Einklang mit der vergleichsweise geringen psychischen Belastung der Ausserrhoderinnen ab 50 Jahren (vgl. 2.3.1). Ferner scheinen Appenzell Ausserrhoder unter 50 etwas häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung aufzuweisen als gleichaltrige Schweizer, was ebenfalls auf die geringere psychische Belastung junger Männer im Kanton Appenzell Ausserrhoden hinweisen mag.

2.3.3 Kohärenzgefühl

Mit Blick auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit stellt das Kohärenzgefühl eine zentrale Ressource im salutogenetischen Gesundheitsmodell dar (Antonovsky, 1997). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl erleichtert dem Individuum die Bewältigung sogenannter Stressoren, die das momentane gesundheitliche Gleichgewicht stören. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Dimensionen, die kennzeichnend für gesundheitschützende bzw. -fördernde Faktoren³⁹ sind: Verstehbarkeit (Ereignisse scheinen nachvollziehbar), Handhabbarkeit (Gefühl, Anforderungen meistern zu können) und Sinnhaftigkeit (Leben und Belastungen erscheinen sinnvoll).

Auf einer Skala von 0 (geringstes Kohärenzgefühl) bis 18 (höchstes Kohärenzgefühl)⁴⁰ erreichen Appenzell Ausserrhoder/innen einen Durchschnittswert von 13,8 (CH: 13,9). Sechs von zehn Befragten haben ein hohes

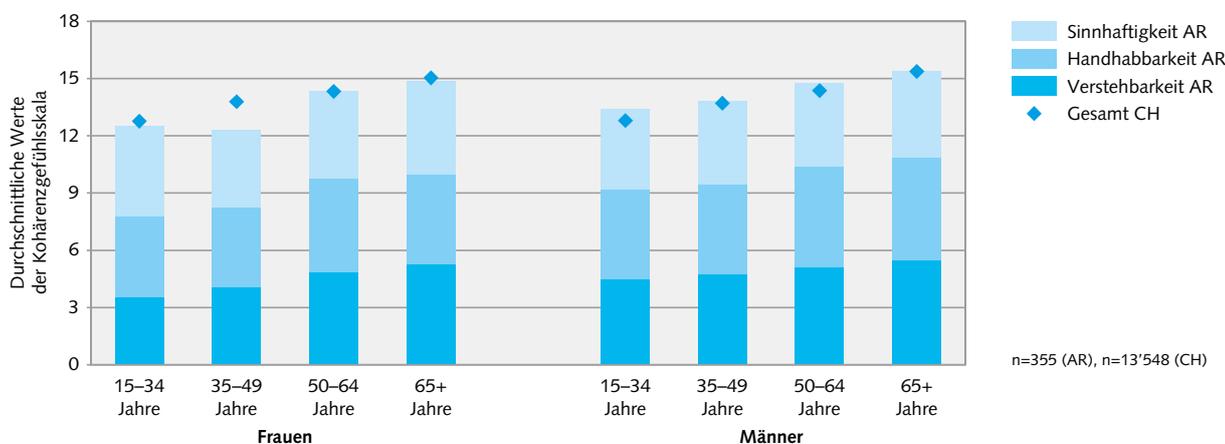
³⁹ Antonovsky (1997) spricht bei diesen gesundheitsschützenden bzw. -fördernden Faktoren von generalisierten Widerstandsressourcen. Dazu zählen z.B. Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung oder Selbstbewusstsein.

⁴⁰ Die Befragten mussten je eine Frage zu Verstehbarkeit («Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?»; Skala von 0 sehr oft bis 6 selten oder nie), Handhabbarkeit («Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?»; Skala dito) und Sinnhaftigkeit («Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?»; Skala von 0 Schmerz und Langeweile bis 6 tiefe Freude und Zufriedenheit) beantworten. Die Kohärenzgefühlsskala entspricht der Summe der drei Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Meist wird das Kohärenzgefühl jedoch mit deutlich mehr Items gemessen (ursprünglicher Fragebogen mit 29 Items oder 13-Item-Kurzfassung, siehe Antonovsky, 1987; für eine 3-Item-Fassung, siehe Lundberg & Nystrom Peck, 1995 und für einen Vergleich der drei Skalen, siehe Olsson et al., 2009). Die Schwellenwerte der 3-Item-Skala sind in der Literatur nicht hinreichend festgelegt. Aus diesem Grund werden auch durchschnittliche Skalenwerte berichtet.

Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen

Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 2.17



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Kohärenzgefühl (Werte zwischen 14 und 18; Tab. 2.5). Im Kanton Appenzell Ausserrhoden – übereinstimmend mit der psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) und der Kontrollüberzeugung (vgl. 2.3.2) – geben Frauen seltener ein hohes Kohärenzgefühl an als Männer. Verglichen mit der Gesamtschweiz scheinen Appenzell Ausserrhoderinnen etwas seltener ein hohes Kohärenzgefühl zu erreichen, Appenzell Ausserrhoder etwas häufiger.

Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit Alter und Bildung: Knapp die Hälfte der 15- bis 34-jährigen Befragten haben ein hohes Kohärenzgefühl, bei 65-jährigen und älteren – sowie im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 50- bis 64-jährigen – sind es drei Viertel. Ähnlich weisen etwas weniger als die Hälfte der befragten Appenzell Ausserrhoder/innen ohne nachobligatorische Schulbildung ein hohes Kohärenzgefühl auf gegenüber drei Vierteln mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. In der Gesamtschweiz ist dieses Gefälle etwas weniger ausgeprägt. Ferner ist ein hohes Kohärenzgefühl bei Ausländerinnen und Ausländern seltener zu beobachten als bei Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürgern. Der Bildungsgradient ist zumindest auf Landesebene bei Ersteren ausgeprägter als bei Letzteren: Schweizweit haben vier von zehn ausländischen Befragten ohne nachobligatorische Schulbildung ein hohes Kohärenzgefühl gegenüber mehr als sechs von zehn mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (38,3% vs. 64,6%).

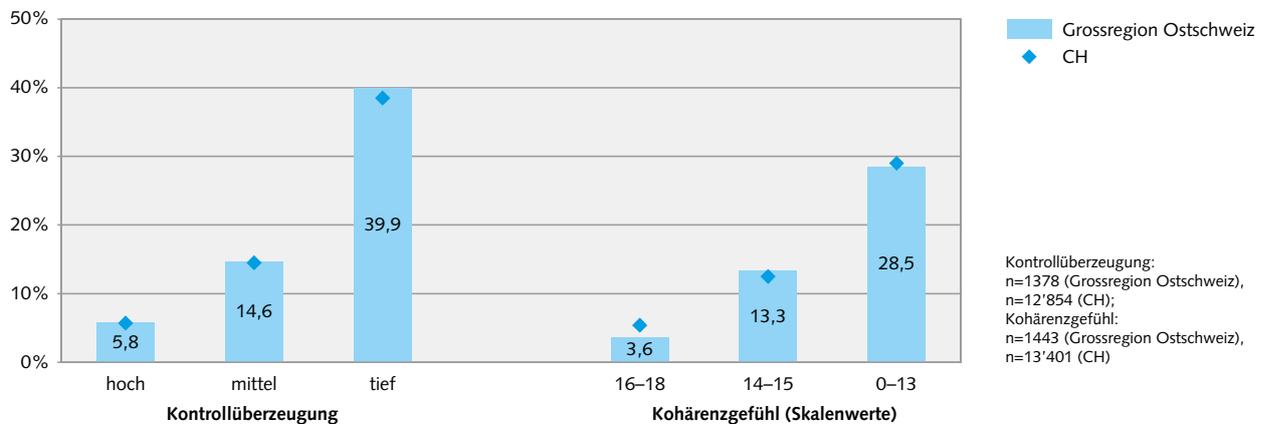
Ältere Menschen mit ausgeprägterem Kohärenzgefühl als jüngere

Das Kohärenzgefühl steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich sowohl bei Frauen als auch bei Männern – dies im Kanton Appenzell Ausserrhoden ähnlich wie in der Gesamtschweiz (Abb. 2.17). Diese Zunahme ist bei den Appenzell Ausserrhoderinnen am deutlichsten an der Dimension der Verstehbarkeit abzulesen. Bei den Appenzell Ausserrhodern zeichnet sich zusätzlich ein Anstieg nach der Dimension der Handhabbarkeit ab.

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

Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.18



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

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.3.4 Depressive Symptome

Depression zählt zu den verbreitetsten psychischen Krankheiten, wobei Angst und Sucht häufige Begleiterkrankungen sind (WHO, 2001; vgl. 5.1). Sie kann eine lange Behandlungsdauer nach sich ziehen und geht den meisten Suiziden voraus (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 wurde nach depressiven Symptomen⁴¹ gefragt.

Gut jede sechste Person mit depressiven Symptomen im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden berichten 17,8% der Befragten über depressive Symptome. Dieser Anteil liegt leicht unter dem Schweizer Durchschnitt (nicht signifikant, 18,9%), was im Einklang mit der geringeren psychischen Belastung (vgl. 2.3.1) und der höheren Kontrollüberzeugung (vgl. 2.3.2) im Kanton Appenzell Ausserrhoden steht. Dabei handelt es sich meist um

schwache Symptome (AR: 14,6% bzw. CH: 15,8%), seltener um mittlere, starke oder gravierende Symptome (3,0% bzw. 3,1%).⁴²

In der Grossregion Ostschweiz scheinen depressive Symptome bei Frauen und Männern etwas weniger verbreitet als in der Gesamtschweiz (Abb. 2.19). Wie auf Landesebene leiden Frauen anderthalbmal so oft an depressiven Symptomen wie Männer – dies ist bei jeder fünften Befragten der Fall. Depressive Symptome kommen mit zunehmendem Alter häufiger vor: Knapp ein Viertel der Ostschweizer/innen ab 65 Jahren weisen solche Symptome auf, bei den 15- bis 34-jährigen sind es etwa halb so viele. Verglichen mit der Gesamtschweiz geben sowohl jüngere wie auch ältere Befragte seltener depressive Symptome an.

Ferner sind depressive Symptome bei mittlerer oder starker psychischer Belastung häufiger als bei niedriger (Ostschweiz: 38,1% vs. 13,3%; CH: 43,3% vs. 14,1%). Geringe persönliche Ressourcen sind ebenfalls mit häufigeren depressiven Symptomen verbunden.⁴³

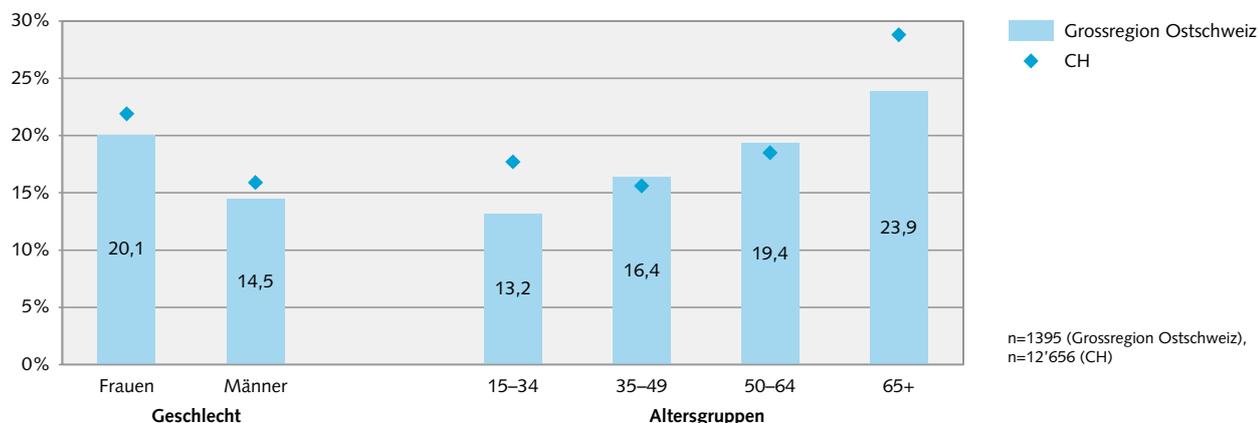
⁴¹ Dabei handelt es sich um selbstberichtete Angaben zur Häufigkeit zehn einzelner Symptome in den zwei Wochen vor der Befragung: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Deprimiertheit; Interesselosigkeit; Müdigkeit oder Erschöpfung; Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust; Schlafstörungen; langsames Sprechen oder Bewegen; mangelndes sexuelles Verlangen; Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstvorwürfe; Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten; Gedanken über Tod oder Selbstmord. Zusammenfassend lassen sich die depressiven Symptome in keine, schwache, mittlere bis starke und gravierende Symptome einteilen (Wittchen et al., 2000). Die berichteten Symptome sind als Anzeichen für depressive Stimmung auszulegen, nicht aber als Diagnose.

⁴² Stärkere Symptome dürften wegen der Befragung von Personen in Privathaushalten eher unterschätzt sein, da zumindest bei gravierenden Symptomen meist mit einer Hospitalisierung zu rechnen ist.

⁴³ Tiefe oder mittlere vs. hohe Kontrollüberzeugung: Grossregion Ostschweiz: 22,5% vs. 8,5%, CH: 24,7% vs. 9,0%; niedriges vs. hohes Kohärenzgefühl: Ostschweiz: 25,6% vs. 11,2%, CH: 30,2% vs. 11,2%.

Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007

Abb. 2.19



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.4 Soziale Gesundheit

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

2.4.1 Einsamkeitsgefühle

Etwa sieben von zehn Befragten im Kanton Appenzell Ausserrhoden und in der Gesamtschweiz fühlen sich nie einsam (AR: 69,1% bzw. CH: 69,7%). Die übrigen Personen geben meistens an, manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden (25,4% bzw. 27,1%). Ziemlich oder sehr häufige Einsamkeitsgefühle nennen nur die Wenigsten.

Jüngere Befragte fühlen sich oft einsam

Das Empfinden von Einsamkeitsgefühlen hängt sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht ab (Abb. 2.20).⁴⁴ Befragte zwischen 15 und 34 Jahren sind davon am meisten betroffen, geben doch fast vier von zehn Befragten an, Einsamkeitsgefühle zu haben. Ältere Personen sind deutlich seltener betroffen. Bei den Befragten ab 50 Jahren ist es weniger als jede vierte Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden, wobei 35- bis 49-Jährige einen Mittelplatz einnehmen. Männer berichten seltener über Einsamkeitsgefühle als Frauen.

Personen mit psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden oft einsam

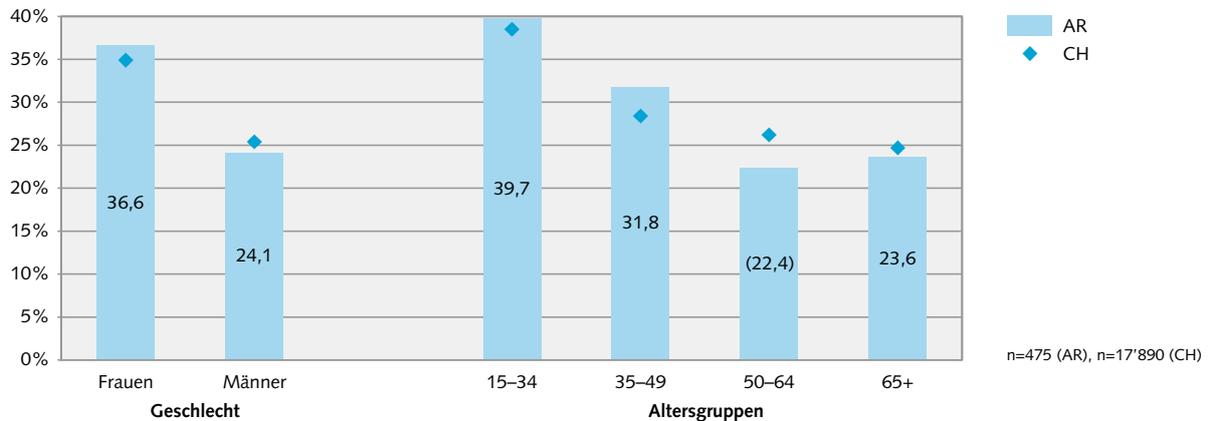
Einsamkeitsgefühle sind bei Alleinerziehenden und Alleinlebenden häufiger als bei Personen mit einem Partner (Abb. 2.21). Dabei zeigt sich bei Paaren, dass Frauen deutlich häufiger solche Gefühle empfinden als Männer (AR: 33,6% vs. 17,0%⁴⁵; CH: 29,8% vs. 20,3%). Ferner sind Einsamkeitsgefühle je häufiger, desto niedriger die Ausbildung ist: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung fühlen sich anderthalb- bis zweimal so häufig einsam wie Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Einsamkeitsgefühle gehen ebenfalls mit Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen

⁴⁴ Befragte, die manchmal, ziemlich häufig oder sehr häufig Einsamkeitsgefühle haben, werden zusammengefasst.

⁴⁵ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 2.20



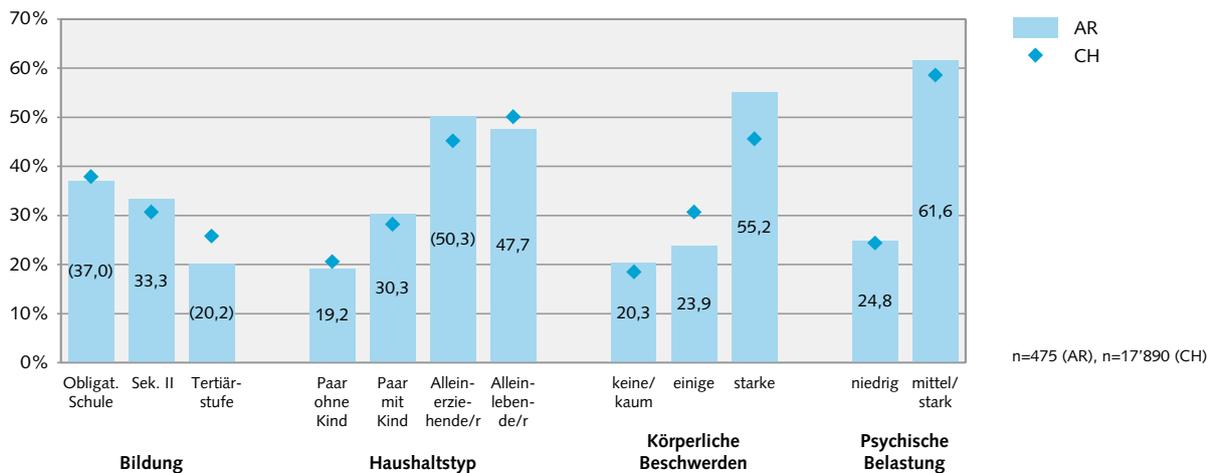
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 2.21



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

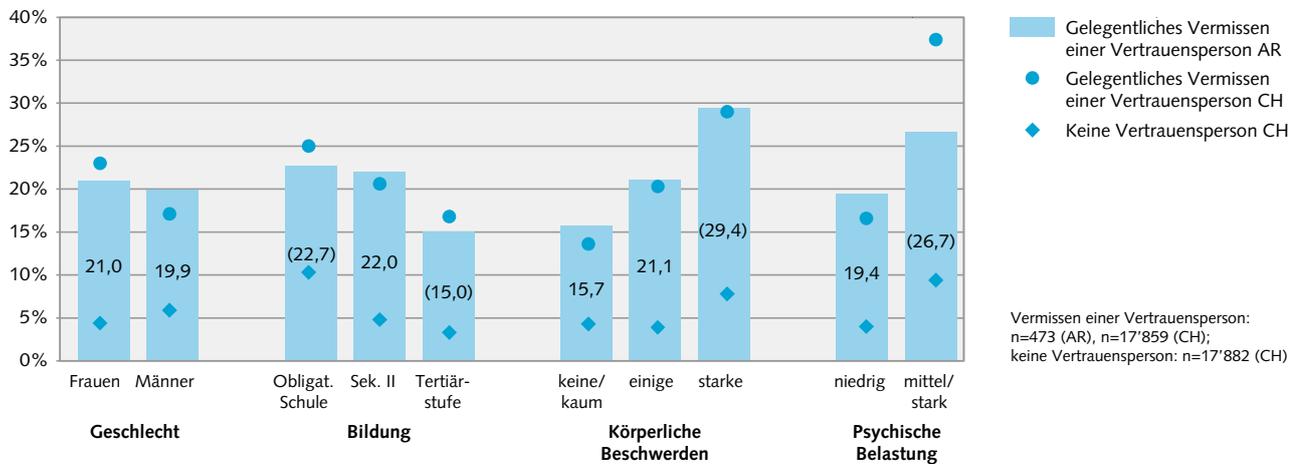
Gesundheit einher. Personen mit starken körperlichen Beschwerden geben fast dreimal so oft Einsamkeitsgefühle an wie Personen mit keinen oder kaum Beschwerden. Ein ähnliches Gefälle besteht bei der psychischen Belastung: Psychisch mittel oder stark Belastete fühlen sich zweieinhalbmal häufiger einsam – betroffen sind zwei von drei Personen – als niedrig belastete Befragte.

2.4.2 Vertrauensperson

Die meisten Appenzell Ausserrhoder Befragten geben an, in ihrem näheren sozialen Umfeld mindestens eine Vertrauensperson zu zählen, mit der sie persönliche Probleme besprechen können (AR: 94,8% bzw. CH: 94,9%). Sieben von zehn sprechen sogar von mehreren Vertrauenspersonen (71,0% bzw. 71,3%).

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

Abb. 2.22



Trotz Vertrauensperson vermisst fast jede fünfte Person gelegentlich emotionale Unterstützung

Dennoch hat jede fünfte Person das Gefühl, manchmal eine solche Vertrauensperson zu vermissen – dies im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie in der Gesamtschweiz (20,5% vs. 20,2%). Gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson kommt bei Befragten ohne Vertrauensperson deutlich häufiger vor als bei Befragten mit mindestens einer Vertrauensperson (AR: 50,5%⁴⁶ vs. 18,8%; CH: 41,6% vs. 19,0%).

Schweizweit haben Frauen zwar öfter mindestens eine Vertrauensperson, vermissen jedoch häufiger gelegentlich eine solche als Männer (Abb. 2.22). Im Kanton Appenzell Ausserrhoden erwähnen Frauen und Männer hingegen gleich oft das gelegentliche Vermissen einer Vertrauensperson. Höhere Bildungsressourcen schaffen gute Voraussetzungen: Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten nicht nur seltener, mindestens eine Vertrauensperson zu haben, sondern auch häufiger, gelegentlich eine solche zu vermissen, als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe II.

Enge Zusammenhänge zeigen sich auch bei Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit. Das Fehlen wie auch das gelegentliche Vermissen einer Ver-

trauensperson ist bei starken Beschwerden häufiger, als wenn keine oder kaum Beschwerden vorhanden sind. Noch deutlicher – zumindest schweizweit – ist das Gefälle bei der psychischen Belastung. Mehr als ein Drittel psychisch mittel oder stark belasteter Schweizer/innen vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson gegenüber etwa einem Sechstel der Personen mit einer niedrigen psychischen Belastung. Rund jeder zehnten psychisch mittel oder stark belasteten Person fehlt eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld.

⁴⁶ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

2.5 Sterblichkeit und Todesursachen

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

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

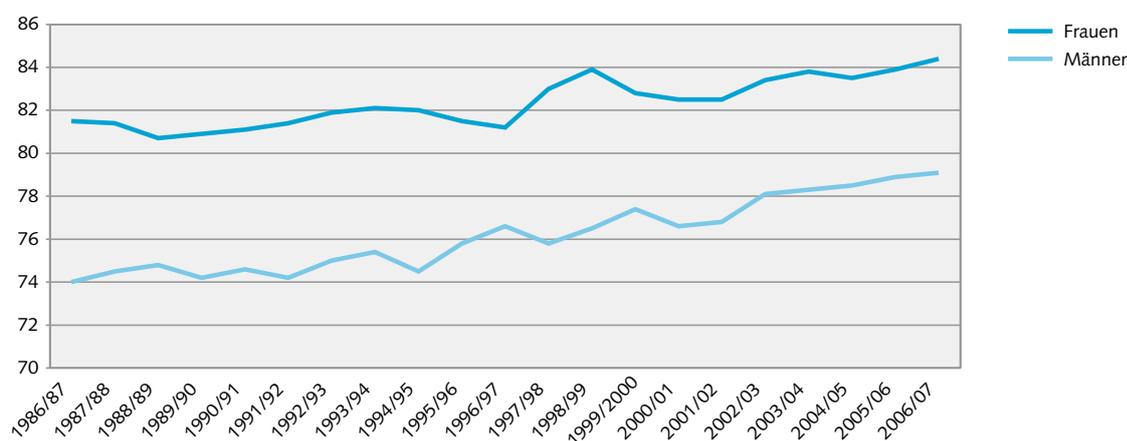
2.5.1 Gesamtsterblichkeit im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für die Periode 2006/2007 79,1 Jahre für die Männer und 84,4 Jahre für die Frauen (BFS, 2008e). Diese Zahlen liegen nahe beim Schweizer Durchschnitt mit 79,2 bzw. 84,1 Jahren. Die Lebenserwartung hat in Appenzell Ausserrhoden wie in der gesamten Schweiz jedes Jahr zugenommen (Abb. 2.23). 1986/87 lag diejenige der Männer bei 74,0 Jahren (CH: 73,8) und jene der Frauen bei 81,5 Jahren (CH: 80,5). Die Lebenserwartung der älteren Personen ist deutlich gestiegen. Für die 65-Jährigen des Kantons Appenzell Ausserrhoden belief sie sich 2006/2007 auf 21,7 Jahre für die Frauen und auf 18,6 Jahre für die Männer. In den letzten 20 Jahren nahm die Lebenserwartung der 65-Jährigen um 1,8 Jahre (Frauen) bzw. 3,1 Jahre (Männer) zu.

Zudem verkleinert sich der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Männer und Frauen: Betrug er 1986/87 noch 7,4 Jahre, waren es 2006/2007 nur noch 5,3 Jahre.

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

Abb. 2.23

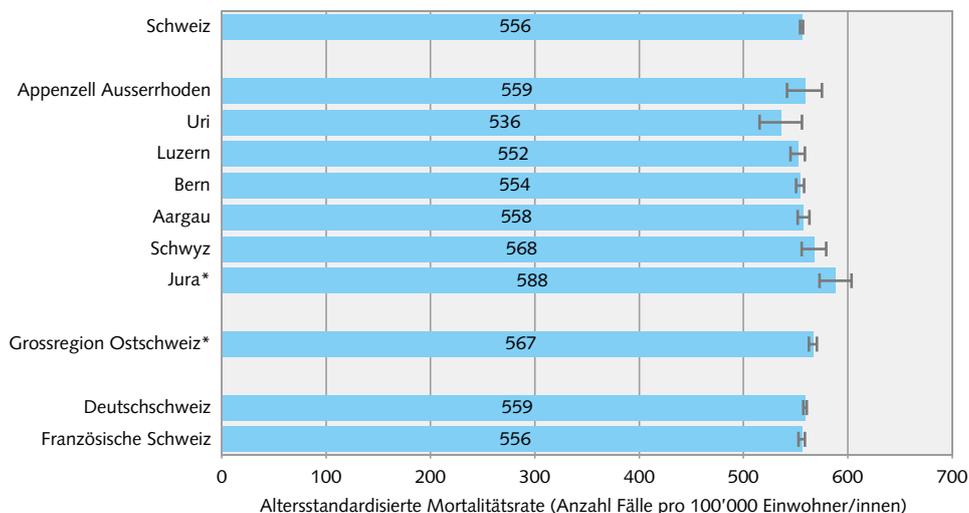


Quelle: BFS, ESPOP 1986–2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten 1997–2006, (mit 95%-Vertrauensintervall)

Abb. 2.24



* Kantone/Regionen, deren altersstandardisierte Mortalitätsrate signifikant vom gesamtschweizerischen Wert abweicht

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Todesursachenstatistik

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

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

Im Jahr 2006 starben im Kanton Appenzell Ausserrhoden 244 Frauen und 244 Männer, insgesamt also 488 Personen. Das sind 54 Todesfälle weniger als 1986, obwohl der Anteil älterer Personen an der Bevölkerung zugenommen hat. 1986 betrug der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen 4,8%; zwanzig Jahre später, 2007, bereits 5,4%. Im Allgemeinen ist ein Rückgang der Todesfälle der unter 80-Jährigen sowie eine Zunahme der Todesfälle der über 80-jährigen Personen festzustellen.

2.5.2 Regionaler Vergleich

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Abb. 2.24) ermöglicht es, den Kanton Appenzell Ausserrhoden mit anderen Kantonen, Regionen und mit der gesamten Schweiz zu vergleichen, indem der Einfluss der Altersstruktur der Bevölkerung beseitigt wird. Anhand des Vertrauensintervalls für die altersstandardisierte Rate kann jede Region mit der gesamten Schweiz verglichen werden. Das Intervall variiert je nach Bevölkerung des Kantons und seiner Mortalitätsrate. Die mit einem Sternchen markierten Kantone und Regionen weichen signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab (JU, Grossregion Ostschweiz). Im Zeitraum 1997–2006 betrug die altersstandardisierte Mortalitätsrate des Kantons Appenzell Ausserrhoden durchschnittlich 559 Todesfälle pro 100'000 Einwohner und pro Jahr. Damit liegt die Rate nahe beim Landesdurchschnitt (556 Todesfälle pro 100'000 Einwohner) und beim Durchschnitt der anderen Vergleichsregionen und -kantone.

2.5.3 Ausgewählte Todesursachen

Dieser Abschnitt befasst sich zunächst mit der Entwicklung der Mortalitätsrate nach Alter sowie mit den häufigsten dazugehörigen Todesursachen. Danach werden die verschiedenen Todesursachen im Kanton Appenzell Ausserrhoden diskutiert und mit dem Schweizer Durchschnitt verglichen.

Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1997–2006

Altersgruppen	Geschlecht	Jährliche Sterbefälle	Jährliche Mortalitätsrate ¹		Häufigste Todesursache (in % aller Sterbefälle)
		AR	AR	CH	AR
0–14 Jahre	Männer und Frauen	5	85,9	33,3	Perinatale Todesursache (20%) Missbildungen (26%)
15–34 Jahre	Männer	7	125,6	75,0	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (63%)
	Frauen	2	64,7	30,6	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (39%)
35–49 Jahre	Männer	10	209,7	190,1	Unfälle, Gewalttaten, Suizide (38%)
	Frauen	6	115,2	109,1	Krebskrankheiten (54%)
50–64 Jahre	Männer	33	817,1	808,8	Krebskrankheiten (33%)
	Frauen	15	375,8	418,7	Krebskrankheiten (58%)
65–79 Jahre	Männer	78	3 624,1	3 854,3	Herz-Kreislauf-Krankheiten (37%)
	Frauen	50	1 680,6	1 861,1	Herz-Kreislauf-Krankheiten (43%)
80+ Jahre	Männer	119	17 815,6	15 563,2	Herz-Kreislauf-Krankheiten (43%)
	Frauen	184	15 786,8	14 811,0	Herz-Kreislauf-Krankheiten (55%)

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

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

Ein Vergleich der jährlichen Mortalitätsrate pro 100'000 Einwohner zeigt, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden in den unteren Altersgruppen (0–49 Jahre) eine höhere Mortalitätsrate aufweist als die Gesamtschweiz (Tab. 2.6). Die Mortalitätsrate der Frauen liegt bei den 50- bis 79-Jährigen unter dem Landesdurchschnitt, während dies bei den Männern nur für die Altersklasse 65–79 Jahre der Fall ist. Im Vergleich zum vorangehenden Zeitraum (1987–1996) gingen die Bruttomortalitätsraten in allen Altersklassen unter 80 Jahren zurück, was wiederum zu einer verbesserten Lebenserwartung im Kanton Appenzell Ausserrhoden führt.

Die letzte Spalte der Tabelle stellt die häufigsten Todesursachen nach Alter und Geschlecht dar. Die Todesursachen sind je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den jungen Personen zwischen 15 und 34 Jahren sind externe Ursachen (Unfälle, Gewalttaten, Suizide) am häufigsten. Suizid ist die häufigste Todesursache bei den Männern zwischen 15 und 49 Jahren und den Frauen zwischen 15 und 34 Jahren. Frauen zwischen 35 und 64 Jahren und Männer zwischen 50 und 64 Jahren sterben am häufigsten an Krebs. Bei den Frauen in dieser Altersklasse handelt es sich hauptsächlich um Brust- und Lungenkrebs, bei den Männern um Bronchial- und Luftröhrenkrebs. Während auf gesamtschweizerischer Ebene Krebskrankheiten die häufigste Todesursache bei den 65- bis 79-Jährigen darstellen, sind es im Kanton Appenzell Ausserrhoden Herz-Kreislauf-Krankheiten. Folgende Tabelle zeigt, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden

signifikant weniger Krebskrankheiten aufweist als im Schweizer Durchschnitt. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind auch Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache, insbesondere koronare Herzkrankheiten. Sie machen bei den 80-jährigen und älteren Personen 21% (Männer) bzw. 19% (Frauen) der Fälle aus.

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

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden zwischen 1997 und 2006 durchschnittlich 508 Todesfälle pro Jahr registriert; es starben pro Jahr 259 Frauen (51%) und 249 Männer (49%). Diese Anteile weichen nicht signifikant von jenen der gesamten Schweiz ab.

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden die häufigste Todesursache mit 42% der Todesfälle bei den Männern und 47% bei den

Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Appenzell Ausserrhoden, aggregierte Fallzahlen von 1997 bis 2006

Todesursachen	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR ¹ CH=100	Signifikanz
	N	in %			N	in %		
Infektionskrankheiten	1	0,5	-	-	2	0,9	-	-
Krebskrankheiten	46	17,6	87	***	56	22,4	83	***
Bösartige Tumoren des Magens	2	0,7	-	-	3	1,0	-	-
Bösartige Tumoren des Dickdarms	4	1,4	-	-	5	2,0	-	-
Bösartige Tumoren des Pankreas	4	1,4	-	-	3	1,3	-	-
Bösartige Tumoren der Trachea, Bronchien, Lunge	5	2,0	-	-	11	4,4	71	***
Bösartige Tumoren der Brust	9	3,4	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Cervix uteri	1	0,4	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren des Ovars	4	1,4	-	-	-	-	-	-
Bösartige Tumoren der Prostata	-	-	-	-	10	4,1	94	n.s.
Übrige Krebskrankheiten	18	6,9	79	***	24	9,5	79	***
Diabetes mellitus	11	4,2	141	***	7	2,9	-	-
Demenz	18	7,0	101	n.s.	9	3,4	-	-
Herz-Kreislauf-Krankheiten	122	47,0	109	***	104	41,9	116	***
Koronare Herzkrankheiten	46	17,8	109	n.s.	49	19,7	115	***
Lungenembolien	0	0,2	-	-	1	0,4	-	-
Hirngefässerkrankungen	23	8,8	101	n.s.	16	6,5	109	n.s.
Übrige Herz-Kreislauf-Krankheiten	53	20,3	116	***	38	15,2	120	***
Krankheiten des Atmungssystem	16	6,3	99	n.s.	21	8,5	112	n.s.
Alkohol²	1	0,5	-	-	4	1,6	-	-
Erkrankungen der Harnorgane	2	0,8	-	-	1	0,4	-	-
Perinatale Todesfälle	1	0,2	-	-	0	0,2	-	-
Missbildungen	1	0,5	-	-	1	0,5	-	-
Unfälle, Gewalttaten, Suizide	9	3,5	-	-	21	8,3	121	**
Strassenverkehrsunfälle	0	0,1	-	-	2	0,7	-	-
Suizide	3	1,1	-	-	11	4,4	159	***
Übrige Unfälle, Gewalttaten	6	2,2	-	-	8	3,2	-	-
Übrige Todesursachen	31	11,8	90	n.s.	23	9,0	81	***
Total	259	100,0	100	n.s.	249	100,0	101	n.s.

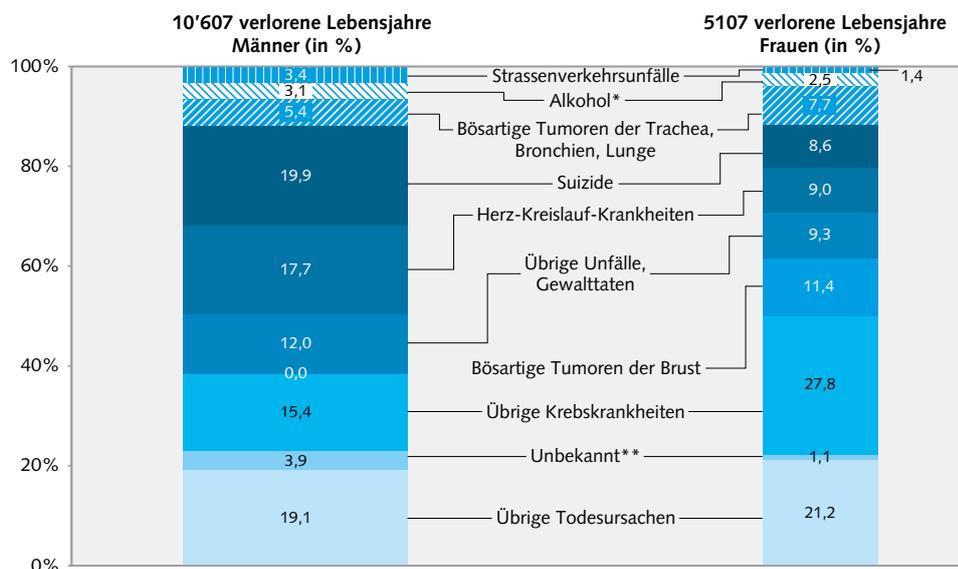
Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

¹ Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100, Chi²: *** p<0,005, ** p<0,01, * p<0,05, n.s.= nicht signifikant. Die SMR wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 1997 und 2006 unter 100 liegt.

² Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1997–2006

Abb. 2.25



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

* Alkohol: ICD-10-Codes F10 und K703

** Unbekannt: ICD-10-Code R99

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1997–2006

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Frauen. Sie liegen signifikant über dem Schweizer Durchschnitt (9% mehr bei den Frauen und 16% mehr bei den Männern). Auch koronare Herzkrankheiten bei Männern (49 Fälle pro Jahr) treten signifikant vermehrt auf. Diese Todesursachen sind sehr stark mit dem Alterungsprozess verbunden und treten daher häufig im höheren Alter auf.

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache mit 22% der Fälle bei den Männern bzw. 18% bei den Frauen. Die Anzahl Krebsfälle bei Männern und Frauen liegen im Kanton signifikant unter dem Schweizer Durchschnitt. Bösartige Tumoren der Trachea, Bronchien, Lunge tritt bei den Männern im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 11 Fällen pro Jahr signifikant weniger auf als in der gesamten Schweiz. Der Prostatakrebs verursacht im Kanton Appenzell Ausserrhoden 10 Todesfälle pro Jahr und weicht nicht signifikant vom Schweizer Durchschnitt ab. Für die übrigen Krebsarten wurden im Berichtszeitraum 1997–2006 zu wenig Fälle registriert, als dass ein Vergleich mit der gesamten Schweiz möglich wäre.

Krankheiten des Atmungssystems treten im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Allgemeinen gleich oft auf wie in der gesamten Schweiz. Mit 11 Todesfällen pro Jahr sind diabetesbedingte Todesfälle bei den Frauen im Kanton Appenzell Ausserrhoden signifikant häufiger als auf gesamtschweizerischer Ebene.

Die Anzahl Todesfälle aufgrund gewaltsamen Todes (Suizid, Unfälle usw.) weicht für die Männer vom Schweizer Durchschnitt ab: Die durchschnittliche Anzahl Suizide ist bei den Männern mit 11 Fällen pro Jahr signifikant höher als in der gesamten Schweiz.

2.5.4 Verlorene potenzielle Lebensjahre

Die Präventivmedizin hat unter anderem zum Ziel, anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) die Ursachen für vorzeitige oder vermeidbare Sterblichkeit zu untersuchen. Mithilfe dieses Indikators können die wichtigsten Todesursachen erkannt werden, die die Lebenserwartung der Wohnbevölkerung des Kantons beträchtlich verkürzen. Eine Analyse des Indikators liefert Hinweise zur vorzeitigen Sterblichkeit, indem die vor dem 70. Altersjahr auftretenden Todesfälle stärker gewichtet werden.

Der VPL-Indikator addiert die Jahre, die den vor dem 70. Alterjahr verstorbenen Personen bis zum Erreichen des 70. Alterjahres noch fehlten. Dadurch erhalten die früh im Leben auftretenden Todesursachen (Strassenverkehrsunfälle, Suizide usw.) ein stärkeres Gewicht. Abbildung 2.25 stellt die prozentuale Verteilung des VPL nach Todesursache dar (1997–2006). Der Kanton Appenzell Ausserrhoden zählt von 1997–2006 durchschnittlich

1571 VPL pro Jahr, davon entfallen 511 (32%) auf die Frauen und 1061 (68%) auf die Männer.

Bei den Frauen sind rund 47% der verlorenen potenziellen Lebensjahre auf Krebs zurückzuführen; dies sind durchschnittlich 240 verlorene potenzielle Lebensjahre pro Jahr, wobei Brustkrebs mit einem Anteil von 11% der VPL den grössten Teil ausmacht. Bei den Männern ist Krebs in rund 21% der Fälle die Ursache, was 221 VPL pro Jahr entspricht. Unfälle, gewaltsame Todesfälle und Suizide machen bei den Männern 35% der VPL aus (374 VPL pro Jahr) und bei den Frauen 19% (98 VPL pro Jahr). Mit einem Anteil von fast 20% macht der Suizid bei den Männern den grössten Teil der VPL aus. Herz-Kreislauf-Krankheiten fallen mit einem Anteil von 18% der VPL ebenfalls stark ins Gewicht.

2.6 Zusammenfassung

Gesundheitszustand

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

Ein guter Viertel der Appenzell Ausserrhoder/innen haben ein lang andauerndes Gesundheitsproblem wie eine Behinderung oder eine chronische Krankheit und jede fünfte bis vierte befragte Person klagt über starke körperliche Beschwerden – hauptsächlich Kopfweg, Rückenschmerzen, Müdigkeit und Schlafprobleme. Frauen berichten fast doppelt so oft über starke Beschwerden wie Männer. Dennoch sind Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit nicht zwangsläufig mit einem schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden verbunden. So lässt sich ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und Ressourcen wie der Kontrollüberzeugung und der sozialen Unterstützung gerade dann beobachten, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden erleidet knapp jede vierte befragte Person jährlich mindestens einen Unfall, ebenso viele 60-jährige und ältere Personen einen Sturz. Vor allem junge Männer haben ein hohes

Unfallrisiko – vornehmlich bei Spiel und Sport –, 80-Jährige und Ältere stürzen am meisten. Vier von zehn 65-jährigen und älteren Appenzell Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern haben ferner Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Sechs von zehn weisen mindestens einen der für Herz-Kreislauf-Krankheiten relevanten Risikofaktoren Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht bzw. Adipositas oder Rauchen auf, ein Fünftel gar mehrere – schweizweit sind es ein Viertel der Befragten.

Die psychische Gesundheit ist besser bei Männern als bei Frauen und – mit Ausnahme depressiver Symptome – bei älteren Befragten als bei jüngeren. Ähnlich wie in der Deutsch- und Ostschweiz scheinen sich Appenzell Ausserrhoder/innen nicht nur seltener psychisch belastet zu fühlen als die Schweizer Bevölkerung, sondern auch seltener depressive Symptome zu nennen und häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung anzugeben. Etwa jede siebte befragte Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist psychisch mittel bis stark belastet, bei jeder fünften bis sechsten liegen möglicherweise depressive Symptome vor. Die psychische Belastung hängt deutlich mit den Gesundheitsressourcen Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl zusammen. In der Grossregion Ostschweiz wie landesweit fühlen sich vier von zehn Befragten mit einer tiefen Kontrollüberzeugung und drei von zehn mit einem niedrigen Kohärenzgefühl psychisch mittel oder stark belastet.

Etwa drei von zehn Befragten empfinden manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle, ungefähr zwei von zehn vermissen gelegentlich eine Vertrauensperson in ihrem näheren sozialen Umfeld. Besonders häufig einsam fühlen sich Alleinlebende und -erziehende, Personen mit starken körperlichen Beschwerden sowie psychisch Belastete.

Sterblichkeit und Todesursachen

Im Laufe der vergangenen zwanzig Jahre hat sich die Lebenserwartung im Kanton Appenzell Ausserrhoden positiv entwickelt. Die Sterblichkeit ist deutlich zurückgegangen, die Lebenserwartung der älteren Bevölkerung (>65 Jahre) gestiegen und der Unterschied bei der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen geschrumpft. Im gesamtschweizerischen Vergleich gibt es sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern keine signifikanten Unterschiede bei der altersstandardisierten Mortalitätsrate nach Alter. Die Zahlen des Kantons Appenzell Ausserrhoden sind mit jenen der übrigen untersuchten Regionen vergleichbar (AG, BE, JU, LU, SZ, UR,

Grossregion Ostschweiz, Deutschschweiz, französische Schweiz).

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache im Kanton Appenzell Ausserrhoden (45% der Todesfälle), gefolgt von den Krebskrankheiten (20%). Diese beiden Ursachen sind für rund zwei Drittel der Todesfälle verantwortlich. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden treten Herz-Kreislauf-Krankheiten signifikant häufiger als Todesursache auf als in der gesamten Schweiz. Davon betroffen sind jedoch in erster Linie ältere Personen. Die Anzahl Krebsfälle ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden hingegen signifikant tiefer als auf nationaler Ebene.

Die Präventivmedizin beschäftigt sich insbesondere mit den Todesursachen, die einen Grossteil der Bevölkerung betreffen und für eine grosse Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre (VPL) verantwortlich sind.

Wichtig für die Präventivmedizin ist ausserdem, dass die Faktoren verändert werden können. Zu diesen Todesursachen gehören im Kanton Appenzell Ausserrhoden die Unfälle, die gewaltsamen Todesfälle sowie die Suizide: Sie sind für 30% der VPL verantwortlich. Die häufigste Todesursache bei den Männern zwischen 15 und 49 Jahren und bei den Frauen zwischen 15 und 34 Jahren sind Suizide. Sie machen 19% der VPL bei den Männern und 9% bei den Frauen aus. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist diese Todesursache bei den Männern signifikant häufiger als im Schweizer Durchschnitt.

3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

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

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand (3.2)

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

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

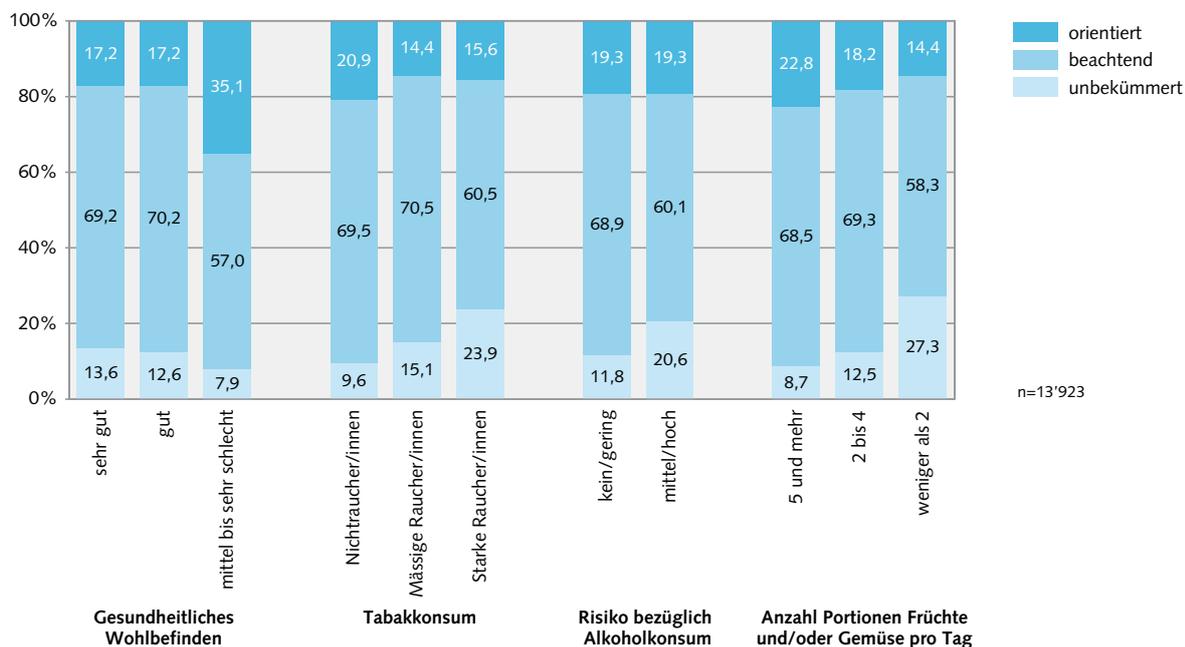
Dieses Kapitel fokussiert auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen. Angaben zu hohem Bluthochdruck und Cholesterinspiegel als weitere Risikofaktoren sind dem Abschnitt 2.2.5 zu entnehmen, die Anzahl Sterbefälle für Herz-Kreislauf-Krankheiten dem Abschnitt 2.5.3. Zu Beginn dieses Kapitels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

körperlicher Bewegung und schlechten *Ernährungsgewohnheiten* resultiert ein höheres Risiko von Herzkrankheiten, Hirnschlägen und Diabetes. Der *Body Mass Index* (ein Mass für die Körperfülle, Abkürzung BMI) zeigt bis zu einem gewissen Grad die «Ergebnisse» der Verhaltensweisen bezüglich Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität und wird deshalb in diesem Unterkapitel präsentiert. Den abschliessenden Schwerpunkt dieses Kapitels stellt der Substanzkonsum der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung dar. *Tabakkonsum* als wichtiger Risikofaktor, welcher mit zahlreichen Krebs-erkrankungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten in Verbindung gebracht wird, wird als erstes beschrieben. Obwohl es sich nicht um ein freiwilliges Verhalten handelt, wird unter dem Thema Tabakkonsum auch das Ausgesetztsein von Rauch von Zigaretten, Zigarren usw. (in diesem Bericht mit dem Ausdruck «*Passivrauchen*» bezeichnet) behandelt. Es wurde festgestellt, dass auch Passivrauch das Risiko von gewissen Krankheiten erhöhen kann. Im Weiteren wird die Häufigkeit und das Ausmass des Alkoholkonsums der Appenzell Ausserrhoder/innen präsentiert. Studienergebnisse zeigen, dass *übermässiger Alkoholkonsum* das Risiko von zahlreichen Krankheiten (verschiedene Krebserkrankungen, Herzkrankheiten; siehe Rehm et al., 2003) erhöht. Auf die Verbreitung von *Cannabiskonsum*, welcher bei regelmässigem Konsum ebenfalls gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann, wird kurz eingegangen. Das Kapitel schliesst mit der Beschreibung des *Konsums gewisser psychotroper Medikamente*, um Hinweise auf Gesundheitsprobleme aufzuzeigen bzw. um das Ausmass des regelmässigen Konsums – welcher ein Abhängigkeitspotential birgt – zu beschreiben.

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

Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007

Abb. 3.1



n=13'923

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.1 Gesundheitseinstellungen

Die Bedeutung, die jemand seiner Gesundheit beimisst, hat wahrscheinlich einen grossen Einfluss auf seine gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Eine Einstellung, bei der die Gesundheit einen hohen Stellenwert hat, gilt in der Regel als positiver Faktor für die Gesundheit und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Im Gegensatz dazu sind Personen, denen ihre Gesundheit kein grosses Anliegen ist, wahrscheinlich kaum motiviert, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu ändern. Auf die Frage zur Bedeutung, die der Gesundheit beigegeben wird⁴⁷, konnten alle befragten Personen (nicht nur kranke Personen) zwischen drei Antworten wählen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden erklärten 10,8% der befragten Personen: «Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern». Die Mehrheit (66,1%) entschied sich bezüglich ihrer Gesundheitseinstellung für die folgende Aussage: «Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil» und 23,1% meinten: «Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe» (Tab. 3.1).

⁴⁷ Frage aus dem schriftlichen Fragebogen.

Junge Menschen achten weniger auf ihre Gesundheit

Die Resultate auf Ebene der Grossregion Ostschweiz und der Gesamtschweiz zeigen, dass Personen ohne nachobligatorische Bildung sich häufiger nicht um ihre Gesundheit kümmern als solche mit höherer Bildung. Gleichzeitig geben sie aber auch häufiger an, dass ihre Lebensweise stark durch gesundheitliche Überlegungen bestimmt wird (in Tab. 3.1: Spalte «orientiert»).

Die Gesundheitseinstellungen unterscheiden sich ebenfalls nach Alter: Unter jüngeren Menschen gibt es einen höheren Anteil an Personen, die sich nach ihren Angaben nicht um ihre Gesundheit kümmern als ältere. In der Grossregion Ostschweiz sind dies bei den unter 35-Jährigen 18,2%, bei den 50- bis 64-Jährigen 9,9% und bei den über 65-Jährigen und Älteren 4,8%.

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

Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007 (in %)

		unbekümmert		beachtend		orientiert	
		Grossregion Ostschweiz	CH	Grossregion Ostschweiz	CH	Grossregion Ostschweiz	CH
Total		12,1	12,3	66,8	68,4	21,1	19,4
Geschlecht	Frauen	6,3	9,3	71,0	68,8	22,7	22,0
	Männer	17,3	15,4	63,1	68,0	19,6	16,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	18,2	17,9	65,6	69,4	16,2	12,8
	35–49 Jahre	11,2	11,3	72,8	71,8	16,1	16,9
	50–64 Jahre	9,9	9,2	65,9	69,8	24,2	21,0
	65+ Jahre	(4,8)	7,8	60,9	59,3	34,3	32,9
Bildung	Obligatorische Schule	(14,7)	15,6	55,3	54,3	30,0	30,1
	Sekundarstufe II	13,6	13,2	65,8	67,6	20,6	19,2
	Tertiärstufe	(6,3)	8,6	75,6	76,2	18,0	15,2
Nationalität	Schweiz	13,0	11,7	67,0	69,5	20,0	18,7
	Ausland	(7,5)	14,4	66,3	64,0	26,2	21,7
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	12,1	12,8	64,4	66,0	23,5	21,2
	CHF 3000 bis 4499	13,2	12,4	65,8	66,5	21,0	21,1
	CHF 4500 bis 5999	(10,3)	10,6	70,4	72,1	19,3	17,3
	CHF 6000 und höher	(10,0)	10,9	73,5	75,0	16,6	14,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	9,9	11,6	66,8	69,0	23,3	19,3
	Land	14,7	13,9	66,8	66,7	18,5	19,4
Regionaler Vergleich	Schweiz	12,3		68,4		19,4	
	Appenzell Ausserrhodens	10,8		66,1		23,1	
	Aargau	7,4*		73,6*		19,0	
	Bern	9,6*		71,3*		19,0	
	Jura	14,2		63,9		21,9	
	Luzern	10,7		66,7		22,6	
	Schwyz	13,9		69,1		17,0	
	Uri	(9,2)		71,1		19,7	
	Grossregion Ostschweiz	12,1		66,8		21,1	
	Deutscheschweiz	9,9		70,5		19,6	
	Französische Schweiz	18,7		61,9		19,5	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=1503 (Grossregion Ostschweiz), n=13'923 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

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

Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen kümmern sich weniger um ihre Gesundheit

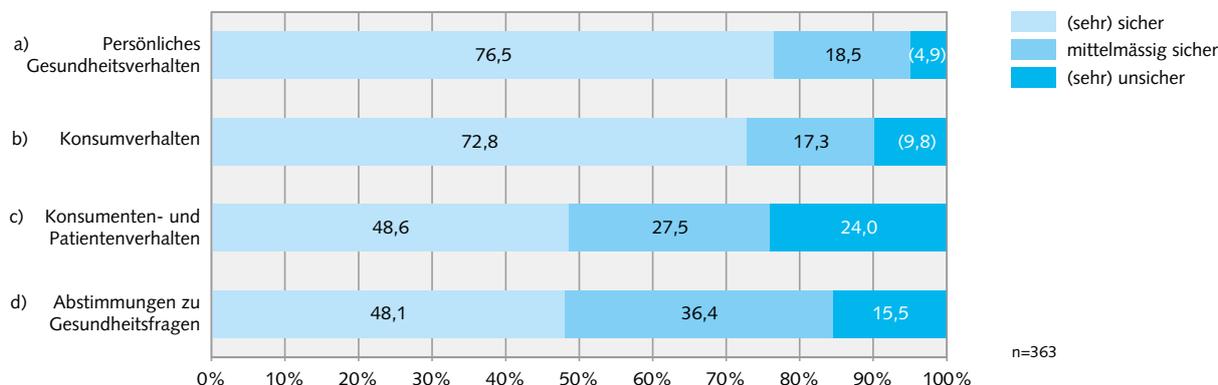
Bei gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen ist der Anteil Personen höher, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern (Abb. 3.1): Auf gesamtschweizerischer Ebene geben 23,9% der starken Raucher/innen (10 Zigaretten oder mehr pro Tag) an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, während der entsprechende Anteil bei den mässig Rauchenden (bis zu 9 Zigaretten pro Tag) 15,1% und bei den Nichtraucher/innen 9,3% beträgt. Ebenso kümmern sich 20,6% der Personen mit einem

mittleren bis hohen Risiko bezüglich Alkoholkonsum nicht um ihre Gesundheit gegenüber 11,8% der Personen mit keinem bzw. geringem Risiko. Ein ähnlicher Unterschied zeigt sich im Bereich des Ernährungsverhalten: 27,3% der Personen, die weniger als zwei Portionen Früchte und/oder Gemüse⁴⁸ pro Tag konsumieren, geben an, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern, gegenüber 8,7% der Personen, die davon mindestens fünf Portionen konsumieren.

⁴⁸ Eine Portion Früchte und/oder Gemüse entspricht der Grösse einer Faust (ungefähr 120g).

**Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz
Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007**

Abb. 3.2



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
 Wortlaut der Frage: Man hört häufig, dass das Gesundheitssystem immer komplizierter wird. Haben Sie das Gefühl, dass Sie genug wissen, um sich darin sicher zu bewegen? Wie sicher würden Sie sich in den vier nachstehenden Bereichen einschätzen?
 Antwort: sehr sicher bis sehr unsicher

- a) Persönliches Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung)
- b) Konsumverhalten (z.B. Einkauf gesunder Nahrungsmittel, Nahrungszusatzpräparate, frei verkäufliche Medikamente)
- c) Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem (z.B. Wahl der Krankenversicherung, Kommunikation mit dem Arzt)
- d) Als Bürger/in bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.1.1 Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit einer Person, zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, in ihrem Umfeld und auf politischer Ebene Entscheide in ihrem Alltag zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz stärkt die Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigenen Gesundheit zu übernehmen.» (Kickbusch, 2006, S. 69). Neuere Forschungsarbeiten zeigen eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen des Gesundheitssystems und den durchschnittlichen Gesundheitskompetenzen der Konsumentinnen und Konsumenten, die dieses System in Anspruch nehmen.

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

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

Wie aus Abbildung 3.2 zu entnehmen ist, fühlen sich 76,5% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sicher oder sehr sicher. Etwas weniger sicher sind sie hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Konsumverhaltens (72,8% fühlen sich sicher oder sehr sicher). Im Bezug auf das Verhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem beträgt der entsprechende Anteil 48,6%, bei Abstimmungen zu Gesundheitsfragen 48,1%. Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist vergleichbar mit derjenigen der Gesamtschweiz.

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

Resultate für die Grossregion Ostschweiz zeigen, dass sich in allen vier Bereichen Personen mit Tertiärausbildung häufiger (sehr) sicher fühlen als Personen mit tieferer Bildung. Beim persönlichen Gesundheitsverhalten und im Bereich des Konsumverhaltens ist auch ein Geschlechterunterschied feststellbar: Frauen fühlen sich diesbezüglich sicherer als Männer (80,1% vs. 70,3% bzw. 74,4% vs. 62,8%).

Zwischen den Altersgruppen gibt es bei diesen beiden Bereichen keine signifikanten Unterschiede. Die Sicherheit steigt jedoch mit zunehmendem Alter im Bezug auf das Konsumenten- und Patientenverhalten im Gesundheits- und Versicherungssystem und im Bezug auf Abstimmungen zu Gesundheitsfragen: So fühlt sich knapp ein Drittel (32,5%) der unter 35-Jährigen im Bereich Gesundheits- und Versicherungssystem (sehr) sicher, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es fast doppelt so viele (64,0%). Ähnliche Resultate zeigen sich für den Bereich Abstimmungen (38,3% vs. 63,9%).

3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

Die drei Begriffe «Übergewicht», «Ernährung» und «Bewegung» werden häufig in einem Zuge genannt. Dies hat einen guten Grund, denn ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung sind wichtige Verhaltensweisen, mit denen Gewichtsproblemen entgegen getreten werden kann. Als Folge werden die drei Begriffe gegenwärtig auch im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen miteinander verknüpft – auf der nationalen Ebene etwa im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» (BAG, 2008b) oder im Kanton Appenzell Ausserrhoden im «Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht»⁴⁹.

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

3.2.1 Übergewicht

Seit Jahrzehnten steigt die Zahl der übergewichtigen Menschen weltweit. Angesichts dieser Entwicklung sprechen verschiedene Beobachter und Organisationen seit einigen Jahren von einer «Epidemie» (vgl. z.B. BAG, 2008b; OECD, 2009; WHO, 2000) oder gar «Pandemie

des Übergewichts» (BFS, 2007). Da ein erhöhtes Körpergewicht als Risikofaktor für verschiedene Krankheiten gilt (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000), ist die Bekämpfung des Übergewichts eine wichtige Aufgabe von präventiven, gesundheitsfördernden und kurativen Interventionen.

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

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

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

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2000)⁵⁰ gilt für 18-jährige und ältere Personen:

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

Dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden und der Gesamtschweiz, selbst unter den oben gemachten Einschränkungen zum selbstberichteten BMI, von Übergewicht betroffen ist, zeigen sowohl Tabelle 3.2 als auch die Abbildungen 3.3 und 3.4. Über ein Drittel (36,8%) der 18-Jährigen und Älteren sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden übergewichtig oder adipös⁵¹, in der Gesamtschweiz sind es fast zwei Fünftel (38,9%), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

⁴⁹ www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/kantone.php (Zugriff am 21.9.2009).

⁵⁰ Für aktuelle Schwellenwerte vgl. auch: www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Zugriff am 1.4.2009).

⁵¹ Auf Grund der geringen Fallzahlen werden für den Kanton Appenzell Ausserrhoden die Personen mit einem BMI <25 kg/m² zur Kategorie der «unter- und normalgewichtigen Personen» zusammengefasst, diejenigen mit einem BMI ab 25 kg/m² als «übergewichtige und adipöse Personen».

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

		Unter-/Normalgewicht		(Starkes) Übergewicht	
		AR	CH	AR	CH
Total		63,2	61,1	36,8	38,9
Geschlecht	Frauen	70,5	70,2	29,5	29,8
	Männer	54,6	51,5	45,4	48,5
Altersgruppen	15–34 Jahre	83,1	76,7	(16,9)	23,3
	35–49 Jahre	58,0	62,0	42,0	38,0
	50–64 Jahre	58,1	51,3	41,9	48,7
	65+ Jahre	63,1	49,4	46,9	50,6
Bildung	Obligatorische Schule	(54,9)	47,0	45,1	53,0
	Sekundarstufe II	64,7	62,5	35,3	37,5
	Tertiärstufe	63,6	64,5	36,4	35,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	61,6	60,7	38,4	39,3
	CHF 3000 bis 4499	59,2	59,7	40,8	40,3
	CHF 5000 und höher	71,5	63,6	28,5	36,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	66,0	62,3	34,0	37,7
	Land	59,9	57,5	40,1	42,5
Regionaler Vergleich	Schweiz		61,1		38,9
	Appenzell Ausserrhoden		63,2		36,8
	Aargau		59,5		40,5
	Bern		57,1*		42,9*
	Jura		57,0		43,0
	Luzern		64,1		35,9
	Schwyz		61,8		38,2
	Uri		58,5		41,5
	Grossregion Ostschweiz		60,3		39,7
	Deutscheschweiz		61,1		38,9
Französische Schweiz		61,2		38,8	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

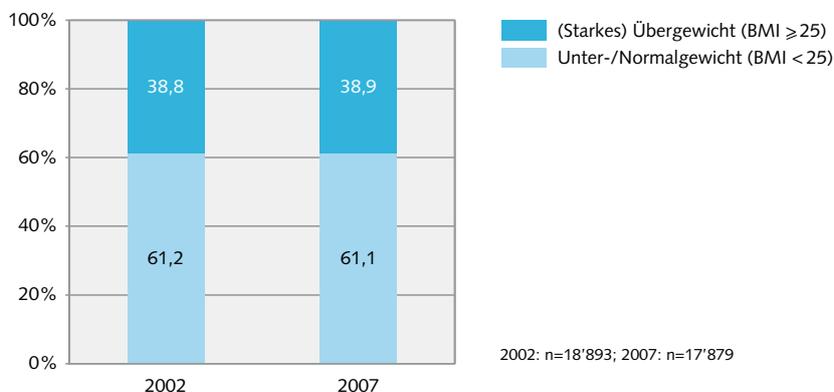
n=460 (AR), n=17'879 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich
Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.3

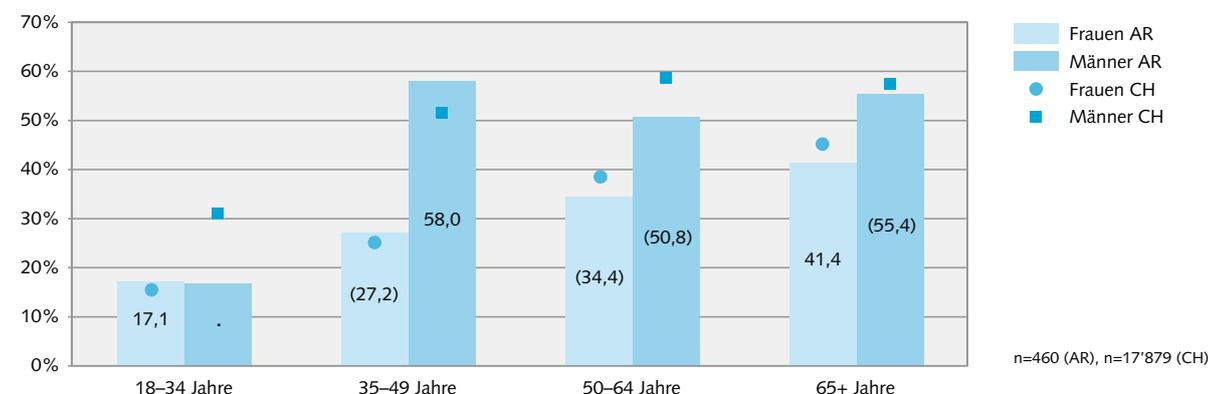


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 3.4



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Männer doppelt so häufig übergewichtig wie Frauen

Aus Abbildung 3.3 geht jedoch hervor, dass nicht von einem sprunghaften, «epidemischen» Anstieg des Übergewichts gesprochen werden kann. Zwischen 2002 und 2007 ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen an der Gesamtbevölkerung relativ stabil geblieben. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden lassen sich auf Grund der geringen Fallzahlen von 2002 keine Jahresvergleiche machen, die Werte von 2007 unterscheiden sich hingegen kaum von denjenigen der Gesamtschweiz.

Mit Blick auf den BMI existieren Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Bildung und sozioökonomischer Position. Wie Abbildung 3.4 zeigt, sind Männer je nach Altersgruppe bis zu zweimal häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen. Die Extremwerte werden bei den 18- bis 34-jährigen Männern mit einem Anteil von 16,8%⁵² Übergewichtigen und den 35- bis 49-jährigen Männern mit einem Anteil der Übergewichtigen von 58,0% erreicht. Gegenüber diesen Geschlechts- und Altersunterschieden sind die in Tabelle 3.2 aufgezeigten Differenzen bezüglich Bildung, Nationalität, Einkommen und Urbanisierungsgrad vergleichsweise gering. Auch die kantonalen und regionalen Unterschiede sind nicht stark ausgeprägt, der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen entspricht im Kanton Appenzell Ausserrhoden dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

⁵² Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Verbreitete Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht

Übergewichtige Personen sind erwartungsgemäss häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht als normalgewichtige. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist rund jede fünfte (21,6%) normal- und untergewichtige Person nicht mit ihrem Körpergewicht zufrieden, während es bei den Übergewichtigen und Adipösen über die Hälfte (51,8%) ist. Abbildung 3.5 zeigt einmal mehr einen erheblichen Geschlechterunterschied: Etwas über ein Viertel (26,8%) der normal- und untergewichtigen und gut 60% der übergewichtigen Frauen (60,6%) sind mit ihrem Körpergewicht nicht zufrieden, während die entsprechenden Anteile bei den Männern 13,7%⁵³ und 44,9% betragen. Männer können mit anderen Worten also deutlich besser mit ihrem Übergewicht leben als Frauen.

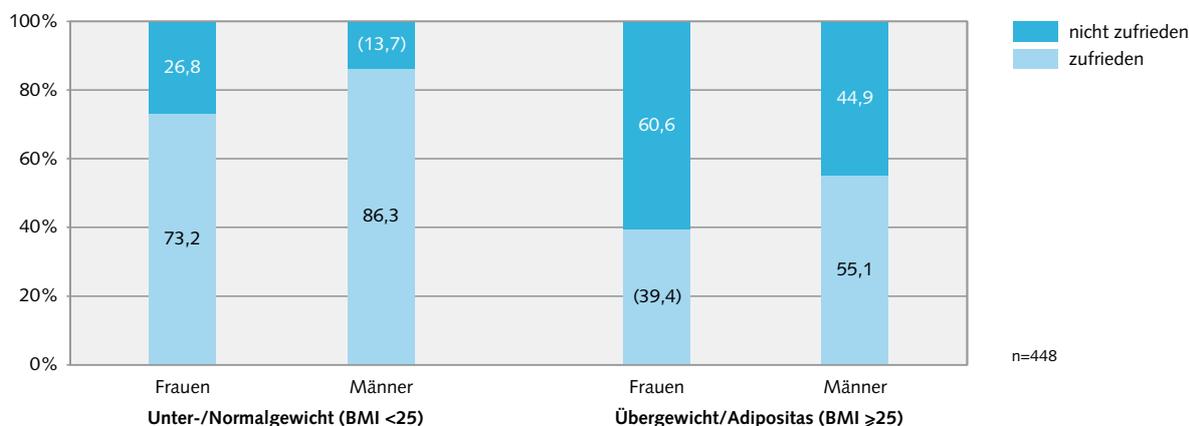
Ein Geschlechterunterschied zeigt sich auch bei der Frage, ob man in den vergangenen zwölf Monaten eine Diät gemacht habe: 9,0% der befragten Ausserrhoderinnen, aber nur 5,0% der Ausserrhoder bejahen diese Frage. Interessanterweise findet sich jedoch kein Unterschied zwischen Über- und Normalgewichtigen bei der Frage, ob man eine Diät gemacht habe.

⁵³ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht

Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (18-jährige und ältere Personen)

Abb. 3.5



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.2.2 Ernährungsbewusstsein, Ernährungsgewohnheiten und Flüssigkeitsaufnahme

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

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

Ein Viertel der Bevölkerung mit mangelndem Ernährungsbewusstsein

Der linke Teil von Tabelle 3.3 zeigt zunächst den Anteil der Befragten, welcher angibt, bei ihrer Ernährung «auf etwas zu achten». Dieser Anteil ist mit gut drei Viertel (75,3%) der Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden höher als in der übrigen Schweiz. Wiederum zeigt der untere Teil der Tabelle jedoch substantielle Unterschiede nach Sprachregion: Der Kanton Appenzell Ausserrhoden liegt im Durchschnitt der Deutschschweiz (75,5%), aber deutlich über der französischen Schweiz, wo nur etwas über die Hälfte der Bevölkerung (56,3%) angibt, auf ihre Ernährung zu achten.

Das Ernährungsbewusstsein variiert im Kanton Appenzell Ausserrhoden überdies zwischen Frauen (82,0%) und Männern (67,6%), nach Altersgruppe und Bildungsstand. Verglichen mit dem Jahr 2002 lässt sich für die Gesamtschweiz zudem ein leichter, aber signifikanter Anstieg von 69,1% auf 70,5% feststellen.

Gemüse wird eher wenig, Fleisch häufiger gegessen

Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigen sich auch, wenn das konkrete Ernährungsverhalten untersucht wird. Der rechte Teil von Tabelle 3.3 gibt Auskunft darüber, welcher Teil der Bevölkerung sich an die bekannte Ernährungsempfehlung hält, mindestens fünf Einheiten Früchte und/oder Gemüse pro Tag zu sich zu nehmen. Die Aufforderung «5 am Tag» wird sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch in der

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

		Achtet auf Ernährung ¹		Hält Ernährungsempfehlung «5 am Tag» ein ²	
		AR	CH	AR	CH
Total		75,3	70,5	25,6	29,3
Geschlecht	Frauen	82,0	77,3	38,6	37,8
	Männer	67,6	63,4	(10,3)	20,2
Altersgruppen	15–34 Jahre	64,3	60,9	30,2	29,1
	35–49 Jahre	77,1	72,8	20,5	29,5
	50–64 Jahre	83,9	77,0	(24,2)	31,4
	65+ Jahre	81,3	75,2	(28,5)	26,5
Bildung	Obligatorische Schule	62,7	63,3	(21,1)	24,6
	Sekundarstufe II	76,0	69,1	24,9	28,7
	Tertiärstufe	82,4	78,0	30,6	32,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	69,4	66,6	23,9	29,0
	CHF 3000 bis 4499	77,2	71,8	24,4	29,3
	CHF 5000 und höher	82,8	76,4	(25,9)	29,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	74,8	71,0	24,7	29,8
	Land	75,9	69,3	26,7	27,8
Regionaler Vergleich	Schweiz		70,5		29,3
	Appenzell Ausserrhoden		75,3*		25,6
	Aargau		75,8*		30,8
	Bern		74,2*		26,1*
	Jura		56,3*		34,7*
	Luzern		74,0*		29,2
	Schwyz		72,9		27,3
	Uri		70,9		24,3*
	Grossregion Ostschweiz		72,1		25,3
	Deutschschweiz		75,5		27,7
Französische Schweiz		56,3		34,6	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Ernährungsbewusstsein: n=491 (AR), n=18'742 (CH); Ernährungsgewohnheiten: n=476 (AR), n=17'903 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

¹ Anteil der Personen, welche auf die Frage: «Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?» mit: «ja, ich achte auf etwas» antworten.

² Für die Ernährungsgewohnheiten wurde ein Index aus den folgenden zwei Fragen gebildet: a) Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? b) Wie viele Portionen Gemüse und Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln oder Mais) nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Die Ernährungsempfehlung «5 am Tag» gilt als erfüllt, wenn die Summe aus den beiden Angaben 5 oder mehr Portionen beträgt.

Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)

	an 6–7 Tagen pro Woche		an 4–5 Tagen pro Woche		an 1–3 Tagen pro Woche		selten/nie	
	AR	CH	AR	CH	AR	CH	AR	CH
Fleisch	28,3	25,6	25,8	28,5	41,2	41,4	(4,8)	4,5
Fisch	.	0,4	.	1,3	52,6*	61,7	46,8*	36,6
Milch und Milchprodukte	68,4	68,1	10,4	8,0	15,2	16,4	(6,0)	7,5

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

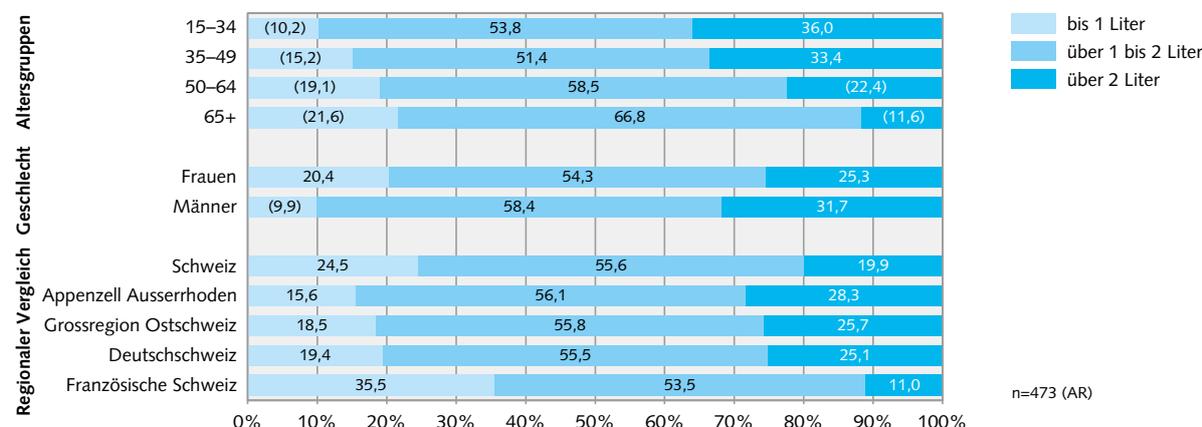
Fleisch/Wurstwaren: n=485 (AR), n=18'702 (CH); Fisch: n=490 (AR), n=18'722 (CH); Milch/Milchprodukte: n=488 (AR), n=18'717 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

Abb. 3.6



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)
 Wortlaut der Frage: Wie viel Flüssigkeit trinken Sie schätzungsweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet?

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gesamtschweiz von weniger als 30% der Bevölkerung befolgt. Frauen (38,6%) halten die Empfehlung dabei rund viermal so oft ein wie Männer (10,3%⁵⁴), und auch Personen mit einer höheren Bildung halten sich eher daran als diejenigen mit einer tieferen Bildung. Dagegen zeigen sich bezüglich der anderen, in der Tabelle dargestellten Merkmale kaum klare Unterschiede. Bemerkenswert sind diese fehlenden Unterschiede insbesondere bezüglich des Einkommens, weil ja häufig behauptet wird, gesunde Nahrungsmittel seien besonders teuer.⁵⁵ Erwähnenswert ist allerdings einmal mehr der Unterschied zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden bzw. der Deutschschweiz (27,7%) einerseits und der französischen Schweiz (34,6%), wo die Empfehlung «5 am Tag» trotz geringeren Ernährungsbewusstseins häufiger eingehalten wird.

Während sich die Appenzell Ausserrhoder/innen bezüglich ihres Früchte- und Gemüsekonsums ziemlich genau im gesamtschweizerischen Durchschnitt befinden, konsumieren sie gemäss Tabelle 3.4 seltener an mindestens einem Tag pro Woche Fisch als der Gesamtschweizer Durchschnitt (52,6% vs. 61,7%). Mit Bezug auf den

Konsum von Fleisch und Milchprodukten lassen sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden keine substantiellen Unterschiede nachweisen.

Überdurchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme im Kanton Appenzell Ausserrhoden

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

Wie aus Abbildung 3.6 hervorgeht, erfüllt die Mehrheit der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung die Empfehlung. Über die Hälfte der Bevölkerung (56,1%) liegt mit einer täglichen Flüssigkeitszufuhr zwischen einem und zwei Litern exakt im Rahmen der Empfehlung und mehr als ein Viertel (28,3%) trinkt täglich mehr als zwei Liter⁵⁶, so dass also jede sechste Person (15,6%) unter den Empfehlungen des BAG liegt. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt von 24,5%.

⁵⁴ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

⁵⁵ Der Preis ist in der Wahrnehmung der Bevölkerung der wichtigste Hindernisfaktor für eine gesunde Ernährung. In der SGB 2007 erwähnen 52% der Befragten die «hohen Kosten» gesunder Nahrungsmittel, während 48% auf die «Vorliebe für gutes Essen», 45% auf «Alltagsgewohnheiten und -zwänge», 35% auf den hohen Zeitaufwand für den Einkauf, aber nur 10% auf ein fehlendes Angebot in den Geschäften verweisen (Mehrfachnennungen möglich, Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz, n=13'181).

⁵⁶ Die Vor- und Nachteile des «Vieltrinkens» werden in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert (vgl. NZZ vom 16.8.2008). Dass der noch vor einigen Jahren populäre Ratschlag, «möglichst viel zu trinken, auch wenn man keinen Durst hat», nicht mehr gilt, zeigt nicht zuletzt die Empfehlung des BAG (2007a).

Der Abbildung lässt sich jedoch entnehmen, dass Frauen und ältere Personen (65 Jahre und älter) im Kanton Appenzell Ausserrhoden die Empfehlung deutlich seltener erfüllen. Dies gilt auch für die Gesamtschweiz. Als Folge des höheren Anteils an Personen, die mehr als zwei Liter täglich trinken, liegt die durchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme der Appenzell Ausserrhoder/innen mit etwas weniger als 2 Litern deutlich über den knapp 1,8 Litern in der übrigen Schweiz. Der Deutschschweizer Durchschnitt von knapp 1,9 Litern liegt wiederum deutlich (und signifikant) über den Werten für die französische (1,6 Liter) und die italienische Schweiz (1,5 Liter).

3.2.3 Körperliche Aktivität

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

Damit Bewegung ihre Gesundheitswirkung entfalten kann, muss sie in einer gewissen Intensität und über eine minimale Zeitdauer betrieben werden. Die Bundesämter für Sport und Gesundheit, das Netzwerk Gesundheit und Bewegung (HEPA) und Gesundheitsförderung Schweiz empfehlen dabei «Frauen und Männern in jedem Lebensalter [...] mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens «mittlerer» Intensität. [...]» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007: S.1).⁵⁷ Gleichzeitig gilt hier aber ausnahmsweise einmal, dass «mehr» tatsächlich «mehr» bringt. Jenseits der erwähnten Minimalempfehlung führt zusätzliche und intensivere Bewegung zu einer weiteren Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit. Erst ab einem sehr hohen Niveau der körperlichen Aktivität können diese positiven Effekte durch zusätzliche Risiken (z.B. Ermüdungsbrüche, Mangelerscheinungen) wieder in Frage gestellt werden.

⁵⁷ Gemäss den erwähnten Dokumenten bezieht sich «mittlere Intensität» auf «jede körperliche Aktivität [...], bei der man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt. Zügiges Gehen oder Velofahren sowie Schneeschaufeln oder viele Gartenarbeiten sind Beispiele für solche Bewegungsformen, aber auch viele andere Freizeit-, Alltags- oder Sportaktivitäten sind von entsprechender Intensität.» (BASPO, 2006; BASPO et al., 2007).

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

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

Deutliche Zunahme des Bewegungsniveaus für Gesamtschweiz

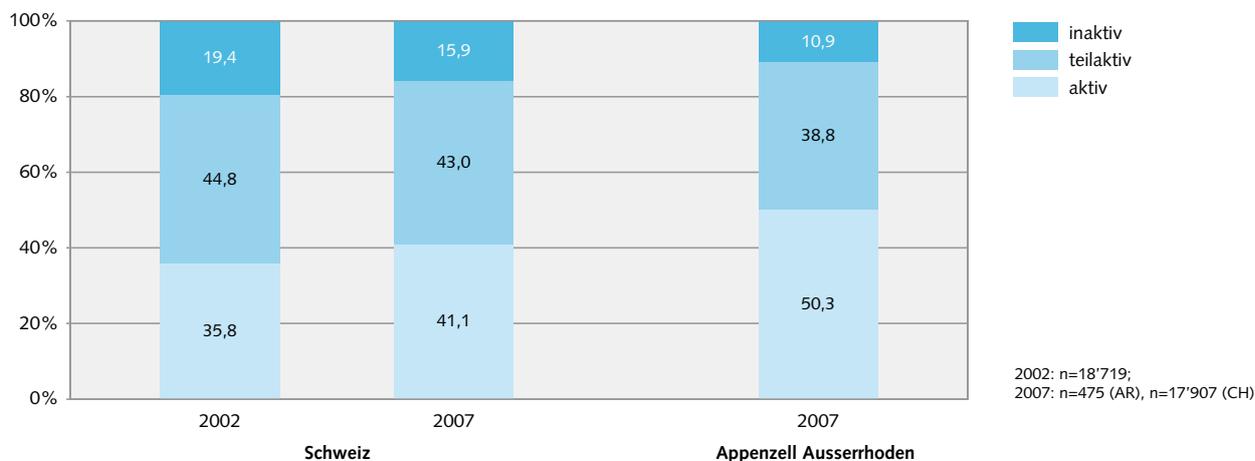
Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gilt die Hälfte der Bevölkerung als «aktiv», während nur jede zehnte Person «inaktiv» ist. Die Appenzell Ausserrhoder/innen erweisen sich damit als signifikant aktiver als die übrigen Schweizer/innen (Tab. 3.5). Für die Gesamtschweiz lässt sich 2007, verglichen mit dem Jahr 2002, eine deutliche Zunahme der körperlich Aktiven (von 35,8% auf 41,1%) und eine gleichzeitige Abnahme der körperlich Inaktiven um 3,5 Prozentpunkte auf 15,9% nachweisen (Abb. 3.7).

Dieser Befund ist insofern erstaunlich, als noch in den 1990er Jahren der Anteil der Inaktiven deutlich angestiegen ist (vgl. BFS, 2006). Er steht jedoch in Einklang mit einer aktuellen Studie zum Sportverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung (Lamprecht et al., 2008) und erhält weitere Unterstützung durch den Befund aus der SGB, dass auch die körperlichen Aktivitäten auf den täglichen Wegstrecken zugenommen haben: Legten im Jahr 2002 noch 50.5% der Schweizer Wohnbevölkerung keine nennenswerten Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurück, so ist dieser Anteil bis zum Jahr 2007 auf 42,5% gesunken. Schliesslich können die Resultate durchaus auch in dem Sinne gelesen werden, dass die vielfältigen Initiativen der letzten Jahre zur Steigerung des Aktivitätsniveaus in der Bevölkerung Wirkung zu zeigen beginnen.⁵⁸

⁵⁸ Dazu gehören etwa die Öffnung der Pausenplätze für sportliche Spiele ausserhalb der Schulzeiten, die teilweise Rückerstattung von Fitnesscenterbeiträgen durch die Krankenversicherungen, der ständige Ausbau des Velo- und Wanderwegnetzes oder das vielfältige Angebot von Sportvereinen und anderen Anbietern für alle Altersgruppen.

Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2002 und 2007

Abb. 3.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Trotz dieser positiven Entwicklung gilt es jedoch zu beachten, dass noch rund die Hälfte der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung nicht in einem Mass körperlich aktiv ist, das als gesundheitswirksam bezeichnet werden kann. Dazu kommen die in Tabelle 3.5 dokumentierten Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen und Regionen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind ältere Personen (65 Jahre und älter) häufiger inaktiv und etwas seltener aktiv als jüngere. Mit Bezug zu den Alters-, Generations- und Geschlechterunterschieden gilt es in einer längerfristigen Perspektive jedoch ebenfalls festzuhalten, dass diese heute deutlich geringer sind als noch in den 1980er und 1990er Jahren (vgl. BFS, 2006; Lamprecht & Stamm, 2002). Im Kanton Appenzell Ausserrhoden haben die Frauen im mittleren und höheren Lebensalter (ab 35 Jahren) die gleichaltrigen Männer mittlerweile gar überholt, wenn es um die körperliche Bewegung geht.

Beträchtliche Unterschiede nach Bildungsstand, Nationalität und Sprachregion

Auch die Unterschiede bezüglich Schulbildung sind sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch in der Gesamtschweiz teilweise ausgeprägt: Personen, welche keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben, sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden überdurchschnittlich häufig körperlich inaktiv (23,6%⁵⁹), während

⁵⁹ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

der Anteil der Aktiven unter den Hochschulabgängern am höchsten ist (54,1%).⁶⁰

Augenfällig ist schliesslich der Unterschied zwischen den Sprachregionen. Das körperliche Aktivitätsniveau der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung liegt etwas über demjenigen der Deutschschweizer Vergleichskantone, dieses liegt aber noch deutlicher über demjenigen in der französischen Schweiz. Während 50,3% der Appenzell Ausserrhoder/innen als körperlich aktiv gelten, sind es in der Deutschschweiz 43,5% und in der französischen Schweiz nur ein gutes Drittel (36,2%). Dagegen liegt der Anteil der körperlich Inaktiven dort (19,7%) höher als im Kanton Appenzell Ausserrhoden (10,9%).

Wie Abbildung 3.8 zeigt, sind inaktive Personen deutlich häufiger übergewichtig (44,7%⁶¹) als aktive (33,4%) oder teilaktive Personen (37,2%). Dieser Zusammenhang gilt dabei gemäss einer hier nicht dargestellten

⁶⁰ Die manchmal geäusserte Vermutung, höher gebildete Personen würden eine bewegungsarme Arbeitsumgebung mit körperlichen Aktivitäten in der Freizeit oder auf dem Arbeitsweg kompensieren, lässt sich mit den Daten der SGB nicht bestätigen. Wird nämlich das Niveau der körperlichen Aktivität bei der Arbeit mitberücksichtigt, so sind höher gebildete Personen bei einem gegebenen Niveau der körperlichen Beanspruchung bei der Arbeit auch in ihrer Freizeit durchschnittlich aktiver als weniger gebildete Personen. So beträgt der Anteil der Aktiven unter denjenigen Personen, die angeben, bei ihrer Arbeit nie ins Schwitzen zu geraten, unter den Absolventen der Sekundarstufe I 31%, bei den Absolvent/innen der Tertiärstufe dagegen 39%. Interessanterweise ist der Anteil der Aktiven bei denjenigen, die bei der Arbeit körperlich stark beansprucht sind, sogar höher: 45% (Sekundarstufe I) bzw. 58% (Tertiärstufe) derjenigen Personen, die bei ihrer Arbeit an mindestens drei Tagen pro Woche ins Schwitzen kommen, sind in ihrer Freizeit körperlich aktiv. Überdies zeigt sich der Bildungseffekt auch, wenn nicht erwerbstätige Personen untersucht werden (Daten für die Gesamtschweiz).

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

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

		trainiert/aktiv		unregelmässig/teilaktiv		inaktiv	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		50,3	41,1	38,8	43,0	10,9	15,9
Geschlecht	Frauen	50,1	39,1	39,2	43,0	10,7	17,9
	Männer	50,5	43,3	38,3	42,9	11,2	13,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	63,7	47,8	32,5	42,0	.	10,2
	35–49 Jahre	45,4	39,2	42,8	46,7	(11,8)	14,1
	50–64 Jahre	41,8	38,6	48,3	45,6	(9,9)	15,8
	65+ Jahre	45,4	36,1	31,4	35,1	23,2	28,8
Bildung	Obligatorische Schule	(41,0)	36,5	(35,4)	34,1	(23,6)	29,4
	Sekundarstufe II	51,2	41,6	39,7	42,9	9,1	15,5
	Tertiärstufe	54,1	42,3	38,5	47,2	.	10,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	50,0	40,2	36,4	41,6	(13,6)	18,2
	CHF 3000 bis 4499	49,1	40,1	39,3	43,3	(11,7)	16,6
	CHF 5000 und höher	50,9	43,1	44,5	46,3	.	10,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	51,2	40,8	36,5	42,8	12,2	16,4
	Land	49,1	42,0	41,5	43,4	(9,4)	14,6
Regionaler Vergleich	Schweiz	41,1		43,0		15,9	
	Appenzell Ausserrhoden	50,3*		38,8		10,9*	
	Aargau	44,5*		41,1		14,5	
	Bern	44,4*		41,8		13,8*	
	Jura	36,4		45,7		17,9	
	Luzern	43,9		43,0		13,1*	
	Schwyz	39,5		46,7		13,8	
	Uri	43,7		45,0		11,3*	
	Grossregion Ostschweiz	44,2		41,9		13,8	
	Deutscheschweiz	43,5		42,7		13,9	
	Französische Schweiz	36,2		44,1		19,7	

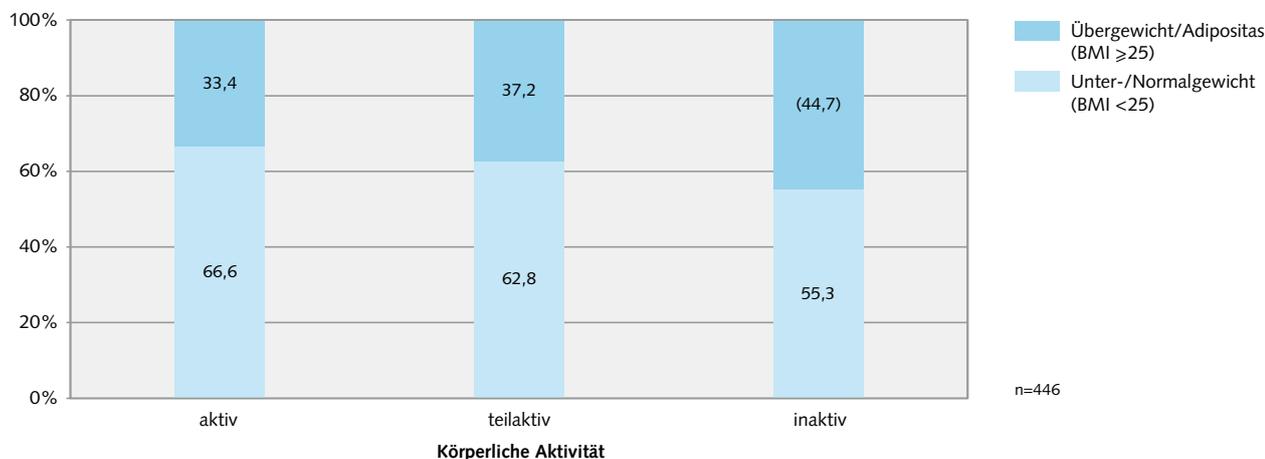
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=475 (AR), n=17'907 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

Abb. 3.8



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Zusatzanalyse unabhängig vom Alter und Geschlecht.⁶² Aus der Abbildung lässt sich aber selbstverständlich kein Ursache-Wirkungszusammenhang ableiten. Das heisst: Es ist nicht möglich festzustellen, ob körperliche Aktivität tatsächlich zu einem gesunden Körpergewicht beiträgt, oder ob vielmehr Übergewicht ein Hinderungsfaktor für regelmässige Bewegung ist.

Die Befunde im vorliegenden Unterkapitel zeigen damit ein gemischtes Bild. Der Anteil der Übergewichtigen stabilisiert sich gegenwärtig auf hohem Niveau, während der Anteil der körperlich Aktiven bei nach wie vor verbreiteter Inaktivität zunimmt und die Ernährungsempfehlungen verschiedener Organisationen von der Bevölkerung erst teilweise im Alltag befolgt werden. Gerade die Zunahme der körperlichen Bewegung kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass die in den vergangenen Jahren ergriffenen Massnahmen zur Bewegungs- und Sportförderung in der Bevölkerung Wirkung zeigen. Die einleitend erwähnten integrierten Programme zur Förderung eines gesunden Körpergewichts auf der Grundlage ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung, wie sie auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden durchgeführt werden, stellen einen wichtigen weiteren Schritt auf dem Weg zur Überwindung der «Epidemie des Übergewichts» dar. Die Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Ernährung, Bewegung und weiteren Merkmalen stehen zudem auch im Zentrum der ergänzenden Analyse in Kapitel 5.

3.3 Konsum von psychoaktiven Substanzen

Psychoaktive Substanzen wie Tabak, Alkohol, Cannabis und psychotrope Medikamente können den Bewusstseinszustand, die Stimmung und die Gedanken verändern. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen – sei es zum Genuss oder zur Schmerzlinderung – kann der Gesundheit schaden und zu Abhängigkeit führen (WHO, 2004a).

In diesem Teil des Kapitels wird auf vier Substanzen eingegangen: Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente. Sie werden jeweils geschlechterspezifisch behandelt, da die Unterschiede bedeutend sind.

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

3.3.1 Tabakkonsum

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

Gemäss den Statistiken über den Zigarettenverkauf erhöhte sich der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner in der Schweiz zwischen den Fünfzigerjahren und Mitte der Siebzigerjahre stetig. Danach ging der Tabakkonsum pro Einwohnerin und Einwohner kontinuierlich zurück und beläuft sich heute auf rund 12 Millionen Zigaretten pro Jahr.⁶³ Im Jahr 2008 stiegen die Zahlen zum ersten Mal wieder leicht an (SFA, 2009).

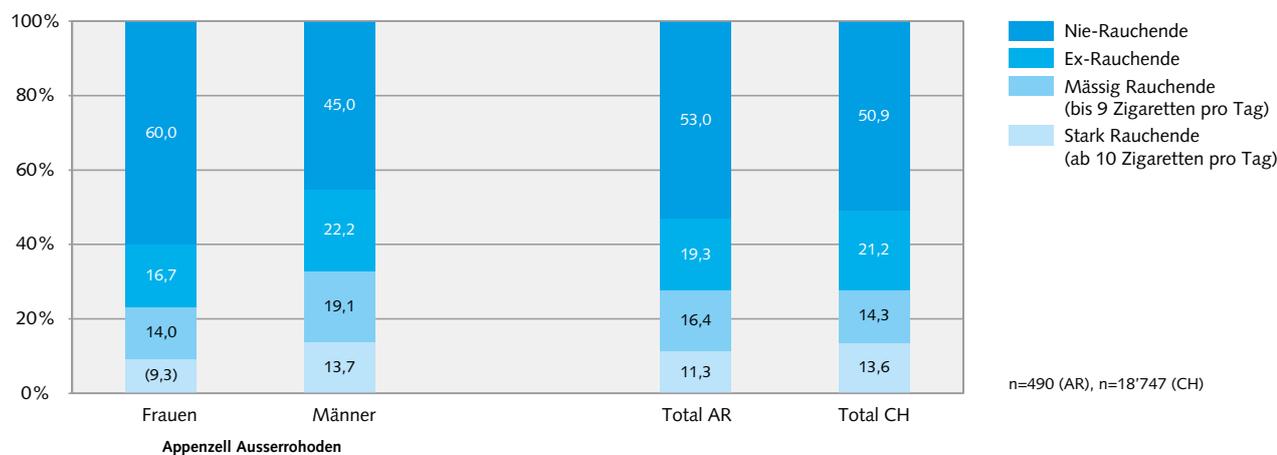
In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigten sich die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums. Für das Jahr 2007 wurde in der Schweiz die Zahl der durch den Tabakkonsum verursachten Todesfälle auf rund 9000 geschätzt (BFS, 2009b). Dies entspricht einem Anteil von 15% an der Gesamtzahl der Todesfälle. Im Jahr 2007 starben 41% der Personen, deren Tod auf den Tabakkonsum zurückzuführen ist, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit, weitere 41% an einer Krebserkrankung und 18% an einer Lungenkrankheit. Von 1997 bis 2007 nahm die Gesamtzahl der Todesfälle, die sich auf den Tabakkonsum zurückführen lassen, um 5% ab. Dieser Rückgang der tabakbedingten Todesfälle erfolgte indessen nur bei den Männern (bis 64 Jahre: -11%, ab 65 Jahren: -9%). Bei den Frauen stieg die Zahl der Todesfälle um 7% (bis 64 Jahre: +17%, ab 65 Jahren: +5%) (vgl. auch Kap. 2.5).

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

⁶³ www.swiss-cigarette.ch/de/tabak/statistiken.html (Zugriff am 20.01.2010).

Anteil Rauchende und Nichtraucher

Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 3.9

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

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gut ein Viertel der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung raucht

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden rauchte im Jahr 2007 gut ein Viertel der Bevölkerung (27,7%), was dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (27,9%) entspricht. Gut zwei Fünftel der Raucher/innen sind stark Rauchende (ab zehn Zigaretten pro Tag), während die übrigen Tabakkonsumenten/innen zur Kategorie der mässig Rauchenden gehören (bis 9 Zigaretten pro Tag). Von den 72,3% der Nichtraucher/innen haben 53,0% noch nie geraucht, bei 19,3% handelt es sich um Personen, welche mit dem Rauchen aufgehört haben (Abb. 3.9).

Die Betrachtung der zeitlichen Entwicklung für die Gesamtschweiz zeigt, dass der Anteil Raucher/innen zwischen 2002 und 2007 von 30,5% auf 27,9% gesunken ist. Abgenommen hat insbesondere der Anteil der stark rauchenden Personen und zwar von 16,5% auf 13,6%.⁶⁴

Höherer Tabakkonsum bei den Männern

Männer rauchen häufiger als Frauen – das gilt für die Gesamtschweiz wie auch für den Kanton Appenzell Ausserrhoden (AR: 32,8% vs. 23,3%; CH: 32,2% vs. 23,6%). Auf der Ebene der Gesamtschweiz lässt sich dieser Geschlechterunterschied in allen Altersgruppen feststellen.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen und Raucher ab (Abb. 3.10): Rauchen im Kanton Appenzell Ausserrhoden 34,6% der 15- bis 34-Jährigen, so sind es bei den 65-Jährigen und Älteren noch 13,8%.⁶⁵

Auf gesamtschweizerischer Ebene sind bei den Männern ab 65 Jahren knapp die Hälfte ehemalige Raucher (47,4%), während dieser Anteil bei den Frauen der gleichen Altersgruppe nur ein Fünftel beträgt (20,4%). In der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind diese Anteile praktisch ausgeglichen (19,1% bei den Frauen und 21,8% bei den Männern), und bei den 50- bis 64-Jährigen liegen die entsprechenden Anteile nicht weit auseinander (26,6% bei den Frauen und 33,6% bei den Männern) (diese Daten sind nicht dargestellt). Seit den Fünfzigerjahren wurden die Raucherinnen immer zahlreicher und damit auch die negativen gesundheitlichen Folgen: Während beispielsweise das Verhältnis bei den Todesfällen aufgrund von Lungenkrebs im Jahr 1970 noch bei 1 (Frauen): 11 (Männern) lag, ist es heute bei den jüngsten Generationen 1:2 (BFS, 2009b).

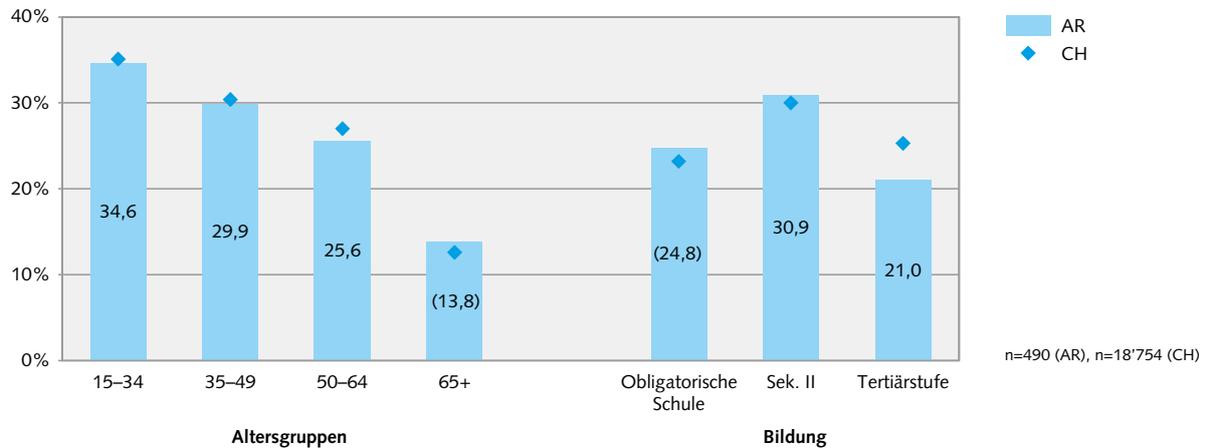
Was die Gesamtschweizer Bevölkerung betrifft, weisen die Personen, die eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben, den höchsten Anteil von Raucherinnen und Rauchern auf (Abb. 3.11). In der jüngsten Altersgruppe rauchen die Personen ohne nach-

⁶⁴ Vgl. dazu auch www.sfa-isp.ch/infos-und-fakten/tabak/konsum (Zugriff am 15.04.2010)

⁶⁵ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Raucher/innen nach Altersgruppen und nach Bildung
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 3.10



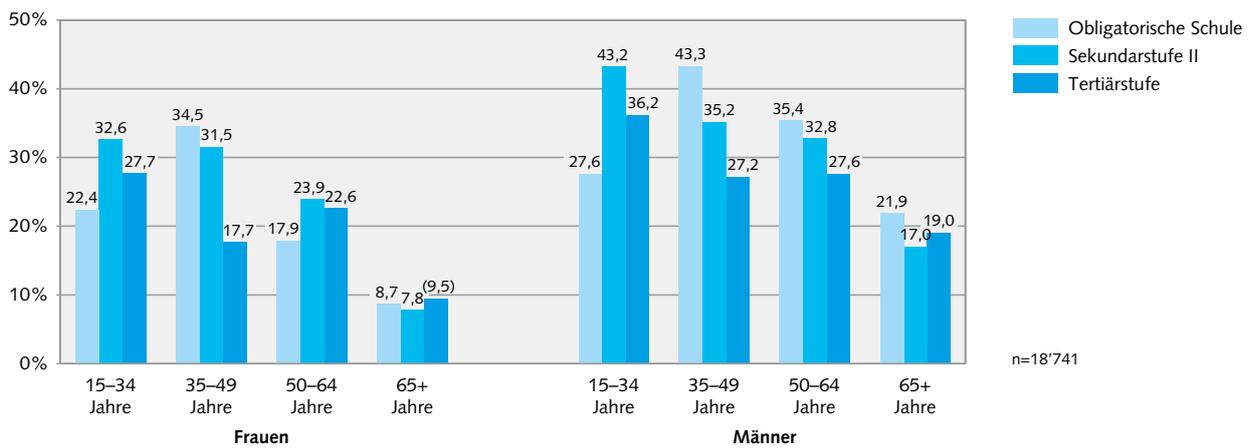
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Raucher/innen nach Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007

Abb. 3.11



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

obligatorische Ausbildung weniger als die Personen mit einer höheren Ausbildung. Bei den 35- bis 49-Jährigen weisen die Gruppen der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und der Personen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II die höchsten Anteile von Raucherinnen und Rauchern auf (keine signifikanten Unterschiede bei den höheren Alterskategorien).

Auf gesamtschweizerischer Ebene bestehen hinsichtlich der konsumierten Tabakprodukte gewisse Unterschiede zwischen Raucherinnen und Rauchern: Praktisch

alle Frauen rauchen Zigaretten (98%), während dies nur bei vier Fünfteln der Männer der Fall ist, von denen einige (auch) Zigarren (17,2%), Zigarillos (10,7%), Pfeife (7,2%) oder Wasserpfeife (7,8%) rauchen.

Zunahme der mässigen Raucherinnen und Raucher

Wie Abbildung 3.12 für die gesamtschweizerische Ebene veranschaulicht, weisen Männer nicht nur einen höheren Anteil von Rauchern auf als Frauen, sondern sie gehören

Tab. 3.6 Tabakkonsum, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (in %)

		Nichtraucher/innen	Raucher/innen
Total		72,3	27,7
Geschlecht	Frauen	76,7	23,3
	Männer	67,2	32,8
Altersgruppen	15–34 Jahre	65,4	34,6
	35–49 Jahre	70,1	29,9
	50–64 Jahre	74,4	25,6
	65+ Jahre	86,2	(13,8)
Bildung	Obligatorische Schule	75,2	(24,8)
	Sekundarstufe II	69,1	30,9
	Tertiärstufe	79,0	21,0
Nationalität	Schweiz	73,5	26,5
	Ausland	65,8	(34,2)
Urbanisierungsgrad	Stadt	73,3	26,7
	Land	71,1	28,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	73,1	26,9
	CHF 3000 bis 4499	74,1	25,9
	CHF 4500 bis 5999	71,6	(28,4)
	CHF 6000 und höher	65,6	(34,4)
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	77,2	22,8
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	73,1	(26,9)
	Büroangestellte und andere nicht-manuelle Berufe	66,6	(33,4)
	Höhere und mittlere Führungskräfte	68,3	31,7
Regionaler Vergleich	Schweiz	72,1	27,9
	Appenzell Ausserrhoden	72,3	27,7
	Aargau	73,6	26,4
	Bern	73,6	26,4
	Jura	69,9	30,1
	Luzern	73,6	26,4
	Schwyz	69,4	30,6
	Uri	74,1	25,9
	Grossregion Ostschweiz	70,7	29,3
	Deutschschweiz	72,0	28,0
Französische Schweiz	72,3	27,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=490

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

auch in grösserer Zahl zu den sehr starken Rauchern (ab 20 Zigaretten pro Tag). Im Jahr 2007 rauchte in der Schweiz ein Drittel der Männer mindestens 20 Zigaretten pro Tag, während dies nur bei einem Fünftel der Frauen zutraf. Umgekehrt rauchte knapp die Hälfte (47,5%) der Frauen weniger als zehn Zigaretten pro Tag, während dies nur bei ungefähr einem Drittel der Männer der Fall war (35,7%).

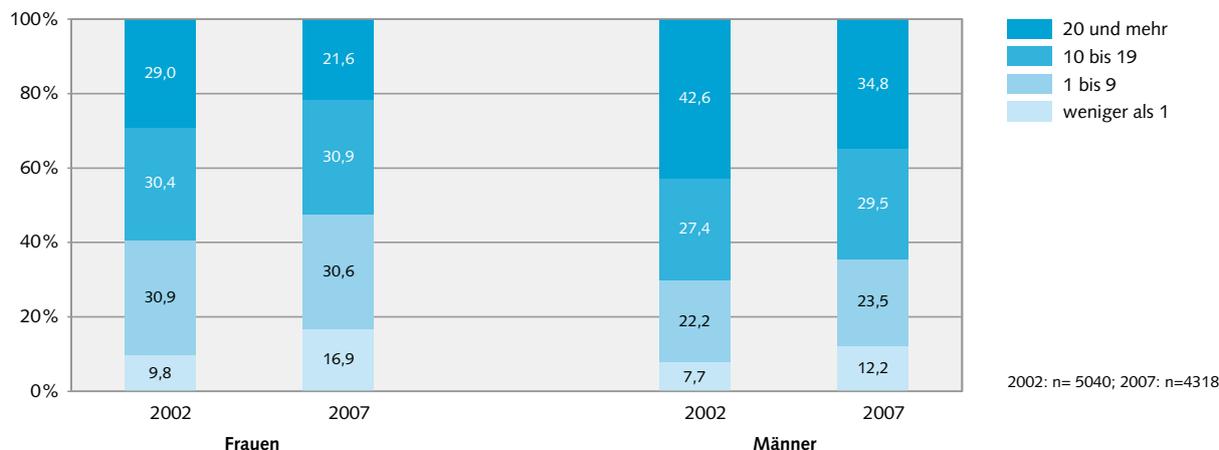
Sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen stieg im Zeitraum 2002–2007 der Anteil der sehr

schwachen Raucher/innen (weniger als eine Zigarette pro Tag)⁶⁶ an, während der Anteil der sehr starken Raucher/innen (ab 20 Zigaretten pro Tag) zurückging.

⁶⁶ Personen, die sich als Raucher/innen bezeichnen, aber nicht täglich und durchschnittlich weniger als eine Zigarette pro Tag rauchen.

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

Abb. 3.12



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.3.2 Passivrauchen

Beim Passivrauchen wird Tabakrauch von Drittpersonen eingeatmet. Dieser setzt sich aus dem von der glühenden Zigarette abgehenden Rauch und dem von den Raucherinnen und Rauchern ausgeatmeten Rauch zusammen. Der Tabakrauch enthält über 4000 bisher bekannte chemische Substanzen, von denen 40 als krebserregend gelten. Das Internationale Krebsforschungszentrum erklärte Passivrauchen im Jahr 2002 offiziell für krebserregend (International Agency for Research on Cancer, 2004). Passivrauchen kann auch bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Asthma und Infektionen der Atemwege verursachen. Die Befragten, die nicht rauchen, gaben an, wie lange sie täglich dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt sind (in Minuten und Stunden). Berücksichtigt wurden Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die dem Passivrauchen eine Stunde und mehr pro Tag ausgesetzt sind.

Die hier präsentierten Daten stammen aus dem Jahre 2007. In der Zwischenzeit sind in verschiedenen Kantonen aber auch auf Bundesebene Gesetze zum Schutz vor Passivrauch in Kraft getreten. So hat der Bundesrat im Oktober 2009 das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen verabschiedet. Damit müssen ab dem 1. Mai 2010 alle geschlossenen Räume, die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, rauchfrei sein. Ebenfalls rauchfrei sind ab diesem Datum alle geschlossenen, öffentlich zugänglichen Räume (z.B. Einkaufszentren, Kinos, Restaurants). In diesen Räumen können Raucherräume, die mit

einer ausreichenden Belüftung ausgestattet sind, eingerichtet werden. Das Gesetz sieht vor, dass die Kantone strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen können. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt wie weitere vierzehn Kantone (BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) über eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinausgeht.⁶⁷

Junge Menschen sind dem Passivrauch häufiger ausgesetzt

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden geben mit 14,6% etwa gleich viele Personen an, mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt zu sein wie in der Gesamtschweiz (15,6%). Auf der Ebene der Gesamtschweiz sind Männer (18,9%) dem Tabakrauch mehr ausgesetzt als Frauen (12,9%, Tab. 3.7). Dieser Geschlechterunterschied ist auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden (18,5% vs. 11,6%)⁶⁸ deutlich, wenngleich statistisch nicht signifikant.

Ein Blick auf die Ebene der Grossregion Ostschweiz und der Gesamtschweiz zeigt, dass jüngere Personen häufiger Passivrauch ausgesetzt sind als ältere: So berichten in der Gesamtschweiz 27,8% der unter

⁶⁷ Siehe dazu auch Medienmitteilung des BAG vom 28.10.2009 «Der Bundesrat setzt das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen in Kraft», www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=29742 (Zugriff am 5.1.2010)

⁶⁸ Diese beiden Prozentwerte beruhen auf Fallzahlen unter 30 und haben eingeschränkte Aussagekraft.

**Tab. 3.7 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag
Passivrauch ausgesetzt, in %)**

	Frauen	Männer	Total
Regionaler Vergleich			
Schweiz	18,9	12,9	15,6
Appenzell Ausserrhoden	(18,5)	(11,6)	14,6
Aargau	17,5	9,6	13,0
Bern	15,8	13,4	14,5
Jura	18,7	(14,7)	16,6
Luzern	18,3	11,3	14,4
Schwyz	28,3*	(12,5)	19,2
Uri	(23,7)	(15,9)	19,4
Grossregion Ostschweiz	19,6	12,2	15,8
Deutschschweiz	17,7	11,5	14,3
Französische Schweiz	22,1	17,1	19,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=12'741

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

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

Tab. 3.8 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=7610

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

35-Jährigen davon, in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen sind es 14,9%.

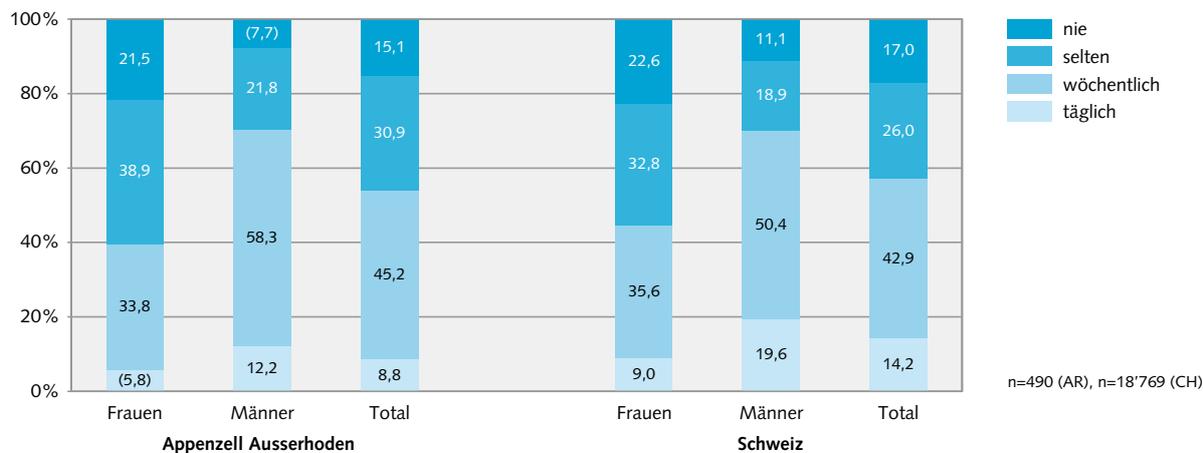
Am häufigsten Tabakrauch ausgesetzt sind auf gesamtschweizerischer Ebene Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und Männer, welche die obligatorische Schule oder eine Ausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben (diese Daten sind nicht dargestellt).

Wie Tabelle 3.8 zu entnehmen ist, sind Männer auf gesamtschweizerischer Ebene gemäss ihren Angaben auch am Arbeitsplatz häufiger dem Passivrauch ausge-

setzt als Frauen. Auf einer Skala mit sieben Kategorien mussten die berufstätigen Personen angeben, in welchem Ausmass sie dem Tabakrauch anderer Raucher/innen ausgesetzt sind. Als dem Passivrauch Ausgesetzte gelten Personen, die folgende Antworten auswählten: Die ganze Zeit, fast die ganze Zeit, rund drei Viertel der Zeit, rund die Hälfte der Zeit, rund ein Viertel der Zeit. Auch am Arbeitsplatz sind es erneut die jüngeren Personen sowie jene mit tieferem Bildungsniveau, die am stärksten Passivrauch ausgesetzt sind.

Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007

Abb. 3.13



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)
Häufigkeit des Alkoholkonsums: täglich (ein- bis mehrmals täglich), wöchentlich (1- 6-mal wöchentlich), selten (3-mal und weniger als einmal pro Monat), nie (abstinent)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.3.3 Alkoholkonsum

Alkohol wird seit Tausenden von Jahren hergestellt. Mit dem Aufkommen der Landwirtschaft begann auch die Alkoholproduktion. Doch das Destillationsverfahren geht auf das Mittelalter zurück. Alkoholische Getränke wurden hauptsächlich in einem festlichen oder religiösen Rahmen konsumiert. Vor ungefähr 200 Jahren wurden alkoholische Getränke, insbesondere Spirituosen, im Zusammenhang mit dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt zu normalen Konsumgütern, die für jedermann jederzeit verfügbar sind. Der Konsum von alkoholischen Getränken strukturiert zahlreiche gesellschaftliche Anlässe und ist insbesondere in der Schweiz, einem Land mit Winzertradition, Teil der Kultur. Somit ist es häufig sehr schwierig, sich dem sozialen Druck zum Alkoholkonsum zu entziehen (Fouquet & de Borde, 1990).

In der Schweiz kann ein bedeutender Teil der Krankheitslast auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt werden. Der übermässige Konsum von alkoholischen Getränken verursacht zahlreiche Krankheiten und kann zu Abhängigkeit führen. Mit einem regelmässigen und starken Konsum von alkoholischen Getränken sind die folgenden Risiken verbunden: Schäden an praktisch allen Organen (Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen usw.), Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, Herzinfarkt, Hirnschädigungen, die von Konzentrationsstörungen bis zu einer schweren Demenz reichen

können, psychische Probleme wie beispielsweise Depressionen, Psychosen, Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder im Freundeskreis.

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

Schätzungen gehen von 300'000 alkoholabhängigen Personen in der Schweiz aus. Aus einer Studie zu den sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs geht hervor, dass im Jahr 1998 2100 Personen an den Folgen von exzessivem Alkoholkonsum starben. 40% der Todesfälle wurden durch Erkrankungen des Verdauungssystems verursacht, andere Hauptursachen waren Verkehrsunfälle, Stürze und Suizide. Die direkten Kosten der auf Alkoholkonsum zurückführbaren Krankheiten – Arzt- und Spital- sowie Rehabilitationskosten – werden auf 554 Millionen Franken geschätzt. 2800 Personen

Tab. 3.9 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)

		Kein Risiko ¹	Geringes Risiko	Mittleres bis hohes Risiko
Total		26,2	68,7	5,1
Geschlecht	Frauen	35,2	60,2	4,6
	Männer	16,6	77,7	5,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	28,6	66,6	4,8
	35–49 Jahre	23,7	72,4	3,9
	50–64 Jahre	23,4	70,3	6,3
	65+ Jahre	29,7	64,0	6,3
Bildung	Obligatorische Schule	50,1	45,2	4,7
	Sekundarstufe II	25,9	68,8	5,3
	Tertiärstufe	15,5	79,5	5,0
Nationalität	Schweiz	23,6	71,1	5,4
	Ausland	37,6	58,2	4,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	31,5	63,7	4,8
	CHF 3000 bis 4499	24,8	70,5	4,8
	CHF 4500 bis 5999	18,5	74,9	6,6
	CHF 6000 und höher	14,7	79,3	6,0
Urbanisierungsgrad	Stadt	26,3	68,5	5,2
	Land	26,0	69,1	4,9
Regionaler Vergleich	Schweiz	26,2	68,7	5,1
	Appenzell Ausserrhoden	24,0	73,4	(2,6)*
	Aargau	26,9	68,8	4,2
	Bern	24,3	71,4	4,3
	Jura	30,5	65,1*	4,4
	Luzern	25,8	68,9	5,3
	Schwyz	25,7	69,3	5,0
	Uri	27,7	68,1	4,2
	Grossregion Ostschweiz	25,8	70,5	3,7
	Deutschschweiz	24,9	70,6	4,4
	Französische Schweiz	27,4	65,8	6,8

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=17'888

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

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

¹ Die Kategorie «kein Risiko» umfasst neben abstinenten Personen auch Personen, die angaben, dass sie weniger als einmal pro Monat alkoholische Getränke konsumieren, aber die Fragen zur konsumierten Menge nicht beantworteten (siehe BFS, 2008d).

beziehen eine Invalidenrente mit einem Durchschnittssatz von über 90%. Die gesamten sozialen Kosten der Ausgaben im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch belaufen sich auf 6,5 Milliarden Franken (Jeanrenaud et al., 2003).

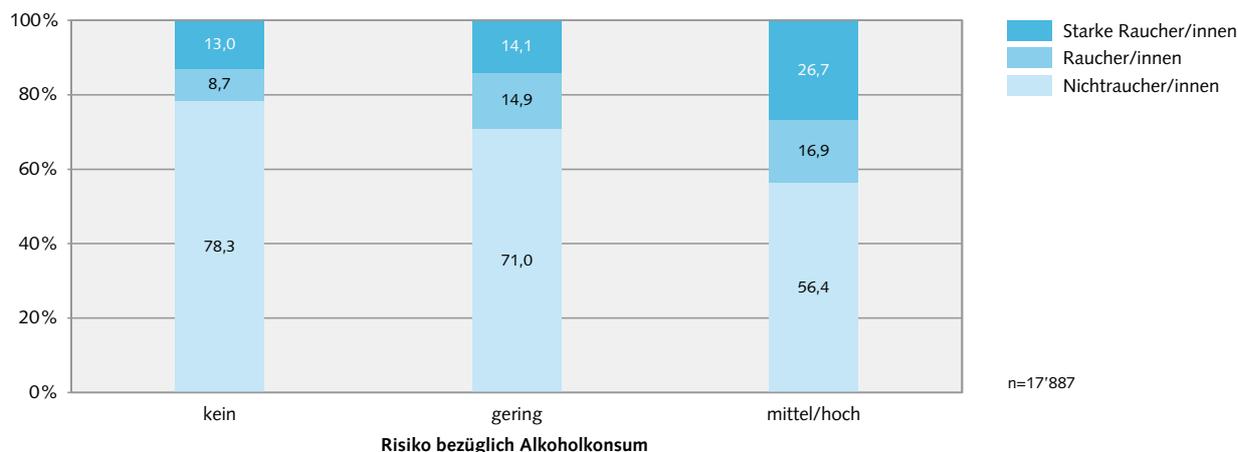
Die Schweizerische Gesundheitsbefragung befasst sich mit drei Aspekten der Problematik des Alkoholkonsums. Die befragten Personen wurden zunächst zur Häufigkeit ihres Alkoholkonsums, zur Art der konsumierten alkoholischen Getränke (Bier, Wein, Cidre, Spirituosen, Alkopops) und zu den dabei getrunkenen Mengen befragt. Ausgehend von den gesammelten Daten konnte der

Konsum von reinem Alkohol in Gramm pro Tag berechnet werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20g bei Frauen und von 40g bei Männern für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko besteht.⁶⁹ Ab einem täglichen Konsum von 40g bei Frauen und von 60g bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen (Dawson & Room, 2000; Rehm et al., 2003).

⁶⁹ Ein Glas eines alkoholischen Getränks (beispielsweise 3 dl Bier, 1 dl Wein, 25 cl Schnaps) enthält 10 bis 12g reinen Alkohol.

Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007

Abb. 3.14



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden konsumieren 8,8% der Bevölkerung täglich, 45,2% ein- bis mehrmals pro Woche und 46,0% selten oder nie alkoholische Getränke. Im Vergleich mit der Gesamtschweiz ist der Anteil der täglich Konsumierenden im Kanton Appenzell Ausserrhoden tiefer.

Wie Abbildung 3.13 veranschaulicht, besteht ein klarer Geschlechterunterschied: 60,4% der Frauen trinken nie (abstinent) oder selten (3 mal pro Monat oder weniger), bei den Männern beträgt dieser Anteil 29,5%. Dagegen trinken Männer häufiger täglich Alkohol als Frauen (12,2% vs. 5,8%).

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gehen 2,6%⁷⁰ der Befragten mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Risiko für ihre Gesundheit ein – dies ist signifikant weniger als in der Gesamtschweiz (5,1%, Tab. 3.9). Nach Geschlecht sind es auf Ebene der Gesamtschweiz 4,8% der Frauen und 6,4% der Männer. Der Konsum mit mittlerem bis hohem Risiko steigt mit dem Alter. Hervorzuheben ist auch, dass Personen in den höheren Einkommensgruppen ebenfalls häufiger ein mittleres bis hohes Risiko aufweisen (Ebene Gesamtschweiz).

Abbildung 3.14 zeigt für die Gesamtschweiz, dass die Gruppe von Befragten, die ein mittleres bis hohes Risiko beim Alkoholkonsum eingeht, auch den höchsten Anteil von Rauchenden – insbesondere von stark Rauchenden – aufweist.

⁷⁰ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

3.3.4 Cannabiskonsum

Was die illegalen Drogen anbelangt, weisen die Cannabisderivate in der Schweiz den höchsten Anteil am Konsum auf. In der Mehrheit der Fälle erfolgt der erste Kontakt bereits in der Jugendzeit. Mittlerweile ist erwiesen, dass regelmässiger Cannabiskonsum negative Folgen hat, sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit (Hall & Solowij, 1998): zum Beispiel erhöhtes Risiko für chronische Bronchitis, Psychosen und neuropsychologische Störungen. Die beunruhigendsten Folgen bestehen im Bereich der familiären, sozialen und beruflichen Eingliederung von Jugendlichen (Lynskey & Hall, 2000).

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geht hervor, dass gut ein Viertel der 15- bis 34-Jährigen im Kanton Appenzell Ausserrhoden Erfahrungen mit Cannabisprodukten (Lebenszeitprävalenz) haben (Tab. 3.10). Dieser Wert liegt unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 32,8% (nicht signifikant).

Die Daten für die Gesamtschweiz zeigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung 8,1% Cannabis konsumierten (aktueller Konsum). Männer geben deutlich häufiger als Frauen an, schon einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben (41,0% vs. 24,5%). Dies gilt auch für den aktuellen Konsum (12,0% vs. 4,1%). Zwischen 2002 und 2007 hat die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums auf gesamtschweizerischer Ebene von 29,2% auf 32,8% zugenommen. Der aktuelle Konsum ist in der gleichen Zeitspanne zurückgegangen (von 8,9% auf 8,1%), diese Veränderung ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tab. 3.10 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)

		Lebenszeitprävalenz	Aktueller Konsum
Geschlecht	Frauen	24,5	4,1
	Männer	41,0	12,0
Nationalität	Schweiz	36,0	9,4
	Ausland	23,8	4,3
Regionaler Vergleich	Schweiz	32,8	8,1
	Appenzell Ausserrhoden	(27,0)	.
	Aargau	28,8	(5,3)
	Bern	29,8	7,1
	Jura	24,6	(8,8)
	Luzern	24,6*	(5,6)
	Schwyz	27,6	.
	Uri	(23,8)	.
	Grossregion Ostschweiz	34,0	(6,3)
	Deutschschweiz	33,7	8,4
Französische Schweiz	34,0	8,4	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

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

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

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

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

Aus diesen Untersuchungen gingen Konsumprävalenzen hervor, die im Verlauf der Neunzigerjahre und bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts deutlich angestiegen sind. Durch das Cannabismonitoring, die erste Längsschnittbefragung in der Schweiz, kann ein neues Quali-

tätsniveau in der Cannabisforschung erreicht werden, da die gleiche Methode bei den gleichen Personen mehrmals angewandt wird (BAG, 2005a).

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

Im Rahmen des Cannabismonitorings wurde der problematische Konsum in der Schweiz zum ersten Mal erfasst. Der CUDIT (Adamson & Sellman, 2003) ist ein Test mit zehn Elementen, mit dem verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum erfasst werden: Konzentrationsprobleme, Schwierigkeiten bei der Bewältigung gewisser Herausforderungen im sozialen Zusammenleben, subjektiver Verlust der Kontrolle über den Konsum. Auf gesamtschweizerischer Ebene bestand im Jahr 2007 bei 7,9% der 13- bis 29-Jährigen ein

unproblematischer Konsum und bei 3,2% ein problematischer Konsum (die übrigen 88,9% dieser Alterskategorie konsumierten kein Cannabis). Im Zeitraum 2004–2007 ging der Anteil der Personen mit einem problematischen Konsum ebenfalls leicht zurück, wobei diese Abnahme aus statistischer Sicht nicht signifikant war. Das Alter, in dem der erste Cannabiskonsum erfolgt, verschob sich indessen klar nach unten: Während im Jahr 2004 der erste Cannabiskonsum durchschnittlich im Alter von 16,5 Jahren erfolgte, lag das Durchschnittsalter beim Erstkonsum im Jahr 2007 bei 15,8 Jahren (BAG, 2008c).

3.3.5 Medikamentenkonsum

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

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

Anhand der in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse kann nicht zwischen einem angemessenen oder unangemessenen Medikamentenkonsum unterschieden werden. Insbesondere Unterschiede je

nach soziodemografischen Merkmalen oder Region gründen möglicherweise auf Unterschiede im Gesundheitszustand und können deshalb nicht auf einen missbräuchlichen Konsum dieser Medikamente zurückgeführt werden.

Medikamentenkonsum steigt mit zunehmendem Alter

Im Jahr 2007 haben 43,0% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung in den letzten sieben Tagen vor der Befragung zumindest ein Medikament konsumiert, was in etwa dem Wert der Gesamtschweiz (46,3%) entspricht. Die Unterscheidung nach Medikamentenart zeigt ebenfalls keine Unterschiede zur Gesamtschweiz (Tab 3.11).

Auf gesamtschweizerischer Ebene wie auch im Kanton Appenzell Ausserrhodens geben Frauen häufiger als Männer an, in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert zu haben. Weiter ist aus Tabelle 3.11 ersichtlich, dass der Medikamentenkonsum mit zunehmendem Alter steigt, mit höherer Ausbildung nimmt der Medikamentenkonsum dagegen deutlich ab.

In der Gesamtschweiz ist ein Anstieg des Medikamentenkonsums zu verzeichnen: So hatten im Jahr 2002 40,8% der Befragten in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament konsumiert, im Jahr 2007 lag dieser Anteil bei 46,3%. Zwischen 2002 und 2007 nahm auf Ebene der Gesamtschweiz der Konsum von Schmerzmitteln am stärksten zu und zwar von 14,5% auf 20,1%. Beim täglichen Konsum stieg der Anteil von 4,3% der Bevölkerung im Jahr 2002 auf 5,8% im Jahr 2007. Der Anteil der Personen, die Schlafmittel konsumieren, stieg von 4,1% auf 5,2%, und jener der Personen, die Beruhigungsmittel konsumieren, von 3,8% auf 4,3%.

Ein Grossteil der psychotropen Medikamente wird vom Arzt bzw. einer Ärztin verschrieben

Mehr als drei Viertel der konsumierten Medikamente werden von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben (AR: 79,4%, CH: 78,1%). Die Daten für die gesamtschweizerische Ebene zeigen, dass 97,8% der Antidepressiva ärztlich verschrieben wurden, bei den Schmerzmitteln sind es erwartungsgemäss mit 54,8% weit weniger. Bei Beruhigungs- und Schlafmitteln sind die entsprechenden Anteile 82,3% bzw. 86,3%. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass bei der Verschreibung von Medikamenten durch einen Arzt/eine Ärztin auf Gesamtschweizer Ebene keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht des Konsumenten festgestellt wurden.

Tab. 3.11 Medikamentenkonsument, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007
(in der Woche vor der Befragung, in %)

		Irgendein Medikament		Schmerzmittel	Beruhigungs- mittel	Schlafmittel	Anti- depressivum
		AR	CH	CH	CH	CH	CH
Total		43,0	46,3	20,1	4,3	5,2	3,6
Geschlecht	Frauen	48,7	51,3	24,4	5,3	6,8	4,5
	Männer	36,5	41,0	15,6	3,3	3,6	2,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	30,9	31,0	16,0	1,7	1,0	1,4
	35–49 Jahre	33,3	37,3	20,1	3,2	2,9	3,5
	50–64 Jahre	54,0	54,0	21,7	6,4	6,3	5,8
	65+ Jahre	69,7	76,6	25,0	7,9	14,9	4,7
Bildung	Obligatorische Schule	50,3	53,9	25,6	7,8	10,6	6,0
	Sekundarstufe II	43,3	44,9	19,5	4,0	4,9	3,2
	Tertiärstufe	37,0	45,3	18,5	3,1	3,1	3,2
Nationalität	Schweiz	42,2	47,8	19,8	4,2	5,3	3,4
	Ausland	(47,1)	40,3	21,1	4,9	4,8	4,4
Haushaltsäquivalenz- einkommen	bis CHF 2999	36,2	42,4	20,6	4,7	5,6	3,8
	CHF 3000 bis 4499	52,4	49,1	20,7	4,1	4,9	4,0
	CHF 4500 bis 5999	38,5	49,0	18,6	4,3	5,3	3,2
	CHF 6000 und höher	47,1	48,3	19,3	3,4	4,2	2,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	45,9	47,3	20,4	4,5	5,3	3,8
	Land	39,6	43,5	19,3	3,8	4,9	3,0
Regionaler Vergleich	Schweiz	46,3		20,1	4,3	5,2	3,6
	Appenzell Ausserrhoden	43,0		19,5	(4,4)	5,4	(4,7)
	Aargau	45,0		20,5	4,1	5,5	2,5*
	Bern	49,6*		19,1	3,9	4,4*	3,3
	Jura	49,1		8,5*	25,3*	7,1	5,3
	Luzern	40,3*		16,2*	2,2*	4,0	2,5*
	Schwyz	43,9		17,5	(3,4)	4,8	(4,1)
	Uri	35,4*		15,4*	(2,8)	(3,6)	(1,2)*
	Grossregion Ostschweiz	41,7		17,5	3,9	4,8	3,0
	Deutschschweiz	44,8		18,7	3,5	4,6	3,2
Französische Schweiz	50,7		24,4	6,3	6,7	4,5	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=490 (AR), n=18'744 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

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

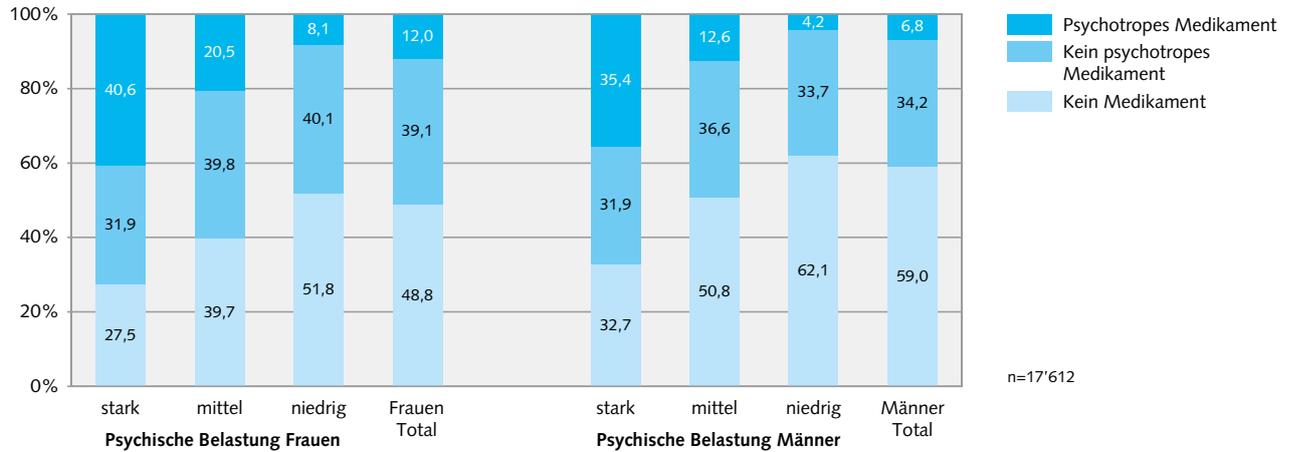
Aufgrund zu kleiner Fallzahlen können für die Variablen Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel sowie Antidepressivum keine Werte für den Kanton Appenzell Ausserrhoden gezeigt werden.

Abbildung 3.15 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Einnahme von Medikamenten: Personen mit hoher psychischer Belastung konsumieren deutlich häufiger psychotrope Medikamente und andere Medikamente als Personen, die psychisch nicht stark belastet sind. Bei psychischer Belastung konsumieren Frauen mehr psychotrope Medikamente als Männer.

Der Konsum von Schlafmitteln ist in den älteren Altersgruppen häufiger: 14,9% der Personen ab 65 nehmen mindestens einmal pro Woche Schlafmittel ein, bei den 15- bis 34-Jährigen sind es dagegen nur 1,0%. Wie Abbildung 3.16 zeigt, konsumieren in der jüngsten Altersgruppe weniger als 10% der Personen, die unter grossen Einschlafschwierigkeiten oder Schlaflosigkeit leiden, Schlafmittel. Bei den 35- bis 49-Jährigen beträgt

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

Abb. 3.15



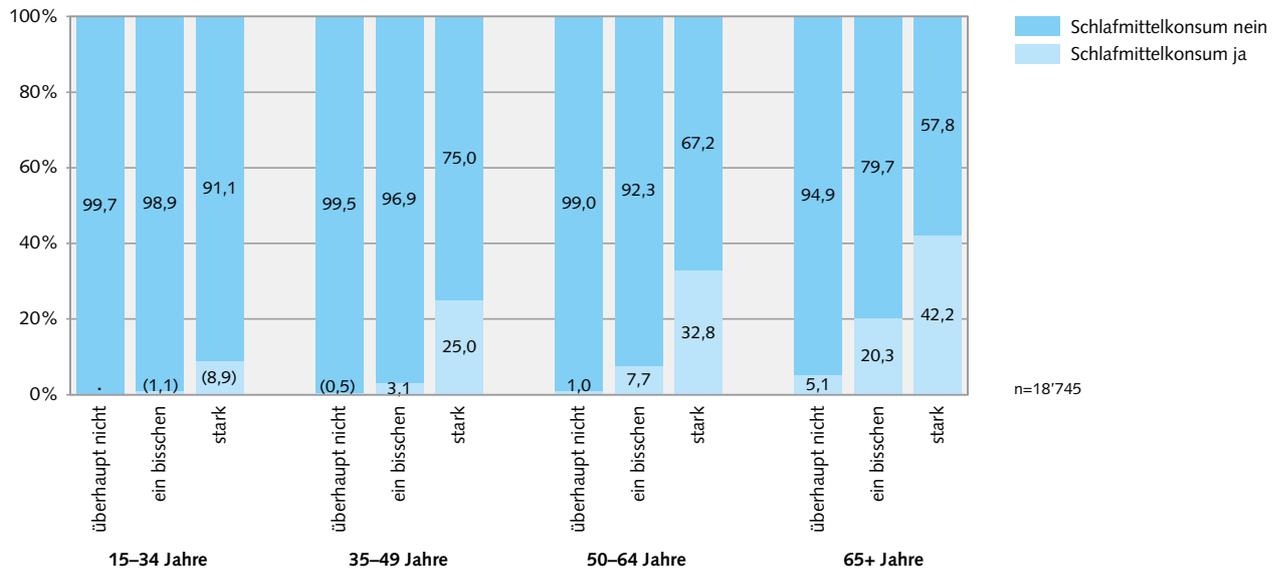
Die in dieser Abbildung berücksichtigten psychotropen Medikamente sind Schlafmittel, Beruhigungsmittel und Antidepressiva. Für die Definition der Variable «psychische Belastung» vgl. 2.3.1

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

Abb. 3.16



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

Schlafmittelkonsum in den letzten sieben Tagen vor der Befragung: täglich, mehrmals pro Woche, etwa ein Mal pro Woche. Wortlaut der Frage: Haben Sie in den letzten vier Wochen «Einschlaf- oder Durchschlafstörungen» gehabt? Überhaupt nicht, ein bisschen, stark

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

dieser Anteil bereits einen Viertel und bei den Personen ab 65 Jahren beläuft er sich auf 42,2%. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass von den Personen ab

65 Jahren, die nur unter geringen Schlaflosigkeitsproblemen leiden, ein Fünftel (20,3%) mindestens einmal wöchentlich Schlafmittel konsumiert.

3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden verschiedene Verhaltensweisen erläutert, die der Gesundheit nützen (körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten), und andere, die der Gesundheit unter Umständen schaden (Tabak, Alkohol, Cannabis und Medikamente), da sie Krankheiten verursachen oder zu einer Abhängigkeit führen können.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist die Hälfte der Bevölkerung aktiv und gut 10% inaktiv. Damit ist das körperliche Aktivitätsniveau höher als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Männer und Frauen sind in etwa gleich aktiv. Auf gesamtschweizerischer Ebene hat der Anteil der aktiven Personen zwischen 2002 und 2007 deutlich zugenommen.

Im Vergleich mit den Schweizerinnen und Schweizern (70,5%) insgesamt gibt ein etwas höherer Anteil der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung (75,3%) an, sich der Bedeutung der Ernährung bewusst zu sein. Ein Viertel (25,6%) befolgt die Empfehlung, pro Tag fünf Portionen Früchte und Gemüse zu essen, was in etwa dem Wert der Gesamtschweiz entspricht. Ebenfalls im Schweizer Durchschnitt befindet sich der Kanton Appenzell Ausserrhoden in Bezug auf den Fleischkonsum.

Die Analysen zum Körpergewicht zeigen, dass fast 37% der Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden übergewichtig ist. Männer sind je nach Alter bis zu zweimal häufiger von Übergewicht betroffen als Frauen.

Der Anteil Raucher/innen im Kanton Appenzell Ausserrhoden entspricht mit 27,7% dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 27,9%. Männer (32,8%) rauchen deutlich häufiger als Frauen (23,3%).

8,8% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung konsumiert täglich und 45,2% ein- bis mehrmals wöchentlich Alkohol. 15,1% sind abstinent. Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass der tägliche Alkoholkonsum im Kanton Appenzell Ausserrhoden unterdurchschnittlich ist. Wie auch in der Gesamtschweiz, zeigt sich auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden ein klarer Geschlechterunterschied: Männer konsumieren deutlich häufiger Alkohol als Frauen.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden haben 43,0% in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen. Damit liegt der Medikamentenkonsum ebenfalls im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Frauen geben häufiger als Männer an, ein Medikament konsumiert zu haben. Landesweit ist der Medikamentenkonsum zwischen 2002 und 2007 gestiegen.

4 Wohn- und Arbeitssituation

Hanspeter Stamm, Markus Lamprecht und Doris Wiegand

Das Wohn- und das Arbeitsumfeld gehören zu den wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dies zeigt unter anderem das «Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik» des Bundesamtes für Gesundheit (2005b), in dem die Bereiche «Beschäftigung und Arbeitswelt» und «Wohnen und Mobilität» als zwei von insgesamt sieben wichtigen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern identifiziert werden.⁷¹ Abgesehen davon, dass ein grosser Teil der im vorangehenden Kapitel diskutierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (auch) im Wohn- und Arbeitsbereich von Bedeutung sind, verbinden sich mit Arbeiten und Wohnen verschiedene spezifische Gesundheitseffekte.

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

Von besonderer Bedeutung ist im Wohnumfeld überdies der Lärm: Wer in seiner Wohnung dauernd unter Lärm leidet, kann krank werden, wobei Lärmimmissionen während der Erholung- und Schlafphase besonders problematisch sind. Lärm beeinflusst die Regulationsmechanismen des vegetativen Nervensystems und kann zu akuten oder chronischen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens sowie zu Einbussen der Leistungsfähigkeit führen. Wiederholte Lärmreize bewirken überdies hormonale Veränderungen wie die Freisetzung von Stresshormonen, die Entwicklung von Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen.

Dadurch kann das Risiko einer Herz-Kreislauf-Krankheit steigen (Niemann & Maschke, 2004; Wanner, 1993).

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

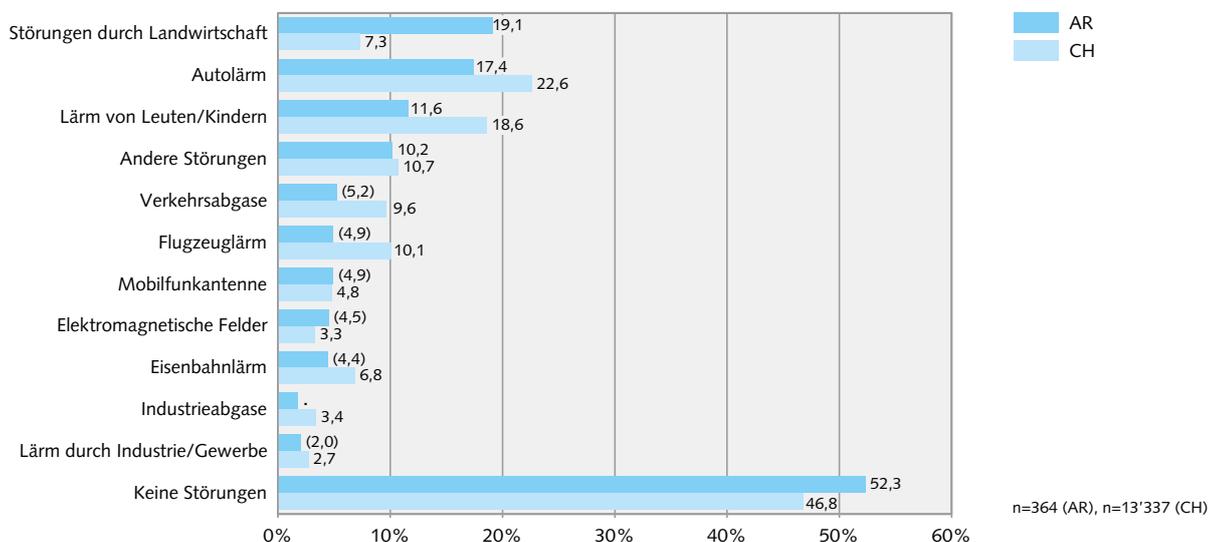
«Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der erwerbstätigen Bevölkerung und kann viel zu Sicherheit, Anerkennung und Wohlbefinden dieser Bevölkerungsgruppe beitragen. Die berufliche Tätigkeit kann eine Quelle für das Selbstwertgefühl und damit für die psychische Gesundheit darstellen. Erwerbstätige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

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

⁷¹ Bei den übrigen Handlungsfeldern handelt es sich um «Krankheitsbekämpfung und Prävention», «soziale Sicherheit und Chancengleichheit», «Bildung und Befähigung», «Lebensraum und natürliche Umwelt» sowie «Lebensmittelsicherheit und Ernährung».

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

Abb. 4.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.1 Immissionen im Wohnbereich

Abbildung 4.1 zeigt insgesamt elf Störungsquellen im Wohnumfeld, bei denen die Befragten jeweils angeben mussten, ob sie von diesen betroffen sind. Dem Überblick lässt sich entnehmen, dass die Landwirtschaft die Störungsquelle Nummer 1 im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist. Jede fünfte Person (19,1%) erwähnt diese Immissionsquelle, zusätzlich verweist rund jede sechste Person auf den Autolärm und jede zehnte erwähnt den Lärm von anderen Personen oder andere Störungen. Die übrigen in der Abbildung dargestellten Störungsquellen werden von jeweils weniger als 10% der Befragten genannt. Dass der Lärm der Landwirtschaft an erster Stelle der Rangliste steht, ist angesichts der Bedeutung der Landwirtschaft im Kanton Appenzell Ausserrhoden plausibel (vgl. 1.4).

Mehr als die Hälfte der Appenzell Ausserrhoder/innen wohnt «ungestört»

Auffallend ist allerdings, dass etwas mehr als die Hälfte (52,3%) der befragten Appenzell Ausserrhoder/innen keine der elf Störungsquellen erwähnt. Damit sind die Belastungen der Appenzell Ausserrhoder/innen in etwa vergleichbar mit denjenigen der übrigen Schweizer/innen, von denen weniger als die Hälfte (46,8%) keine Störungen nennt. Im Vergleich mit einer Reihe anderer

Kantone und Regionen (Tab. 4.1) erwähnen die Appenzell Ausserrhoder/innen eher weniger Störungen im Wohnumfeld. Die «Rangliste» der Störungsquellen sieht in Appenzell Ausserrhoden und der Schweiz aber trotz der Unterschiede in der Anzahl Nennungen sehr ähnlich aus. Die einzige substantielle Abweichung zeigt sich bei den Landwirtschaftsimmissionen: Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist diesen gut ein Fünftel (19,1%) der Bevölkerung ausgesetzt, in der Gesamtschweiz weniger als ein Zehntel (7,3%).

Nicht alle Bevölkerungsgruppen sind im selben Mass von Lärm und anderen Immissionen betroffen. Dies zeigt ein Blick auf Tabelle 4.1, in welcher die Anzahl der Störungen aus Abbildung 4.1 dargestellt ist. Anders als auf der Ebene der Gesamtschweiz verzeichnen höher gebildete und gut verdienende Personen im Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht seltener Störungen im Wohnumfeld als Personen mit einer tiefen oder mittleren Bildung und/oder einem geringen Einkommen. Plausibel ist hingegen der erhebliche Unterschied zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung auf der Ebene der Gesamtschweiz: Die letztere sieht sich deutlich häufiger Störungen ausgesetzt. Dagegen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen – letztere leiden weniger häufig unter Störungen – schwieriger zu erklären.

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

		Keine Störungen		1 Störung		2 und mehr Störungen	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		52,3	46,8	26,4	26,2	22,2	27,0
Geschlecht	Frauen	55,2	45,4	21,5	27,2	23,3	27,4
	Männer	48,9	48,2	24,1	25,2	27,0	26,6
Altersgruppen	15–34 Jahre	50,8	47,6	(29,2)	26,6	(20,1)	25,8
	35–49 Jahre	52,0	47,7	21,7	25,3	(26,3)	27,0
	50–64 Jahre	49,4	45,7	(13,8)	27,0	36,8	27,3
	65+ Jahre	58,5	45,3	(22,4)	26,0	(19,1)	28,6
Bildung	Obligatorische Schule	(53,4)	43,0	.	26,0	.	31,0
	Sekundarstufe II	52,3	47,5	23,3	26,3	24,4	26,2
	Tertiärstufe	51,9	46,7	18,0	26,1	(30,1)	27,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	52,4	46,4	27,5	25,2	(20,1)	28,4
	CHF 3000 bis 4499	52,0	45,6	(18,7)	26,6	29,3	27,8
	CHF 5000 und höher	54,6	49,1	(20,0)	26,2	(25,4)	24,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	54,9	44,1	19,0	26,8	26,1	29,1
	Land	49,3	54,0	27,0	24,8	23,7	21,2
Regionaler Vergleich	Schweiz		46,8		26,2		27,0
	Appenzell Ausserrhoden		52,3		22,7		25,0
	Aargau		53,5*		21,2*		25,3
	Bern		51,6*		24,8		23,6*
	Jura		51,6		28,0		20,4*
	Luzern		51,4*		26,4		22,2*
	Schwyz		45,7		25,3		29,0
	Uri		51,2		23,1		25,6
	Grossregion Ostschweiz		50,7		25,3		24,0
	Deutschschweiz		48,1		25,2		26,7
Französische Schweiz		43,0		29,8		27,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=364 (AR), n=13'337 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

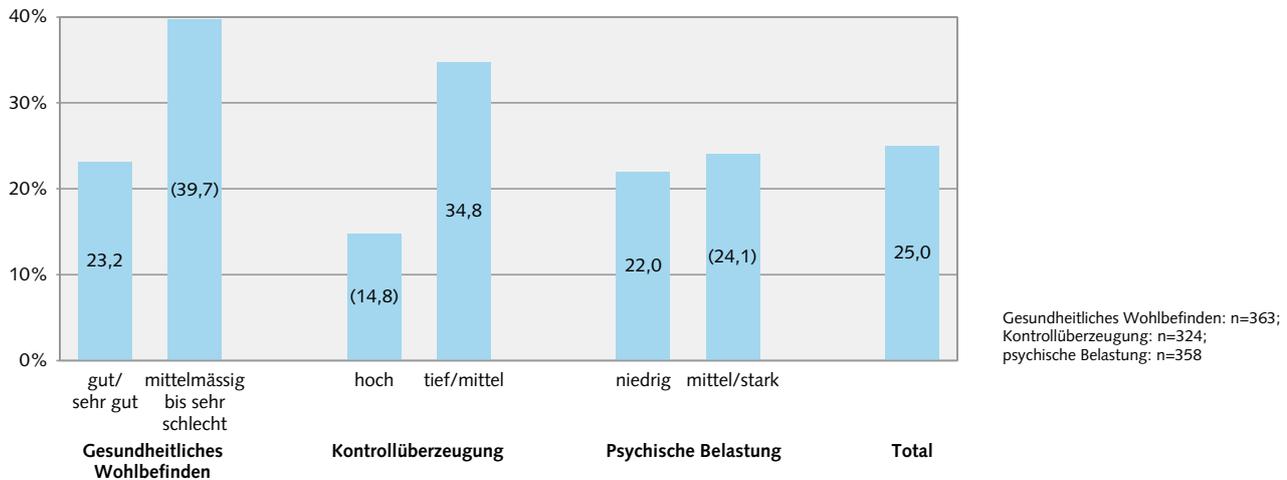
Zusammenhang zwischen Störungen und Gesundheitszustand

Abbildung 4.2 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl wahrgenommener Störungen und verschiedenen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit: Personen mit einem mittelmässigem bis sehr schlechtem gesundheitlichen Wohlbefinden und jene mit tiefer oder mittlerer Kontrollüberzeugung erwähnen deutlich häufiger zwei oder mehr Immissionen im Wohnumfeld.⁷² Ob eine Kausalität zwischen Störungen und Gesundheit besteht und in welche Richtung diese geht, kann mit den Daten der SGB jedoch nicht beurteilt werden. Denkbar

ist sowohl, dass Störungen im Wohnumfeld «krank» machen, als auch, dass allgemeine Gesundheitsprobleme und psychische Belastungen zu einer höheren Sensibilität für Störungen führen. Schliesslich ist nicht auszuschliessen, dass die Befunde auf weitere Effekte in dem Sinne zurückzuführen sein könnten, dass «unterprivilegierte Lebensbedingungen» sowohl die Wohnsituation als auch die gesundheitlichen und psychischen Bedingungen unabhängig voneinander beeinflussen.

⁷² Für die Definition der verwendeten Variablen siehe 2.3.

Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 **Abb. 4.2**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)
Für die Definition der Variablen vgl. 2.1 (Gesundheitliches Wohlbefinden), 2.3.2 (Kontrollüberzeugung) und 2.3.1 (Psychische Belastung)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.2 Belastungen bei der Arbeit⁷³

4.2.1 Immissionen

Analog zum Wohnen, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch die Immissionen am Arbeitsplatz erhoben.⁷⁴ Bei insgesamt zehn Störungsquellen wird gefragt, ob die Erwerbstätigen damit konfrontiert seien, wobei sich ein ähnliches Bild wie im Wohnumfeld zeigt. Sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch auf der Ebene der Gesamtschweiz erwähnt rund die Hälfte der Befragten keinerlei Störungsquellen; etwas unter einem Drittel nennt eine oder zwei, die restliche Bevölkerung mehr als zwei Immissionsquellen (Tab. 4.2).

Lärm als häufigste Störungsquelle bei der Arbeit

Wie aus Abbildung 4.3 hervorgeht, sind die Erwerbstätigen im Kanton Appenzell Ausserrhoden am häufigsten

von Lärm, zu hohen oder zu niedrigen Temperaturen und Vibrationen betroffen. Diese Aspekte werden von einem Sechstel bis zu einem knappen Fünftel der Befragten erwähnt. Dagegen sind Strahlung und das Einatmen von Dämpfen kaum ein Problem, was in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass nur eine Minderheit der Erwerbstätigen in einem entsprechenden Arbeitsumfeld tätig ist.

Bei den meisten untersuchten Immissionen finden sich nur geringfügige Abweichungen zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und der übrigen Schweiz. Auffallend ist, dass auf der Ebene der Gesamtschweiz häufiger auf hohe Temperaturen und das Einatmen von Dämpfen verwiesen wird.

Bei der Anzahl erwähnter Immissionen lassen sich gemäss Tabelle 4.2 deutliche Bildungs- und Einkommenseffekte nachweisen. Auf der Ebene der Gesamtschweiz lassen sich auch deutliche Berufseffekte nachweisen (diese Auswertung ist nicht abgebildet): Zwei Fünftel aller Arbeiter/innen (41,2%) erwähnen mehr als zwei Immissionen bei der Arbeit, während es bei den Büroangestellten (9,2%) und den Führungskräften (10,0%) nur rund ein Zehntel ist. Ähnlich sieht es bei einem Vergleich der tiefsten mit den höchsten Bildungs- (28,8% vs. 8,0%) und Einkommensgruppen (25,4% vs. 9,7%) aus. Diese Befunde sind deshalb nicht erstaunlich, weil die erfragten Immissionen vor allem im gewerblichen und industriellen Sektor auftreten, wo das durchschnittliche

⁷³ Beim Themenbereich «Arbeitssituation» gilt zu beachten, dass ein Teil der Befragten ausserhalb des Wohnkantons (Appenzell Ausserrhoden) arbeitet.

⁷⁴ Die meisten Fragen zur konkreten Arbeitstätigkeit werden im schriftlichen Fragebogen gestellt. Da die Stichprobe der schriftlichen Befragung kleiner ist als diejenige der telefonischen und ohnehin nur rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig ist, sind die entsprechenden Fallzahlen vergleichsweise gering. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden bedeutet dies, dass diese Fragen in der Regel von rund 210 Personen beantwortet wurden und Analysen nach unterschiedlichen Merkmalen der befragten Personen daher sehr schnell an ihre Grenzen stossen.

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

		Keine Immissionen		1 oder 2 Immissionen		3 und mehr Immissionen	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		49,2	49,6	33,0	31,4	17,8	19,0
Geschlecht	Frauen	58,7	55,1	32,2	34,2	(9,2)	10,8
	Männer	41,1	45,4	33,7	29,2	(25,2)	25,4
Altersgruppen	15–34 Jahre	(40,7)	41,8	(36,4)	33,3	(22,9)	24,9
	35–49 Jahre	53,8	51,7	(30,2)	31,2	(16,0)	17,1
	50+ Jahre	52,4	57,1	(33,6)	29,0	(14,0)	13,9
Bildung	Obligatorische Schule	.	39,1	.	32,1	.	28,8
	Sekundarstufe II	45,0	42,1	34,8	33,6	(20,3)	24,3
	Tertiärstufe	63,6	64,6	(25,2)	27,4	(11,2)	8,0
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(45,3)	40,3	(33,3)	34,4	(21,4)	25,4
	CHF 3000 bis 4499	45,2	48,9	(38,7)	31,3	(16,1)	19,9
	CHF 5000 und höher	60,2	59,4	(25,2)	29,0	.	11,7
Urbanisierungsgrad	Stadt	52,7	51,6	34,5	31,4	(12,8)	17,0
	Land	45,2	44,2	31,4	31,4	(23,3)	24,4
Regionaler Vergleich	Schweiz		49,6		31,4		19,0
	Appenzell Ausserrhoden		49,2		33,0		17,8
	Aargau		48,0		31,7		20,3
	Bern		45,6*		35,5*		18,9
	Jura		41,7*		33,8		24,4
	Luzern		52,3		26,3*		21,3
	Schwyz		44,7		31,5		23,8
	Uri		49,6		27,5		22,9
	Grossregion Ostschweiz		47,1		28,0		24,9
	Deutscheschweiz		49,7		31,3		19,1
Französische Schweiz		48,8		31,4		19,7	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=218 (AR), n=7828 (CH)

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

Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Tab. 4.3 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (Erwerbstätige, in %)

Psychische Belastung	Körperliche Belastung		
	gering/mittel	hoch	Total
gering/mittel	46,3	(16,3)	62,6
hoch	21,0	16,4	37,4
Total	67,3	32,7	100,0

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

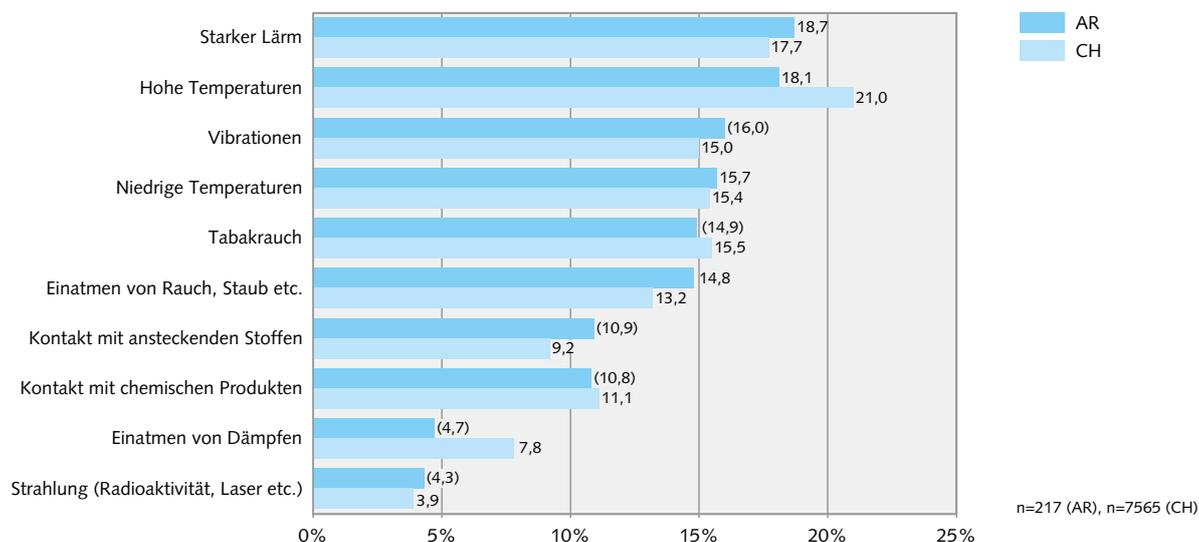
n=198

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

Für die Wortlaute der Fragen siehe Fussnote zu Tab. 4.4.

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

Abb. 4.3



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Bildungs- und Einkommensniveau geringer ist als im Dienstleistungssektor.⁷⁵ Wie der folgende Abschnitt zeigt, kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um, wenn nach psychischer Belastung im Arbeitsumfeld gefragt wird.

4.2.2 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit

Lärm, Geruch oder Rauch sind nicht die einzigen Belastungen, mit denen man sich an seinem Arbeitsplatz konfrontiert sehen kann. Viele Menschen klagen über erhebliche körperliche Belastungen durch das Tragen schwerer Gegenstände oder die Bedienung schwerer Maschinen. Ein besonderes Thema stellen psychische Belastungen dar, die von Zeitdruck und Überforderung bis zu Konflikten mit den Kollegen/innen und Mobbing reichen können.⁷⁶

⁷⁵ Gemäss der SGB 2007 verfügen von den Erwerbstätigen des Industrie- und Gewerbesektors 12% über einen Bildungsabschluss der Sekundarstufe I und 24% über einen Abschluss der Tertiärstufe. Im Dienstleistungssektor betragen die entsprechenden Anteile 7% bzw. 27%. Das durchschnittliche Haushaltsäquivalenzeinkommen der Erwerbstätigen beträgt im Industriesektor rund CHF 4200.–, im Tertiärsektor rund CHF 4600.–.

⁷⁶ Die SGB enthält eine Reihe von Fragen zu Gewalt-, Diskriminierungs- und Mobbingerelebnissen. Auf der Ebene der Gesamtschweiz geben 3,7% der Erwerbstätigen an, in den vergangenen 12 Monaten bei der Arbeit Gewalt oder Gewaltandrohungen von Kollegen/innen oder anderen Personen erfahren zu haben. Die Werte für Mobbing und Diskriminierung/ Ungleichbehandlung betragen 7,7% bzw. 11,2%.

Wie aus Tabelle 4.4 hervorgeht, geben jeweils rund ein Drittel der Appenzell Ausserrhoder Erwerbstätigen ein hohes Mass an körperlicher (31,9%) oder psychischer Belastung (37,4%) an. Hohe körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz treten zwar selten gemeinsam auf, doch immerhin 16,4%⁷⁷ der Appenzell Ausserrhoder Erwerbstätigen berichten gemäss Tabelle 4.3 über beide Formen von Belastungen. Dem stehen fast die Hälfte der Erwerbstätigen gegenüber, die sowohl in psychischer als auch körperlicher Hinsicht höchstens «mittel» belastet sind.

Körperliche Belastung im Kanton Appenzell Ausserrhoden überdurchschnittlich

Wie Tabelle 4.4 zeigt, berichten im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwas mehr Personen von hoher körperlicher Belastung am Arbeitsplatz als in der Gesamtschweiz, bei psychischer Belastung sind es etwa gleich viele. Dies dürfte u.a. im Zusammenhang mit der bereits erwähnten Wirtschaftsstruktur des Kantons stehen, die durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Beschäftigten im Agrar- und Industriesektor und ein unterdurchschnittliches Gewicht des Dienstleistungssektors charakterisiert ist (vgl. 1.4). Eine hier nicht dargestellte Analyse

⁷⁷ Dieser Prozentwert beruht auf einer Fallzahl unter 30 und hat eingeschränkte Aussagekraft.

Tab. 4.4 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007
(Erwerbstätige, in %)

		Körperliche Belastung ¹				Psychische Belastung ²			
		gering/mittel ³		hoch ⁴		gering/mittel ³		hoch ⁴	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		68,1	76,7	31,9	23,3	62,6	58,7	37,4	41,3
Geschlecht	Frauen	62,9	78,1	37,1	21,9	66,5	64,6	33,5	35,4
	Männer	72,5	75,5	27,5	24,5	59,4	54,1	40,6	45,9
Altersgruppen	15–34 Jahre	61,5	72,3	(38,5)	27,7	64,5	60,2	(35,5)	39,8
	35–49 Jahre	72,2	78,1	(27,8)	21,9	54,8	58,4	45,2	41,6
	50+ Jahre	70,7	80,1	(29,3)	19,9	73,8	57,2	(26,2)	42,8
Bildung	Obligatorische Schule	.	53,9	.	46,1	.	67,9	.	32,1
	Sekundarstufe II	66,8	70,6	33,2	29,4	63,7	63,8	36,3	36,2
	Tertiärstufe	74,9	91,0	(25,1)	9,0	58,2	48,1	41,8	51,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	65,8	68,5	(34,2)	31,5	63,1	64,5	(36,9)	35,5
	CHF 3000 bis 4499	65,6	75,1	(34,4)	24,9	60,1	58,5	39,9	41,5
	CHF 5000 und höher	75,0	87,1	(25,0)	12,9	63,8	52,8	(36,2)	47,2
Urbanisierungsgrad	Stadt	70,7	78,8	29,3	21,2	58,2	57,7	41,8	42,3
	Land	65,2	71,1	(34,8)	28,9	67,6	61,4	32,4	38,6
Sozioprofessionelle Kategorien	Arbeiter/innen	56,8	55,5	(43,2)	44,5	70,6	69,3	(29,4)	30,7
	Kleinunternehmer/innen, selbständige Handwerker/innen	(75,1)	62,9	(42,9)	37,1	(68,4)	67,5	.	32,5
	Büroangestellte, nicht-manuelle Berufe	80,7	83,9	.	16,1	(61,2)	64,3	(38,8)	35,7
Regionaler Vergleich	Schweiz	76,7		23,3		58,7		41,3	
	Appenzell Ausserrhoden	68,1*		31,9*		62,6		37,4	
	Aargau	76,6		23,4		61,0		39,0	
	Bern	71,7*		28,3*		61,8		38,2	
	Jura	76,9		23,1		51,1		48,9	
	Luzern	66,2*		33,8*		63,6		36,4	
	Schwyz	69,7*		30,3*		55,1		44,9	
	Uri	67,8*		32,2*		65,0		35,0	
	Grossregion Ostschweiz	72,7		27,3		57,5		42,5	
	Deutscheschweiz	75,9		24,1		59,3		40,7	
Französische Schweiz	80,2		19,8		58,2		41,8		

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Körperliche Belastung: n=202 (AR), n=7557 (CH); psychische Belastung: n=221 (AR), n=8016 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

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

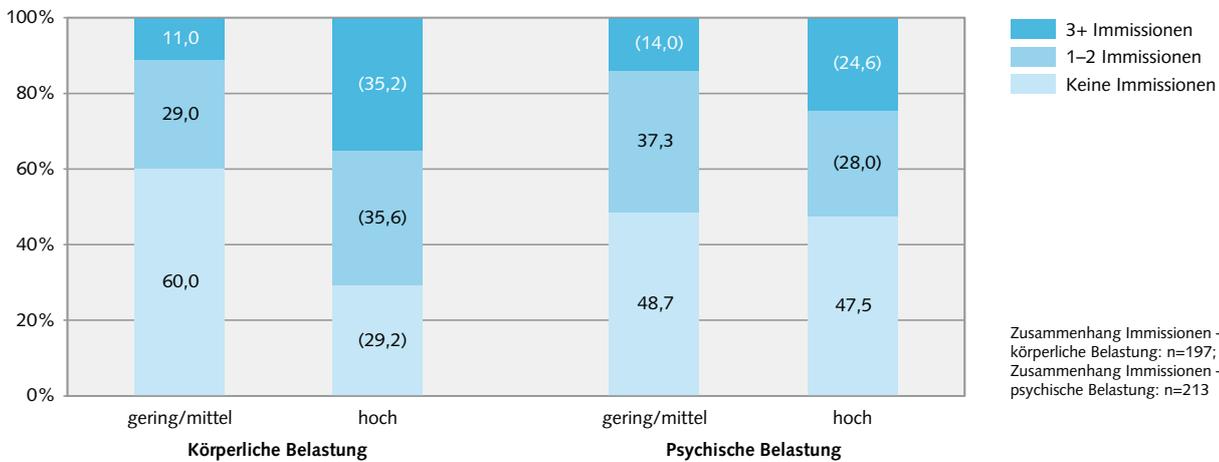
³ Geringe und mittlere Belastung: Zusammenfassung der Antworten «ähnlich wie der von B», «genau wie der von B» und «zwischen A und B».

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

Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen

Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.4



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

auf der Ebene der Gesamtschweiz zeigt deutlich, dass die Art der ausgeübten Tätigkeit die berichteten Belastungen entscheidend beeinflusst: Auf der Ebene der Gesamtschweiz konstatieren 44,5% der Arbeiter/innen hohe körperliche Belastung, während dieser Anteil bei den nicht-manuellen Berufen (16,1%) und den Führungskräften (12,1%) deutlich geringer ist. Im Gegenzug erwähnt über die Hälfte (51,7%) der Führungskräfte hohe psychische Belastungen, während es bei den Arbeiter/innen weniger als ein Drittel ist (30,7%). Vergleichbare Zusammenhänge finden sich auch bezüglich des Bildungsstandes und des Einkommens, die eng mit dem Beruf zusammenhängen.⁷⁸

Demgegenüber finden sich für einmal nur geringe Unterschiede nach Alter und Geschlecht. Mit Bezug zu geschlechtsspezifischen Unterschieden fällt einzig auf, dass sich Frauen etwas seltener über hohe psychische Belastung beklagen als Männer, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass erwerbstätige Frauen häufiger Teilzeit arbeiten und eine tiefere berufliche Stellung haben als Männer.⁷⁹

⁷⁸ Aufgrund der stellenweise zu geringen Fallzahlen beziehen wir uns hier und in den folgenden Ausführungen auf die Zahlen der Gesamtschweiz. Die Appenzell Ausserrhoder Zahlen sind in Tabelle 4.3 zwar dargestellt, sie müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden.

⁷⁹ Eine zusätzliche Analyse bestätigt, dass die in der SGB 2007 befragten Frauen häufiger Teilzeit (62% vs. 14% der Männer) arbeiten und seltener in Führungspositionen anzutreffen (7%, Männer: 15%) sind. Teilzeit Erwerbstätige klagen deutlich seltener über hohe psychische Belastung (36%) als Vollzeit Erwerbstätige (45%), wobei die Teilzeit erwerbstätigen Frauen (34%) jedoch noch deutlich seltener als die Teilzeit arbeitenden Männer (45%) diese Belastung erwähnen.

Abbildung 4.4 zeigt schliesslich den Zusammenhang zwischen den in Abschnitt 4.2.1 dargestellten Immissionen und den wahrgenommenen körperlichen und psychischen Belastungen. Da die Frage nach den Immissionen primär auf den industriellen und gewerblichen Bereich abzielt, ist der in der Abbildung dokumentierte Befund nicht erstaunlich: Personen, die körperlich stark belastet sind, leiden auch häufiger unter Immissionen. Über ein Drittel (35,2%) der körperlich stark belasteten Erwerbstätigen des Kantons Appenzell Ausserrhoden sind von drei oder mehr Immissionen betroffen, während es bei körperlich gering oder mittel Belasteten nur ein Zehntel ist (11,0%).

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

4.3 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

Eine wichtige Fragestellung in Zusammenhang mit dem Erwerbsleben betrifft die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. Gerade weil die Erwerbsarbeit einen wichtigen Stellenwert im Leben vieler Menschen einnimmt, strahlen Gefühle der Befriedigung und des Wohlbefindens auf andere Lebensbereiche aus und haben damit auch einen Einfluss auf die Gesundheit (vgl. BAG, 2005b). Gemäss Abbildung 4.5 lässt sich sowohl für den Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch für die Gesamtschweiz ein hohes Mass an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation nachweisen. Dabei fällt für die Gesamtschweiz auf, dass der Anteil der mit ihrer Arbeit sehr Zufriedenen zwischen 2002 und 2007 deutlich angestiegen ist: Bezeichneten sich 2002 49,5% der Erwerbstätigen als «sehr» oder «ausserordentlich zufrieden» mit ihrer Arbeitssituation, beträgt dieser Anteil im Jahr 2007 über 65%.

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

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

Unabhängig von der aktuellen Arbeitszufriedenheit kann die Angst, die aktuelle Stelle zu verlieren und arbeitslos zu werden, eine erhebliche Belastung darstellen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sorgten sich im Jahr 2007 8,6% der Erwerbstätigen um ihre Stelle, während sich fast die Hälfte (48,3%) überhaupt keine Sorgen machte. Die übrigen Befragten geben an, sich «eher keine Sorgen» um ihre Stelle zu machen. Diese Werte liegen in einer ähnlichen Grössenordnung wie die gesamtschweizerischen Werte. Einzig der Anteil derjenigen, die sich Sorgen um ihre Stelle machen, liegt im Kanton Appenzell Ausserrhoden tendenziell tiefer als auf der Ebene der Gesamtschweiz (12,5%), die Unterschiede sind aber nicht signifikant.

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

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation
Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.5

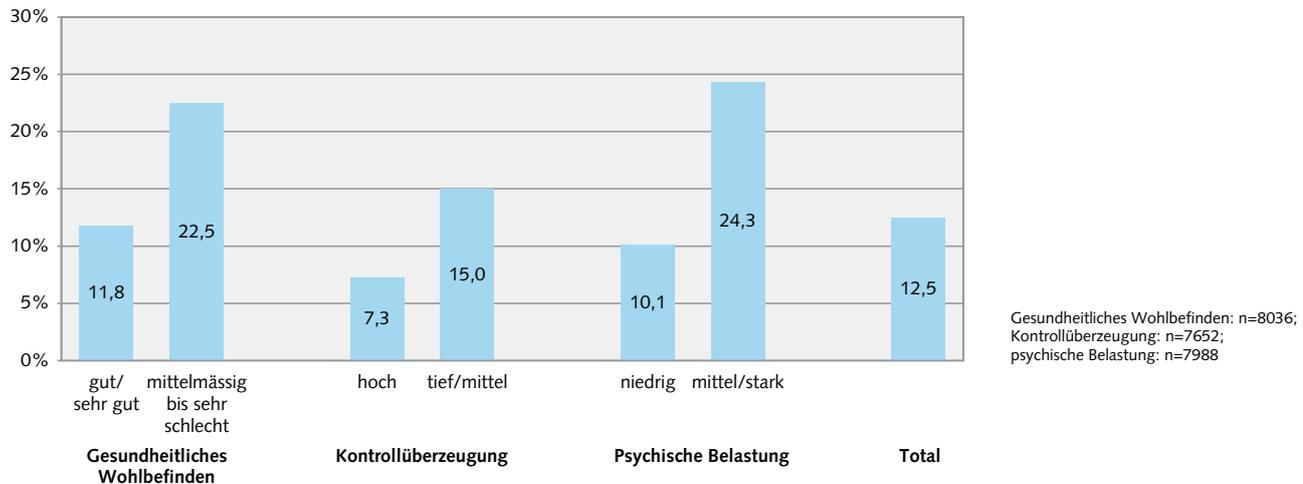


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheitsindikatoren Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)

Abb. 4.6



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Hohes Vertrauen in die aktuelle Stelle...

Die geringen Veränderungen auf Ebene der Gesamtschweiz zwischen 2002 und 2007 sind insofern etwas erstaunlich, als die Arbeitszufriedenheit – wie weiter oben gezeigt – im selben Zeitraum deutlich zugenommen hat. Das heisst: 2007 waren zwar mehr Personen sehr zufrieden mit ihrer Arbeit als noch fünf Jahre zuvor, die Stellen wurden aber nicht als sicherer wahrgenommen.⁸⁰

Abbildung 4.6 zeigt, dass die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust in der Schweiz zwar nicht sehr verbreitet ist, dass aber erhebliche Zusammenhänge mit verschiedenen Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit bestehen: Von denjenigen, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden als (sehr) gut bezeichnen, fürchten 11,8% um ihre Stelle, während es bei denjenigen mit einem mittelmässigen bis sehr schlechten gesundheitlichen Wohlbefinden fast ein Viertel ist (22,5%). Ähnliches gilt für die weiteren in der Abbildung dargestellten Dimensionen: Personen mit geringer Kontrollüberzeugung (15,0%) sowie jene mit einer hohen allgemeinen psychischen Belastung (24,3%) fürchten mehr als doppelt so häufig um ihre Stelle als Personen mit hoher Kontrollüberzeugung (7,3%) bzw. niedriger allgemeiner psychischer Belastung (10,1%).

...geringe Zuversicht bei einem Stellenverlust

Sollte der Fall eines Stellenverlusts trotz des allgemein hohen Vertrauens in die aktuelle Arbeit doch einmal eintreten, so ist die Zuversicht, eine gleichwertige Stelle zu finden, gering: In Appenzell Ausserrhodon formuliert rund die Hälfte der Befragten entsprechende Bedenken (53,2%). Die Appenzell Ausserrhodener Erwerbstätigen erweisen sich gemäss Tabelle 4.5 als tendenziell zuversichtlicher als der Gesamtschweizer Durchschnitt. Dass diese Zuversicht in den höheren Bildungsgruppen, bei jüngeren Personen sowie Männern besonders ausgeprägt ist, passt gut zu den Befunden von Studien zur Arbeitslosigkeit, aus denen hervorgeht, dass Personen mit einer geringen Bildung, ältere Arbeitnehmer/innen und Frauen zu den wichtigen «Risikogruppen» für Arbeitslosigkeit gehören (Djurđjevic, 2007).

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

⁸⁰ Allerdings fürchten Personen, welche mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind, deutlich häufiger um ihre Stelle (29,1%) als Personen, die mit ihrer Arbeit sehr zufrieden sind (8,8%) (Resultate für die Gesamtschweiz).

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

		eher/sehr leicht		eher/sehr schwer	
		AR	CH	AR	CH
Total		46,8	40,0	53,2	60,0
Geschlecht	Frauen	41,5	37,1	58,5	62,9
	Männer	51,5	42,3	48,5	57,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	67,4	56,4	(32,6)	43,6
	35–49 Jahre	44,3	39,7	55,7	60,3
	50+ Jahre	(23,2)	18,5	76,8	81,5
Bildung	Obligatorische Schule	.	32,7	.	67,3
	Sekundarstufe II	42,9	38,3	57,1	61,7
	Tertiärstufe	60,9	44,4	39,1	55,6
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	(39,3)	41,5	60,7	58,5
	CHF 3000 bis 4499	(42,3)	37,1	57,7	62,9
	CHF 5000 und höher	62,9	41,6	37,1	58,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	49,7	40,0	50,3	60,0
	Land	43,7	40,1	56,3	59,9
Regionaler Vergleich	Schweiz		40,0		60,0
	Appenzell Ausserrhoden		46,8		53,2
	Aargau		41,8		58,2
	Bern		38,6		61,4
	Jura		39,0		61,0
	Luzern		47,1*		52,9*
	Schwyz		47,4*		52,6*
	Uri		40,5		59,5
	Grossregion Ostschweiz		37,0		63,0
	Deutscheschweiz		39,2		60,8
Französische Schweiz		42,9		57,1	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=462 (AR), n=7923 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

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

4.5 Zusammenfassung

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

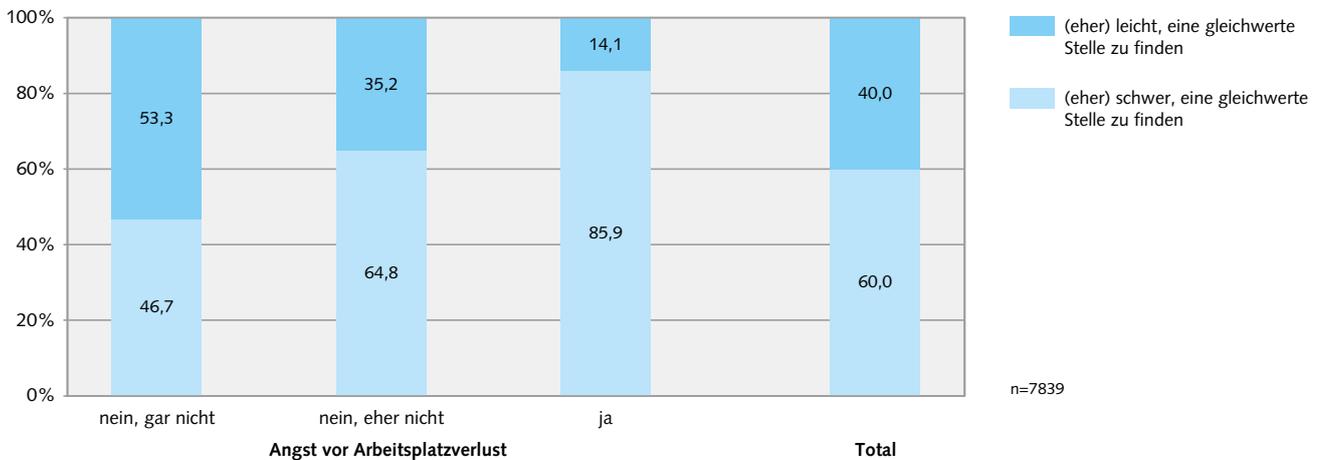
Mit Bezug zum Wohnen fällt zunächst auf, dass nur eine Minderheit von etwas über 22% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung von zwei und mehr Störungen in der Wohnumgebung betroffen ist. Die wichtigsten Störfaktoren sind der Lärm von Menschen und von der Landwirtschaft. Gleichzeitig zeigt die vorliegende Analyse, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl erwähnter Störungen einerseits und dem gesundheitlichen Wohlbefinden sowie allgemeiner psychischer

Belastung andererseits besteht. Aufgrund der in der Literatur dokumentierten Gesundheitseffekte (Niemann & Maschke, 2004; WHO, 2004b) sind Lärmbelastigungen und andere Störungen, selbst wenn sie nur eine Minderheit der Bevölkerung betreffen, daher so weit wie möglich zu vermeiden oder zu reduzieren.

Überdies fällt mit Blick auf die vorliegenden Befunde auf, dass Störungen in der Wohnumgebung sozial ungleich verteilt sind. Das heisst: Bezüglich Einkommen und Bildungsstand weniger privilegierte Personen sind häufiger Immissionen ausgesetzt als Personen mit einem hohen Einkommen und einer höheren Bildung. Da, wie der vorliegende Bericht zeigt, die einkommensschwachen und bildungsfernen Gruppen auch in anderer

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

Abb. 4.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Hinsicht von verschiedenen gesundheitlichen Nachteilen und Benachteiligungen betroffen sind, können die diskutierten Probleme im Wohnbereich als zusätzliches Element der gesundheitlichen Ungleichheit identifiziert werden.

Erhebliche soziale Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf die Arbeitssituation. Seien es die Immissionen bei der Arbeit, körperliche und psychische Belastungen oder die Aussichten, bei einem Stellenverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden: In der Regel sind es Angehörige von bildungsfernen, weniger privilegierten Gruppen, die mit grösseren Problemen und Ängsten zu kämpfen haben. Die Ausnahme von der Regel stellen psychische Belastungen dar, von denen Führungskräfte, hoch gebildete und gut verdienende Personen häufiger betroffen sind. Selbst wenn sich aus den Angaben zu den psychischen Belastungen kein Indikator für «Stress» bilden lässt, dürfte dieser in denjenigen Gruppen, welche über eine hohe psychische Belastung klagen, verbreiteter sein als in den anderen Gruppen.⁸¹ Die Kumulation von hohen körperlichen und psychischen Belastungen ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit rund einem Sechstel der Erwerbstätigen überdurchschnittlich häufig anzutreffen.

Bezüglich der Arbeitssituation gilt es jedoch auch eine Reihe positiver Befunde hervorzuheben- zumindest für die Situation im Jahr 2007. So ist «nur» eine Minderheit von rund einem Sechstel der Befragten bei der Arbeit von mehr als zwei Immissionen betroffen. Besonders hervorzuheben ist aber die Tatsache, dass die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden ist. Der Anteil der Unzufriedenen liegt bei rund 4%, während der Anteil derjenigen, die mit ihrer Arbeit sehr oder ausserordentlich zufrieden sind, bei rund 70% liegt. Trotz verbreiteter körperlicher und psychischer Belastungen ist die Arbeit für die grosse Mehrheit der Erwerbstätigen damit weiterhin eine wichtige Quelle von Zufriedenheit.

⁸¹ Darauf deutet ein weiteres Resultat hin: Wird «Stress» mit der alltags-sprachlichen Definition im Sinne von «Zeitdruck» gleichgesetzt, zu dem in der SGB 2007 eine einfache Frage existiert, so zeigt sich, dass 88% der Befragten mit einer hohen psychischen Belastung diesen erwähnen, während es bei den Befragten mit einer mittleren oder geringen Belastung 73% sind (Resultate auf der Ebene der Gesamtschweiz).

5 Schwerpunktthemen: Depression/Übergewicht

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

Hanspeter Stamm und Markus Lamprecht (5.2)

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

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

5.1 Identifikation von Risikogruppen mit depressiver Symptomatik sowie Interventionsmöglichkeiten

5.1.1 Ausgangslage

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

Klinisch relevante Depressionen sind häufig

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

Depressionen haben eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung

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

Einzelne depressive Symptome können Erkrankungen vorhersagen

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

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

Kenntnis von Risikogruppen ist wichtig

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

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

5.1.2 Vorgehensweise

Im schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung haben 12'656 Personen die Fragen zum Vorhandensein von 10 möglichen depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen beantwortet (die so genannte Wittchen-Skala; Wittchen, 2000). Insgesamt berichten 20% der schriftlich Befragten über mindestens ein depressives Symptom.⁸² Um aus diesen Befragten mit mindestens einem depressiven Symptom potentielle Risiko-Typen identifizieren zu können, wurde eine Klassifikationsanalyse durchgeführt mit einer abhängigen Variable im

⁸² Bei den 20% mit mindestens einem depressiven Symptom handelt es sich um den ungewichteten Wert, da Klassifikationsanalysen mit ungewichteten Werten arbeiten. Der gewichtete, auf die Schweizer Bevölkerung adjustierte Wert beträgt 18,9%, siehe auch Kapitel 2.

Sinne eines Eingangskriteriums mit den Ausprägungen «mindestens 1 depressives Symptom, kein depressives Symptom». Für die Typenbildung wurden aufgrund der Literatur zu Einflussfaktoren depressiver Erkrankungen rund 35 potentiell klassifizierende Variablen aus sozio-ökonomischen, arbeitsbezogenen, gesundheitsbezogenen und sozialen Bereichen hinzugezogen.⁸³

Einschränkungen

Der Klassifikationsanalyse⁸⁴ liegt ein sehr vereinfachtes theoretisches Modell von Depression zugrunde, welches davon ausgeht, dass diese Merkmale auf die Unterscheidung von Gruppen mit depressiven Symptomen Einfluss nehmen und nicht umgekehrt depressive Symptome diese Merkmale klassifizieren. Damit wird den vielfältigen dynamischen Zusammenhängen zwischen Depressivität und soziodemografischen, ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Merkmalen nicht Rechnung getragen. Zudem können Daten einer Querschnittserhebung grundsätzlich nur auf ihre Zusammenhänge, aber nicht auf ihre effektive Wirkungsrichtung geprüft werden. Die Ergebnisse der Klassifikationsanalyse dürfen deshalb nicht kausal gedeutet werden, sondern eher als potentielle Ansätze für Screeningverfahren zur Identifizierung besonders gefährdeter Personen.

⁸³ Soziodemografie: Geschlecht, Alter, Nationalität, Zivilstand, Ausbildung, Wohnort, Anzahl Kinder unter 15 Jahren, Haushaltstyp; Sozioökonomie: Haushaltsäquivalenzeinkommen, sozioprofessionelle Kategorien, Arbeit gegen Entlohnung, Erwerbstätigkeit/Beschäftigungsgrad; Soziale Unterstützung: Soziale Unterstützung, Einsamkeitsgefühle, Vorhandensein einer Vertrauensperson, Vermissten einer Vertrauensperson; Körperliche Gesundheit: Körperliche Beschwerden, lang andauerndes Gesundheitsproblem, Grund dieses Gesundheitsproblems, zeitweilige Leistungseinschränkungen wegen eines Gesundheitsproblems, weniger als 5 Arztbesuche im letzten Halbjahr, ärztliche Behandlung wegen Migräne, ärztliche Behandlung wegen Asthma, ärztliche Behandlung wegen Diabetes; Gesundheitsverhalten: Durchschnittlicher Konsum von mindestens 20g reinen Alkohols pro Tag, Tabakkonsum, körperliche Aktivität, Körpermassenindex; Arbeitssituation: Angst vor Arbeitsplatzverlust, Zuversicht bei Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Arbeit zu finden, Arbeitssuche in den letzten vier Wochen vor Befragung, Erwerbslosigkeit aus gesundheitlichen Gründen, Zufriedenheit mit der Arbeit, Arbeitsresignation, körperliche Belastung bei der Arbeit, psychische Belastung bei Arbeit.

⁸⁴ Die Klassifikationsanalyse wurde statistisch mit dem so genannten «Entscheidungsbaum»-Verfahren durchgeführt («CATFIRM»: formative inference-based recursive modeling for categorical response variables; du Toit & du Toit, 2001). Dieses Verfahren berechnet diejenige Variable, die am besten (Chi-Quadrat-Test) trennt zwischen Personen mit und ohne Depressivität, und zwar fortlaufend für alle neu entstehenden Gruppen, bis Endgruppen gebildet sind, die statistisch nicht mehr bedeutsam getrennt werden können – dies sind dann die unterschiedlichen Bevölkerungstypen mit geringem bis sehr hohem Anteil von Personen mit «Depressivität». Von den 12'656 Personen mit Angaben zu den Depressionsfragen weisen 822 fehlende Werte bei der Frage nach körperlichen Beschwerden auf, weshalb die folgende Analyse die Werte von 11'843 Personen berücksichtigt.

5.1.3 Resultate

Wenige aber trennscharfe Belastungsmerkmale

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

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

Referenzgruppe mit geringen körperlichen und depressiven Symptomen

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

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

Risikogruppen mit hohen Anteilen von Personen mit depressiven Symptomen

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

Körperliche Beschwerden, Arbeitssituation und Sozialkontakte sind bedeutsam

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

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

Das Geschlecht taucht in der Klassifikation nicht direkt auf

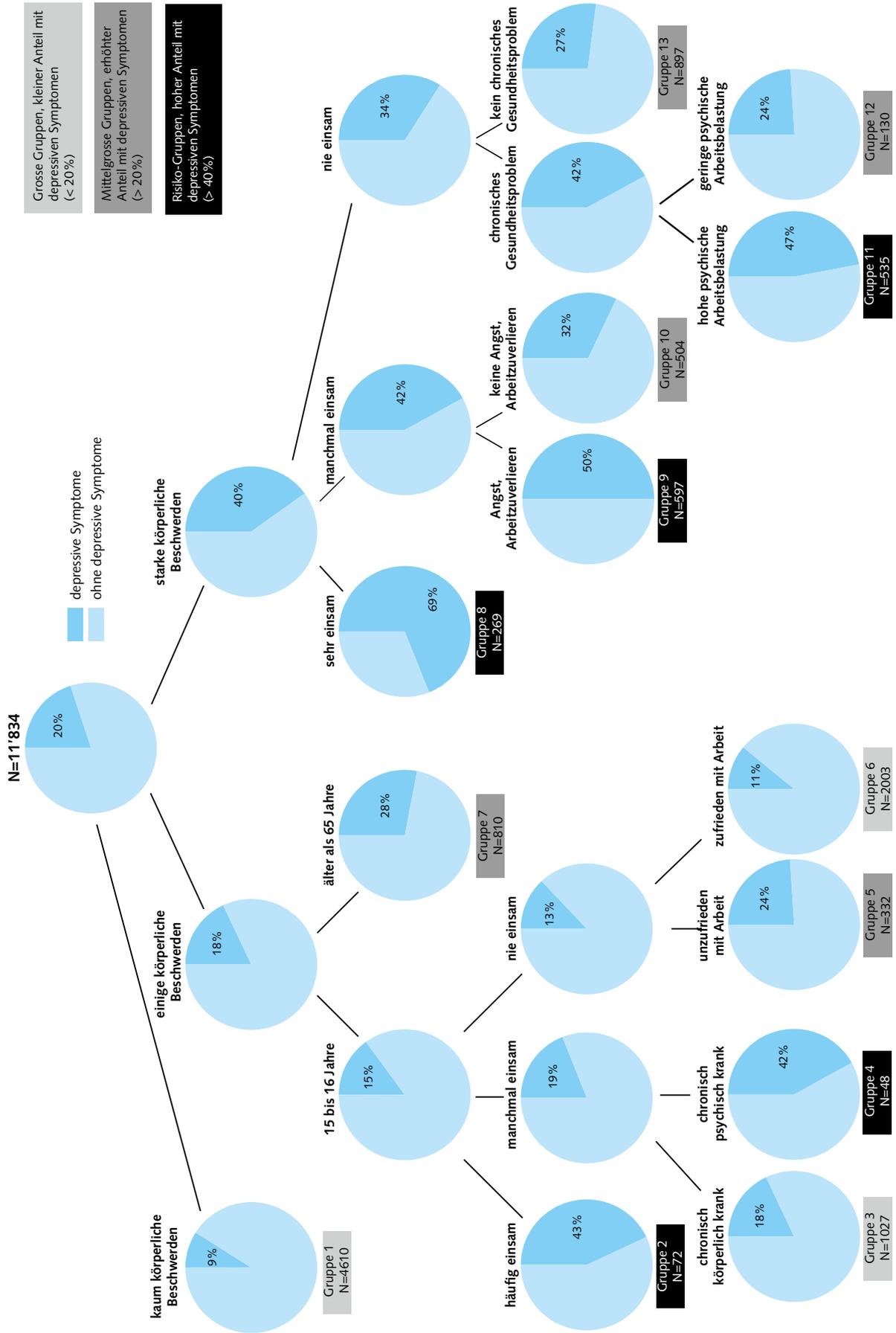
Interessant ist schliesslich, dass das Geschlecht nicht als unterscheidendes Merkmal auftaucht, obwohl Frauen ein stark erhöhtes Risiko für Depressivität aufweisen. Das heisst nicht, dass das Geschlecht ohne Bedeutung wäre. Vielmehr ist das Geschlecht anscheinend verbunden mit anderen Merkmalen, die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

Unspezifische und spezifische Typen mit Depressivität

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

Abb. 5.1

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



Grosse Gruppen, kleiner Anteil mit depressiven Symptomen (< 20%)

Mitteltrosse Gruppen, erhöhter Anteil mit depressiven Symptomen (> 20%)

Risiko-Gruppen, hoher Anteil mit depressiven Symptomen (> 40%)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Bundesamt für Statistik (BFS)

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

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

¹ In den zwölf Monaten vor der Befragung

² In der Woche vor der Befragung

älter (Gruppe 7) respektive unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind (Gruppe 5), oder die zwar starke körperliche Beschwerden haben, sonst aber nicht weiter belastet sind (Gruppen 10, 12 und 13 – dunkelgrau hinterlegt). Hier liessen sich spezifischere Interventionen diskutieren. Besonders spezifisch sollte man hingegen bei den beschriebenen Hochrisikogruppen mit einem 40- bis 70%-Anteil von Personen mit depressiven Symptomen vorgehen, die zudem psychisch auch besonders stark belastet sind, wie die folgende Tabelle zeigt (Gruppen 2, 4, 8, 9 und 11 – schwarz hinterlegt).

Weitere Merkmale der Depressions-Risikogruppen

Da der Entscheidungsbaum jeweils nur die trennschärfsten Variablen zeigt, fallen weitere relevante, aber weniger trennscharfe Zusammenhänge aus der Analyse heraus. Um die fünf Hochrisikogruppen etwas mehr zu

veranschaulichen, werden deshalb einige weitere Merkmale gezeigt (Tab. 5.1).

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

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

(Kontrollüberzeugung), und berichten auch seltener Suizidgedanken. Zudem nehmen sie sehr viel seltener (medikamentöse) Behandlung oder Spitalaufenthalte in Anspruch und betreiben häufiger Sport als die Symptomträger aus den Risikogruppen.

Obwohl weibliches Geschlecht in der Analyse nicht als klassifizierendes Merkmal aufgetaucht ist, zeigt sich hier doch dessen Bedeutung: In vier von fünf Risikogruppen sind die Frauen mit Anteilen von 60% bis 70% deutlich übervertreten. Bei der Gruppe 4 hingegen handelt es sich typischerweise um Männer. Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl depressiver Symptome, so zeigt sich bei den Risikogruppen mit durchschnittlich sechs bis acht depressiven Symptomen (von 10 möglichen) doch eine starke depressive Belastung. So ist es auch nicht erstaunlich, dass die Anteile der Personen mit relevanten klinischen Depressionen (Major Depression) klar erhöht (11%) bis sehr hoch (45%) sind. Auffällig sind zudem die sehr hohen Anteile von Personen mit Suizidgedanken: Je nach Risikogruppe haben in den zwei Wochen vor der Befragung zwischen rund einem bis fast zwei Drittel der Personen an Suizid gedacht.

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

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

angesichts der Bedeutung körperlicher Beschwerden, potentiell relevant andererseits angesichts der antidepressiven Wirkung physischer Aktivität.

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

5.1.4 Diskussion

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

Depression und körperliche Beschwerden

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

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

Depression und Einsamkeit

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

Depression und psychische Belastung am Arbeitsplatz

Psychische Belastung am Arbeitsplatz und psychische Störungen, insbesondere Depression, zeigen bekanntermassen Zusammenhänge, wobei Merkmale wie das Ver-

hältnis von Anforderungen und Entscheidungsspielraum, die Arbeitsplatzbeziehungen und das Ausmass sozialer Unterstützung, die Kontrollierbarkeit der Arbeit, die Rollenklarheit, das Verhältnis von Einsatz und Anerkennung aber auch der work load im Vordergrund stehen – je nach Berufsgruppe und beruflicher Stellung in teils unterschiedlicher Gewichtung (Godin et al., 2005; La Montagne et al., 2008; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Paterniti et al., 2002; Tennant, 2001). Solche psychischen Belastungen am Arbeitsplatz haben einen direkten Einfluss auf depressive Störungen, auch wenn weitere Merkmale wie beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften in Betracht gezogen werden.

Depression und Angst vor Arbeitsplatzverlust

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

5.2 Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit

5.2.1 Einleitung

Gemäss Unterkapitel 3.2 des vorliegenden Berichtes hat sich der Anteil übergewichtiger Menschen in der Schweiz seit einigen Jahren bei rund vierzig Prozent der Gesamtbevölkerung stabilisiert. Selbst wenn dieser Wert deutlich unter den in anderen Ländern beobachteten Anteilen liegt – in den USA und Grossbritannien dürfte mittlerweile deutlich über die Hälfte der Bevölkerung von Übergewicht betroffen sein (vgl. OECD, 2009) – ist er angesichts der mit einem erhöhten Körpergewicht assoziierten Gesundheitsrisiken besorgniserregend (vgl. BAG, 2008b; WHO, 2000). Als Konsequenz wurden in den vergangenen Jahren – zum Beispiel im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit dem «Aktionsprogramm für mehr Bewegung und gesunde Ernährung im Alltag» – verschiedene Initiativen für ein «gesundes Körpergewicht» entwickelt, die

jüngst im «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012» des Bundesamtes für Gesundheit und anderer Organisationen gebündelt wurden (BAG, 2008b). Im Rahmen solcher Programme gelten eine ausgewogene Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung als wichtige Verhaltensweisen, mit denen sich der Energiehaushalt steuern und ein gesundes Körpergewicht erreichen oder halten lässt.

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

5.2.2 Vorgehensweise

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

Im ersten Schritt gehen wir von den in Unterkapitel 3.2 eingeführten Merkmalen «körperliche Aktivität», «Ernährungsbewusstsein», «Einhaltung der Ernährungsempfehlungen», «Fleischkonsum» und «nicht-alkoholische Flüssigkeitszufuhr» aus (Abb. 5.2). Während die erwarteten Zusammenhänge bei den ersten drei Merkmalen klar sind – höhere Aktivität, hohes Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Ernährungsempfehlungen sollten eher mit einem geringeren Körpergewicht assoziiert sein – bedürfen die zu erwartenden Zusam-

menhänge beim Fleischkonsum und bei der Flüssigkeitszufuhr einiger weiterer Erläuterungen. Mit Bezug zum Fleischkonsum verweisen Ernährungsspezialisten insbesondere auf den Zusammenhang zwischen (tierischen) Fetten und Übergewicht (vgl. Eichholzer et al., 2005). Überdies dürfte aber auch eine Lebensstil-Komponente in dem Sinne eine Rolle spielen, dass sich in der Gesundheitsbefragung ein Zusammenhang des Fleischkonsums mit einer Präferenz für «gutes und reichliches Essen» zeigen lässt, weshalb anzunehmen ist, dass der Anteil Übergewichtiger bei den regelmässigen Fleischkonsumenten/innen höher ist.⁸⁶ Demgegenüber weist die WHO (2003: S. 57) darauf hin, dass der Konsum zuckerhaltiger Getränke zu einer Verschärfung von Gewichtsproblemen führen könne, weil sie den Appetit nicht im selben Masse zügeln, wie feste Nahrungsmittel mit vergleichbarem Energiegehalt. Das heisst: Nehmen gezuckerte Getränke einen wichtigen Stellenwert in der nicht-alkoholischen Flüssigkeitszufuhr ein, so kann dies zu einer Akzentuierung von Gewichtsproblemen führen.

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

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

⁸⁶ Nach insgesamt zehn Hinderungsgründen für eine gesunde Ernährung befragt, erwähnen 57% der häufigen Fleischkonsumenten (fünfmal oder mehr pro Woche) eine «Vorliebe für gutes Essen» und 21% eine «Vorliebe für reichliches Essen». Die entsprechenden Anteile betragen für die seltenen Fleischesser/innen 25% («gutes Essen») bzw. 15% («reichliches Essen», n=12'788).

wie die Ernährungskompetenz und die beiden Zusammenhänge daher auf eine der beiden Variablen zurückgeführt werden können. Um diese Fragen zu testen, werden logistische Regressionsmodelle berechnet, mit denen der Zusammenhang der verschiedenen Merkmale mit dem Übergewicht bzw. der Adipositas geschätzt wird.⁸⁷

Individuelles Verhalten und Ungleichheit

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

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

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

⁸⁷ Die logistische Regression erlaubt die Erklärung einer dichotomen Variablen – im vorliegenden Fall: Normalgewicht vs. Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Normal- und leichtes Übergewicht vs. Adipositas – durch eine Reihe sogenannter unabhängiger Variablen. Die Effekte der unabhängigen Variablen werden simultan kontrolliert, so dass Variablen, die keinen Erklärungsbeitrag leisten oder deren Beitrag durch andere Variablen besser abgebildet wird, eliminiert werden können. Als Eliminationskriterien gelten einerseits die Signifikanz der Koeffizienten und andererseits die Veränderung des Erklärungsbeitrags des Modells bei Elimination von Variablen (log-likelihood). Ob Variablen eliminiert werden oder nicht, wird dabei zunächst mit den ungewichteten Daten der SGB 2007 berechnet, da die Signifikanz von Zusammenhängen mit steigender Fallzahl ebenfalls zunimmt. Das heisst: Würde von Anfang an mit den gewichteten Daten gerechnet, bestünde die Gefahr, irrelevante Zusammenhänge zu erhalten. Die Parameterschätzungen der definitiven Modelle werden jedoch auf der Grundlage der gewichteten Daten berechnet. In den folgenden Tabellen werden als Parameterschätzungen die sogenannten «odds ratios» (inklusive 99%-Konfidenzintervalle) angegeben. Die Interpretation dieser Werte ist relativ einfach. Die «odds ratio» gibt an, um wie viel wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher ein Ereignis (z.B. Übergewicht oder Adipositas) bei einer gegebenen Ausprägung eines Merkmals im Vergleich zu einer Referenzkategorie ist. So deutet die odds ratio von 1,82 für Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz in Tabelle 5.2 weiter unten beispielsweise darauf hin, dass diese Personen fast doppelt so häufig (1,8mal) von Übergewicht betroffen sind wie Personen mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Die odds ratio von 0,31 für seltenen Fleischkonsum zeigt dagegen eine deutlich geringere Übergewichtswahrscheinlichkeit – nämlich rund ein Drittel – der seltenen Fleischkonsument/innen gegenüber Personen an, welche fünfmal oder häufiger pro Woche Fleisch essen.

5.2.3 Resultate

Abbildung 5.2 zeigt zunächst die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens bzw. -bewusstseins und der Verbreitung von Gewichtsproblemen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist unter denjenigen, die sich regelmässig bewegen, auf ihre Ernährung achten und häufig Früchte und Gemüse essen, geringer als unter den anderen Personen. Der umgekehrte Zusammenhang gilt beim Fleischkonsum und der Flüssigkeitszufuhr: Je häufiger man Fleisch isst und je mehr man trinkt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man übergewichtig ist.

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

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

Gesundheitskompetenz, Lebensstil und Körpergewicht

Jenseits der Messprobleme existiert, wie weiter oben erwähnt, eine Reihe weiterer Kompetenz- und Lebensstilfaktoren, die einen Einfluss auf das Körpergewicht

haben können. Einige dieser Faktoren und ihr Zusammenhang mit der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sind in Abbildung 5.3 dargestellt. So zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den im Unterkapitel 3.1 diskutierten Dimensionen der allgemeinen Gesundheits- und Konsumkompetenz und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Personen, die mehr Alkohol trinken und mehr Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung erwähnen, sind überdies häufiger übergewichtig (aber – zumindest beim Alkoholkonsum – nicht notwendigerweise häufiger adipös).

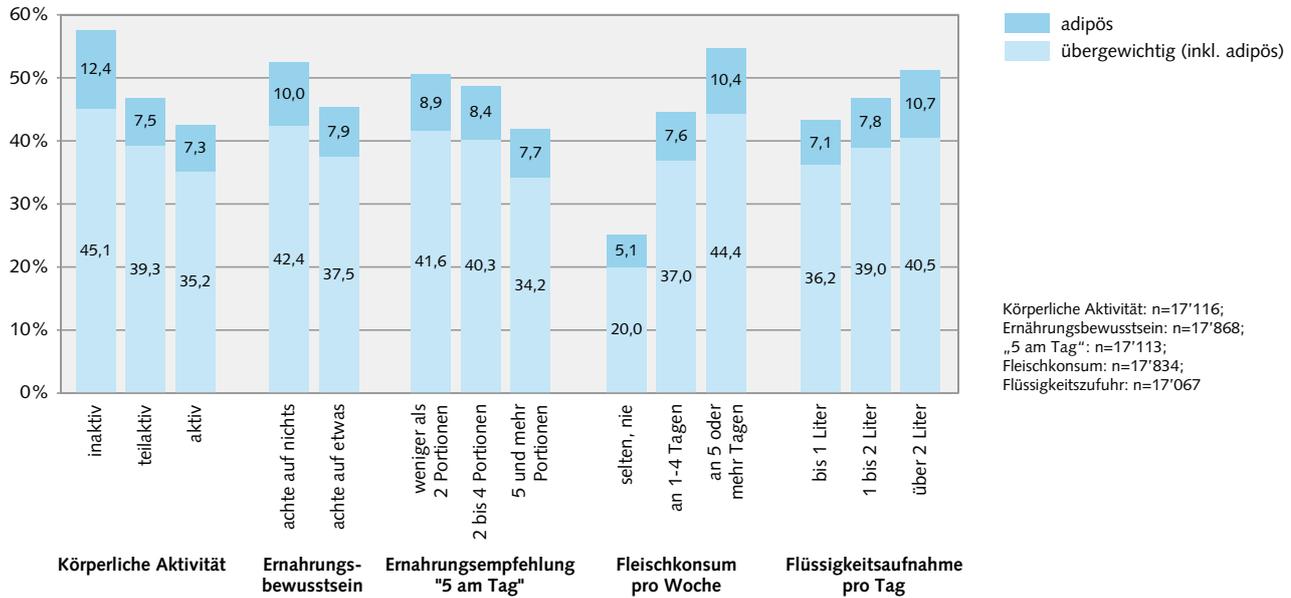
Interessanterweise finden sich bei der «körperlichen Belastung bei der Arbeit» als Annäherung an die Vorstellung einer «sitzenden Lebensweise» genau die umgekehrten Zusammenhänge, als erwartet werden könnten: Personen, die bei der Arbeit starken körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, sind häufiger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

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

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

- Die körperliche Aktivität, der Fleisch-, Alkohol- und Flüssigkeitskonsum, die Gesundheitskompetenz, die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren für eine gesunde Ernährung sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken zeigen signifikante Zusammenhänge mit dem Übergewicht und teilweise auch mit der Adipositas.

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



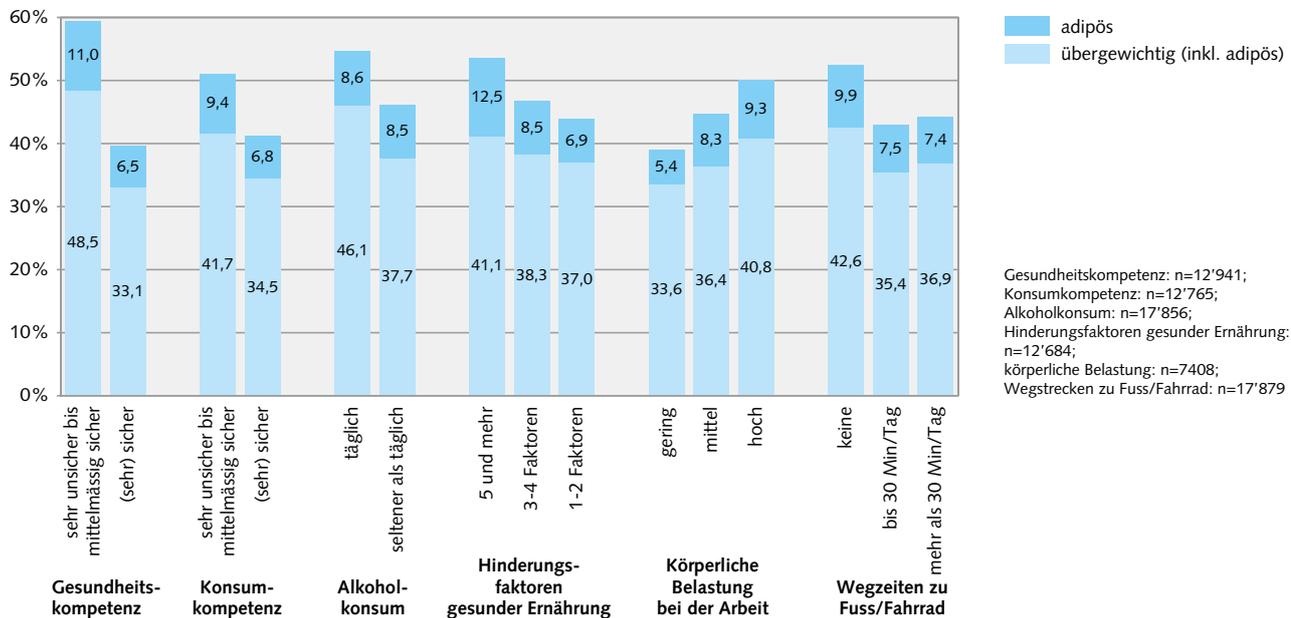
Körperliche Aktivität: n=17'116;
Ernährungsbewusstsein: n=17'868;
„5 am Tag“: n=17'113;
Fleischkonsum: n=17'834;
Flüssigkeitszufuhr: n=17'067

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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



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

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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

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

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

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

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

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

Eine fehlende oder nur sporadische körperliche Aktivität und Unsicherheit bezüglich der eigenen Gesundheitskompetenz sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Adipositas assoziiert, während bei den übrigen Variablen gilt: Je höher der Flüssigkeits-, Alkohol- und Fleischkonsum und je höher die Anzahl der erwähnten Hinderungsfaktoren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass man von Übergewicht oder gar Adipositas betroffen ist.⁸⁸

- Der Alkohol- und nicht-alkoholische Flüssigkeitskonsum sowie die täglich zurückgelegten Wegstrecken hängen zwar mit dem Übergewicht, nicht aber mit der Adipositas zusammen. Interessant ist einmal mehr der

schon weiter oben konstatierte Befund, dass ein höherer Flüssigkeitskonsum eher mit einem höheren Gewicht assoziiert ist, was, wie erwähnt, damit zusammenhängen dürfte, dass nicht zwischen gesüssten und ungesüssten Getränken unterschieden wird.

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

Soziale Ungleichheit und Körpergewicht

Wie der untersten Zeile von Tabelle 5.2 zu entnehmen ist, leisten die multivariaten Modelle nur einen moderaten Beitrag zur Erklärung der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Schweiz. Dies liegt

⁸⁸ Auf die Darstellung der Modelle, in denen auch die körperliche Belastung bei der Arbeit mitberücksichtigt wurde, wurde an dieser Stelle aus Platzgründen verzichtet. Wird auch diese Variable mitverwendet, so sinken die Fallzahlen deutlich, da nur noch Erwerbstätige untersucht werden können. Gleichzeitig bestätigt sich jedoch der Befund aus Abbildung 5.3, dass eine höhere körperliche Belastung mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist.

einerseits an den weiter oben erwähnten Unschärfen der Messung, andererseits verweist das Resultat auf den Einfluss weiterer Faktoren. Obwohl wir an dieser Stelle aufgrund fehlender Angaben zur übergeordneten strukturellen Ebene kein vollständiges Modell prüfen können, lässt sich immerhin untersuchen, wie die in Unterkapitel 3.2 diskutierten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale mit dem Übergewicht zusammenhängen, wenn der Einfluss der Bewusstseins- und Verhaltensvariablen simultan mitberücksichtigt wird.

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

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

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

Die übrigen in der Tabelle enthaltenen Variablen zeigen dagegen nur moderate oder gar keine Zusammenhänge, wenn die anderen Merkmale simultan mitberücksichtigt werden. Erwähnenswert sind jedoch einmal mehr

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

5.2.4 Diskussion

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

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

Etwas schwerer fällt die Einschätzung der Befunde zum Ernährungsbewusstsein und Ernährungsverhalten. Dass der Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» bzw. dem Ernährungsbewusstsein und der Konsumkompetenz in einem multivariaten Modell verschwindet, ist

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

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

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

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

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

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

angesichts der evidenzbasierten Empfehlungen zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts erstaunlich (vgl. BAG, 2007a, 2008b). Wie erwähnt, dürfte ein wesentlicher Grund für diese Resultate in den einfachen Messungen begründet sein. Zweifellos müsste das Ernährungsverhalten detaillierter abgebildet werden, wie dies etwa im Rahmen des Projekts «National Nutrition Survey Switzerland» (NANUSS) des Bundesamtes für Gesundheit für das Jahr 2012 geplant ist. In diesem Zusammenhang gilt es einmal mehr auf den Befund hinzuweisen, dass ein höherer nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum mit einem höheren Körpergewicht assoziiert ist. Erst wenn genauere Angaben über die Zusammensetzung

der Flüssigkeitszufuhr vorliegen, lässt sich dieser Befund abschliessend beurteilen (vgl. auch WHO, 2003). Ähnliches gilt für den Fleischkonsum, denn es dürfte weniger das Fleisch an sich, sondern die mit einem häufigen Fleischkonsum assoziierten weiteren Lebensstilelemente sein, die zu diesem Befund führen. Vor diesem Hintergrund werden die Analysen aus dem NANUSS-Projekt wie auch Resultate aus verschiedenen Evaluationen in Zusammenhang mit den aktuell laufenden Programmen für ein gesundes Körpergewicht weitere Klärung bringen.

Abschliessend gilt es an dieser Stelle jedoch festzuhalten, dass die hier nachgewiesenen Zusammenhänge in vielen Fällen zwar moderat scheinen, gleichwohl aber nicht unterschätzt werden dürfen, da sie sich zu durchaus substantiellen Wirkungen summieren können. Dies zeigt das Beispiel der Gegenüberstellung zweier sehr unterschiedlicher Gruppen: Betrachten wir nämlich die Gruppe der jungen Frauen (bis 34 Jahre), die selten Fleisch essen, eine hohe Gesundheitskompetenz aufweisen und körperlich aktiv sind (n=99), so fällt auf, dass hier nur gerade sechs Prozent übergewichtig sind, während der Anteil der Adipösen vernachlässigbar klein wird.⁸⁹ Die Gegengruppe der körperlich inaktiven 50-jährigen und älteren Männer mit einer geringen Gesundheitskompetenz und einem hohen Fleischkonsum (n=54) weist dagegen einen Anteil von 67 Prozent an Übergewichtigen (inkl. Adipösen) auf, wobei über die Hälfte (36%) als adipös gilt. Dieses kleine Beispiel zeigt, dass selbst vergleichsweise geringe einzelne Zusammenhänge in ihrer Kombination erheblich werden können. Gleichzeitig deutet dieser Befund auch darauf hin, dass die aktuellen «multidimensionalen» Strategien für eine gesundes Körpergewicht auf dem richtigen Weg sind: Es scheint nicht ein «Allheilmittel» gegen das Übergewicht zu geben, vielmehr sind Ansätze vielversprechend, die auf der Ebene des Bewusstseins und bei verschiedenen Verhaltensweisen, aber auch auf der Verhältnis- und Strukturebene ansetzen.

5.3 Zusammenfassung

Depressive Symptomatik

Subklinische depressive Symptome, im Sinne von frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung, sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Einzelne solcher Symptome sind bei guter körperlicher Gesundheit und bei guter sozialer und beruflicher Integration zu bewältigen, sollten in ihrer Bedeutung hinsichtlich späterer depressiver Erkrankungen aber nicht unterschätzt werden. Um spezifische Bevölkerungsgruppen mit relevanter depressiver Belastung zu identifizieren, wurde mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eine Klassifikationsanalyse durchgeführt, die verschiedene Hochrisikogruppen ergeben hat. Diese

Resultate könnten durch weiter gehende Projekte untersucht oder im Rahmen bestehender Projekte (Bündnisse gegen Depression oder ähnliche Projekte) praktisch vertieft werden, um zusätzliche Handlungsrelevanz zu erhalten.

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

⁸⁹ Anzumerken ist jedoch, dass der Anteil der Untergewichtigen in dieser Gruppe 21% beträgt (gegenüber 4% in der Gesamtpopulation).

Körpergewicht, Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit

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

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

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

6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

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

In diesem Kapitel wird beschrieben, in welchem Umfang die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung je nach soziodemografischen Merkmalen und Gesundheitszustand medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. In der Literatur gelten das Alter, das Geschlecht sowie der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand als Haupteinflussfaktoren der Inanspruchnahme: Frauen, ältere Menschen und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, nehmen am häufigsten Gesundheitsleistungen in Anspruch (Jaccard Ruedin et al., 2007). Die Staatsangehörigkeit, das Bildungsniveau und der sozioökonomische Status wiederum haben eher einen Einfluss darauf, wie häufig Facharztpraxen aufgesucht oder gewisse chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. So sind zum Beispiel Mandelentfernungen bei Personen mit höherem Bildungsniveau häufiger (Bisig et al., 2004; Domenighetti & Bisig, 1995; Domenighetti & Casabianca, 1997; Domenighetti et al., 1989). In diesem Kapitel werden deshalb diese Variablen geprüft, jedoch ohne multivariate Analyse, d.h. ohne zu untersuchen, welchen spezifischen Einfluss diese Faktoren im Einzelnen haben. Grundsätzlich werden im Text nur die wichtigsten Unterschiede erwähnt.

Dieses Kapitel beschreibt, in welchem Umfang folgende Leistungen in den zwölf Monaten vor der Befragung genutzt wurden:

1. Arztbesuche
2. Präventivmassnahmen: Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten oder Krebs und Grippeimpfungen
3. Komplementärmedizin
4. Spitalleistungen (ambulant und stationär)
5. Hilfe zu Hause (Spitex und informelle Hilfe)

Ob jemand gleichzeitig verschiedene medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, ist hingegen nicht Gegenstand dieses Kapitels.

6.1 Arztbesuche

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist die einzige Datenquelle mit Angaben zur Bevölkerung, die keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. Die Personen, die keine Gesundheitsleistung beansprucht haben, tun dies entweder, weil keine Notwendigkeit besteht oder möglicherweise auch, weil sie keinen Zugang hat. Der folgende Teil macht sich diesen Umstand zunutze und analysiert spezifisch diejenige Bevölkerungsgruppe, die in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis (auch Fach- oder Gynäkologiepraxis) aufgesucht hat (Tab. 6.1). Zur Erinnerung: Alle Ergebnisse basieren auf der Selbstdeklaration der Befragten.

Von der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung haben gemäss eigenen Angaben 90,7% einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem schweizerischen Durchschnitt von 87,9%.

Fast jede vierte Person hat in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Arztpraxis aufgesucht

Fast jede vierte Person, die im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnt, hat in den zwölf Monaten vor der Befragung gemäss eigenen Angaben keine Arztpraxis aufgesucht, was leicht über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (24,4% bzw. 21,6%, nicht signifikant). Die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung bestätigt den Schweizer Trend, dass Männer häufiger keinen Arzt/keine Ärztin aufsuchen als Frauen (33,4% vs. 16,7%).

Die Altersverteilung der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung ohne Arztbesuch entspricht der Schweizerischen Verteilung

Die Altersverteilung der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung, die keine Arztpraxis aufgesucht hat, entspricht etwa der Schweizerischen. Es muss hier erwähnt werden, dass für einen genaueren Vergleich die Stichprobe der Befragung bei den Personen über 50 Jahren zu klein ist. Ähnliche Probleme bei den Analysen stellen sich bei

Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

Total		21,6
Geschlecht	Frauen	14,8
	Männer	28,7
Altersgruppen	15–34 Jahre	23,9
	35–49 Jahre	26,0
	50–64 Jahre	20,7
	65+ Jahre	11,3
Bildung	Obligatorische Schule	19,7
	Sekundarstufe II	21,6
	Tertiärstufe	22,4
Nationalität	Schweiz	20,7
	Ausland	25,2
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	22,5
	CHF 3000 bis 4499	20,9
	CHF 4500 bis 5999	20,2
	CHF 6000 und höher	20,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	20,9
	Land	23,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	23,8
	mittel bis sehr schlecht	5,2
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	30,2
	einige	19,7
	starke	11,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	18,9
	nein	41,3
War notfallmässig im Spital	ja	5,3
	nein	23,4
Regionaler Vergleich	Schweiz	21,6
	Appenzell Ausserrhoden	24,4
	Aargau	20,7
	Bern	20,0
	Jura	24,6
	Luzern	22,9
	Schwyz	24,7
	Uri	24,7
	Grossregion Ostschweiz	24,7
	Deutschschweiz	21,7
Französische Schweiz	21,3	

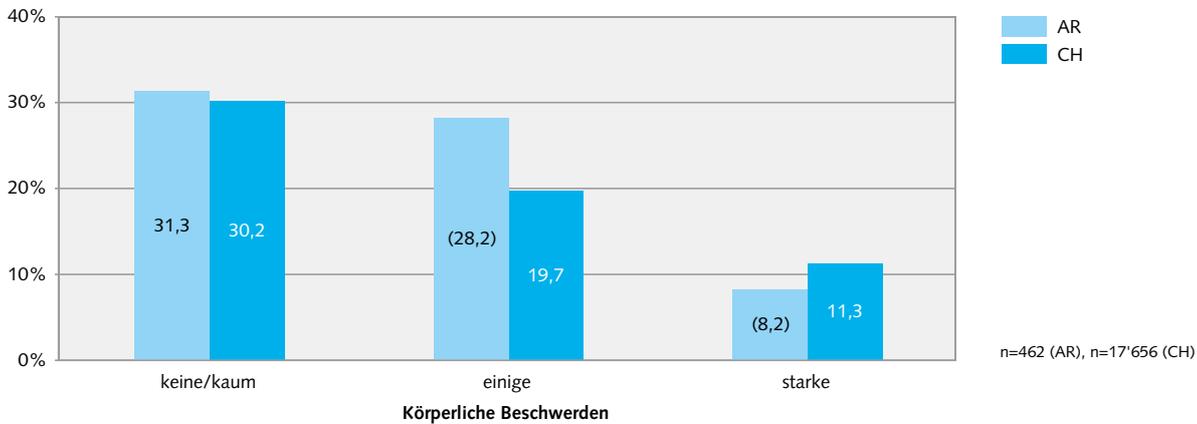
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=17'656

soziodemografischen Variablen wie Bildung, Nationalität und Einkommen, hier wurden die Analysen ausschliesslich auf gesamtschweizerischem Niveau vorgenommen (Tab. 6.1). Die soziodemografischen Faktoren zeigen auf, dass Personen mit höherer Bildung schweizweit häufiger nicht zum Arzt/zur Ärztin gehen. Erwartungsgemäss gehen Personen mit Beschwerden häufiger zum Arzt/zur Ärztin.

Ein Vergleich mit den übrigen Kantonen oder Regionen der Schweiz ergibt, dass der Anteil der Personen ohne Konsultationen in einigen Kantonen wie Aargau oder Bern geringer ist, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Hingegen geht die Ostschweizer Bevölkerung signifikant seltener zum Arzt/zur Ärztin als die gesamte Schweizer Bevölkerung (24,7% bzw. 21,6% gehen nicht zum Arzt/zur Ärztin).

Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.1



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

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Abbildung 6.1 zeigt, dass in der Schweiz, jede fünfte Person (19,7%) mit einigen körperlichen Beschwerden und jede zehnte (11,3%) mit starken Beschwerden (gemäss dem in Kapitel 2 definierten Index zu den körperlichen Beschwerden) keine Arztpraxis aufsuchte. Die Stichprobe der Appenzeller Ausserrhoder Bevölkerung ist zu klein um Aussagen auf kantonaler Ebene zu erlauben.

Die Stichprobe ist zu klein, um die Appenzell Ausserrhoder Frauen und Männer nach körperlichen Beschwerden getrennt analysieren zu können. Auf gesamtschweizerischer Ebene ist das Verhalten geschlechtsabhängig: Es gibt weniger Frauen als Männer, die keinen Arztbesuch erwähnten, wenn sie keine/kaum (21,4% bzw. 36,2%) oder wenn sie starke (9,3% bzw. 14,9%) Beschwerden haben (keine Abbildung oder Tabelle).

Jede zweite Person, die eine Arztpraxis aufgesucht hat, ging mehr als dreimal zum Arzt/zur Ärztin

Dieser Abschnitt widmet sich ausschliesslich derjenigen Bevölkerungsgruppe, die nach eigenen Angaben mindestens einmal in einer Arztpraxis war (Hausarzt-, Allgemein-, Gynäkologie- oder Facharztpraxis).⁹⁰ Betrachtet man die Zahl der Konsultationen pro Person, ist festzustellen, dass in allen Kantonen – auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden – die Hälfte der Bevölkerung, die Arztbesuche angab, höchstens drei Mal in einer Praxis war. Diese Häufigkeit entspricht dem Medianwert zu den Arztbesuchen. Die durchschnittliche Anzahl Konsulta-

⁹⁰ Im Fragebogen werden Begriffe wie Hausarzt/-ärztin oder Allgemeinpraktiker/in ohne nähere Definition verwendet.

tionen pro Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt (4,6 vs. 5,2 Arztbesuche pro Jahr), der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant. Dass der Durchschnittswert höher ist als der Medianwert, rührt daher, dass einige Personen sehr viele Arztbesuche erwähnten. Dieser Unterschied ist in der Schweiz insgesamt grösser als im Kanton Appenzell Ausserrhoden.

Für die weiteren Analysen wurden die Befragten, welche mindestens einmal beim Arzt/einer Ärztin waren, in drei Gruppen kategorisiert:

Wenig Arztbesuche:	ein bis zwei Arztbesuche
Einige Arztbesuche:	drei bis fünf Arztbesuche
Häufige Arztbesuche:	sechs oder mehr Arztbesuche

Für den Anteil der Personen, die mindestens einen Arztbesuch aufweisen, sind die Unterschiede zwischen Appenzell Ausserrhoden und der Schweiz gering (75,6% vs. 78,4%) und nicht signifikant. Hinsichtlich der Behandlungsintensität unterscheidet sich der Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht von der Schweiz.

Wird der Kanton Appenzell Ausserrhoden hinsichtlich der Behandlungsintensität vertieft analysiert, so sind keine signifikanten Unterschiede zur Schweizer Bevölkerung auszumachen, oder aber es lassen sich keine Aussagen machen, weil die Anzahl der Beobachtungen zu klein ist (weniger als 30 Beobachtungen). Dies ist der Fall, wenn auf dem Niveau der soziodemografischen Merkmalen Analysen vorgenommen werden (Tab. 6.2).

Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		AR				CH			
		1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total	1-2 Mal	3-5 Mal	6+ Mal	Total
Total		33,5	21,5	20,5	75,5	34,2	23,8	20,4	78,4
Geschlecht	Frauen	36,6	22,8	23,9	83,3	33,0	27,4	24,8	85,2
	Männer	29,9	20,0	16,7	66,6	35,5	20,1	15,7	71,3
Altersgruppen	15-34 Jahre	34,2	(20,3)	(18,4)	72,9	36,3	22,3	17,6	76,2
	35-49 Jahre	41,8	(17,7)	(15,7)	75,2	36,5	21,1	16,3	74,0
	50-64 Jahre	28,7	(21,3)	(21,5)	71,5	33,0	24,6	21,8	79,3
	65+ Jahre	(23,1)	30,7	31,7	85,5	28,4	30,2	30,1	88,7
Bildung	Obligatorische Schule	(31,0)	(23,2)	(22,7)	76,9	30,5	23,5	26,3	80,3
	Sekundarstufe II	33,4	23,1	18,6	75,1	34,3	24,1	20,0	78,4
	Tertiärstufe	35,4	(15,8)	(24,6)	75,8	35,9	23,3	18,3	77,6
Nationalität	Schweiz	35,2	25,5	18,6	79,3	34,4	24,4	20,5	79,3
	Ausland	(30,9)	(20,9)	(26,1)	77,9	33,5	21,4	19,9	74,8
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	30,6	25,9	20,5	77,0	33,6	23,1	20,8	77,5
	CHF 3000 bis 4499	27,6	(22,2)	23,7	73,5	34,0	25,1	20,1	79,2
	CHF 4500 bis 5999	40,3	(13,8)	(21,5)	75,6	35,0	23,7	21,1	79,8
	CHF 6000 und höher	(33,8)	(22,0)	(15,1)	70,9	35,8	24,2	19,1	79,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	35,5	21,2	23,0	79,7	34,2	24,2	20,7	79,1
	Land	31,2	21,9	17,6	70,7	34,3	22,8	19,4	76,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	36,5	24,5	13,9	74,9	36,9	23,9	15,4	76,2
	mittel bis sehr schlecht	.	.	(54,7)	96,0	14,2	23,7	56,9	94,8
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	34,5	22,5	21,3	78,3	34,2	25,2	21,7	81,1
	nein	(24,2)	.	.	(49,3)	34,1	14,0	10,6	58,7
War notfallmässig im Spital	ja	(27,4)	.	(44,7)	93,4	25,0	28,9	40,8	94,7
	nein	34,2	21,6	17,8	73,6	35,3	23,3	18,1	76,6

Mittlere Anzahl Arztkonsultationen pro Person		Ganze Bevölkerung			Nur Bevölkerung, die einen Arzt/eine Ärztin besucht hat		
		Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/Frauenarztbesuche	Alle Arztbesuche	Hausarztbesuche	Fach-/Frauenarztbesuche
Regionaler Vergleich	Schweiz	4,1	2,3	1,8	5,2	2,9	2,3
	Appenzell Ausserrhoden	3,5*	2,1	1,4*	4,6	2,7	1,9
	Aargau	4,0	2,4	1,6	5,1	3,0	2,1
	Bern	4,3	2,5	1,9	5,4	3,0	2,3
	Jura	4,1	2,3	1,9	5,4	3,0	2,4
	Luzern	3,7*	2,3	1,4*	4,8	3,0	1,8*
	Schwyz	4,0	2,6	1,6	5,4	3,4	2,0
	Uri	3,4*	2,2	1,2*	4,5	2,8	1,7
	Grossregion Ostschweiz	3,8	2,4	1,4	5,1	3,2	1,9
	Deutschschweiz	4,1	2,4	1,7	5,2	3,1	2,1
	Französische Schweiz	4,1	2,1	2,0	5,2	2,6	2,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

n=462 (AR), n=17'656 (CH)

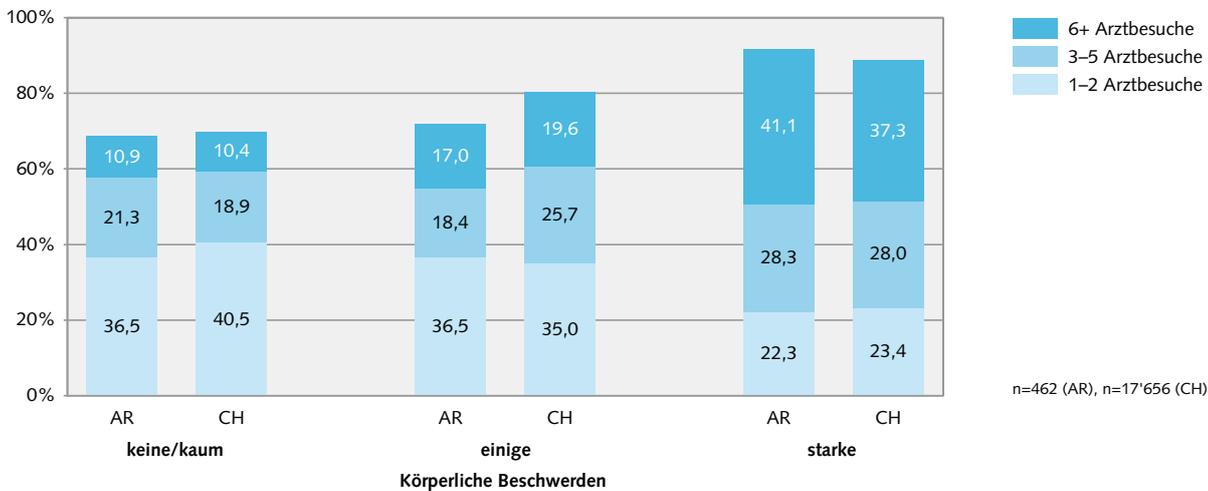
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden

Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.2



Beschwerdeindex: unter Ausschluss der Personen, die Fieber in den vier Wochen vor der Befragung angaben.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Der Unterschied zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und der Schweiz betrifft hauptsächlich die durchschnittliche Zahl von Konsultationen pro Einwohner in Facharztpraxen, die im Kanton Appenzell Ausserrhoden signifikant tiefer ist als in der Schweiz insgesamt. Dies ist namentlich durch eine geringere Fachärztedichte im Kanton Appenzell Ausserrhoden zu erklären. Die Werte zur durchschnittlichen Zahl der Hausarztbesuche sind hingegen mehr oder weniger vergleichbar.

Werden die körperlichen Beschwerden mit der Behandlungsintensität verglichen, so gleicht sich das Bild im Kanton Appenzell Ausserrhoden demjenigen der Schweiz an: Mit zunehmenden Beschwerden steigt die Behandlungsintensität (Abb. 6.2). Besonders ausgeprägt zeigt sich das bei denjenigen Personen im Kanton Appenzell Ausserrhoden, die angegeben haben, unter starken Beschwerden zu leiden und mindestens 6 Arztbesuche aufweisen. Dieser Anteil ist vergleichbar zur Schweizer Population (41,1% vs. 37,3%).

Ausserrhoder/innen beanspruchen tendenziell weniger ärztliche Leistungen als Schweizer/innen

Der Unterschied zwischen der Appenzell Ausserrhoder und der Schweizer Bevölkerung hinsichtlich der Anzahl Arztbesuche zeichnet sich auch hinsichtlich der Beschwerden ab: Tendenzial gehen sie seltener zum Arzt, unabhängig davon, ob sie keine oder starke Beschwer-

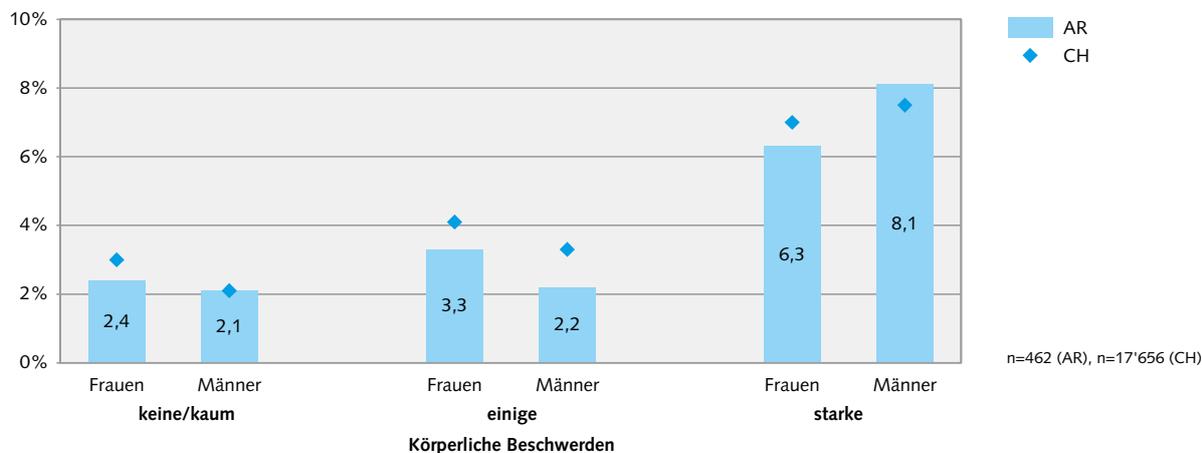
den haben. Die Unterschiede sind aber – mit Ausnahme der Männer mit einigen Beschwerden, die pro Jahr rund einmal weniger oft zum Arzt/zur Ärztin gehen als die Schweizer Männer (2,2 vs. 3,3 Arztbesuche) – nicht signifikant. Dass die Männer mit starken Beschwerden (AR: 8,1 Arztbesuche) leicht über dem Schweizer Schnitt (7,5 Arztbesuche) liegen, ist wahrscheinlich mit der kleinen Fallzahl zu begründen (30 Fälle) und hat statistisch gesehen keine Bedeutung.

Männer geben tendenziell mehr Arztbesuche an als Frauen

In der Bevölkerungsgruppe mit wenigen Arztbesuchen ist die Zahl der Facharztbesuche niedriger als die Zahl der Hausarztbesuche (Abb. 6.4). Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen selten direkt in eine Facharztpraxis gehen und der Hausarzt oder die Hausärztin bereits die Rolle eines «Gatekeepers» wahrnimmt. Die Häufigkeit der Konsultationen in Gynäkologiepraxen scheint weniger stark mit der Gesamtzahl der Konsultationen zusammenzuhängen. Ein Grossteil der Facharztbesuche dürfte auf das Fünftel der Bevölkerung mit häufigen Arztbesuchen (20,5%) entfallen.

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.3



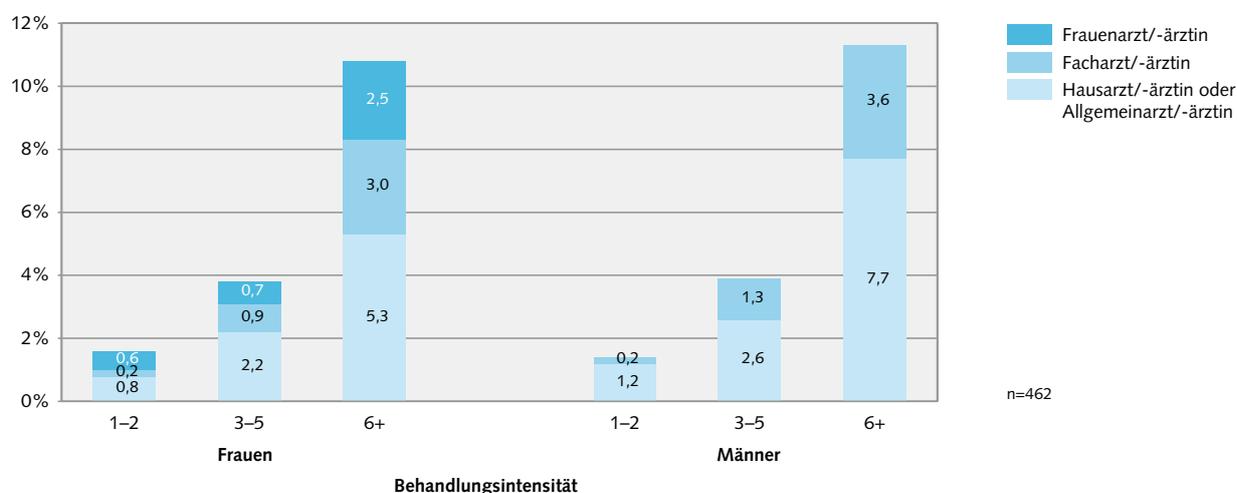
Ohne Personen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Fieber hatten. Einschliesslich Personen ohne Arztbesuche.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht und Behandlungsintensität, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.4



Ohne Personen, die keine Arztbesuche angaben.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

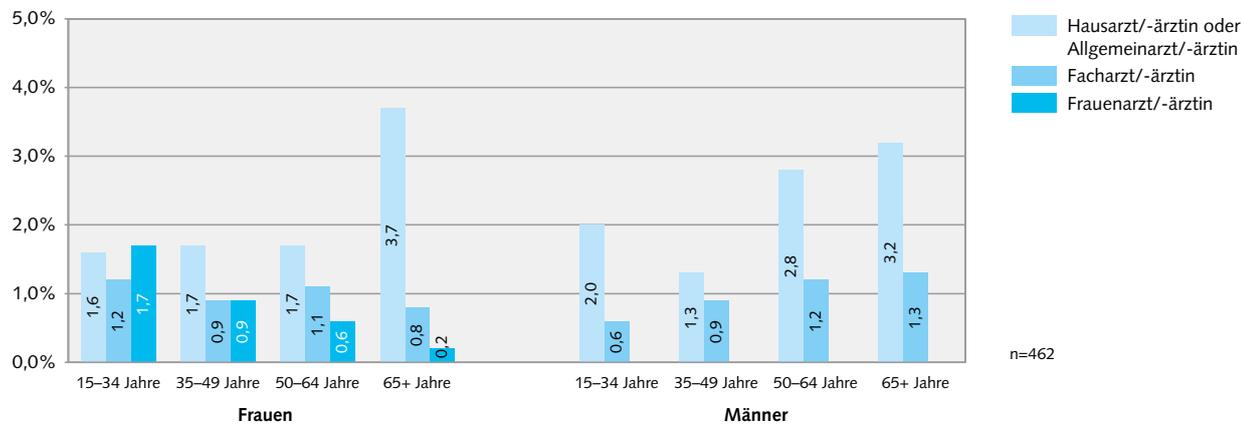
Hausarzt/-ärztin wird in allen Altersgruppen am häufigsten in Anspruch genommen

Die Inanspruchnahme entwickelt sich insbesondere über die Altersgruppen hinweg stark unterschiedlich (Abb. 6.5). Bei Frauen sind mit zunehmendem Alter bis 65 Jahren eine konstante Inanspruchnahme der Haus- und Fachärzte/-ärztinnen, sowie eine Abnahme der

Inanspruchnahme des Gynäkologen/der Gynäkologin beobachtbar. Nach 65 steigt sowohl die fachärztliche als auch die hausärztliche Inanspruchnahme sehr stark an. Bei den Männern hingegen ist eine kontinuierliche Zunahme der fachärztlichen Inanspruchnahme beobachtbar, das gilt auch für Hausarztbesuche (mit Ausnahme der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen). Der Sprung bei den über 65-Jährigen fällt bei den Männern

Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.5



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

nicht so auf wie bei den Frauen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind aber allesamt statistisch nicht signifikant.

Es gilt hier nochmals anzumerken, dass die Zahlen zu den Arztbesuchen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf Aussagen der Betroffenen beruhen und deshalb Verzerrungen möglich sind. Eventuell erinnern sich die Befragten nicht mehr an alle Konsultationen, oder sie antworten so, wie es ihnen gesellschaftlich besser akzeptiert scheint. Diese Verzerrungen haben zur Folge, dass die Anzahl Arztbesuche unterschätzt wird. Ein Vergleich der Werte von 2007 zu den Arztbesuchen im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit den Werten zu den Arztbesuchen von 2004 im Datenpool von *santé-suisse* ergibt beträchtliche Abweichungen, vor allem bei der Zahl der Allgemeinarztbesuche, die gemäss Datenpool durchwegs zahlreicher sind, wobei sich diese Differenz bei den über 65-Jährigen stark ausweitete (6 bis 10 Konsultationen pro Person und Jahr; vgl. Jaccard Ruedin et al., 2007). Bei den Facharztkonsultationen sind die Unterschiede geringer. Ein Teil der Differenzen ist möglicherweise mit den unterschiedlichen Zeitpunkten (2004 bzw. 2007) oder mit einer abweichenden Definition der Begriffe «Allgemeinarzt/-ärztin» und «Facharzt/-ärztin» zu erklären. Theoretisch müsste die Zahl der Konsultationen in der SGB höher sein, da hier auch die Konsultationen im Zusammenhang mit anderen Versicherungen als der obligatorischen Krankenversicherung berücksichtigt sind, tatsächlich erscheinen sie jedoch deutlich zu niedrig. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass

Personen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen mit der SGB nicht erreicht werden konnten und deshalb untervertreten sind.

6.2 Inanspruchnahme von Präventivmassnahmen und Vorsorgeuntersuchungen

In vorgängigen kantonalen Berichten wurden die Ergebnisse auf die Personen fokussiert, die sich schon mindestens einmal einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, was der «Lebenszeitprävalenz» entspricht. Im vorliegenden Bericht erfolgt die Analyse aus einem anderen Blickwinkel: Diesmal werden diejenigen Personen betrachtet, die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Präventivmassnahme erwähnten, d.h. es wird die jährliche Häufigkeit dieser Art von Untersuchungen analysiert. Wenn Empfehlungen bestehen, kann diese Häufigkeit dann mit der angestrebten Abdeckung verglichen werden, die dem Kehrwert der empfohlenen Häufigkeit entspricht: Wenn alle drei Jahre eine Vorsorgeuntersuchung empfohlen wird, beträgt die angestrebte jährliche Abdeckung innerhalb einer Zielgruppe 33% der kontrollierten Personen.

Bei der Analyse der jährlichen Häufigkeit treten grössere regionale Unterschiede zutage. Die Durchführung der verschiedenen Untersuchungen wird nach Art der Zielerkrankung dargestellt: chronische Erkrankungen, Krebs und Grippe.

Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Blutdruck		Blutzucker		Cholesterin	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		74,2	75,8	47,6	50,9	48,7	54,5
Geschlecht	Frauen	83,2	81,0	52,9	54,3	53,5	57,1
	Männer	63,5	70,2	41,5	47,4	43,7	51,9
Altersgruppen	15–39 Jahre	72,6	66,3	43,6	37,8	40,4	43,2
	40–64 Jahre	69,8	78,1	41,8	52,0	46,1	53,6
	65+ Jahre	89,2	91,3	71,6	76,5	67,1	74,2
Bildung	Obligatorische Schule	82,1	80,8	49,2	62,9	61,1	66,8
	Sekundarstufe II	73,2	75,7	48,6	51,1	44,3	54,3
	Tertiärstufe	71,7	73,7	44,1	45,0	51,7	48,9
Nationalität	Schweiz	73,3	76,3	46,7	51,1	45,6	54,4
	Ausland	79,4	73,8	(52,6)	50,2	(64,6)	54,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	71,8	73,3	47,8	48,0	45,8	52,1
	CHF 3000 bis 4499	75,5	77,9	47,5	55,1	46,0	57,2
	CHF 4500 bis 5999	71,8	77,0	40,6	51,4	(45,6)	55,5
	CHF 6000 und höher	69,2	77,3	57,8	49,6	51,6	51,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	73,3	76,4	45,0	51,8	47,2	55,3
	Land	75,2	74,3	50,9	48,6	50,7	52,4
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	71,7	73,5	45,4	47,4	45,8	51,1
	mittel bis sehr schlecht	94,6	91,9	67,6	76,2	(78,2)	75,7
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	71,1	70,1	41,6	45,8	44,2	50,1
	einige	68,2	76,2	44,2	50,6	39,1	53,7
	starke	87,7	83,7	64,8	59,8	71,9	62,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	76,4	77,8	49,3	53,6	50,5	56,9
	nein	(51,8)	61,3	(29,2)	31,3	.	34,2
Regionaler Vergleich	Schweiz		75,8		50,9		54,5
	Appenzell Ausserrhoden		74,2		47,6		48,7
	Aargau		76,7		51,4		53,3
	Bern		75,8		52,1		55,2
	Jura		70,2		49,5*		55,7
	Luzern		73,5*		45,2		48,9*
	Schwyz		76,8		51,8		53,6
	Uri		68,8*		45,3*		44,0*
	Grossregion Ostschweiz		74,1		47,0		49,9
	Deutscheschweiz		75,9		50,4		52,8
Französische Schweiz		74,2		50,5		56,9	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Blutdruck: n=464 (AR), n=17'638 (CH); Blutzucker: n=439 (AR), n=16'817 (CH); Cholesterin: n=359 (AR), n=14'639 (CH)

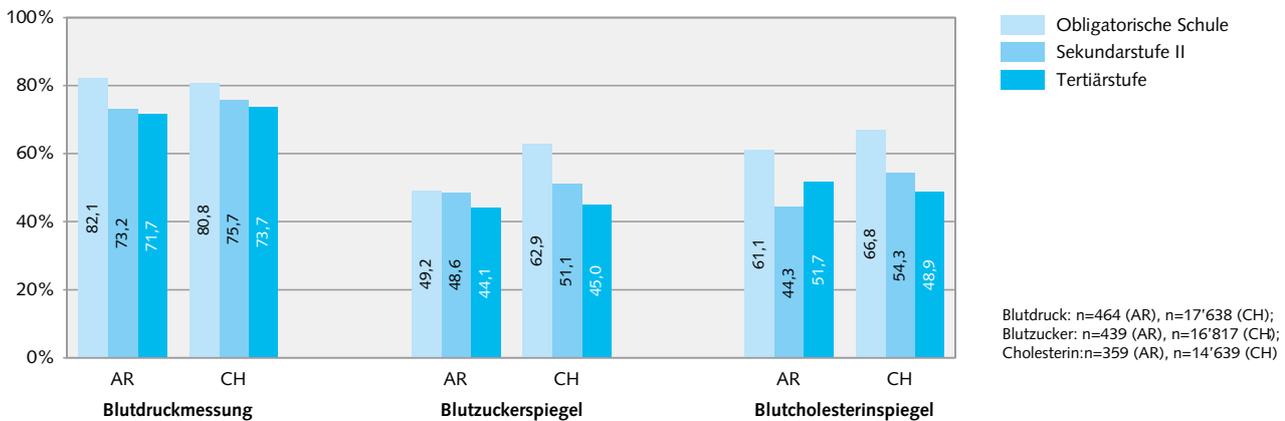
. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Hier werden nicht die gleichen Altersgruppen verwendet wie in den Tabellen 6.1 und 6.2, da für gewisse Fragen in der Erhebung eine Altersgrenze festgelegt worden war.

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.6



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6.2.1 Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten

In Tabelle 6.3 sind die Personen aufgeführt, die sich in den zwölf Monaten vor der Befragung verschiedenen Untersuchungen unterzogen haben. Solche Untersuchungen erfolgen in zwei verschiedenen Situationen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht unterschieden werden. In beiden Fällen handelt es sich um Präventionsmassnahmen, die Begriffe werden im nachfolgenden Text entsprechend gleichwertig verwendet.

- Vorsorgeuntersuchungen bei gesunden Personen, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes; dabei handelt es sich um primäre Prävention.
- Medizinische Behandlung von Herz-Kreislauf- oder anderen Erkrankungen; hier werden die Risikofaktoren bei Erkrankten kontrolliert, was sekundären Präventionsmassnahmen entspricht.

Ausserrhoder/innen führen etwa gleich viele Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten durch wie Schweizer/innen

Insgesamt wurde der Blutdruck bei rund drei Vierteln der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung kontrolliert, der Blutzucker und der Cholesterinspiegel bei rund der Hälfte der Bevölkerung. Die drei berücksichtigten Untersuchungen wurden bei der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung ähnlich oft durchgeführt wie bei der übrigen Schweizer Bevölkerung. Werden die Raten nach soziodemografischen Merkmalen separat mit den

Schweizer Werten verglichen, so sind kaum Abweichungen feststellbar. Ein Geschlechterunterschied ist auch hier feststellbar, kantonale wie auch schweizweit: Frauen führen durchschnittlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen durch als Männer.

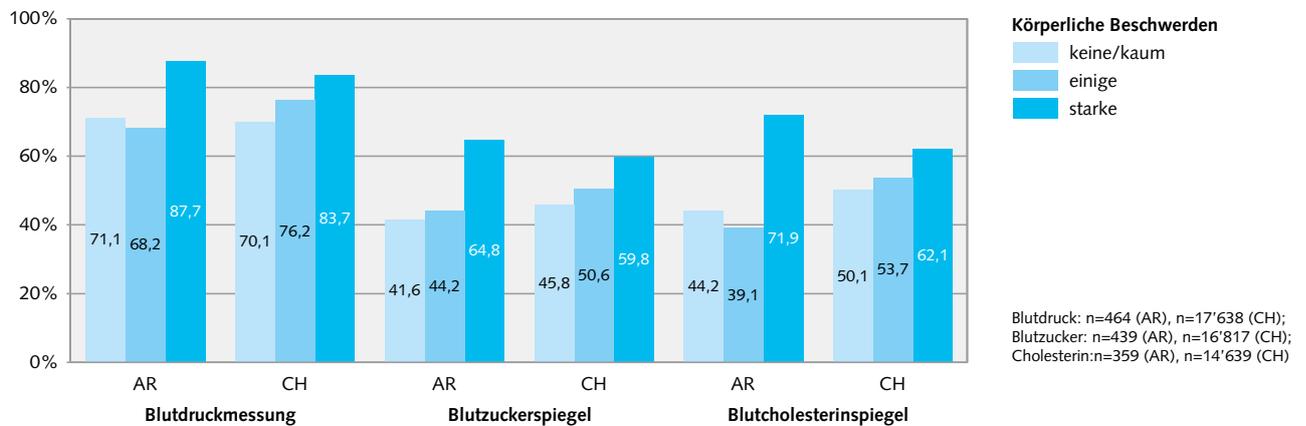
Der Abdeckungsgrad von Vorsorgeuntersuchungen sinkt mit höherer Bildung

Personen ohne nachobligatorische Schulbildung gaben häufiger an, dass bei ihnen solche Untersuchungen durchgeführt wurden, als Personen mit einem Abschluss auf Sekundar- oder Tertiärstufe (Abb. 6.6). Dies gilt sowohl für den Kanton Appenzell Ausserrhoden (nicht signifikant) als auch für die Gesamtschweiz.

Da kranke Personen im Rahmen einer Behandlung sich eher einer Kontrolle unterziehen, kann der Unterschied hinsichtlich Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen nach Bildungsniveau auch dadurch erklärt werden, dass die Bevölkerungsgruppe mit höherer Bildung einen besseren Gesundheitszustand ausweist. Häufigere Kontrolluntersuchungen sind dann also nicht abhängig vom Bildungsniveau sondern vom Gesundheitszustand der jeweiligen Bevölkerungsgruppe (Abb. 6.7).

Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.7



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

In Tabelle 6.4 ist ersichtlich, welche Personen sich in den zwölf Monaten vor der Befragung einer Krebs-Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, aufgeschlüsselt nach soziodemografischen Merkmalen. Mit Fokus auf die jährliche Inzidenz der Vorsorgeuntersuchungen sind die Stichproben kleiner und die Analysen nach Untergruppen nur beschränkt möglich. Mit diesem Ansatz kann auch nicht geprüft werden, wie häufig (jährlich, alle zwei Jahre usw.) sich die Personen einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen, und es kann somit nicht genau festgestellt werden, ob gewisse Bevölkerungsgruppen zu oft untersucht werden. Die Analyse beschränkt sich auf die gesamtschweizerische Ebene.

Fast die Hälfte der unter 40-jährigen Frauen liess im Jahr vor der Befragung eine *Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchung* durchführen. Dieser Wert sinkt signifikant mit steigendem Alter auf eine von fünf Frauen bei den über 65-Jährigen. Gemäss Empfehlungen des Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz 2005–2010, sollten Frauen zwischen 26 und 60 Jahren alle drei Jahre eine solche Untersuchung durchführen lassen, was eine jährliche Abdeckung von 33% entspricht. Die beobachtete Abdeckung scheint somit befriedigend zu sein. Aussage bezüglich Abdeckungsgrad von spezifischen Risikogruppen würden genauere Analysen benötigen.

Jede fünfte Frau im Alter von mindestens 50 Jahren liess im Jahr vor der Befragung eine *Mammografie* machen, bei den über 64-Jährigen war es noch etwa jede sechste. Die Mammografie-Programme empfehlen

im Allgemeinen eine Untersuchung im Abstand von zwei Jahren. Die angestrebte jährliche Abdeckung liegt damit bei 50%.

Bei den Männern zwischen 40 und 64 Jahren liess ein Fünftel die *Prostata untersuchen*, bei den über 65-Jährigen betrug dieser Anteil zwei Fünftel. In der Befragung ist die Art der Untersuchung nicht angegeben, d.h. es ist nicht klar, ob es sich um eine Untersuchung des Gehalts an prostataspezifischem Antigen im Blut (PSA-Serumspiegel) oder um eine rektale Tastuntersuchung handelte. Männer aus städtischen Gebieten lassen sich signifikant häufiger kontrollieren als Männer aus ländlichen Gebieten. Für diese Untersuchungen gibt es noch keine klaren Empfehlungen zur Häufigkeit, weshalb sich kein Wert für die angestrebte jährliche Abdeckung errechnen lässt.

Personen mit Hausarzt/-ärztin führen häufiger Brust- und Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen durch

Der Anteil der Personen, die Vorsorgeuntersuchungen für Prostata- oder Brustkrebs durchführen liessen, ist signifikant höher in der Personengruppe mit Hausarzt oder Hausärztin. Dies gilt allerdings nicht für die Gebärmutterhalskrebs-Untersuchung, da diese im Allgemeinen in einer gynäkologischen Praxis erfolgt.

Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen werden im Kanton Appenzell Ausserrhoden seltener durchgeführt als in der Schweiz insgesamt, obwohl bei den jüngeren Frauen (ab 20) der Unterschied nicht signifikant ist. Bei den über 50-jährigen Frauen ist dies in allen Deutschschweizer

Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Frauen (ab 20 Jahren)		Männer (ab 40 Jahren)
		Gebärmutterhalskrebs (Abstrich)	Brustkrebs (Mammografie)	Prostatakrebs
Total		42,7	13,1	25,6
Altersgruppen¹	15–39 Jahre	49,2	3,3	.
	40–64 Jahre	47,5	19,3	19,5
	65+ Jahre	21,9	15,3	41,8
Bildung	Obligatorische Schule	27,3	15,5	21,1
	Sekundarstufe II	44,0	12,9	25,2
	Tertiärstufe	49,0	12,1	26,8
Nationalität	Schweiz	42,1	13,3	26,6
	Ausland	45,7	12,5	.
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	42,3	10,7	18,5
	CHF 3000 bis 4499	40,8	13,5	27,6
	CHF 4500 bis 5999	46,8	15,5	29,7
	CHF 6000 und höher	48,2	14,5	28,8
Urbanisierungsgrad	Stadt	44,2	13,9	26,9
	Land	38,3	11,0	21,6
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	43,9	12,2	23,9
	mittel bis sehr schlecht	35,1	18,7	35,0
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	40,3	12,0	23,7
	einige	43,9	13,7	.
	starke	43,2	13,5	30,3
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	42,5	13,8	27,4
	nein	43,7	8,5	7,4

		Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 20 Jahren	Frauen ab 50 Jahren	Männer ab 40 Jahren
		Regionaler Vergleich	Schweiz	42,7	13,1
	Appenzell Ausserrhoden	37,4	10,6	13,1*	(18,4)
	Aargau	46,5	10,4*	15,2*	22,7
	Bern	40,4	11,6	17,3*	24,8
	Jura	32,2*	22,0*	40,5*	25,3
	Luzern	38,9	8,3*	13,7*	26,1
	Schwyz	47,0	19,6*	28,3	30,9*
	Uri	35,1*	9,8	14,0	16,6*
	Grossregion Ostschweiz	42,2	9,1	15,8	27,0
	Deutschschweiz	43,7	10,4	16,5	25,4
	Französische Schweiz	39,0	19,7	34,5	25,3

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=9364; Mammografie (ab 20 Jahren): n=9467; Prostatakrebs: n=5152

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

¹ Die Frage zur Prostatakrebsvorsorgeuntersuchungen wurde nur Männern ab 40 Jahren gestellt.

Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat)

	AR	CH
Frauen ab 20 Jahren		
Gebärmutterhalskrebs	37,4	42,7
Frauen ab 50 Jahren		
Brustkrebs (Mammografie)	13,1*	21,3
Männer ab 40 Jahren		
Prostatakrebs	(18,4)	25,6
Alle ab 40 Jahren		
Hautkrebs	(4,9)*	11,2
Darmkrebs	(4,7)*	8,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Gebärmutterhalskrebs: n=242 (AR), n=9364 (CH); Mammografie: n=247 (AR), n=9467 (CH); Prostatakrebs: n=131 (AR), n=5152 (CH); Hautkrebs: n=476 (AR), n=17'822 (CH); Darmkrebs: n=317 (AR), n=11'825 (CH)

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

Kantonen der Fall, während die Abdeckung in den französisch- und italienischsprachigen Kantonen über dem schweizerischen Durchschnitt liegt, was auf die Vorsorgeprogramme der jeweiligen Kantone zurückzuführen ist.

Der sozioökonomische Gradient ist ausgeprägter bei der Gebärmutterhalsvorsorgeuntersuchung als bei derjenigen für Brust- oder Prostatakrebs

Personen mit einem Sekundar- oder Tertiärabschluss unterziehen sich signifikant häufiger Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs. Dieselbe Tendenz, obschon weniger ausgeprägt, ist auch bei der Vorsorgeuntersuchung für Prostatakrebs festzustellen (nicht signifikant). Hingegen lassen Frauen, die über keinen nachobligatorischen Schulabschluss verfügen, häufiger eine Mammografie erstellen als der Durchschnitt (nicht signifikant). Analoge Tendenzen bezüglich Bildung waren bei den im letzten Bericht beschriebenen Lebenszeitprävalenzen festzustellen.

Die Bevölkerung aus Appenzell Ausserrhoden unterzieht sich seltener Krebsvorsorgeuntersuchungen als die Schweizer Bevölkerung

In Tabelle 6.5 wird der Anteil der Personen verglichen, die im Kanton Appenzell Ausserrhoden und in der Schweiz angegeben, Krebsvorsorgeuntersuchungen gemacht zu haben. In allen Bereichen hat die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung seltener Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs vorgenommen als die Schweizer Bevölkerung insgesamt. Besonders augenfällig und statistisch signifikant sind Mammografien bei Frauen über 50 Jahre (13,1% vs. 21,3%) sowie bei Haut- und Darmkrebs bei Frauen und Männern (4,9% vs. 11,2% bzw. 4,7% vs. 8,4%).

Der Anteil der Personen, bei denen im Jahr vor der Befragung eine Vorsorgeuntersuchung für Haut- und Dickdarmkrebs durchgeführt wurde, ist gering, weshalb diese Gruppe in Tabelle 6.5 nicht weiter aufgliedert ist. Ab 40 Jahren unterzieht sich rund ein Zehntel der Bevölkerung einer solchen Vorsorgeuntersuchung. Diese Anteile sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden signifikant niedriger als in der Schweiz als Ganzes, obwohl die Anzahl der beobachteten Fälle unter 30 liegt (Hautkrebs: 4,9% vs. 11,2%, Dickdarmkrebs: 4,7% vs. 8,4%; Tab. 6.5).

Tab. 6.6 Grippeimpfung, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

Total		16,7
Geschlecht	Frauen	16,7
	Männer	16,7
Altersgruppen	<65 Jahre	9,6
	65–74 Jahre	42,5
	75+ Jahre	57,8
Bildung	Obligatorische Schule	24,9
	Sekundarstufe II	15,3
	Tertiärstufe	16,6
Nationalität	Schweiz	17,2
	Ausland	13,9
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	14,3
	CHF 3000 bis 4499	18,6
	CHF 4500 bis 5999	16,4
	CHF 6000 und höher	18,1
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,8
	Land	13,8
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	14,2
	mittel bis sehr schlecht	35,6
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	13,7
	einige	17,1
	starke	21,1
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	17,7
	nein	9,1
Regionaler Vergleich	Schweiz	16,7
	Appenzell Ausserrhoden	13,6
	Aargau	16,4
	Bern	16,6
	Jura	13,6
	Luzern	13,0*
	Schwyz	10,0*
	Uri	11,3*
	Grossregion Ostschweiz	14,6
	Deutschschweiz	15,9
Französische Schweiz	18,3	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=14'143

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

6.2.3 Grippeprävention

Die Impfquote im Appenzell Ausserrhoden ist vergleichbar mit der schweizerischen

Insgesamt gaben 13,6% der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung an, gegen die Grippe geimpft zu sein. Damit liegt die Impfquote im Kanton Appenzell Ausserrhoden leicht unter – aber statistisch nicht signifikant – dem schweizerischen Durchschnitt von 16,7% (Tab. 6.6). Zielgruppe dieser Impfung sind vor allem Personen im Alter von über 65 Jahren, die sich jährlich impfen lassen sollten.⁹¹ Die Daten des Kantons Appenzell Ausserrhoden erlauben es nicht, Analysen auf der Ebene von einzelnen Altersklassen oder anderen soziodemografischen Angaben vorzunehmen, weil hierfür die Stichprobe zu klein ist.

Gesamtschweizerisch ist die Abdeckungsrate mit rund 60% bei den über 75-jährigen hoch, bei den 65- bis 75-jährigen liegt diese bloss bei rund 40%. Auffallend ist wiederum die tiefere Abdeckungsrate bei den besser gebildeten Personen (16,6% bei tertiären Abschlüssen, 24,9% bei Abschlüssen der obligatorischen Schule). Auch hier – wie bei den Vorsorgeuntersuchungen – ist der Zusammenhang zwischen Bildung und der Abdeckungsrate möglicherweise vom unterschiedlichen Gesundheitszustand der jeweiligen Bevölkerungsgruppe beeinflusst. Personen die einen Hausarzt/eine Hausärztin haben oder die ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht einstufen, lassen sich häufiger impfen. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Impfung für chronisch Kranke empfohlen wird, und dass diese eher einen Hausarzt/eine Hausärztin haben.

6.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen

In diesem Teil werden die soziodemografischen Merkmale der Personen beschrieben, die Angaben, in den zwölf Monaten vor der Befragung Leistungen der Komplementär- oder Alternativmedizin (KAM) bezogen zu haben. Zur Vereinfachung des Texts wird lediglich der Begriff der Komplementärmedizin verwendet. In Tabelle 6.7 wird nach Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen einerseits und nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten andererseits unterschieden. Anschliessend

werden die relative Bedeutung und die durchschnittliche Anwendungshäufigkeit der verschiedenen Formen der Komplementärmedizin untersucht. Bei der Interpretation der Daten in diesem Teil ist zu berücksichtigen, dass die Stichproben sehr klein sind, weil diese auf dem schriftlichen Teil der Gesundheitsbefragung basiert. Zudem ist aufgrund der Formulierung in der Befragung nicht ersichtlich, ob jemand gleichzeitig ärztliche und nicht-ärztliche KAM-Leistungen nutzte.

Komplementärmedizinische Angebote werden vorwiegend von Frauen und Personen mit hoher Bildung beansprucht

Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden ist allgemein abhängig vom Geschlecht, der Bildung und dem Gesundheitszustand: Frauen in der Schweiz verwenden rund doppelt so häufig KAM als Männer, sowohl bei Ärzten/innen als auch bei nicht-ärztlichen Therapeuten/innen. Dasselbe Bild zeigt sich bei den Bildungsniveaus: Von den Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss beanspruchen rund doppelt so viel KAM wie Personen ohne nachobligatorische Schulbildung. Ausserdem wird KAM häufiger von Personen beansprucht, die starke körperliche Beschwerden haben und bei denen das gesundheitliche Wohlbefinden eher schlecht ist. Hingegen spielen Faktoren wie Urbanisierung (Stadt/Land) weniger eine Rolle, ebenso das Einkommen.

Am häufigsten werden in der Schweiz Homöopathie, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie verwendet (Abb. 6.8). Bemerkenswert ist der Anteil an Personen, die angegeben haben, Shiatsu und Fussreflexzonenmassagen bei einem/r nicht-ärztlichen Therapeuten/in in Anspruch genommen zu haben.

Ausserrhoder/innen lassen sich tendenziell weniger komplementärmedizinisch behandeln als Schweizer/innen

Die mittlere Anzahl Konsultationen von KAM ist regional stark unterschiedlich, allerdings ist hervorzuheben, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden sich kaum von den Vergleichsregionen wie der Deutschschweiz oder der Grossregion Ostschweiz unterscheidet (Abb. 6.9). Insbesondere ist in diesen Regionen die mittlere Anzahl Konsultationen bei einem Arzt/einer Ärztin konstant. Grössere regionale Differenzen gibt es bei den Konsultationen von nicht-ärztlichen Therapeuten/innen, wo Kantone wie Luzern und Jura mehr als doppelt so viele

⁹¹ Gemäss Empfehlungen zur Grippeimpfung des Bundesamtes für Gesundheit (2007b) in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen.

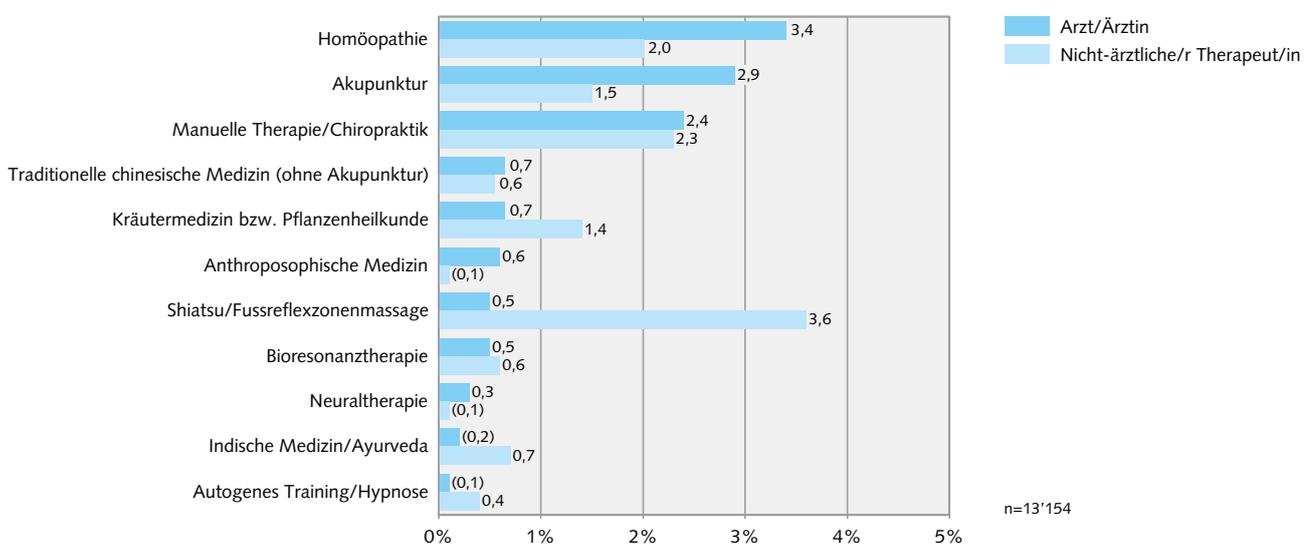
Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		KAM bei Arzt/Ärztin	KAM bei nichtärztlichem/r Therapeuten/in
Total		10,3	12,8
Geschlecht	Frauen	13,6	17,4
	Männer	6,7	7,8
Altersgruppen	15–39 Jahre	11,6	11,7
	40–64 Jahre	10,5	15,4
	65+ Jahre	6,5	8,4
Bildung	Obligatorische Schule	7,4	7,7
	Sekundarstufe II	9,9	11,9
	Tertiärstufe	12,0	16,5
Nationalität	Schweiz	10,5	13,3
	Ausland	9,1	10,1
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	10,4	12,1
	CHF 3000 bis 4499	10,3	12,9
	CHF 4500 bis 5999	10,1	14,0
	CHF 6000 und höher	9,9	14,6
Urbanisierungsgrad	Stadt	10,5	13,1
	Land	9,7	12,2
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	9,7	12,6
	mittel bis sehr schlecht	15,1	15,2
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	6,6	9,3
	einige	10,4	12,9
	starke	15,5	16,9
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	10,6	12,8
	nein	7,9	13,4

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n=13'154

Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin
Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %
der Bevölkerung)

Abb. 6.8



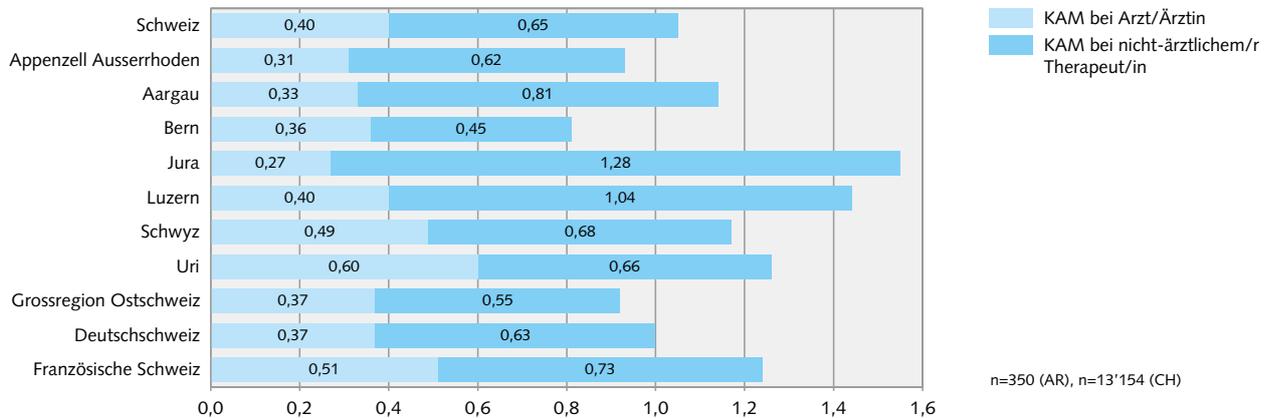
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen pro Einwohner/ in nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)

Abb. 6.9



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Konsultationen verzeichnen wie der Kanton Appenzell Ausserrhoden. Obwohl die mittlere Anzahl Konsultationen von nicht-ärztlichen Therapeuten/innen im Kanton leicht unterdurchschnittlich ist (0,62 vs. 0,65 Konsultationen pro Bewohner/in), liegt der Anteil der Bevölkerung, die nicht-ärztliche Therapeuten/innen aufgesucht hat, leicht über dem Schweizer Durchschnitt (14,2% vs. 12,8%). Die Differenz ist aber in beiden Fällen nicht signifikant.

6.4 Inanspruchnahme von Spitalleistungen

Bei den Spitalleistungen wird zwischen stationären Leistungen im Rahmen von Hospitalisationen und ambulanten Leistungen mit Konsultationen in Polikliniken und Notaufnahmen unterschieden.

Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen im Akutspital im Kanton Appenzell Ausserrhoden entspricht der Schweizerischen

Etwas weniger als jede zehnte Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurde im Jahr 2007 mindestens einmal hospitalisiert (Tab. 6.8), dies entspricht etwa dem Schweizer Durchschnitt. Je nach Daten, die zum Vergleich verwendet werden, unterscheiden sich die Raten voneinander. Weil die Gesundheitsbefragung im Kanton Appenzell Ausserrhoden für detaillierte Analysen zu wenige Beobachtungen aufweist, wurde zum Vergleich die

Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS hinzugezogen. Da es sich hierbei nicht um eine Stichprobenerhebung handelt, sind diese Daten zuverlässiger. Tabelle 6.9 zeigt, dass sich weder die Hospitalisationsrate noch die mittlere Anzahl Krankenhaustage zwischen der Schweiz insgesamt und dem Kanton unterscheiden. Zudem sind die Hospitalisationsraten für die gesamte Schweiz dieselbe wie in der Gesundheitsbefragung. Die mittlere Anzahl Krankenhaustage weicht zwischen den beiden Datenquellen um rund 2 Tage voneinander ab (9,8 Tage in der Gesundheitsbefragung und 7,6 Tage in der Medizinischen Statistik).

Sowohl in der ambulanten als auch in der Spitalversorgung wurden schweizweit Männer ähnlich viel wie Frauen behandelt, und auch die Verweildauer im Spital unterscheidet sich kaum zwischen den Geschlechtern (Tab. 6.8).

Das Alter hat erwartungsgemäss einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme: Rund doppelt so viele stationäre Behandlungen wurden für den stationären Bereich bei den über 65-Jährigen im Verhältnis zu den unter 65-Jährigen registriert und auch die Verweildauer ist bei den über 65-Jährigen fast doppelt so hoch. Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss waren überdurchschnittlich oft im Spital, ob stationär oder ambulant. In der Schweiz wurden in den zwölf Monaten vor der Befragung etwas weniger als 10% der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufte, hospitalisiert, gegenüber einem Viertel bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht erachteten.

Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung)

		Anteil der Bevölkerung mit ambulanter Spitalbehandlung (inkl. Notfallstation) (in %)	Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung (in %)	Mittlere Anzahl Krankenhaustage (pro Patient/in)
Total		16,2	11,4	9,8
Geschlecht	Frauen	15,6	12,2	9,5
	Männer	16,9	10,5	10,2
Altersgruppen	<65 Jahre	15,9	9,9	7,9
	65+ Jahre	17,5	18,0	14,7
Bildung	Obligatorische Schule	17,3	13,3	12,6
	Sekundarstufe II	16,1	11,5	9,0
	Tertiärstufe	15,8	10,0	10,0
Nationalität	Schweiz	16,0	11,5	9,9
	Ausland	17,1	10,7	9,5
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	16,5	11,9	8,7
	CHF 3000 bis 4499	15,3	11,7	9,7
	CHF 4500 bis 5999	17,0	11,3	14,1
	CHF 6000 und höher	16,3	10,3	8,9
Urbanisierungsgrad	Stadt	17,0	11,3	10,0
	Land	14,1	11,6	9,5
Gesundheitliches Wohlbefinden	gut/sehr gut	14,2	9,1	7,0
	mittel bis sehr schlecht	29,0	25,8	16,4
Körperliche Beschwerden	keine/kaum	10,7	8,0	7,4
	einige	16,0	10,4	8,4
	starke	23,7	16,9	12,5
Hat einen Hausarzt/eine Hausärztin	ja	16,6	11,8	10,1
	nein	13,5	8,4	7,6

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007
n= 18'731

Regionale Differenzen sind insbesondere im ambulanten Bereich der Spitalversorgung hervorzuheben: So hat der Kanton Uri mit 10,8% eine signifikant tiefere Rate als die Schweizer Bevölkerung. Hingegen weist der Kanton Jura mit rund 21% eine signifikant höhere Rate auf (diese Daten aus der SGB 2007 sind nicht dargestellt). Die Raten im stationären Bereich sind regional weit weniger unterschiedlich und sie unterscheiden sich in keinem Fall signifikant vom Schweizer Mittelwert. Dieser Umstand wird mit den Daten der Medizinischen Statistik weiter untermauert.

Tabelle 6.9 zeigt regional eine ausgeglichene Inanspruchnahme der stationären Versorgung. Zudem zeigen diese Daten, dass auch hinsichtlich Alter und Geschlecht die Inanspruchnahme im Kanton Appenzell Ausserrhoden sich nicht von der Inanspruchnahme der Gesamtschweiz unterscheidet.

Keine Unterschiede zwischen Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz bei Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen

In der Erhebung wurden die Personen gefragt, ob bei ihnen irgendwann im Leben eine der folgenden Operationen durchgeführt wurde: Hüft-, Knie-, Katarakt-, Knöchel- oder Herzoperation und bei den Frauen eine Gebärmutterentfernung. Die Häufigkeit dieser Operationen ist zu gering, um für den Kanton Appenzell Ausserrhoden eine Analyse durchführen zu können. Einzige Ausnahmen sind die kantonale Häufigkeiten der Knieoperationen und Gebärmutterentfernungen, die in Tabelle 6.10 dargestellt sind.

Der Anteil der Bevölkerung, der sich einer Knieoperation unterzogen hat, ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwa gleich gross wie in der Schweiz als Ganzes. Bei Männern wird dieser Eingriff signifikant häufiger durchgeführt als bei Frauen, was vermutlich mit

Tab. 6.9 Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen in Akutspitälern (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)

		Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung (in %)		Mittlere Anzahl Krankenhaustage (Tage pro Patient/in)	
		AR	CH	AR	CH
Total		10,9	11,0	7,5	7,6
Geschlecht	Frauen	11,6	12,0	7,9	7,7
	Männer	10,1	10,0	7,1	7,4
Altersgruppen	<65 Jahre	8,8	9,0	6,3	6,1
	65+ Jahre	20,6	21,4	9,7	10,2
Regionaler Vergleich	Schweiz	11,0		7,6	
	Appenzell Ausserrhoden	10,9		7,5	
	Aargau	10,7		7,0	
	Bern	11,6		7,3	
	Jura	10,6		7,6	
	Luzern	9,6		7,6	
	Schwyz	11,2		6,7	
	Uri	10,8		8,3	
	Grossregion Ostschweiz	11,0		7,7	
	Deutschschweiz	11,2		7,6	
	Französische Schweiz	10,3		7,2	

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007
n=5715 (AR), n=830'131 (CH)

Der Anteil der Bevölkerung mit stationärer Spitalbehandlung berücksichtigt die *Anzahl Personen* mit mind. einem Spitalaufenthalt pro Population (Mehrfachhospitalisationen einer Person wurden nur einmal gezählt). Im Gegensatz dazu basieren die Hospitalisationsraten im Einleitungskapitel auf dem Total der *Anzahl Fälle* pro Einwohner/in (Mehrfachhospitalisationen einer Person wurden mehrfach gezählt). Unter der Bezeichnung *Akutspitäler* wurden sowohl Allgemeinspitäler (K1) als auch Spezialkliniken (K23) eingeschlossen. Dies erklärt die kleinen Abweichungen zum Einleitungskapitel bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

Sportverletzungen zu erklären ist. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung dürfte die Häufigkeit dieser Operationen in der älteren Bevölkerung aus verschiedenen Gründen unterschätzt werden: Personen, die in Heimen leben, wurden nicht befragt, ältere Menschen sind zudem möglicherweise für ein Telefongespräch weniger verfügbar und vergessen eher, etwas zu erwähnen.

Gebärmutterentfernungen schliesslich sind bei den Appenzell Ausserrhoderinnen ebenfalls gleich häufig wie bei Schweizerinnen insgesamt vorgenommen worden, besonders bei den Frauen im Alter von über 65 Jahren. Auffällig sind hier wiederum die unterschiedlichen Raten nach Bildung. Frauen mit einem tertiären Bildungsabschluss wurden weniger als halb so häufig operiert als Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (8,7% vs. 22,8%).

6.5 Hilfe zu Hause (formelle Spitex-Hilfe und informelle Hilfe)

Der Einfachheit halber wird der Begriff «Spitex» für alle formellen Hilfs- und Pflegedienste zu Hause verwendet. Hilfe von Angehörigen, Freunden und Nachbarn werden im Begriff «informelle Hilfe» zusammengefasst. Eine kantonale Analyse zur Inanspruchnahme der Spitex oder informeller Hilfe für einzelne Bevölkerungsgruppen ist für den Kanton Appenzell Ausserrhoden aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht möglich. Die Stichprobe wird noch kleiner, wenn man sich auf die Zielgruppe für solche Leistungen beschränkt, d.h. pflegebedürftige Personen, die bei mindestens zwei Alltagsverrichtungen (ADL, activities of daily living) eingeschränkt sind und Anrecht auf Hilflosenentschädigung haben (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Wenn die Gewichtungen in der Befragung berücksichtigt werden, hätten in der Schweiz rund 100'000 Personen mindestens zwei eingeschränkte ADL. Tabelle 6.11 veranschaulicht somit die soziodemografischen Merkmale der Empfänger dieser Art von

Tab. 6.10 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Schweiz, 2007 (in %)

Operation		Kniegelenk	Entfernung der Gebärmutter (Frauen ab 20 Jahren)
Total		12,0	-
Geschlecht	Frauen	9,7	14,0
	Männer	14,3	-
Altersgruppen	<65 Jahre	11,0	9,7
	65+ Jahre	16,6	35,1
Bildung	Obligatorische Schule	11,4	22,8
	Sekundarstufe II	11,5	15,7
	Tertiärstufe	13,4	8,7
Nationalität	Schweiz	12,8	16,7
	Ausland	8,1	7,4
Urbanisierungsgrad	Stadt	11,8	15,0
	Land	12,3	16,0
Regionaler Vergleich	Schweiz	12,0	15,2
	Appenzell Ausserrhoden	15,0	14,4
	Aargau	12,4	17,0
	Bern	13,5	18,8*
	Jura	9,6	13,4
	Luzern	12,6	16,1
	Schwyz	11,9	16,7
	Uri	12,6	18,3
	Grossregion Ostschweiz	12,6	14,6
	Deutschschweiz	12,5	16,6
Französische Schweiz	10,7	11,8	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Kniegelenk: n=17'923; Entfernung der Gebärmutter: n=9380

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz ($p < 0,05$)

Leistungen in der Schweiz. Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wird im telefonischen Fragebogen erhoben, diejenige informeller Leistungen im schriftlichen Fragebogen.

Drei von zehn pflegebedürftigen Schweizer/innen beziehen Spitex-Hilfe

Im Jahr 2007 haben im Kanton Appenzell Ausserrhoden etwa 2% der Bevölkerung Spitex-Dienste bezogen. Dieser Wert ist etwas tiefer als der Schweizer Durchschnitt (nicht signifikant).

Frauen nehmen doppelt so häufig wie Männer solche Hilfeleistungen in Anspruch, bei der informellen Hilfe ist das Ergebnis allerdings verzerrt: Es scheint, dass die Männer, die von Ihrer Ehefrau Unterstützung erhalten, dies häufig nicht erwähnen (Höpfinger & Hugentobler, 2005). Erwartungsgemäss nimmt die Inanspruchnahme der Spitex bei einer Pflegebedürftigkeit und mit zunehmendem Alter stark zu.

Pflegebedürftige Personen beanspruchen sehr häufig informelle Hilfe: Solche Hilfe erhalten zwei Drittel der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren und mehr als drei Viertel der unter 65-Jährigen. Die informelle Hilfe für pflegebedürftige Personen scheint im Alter zurück zu gehen, sie bleibt aber bedeutend (nicht signifikant). Der Rückgang ist vermutlich der Komplexität der Fälle zuzuschreiben, die mit dem Alter zunimmt, sowie dem steigenden Alter der Personen, die diese informelle Hilfe leisten.

Von allen Personen, die Spitex beziehen, tun dies zwei Fünftel vorübergehend. Sie erhalten zur Hälfte Pflegeleistungen und zur Hälfte Haushalthilfe (in der Befragung ist nicht definiert, was unter einer vorübergehenden bzw. einer regelmässigen Betreuung zu verstehen ist). Bei den pflegebedürftigen Bezügerinnen und Bezüger von Spitex hingegen handelt es sich in neun von zehn Fällen um regelmässige Hilfe, wobei drei von vier Personen Pflegeleistungen und die Hälfte Haushalthilfe beanspruchen.

Tab. 6.11 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Schweiz, 2007
(in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)

		Spitex-Dienste		Informelle Hilfe	
		Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*	Ganze Bevölkerung	Bevölkerung mit 2 oder mehr eingeschränkten ADL*
Total		2,5	29,1	8,8	73,3
Geschlecht	Frauen	3,6	36,1	10,8	81,5
	Männer	1,4	20,3	5,8	68,5
Altersgruppen	<65 Jahre	1,2	20,7	7,5	79,1
	65+ Jahre	8,3	39,8	12,3	68,1
Bildung	Obligatorische Schule	4,7	27,3	11,3	(67,0)
	Sekundarstufe II	2,4	32,0	8,0	80,8
	Tertiärstufe	1,5	(21,1)	7,7	(68,5)
Regionaler Vergleich	Schweiz		2,5		8,8
	Appenzell Ausserrhoden		(2,2)		8,2
	Aargau		(2,0)		9,8
	Bern		2,3		8,0
	Jura		(2,5)		13,0
	Luzern		(2,0)		7,3
	Schwyz		.		7,3
	Uri		(2,1)		5,2*
	Grossregion Ostschweiz		1,5		6,9
	Deutscheschweiz		2,0		7,8
Französische Schweiz		3,9		9,0	

Quelle: Spitex und BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Spitex-Dienste: n=14'386; informelle Hilfe: n=14'068

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

* Der Wert im Kanton unterscheidet sich statistisch signifikant vom Wert in der übrigen Schweiz (p<0,05)

ADL (Activities of daily Living): Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich anziehen, sich in der Wohnung bewegen, Aufstehen, auf die Toilette gehen, sich ernähren.

Unter den Personen, welche *informelle Hilfe leisten*, werden Ehefrauen am häufigsten erwähnt (Abb. 6.10). In der ganzen Schweiz leisten somit rund 40'000 Frauen informelle Hilfe für ihren Ehemann oder Partner.

Betrachtet man ausschliesslich die Bevölkerung, die eine Pflegebedürftigkeit angibt, ist festzustellen, dass ein Viertel dieser Personen keine Hilfe erhält, während die Hälfte ausschliesslich auf informelle Hilfe zählen kann. Allerdings ist hier anzumerken, dass sich an der Befragung vor allem Personen beteiligten, die selbständig telefonieren können und dass deshalb die Unabhängigkeit der älteren Bevölkerung überschätzt wird.

Schliesslich erhalten von den Personen, die Spitex-Leistungen empfangen, 94,1% auch informelle Hilfe, während lediglich 30,3% der Personen mit informeller Hilfe auch die Spitex beanspruchen.

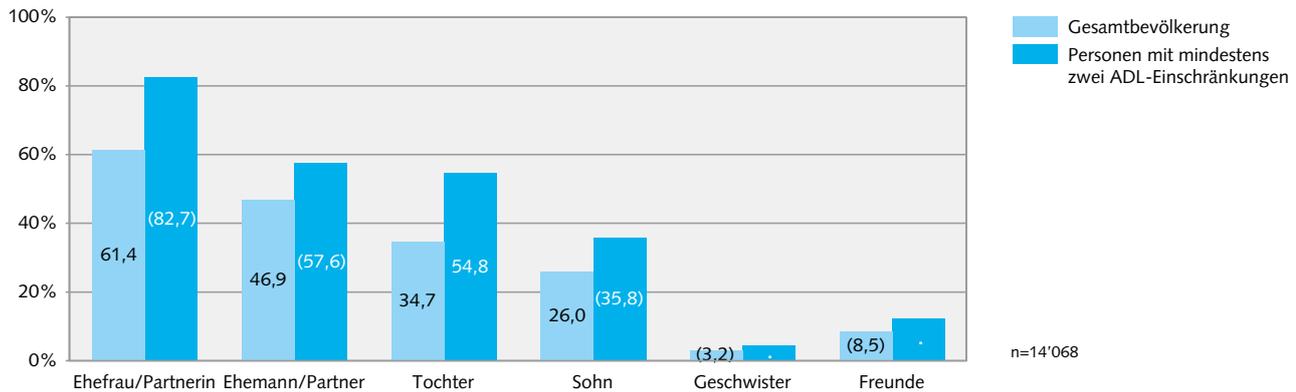
6.6 Zusammenfassung

Dieses Kapitel widmete sich der Frage, in welchem Ausmass die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt.

Die Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden hat insgesamt häufiger als die Schweizer Bevölkerung keine Arztpraxis aufgesucht. Wird die Bevölkerung berücksichtigt, welche ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, so wird sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch in der Schweiz, der Hausarzt/die Hausärztin am häufigsten besucht. Fachärzte/-ärztinnen werden mehr von Männern als von Frauen besucht. Was hausärztliche Besuche betrifft, liegt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden nur knapp tiefer als in der Schweiz. Hingegen wird im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine signifikant tiefere Inanspruchnahme von Fachärzten/-ärztinnen beobachtet. Hingegen ist die Inanspruchnahme der stationären

Involvierte Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007

Abb. 6.10



. Antworten von <10 Personen. Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10-29)
 Die verschiedenen Hilfsquellen sind kumulierbar, da gewisse Personen in den zwölf Monaten vor der Befragung Unterstützung von mehreren Personen erhielten. Diese Ergebnisse müssen vorsichtig interpretiert werden, weil die Stichprobe der Personen mit zwei und mehr ADL weniger als 30 Beobachtungen umfasst.

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Versorgung gleich wie die schweizerische, ebenso liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital im Schweizer Mittel.

Allgemein werden Vorsorgeuntersuchungen häufiger von der städtischen Bevölkerung in Anspruch genommen. Entsprechend zeigt sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden, dass die Bevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung sowohl weniger Vorsorgeuntersuchungen für chronische Krankheiten und Krebs als auch weniger Grippeimpfungen vornimmt. Dabei ist zu vermerken, dass sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch auf Schweizer Ebene diese Untersuchungen häufiger bei der Bevölkerung durchgeführt werden, die angibt, einen Hausarzt/eine Hausärztin zu haben. Dies weist auf die Rolle der Hausärzte/-ärztinnen im Bezug auf Prävention und Früherkennung von Krebs und chronischen Erkrankungen hin. Es wären weitere Unter-

suchungen notwendig, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu prüfen, die sich diesen Untersuchungen nicht unterzogen hat: Es ist möglich, dass diese Personen am meisten davon profitieren würden.

Im Bereich der Komplementärmedizin bezieht die Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden ähnlich viele Dienstleistungen wie der Schweizer Durchschnitt, sowohl im ärztlichen wie auch im nicht-ärztlich therapeutischen Bereich.

Gemäss der Analyse im vorliegenden Kapitel unterscheidet sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, bis auf derjenige von fachärztlichen Leistungen, zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und der Gesamtschweiz kaum. Auch hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ist die Inanspruchnahme mit dem Schweizer Durchschnitt vergleichbar.

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

Isabelle Sturny und Maik Roth

Die Kosten im Gesundheitswesen sind ein Dauerthema in den Medien und beschäftigen die Öffentlichkeit seit Jahren wegen ihres stetigen Anstiegs. In der Schweiz wurden im Jahr 2007 insgesamt 55,3 Milliarden Franken für Gesundheit ausgegeben, was einem Anteil von 10,8% des Bruttoinlandproduktes (BIP) entspricht (BFS, 2009a). Rund 39% dieser Kosten werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, die restlichen 61% werden von den privaten Haushalten als «Out-of-Pocket», dem Staat (v.a. Spitalsubventionen), den Privatversicherungen sowie den weiteren Sozialversicherungen (IV-AHV, UV, MV) bezahlt.

Im vorliegenden Kapitel werden die Gesundheitskosten der Bevölkerung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden für den Bereich der OKP betrachtet. Dafür wird der Datenpool von santésuisse – dem Dachverband der Krankenversicherer – für die Jahre 2003 bis 2007 ausgewertet.⁹² Der Datenpool erlaubt eine detaillierte Analyse der Kostenentwicklung nach verschiedenen Leistungserbringern und Leistungsarten. Direkte Vergleiche mit den vorangegangenen Kapiteln des Berichtes sind schwierig, da diese das generelle Gesundheitsverhalten bzw. die Inanspruchnahme aller medizinischer Leistungen behandeln, unabhängig davon, ob von der OKP eine Kostengutsprache erfolgt ist oder nicht.

Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit den OKP-Kosten für die verschiedenen Kategorien der Leistungserbringer. Es wird sowohl auf die Entwicklung der Kosten als auch auf deren Aufteilung eingegangen. Ebenso wird ein regionaler Vergleich der Pro-Kopf-Kosten vorgenommen. Im zweiten Teil des Kapitels werden die verschiedenen Versicherungsmodelle und die Prämien in der OKP analysiert. Zusätzlich wird kurz die Prämienverbilligung behandelt.

Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool von santésuisse dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im OKP-Bereich zu machen. Er basiert auf freiwilliger Basis. Zurzeit hat er eine Marktdeckung von 97,7% der in der Schweiz versicherten Personen. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden beläuft sich dieser Abdeckungsgrad im Jahr 2007 auf 94,9%.⁹³ Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet. Dabei werden die Kosten aus dem Datenpool mit dem Versichertenbestand des Datenpools dividiert und mit dem Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich⁹⁴ multipliziert. Diese Hochrechnung erlaubt eine Schätzung derjenigen Kosten, die anfallen würden, wenn alle Krankenversicherer beim Datenpool angeschlossen wären. Es handelt sich jedoch nur um eine Schätzung, da angenommen wird, dass die fehlenden, nicht im Datenpool erfassten versicherten Personen eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen wie die im Datenpool erfassten Versicherten. Durch den Beitritt von fünf neuen Krankenversicherern im Jahr 2004 konnte der Abdeckungsgrad gegenüber dem Risikoausgleich gesteigert werden. Weil diese neuen Krankenversicherer vorwiegend junge und damit wenig kostenintensive Versicherte verwalten, werden mit der Hochrechnung die Kosten 2003 überschätzt, bzw. das Kostenwachstum zwischen 2003 und 2004 wird zu tief ausgewiesen. Da neue Datenlieferanten ihre Daten nicht rückwirkend liefern können, muss diesem Sachverhalt bei der Interpretation der gesamten Zahlenreihe Rechnungen getragen werden. Von dieser Problematik sind vorwiegend die Leistungserbringergruppen betroffen, welche vor allem von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (stationäre Spitalpflege, Spitex, Pflegeheime).

⁹² Da der Datenpool jeweils fünf Jahre rückwirkend aktualisiert wird, werden im Folgenden die Jahre 2003 bis 2007 analysiert.

⁹³ Der Abdeckungsgrad des Datenpools beträgt für den Kanton Appenzell Ausserrhoden 89,1% im Jahr 2003, 96,1% im Jahr 2004, 95,8% im Jahr 2005 und 95,2% im Jahr 2006.

⁹⁴ Der Risikoausgleich ist ein Umverteilungssystem in der OKP und bezweckt einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend «schlechten Risiken» (Versicherte mit überdurchschnittlichen Krankheitskosten) und Krankenversicherern mit vorwiegend «guten Risiken» (meist jüngere Versicherte und Personen männlichen Geschlechts, welche unterdurchschnittliche Krankheitskosten aufweisen). Der Risikoausgleich ist in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit Einheitsprämien je Versicherter und Prämienregion ein notwendiges Systemelement und soll verhindern, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den verschiedenen Versicherungsformen durch Risikoselektion unterlaufen wird.

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Im Folgenden werden diese Bruttoleistungen ausgewertet. Weiter ist zu beachten, dass nur diejenigen Leistungen enthalten sind, welche die Versicherten an die Krankenversicherung einsenden oder die Leistungserbringer direkt beim Versicherer in Rechnung stellen. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Es ist dabei anzunehmen, dass in Kantonen, in welchen die versicherten Personen hohe Franchisen wählen, die Kosten eher unterschätzt werden als in Kantonen, in welchen tiefe Franchisen vorherrschen. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben über staatliche Beiträge (z.B. Finanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

7.1 Die OKP-Kosten im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Im vorliegenden Unterkapitel wird die Kostenentwicklung in der OKP im Kanton Appenzell Ausserrhoden über die Jahre 2003 bis 2007 nach Leistungserbringern und Leistungsarten im Vergleich zur Gesamtschweiz untersucht. Ebenfalls wird kurz die Kostenbeteiligung der versicherten Personen behandelt, bevor in einem weiteren Teil auf die regionalen Unterschiede der Pro-Kopf-Kosten eingegangen wird.

Starke Kostenzunahme in Apotheken und Abgabestellen MiGeL sowie im ambulanten/teilstationären Spitalbereich

Aus Tabelle 7.1 gehen die OKP-Kosten nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten hervor. Insgesamt beliefen sich die Kosten der Ausserrhoder Bevölkerung im Jahr 2003 auf 104,4 Millionen Franken. Im Jahr 2007 betragen diese Leistungen 118,6 Millionen Franken, was einer jahresdurchschnittlichen Zunahme von 3,2% entspricht. In der Schweiz sind die Kosten in der gleichen Zeitspanne um 4,5% von 18,2 Milliarden Franken auf 21,6 Milliarden Franken gestiegen. Die Kosten der Ausserrhoder Bevölkerung sind in den beobachteten fünf Jahren somit weniger stark gestiegen als im Schweizer Durchschnitt. Im Jahr 2007 sind die Kosten der Ausserrhoder/innen mit 5,1% am stärksten

gestiegen, während für das Jahr 2006 sogar ein Kostenrückgang zu verzeichnen ist.⁹⁵

Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei den Leistungen in Apotheken und Abgabestellen MiGeL. Diese sind in den letzten fünf Jahren um durchschnittlich 7,3% gestiegen und haben vor allem in den Jahren 2005 und 2007 mit Wachstumsraten von 14,7% bzw. 11,7% stark zugenommen. Auch die Kosten für ambulante und teilstationäre Spitalleistungen sind deutlich angestiegen (6,6%). Dabei fällt vor allem der enorme Kostenanstieg im Jahr 2005 ins Gewicht: Aufgrund der Tarmed-Einführung im Jahr 2004 wurden im ambulanten Spitalbereich Rechnungen zurückbehalten, welche im Jahr 2005 nachfakturiert wurden und dementsprechend zu einem erhöhten Kostenanstieg von 23,4% führten. Ein Teil dieses Wachstums kann zusätzlich mit der Verlagerung von Leistungen der Belegärzte/-ärztinnen erklärt werden: Immer mehr Belegärzte/-ärztinnen rechnen ihre Belegarztstätigkeit nicht mehr über ihre eigene Praxis, sondern über das Spital ab. Für das Jahr 2006 ist im ambulanten und teilstationären Spitalbereich ein Kostenrückgang um 7,8% zu verzeichnen, 2007 haben diese Kosten mit 11,6% wieder überdurchschnittlich zugenommen.

Zwischen 2003 und 2007 ist auch in der Spitex eine hohe Kostensteigerung (6,3%) zu beobachten, welche aufgrund der geringen absoluten Werte jedoch weniger zu Buche schlägt. Eher durchschnittliche Wachstumsraten sind bei den Kosten für Physiotherapien zu verzeichnen, unterdurchschnittliche bei den vom Arzt bzw. von der Ärztin abgegebenen Medikamenten, im stationären Spitalbereich sowie im Laborbereich. Die Kosten für Arztbehandlungen der Ausserrhoder/innen sind zwischen 2003 und 2007 sogar um 1,3% zurückgegangen.

Ein ähnlicher Verlauf der Kostenentwicklung wie bei den Ausserrhoder Versicherten ist ebenfalls für die Gesamtschweiz zu beobachten: starke Zunahmen in der Spitex (8,1%) und im ambulanten bzw. teilstationären Spitalbereich (6,4%), geringe Zunahmen bei den Laboratorien (2,0%) und mit 1,3% deutlich niedrige Zunahmen bei den Arztbehandlungen. Im Unterschied zum Kanton Appenzell Ausserrhoden sind die Gesamtschweizer Kosten im stationären Spitalbereich mit 5,5% überdurchschnittlich angestiegen, während die Apotheken-

⁹⁵ Dies ist teilweise auch auf einen Basiseffekt zurückzuführen: Die Höhe der Wachstumsrate hängt nicht nur von der aktuellen Kostenentwicklung ab, sondern auch vom Kostenniveau des Vorjahres. Nach Jahren mit erhöhten Kosten ist eine geringe Kostenzunahme bzw. eine Kostenreduktion somit sehr wahrscheinlich.

Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF)

Leistungserbringer	Leistungsarten	2003 in Mio. CHF	Anteil am Total in %	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % AR	Jahres- durch- schnittliche Verände- rung in % CH				
Spitäler	Stationäre Leistungen	27,2	28,8	27,7	28,0	29,3	24,7	1,9	5,5
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	15,2	15,4	19,0	17,6	19,6	16,5	6,6	6,4
	Total Leistungen Spitäler	42,3	44,2	46,8	45,6	48,9	41,3	3,7	5,9
Ärzte/Ärztinnen	Behandlungen	23,8	22,4	21,7	22,5	22,6	19,1	-1,3	1,3
	Medikamente	16,2	16,9	17,5	17,4	17,7	14,9	2,2	3,0
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	0,8	2,7	3,8	3,5	3,8	3,2	50,1 ¹	48,2 ¹
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	40,8	42,0	43,0	43,4	44,2	37,2	2,0	3,5
Pflegeheime		9,0	10,1	10,8	10,7	10,9	9,2	4,9	3,8
Apotheken und Abgabestellen MiGeL ²		3,4	3,4	3,9	4,0	4,5	3,8	7,3	3,2
Physiotherapeuten/-therapeutinnen		2,3	2,3	2,4	2,6	2,6	2,2	3,4	3,5
Spitex-Organisationen		1,5	1,5	1,4	1,6	2,0	1,7	6,3	8,1
Laboratorien		1,9	1,8	1,8	1,8	1,9	1,6	0,8	2,0
Übrige Leistungserbringer		3,2	3,1	3,2	3,1	3,6	3,0	2,8	4,1
Total		104,4	108,3	113,5	112,8	118,6	100,0	3,2	4,5

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ Die erhöhte Wachstumsrate in der Kategorie «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» ist auf eine Änderung in der Kodierung zurückzuführen: Während bis 2002 Arztanalysen unter «Behandlungen» subsumiert waren, stellen diese ab 2003/2004 eine neue Kategorie dar, welche im vorliegenden Bericht unter «Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen» zusammengefasst wird.

² Mittel und Gegenstände

und MiGeL-Leistungen schweizweit deutlich weniger stark zugenommen haben als im Kanton Appenzell Ausserrhoden.

Zwar sind die Kosten der Ausserrhoder Versicherten im ambulanten Bereich zwischen 2003 und 2007 stärker gestiegen als im stationären Bereich (3,5% vs. 2,7%).⁹⁶ Ob dies auf eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich zurückzuführen ist, kann mit den vorliegenden Daten jedoch nicht festgestellt werden.

Höchste Kostenbeteiligung bei den Laboranalysen und Arztbehandlungen

Die im Jahr 2007 angefallenen Kosten von 118,6 Millionen Franken wurden zu 84,0% von den Krankenversicherern übernommen und zu 16,0% in Form von

Kostenbeteiligung⁹⁷ direkt durch die Ausserrhoder Bevölkerung bezahlt. Zwischen 2003 und 2007 ist die Kostenbeteiligung der Ausserrhoder/innen relativ stabil geblieben, allerdings verteilt sie sich unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungserbringer. So wird bei den Laboranalysen gut ein Drittel und bei den Arztbehandlungen fast 26% der Kosten in Form von Franchise und Selbsthalt von den Versicherten bezahlt, während die Kostenbeteiligung im Spitex-Bereich mit einem Anteil von 7,5% und vor allem im Pflegeheimbereich mit 6,4% deutlich niedriger ausfällt.⁹⁸

⁹⁷ Die Kostenbeteiligung entspricht der Franchise, dem Selbstbehalt sowie dem Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts. Allfällige Kosten, welche durch die versicherten Personen darüber hinaus aus eigener Tasche bezahlt werden (sog. Out-of-Pocket-Leistungen), sind nicht Bestandteil der Kosten in der OKP und können hier deshalb nicht analysiert werden. Die unterschiedlichen Anteile der Kostenbeteiligung können bei den verschiedenen Leistungserbringern rein zufällig entstehen, da die Kostenbeteiligung bei den ersten Rechnungen abgezogen wird, die beim Krankenversicherer eintreffen.

⁹⁸ Vgl. vorhergehende Fussnote: Versicherte bezahlen in Pflegeheimen üblicherweise einen hohen Anteil aus eigener Tasche. Diese Kosten werden jedoch nicht als Kostenbeteiligung in der OKP angesehen, sondern gelten als Out-of-Pocket-Leistungen.

⁹⁶ Unter «stationär» werden hier die stationären Leistungen in Spitälern sowie die Pflegeheimleistungen zusammengefasst, die Kategorie «ambulant» schliesst alle anderen Leistungserbringer bzw. Leistungsarten ein.

Tab. 7.2 Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region
Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in CHF)

		Ambulant		Stationär		Total	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		1467	1950	754	910	2222	2860
Geschlecht	Frauen	1665	2212	877	1064	2543	3276
	Männer	1269	1678	630	750	1899	2429
Altersgruppen	0–15 Jahre	530	738	109	139	639	877
	16–35 Jahre	754	1049	319	361	1073	1410
	36–50 Jahre	1225	1584	438	438	1663	2022
	51–65 Jahre	1946	2632	683	873	2629	3506
	66+ Jahre	3270	4428	2584	3373	5854	7801
Regionaler Vergleich	Schweiz	1950		910		2860	
	Appenzell Ausserrhoden	1467		754		2222	
	Aargau	1746		825		2571	
	Bern	1911		1176		3087	
	Jura	1904		949		2853	
	Luzern	1568		809		2378	
	Schwyz	1642		772		2414	
	Uri	1537		831		2368	
	Grossregion Ostschweiz	1615		805		2421	
	Deutschschweiz	1828		907		2735	
Französische Schweiz	2251		880		3131		

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Unterdurchschnittliche Ausserrhoder OKP-Kosten

Tabelle 7.2 zeigt die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person im ambulanten und stationären Bereich nach Geschlecht, Alter und Regionen auf. Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Kosten der OKP im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 2222 Franken deutlich tiefer als in den ausgewiesenen Regionen. In der Gesamtschweiz wurde im gleichen Jahr 638 Franken mehr pro versicherte Person ausgegeben. Die höchsten Kosten fallen mit 3131 Franken in der französischen Schweiz und mit 3087 Franken im Kanton Bern an.

Rund ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird im Kanton Appenzell Ausserrhoden für stationäre Leistungen ausgegeben (754 Franken), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1467 Franken pro versicherte Person). Der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Pro-Kopf-Gesamtkosten ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden (66,0%) tiefer als in der Gesamtschweiz (68,2%) und deutlich niedriger als in der französischen Schweiz (71,9%). Auffallend ist demgegenüber der Kanton Bern, welcher mit 61,9% einen deutlich tieferen Anteil an ambulanten Kosten resp. einen hohen Anteil an stationären Leistungen aufweist. Die unterschiedlichen kantonalen

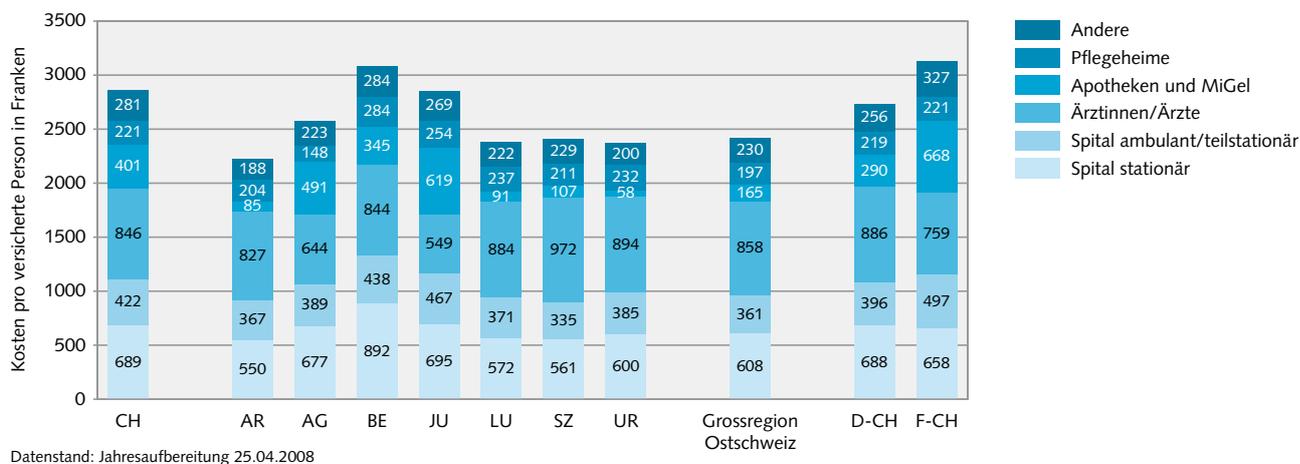
Kostenanteile des ambulanten und stationären Sektors sind ziemlich schwierig zu interpretieren, weil im Datenpool die kantonalen Subventionen nicht berücksichtigt sind. Tatsächlich sind die stationären Kosten in der OKP nur bis zu einem Anteil von maximal 50% erfasst (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG).

Frauen haben im Jahr 2007 zwischen 31,2% (ambulant) und 39,2% (stationär) höhere Pro-Kopf-Kosten als Männer.⁹⁹ Je älter die versicherten Personen sind, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 15-jährige Person aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2007 639 Franken, während eine über 66-jährige Person Durchschnittskosten von 5854 Franken aufweist. Die Kostenunterschiede zwischen jung und alt sind im stationären Bereich markant. Vor allem in der höchsten Altersgruppe werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen: Dort macht der Anteil der stationären Leistungen an den

⁹⁹ Camenzind und Meier (2004) weisen darauf hin, dass Frauen im OKP-Bereich zwar mehr Leistungen beziehen als Männer, dass die Differenz zu Lasten der Frauen aber zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung sowie die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist.

Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)

Abb. 7.1



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

gesamten Pro-Kopf-Kosten 44,1% aus, während Kinder lediglich 17,1% ihrer Kosten in Spitälern und Pflegeheimen verursachen.¹⁰⁰

Vergleicht man die OKP-Kosten der Ausserrhoder Bevölkerung mit der Gesamtschweiz, so fällt auf, dass die relativen Unterschiede im ambulanten Bereich grösser sind als im stationären Bereich. Die Ausserrhoder/innen weisen zwar in beiden Bereichen geringere Kosten auf als der Schweizer Durchschnitt, im ambulanten Sektor aber noch deutlicher als im stationären. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 36- bis 50-Jährigen: Hier sind die stationären Kosten im Kanton Appenzell Ausserrhoden gleich hoch wie im Schweizer Mittel.

Abbildung 7.1 zeigt die Aufteilung der Kosten pro versicherte Person nach Leistungserbringergruppen. Grosse regionale Unterschiede gibt es bei den Arztkosten sowie der Kategorie Apotheken und Abgabestellen MiGeL, was auf unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen bezüglich Medikamentenabgabe zurückzuführen ist. So ist der Medikamentenverkauf durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) in den Deutschschweizer Kantonen weit verbreitet, während in der französischsprachigen Schweiz die Ärztinnen und Ärzte eher rezeptierend sind. Deshalb fallen die Kostenanteile in der Kategorie Apotheken und MiGeL in diesen Regionen

dementsprechend höher aus. Fasst man die in Apotheken und bei Ärztinnen und Ärzten abgegebenen Medikamente zusammen, so ergeben sich für die Ausserrhoder Bevölkerung Medikamentenkosten von 407 Franken pro Person. Dieser Betrag liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (581 Franken). Die höchsten Medikamentenkosten sind mit 688 Franken in der französischen Schweiz und mit 650 Franken im Kanton Jura zu verzeichnen.

Die OKP-Kosten liegen im Kanton Appenzell Ausserrhoden in allen Leistungserbringergruppen unter dem Schweizer Mittel. Aufgrund der oben erwähnten Unterschiede bezüglich Medikamentenabgabe sind die grössten Kostenunterschiede im Bereich der Apotheken und Abgabestellen zu beobachten. Zusammen mit der Grossregion Ostschweiz sowie den Zentralschweizer Kantonen verzeichnet der Kanton Appenzell Ausserrhoden unterdurchschnittliche Kosten im Spitalbereich (917 Franken). Der Kanton Bern weist hier mit 1330 Franken pro Person deutlich höhere Kosten aus. Auch in der Restkategorie der anderen Leistungserbringer fallen die Kosten pro versicherte Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden unterdurchschnittlich aus. Rund zwei Drittel der Leistungen dieser Kategorie werden durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Laboratorien und Spitex-Organisationen erbracht.

¹⁰⁰ Zweifel et al. (1999) sowie Werblow et al. (2007) zeigen auf, dass die Gesundheitskosten weit weniger mit dem Alter als vielmehr mit der Nähe zum Tod zusammenhängen.

7.2 Versicherungsmodelle und Prämien

In diesem Teil wird die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt. Schwerpunkt der Analysen bilden die Prämienausgaben der versicherten Personen im Zusammenhang mit den gewählten Versicherungsmodellen. Auf die Prämienverbilligung wird ebenfalls kurz eingegangen. Vorliegende Werte beziehen sich auf die erwachsenen, im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnhaften Versicherten.

Alternativmodelle gewinnen an Bedeutung

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wählten im Jahr 2007 48,5% der Erwachsenen ein Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise und 30,7% eine wählbare Franchise (vgl. Definition der Versicherungsmodelle im Kasten). Diese «Standardmodelle» bleiben am meisten verbreitet, sind aber rückläufig: Hatten 2003 noch 86,6% der Ausserrhoder/innen eine ordentliche oder wählbare Franchise gewählt, so ist dieser Anteil im Jahr 2007 auf 79,2% zurückgegangen. Die Managed-Care-Modelle mit Einzelleistungsfakturierung und mit Capitation haben demgegenüber in den letzten fünf Jahren an Bedeutung gewonnen: Der Anteil am Total der Versicherten ist dort von 11,4% bzw. 1,8% im 2003 auf 18,2% bzw. 2,5% im 2007 gestiegen. Zwischen 2003 und 2007 konnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden somit ungefähr 3000 neue Versicherte für diese Versicherungsformen gewonnen werden. Der Anteil der Bonusversicherung ist mit 0,2% gering und zwischen 2003 und 2007 relativ stabil geblieben.

Ordentliche Franchise besonders populär

Im Jahr 2007 haben sich 12,9% der Ausserrhoder Versicherten für eine Franchise von 500 Franken entschieden, 11,8% für eine Franchise von 1000/1500 Franken und 5,8% für eine Franchise von 2000/2500 Franken. Gesamtschweizerisch haben 19,6% eine Franchise von 500 Franken gewählt, 14,7% eine Franchise von 1000/1500 Franken und 9,0% eine Franchise von 2000/2500 Franken. Die wählbaren Franchisen sind mit 43,6% der Versicherten in der Schweiz stärker verbreitet als im Kanton Appenzell Ausserrhoden (30,7%). Demgegenüber ist das Modell mit ordentlicher Franchise im Kanton Appenzell Ausserrhoden populärer als in der Gesamtschweiz (48,5% vs. 40,0%). Auch die Alternativmodelle sind mit einem Anteil von 20,9% im Kanton Appenzell Ausserrhoden beliebter als im Schweizer Durchschnitt (16,1%).

Die aktuellen Franchisengruppen sind seit 2005 in Kraft, so dass ein Zeitvergleich nur ab diesem Jahr möglich ist. Zwischen 2005 und 2007 konnten im Kanton Appenzell Ausserrhoden die Franchisenstufen 2000/2500 deutlich an Versicherten gewinnen (+64,9%). Die Abnahme der Anzahl Versicherter in den anderen Franchisenstufen (-11,7%) und bei der ordentlichen Franchise (-7,9%) ging einerseits zugunsten der höheren Franchisen und andererseits zugunsten der Managed-Care-Modelle.

Beschreibung der KVG-Versicherungsmodelle für Erwachsene:

- Grundversicherung mit ordentlicher Franchise: Einheitsprämie mit einer jährlichen Mindestkostenbeteiligung (Franchise) von 300 Franken.
- Grundversicherung mit wählbarer Franchise: Ermöglicht verschiedene Prämienreduktionen, wenn die versicherte Person eine höhere Franchise (500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken) wählt.
- Bonusversicherung: Eine Prämienreduktion wird gewährt, wenn eine versicherte Person während eines Jahres keine Leistungen beansprucht hat.
- Managed-Care-Modelle mit Einzelleistungsfakturierung: HMO oder Hausarztmodelle, bei welchen die Rechnungsstellung an die versicherte Person bzw. den Versicherer gemäss gültigen Tarifen erfolgt.
- Managed-Care-Modelle mit Capitation: HMO, Hausarztmodelle oder Ärztenetzwerke, bei welchen die Leistungserbringer mit Kopfpauschalen pro eingeschriebene versicherte Person entschädigt werden.

Krankenkassenprämie tiefer als im Schweizer Durchschnitt

Die Prämien in der OKP sind seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 kontinuierlich gestiegen. Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der – seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen – Prämienregionen der Kantone festgelegt. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gibt es lediglich eine einheitliche Prämienregion.¹⁰¹ Zur Darstellung der Prämien wird im Folgenden das Prämienvolumen aus der Betriebsrechnung der Krankenversicherer ausgewertet. Es handelt sich dabei um die Prämie gemäss Angebotstarif, d.h. vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung und nach Abzug für Ausbildungsrabatt, Wahlfranchisen, Bonus, HMO und Unfallausschluss. Vorliegende Werte können nicht direkt mit der vom Bundesamt für Gesundheit im Anschluss an das Prämien genehmigungsverfahren publizierten Prämienstatistik verglichen werden.

¹⁰¹ Die genaue Einteilung der Prämienregionen auf Gemeindeebene ist auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verfügbar: www.bag.admin.ch.

Tab. 7.3 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007
(26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

OKP Modell	Franchise	Durchschnitts- prämie AR	Durchschnitts- prämie CH	Anteil der Versicherten AR	Anteil der Versicherten CH
Standardmodell mit Franchisen	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2652	3551	48,5	40,0
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2593	3604	12,9	19,6
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1936	2661	11,8	14,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1477	2054	5,8	9,0
Managed-Care- Modelle mit Capitation	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2356	3286	0,7	0,7
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2221	3111	0,4	0,3
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1668	2391	1,0	0,6
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1443	2118	0,4	0,4
Managed-Care- Modelle mit Einzel- leistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2474	3064	6,9	5,5
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2345	3030	3,3	2,5
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1804	2324	5,5	3,7
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1447	1942	2,2	2,0
Bonusversicherung ¹	Ordentliche Franchise (300 CHF)	1769	2498	0,2	0,1
Total		2372	3152	100,0	100,0

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan
Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

¹ Aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Versicherungsmodell wird darauf verzichtet, die Durchschnittsprämien mit den anderen Modellen zu vergleichen.

Die Durchschnittsprämie 2007 variiert zwischen 2652 und 1443 Franken je nach Versicherungsmodell (Tab. 7.3). Die tiefsten Durchschnittsprämien haben Ausserrhoder, welche die Capitation-Modelle gewählt haben, gefolgt von jenen mit dem Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung. Versicherte mit ordentlichen oder wählbaren Franchisen bezahlen dagegen höhere Prämien. Je höhere Franchisen gewählt werden, desto tiefer fallen die Prämien aus. Das Sparpotential der Managed-Care-Modelle nimmt jedoch mit den höheren Franchisen ab.

Im Jahr 2007 lagen die Pro-Kopf-Krankenkassenprämien im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 2372 Franken (Abb. 7.2) und waren um 780 Franken tiefer als in der Gesamtschweiz (3152 Franken pro versicherte Person) und um 586 Franken tiefer als in der Deutschschweiz (2958 Franken pro versicherte Person). Lediglich der Kanton Uri weist mit 2344 Franken noch geringere Pro-Kopf-Prämien auf als der Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die höchsten Pro-Kopf-Prämien der ausgewählten Regionen sind mit 3589 Franken in der französischen Schweiz und mit 3370 bzw. 3243 Franken in den Kantonen Jura und Bern zu verzeichnen. Vergleicht man die regional unterschiedlichen Prämien mit den regionalen Gesundheitskosten (vgl. Tab. 7.2), so ergeben sich übereinstimmende Muster: Die höchsten Kosten sowie Prämien fallen in der französischsprachigen

Schweiz sowie in den Kantonen Bern und Jura an, während die tiefsten Kosten und Prämien in Appenzell Ausserrhoden sowie in den Zentralschweizer Kantonen zu verzeichnen sind. Beim Vergleich der Prämien mit den Kosten fallen vor allem die Kantone Uri und Jura auf: Während Uri für das Jahr 2007 als einziger der ausgewiesenen Kantone tiefere Prämien als Kosten ausweist, sind die Prämien im Kanton Jura um 18,1% deutlich höher als die Kosten.

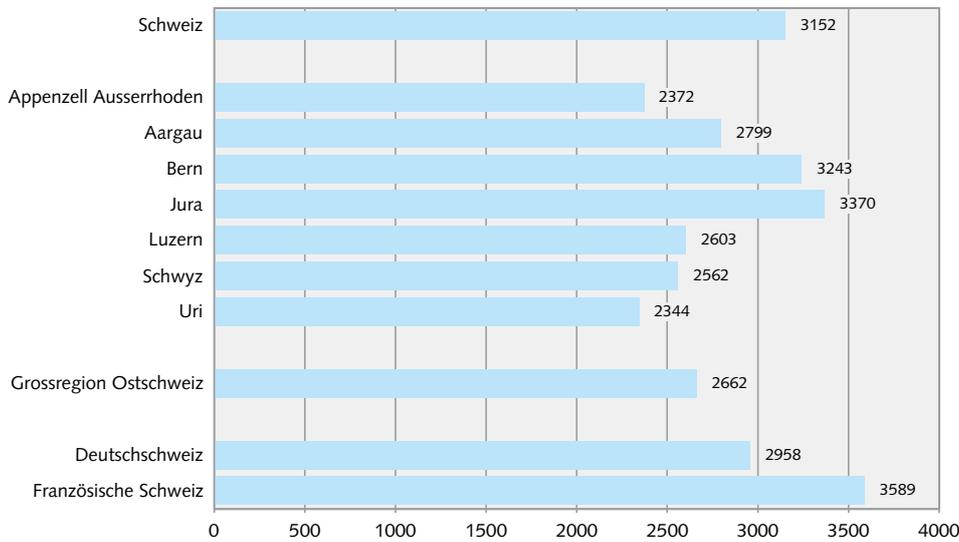
Wenige Prämienverbilligungsempfänger/innen mit überdurchschnittlichen Beiträgen

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurde ein individuelles Prämienverbilligungssystem eingerichtet, welches die Prämienbelastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt entlasten soll. Bund und Kantone finanzieren diese Verbilligungen gemeinsam, wobei die Kantone bei der Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen über einen recht grossen Spielraum verfügen. Deshalb unterscheiden sich die Systeme zwischen den Kantonen recht stark. Vergleiche zwischen den Kantonen müssen somit zurückhaltend angegangen werden.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden zwischen 2003 und 2007 nicht die gesamten Beiträge des Bundes für die Prämienverbilligung ausgeschöpft. So betrug der

Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

Abb. 7.2



Datenstand: Jahresaufbereitung 25.04.2008

Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Reduktionsfaktor für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2007 17,7%, während dieser im Schweizer Durchschnitt bei 13,9% lag.¹⁰² In der Schweiz gab es im Jahr 2007 2,27 Millionen Empfänger/innen einer Prämienverbilligung (30,1% der Gesamtbevölkerung), darunter 13'604 Empfänger/innen aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (25,5% der kantonalen Bevölkerung). Zwischen 2003 und 2007 lag der Bevölkerungsanteil der Bezüger/innen im Kanton Appenzell Ausserrhoden jeweils unter dem Schweizer Durchschnitt.

2007 wurden im Kanton Appenzell Ausserrhoden 24,2 Millionen Franken an Prämienverbilligungsleistungen¹⁰³ ausgerichtet, rund 5,8 Millionen Franken mehr als 2003. Die ausbezahlten Beträge haben mit jahresdurchschnittlich 7,1% in den letzten fünf Jahren somit stark zugenommen. Mit einem Betrag von 1787 Franken pro Bezüger/in liegt der Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2007 über dem Schweizer Durchschnitt (1506 Franken pro Bezüger/in). Auch zwischen 2003 und 2006 verzeichnen die Ausserrhoder/innen höhere Beträge pro Bezüger/in als im Schweizer Durchschnitt. Im Kanton

Appenzell Ausserrhoden erhält die Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtschweiz somit seltener eine Prämienverbilligung, die ausbezahlten Beträge pro Person liegen jedoch deutlich über dem Schweizer Mittel.

7.3 Zusammenfassung

Im vorliegenden Kapitel wurden die Gesundheitskosten der Ausserrhoder Bevölkerung für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betrachtet. Es zeigte sich, dass die Kosten im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2003 und 2007 mit einer Wachstumsrate von 3,2% weniger stark gestiegen sind als im Schweizer Durchschnitt (4,5%). Dabei haben die Kosten in Apotheken und Abgabestellen MiGeL mit 7,3%, der ambulante bzw. teilstationäre Spitalsektor mit 6,6% sowie die Spitex-Leistungen mit 6,3% überdurchschnittlich zugenommen. Die OKP-Kosten liegen im Kanton Appenzell Ausserrhoden unter dem Schweizer Durchschnitt. So wurden im Jahr 2007 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 2222 Franken pro versicherte Person ausgegeben, während gesamtschweizerisch 2860 Franken in der OKP bezahlt wurden. In allen Leistungserbringergruppen liegen die Kosten unter dem Schweizer Mittel. Aufgrund der kantonal unterschiedlich geregelten Medikamentenabgabe sind die grössten Kostenunterschiede zum Schweizer Mittel im Kanton

¹⁰² Vgl. Art. 66 Abs. 5 KVG: «Der Kanton darf den (...) von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50% kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt». Von dieser Möglichkeit machten 2007 15 Kantone Gebrauch.

¹⁰³ Effektiv im Berichtsjahr an die Haushalte bzw. Bezüger/innen ausbezahlte Prämienverbilligungen nach KVG, Bund und Kantone.

Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Apotheken und Abgabestellen, die geringsten im Bereich der Arztkosten zu beobachten.

Mit einem Anteil von 48,5% bleibt das Versicherungsmodell mit ordentlicher Franchise bei den Ausserrhoder Versicherten sehr verbreitet (CH: 40,0%). Die Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nehmen im Kanton Appenzell Ausserrhoden aber immer mehr an Bedeutung zu. Die Krankenkassenprämien sind

mit durchschnittlich 2372 Franken im Kanton Appenzell Ausserrhoden tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (3152 Franken) und leicht höher als im Kanton Uri (2344 Franken). 25,5% der Ausserrhoder Bevölkerung sind Empfänger/innen einer Prämienverbilligung. Dieser Anteil ist tiefer als in der Gesamtschweiz (30,1%), die ausbezahlten Beträge pro Bezüger/in sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden jedoch deutlich höher.

Glossar

Adipositas

Starkes Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)

Body Mass Index (BMI)

Mass zur Beurteilung des Körpergewichts, welches folgendermassen definiert ist: $\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergrösse in m})^2$

Capitation

Capitation bzw. Kopfpauschale in Managed Care bezeichnet eine im Voraus bestimmte Jahrespauschale für die medizinische Versorgung pro Versicherten, die anhand verschiedener Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorjahreshospitalisation, Teuerung usw. errechnet wird und von den Versicherern an eine Managed Care Organisation ausbezahlt wird, unabhängig davon, ob ein Versicherter/eine Versicherte Leistungen beansprucht hat oder nicht.

Geburtenrate

Zahl der Geburten in einem Jahr dividiert durch die durchschnittliche Bevölkerung im gleichen Gebiet und Jahr mal 1000.

Gesundheitsförderung

Alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Gesundheitsverhalten

Meint gesundheitsrelevantes Verhalten

Grundgesamtheit

Die Menge der Personen oder Objekte, für die die Aussagen einer Untersuchung gelten sollen, z.B.: «alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz im Alter ab 15 Jahren».

Die Datenerhebung erfolgt normalerweise nicht an der Grundgesamtheit sondern an einer daraus gezogenen Stichprobe.

Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens

(BADL, engl. basic activities of daily living) zum Beispiel essen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen.

Haushaltsäquivalenzeinkommen

Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder.

Instrumentelle Aktivitäten

(IADL, engl. instrumental activities of daily living) zum Beispiel kochen, telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel benützen.

Kausaler Zusammenhang

Eindeutiger Zusammenhang von Ursache und Wirkung

Kohärenzgefühl

Auch: Kohärenzsinn

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Ausmass ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Anforderungen aus der inneren oder äusseren Erfahrungswelt verstehbar bzw. nachvollziehbar sind, dass 2. die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen

gerecht zu werden und 3., dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.

Kontrollüberzeugung

Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Verhalten in bestimmten Situationen selbst kontrollieren kann (internale Kontrollüberzeugung) oder ob es durch äussere Einwirkungen (externale Kontrollüberzeugung) bestimmt wird.

Lebenszeitprävalenz

Anteil Personen, bei denen ein bestimmtes Ereignis (z.B. Rauchen von Haschisch, Auftreten von Rückenschmerzen) schon einmal in ihrem Leben aufgetreten ist.

Morbidität

Als statistische Grösse ist es die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Mortalität

Anzahl der Todesfälle in einer Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit bezogen auf diese Bevölkerung.

Prävention

Alle Massnahmen, welche auf die Verhütung und Früherfassung von Krankheiten, Invalidität und vorzeitigem Tod gerichtet sind.

In der Prävention wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Die *Primärprävention* umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren.

Die *Sekundärprävention* umfasst alle Massnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien.

Die *Tertiärprävention* meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe.

Public Health

= «Öffentliche Gesundheit»

Die Aufgabe von Public Health besteht darin, sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Umweltbedingungen, und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health befasst sich entsprechend mit der Gesundheitsförderung und Prävention,

aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich. Repräsentativität Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Repräsentativität

Mass für die Übereinstimmung in den wichtigsten Merkmalen (z.B. Geschlecht, Alter, Bildung) einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit.

Ressource

Potenziale eines Individuums wie Bildung, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Stärken, aber auch sozialer Status und Ressourcen der Lebensumwelt, wie z.B. soziale Unterstützung. Ressourcen wirken gesundheitsfördernd.

Risikofaktor

Umstand der Person oder Umwelt, dessen Vorhandensein mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, nicht jedoch kausale Ursache für die Störung zu sein braucht.

Salutogenese

Konzept, welches sich mit der Frage beschäftigt, wie und unter welchen Bedingungen Menschen trotz Belastungen gesund bleiben.

santésuisse

Dachverband der Krankenversicherer

Screening

Filteruntersuchung mit dem Ziel, Hinweise für ein Frühstadium einer bestimmten Krankheit aufzudecken (Verfahren sekundäre Prävention).

Signifikanz

Statistisches Mass zur Beurteilung der Verlässlichkeit eines Ergebnisses aufgrund von Daten einer Stichprobe. Ist ein Ergebnis auf dem Signifikanzniveau 5% signifikant, so ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist.

Soziale Ungleichheit

Vorteilhafte oder nachteilige Lebensbedingungen (z.B. im Bezug auf Zugang zu bestmöglicher Bildung, Gesundheitsversorgung), die Menschen aufgrund ihrer Position und Lage in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zukommen.

Soziale Unterstützung

Unterstützung (z.B. instrumentelle, emotionale) durch Personen, die als Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderungen dienen.

Spitex

Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege

Sterblichkeit

Siehe Mortalität

Stichprobe

Teilmenge aus der Grundgesamtheit, an der Daten erhoben und anschliessend analysiert werden.

Verlorene potenzielle Lebensjahre (VPL)

Der Indikator der verlorenen potenziellen Lebensjahre erfasst die frühzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung. Es wird die Differenz zwischen dem Sterbealter und dem Alter von 70 Jahren berechnet und aufsummiert (bei vor dem 70. Lebensjahr Verstorbenen). Der Wert versteht sich pro 100'000 Einwohner/innen und basiert auf der europäischen Standardaltersstruktur der Weltgesundheitsorganisation.

Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung zum Zweck der Früherkennung einer (allfällig vorliegenden) Krankheit

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1.1 Hauptdeterminanten der Gesundheit	10	Abb. 2.9 Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007	28
Abb. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden nach Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	19	Abb. 2.10 Personen mit Schwierigkeiten bei der Verrichtung grundlegender oder instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens nach ausgewählten Indikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	28
Abb. 2.2 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Altersgruppen und Bildung, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	21	Abb. 2.11 Personen mit einem Unfall nach Unfalltyp, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	32
Abb. 2.3 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	21	Abb. 2.12 Personen mit Sport-/Spielunfall oder übrigem Unfall nach Geschlecht und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	34
Abb. 2.4 Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	22	Abb. 2.13 Personen mit Sturzepisode nach Geschlecht, Altersgruppen und Gesundheitsindikatoren, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, 60-jährige und ältere Personen)	34
Abb. 2.5 Personen mit (sehr) gutem gesundheitlichem Wohlbefinden ohne bzw. mit lang andauerndem Gesundheitsproblem nach Kontrollüberzeugung und Einsamkeitsgefühlen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	24	Abb. 2.14 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Geschlecht und Altersgruppen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007	36
Abb. 2.6 Körperliche Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	25	Abb. 2.15 Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007	37
Abb. 2.7 Körperliche Beschwerden nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007	26	Abb. 2.16 Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	39
Abb. 2.8 Anteil Personen und durchschnittliche Anzahl Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den vier Wochen vor der Befragung)	27		

Abb. 2.17	Durchschnittliche Werte der Kohärenzgefühlsskala (dimensionsspezifisch) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	40	Abb. 3.3	Personen nach Körpergewicht im zeitlichen Vergleich, Schweiz, 2002 und 2007 (18-jährige und ältere Personen)	57
Abb. 2.18	Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung nach Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007	41	Abb. 3.4	Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	58
Abb. 2.19	Personen mit depressiven Symptomen nach Geschlecht und Altersgruppen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007	42	Abb. 3.5	Zusammenhang zwischen BMI und Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	59
Abb. 2.20	Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	43	Abb. 3.6	Nicht-alkoholischer Flüssigkeitskonsum nach Altersgruppen, Geschlecht und Region, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007	61
Abb. 2.21	Personen mit Einsamkeitsgefühlen nach Bildung, Haushaltstyp und Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	43	Abb. 3.7	Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2002 und 2007	63
Abb. 2.22	Fehlen und gelegentliches Vermissen einer Vertrauensperson nach Geschlecht, Bildung und Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	44	Abb. 3.8	Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Körpergewicht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	64
Abb. 2.23	Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 1986/87–2006/07	45	Abb. 3.9	Anteil Rauchende und Nichtraucher, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	66
Abb. 2.24	Regionaler Vergleich der altersstandardisierten Mortalitätsraten, 1997/2006 (mit 95%-Vertrauensintervall)	46	Abb. 3.10	Raucher/innen nach Altersgruppen und nach Bildung, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	67
Abb. 2.25	Verlorene potenzielle Lebensjahre nach Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 1997–2006	49	Abb. 3.11	Raucher/innen nach Altersgruppen und Bildung, Schweiz, 2007	67
Abb. 3.1	Gesundheitseinstellungen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, Schweiz, 2007	53	Abb. 3.12	Raucher/innen nach durchschnittlicher Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, Schweiz, 2002 und 2007	69
Abb. 3.2	Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007	55	Abb. 3.13	Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	71
			Abb. 3.14	Zusammenhang zwischen Alkohol- und Tabakkonsum, Schweiz, 2007	73

Abb. 3.15 Medikamentenkonsum nach psychischer Belastung und Geschlecht, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	77	Abb. 5.3 Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten der Gesundheitskompetenz und des Lebensstils, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	102
Abb. 3.16 Schlafmittelkonsum nach Schlafstörungen und Altersgruppen, Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung)	77	Abb. 6.1 Personen ohne Arztbesuch nach körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	110
Abb. 4.1 Personen, die von Immissionen im Wohnbereich betroffen sind, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007	80	Abb. 6.2 Behandlungsintensität nach körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	112
Abb. 4.2 Personen, die unter zwei oder mehr Immissionen im Wohnbereich leiden nach Gesundheitsindikatoren, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007	82	Abb. 6.3 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Geschlecht und körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	113
Abb. 4.3 Personen, die von Immissionen bei der Arbeit betroffen sind, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	84	Abb. 6.4 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Geschlecht, Behandlungsintensität, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	113
Abb. 4.4 Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Belastung bei der Arbeit und Anzahl Immissionen, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (Erwerbstätige)	86	Abb. 6.5 Mittlere Anzahl Arztbesuche pro Person nach Fachrichtung, Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	114
Abb. 4.5 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, Schweiz, 2002 und 2007 (Erwerbstätige)	87	Abb. 6.6 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf- Erkrankungen und Diabetes nach Bildung, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	116
Abb. 4.6 Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Gesundheits- indikatoren, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	88	Abb. 6.7 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf- Erkrankungen und Diabetes nach körperlichen Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	117
Abb. 4.7 Zusammenhang zwischen der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust und der Einschätzung, wie schwer es wäre, eine gleichwertige Stelle zu finden, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige)	90	Abb. 6.8 Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen von Komplementärmedizin, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung)	122
Abb. 5.1 Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Schweiz, 2007	95		
Abb. 5.2 Übergewichtige und adipöse Personen nach Aspekten des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen)	102		

Abb. 6.9 Mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen nach Region, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung)	123	Tab. 2.6 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1997–2006	47
Abb. 6.10 Involvierte Personen, die informelle Hilfe leisten, Schweiz, 2007	128	Tab. 2.7 Anzahl und prozentuale Verteilung der Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR), Kanton Appenzell Ausserrhoden, aggregierte Fallzahlen von 1997 bis 2006	48
Abb. 7.1 Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region, 2007 (in CHF)	133	Tab. 3.1 Gesundheitseinstellungen, Grossregion Ostschweiz und Schweiz, 2007 (in %)	54
Abb. 7.2 Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Regionen, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	136	Tab. 3.2 Körpergewicht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (18-jährige und ältere Personen, in %)	57
Tabellen		Tab. 3.3 Ernährungsbewusstsein und Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag», Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	60
Tab. 1.1 Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)	12	Tab. 3.4 Häufigkeit des Konsums von Fleisch, Fisch und Milchprodukten, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	60
Tab. 1.2 Stichprobe und Gesamtbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach Geschlecht und Altersgruppen, 2007 (15-jährige und ältere Personen)	13	Tab. 3.5 Körperliche Aktivität, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	64
Tab. 1.3 Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Gesamtschweiz	14–15	Tab. 3.6 Tabakkonsum, Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007 (in %)	68
Tab. 2.1 Gesundheitliches Wohlbefinden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	20	Tab. 3.7 Passivrauchen nach Geschlecht und Region, Schweiz, 2007 (eine Stunde oder mehr pro Tag Passivrauch ausgesetzt, in %)	70
Tab. 2.2 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und starke körperliche Beschwerden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	23	Tab. 3.8 Passivrauchen bei der Arbeit, Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %)	70
Tab. 2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	30	Tab. 3.9 Risiko bezüglich Alkoholkonsum, Schweiz, 2007 (in %)	72
Tab. 2.4 Unfälle und Sturzepisoden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %)	33	Tab. 3.10 Lebenszeitprävalenz und aktueller Cannabiskonsum, Schweiz, 2007 (zum Zeitpunkt der Befragung, 15- bis 34-jährige Personen, in %)	74
Tab. 2.5 Mittlere/starke psychische Belastung, hohe Kontrollüberzeugung und hohes Kohärenzgefühl, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %)	38		

Tab. 3.11 Medikamentenkonsum, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in der Woche vor der Befragung, in %) 76	Tab. 6.2 Personen mit mindestens einem Arztbesuch nach Behandlungsintensität, Kanton Appenzell Ausser- rhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 111
Tab. 4.1 Anzahl Immissionen im Wohnbereich, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %) 81	Tab. 6.3 Kontrolluntersuchung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 115
Tab. 4.2 Anzahl Immissionen am Arbeitsplatz, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %) 83	Tab. 6.4 Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 118
Tab. 4.3 Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Belastungen bei der Arbeit, Kanton Appenzell Ausser- rhoden, 2007 (Erwerbstätige, in %) 83	Tab. 6.5 Anteil Krebsvorsorgeuntersuchungen, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in % der Bevölkerung, die eine Untersuchung durchgeführt hat) 119
Tab. 4.4 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %) 85	Tab. 6.6 Grippeimpfung, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 120
Tab. 4.5 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (Erwerbstätige, in %) 89	Tab. 6.7 Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Leistungen (KAM), Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 122
Tab. 5.1 Weitere Merkmale der Hochrisikogruppen sowie der Referenzgruppe (nur Personen dieser Gruppen mit mindestens einem depressiven Symptom) 96	Tab. 6.8 Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Spitalbehandlungen, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung) 124
Tab. 5.2 Multivariate Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens und -bewusstseins und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressionsmodelle, 18-jährige und ältere Personen) 103	Tab. 6.9 Inanspruchnahme stationärer Spitalbehandlungen in Akutspitälern (Medizinische Statistik der Krankenhäuser), Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in %) 125
Tab. 5.3 Multivariate Zusammenhänge zwischen Gesundheits- verhalten, Gesundheitsbewusstsein, sozialem Hinter- grund und Übergewicht (inkl. Adipositas) bzw. Adipositas, Schweiz, 2007 (logistische Regressions- modelle, 18-jährige und ältere Personen) 105	Tab. 6.10 Lebenszeitprävalenz verschiedener Operationen, Schweiz, 2007 (in %) 126
Tab. 6.1 Personen ohne Arztbesuch, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 109	Tab. 6.11 Bezüger/innen von Spitex-Hilfe und informeller Hilfe, Schweiz, 2007 (in den zwölf Monaten vor der Befragung, in %) 127
	Tab. 7.1 Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2003 bis 2007 (hochgerechnet, in Mio. CHF) 131

Tab. 7.2	
Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (in CHF)	132
Tab. 7.3	
Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	135

Literatur

- Adamson, S.J. und J.D. Sellman (2003).* A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review*, 22(3): 309–315.
- Ajdacic-Gross, V. und M. Graf (2003).* Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Angst, J., K. Merikangas, P. Scheidegger und W. Wicki (1990).* Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of affective disorders*, 19(2): 87–98.
- Antonovsky, A. (1987).* Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997).* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bachmann, N. (2000).* Psychosoziale Aspekte der Gesundheit. In: BFS (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BAG (2005a).* Cannabiskonsum in der Schweiz und die Konsequenzen – Ein aktueller Überblick 2004. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2005b).* Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2006).* Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007a).* Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007b).* Empfehlungen zur Grippeimpfung, September 2007. Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Influenza und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007c).* Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008a).* Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008b).* Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008c).* Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bair, M.J., R.L. Robinson, W. Katon und K. Kroenke (2003).* Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20): 2433–2445.
- BASPO (2006).* Grundlegendokument Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- BASPO, BAG und Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2007).* Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Baumeister, H. und M. Harter (2007).* Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(7): 537–546.
- Berkman, L.F. und T. Glass (2000).* Social integration, social networks, social support and health. In: L. F. Bergman und I. Kawachi (Hrsg.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- BFS (2006).* Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. *StatSanté*, 1.
- BFS (2007).* Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- BFS (2008a)*. Erläuterungen zu den Gewichtungen – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008b)*. Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007 – Standardtabellen. Provisorische Resultate. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008c)*. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Erhebungsmethode in Kürze. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008d)*. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008e)*. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Merkblatt zu den Daten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2008f)*. Todesursachenstatistik: Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009a)*. Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten. Medienmitteilung vom 30.03.2009. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2009b)*. Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz: Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. BFS aktuell.
- BFS (2010)*. Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondération et estimation de la précision. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- bfu (2008)*. Zahl der Strassenverkehrsoffer 2007 leicht gestiegen. Medienmitteilung vom 19.02.2008. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Bisig, B. und V. Beer (1996)*. Sterblichkeit. In: A. Ammann, V. Beer et al. (Hrsg.), Die Gesundheit im Kanton Freiburg. Lausanne: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen.
- Bisig, B., F. Gutzwiller, A. Taskin und A. Domenighetti (2004)*. Operationen. In: B. Bisig und F. Gutzwiller (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Uebersorgung? Band 2: Detailresultate (S. 163–190). Zürich: Rüegger.
- Bullinger, M., I. Kirchberger und J.E. Ware (1995)*. Der deutsche SF-36 health survey. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3: 21–36.
- Burchell, B. (1994)*. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: D. Gallie, C. Marsh et al. (Hrsg.), Social Change and the experience of unemployment (S. 188–212). Oxford: University Press.
- Cacioppo, J.T., M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley und R.A. Thisted (2006)*. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychology and aging, 21(1): 140–151.
- Camenzind, P. und C. Meier (2004)*. Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Chapman, D.P., G.S. Perry und T.W. Strine (2005)*. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease, 2(1): A14.
- Dahlgren, G. und M. Whitehead (1991)*. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dawson, D.A. und R. Room (2000)*. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. Journal of Substance Abuse, 12(1–2): 1–21.
- Djurdjevic, D. (2007)*. Segmentierter Arbeitsmarkt, segmentierte Gesellschaft. In: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2008: Bedrängte Solidarität (S. 133–144). Luzern: Caritas
- Domenighetti, G. und B. Bisig (1995)*. Tonsillectomy: a family-transmissible surgical procedure. Lancet, 346(8986): 1376.
- Domenighetti, G. und A. Casabianca (1997)*. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. BMJ, 314(7091): 1417.
- Domenighetti, G., A. Casabianca und P. Luraschi (1989)*. Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin. Bellinzona: Département des affaires sociales.
- Dowrick, C., C. Katona, R. Peveler und H. Lloyd (2005)*. Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. British journal of general practice, 55(520): 829–830.

- du Toit, M. und S. du Toit (2001)*. Interactive LISREL: User's guide. Licolnwood: Scientific Software International.
- Eichholzer, M. (2003)*. Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur. Bern: Suisse Balance.
- Eichholzer, M., F. Bernasconi, P. Jordan und F. Gutzwiller (2005)*. Ernährungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht (S. 259–278). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eisenberger, N.I., M.D. Lieberman und K.D. Williams (2003)*. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290–292.
- Ernst, C., G. Schmid und J. Angst (1992)*. The Zurich Study. XVI. Early antecedents of depression. A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 242(2–3): 142–151.
- Faeh, D., P. Marques-Vidal, A. Chiolero und M. Bopp (2008)*. Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Ferrie, J.E. (2001)*. Is job insecurity harmful to health? *Journal of the royal society of medicine*, 94(2): 71–76.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld und G.D. Smith (1998)*. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American journal of public health*, 88(7): 1030–1036.
- Ferrie, J.E., M.J. Shipley, S.A. Stansfeld und M.G. Marmot (2002)*. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6): 450–454.
- Fichter, M. (1990)*. Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Fouquet, P. und M. de Borde (1990)*. Histoire de l'alcool. Paris: Presses Universitaires France.
- Freedland, K.E. und R.M. Carney (2009)*. Depression and medical illness. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 113–141). New York: Guilford Press.
- Gallo, J.J., J.C. Anthony und B.O. Muthen (1994)*. Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of gerontology*, 49(6): 251–264.
- Garcia-Campayo, J., J.L. Ayuso-Mateos, L. Caballero, I. Romera, E. Aragonés, F. Rodríguez-Artalejo et al. (2008)*. Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 10(5): 355–362.
- Godin, I., F. Kittel, Y. Coppieters und J. Siegrist (2005)*. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5: 67.
- Hall, W. und N. Solowij (1998)*. Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352(9140): 1611–1616.
- Heaney, C.A., B.A. Israel und J.S. House (1994)*. Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social science & medicine*, 38(10): 1431–1437.
- Hell, D. und H. Böker (2005)*. Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F. und V. Hugentobler (2005)*. Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. und J.A. Weiss (2009)*. Älter Erwerbstätige (50+). In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 106–121). Bern: Hans Huber.
- Idler, E.L. und Y. Benyamini (1997)*. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1): 21–37.
- Idler, E.L. und S.V. Kasl (1995)*. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*, 50(6): 344–353.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 83.

- ISPM Zürich (2008)*. Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., M. Roth, C. Bétrisey, N. Marzo und A. Busato (2007)*. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse (Document de Travail Nr. 22). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Muller et al. (2004)*. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4): 597–611.
- Jeanrenaud, C., G. Widmer und S. Pellegrini (2003)*. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas und E.E. Walters (2005a)*. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, K.R. Merikangas und E.E. Walters (2005b)*. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C. und P.S. Wang (2009)*. Epidemiology of depression. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (S. 5–22). New York: Guilford Press.
- Kickbusch, I. (2006)*. Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. und K. Engelhardt (2009)*. Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19–33). Bern: Hans Huber.
- Kickbusch, I. und R. Ospelt-Niepelt (2009)*. Alter. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123–145). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. und K. Hurrelmann (1994)*. Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In: P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa.
- Krause, N.M. und G.M. Jay (1994)*. What do global self-rated health items measure? *Medical care*, 32(9): 930–942.
- Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams, M. Linzer, S.R. Hahn, F.V. deGruy, 3rd et al. (1994)*. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9): 774–779.
- LaMontagne, A.D., T. Keegel, D. Vallance, A. Ostry und R. Wolfe (2008)*. Job strain – attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC public health*, 8: 181.
- Lamprecht, M., A. Fischer und H. Stamm (2008)*. Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Lamprecht, M. und H. Stamm (2002)*. Sport zwischen Kultur, Kult und Kommerz. Zürich: Seismo.
- Linden, M., G. Kurtz, M.M. Balthes, B. Geiselmann, F.R. Lang, F.M. Reischies et al. (1998)*. Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1): 27–37.
- Lundberg, O. und M.A. Nystrom Peck (1995)*. A simplified way of measuring sense of coherence: experiences from a population survey in Sweden. *European journal of public health*, 5: 56–59.
- Lynskey, M. und W. Hall (2000)*. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11): 1621–1630.
- Maffli, E. (2005)*. Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2003. *Abhängigkeiten*, 2: 5–19.
- Manor, O., S. Matthews und C. Power (2001)*. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International journal of epidemiology*, 30(3): 600–607.
- Marti, B. und A. Hättich (1999)*. Bewegung – Sport – Gesundheit: Epidemiologisches Kompendium. Bern: Haupt.

- Mausner-Dorsch, H. und W.W. Eaton (2000)*. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 90(11): 1765–1770.
- Meslé, F. (2004)*. Espérance de vie: un avantage féminin menacé. *Population et Société, Bulletin d'information* 402.
- Meyer, K. (2009)*. Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Meyer, K., A. Simmet, K. Mattle, K. Nedeltchev und M. Arnold (2009)*. Somatische Krankheiten und deren Folgen. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 153–193). Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005)*. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Murray, C.J. und A.D. Lopez (1996)*. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Niemann, N. und C. Maschke (2004)*. WHO LARES. Final report: Noise effects and morbidity. Berlin: Berlin Center of Public Health.
- Niemann, S., S. Fahrni, O. Brügger und M. Cavegn (2008)*. Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2008. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- OECD (2006)*. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. Paris: OECD-WHO.
- OECD (2007)*. Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE. Paris: OECD.
- OECD (2009)*. The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries. Paris: OECD.
- Olsson, M., J. Gassne und K. Hansson (2009)*. Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of epidemiology and community health*, 63(2): 166–167.
- Paccaud, F. und D. Faeh (2005)*. Evolution des habitudes alimentaires et leur impact sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires en Suisse. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (S. 493–511). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Paterniti, S., I. Niedhammer, T. Lang und S.M. Consoli (2002)*. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *British journal of psychiatry*, 181: 111–117.
- Perrig-Chiello, P. (2005)*. Erkenntnisse aus der modernen Gerontologie und Psychologie. In: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Hrsg.), *Altern und Gesundheit – Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik* (S. 34–38). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel und C.T. Sempos (2003)*. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9): 1209–1228.
- Richter, K.P., H. Kaur, K. Resnicow, N. Nazir, M.C. Mosier und J.S. Ahluwalia (2004)*. Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst Abuse*, 25(2): 35–43.
- Romano, J.M. und J.A. Turner (1985)*. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, 97(1): 18–34.
- Rüesch, P. und P. Manzoni (2003)*. Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring/La santé psychique en Suisse – Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Scharfetter, C. (2002)*. Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme.
- Schuler, D., P. Rüesch und C. Weiss (2007)*. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Vol. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Segovia, J., R.F. Bartlett und A.C. Edwards (1989)*. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine*, 29(6): 761–768.
- SFA (2009)*. Tabakkonsum generell. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- SGE (2006)*. Was essen? Über die Lebensmittelpyramide und deren Nahrungsmittelgruppen und die ideale Zusammensetzung der Nahrung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.

- Stamm, H. und M. Lamprecht (2009)*. Bildung als Gesundheitsressource. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 253–267). Bern: Hans Huber.
- Stamm, H. und M. Lamprecht (i. V.)*. Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Staudinger, U.M. (2000)*. Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51: 185–197.
- Stek, M.L., D.J. Vinkers, J. Gussekloo, A.T. Beekman, R.C. van der Mast und R.G. Westendorp (2005)*. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American journal of psychiatry*, 162(1): 178–180.
- Suter, P.M. und Y. Schutz (2005)*. Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In: M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey et al. (Hrsg.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (S. 471–491). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Tennant, C. (2001)*. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5): 697–704.
- Trivedi, M.H. (2004)*. The link between depression and physical symptoms. *Primary care companion to the journal of clinical psychiatry*, 6(Suppl 1): 12–16.
- UNODC (2009)*. *World drug report 2009*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vitale, S., F. Priez und C. Jeanrenaud (1998)*. Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzungen für das Jahr 1995. Neuchâtel: Universität Neuenburg.
- Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (2005)*. *Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft*. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
- Wahl, H.W. und V. Heyl (2004)*. *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walliser Gesundheitsobservatorium und ISPM Lausanne (2004)*. *Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung 2004*. 3. Bericht. Sion: Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie.
- Wanner, H.-U. (1993)*. Lärm. In: W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz* (S. 413–423). Zürich: Seismo.
- Ware, J.E. und C.D. Sherbourne (1992)*. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30: 473–483.
- Weiss, W. (2000)*. *Zweiter Berner Gesundheitsbericht*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- 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: WHO.
- WHO (2000)*. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.
- WHO (2001)*. *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003)*. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. WHO technical Report Series 916. Geneva: WHO.
- WHO (2004a)*. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Summary. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004b)*. *Wohnen und Gesundheit – ein Überblick*. Hintergrunddokument. Budapest: WHO Europe.
- Wilkinson, R. und M. Marmot (2004)*. *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.
- Wittchen, H.-U. (2000)*. Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.
- Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidtkunz, S. Winter und H. Pfister (2000)*. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.
- Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers (1999)*. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health economics*, 8(6): 485–496.

Anhang

Methodische Ausführungen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)

Beschreibung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist im Jahr 2007 zum vierten Mal nach 1992/1993, 1997 und 2002 durchgeführt worden. Es handelt sich um die Befragung einer Personenstichprobe, die für die Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) von 15 und mehr Jahren, welche in Privathaushalten mit Telefonanschluss wohnt, repräsentativ ist. Wichtig bei derartigen Erhebungen ist die Auswahl der Befragten, da deren Angaben ein möglichst realitätsgetreues Abbild der Gesamtbevölkerung ergeben sollen. Um saisonale Differenzen zu vermeiden, wurden die Interviews über das ganze Kalenderjahr 2007 gleichmässig verteilt.

Die Stichprobenziehung erfolgte nach der Methode der geschichteten Zufallsstichprobe. In einem ersten Schritt wurden die Ausgangsadressen so auf die sieben Grossregionen¹⁰³ verteilt, dass garantiert werden kann, dass jede dieser Regionen mit mindestens 1000 Befragungen abgedeckt wird. Die einer Grossregion zugeteilten Adressen wurden proportional zur Einwohnerzahl auf die der Region angehörenden Schichten verteilt (1. Schichtung). Aus diesen ausgewählten Haushalten wurde dann wiederum nach dem Zufallsprinzip je eine Zielperson gezogen (2. Schichtung). Nur diese Zielperson wurde befragt bzw. nur über diese Person wurden ggf. in einem Stellvertreterinterview (so genanntes PROXY-Interview) Informationen erhoben.

Die Kantone hatten die Möglichkeit, durch finanzielle Beteiligung den jeweiligen kantonalen Stichprobenumfang zu erhöhen, um zuverlässige kantonale Auswertungen durchführen zu können. Neben dem Kanton Luzern liegen für weitere 12 Kantone sowie für die Stadt Zürich repräsentative Stichproben vor (BFS, 2008c).

Für die Gesamtschweiz haben 18'760 Personen (Frauen: 10'336, Männer: 8424) an der Befragung teilgenommen. Zieht man die 1860 ungültigen Adressen (Geschäftsadressen, Adressen von Ferienhäusern, Fax-Nummern etc.) von der Brutto-Stichprobe von 30'179 Haushalten ab, entspricht dies einer im internationalen Vergleich relativ hohen Teilnahmequote von 66%.

Von den befragten Personen waren 16'322 Personen mit schweizerischer Staatsbürgerschaft und 2428 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer. 11'611 Interviews wurden auf Deutsch durchgeführt, 5638 auf Französisch und 1511 auf Italienisch. Die Interviews wurden ausschliesslich in diesen drei Sprachen geführt.

5825 Personen (21% der gültigen Adressen) haben die Teilnahme an einem Interview verweigert, 3730 Personen (13% der gültigen Adressen) konnten nicht erreicht werden. Die Verweigerung einer Befragung konnte (a) gleich zu Beginn der Kontaktaufnahme auf der Ebene des Haushaltes geschehen, (b) nach der Frage nach der Haushaltszusammensetzung erfolgen oder (c) vom ausgewählten Individuum ausgelöst werden. Bei 445 Personen (1,6%) konnte das Interview aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden. Inwiefern dies die Repräsentativität der Ergebnisse beeinflusst, ist ohne vertiefte Analyse der soziodemografischen Merkmale der Verweigerer schwer abzuschätzen. Es könnte aber darauf hinweisen, dass sprachlich nicht integrierte ausländische Bevölkerungsgruppen in der Befragung untervertreten sind und die Stichprobe darum tendenziell gewisse gesundheitliche Probleme der Schweizer Bevölkerung unterschätzt. Mit nachträglichen Gewichtungungsverfahren an der Stichprobe können diese Verzerrungen teilweise aufgefangen werden (vgl. Abschnitt Gewichtungungsverfahren).

¹⁰³ Folgende sind die 7 Grossregionen der Schweiz: Genferseeregion (GE, VD, VS); Espace Mittelland (BE, FR, JU, NE, SO); Nordwestschweiz (AG, BL, BS); Zürich (ZH); Ostschweiz (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG); Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG); Tessin (TI).

Datenerhebung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind verschiedene Formen der Datenerhebung eingesetzt worden (BFS, 2008c):

Telefonische Interviews:

Mit Zielpersonen im Alter ab 15 Jahren wurden telefonische Interviews geführt (CATI, d.h. computer assisted telephone interviewing). Insgesamt wurden 17'856 telefonische Interviews mit der Zielperson durchgeführt.

PROXY-Interviews:

Falls mit einer Zielperson aus bestimmten Gründen kein Interview geführt werden konnte (längerer Auslandsaufenthalt, Verständigungs- und Beantwortungsprobleme), konnte eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson telefonisch Auskunft zu einem Teil der Fragen geben (so genannte PROXY-Interviews). Dies war bei 829 Personen der Fall (4,4% aller durchgeführten Interviews).

Face-to-Face-Interview:

Personen ab 74 Jahren konnten auf Wunsch ein persönliches statt ein telefonisches Interview geben. Von den insgesamt 2008 interviewten Personen im Alter von 75 Jahren und mehr wünschten 75 Personen (0,4% aller durchgeführten Interviews) ein solches persönliches Face-to-Face-Interview.

Schriftliche Befragung:

Von den 17'931 Zielpersonen, die telefonisch oder persönlich befragt wurden, beantworteten anschliessend 14'432 Personen per Post einen schriftlichen Fragebogen mit ergänzenden Fragen. Die Teilnahmequote der schriftlichen Befragung betrug 80,5%.

Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Interviews betrug 35 Minuten für die ungefähr 400 Fragen. Für die Durchführung der Befragung beauftragte das Bundesamt für Statistik das professionelle Befragungsinstitut M.I.S. Trend in Lausanne.

Gewichtungsverfahren

Nicht nur das Auswahlverfahren der Befragten trägt dazu bei, dass die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweiz bzw. den Kanton Gültigkeit

erhalten, sondern auch das nachträglich angewendete Gewichtungungsverfahren. Differenzen der Ergebnisse, die auf die Stichprobenziehung zurückgehen, können so teilweise korrigiert werden, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse oder der Einfluss der Interview-Verweigerungen. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe mit der Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung bzw. der Kantonsbevölkerung von 15 und mehr Jahren (Stand Ende 2006) verglichen, welche Personen in Privathaushalten umfasst. Im Rahmen dieses Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemografischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede ihrer Antworten multipliziert wird. Dahinter steht die (nicht zu überprüfende) Annahme, dass die Stichprobe so auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird.

Bei der telefonischen und Face-to-Face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Alter (acht Altersgruppen: 15 bis 19 Jahre, 20 bis 24 Jahre, 25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 54 Jahre, 55 bis 64 Jahre, 65 bis 74 Jahre, ab 75 Jahre), Geschlecht (männlich, weiblich), Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen), Zivilstand (verheiratet, nicht-verheiratet) und Stichproben-Schicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und die Existenz von Sehbehinderungen in die Berechnung miteinbezogen (BFS, 2010). Dies bedeutet, dass z.B. ausländische Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, die – verglichen mit der Schweizer Wohnbevölkerung – in der Schweizer Telefon-Stichprobe untervertreten waren, nun im Rahmen des Gewichtungsverfahrens einen im Vergleich zum Rest der Stichprobe grösseren Multiplikator erhalten. Die derart gewichteten Daten beziehen sich nun auf die Schweizer Wohnbevölkerung von 6'186'711 Personen im Alter von 15 Jahren und mehr per Ende 2006 (BFS, 2010).

Appenzell Ausserrhoden
Amt für Gesundheit
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau



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

gesundheit@ar.ch
www.ar.ch/gesundheit

Herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und dem
Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden