



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

■ Gesundheitsberichterstattung

Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich

Oliver Hämmig



Universität
Zürich ^{UZH}

Herausgegeben vom Institut für Epidemiologie,
Biostatistik und Prävention der Universität Zürich

1.0 Einleitung	
Soziale Beziehungen und Gesundheit	04
2.0 Soziale Beziehungen in der Zürcher Bevölkerung	
2.1 Soziale Beziehungen nach soziodemographischen Merkmalen	11
2.2 Soziale Beziehungen bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen	17
2.3 Soziale Beziehungen und soziale Ressourcen	19
3.0 Soziale Beziehungen und Gesundheitszustand	
3.1 Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung	23
3.2 Soziale Beziehungen und Gesundheitszustand	27
3.2.1 Positive soziale Beziehungen und Gesundheit	27
3.2.2 Mangelnde oder konfliktive soziale Beziehungen und Gesundheit	28
3.2.3 Soziale Integration und Gesundheit	31
3.2.4 Soziale Beziehungen und kumulierte Gesundheitsprobleme	33
3.3 Soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten	36
3.4 Soziale Beziehungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	37
3.5 Hochrisikogruppen in der Zürcher Bevölkerung	39
4.0 Zusammenfassung	45
Literaturverzeichnis	50

Impressum

Autor: Oliver Hämmig **Herausgeberin:** Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich
Redaktion: Sibylle Brunner, Oliver Hämmig, Christiane Meier, Daniel Winter **Umschlagfoto:** © Zürich Tourismus

Korrekte Zitierweise für diesen Bericht: Hämmig O. (2016). Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser

Die Gesundheit, so hört man immer wieder, ist das höchste Gut. In sie wird viel investiert. Bei der Frage nach Mitteln, mit denen die Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt werden kann, muss dann auch nicht lange nach Vorschlägen gesucht werden: Ernährung, Sport, Medikamente, Operationen, Kuraufenthalte. Die Liste könnte noch lange weitergeführt werden.

Doch woran in diesem Zusammenhang selten gedacht wird, sind die sozialen Beziehungen. Dabei gibt es bereits in der Sprache Indizien, die zeigen, dass zwischenmenschliche Beziehungen und körperliche Gesundheit einander beeinflussen. Man denke beispielsweise an das «gebrochene Herz», das auf eine gescheiterte Beziehung folgt. Überhaupt werden in der Liebe Herzen «gestohlen», «erobert» oder «verschenkt» und wenn wirklich alles richtig läuft, erhalten wir einen derartigen Energieschub, dass uns beinahe «Flügel wachsen».

Dabei handelt es sich nicht um leere Ausrücke. Soziale Beziehungen und Integration sind ein wichtiges Element der menschlichen Gesundheit: Positive Beziehungen können zu einem gesünderen Lebensstil ermuntern, bei Belastung und Stress die negativen Effekte mildern und bei Krankheit bieten sie ein Auffangnetz, das eine schnellere Genesung ermöglicht. Bei einem Mangel an solchen Beziehungen fehlen nicht nur all diese positiven Effekte, die empfundene Einsamkeit kann auch zusätzlich belastend wirken. Dies bedeutet aber nicht, dass alle Beziehungen positiv wirken. Es gibt auch belastende Beziehungen; wir kennen das. Und dann ist's doppelt schwer.

Dies scheint einleuchtend. Doch ohne verlässliche Daten handelt es sich dabei nur um Vermutungen und Theorien. Die Studie «Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich» liefert nun diese verlässlichen Daten. Sie zeigt Zusammenhänge auf, nicht nur im Gesamten, sondern auch aufgespalten nach Bevölkerungsgruppen und Gesundheitsrisiko. Dadurch sensibilisiert sie für das Thema und bietet gleichzeitig eine solide Grundlage, auf der sich zukünftige Handlungsstrategien und Kampagnen abstützen können.

Und wichtig ist auch die Botschaft für unseren Alltag: Die Investition in gute, tragfähige Beziehungen lohnt sich doppelt. Neben all den positiven Aspekten, die solche Beziehungen mit sich bringen, leistet jeder und jede zusätzlich einen Beitrag für die eigene Gesundheit sowie die der jeweiligen Mitmenschen.

Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

1.0

Einleitung:

Soziale Beziehungen und Gesundheit

Soziale Beziehungen und Gesundheit

«Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen», so lautet die vielzitierte und sehr breit gefasste Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO. Nach Definition der WHO sind demnach bestehende und intakte Sozialbeziehungen Bestandteil der Gesundheit, also dieses Zustands vollständigen und damit auch sozialen Wohlbefindens. Nach verbreiteter Auffassung der Sozial- und Gesundheitswissenschaften hingegen haben Sozialbeziehungen bzw. soziale Interaktionen vielmehr einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit, sind also eher Voraussetzung für als Bestandteil von Gesundheit, mehr Prädiktor als Indikator von Gesundheit. In Form von sozialer Unterstützung stellen Sozialbeziehungen nachweislich eine wichtige gesundheitliche Ressource dar. Unterstützende soziale Beziehungen können die negativen gesundheitlichen Folgen von Stress und Belastungen jeglicher Art abfedern und vermindern oder gar verhindern helfen, weswegen gerne auch von sozialen Ressourcen gesprochen wird.

Auch in Form von sozialer Integration, womit das Eingebundensein in eine Gemeinschaft oder vielmehr ein Netzwerk aus sozialen Beziehungen gemeint ist, können sich Sozialbeziehungen positiv auf die Gesundheit auswirken, etwa indem sie den Einzelnen von selbstschädigendem Verhalten (z. B. exzessiver Alkoholkonsum, Drogenkonsum) abhalten. Aus dieser Perspektive stellen Sozialbeziehungen nicht zuletzt auch eine Form von sozialer Kontrolle dar, die sich beispielsweise auch präventiv auf die individuelle und gesellschaftliche Suizidneigung auswirkt, worauf Ende des 19. Jahrhunderts schon der berühmte französische Soziologe und Begründer der empirischen Sozialforschung Émile Durkheim hingewiesen hat.

Michael Marmot und Richard Wilkinson, zwei einflussreiche zeitgenössische britische Sozialepidemiologen, zählen soziale Unterstützung zu den wichtigsten Determinanten der Gesundheit überhaupt: «Soziale Unterstützung und gute Sozialbeziehungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit.» Sie stellen in einer wegweisenden Publikation («The social determinants of health: The solid facts»), die sie 2003 im Auftrag der WHO herausgegeben und in der sie die wichtigsten empirisch evidenten Fakten zu den sozialen Determinanten von Gesundheit zusammengetragen haben, weiter fest: «Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk (...) hat einen starken protektiven Effekt auf die Gesundheit. Unterstützende Beziehungen können auch zu gesünderen Verhaltensweisen ermutigen.» (Wilkinson & Marmot 2003).

Besonderheiten des Berichts

Der Bericht weist drei spezifische und innovative Besonderheiten auf:

1 Insgesamt sieben verschiedene Bevölkerungsgruppen werden im Bericht gesondert berücksichtigt und systematisch untersucht. Diese Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich nach Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit (Bildung, Einkommen) oder Wohnsituation voneinander und machen zwischen einem Neuntel und einem Viertel der Gesamtbevölkerung aus, wobei sie sich teilweise auch überlappen. Es handelt sich dabei um

- Alleinlebende (Bevölkerungsanteil von 15 %),
- Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren (11 %),
- Rentnerinnen und Rentner ab 65 Jahren (24 %),
- Wenig Gebildete im Alter von mindestens 20 Jahren ohne (nach-) obligatorische Schulbildung oder eine mindestens drei- bis vierjährige nachobligatorische Schul- oder Berufsbildung (16 %),
- Einkommensschwache mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von unter 3000 Franken netto pro Monat (16 %) sowie
- Männer mittleren Alters (16 %), also zwischen 45 und 64 Jahren, und
- Frauen mittleren Alters (17 %), ebenfalls zwischen 45 und 64 Jahren.

Bei den ausgewählten Bevölkerungsgruppen handelt es sich um gesundheitliche Risikogruppen bzw. klassische Zielgruppen in der Prävention, sozial benachteiligte Randgruppen, bestimmte relevante Altersgruppen oder andere soziale Gruppen. In allen Fällen handelt es sich um Minderheiten, die lediglich einen kleinen Teil, d. h. zwischen einem Neuntel und einem knappen Viertel der gesamten Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ausmachen. Diese Gruppen sind abgesehen vom Alter, Geschlecht oder anderen definierenden Merkmalen sehr heterogen und überschneiden sich untereinander auch teilweise. So sind unter den Rentnerinnen und Rentnern manche Alleinlebende (Verwitwete etc.) oder auch wenig Gebildete zu finden. Wenig Gebildete zählen nicht selten gleichzeitig zu den Einkommensschwachen. Und Einkommensschwache gibt es auch unter den Jugendlichen und den Rentnerinnen und Rentnern. Einzig die beiden Altersgruppen Jugendliche und Rentner/-innen sowie die beiden Geschlechtergruppen Männer und Frauen im jeweils mittleren Alter schliesslich sich gegenseitig kategorisch aus und überlappen sich gar nicht.

2 Abgesehen von den sieben gesondert untersuchten Bevölkerungsgruppen werden «Hochrisikogruppen» mit kumulierten und kombinierten sozialen und demographischen Risikomerkmale im Hinblick auf ihre Gesundheit identifiziert. Dazu zählen etwa sich häufig einsam fühlende Alleinlebende, sozial isolierte Jugendliche, sozial wenig unterstützte Rentnerinnen und Rentner, wenig gebildete und mit Gewalt und/oder Diskriminierung bei der Arbeit konfrontierte Personen, einkommensschwache und sich zugleich häufig einsam fühlende Personen oder sozial wenig integrierte Männer und Frauen mittleren Alters.

3 Um Ausmass und Grad sozialer Integration bzw. Isolation in der Zürcher Wohnbevölkerung zu erfassen und in Zusammenhang mit der Gesundheit zu stellen, wurde aus mehreren verfügbaren Einzelvariablen ein umfassender, übergeordneter Integrationsindex konstruiert, der sich als überaus starker Prädiktor und Einflussfaktor auf die Gesundheit erwiesen hat. Berücksichtigt wurde dabei die Haushaltsgrösse, die Anzahl Vertrauensbeziehungen, das Vermissen einer Vertrauensperson, die Anzahl nahestehender Personen, die selbstberichtete Anteilnahme Anderer an der eigenen Person, die Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe und die Häufigkeit der Teilnahme an Vereinsaktivitäten oder Klubanlässen.

Unterstützende, belastende und fehlende soziale Beziehungen

Die Schutz- und Pufferfunktion von sozialen Beziehungen und insbesondere von sozialer Unterstützung wurde vielfach schon nachgewiesen und ist unbestritten. Soziale Unterstützung hilft etwa bei der Vorbeugung von psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen (Stressfolge-)Erkrankungen und wirkt ganz allgemein als Ressource bei der Genesung und Rehabilitation nach Krankheiten. Unbestritten ist genauso, dass soziale Beziehungen und Netzwerke nicht nur hilfreich und unterstützend sein und sich gesundheitlich positiv auswirken können. Vielmehr können sie auch negative Effekte auf die Gesundheit haben. Soziale Beziehungen und Netzwerke sind nicht nur Quelle von sozialer Unterstützung und Ursprung des für Gesundheit und Wohlbefinden nicht minder wichtigen Gemeinschaftsgefühls bzw. kollektiven Zusammengehörigkeitsgefühls, wie die Individualpsychologie nachweisen konnte. Sie sind manchmal auch Quelle von Belastungen, Konflikten und Stressoren, die die Gesundheit der Betroffenen mitunter schwer belasten und nachhaltig beeinträchtigen können. Konfliktive oder belastende soziale Beziehungen manifestieren sich beispielsweise in Gewalt und Misshandlung oder sexuellen Übergriffen in Schule und Familie, aber auch in Diskriminierungs- und Mobbingverfahren oder sexuellen Belästigungen am Arbeitsplatz. Solche «Beziehungsprobleme» haben sich in zahlreichen Studien als starke gesundheitliche Risikofaktoren für die Betroffenen erwiesen.

Schliesslich wirken sich nicht nur konfliktive oder belastende Sozialbeziehungen gesundheitlich negativ aus. Auch das Fehlen von bzw. der (empfundene) Mangel an sozialen Beziehungen, Interaktionen, Netzwerken oder sozialer Unterstützung hat nachweislich negative Gesundheitsfolgen. Gleiches gilt für Beziehungsabbrüche und allgemeine soziale Trennungs- bzw. Verlustverfahren (infolge Arbeitslosigkeit, Scheidung, Verwitwung oder Tod einer nahestehenden Person usw.), die ebenfalls mit sozialer Isolation und Einsamkeitsgefühlen einhergehen können. Die erhöhte Suizidneigung als Resultat mangelnder sozialer Integration und Kontrolle wurde bereits erwähnt und früh schon von Émile Durkheim nachgewiesen. Auf den Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit bzw. sozialer Isolation wird in der Forschungsliteratur ebenfalls zahlreich hingewiesen, genauso wie auf die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen (wie Trennung oder Tod von nahestehenden Personen) bei der Entstehung von chronischem Stress und daraus resultierender Krankheit.

Zusammengefasst kann man also feststellen, dass soziale Beziehungen und Beziehungsgeflechte, d. h. soziale Netzwerke, nachweislich eine stress- und krankheitspräventive sowie gesundheitsprotektive Funktion und Wirkung haben, zumindest solange sie vorhanden sowie unterstützend und zufriedenstellend und nicht belastend oder konfliktreich sind. Trifft Letzteres zu, können soziale Beziehungen statt die Gesundheit des Einzelnen zu fördern und zu schützen, sie vielmehr erheblich belasten und beeinträchtigen. Vorhandene, intakte und positive Sozialbeziehungen sind demnach eine Grundvoraussetzung für den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens jedes Einzelnen. Dabei spielt weniger die Quantität der Sozialbeziehungen eine entscheidende Rolle als vielmehr die Qualität und subjektive Wahrnehmung und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen.

Ursache und Wirkung, umgekehrte Kausalität oder Wechselwirkung?

Wenn im vorliegenden Bericht von negativen Effekten oder positiven Auswirkungen, von Gesundheitsfolgen, von Risikofaktoren oder von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung die Rede ist, dann wird im Grunde etwas unterstellt, wofür es keine ausreichende empirische Evidenz gibt, nämlich Kausalität und erst noch in eine bestimmte Richtung. Genaugenommen kann man mit Querschnittdaten wie den hier verwendeten aber weder Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge untersuchen, noch solche schlussfolgern und Kausalaussagen daraus ableiten. Es besteht nämlich immer die Möglichkeit, dass die untersuchten und gefundenen Zusammenhänge oder Assoziationen nicht in ursächlicher Beziehung zueinander stehen, sondern in Wahrheit auf andere, jedoch nicht untersuchte Ursachen oder nicht berücksichtigte Faktoren zurückzuführen sind. Oder es besteht die Möglichkeit, dass zwar ein kausaler Zusammenhang vorliegt, aber gleichzeitig eine Wechselwirkung besteht oder die Kausalität in die umgekehrte als die vermutete Richtung verläuft. Hierzu gibt es zwei einander gegenübergestellte, aber sich nicht gegenseitig ausschliessende theoretische Modelle bzw. Hypothesen. Die «Social Causation»-Hypothese nimmt an, dass negative wie positive soziale Beziehungen direkt die Gesundheit beeinflussen oder indirekt, indem sie Stress und Belastung erzeugen oder davor schützen. Und die «Social Selection»-Hypothese geht davon aus, dass sich Gesundheit und Krankheit auf die sozialen Beziehungen auswirken und ein sich verschlechternder Gesundheitszustand zu einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks führt. Tatsächlich ist soziale Isolation manchmal nicht etwa Ursache, sondern vielmehr Folge oder Symptom einer psychischen Störung. Häufig kommt es infolge einer angeschlagenen psychischen Gesundheit – etwa bei Angst- oder Zwangsstörungen, Depressionen usw. – zu einem sozialen Rückzug und zur Verminderung der Sozialkontakte bei den Betroffenen. Schamgefühle, Ängste, Minderwertigkeitsgefühle, Antriebsmangel, Wahnvorstellungen oder Misstrauen spielen dabei eine wichtige Rolle. Auch stigmatisierte oder tabuisierte physische Gesundheitsprobleme wie etwa Inkontinenz, Epilepsie oder Demenzerkrankungen können zu einem sozialen Rückzug bei den Betroffenen führen.

Bedingungen und Kriterien für Kausalität

Auch wenn ein vermuteter kausaler Zusammenhang nicht schlüssig nachweisbar ist mit den vorhandenen Daten und eigentlich nur von Assoziation die Rede sein kann und darf, gibt es Hinweise auf und Indizien für einen möglichen Kausalzusammenhang. Ein britischer Epidemiologe und Medizinstatistiker namens Sir Austin Bradford Hill (1897 – 1991), der die wohl erste randomisierte klinische Studie durchgeführt hat und berühmt geworden ist durch eine Langzeitstudie über den Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs unter britischen Ärzten («British Doctors Study») formulierte Mitte des 20. Jahrhunderts mehrere Merksätze zur Überprüfung eines vermuteten Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs, die als sogenannte «Bradford-Hill-Kriterien» für Kausalität in die Medizingeschichte eingegangen sind. Demnach ist Kausalität umso wahrscheinlicher, je stärker und spezifischer ein Zusammenhang ist, je plausibler und kohärenter er in Bezug auf bestehendes Wissen ist und je weniger Alternativerklärungen zur Verfügung stehen. Auf einen Kausalzusammenhang deutet auch hin, wenn ähnliche bzw. konsistente Zusammenhänge ebenso in anderen Populationen und mit anderen Daten und Methoden gefunden werden und wenn die vermutete Wirkung (Krankheit) mit der Stärke der vermeintlichen Ursache (Exposition) graduell zunimmt. Darüber hinaus sollte die Wirkung zeitlich nach der vermuteten Ursache auftreten, damit ein Zusammenhang als kausal gelten kann. Wenn also im vorliegenden Bericht durch die verwendete Wortwahl ein Kausalzusammenhang suggeriert wird, ist dies empirisch nicht belegt und muss mit Vorsicht und Vorbehalt betrachtet werden, selbst wenn einzelne der genannten Hill's Kriterien erfüllt sein mögen.

Datengrundlagen und Indikatoren

Der vorliegende Bericht untersucht anhand der aktuellsten verfügbaren Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; Erhebung 2012) und des Schweizer Haushalt-Panels (SHP; Erhebung 2013), wie verbreitet und allenfalls ungleich verteilt soziale Beziehungen in der Zürcher Wohnbevölkerung und einzelnen Bevölkerungsgruppen sind und wie sich vorhandene oder mangelnde und positive oder belastende Beziehungen auf die Gesundheit und verschiedene Gesundheitsaspekte auswirken. Der Bericht stützt sich also sowohl bei den sozialen Beziehungen wie auch bei der Gesundheit auf subjektive Befragungsdaten und Selbsteinschätzungen und nicht auf objektive Daten und Messparameter, was gerade in diesem Falle jedoch ein grosser Vorteil ist, weil sowohl im Hinblick auf das Ressourcenpotenzial wie auch im Hinblick auf den Belastungsaspekt nicht so sehr die Quantität der Sozialbeziehungen eine entscheidende Rolle spielt, sondern vielmehr die Qualität und subjektive Einschätzung derselben und die Zufriedenheit damit.

Untersucht werden dabei verschiedene Aspekte von sozialen Beziehungen, positive wie negative. Dazu zählen beispielsweise das Vorhandensein bzw. die Anzahl von Vertrauensbeziehungen, die Anzahl guter und enger Freunde, das Vermissen einer Vertrauensperson, die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, die Zufriedenheit mit der Partnerschaft bzw. dem Alleinleben, die Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen, das Ausmass sozialer Unterstützung, die Häufigkeit der Teilnahme an Vereins- oder Klubanlässen, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz, Trennungserfahrungen, Tod einer nahestehenden Person, Probleme mit nahestehenden Personen und eigenen Kindern.

Gesundheit wird ebenfalls in ganz verschiedenen Facetten untersucht, etwa anhand allgemeiner Gesundheitsindikatoren wie der selbsteingeschätzten Gesundheit, der Zufriedenheit mit der Gesundheit, der selbsteingeschätzten Lebensqualität, der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, einer chronischen Krankheit bzw. eines chronischen Gesundheitsproblems oder der Anzahl Arztkonsultationen und der Spitalaufenthalte. Darüber hinaus werden auch Angaben zu psychosomatischen Beschwerden wie Rücken- oder Kreuzschmerzen, Schulter- und Nackenschmerzen, allgemeine Schwäche und Energielosigkeit und Einschlaf- oder Durchschlafstörungen berücksichtigt. Schliesslich kommen auch Diagnose- und Screeninginstrumente zur psychischen Gesundheit (Depressivitätsskala PHQ-9, Kurzform der psychischen Gesundheitsskala MHI-5) zur Anwendung. Und zu guter Letzt wird auch das Gesundheitsverhalten betrachtet und zwar in Form von körperlicher (In-)Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Konsum psychotroper Medikamente.

Datenquellen und Stichprobengrössen

Für den vorliegenden Gesundheitsbericht wurden die Daten zweier grosser nationaler Bevölkerungsbefragungen aus den zum entsprechenden Zeitpunkt aktuellst verfügbaren Erhebungsjahren verwendet. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhobenen Daten der [Schweizerischen Gesundheitsbefragung \(SGB\)](#) aus dem Jahr [2012](#) und punktuell ergänzend auch noch um die vom nationalen Kompetenzzentrum für Sozialwissenschaften FORS erhobenen Daten des [Schweizer Haushalt-Panels \(SHP\)](#) aus dem Jahr [2013](#). In beiden Befragungen werden verschiedene Aspekte sowohl von sozialen Beziehungen als auch von Gesundheit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhoben. Dabei handelt es sich um regelmässig stattfindende und schweizweit repräsentative Datenerhebungen, die alle fünf Jahre (SGB) bzw. jährlich (SHP) durchgeführt werden. Diese für den vorliegenden Bericht verwendeten Daten weisen in den jeweiligen Erhebungsjahren Gesamtstichproben von rund 21 597 15-jährigen und älteren ständig in der Schweiz wohnhaften Personen (SGB) bzw. von 10 575 14-jährigen und älteren Personen (SHP) sowie Unterstichproben für den Kanton [Zürich](#) von [2226 Personen \(SGB\)](#) bzw. [1731 Personen \(SHP\)](#) auf.¹

¹ Der Kanton Zürich ist mit einem Anteil von 10,3 % aller Befragten in der SGB deutlich unterrepräsentiert und liegt auch beim SHP mit 16,4 % noch immer leicht unter dem Anteil des Kantons Zürich an der ständigen Schweizer Wohnbevölkerung von 17,5 %. Das hat im Falle der SGB damit zu tun, dass viele und v. a. kleinere bzw. bevölkerungsarme Kantone wegen ihrer teils sehr kleinen Stichprobengrössen ihre jeweiligen Stichproben auf eigene, zusätzliche Kosten aufgestockt haben, um für differenzierte statistische Analysen genügend grosse Fallzahlen zu erhalten. Der Kanton Zürich brauchte dies als bevölkerungsreichster Kanton der Schweiz nicht zu tun und weist deshalb in der SGB zwar die grösste kantonale Stichprobe, aber dennoch einen deutlich unterproportionalen Anteil an Befragten auf. Letzteres wäre gar noch ausgeprägter der Fall, wenn innerhalb der kantonalen Zürcher Stichprobe von gesamthaft 2226 Personen die Stadt Zürich mit einer ebenfalls aufgestockten eigenen Stichprobe von 956 Personen nicht ihrerseits überproportional stark vertreten wäre.

Stichprobenziehung und Gewichtung der Daten

Bei der statistischen Analyse der Befragungsdaten wurden im vorliegenden Bericht ausnahmslos gewichtete Daten verwendet. Eine solche Gewichtung der Daten wird üblicherweise vorgenommen, um sicherzustellen, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit bzw. die Gesamtpopulation möglichst exakt abbildet und die aufgrund der Stichprobe gewonnenen Resultate allgemeingültig sind, d. h. sich generalisieren und somit auf die gesamte Bevölkerung übertragen lassen. Denn obwohl die Stichprobenziehung üblicherweise und auch im Fall der SGB und des SHP nach einem randomisierten Verfahren (z. B. nach Kantonen und/oder Grossregionen geschichtete Zufallsstichproben) erfolgt und die Daten somit für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung repräsentativ sind, kann es dennoch zu kleineren und manchmal auch grösseren Abweichungen in der Zusammensetzung zwischen Stichprobe und Gesamtbevölkerung kommen. So können etwa regionale Disproportionalitäten vorkommen oder ungleiche Alters- oder Geschlechterverteilungen auftreten. Auch lässt sich in Bevölkerungsbefragungen infolge von Selbstselektion oder mangelnder Erreichbarkeit typischerweise eine Untervertretung von gewissen Bevölkerungsgruppen wie bestimmten Ausländergruppen (z. B. Fremdsprachige), Altersgruppen (z. B. Hochbetagte) oder gewissen Randgruppen (z. B. Armutsbetroffene, Arbeitslose) beobachten. Allein schon bedingt durch die Befragungsmethode (telefonisch, postalisch, online, face-to-face) haben selbst bei einer Zufallsauswahl nicht alle Personen, Haushalte und Bevölkerungsgruppen die gleiche Chance und Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe gezogen zu werden. Wenn dann noch fehlende Bereitschaft oder mangelnde Fähigkeit zur Befragungsteilnahme dazukommen und sich gewisse Bevölkerungsgruppen infolgedessen selbst von der Befragung ausschliessen, ist die Repräsentativität der Daten nicht mehr gegeben. Dies wiederum kann nicht nur zu Fehlern in den Häufigkeitsverteilungen, sondern auch zu systematischen Verzerrungen in den Analyseergebnissen führen. Um dies rechnerisch zu korrigieren und den schwer erreichbaren und/oder wenig teilnahmewilligen bzw. -fähigen Bevölkerungsgruppen buchstäblich das nötige (statistische) Gewicht zu geben, werden solche Daten in der Regel gewichtet, wobei für jede Person in der Stichprobe ein individueller Gewichtungsfaktor errechnet wird. Im vorliegenden Fall wurden für die Gewichtung folgende Merkmale berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Zivilstand, Haushaltsgrösse, Wohnregion und Staatsangehörigkeit. Repräsentativ können Stichproben und Daten ohnehin nicht generell, sondern immer nur in Bezug auf einzelne Merkmale wie die genannten sein.

2.0 **Soziale Beziehungen in der Zürcher Bevölkerung**

- 2.1 Soziale Beziehungen nach
soziodemographischen Merkmalen**
- 2.2 Soziale Beziehungen bei
ausgewählten Bevölkerungsgruppen**
- 2.3 Soziale Beziehungen und soziale Ressourcen**

Soziale Beziehungen in der Zürcher Bevölkerung

2.1 Soziale Beziehungen nach soziodemographischen Merkmalen

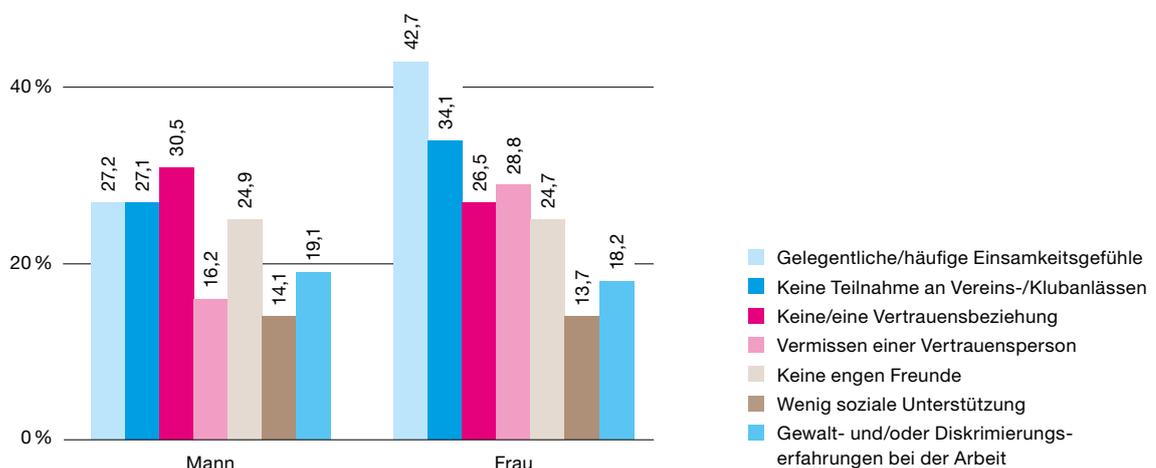
Gemessen an den verschiedenen erwähnten Indikatoren verfügt eine Mehrheit der Zürcher Wohnbevölkerung über genügende und positive Sozialbeziehungen und berichtet entsprechend nicht über fehlende bzw. kaum vorhandene oder negative Sozialbeziehungen. Dennoch schneidet der vergleichsweise urbane Kanton Zürich diesbezüglich und wenig überraschend leicht schlechter ab als die übrige, stärker ländlich geprägte Deutschschweiz. Ausserdem gibt es teils erhebliche Unterschiede in den sozialen Beziehungen zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen innerhalb des Kantons Zürich. Dabei offenbaren sich nach soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen usw.) gewisse – teils erwartete, teils unerwartete – Unterschiede und Muster sowie typische Verläufe.

Soziale Beziehungen im Altersverlauf

Beispielsweise nimmt die Häufigkeit von Vertrauensbeziehungen und das Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung im Lebensverlauf bzw. mit zunehmendem Alter in der Zürcher Wohnbevölkerung offenbar kontinuierlich ab. Wenig unterstützt durch Andere fühlen sich eigenen Angaben zufolge lediglich 8 % der 15- bis 30-Jährigen, 11 % der 31- bis 45-Jährigen, bereits 16 % der 46- bis 75-Jährigen und immerhin 23 % der über 75-Jährigen. Und von keiner oder höchstens einer Vertrauensbeziehung berichten 18 % der 15- bis 30-Jährigen, 28 % der 31- bis 60-Jährigen, 34 % der 61- bis 75-Jährigen und 41 % der über 75-Jährigen. Das hat sicherlich mit dem im Altersverlauf häufiger werdenden Tod von nahestehenden Personen zu tun. So steigt der Anteil von Personen, die innert Jahresfrist solche schmerzhaften Verluste erfahren haben, stetig an und zwar von 11 % bei den 15–30-Jährigen auf 31 % bei den über 75-Jährigen. Trotzdem nimmt die Zahl guter und enger Beziehungen zu (Arbeits-) Kollegen und anderen Bekannten insgesamt nicht ab – im Gegenteil. Und Trennungserfahrungen (im vergangenen Jahr) werden insgesamt immer weniger und nehmen von 15 % bei den 15- bis 30-Jährigen auf nur noch 4 % bei den über 75-Jährigen ab. Auch wird mit steigendem Alter immer seltener eine Vertrauensperson vermisst, mit Ausnahme allerdings der Altersgruppe der über 75-Jährigen, die – wohl bedingt durch den Tod des Partners oder von anderen nahestehenden Personen – am häufigsten von allen Altersgruppen eine Vertrauensperson vermissen. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den Einsamkeitsgefühlen, welche mit zunehmendem Alter laufend seltener werden und erst in der Altersgruppe der über 75-Jährigen wieder häufiger auftreten. Schliesslich nimmt die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen ab einem Alter von 30 Jahren bis ins hohe Alter kontinuierlich zu.

Abbildung 2.1

Mangelnde soziale Beziehungen nach Geschlecht, Kanton Zürich



Soziale Beziehungen im Geschlechtervergleich

Unterschiede nach Geschlecht zeigen sich v. a. darin, dass im Kanton Zürich wohnhafte Frauen zwar nicht mehr soziale Beziehungen aufweisen, stattdessen aber signifikant häufiger mehrere Vertrauensbeziehungen haben (74 %) als Zürcher Männer (70 %), aber gleichzeitig auch häufiger eine Vertrauensperson vermissen oder von gelegentlichen bis häufigen Einsamkeitsgefühlen berichten (vgl. Abb. 2.1). Frauen berichten ausserdem doppelt so häufig von Trennungserfahrungen und Problemen mit nahestehenden Personen (je 12 %) wie Männer (je 6 %). Probleme mit den eigenen Kindern geben 17 % der Frauen und 11 % der Männer an. Gleichzeitig sind Frauen aber etwas zufriedener mit ihren persönlichen Beziehungen als Männer.

Soziale Beziehungen nach Bildungsniveau

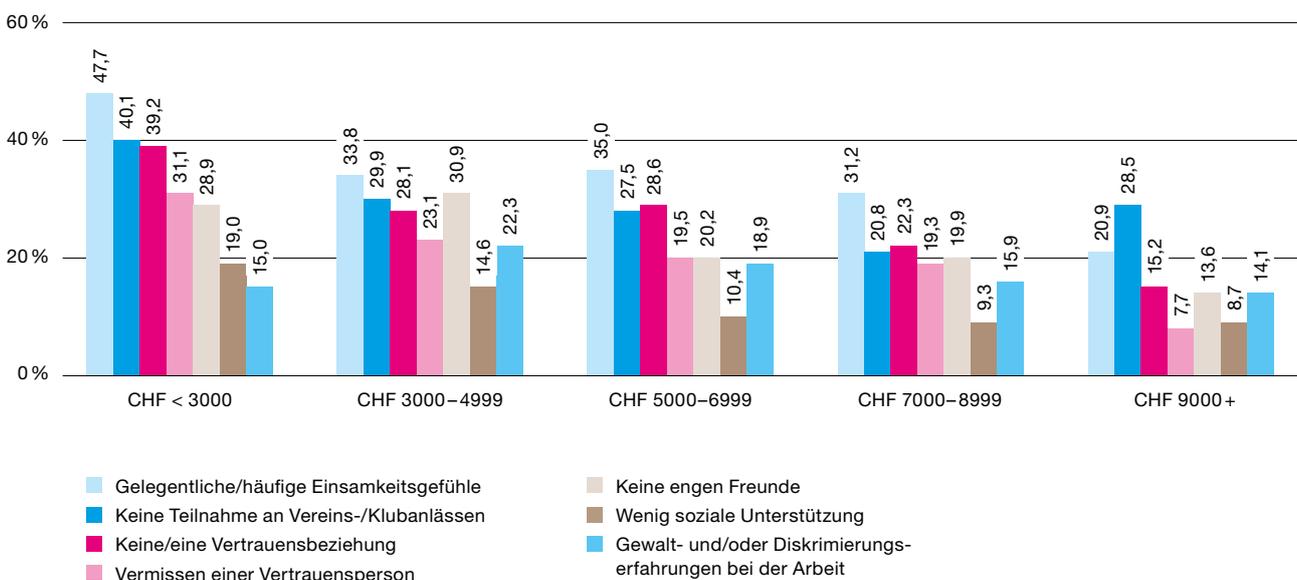
Nach Bildungsstufe offenbaren sich ebenfalls interessante und signifikante Unterschiede und Verläufe. So mangelt es Zürcherinnen und Zürchern mit steigendem Bildungsniveau immer seltener an einer Vertrauensperson. Vermissen noch 33 % derjenigen mit geringer Bildung manchmal eine Vertrauensperson, so sind es bei denjenigen mit mittlerer Bildung nur noch 23 %, bei denjenigen mit hoher Bildung 18 % und bei denjenigen mit höchster formaler Bildung bzw. Universitätsabschluss noch 15 %. Auch erfahren höher Gebildete tendenziell häufiger ein gewisses, d. h. zumindest mittleres Mass an sozialer Unterstützung. Und obwohl höher Gebildete insgesamt nicht zufriedener sind mit ihren persönlichen Beziehungen als weniger Gebildete, nimmt doch zumindest die Zufriedenheit in der Partnerschaft bzw. mit dem Alleinleben mit steigendem Bildungsniveau tendenziell zu. Hingegen nehmen Beziehungsprobleme (Probleme oder Konflikte mit nahestehenden Personen oder eigenen Kindern) mit zunehmender Bildung nicht ab, sondern teilweise eher noch zu. Häufig sind die beobachteten Zusammenhänge mit Bildung nicht ganz linear und damit eindeutig. Ziemlich linear und eindeutig ist dagegen der Zusammenhang zwischen sozialer Partizipation und Bildungsniveau. So nehmen Zürcherinnen und Zürcher umso häufiger an täglichen oder wöchentlichen Vereinsanlässen und Klubaktivitäten teil, je höher ihr Bildungsabschluss ist.

Soziale Beziehungen nach Erwerbs- und Berufsstatus

Je nachdem ob jemand erwerbstätig, arbeitslos oder nichterwerbstätig ist, präsentieren sich soziale Beziehungen ebenfalls etwas unterschiedlich. Als Arbeitslose werden Erwerbstätige verstanden, die derzeit ohne Anstellung und Erwerbseinkommen sind, aber auf Stellensuche und als arbeitslos gemeldet. Als Nichterwerbstätige gelten Personen, die nicht (mehr) im Erwerbsprozess sind und daher auch nicht zur Erwerbsbevölkerung zählen.

Abbildung 2.2

Mangelnde soziale Beziehungen nach monatlichem (Haushaltsäquivalenz-)Einkommen (netto), Kanton Zürich



Erwerbstätige Zürcherinnen und Zürcher haben häufiger mehrere Vertrauensbeziehungen (75 %) als Nichterwerbstätige aus dem Kanton Zürich (64 %), vermissen gleichzeitig weniger häufig eine Vertrauensperson (20 %) als Nichterwerbstätige (30 %) und erfahren mehr bzw. häufiger eine hohe soziale Unterstützung (39 %) als Nichterwerbstätige (30 %). Arbeitslose haben vergleichsweise häufig Beziehungsprobleme. Sie berichten deutlich häufiger als Erwerbstätige und Nichterwerbstätige von Trennungserfahrungen (16 %), schweren Auseinandersetzungen mit oder unter nahestehenden Personen (15 %) sowie irgendwelchen «Problemen mit den eigenen Kindern» (23 %).

Soziale Beziehungen in Abhängigkeit vom Einkommen

Soziale Beziehungen sind auch nicht unabhängig vom Einkommen. Gemessen am monatlichen Haushaltsäquivalenzeinkommen ist bei Zürcherinnen und Zürchern das Ausmass der wahrgenommenen sozialen Unterstützung umso grösser und sind Sozial- und insbesondere Vertrauensbeziehungen sowie regelmässige Vereinsaktivitäten umso häufiger und Einsamkeitsgefühle und tendenziell auch Gewalt- bzw. Diskriminierungserfahrungen umso seltener, je höher das Einkommen liegt (vgl. Abb. 2.2). Der Anteil an Personen mit keiner oder lediglich einer Vertrauensbeziehung sinkt mit steigendem Einkommen kontinuierlich von 39 % in der untersten Einkommensklasse (monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als 3000 Franken) auf 15 % in der obersten Einkommensklasse (monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen von 9000 Franken und mehr). In Übereinstimmung damit vermissen über 31 % in der untersten Einkommensklasse, aber nur knapp 8 % in der obersten mindestens manchmal eine Vertrauensperson, mit der man «jederzeit über ganz persönliche Probleme reden» kann. Gleichzeitig hegen 48 % in der untersten Einkommensklasse, aber nur noch 21 % in der obersten gelegentlich bis häufig Einsamkeitsgefühle. Wenig sozial unterstützt fühlen sich 19 % derjenigen mit dem geringsten Einkommen, aber nur knapp 9 % derjenigen mit dem höchsten Einkommen. Die jeweiligen Anteile nehmen bei allen drei Indikatoren mit jeder höheren Einkommensklasse kontinuierlich ab. Es gibt also klare Hinweise dafür, dass ein höheres Einkommen nicht nur die finanziellen Ressourcen erhöht, sondern auch mit einem Mehr an sozialen Ressourcen einhergeht.

Soziale Beziehungen nach Staatsangehörigkeit

Unterschiede nach Nationalität sind ebenfalls vorhanden und statistisch signifikant. Bei der ausländischen Wohnbevölkerung im Kanton Zürich und teilweise auch bei den eingebürgerten Zürcherinnen und Zürchern sind Einsamkeitsgefühle häufiger, Vertrauensbeziehungen und Vereinsaktivitäten seltener und werden eher Vertrauenspersonen vermisst sowie Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen gemacht im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung, d. h. zu den im Kanton ansässigen gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern. So haben im Kanton Zürich 31 % der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer, aber 44 % der eingebürgerten und 40 % der ausländischen Personen manchmal bis (sehr) häufig Einsamkeitsgefühle. 19 % der einheimischen, 23 % der eingebürgerten und 32 % der ausländischen Bevölkerung vermissen wenigstens manchmal eine Vertrauensperson. Was die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen anbelangt, sind die Unterschiede zwischen diesen drei Gruppen noch augenfälliger. 76 % der gebürtigen, aber nur 55 % der eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizer sowie 60 % der Ausländerinnen und Ausländer sind hoch zufrieden mit ihren sozialen Beziehungen. Gleichzeitig weisen die eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizer die jeweils höchsten Anteile an Personen mit konfliktiven oder problematischen sozialen Beziehungen (zu nahestehenden Personen oder eigenen Kindern) auf.

Soziale Beziehungen nach Haushaltsgrösse

Wenig überraschend sind Vertrauensbeziehungen tendenziell umso häufiger, je höher die Anzahl der im eigenen Haushalt lebenden Personen ist. 35 % der in Einpersonenhaushalten lebenden Zürcherinnen und Zürcher haben keine oder lediglich eine Vertrauensbeziehung, in den Zweipersonenhaushalten sind das 29 % und in den Drei- oder Mehrpersonenhaushalten noch 26 %. Auch der Anteil an Personen mit einem hohen Grad an wahrgenommener sozialer Unterstützung nimmt mit zunehmender Anzahl Haushaltsmitglieder von 28 % (Einpersonenhaushalte) auf 53 % (Fünfpersonenhaushalte und mehr) stetig zu. Andererseits können 20 % der in Einpersonenhaushalten, 15 % der in Zweipersonenhaushalten, 13 % der in Drei- bis Vierpersonenhaushalten sowie 4 % der in mindestens Fünfpersonenhaushalten lebenden Zürcherinnen und Zürcher nur auf wenig soziale Unterstützung zählen. Auch fehlt es mit zunehmender Haushaltsgrösse immer weniger an guten und engen Beziehungen zu (Arbeits-)Kollegen und anderen Bekannten. Oder umgekehrt formuliert: Je weniger Personen in einem Haushalt zusammenleben, umso eher bzw. häufiger wird eine Vertrauensperson vermisst. Der selbstberichtete Anteil an Personen ohne jegliche Beziehungen dieser Art nimmt mit zunehmender Haushaltsgrösse von rund 34 % (Einpersonenhaushalte) kontinuierlich auf unter 20 % (mind. Fünfpersonenhaushalte) ab.

Grad der sozialen Integration

Es zeigten sich teilweise frappante und signifikante Unterschiede bezüglich Quantität, Qualität und Konfliktivität der sozialen Beziehungen zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und nach ganz verschiedenen soziodemographischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung, berufliche Stellung oder Einkommen. Die stärksten Zusammenhänge und damit die grössten Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen nach soziodemographischen Merkmalen zeigen sich jedoch beim Grad der sozialen Integration. Hierfür wurde aus sieben Variablen und Indikatoren mit jeweils zwei Ausprägungen bzw. Werten (0 und 1) durch einfache Aufsummierung ein Index gebildet mit Gesamtwerten von 0 bis 7. Dieser Integrationsindex kann als Mass für die Stärke der Einbindung in ein soziales Umfeld gelten (vgl. Tab. 2.1). Darin berücksichtigt ist, ob jemand mit anderen Menschen zusammen oder alleine lebt, Vertrauensbeziehungen hat oder solche vermisst oder nicht, über mehrere nahestehende Personen «verfügt» oder nur über wenige bis keine, im Bedarfsfall auf Nachbarschaftshilfe zählen kann oder nicht, von seinem sozialen Umfeld das Gefühl vermittelt bekommt, wichtig zu sein oder eben nicht, und an Vereinsaktivitäten oder Klubanlässen teilnimmt oder nicht.

Soziale Integration und Isolation

Sozial integriert ist jemand, wenn er oder sie sich als Teil einer Gemeinschaft wahrnimmt, sich einer Gruppe zugehörig fühlt und/oder eine gewisse Anteilnahme und Solidarität durch Andere erfährt und im Bedarfsfall auf Hilfestellung und Unterstützung aus diesem sozialen Umfeld zählen kann. Diese Gemeinschaft kann eine Familie, die Verwandtschaft, der Freundeskreis, das Arbeitsumfeld, der Verein, die Schulklasse, die Nachbarschaft, die Haushaltsmitglieder usw. oder alles zusammen sein. Mit dem Grad der sozialen Integration ist das Ausmass des Eingebundenseins in ein Netzwerk aus verschiedenen losen wie auch engen sozialen Beziehungen gemeint. Dabei ist nicht zwingend notwendig, dass die Personen, zu denen man Beziehungen hegt, auch untereinander in Beziehung stehen, also miteinander vernetzt sind. Auch sind damit nicht nur enge und freundschaftliche, partnerschaftliche oder verwandtschaftliche Beziehungen gemeint. Sozial integriert und damit unterstützt sein kann jemand auch, wenn er oder sie nur wenige oder lediglich lose soziale Beziehungen unterhält. Umgekehrt kann sich jemand auch sozial isoliert fühlen, obwohl er/sie zahlreiche oder zumindest mehrere soziale Beziehungen aufweist. Womöglich fehlt oder mangelt es dann einfach an engen Vertrauensbeziehungen und/oder an wahrgenommener sozialer Unterstützung. Ob jemand genügend sozial integriert ist und wie sehr, lässt sich also nur schwer objektiv und quantitativ bestimmen, etwa anhand der Anzahl Beziehungen oder der Kontakthäufigkeit. Letztlich lässt sich dies nur subjektiv und/oder im Vergleich zu anderen Personen oder Gruppen beurteilen. Aber auch wenn keine klaren Definitionskriterien hierfür existieren, wurde für diesen Bericht ein Integrationsindex aus sieben verschiedenen Einzelindikatoren (Haushaltsgrösse, Anzahl Vertrauensbeziehungen, Anzahl nahestehende Personen, Vermissten einer Vertrauensperson, Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe, wahrgenommene Solidarität, Vereinsaktivität) konstruiert, mit dessen Hilfe ein vergleichsweise geringer, mittlerer oder hoher Grad der sozialen Integration bestimmt werden kann. Dies in der berechtigten Annahme, dass im Einzelfall, d.h. anhand eines einzelnen Indikators nicht schlüssig bestimmt werden kann, wie es um die soziale Integration einer Person oder Gruppe steht, in der Summe und Kombination von insgesamt sieben Indikatoren hingegen eher. Die resultierenden Grade an sozialer Integration von «gering» (isoliert) über «mittel» (teilintegriert) bis «hoch» (vollintegriert) sind nicht absolut zu verstehen, sondern relativ im Vergleich zu den anderen Graden an sozialer Integration. D.h. jemand mit einem geringen Grad an sozialer Integration ist vergleichsweise desintegriert bzw. isoliert und fühlt sich in der Regel auch entsprechend isoliert und einsam (siehe hierzu nachfolgendes Kap. 2.3).

Tabelle 2.1

Einzelindikatoren und Index zum Grad der sozialen Integration, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz

	Score	Mann	Frau	Total Kt. ZH	Total Übrige D-CH
Anzahl im Haushalt lebender Personen					
1 (Einpersonenhaushalt)	0	12,3 %	17,2 %	14,8 %	12,8 %
2 + (Mehrpersonenhaushalt)	1	87,7 %	82,8 %	85,2 %	87,2 %
Anzahl Vertrauensbeziehungen					
Keine oder eine Vertrauensperson	0	30,5 %	26,5 %	28,5 %	27,8 %
Mehrere Vertrauenspersonen	1	69,5 %	73,5 %	71,5 %	72,2 %
Vermissten einer Vertrauensperson					
Ja, manchmal	0	16,2 %	28,8 %	22,7 %	20,1 %
Nein	1	83,8 %	71,2 %	77,3 %	79,9 %
Anzahl nahestehende Personen					
0 bis 2	0	15,6 %	17,4 %	16,5 %	14,8 %
3 und mehr	1	84,4 %	82,6 %	83,5 %	85,2 %
Interesse und Anteilnahme anderer Personen an dem, was man tut					
Kein oder wenig Interesse (1–2)	0	12,6 %	10,5 %	11,5 %	10,4 %
Weder noch bis sehr viel Interesse (3–5)	1	87,4 %	89,5 %	88,5 %	89,6 %
Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe im Bedarfsfall					
Schwierig oder sehr schwierig (1–2)	0	15,7 %	18,1 %	16,9 %	12,9 %
Möglich bis sehr leicht (3–5)	1	84,3 %	81,9 %	83,1 %	87,1 %
Häufigkeit der Teilnahme an Vereins-/Klubanlässen					
Nie	0	27,1 %	34,2 %	30,7 %	22,1 %
Selten bis täglich	1	72,9 %	65,8 %	69,3 %	77,9 %
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)					
Gering (isoliert)	0–2	2,9 %	4,4 %	3,7 %	2,1 %
Mittel (teilintegriert)	3–4	12,9 %	16,9 %	14,9 %	11,9 %
Hoch (integriert)	5–7	84,2 %	78,7 %	81,4 %	86,0 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

Gemessen an diesem Integrationsindex ist mehr als jede fünfte im Kanton Zürich wohnhafte Frau und fast jeder sechste Mann als sozial lediglich teilintegriert oder gar isoliert zu betrachten (geringer bis mittlerer Grad der Integration). Dieser Anteil von rund 19 % über beide Geschlechter hinweg liegt in der übrigen Deutschschweiz signifikant niedriger (14 %), was erwartet werden durfte und wiederum mit dem relativ hohen Urbanisierungsgrad des Kantons Zürich erklärt werden kann. Bemerkenswert dabei ist, dass der Grad der sozialen Integration ziemlich kontinuierlich abnimmt mit zunehmendem Alter (vgl. Abb. 2.3) und umgekehrt stetig zunimmt mit steigendem Bildungsniveau (vgl. Abb. 2.4) und steigendem Einkommen (vgl. Abb. 2.5). Es ist also einerseits ein klarer Alterseffekt (oder Kohorteneffekt) auszumachen und gleichzeitig ein deutlicher Sozialgradient hinsichtlich der Einbindung in ein soziales Umfeld, d. h. ein mit steigendem Sozialstatus (Einkommen, Bildung) stetig zunehmender Grad der sozialen Integration zu beobachten.

Abbildung 2.3

Grad der sozialen Integration nach Alter, Kanton Zürich

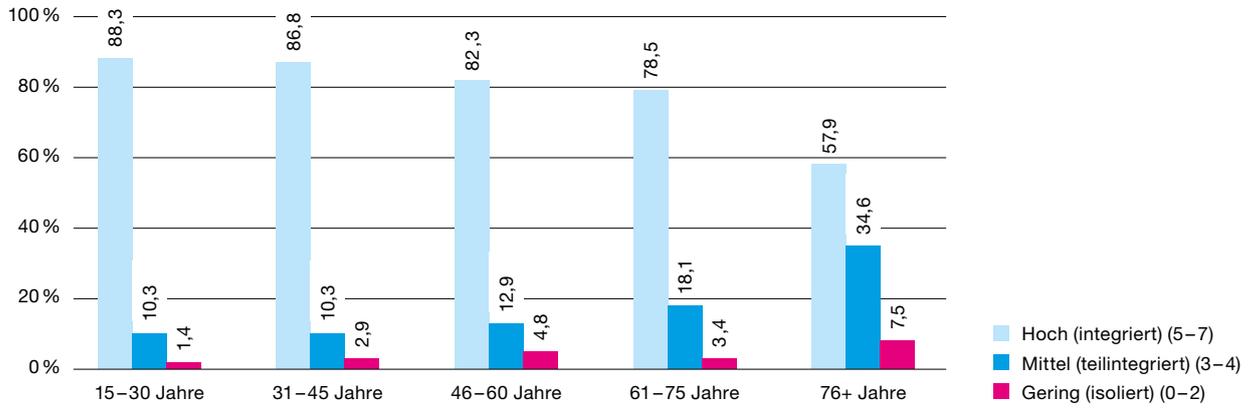


Abbildung 2.4

Grad der sozialen Integration nach Bildungsniveau, Kanton Zürich

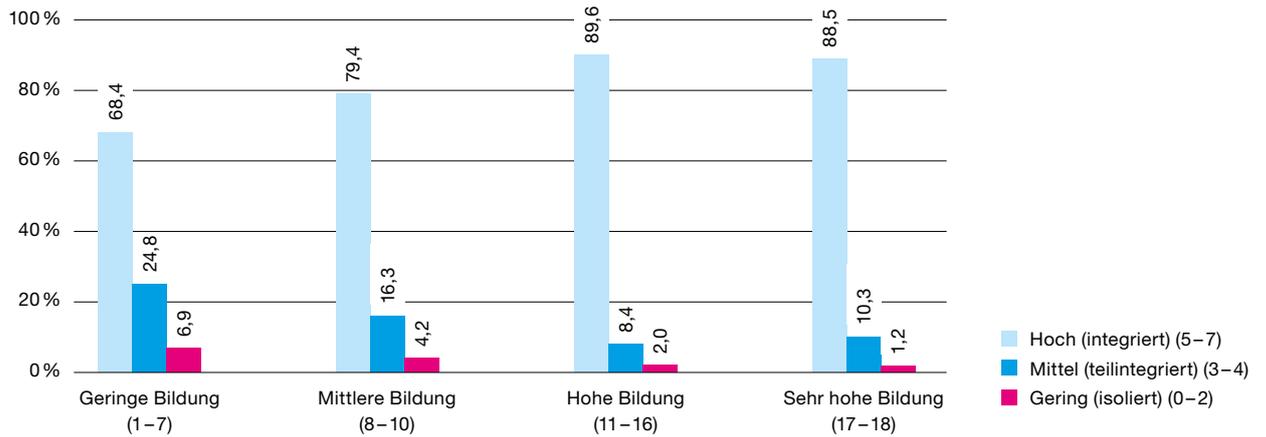
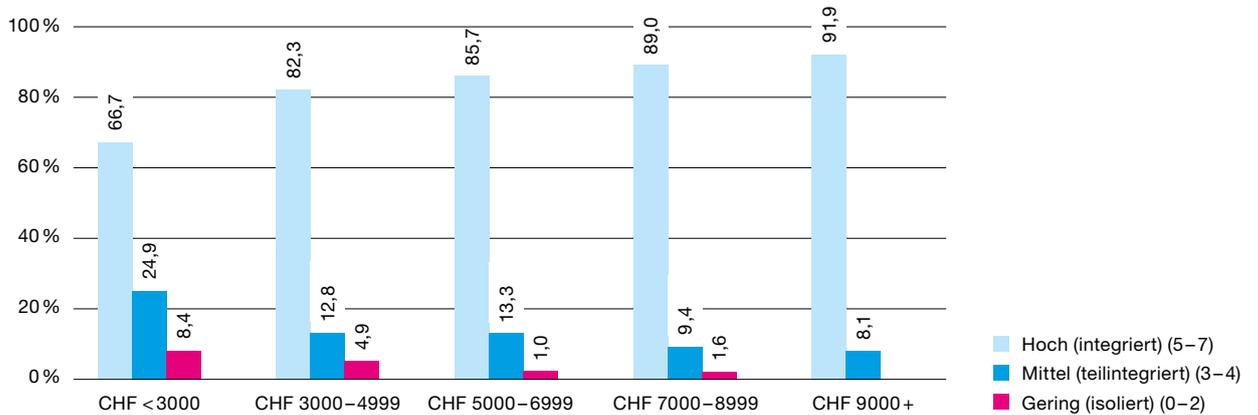


Abbildung 2.5

Grad der sozialen Integration nach monatlichem (Haushaltsäquivalenz-)Einkommen netto, Kanton Zürich



Ältere Personen sowie untere Einkommens- und Bildungsschichten weisen einen vergleichsweise geringen Grad an sozialer Integration auf. Das gilt in besonderem Masse für alte und (hoch-)betagte Menschen sowie die einkommensschwächsten und bildungsfernsten Personen im Kanton Zürich, die mit Anteilen von 42 % (über 75-Jährige), 33 % (Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von unter 3000 Franken pro Monat) und 32 % (Personen mit geringer Bildung, d. h. ohne obligatorische Schulbildung oder mindestens dreijährige Berufsbildung) weit überdurchschnittlich häufig sozial wenig integriert oder sogar isoliert sind.

Zusammengefasst kann man also festhalten, dass es in der Zürcher Wohnbevölkerung teilweise erhebliche Unterschiede in Umfang und subjektiver Wahrnehmung sozialer Beziehungen und im Grad der sozialen Integration nach soziodemographischen Merkmalen und sozioökonomischem Status gibt. Einerseits lassen sich typische Unterschiede und Verlaufsmuster zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen ausmachen (Geschlechterdifferenz, Alterseffekt), andererseits zeigt sich mit zunehmendem Sozialstatus tendenziell eine graduell zunehmende Häufigkeit positiver sozialer Beziehungen und Stärke sozialer Unterstützung (Sozialgradient nach Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen). Mit anderen Worten: Soziale Beziehungen sind erheblich ungleich verteilt in der Zürcher Bevölkerung, was im Hinblick auf den Ressourcencharakter und den gesundheitsprotektiven Effekt von positiven und unterstützenden sozialen Beziehungen ein grosses Präventionspotenzial offenbart.

2.2 Soziale Beziehungen bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen

Wenn man sich ganz bestimmte Bevölkerungsgruppen genauer anschaut hinsichtlich ihrer sozialen Beziehungen, ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung und des Grades der sozialen Integration, so sind die Abweichungen vom Bevölkerungsdurchschnitt und die Unterschiede teilweise noch akzentuierter als nach einzelnen soziodemographischen Merkmalen oder nach sozialem bzw. sozioökonomischem Status. Diese ausgewählten Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich zwar nach Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen und/oder Haushaltsgrösse voneinander, überschneiden sich aber auch teilweise. Dabei handelt es sich um Alleinlebende, Jugendliche, Rentnerinnen und Rentner, wenig Gebildete, Einkommensschwache sowie um Frauen und Männer mittleren Alters.

Manche dieser ausgewählten Bevölkerungsgruppen erweisen sich als eigentliche Risikogruppen im Hinblick auf soziale Beziehungen (vgl. Tab. 2.2 und 2.3). Unter allein im eigenen Haushalt Lebenden und unter wenig Gebildeten beispielsweise befinden sich im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung relativ hohe Anteile an Personen ohne jegliche Freundschaftsbeziehungen (34 % vs. 25 %) und mit keinen oder nur wenigen Vertrauensbeziehungen (35 % vs. 28 %), gelegentlichen bis häufigen Einsamkeitsgefühlen (58 % vs. 35 %), geringer wahrgenommener sozialer Unterstützung (20 % vs. 14 %), geringer Zufriedenheit mit dem Alleineleben bzw. dem Zusammenleben im Haushalt (12 % vs. 7 %), kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit (11 % vs. 7 %) oder gänzlich fehlenden Vereinsaktivitäten (37 % vs. 31 %). Vor allem aber weisen allein lebende und wenig gebildete Zürcherinnen und Zürcher weit überdurchschnittlich hohe Anteile an sozial isolierten oder nur teilweise integrierten Personen auf: Über 45 % der Alleinlebenden und rund 39 % der wenig Gebildeten weisen einen geringen oder nur mittleren Grad sozialer Integration auf, gegenüber knapp 18 % in der gesamten Zürcher Wohnbevölkerung. Trotzdem und trotz der höchsten Rate an Beziehungsabbrüchen überhaupt, verzeichnen die wenig Gebildeten von allen untersuchten Gruppen den grössten Anteil an Personen, die mit ihren persönlichen Beziehungen hoch zufrieden sind. Gleiches gilt weniger ausgeprägt auch für die Alleinlebenden im Kanton Zürich, die leicht überdurchschnittlich häufig von Beziehungsabbrüchen berichten, aber gleichzeitig relativ häufig hoch zufrieden sind mit ihren persönlichen Beziehungen.

Ähnlich, wenn auch deutlich weniger ausgeprägt, sieht es aus bei Rentnerinnen und Rentnern sowie bei den einkommensschwachen Personen im Kanton Zürich aus (vgl. Tab. 2.2 und Tab. 2.3). Auch bei diesen beiden Bevölkerungsgruppen, die sich wohl etwas überschneiden, ist der Anteil an sozial isolierten oder nur teilweise integrierten Personen überdurchschnittlich hoch (Rentnerinnen und Rentner: 32 %, Einkommensschwache: 33 %) und die Zahl der Freundschafts- und Vertrauensbeziehungen sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung vergleichsweise gering. Einsamkeitsgefühle hingegen sind bei diesen beiden Gruppen eher unterdurchschnittlich häufig anzutreffen.

Im Kanton Zürich wohnhafte Männer und Frauen mittleren Alters, d. h. zwischen 45 und 64 Jahren, sind diesbezüglich weniger auffällig (vgl. Tab. 2.2 und 2.3), ausser vielleicht, dass Männer in mittleren Jahren vergleichsweise selten gelegentliche bis häufige Einsamkeitsgefühle haben oder eingestehen (knapp 22 %), gleichaltrige Frauen hingegen überdurchschnittlich häufig von solchen Gefühlen berichten (über 42 %). Und dass Frauen in mittleren Jahren im Unterschied zu den gleichaltrigen Männern überdurchschnittlich häufig Beziehungsabbrüche (12 % vs. 4 %), Konflikte mit nahestehenden Personen (15 % vs. 9 %) und Probleme mit den eigenen Kindern (24 % vs. 11 %) beklagen. Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren vermissen zwar ebenfalls vergleichsweise häufig eine Vertrauensperson und berichten überdurchschnittlich häufig über gelegentliche bis häufige Einsamkeitsgefühle (50 %), weisen im Unterschied zu allen anderen hier berücksichtigten Gruppen aber deutlich häufiger als der Durchschnitt viele Freundschafts- (67 % vs. 56 %) bzw. mehrere Vertrauensbeziehungen (86 % vs. 72 %), und einen hohen Grad an sozialer Unterstützung (53 % vs. 36 %) und Integration (90 % vs. 81 %) auf (vgl. Tab. 2.2 und 2.3).

Tabelle 2.2

Soziale Beziehungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, Kanton Zürich

	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)	Total Kt. ZH
Anteil an Zürcher Bevölkerung	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %	100,0 %
Anzahl Vertrauensbeziehungen								
Mehrere	65,2 %	85,7 %	63,4 %	63,3 %	60,8 %	61,3 %	78,6 %	71,5 %
Eine	65,2 %	12,2 %	32,0 %	31,1 %	35,0 %	31,4 %	17,8 %	24,3 %
Keine	6,2 %	2,1 %	4,6 %	5,6 %	4,2 %	7,3 %	3,6 %	4,1 %
Vermissen einer Vertrauensperson								
Nein	70,9 %	66,6 %	74,6 %	68,9 %	68,9 %	85,7 %	77,6 %	77,3 %
Ja, manchmal	29,1 %	33,4 %	25,4 %	31,1 %	31,1 %	14,3 %	22,4 %	22,7 %
Einsamkeitsgefühle								
Nie	42,3 %	50,3 %	72,6 %	57,8 %	52,3 %	78,5 %	57,9 %	64,9 %
Manchmal	50,8 %	45,1 %	24,1 %	34,1 %	40,5 %	19,2 %	35,8 %	30,8 %
Sehr/ziemlich häufig	6,9 %	4,6 %	3,3 %	8,1 %	7,2 %	2,3 %	6,4 %	4,4 %
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)								
Hoch (12–14)	28,3 %	53,4 %	25,1 %	26,2 %	29,7 %	33,3 %	39,0 %	35,8 %
Mittel (9–11)	51,3 %	41,8 %	55,6 %	47,4 %	51,3 %	50,1 %	46,1 %	50,3 %
Gering (3–8)	20,3 %	4,8 %	19,3 %	26,3 %	19,0 %	16,6 %	14,9 %	13,9 %
Gewalt-/Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit								
Keine (0)	74,7 %	78,5 %	–	82,7 %	85,0 %	82,1 %	85,4 %	81,3 %
Einzelne (1)	14,6 %	13,5 %	–	9,1 %	8,3 %	10,5 %	8,7 %	11,4 %
Kumulierte (2+)	10,7 %	8,0 %	–	8,2 %	6,7 %	7,5 %	5,9 %	7,4 %
Häufigkeit der Teilnahme an Vereins-/Klubanlässen								
Tägl./wöchentl. (1–2)	25,3 %	30,5 %	26,2 %	16,6 %	23,4 %	28,1 %	21,1 %	26,8 %
Ab und zu (3–5)	37,6 %	34,9 %	45,7 %	39,4 %	36,5 %	43,1 %	48,4 %	42,4 %
Nie (6)	37,1 %	34,6 %	28,1 %	44,0 %	40,1 %	28,7 %	30,5 %	30,7 %
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)								
Hoch (integriert) (5–7)	54,8 %	90,4 %	67,9 %	61,3 %	66,7 %	81,7 %	83,1 %	81,4 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	33,1 %	9,0 %	26,6 %	30,2 %	24,9 %	15,3 %	11,1 %	14,9 %
Gering (isoliert) (0–2)	12,1 %	0,6 %	5,5 %	8,5 %	8,4 %	2,9 %	5,8 %	3,7 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehre usw.), d. h. OHNE mindestens 3- bis 4-jährige nachobligatorische Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0.5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0.3.

Tabelle 2.3

Soziale Beziehungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, Kanton Zürich

	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Total Kt. ZH
Anteil an Zürcher Bevölkerung	16,0 %	14,1 %	19,0 %	8,3 %	11,6 %	16,7 %	17,8 %	100,0 %
Anzahl gute und enge Beziehungen								
Viele (3+)	51,7 %	51,7 %	46,8 %	38,6 %	49,3 %	56,1 %	63,0 %	56,2 %
Wenige (1–2)	14,7 %	14,7 %	16,6 %	15,6 %	21,4 %	20,8 %	17,4 %	19,0 %
Keine (0)	33,6 %	33,6 %	36,6 %	45,8 %	29,3 %	23,1 %	19,6 %	24,8 %
Tod einer nahestehenden Person (im letzten Jahr)								
Nein	80,3 %	89,0 %	74,1 %	89,1 %	81,7 %	72,9 %	75,7 %	79,6 %
Ja	19,7 %	11,0 %	25,9 %	10,9 %	18,3 %	27,1 %	24,3 %	20,4 %
Abbruch einer engen und wichtigen Beziehung (im letzten Jahr)								
Nein	90,0 %	87,5 %	94,9 %	79,8 %	91,3 %	96,2 %	87,7 %	91,2 %
Ja	10,0 %	12,5 %	5,1 %	20,2 %	8,7 %	3,8 %	12,3 %	8,8 %
Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen								
Hoch (8–10)	72,5 %	69,1 %	79,0 %	81,2 %	64,7 %	71,6 %	68,7 %	71,8 %
Mittel (6–7)	21,3 %	23,2 %	16,5 %	13,4 %	27,6 %	20,0 %	27,3 %	22,3 %
Gering (0–5)	6,2 %	7,7 %	4,5 %	5,3 %	7,7 %	8,4 %	4,1 %	5,8 %
Zufriedenheit mit Alleine- oder Zusammenleben								
Hoch (8–10)	64,4 %	59,3 %	79,6 %	65,2 %	67,9 %	82,1 %	72,3 %	75,1 %
Mittel (6–7)	23,8 %	29,9 %	14,1 %	26,2 %	25,0 %	14,0 %	16,1 %	18,0 %
Gering (0–5)	11,8 %	10,8 %	6,4 %	8,6 %	7,1 %	3,8 %	11,5 %	6,9 %
Schwere Konflikte mit nahestehenden Personen								
Nein	89,9 %	88,3 %	96,9 %	95,3 %	84,4 %	91,9 %	84,6 %	91,0 %
Ja	10,1 %	11,7 %	3,1 %	4,7 %	15,6 %	8,9 %	15,4 %	9,0 %
Probleme mit eigenen Kindern								
Nein	85,0 %	–	88,6 %	92,0 %	88,1 %	89,1 %	75,8 %	86,0 %
Ja	15,0 %	–	11,4 %	8,0 %	11,9 %	10,9 %	24,2 %	14,0 %

Datenquelle: Schweizer Haushalt-Panel 2013 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit obligatorischer Schulbildung, aber ohne weiterführende schulische bzw. berufliche Ausbildung

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0.5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0.3.

2.3 Soziale Beziehungen und soziale Ressourcen

Genauso wenig wie das Vorhandensein sozialer Beziehungen per se soziale Unterstützung garantiert und gewährleistet und damit eine gesundheitliche Ressource darstellt, genauso wenig muss ein Mangel an sozialen Beziehungen zwangsläufig mit mangelnder sozialer Unterstützung oder mit Einsamkeitsgefühlen oder relativer Beziehungsunzufriedenheit einhergehen. Im Folgenden soll für die Zürcher Wohnbevölkerung untersucht werden, ob und inwieweit mangelnde Sozialbeziehungen und eine mangelnde soziale Integration und Partizipation tatsächlich mit mangelnder sozialer Unterstützung und Gefühlen von sozialer Isolation einhergehen, d. h. mit einem Mangel an sozialen Ressourcen. Indikatoren für mangelnde soziale Integration und Partizipation sind dabei etwa eine vergleichsweise geringe Anzahl von guten und wichtigen (Freundschafts-)Beziehungen und Vertrauenspersonen, kumulierte Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit oder eine fehlende Vereinstätigkeit. Als Indikatoren für soziale Unterstützung bzw. für positive und unterstützende Sozialbeziehungen können dabei die Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe, Hilfestellung durch Vorgesetzte und/oder Arbeitskollegen, Interesse und Anteilnahme anderer Personen an dem, was man tut, sowie Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen gelten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass fast durchwegs die erwarteten Zusammenhänge gefunden bzw. beobachtet werden können zwischen den objektiven und quantitativen Indikatoren für soziale Integration und Partizipation einerseits und den subjektiven und qualitativen Indikatoren für soziale Unterstützung und soziale Ressourcen. Wer über keine Vertrauensbeziehungen verfügt, fühlt sich deutlich häufiger einsam und wenig sozial unterstützt und erfährt insbesondere vergleichsweise wenig Interesse und Anteilnahme durch andere Personen und im Bedarfsfall auch weniger Nachbarschaftshilfe (vgl. Tab. 2.4). Ausserdem lässt sich eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung beobachten: Je mehr Vertrauensbeziehungen, desto weniger Einsamkeitsgefühle und desto mehr soziale Unterstützung, soziale Anteilnahme durch Andere und Nachbarschaftshilfe.

Tabelle 2.4

Enge soziale Beziehungen und soziale Ressourcen, Kanton Zürich

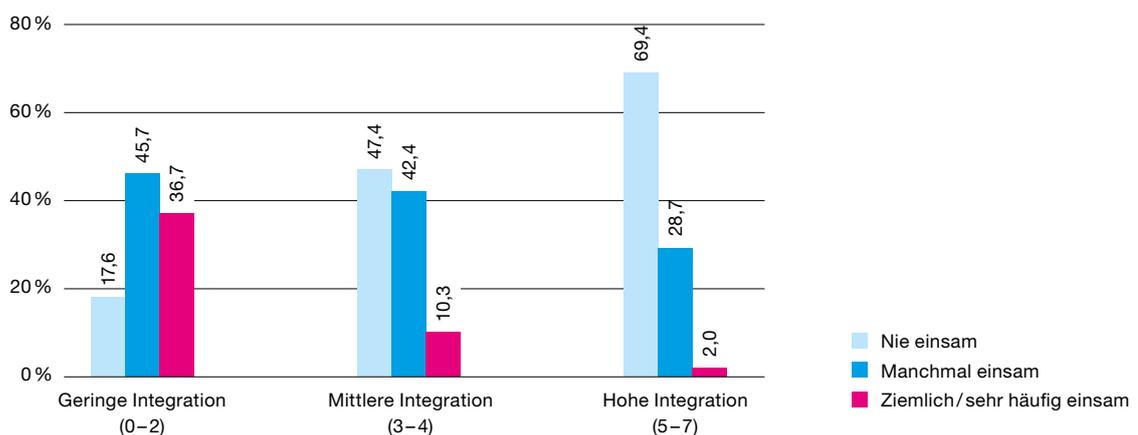
	Anzahl Vertrauensbeziehungen			Total Kt. ZH
	Keine	Eine	Mehrere	
Einsamkeitsgefühle				
Nie	43,5 %	61,5 %	67,2 %	64,9 %
Manchmal	38,7 %	32,8 %	29,6 %	30,8 %
Sehr/ziemlich häufig	17,8 %	5,8 %	3,1 %	4,4 %
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)				
Hoch (12–14)	15,7 %	21,4 %	41,8 %	35,8 %
Mittel (9–11)	44,6 %	53,9 %	49,5 %	50,3 %
Gering (3–8)	39,7 %	24,7 %	8,7 %	13,8 %
Interesse und Anteilnahme anderer Personen an dem, was man tut				
Viel/sehr viel Interesse	51,1 %	58,3 %	78,4 %	72,4 %
Weder viel noch wenig Interesse	23,4 %	22,4 %	13,6 %	16,2 %
Wenig/kein Interesse	25,5 %	19,3 %	8,0 %	11,5 %
Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe im Bedarfsfall				
Leicht/sehr leicht	46,4 %	53,9 %	60,9 %	58,6 %
Möglich	20,0 %	24,7 %	24,6 %	24,4 %
Schwierig/sehr schwierig	33,7 %	21,3 %	14,5 %	16,9 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

Besonders deutlich zeigt sich diese Dosis-Wirkungs-Beziehung anhand von zwei Schlüsselindikatoren, nämlich im stark negativen Zusammenhang zwischen dem Grad sozialer Integration und der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen (vgl. Abb. 2.6). Dabei gilt wiederum und unmissverständlich: Je höher der Grad sozialer Integration, desto seltener treten Einsamkeitsgefühle auf (und umgekehrt).

Abbildung 2.6

Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach dem Grad der sozialen Integration, Kanton Zürich



Anders als bei positiven und unterstützenden Sozialbeziehungen gehen negative und belastende Beziehungen, etwa in Form von Beziehungsproblemen am Arbeitsplatz (Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen), mit häufigeren Einsamkeitsgefühlen und – wenig überraschend und zusätzlich belastend – mit einem wahrgenommenen Mangel an Hilfestellung und Unterstützung durch Vorgesetzte und Arbeitskolleginnen und -kollegen einher (vgl. Tab. 2.5). Mehr als drei Viertel aller erwerbstätigen Zürcherinnen und Zürcher, die bei der Arbeit im vergangenen Jahr keinerlei Benachteiligung, verbale oder körperliche Gewalt, Mobbing, Drohung, Erniedrigung, Einschüchterung oder (sexuelle) Belästigung erfahren haben, aber lediglich etwas mehr als die Hälfte derjenigen, die einzelne oder gar mehrere solche Erfahrungen gemacht haben, fühlen sich immer oder zumindest meistens unterstützt durch den oder die Vorgesetzte(n) bzw. durch Arbeitskolleginnen und -kollegen.

Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz gehen also mit einem relativen Mangel an sozialer Unterstützung einher. Trennungserfahrungen durch Beziehungsabbrüche oder Tod von nahestehenden Personen scheinen hingegen nicht zu einem Verlust an sozialen Ressourcen zu führen oder zumindest nicht mit einer verringerten Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen und mit der Partnerschaft bzw. dem Alleinleben einherzugehen. Vielmehr sind Zürcherinnen und Zürcher, die von solchen Trennungserfahrungen berichten, eher noch zufriedener mit ihren persönlichen Beziehungen als diejenigen, die keine solchen Erfahrungen gemacht haben, wie dem Schweizer Haushalt-Panel zu entnehmen ist.

Tabelle 2.5

Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen und soziale Ressourcen (am Arbeitsplatz), Kanton Zürich

	Gewalt-/Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit			Total Kt. ZH
	Keine (0)	Einzelne (1)	Kumulierte (2+)	
Einsamkeitsgefühle				
Nie	66,6 %	57,2 %	54,7 %	64,7 %
Manchmal	29,9 %	36,9 %	36,0 %	31,2 %
Sehr/ziemlich häufig	3,4 %	5,9 %	9,3 %	4,1 %
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)				
Hoch (12–14)	39,4 %	32,8 %	40,3 %	38,7 %
Mittel (9–11)	50,2 %	54,1 %	42,4 %	50,0 %
Gering (3–8)	10,5 %	13,1 %	17,3 %	11,3 %
Unterstützung von Arbeitskollegen				
Immer/meistens	77,2 %	61,6 %	53,7 %	73,6 %
Manchmal	17,7 %	30,8 %	28,6 %	20,1 %
Selten/nie	5,1 %	7,6 %	17,7 %	6,3 %
Unterstützung von Vorgesetzten				
Immer/meistens	76,2 %	54,7 %	53,0 %	71,9 %
Manchmal	16,7 %	30,1 %	22,9 %	18,7 %
Selten/nie	7,2 %	15,2 %	24,2 %	9,4 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

3.0 **Soziale Beziehungen und Gesundheitszustand**

3.1 **Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung**

3.2 **Soziale Beziehungen und Gesundheitszustand**

3.2.1 **Positive soziale Beziehungen und Gesundheit**

3.2.2 **Mangelnde oder konfliktive soziale Beziehungen und Gesundheit**

3.2.3 **Soziale Integration und Gesundheit**

3.2.4 **Soziale Beziehungen und kumulierte Gesundheitsprobleme**

3.3 **Soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten**

3.4 **Soziale Beziehungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

3.5 **Hochrisikogruppen in der Zürcher Bevölkerung**

Soziale Beziehungen und Gesundheit

3.1 Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung

Bevor in den anschliessenden Unterkapiteln die Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen einerseits und der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen andererseits untersucht werden, geht es im Folgenden um die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung und einzelnen Bevölkerungsgruppen und zwar unabhängig von der Quantität und Qualität ihrer Sozialbeziehungen.

Wie schon in früheren Untersuchungen und Gesundheitsberichten festgestellt, ist die Zürcher Bevölkerung gemessen an ganz verschiedenen Indikatoren zur allgemeinen, physischen bzw. muskuloskelettalen und psychischen Gesundheit insgesamt bei etwas schlechterer Gesundheit als die Wohnbevölkerung der übrigen Deutschschweiz (vgl. Tab. 3.1). Der Anteil der Personen, die eine weniger gute Lebensqualität, eine mittelmässig bis schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit, krankheitsbedingte Arbeitsabsenzen, Rücken- oder Kreuzschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen sowie Erschöpfungssymptome, Schlafstörungen, psychische Belastungen und Depressionen aufweisen, liegt in der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich durchwegs leicht höher als in der übrigen Deutschschweiz.

Bildungsferne und Einkommensschwache bei relativ schlechter Gesundheit

Betrachtet man einzelne Bevölkerungsgruppen innerhalb des Kantons Zürich (vgl. Tab. 3.1), so weichen v. a. drei Gruppen teilweise deutlich vom Durchschnitt ab, nämlich Jugendliche im Alter zwischen 15 und 25 Jahren (11 % der Bevölkerung) sowie 20-Jährige und ältere Erwachsene mit geringer Schul- und Berufsbildung (16 %) und einkommensschwache Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen von unter 3000 Franken netto (16 %). Der Anteil an gesundheitlich Angeschlagenen und Beeinträchtigten ist in der zweit- und der letztgenannten Gruppe fast durchwegs, d. h. über nahezu alle Indikatoren hinweg und teilweise massiv erhöht. Beispielsweise ist bei den wenig Gebildeten mehr als ein Drittel eigenen Angaben zufolge bei mittelmässiger bis schlechter Gesundheit, gegenüber lediglich einem Siebtel in der Gesamtbevölkerung (vgl. Tab. 3.1). Auch zeigen über 42 % aller Einkommensschwachen Symptome für leichte, mittlere oder sogar schwere Depressionen gegenüber einem durchschnittlichen Anteil von knapp 30 % (vgl. Tab. 3.1). Umgekehrt verhält es sich bei den Jugendlichen, deren Anteil an gesundheitlich Beeinträchtigten, psychisch Belasteten, chronisch Kranken, Schmerzgeplagten und Schlafbeeinträchtigten stets deutlich unter dem Durchschnitt liegt (vgl. Tab. 3.1). Einzig allgemeine Müdigkeit und Schwächesymptome sowie leichte bis schwere Depressionen sind bei Jugendlichen überdurchschnittlich häufig.

Rentnerinnen und Rentner geben ein etwas zwiespältiges Bild ab, sind sie doch einerseits bei überdurchschnittlich guter psychischer Gesundheit und weisen vergleichsweise selten psychische Belastungen, Depressionssymptome oder Schwächesymptome auf, klagen aber andererseits auch überdurchschnittlich häufig über eine nur mittelmässige bis schlechte Gesundheit oder über Rücken- oder Kreuzschmerzen, chronische Krankheiten und Schlafstörungen (vgl. Tab. 3.1). Was ebenfalls auffällt ist, dass Frauen im mittleren Alter zwischen 45 und 64 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung, v. a. aber auch im Vergleich mit gleichaltrigen Männern relativ häufig eine eingeschränkte oder vielmehr beeinträchtigte Gesundheit aufweisen. Das gilt in besonderem Masse für muskuloskelettale Beschwerden, Erschöpfungssymptome und Schlafstörungen. Und schliesslich sind punktuell auch Alleinlebende gesundheitlich stärker angeschlagen als der Durchschnitt der Zürcher Wohnbevölkerung, wobei sich diese Gruppe teilweise überschneidet mit der Gruppe der Rentnerinnen und Rentner, welche gerade im höheren Alter häufig verwitwet sind und daher alleine leben.

Tabelle 3.1

Gesundheit in der Zürcher Bevölkerung und bei einzelnen Bevölkerungsgruppen, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz

	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)	Total Kt. ZH	Total Übrige D-CH***
Anteil an Zürcher Bevölkerung	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %	100,0 %	100,0 %
Lebensqualität									
Gut bis sehr gut	90,0 %	96,6 %	92,0 %	81,7 %	86,1 %	90,2 %	91,1 %	92,4 %	93,9 %
Nicht gut bis sehr schlecht	10,0 %	3,4 %	8,0 %	18,3 %	13,9 %	9,8 %	8,9 %	7,6 %	6,1 %
Selbsteingeschätzte Gesundheit									
Gut bis sehr gut	80,2 %	96,7 %	75,8 %	66,5 %	77,0 %	85,5 %	80,2 %	85,5 %	86,4 %
Mässig bis sehr schlecht	19,8 %	3,3 %	24,2 %	33,5 %	23,0 %	14,5 %	19,8 %	14,5 %	13,6 %
Chronische Krankheit									
Nein	53,4 %	82,4 %	53,9 %	65,8 %	63,3 %	65,8 %	61,9 %	67,6 %	67,6 %
Ja	46,6 %	17,6 %	46,1 %	34,2 %	36,7 %	34,2 %	38,1 %	32,4 %	32,4 %
Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (letzte 4 Wochen)									
0 Tage	84,4 %	84,3 %	92,2 %	84,4 %	86,1 %	87,9 %	85,2 %	86,4 %	88,0 %
1–3 Tage	10,9 %	10,8 %	5,3 %	8,2 %	7,3 %	5,6 %	9,3 %	8,3 %	6,6 %
4–28 Tage	4,7 %	4,9 %	2,6 %	7,3 %	6,6 %	6,5 %	5,5 %	5,3 %	5,4 %
Rücken-/Kreuzschmerzen									
Überhaupt nicht	55,7 %	65,2 %	54,7 %	50,1 %	55,2 %	65,8 %	53,5 %	59,1 %	59,4 %
Ein bisschen	36,4 %	28,1 %	35,7 %	38,3 %	39,0 %	30,0 %	38,6 %	34,2 %	33,6 %
Stark	7,9 %	6,6 %	9,6 %	11,6 %	5,8 %	4,2 %	7,9 %	6,7 %	6,9 %
Allg. Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit									
Überhaupt nicht	56,3 %	44,9 %	62,4 %	49,0 %	46,8 %	75,1 %	51,2 %	55,6 %	59,1 %
Ein bisschen	36,9 %	48,3 %	34,0 %	41,9 %	46,7 %	23,1 %	40,3 %	38,7 %	35,6 %
Stark	6,8 %	6,7 %	3,6 %	9,1 %	6,5 %	1,7 %	8,5 %	5,7 %	5,3 %
Schmerzen in Schultern, Nacken oder Armen									
Überhaupt nicht	58,8 %	68,7 %	59,4 %	54,9 %	58,1 %	66,7 %	52,9 %	61,1 %	63,9 %
Ein bisschen	32,0 %	28,2 %	31,8 %	33,8 %	29,9 %	27,2 %	35,1 %	31,1 %	29,3 %
Stark	9,2 %	3,1 %	8,8 %	11,2 %	12,0 %	6,0 %	12,1 %	7,8 %	6,8 %
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen									
Überhaupt nicht	54,9 %	73,0 %	56,6 %	53,0 %	56,0 %	72,4 %	53,7 %	64,6 %	69,7 %
Ein bisschen	37,2 %	25,2 %	38,2 %	38,4 %	38,0 %	22,7 %	34,9 %	29,7 %	24,8 %
Stark	7,9 %	1,8 %	5,2 %	8,6 %	6,0 %	4,9 %	11,4 %	5,7 %	5,5 %
Psychische Belastung (MHI5)									
Gering (81–100)	65,9 %	63,0 %	72,9 %	51,2 %	52,5 %	69,5 %	61,2 %	65,4 %	69,5 %
Mittel (51–80)	30,0 %	35,6 %	24,6 %	41,4 %	40,3 %	28,8 %	32,6 %	30,9 %	27,9 %
Hoch (0–50)	4,0 %	1,4 %	2,5 %	7,4 %	7,2 %	1,7 %	6,2 %	3,7 %	2,6 %
Depression (PHQ9)									
Keine/minimale (1)	70,6 %	59,1 %	80,5 %	63,1 %	57,9 %	74,0 %	70,0 %	70,1 %	73,1 %
Leichte bis mittlere (2–3)	26,4 %	38,6 %	19,2 %	34,3 %	39,0 %	25,4 %	27,5 %	28,2 %	25,2 %
(Eher) schwere (4–5)	2,9 %	2,3 %	0,3 %	2,6 %	3,1 %	0,7 %	2,5 %	1,7 %	1,7 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d. h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0.5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0.3.

*** Übrige Deutschschweiz: Kantone BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG

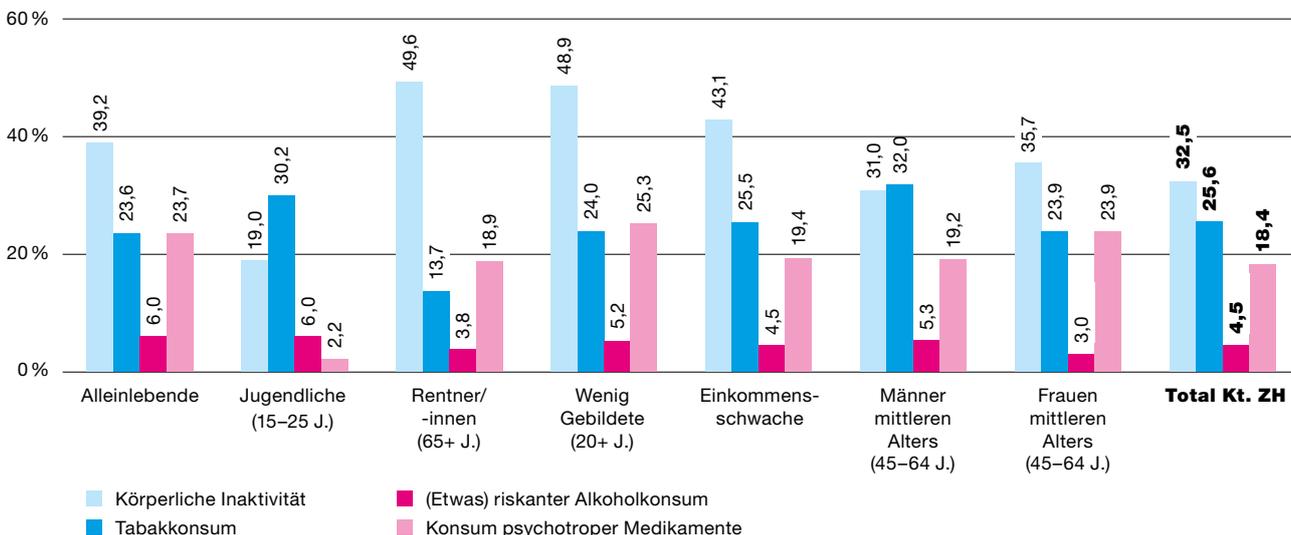
Unterschiedliches gesundheitliches Risikoverhalten in der Bevölkerung

Was das Gesundheitsverhalten betrifft, so schneidet die Zürcher Bevölkerung einmal mehr bei zumindest zwei der vier berücksichtigten Indikatoren (körperliche Inaktivität, Medikamentenkonsum) leicht schlechter ab im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz, nicht hingegen beim Tabak- und Alkoholkonsum. Und wiederum fallen innerhalb der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich beim Gesundheitsverhalten einzelne Bevölkerungsgruppen besonders ins Auge und etwas aus dem Rahmen, nämlich Rentnerinnen und Rentner, wenig Gebildete und Einkommensschwache sowie teilweise auch Alleinlebende (vgl. Abb. 3.1). Im Kanton Zürich wohnhafte Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sind zu 50 % und damit weit überdurchschnittlich häufig körperlich inaktiv, rauchen dafür nur etwa halb so häufig (14 %) wie der Durchschnitt der Zürcher Wohnbevölkerung (26 %). Ähnliches gilt für alleinlebende und wenig gebildete sowie für einkommensschwache Zürcherinnen und Zürcher, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt. Diese Gruppen weisen ebenfalls einen weit überdurchschnittlich hohen Anteil an Inaktiven auf, rauchen aber durchschnittlich häufig und weisen nicht oder nur leicht erhöhte Anteile an Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum auf. Dieser Anteil liegt nur bei Alleinlebenden und Jugendlichen nennenswert über dem Durchschnitt, allerdings auch nur um 1,5 Prozentpunkte. Jugendliche sowie Männer mittleren Alters rauchen mit einem Anteil von 30 % (Jugendliche) bzw. 32 % (Männer mittleren Alters) ausserdem überdurchschnittlich häufig.

Manche Zürcherinnen und Zürcher greifen also vermehrt zu klassischen Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak, andere nehmen stattdessen psychoaktive Substanzen in Medikamentenform mit entspannender oder stimmungsaufhellender Wirkung zu sich, also Schlafmittel, Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva. Insgesamt über 18 % aller Zürcherinnen und Zürcher konsumieren regelmässig solche psychotropen Medikamente, die bei häufigem oder übermässigem Gebrauch wie die klassischen substanzgebundenen Suchtmittel (Tabak, Alkohol) zu einer Abhängigkeit führen können. Solche Medikamente konsumieren unter den Alleinlebenden (24 %), den wenig Gebildeten (25 %) und den Frauen mittleren Alters (24 %) überdurchschnittlich viele Personen, unter den Jugendlichen (2 %) hingegen praktisch keine (vgl. Abb. 3.1).

Abbildung 3.1

Gesundheitsverhalten bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen und in der Gesamtbevölkerung, Kanton Zürich (SGB 2012)

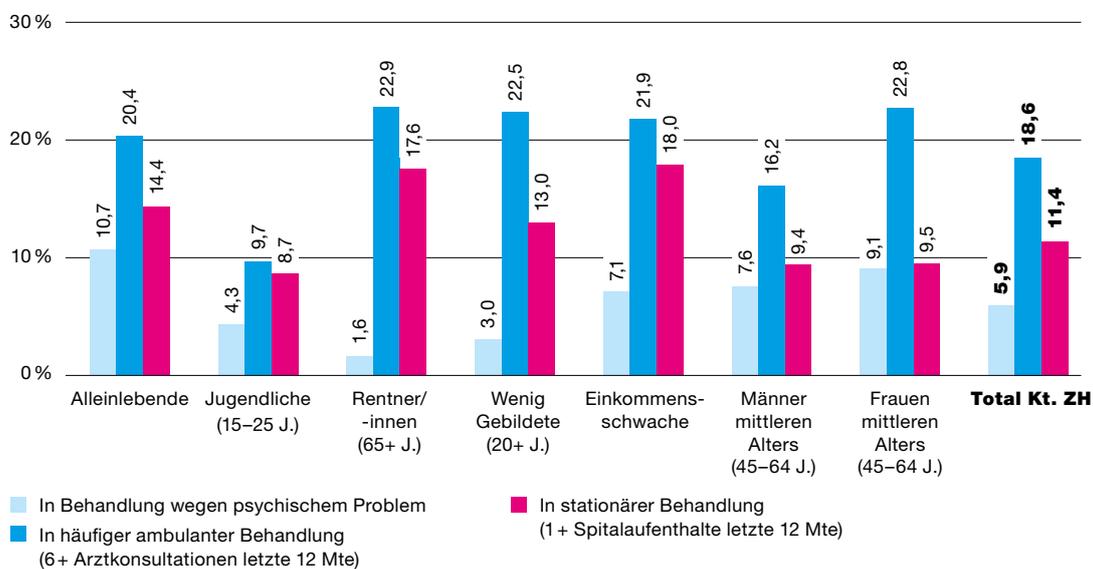


Häufige Arztkonsultationen und Spitalaufenthalte bei sozial Benachteiligten

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, d. h. psychologischen bzw. psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlungen (ambulant oder stationär) ergibt sich ein etwas inkonsistentes Bild. Einerseits zeigt sich, dass Rentnerinnen und Rentner sowie wenig Gebildete und Einkommensschwache vergleichsweise häufig ambulante und stationäre Behandlungen in Anspruch nehmen (vgl. Abb. 3.2). Gleichzeitig sind das mit Ausnahme der Einkommensschwachen genau diejenigen Bevölkerungsgruppen, welche relativ selten wegen einem psychischen Problem in Behandlung sind. Alleinlebende und Frauen mittleren Alters sind zwar ebenfalls recht häufig in ambulanter und/oder stationärer Behandlung, zugleich aber auch relativ häufig in Behandlung wegen einem psychischen Problem. Jugendliche stellen diesbezüglich keine Risikogruppe dar und nehmen unterdurchschnittlich häufig gesundheitliche Versorgungsleistungen in Anspruch.

Abbildung 3.2

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen und in der Gesamtbevölkerung, Kanton Zürich (SGB 2012)



Kanton Zürich im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz

Insgesamt kann man zum Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen festhalten, dass die Bevölkerung des urbanen Kantons Zürich trotz einer grossmehrheitlich guten bis sehr guten selbsteingeschätzten Gesundheit und Lebensqualität im Vergleich zur Bevölkerung der übrigen Deutschschweiz erwartungsgemäss und wenig überraschend leicht weniger gesund ist und dass innerhalb der Zürcher Bevölkerung wenig gebildete, allein lebende, einkommensschwache und/oder teilweise auch pensionierte Zürcherinnen und Zürcher überdurchschnittlich häufig gesundheitlich angeschlagen oder beeinträchtigt sind. Gleiches gilt mitunter auch für Frauen im mittleren Alter. Jugendliche hingegen sowie Männer im mittleren Alter sind insgesamt bei weit überdurchschnittlich guter oder zumindest durchschnittlicher Gesundheit. Dabei gibt es einige wichtige und bereits bekannte Ausnahmen von der Regel. So sind Rentnerinnen und Rentner zum Beispiel – wie im übrigen auch Männer mittleren Alters – bei überdurchschnittlich guter psychischer Gesundheit, Jugendliche hingegen psychisch häufiger angeschlagen als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Beim Gesundheitsverhalten und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind die Befunde etwas uneinheitlicher. Bezüglich körperlicher Aktivität und Konsum von psychotropen Medikamenten schneiden wiederum Rentnerinnen und Rentner sowie wenig Gebildete und Einkommensschwache vergleichsweise schlecht ab, nicht jedoch hinsichtlich klassischer Suchtmittel wie Tabak und Alkohol. Diesbezüglich sind vielmehr Alleinlebende, Jugendliche und Männer mittleren Alters im negativen Sinne «auffällig».

3.2 Soziale Beziehungen und Gesundheitszustand

Soziale Beziehungen und insbesondere positive soziale Beziehungen und soziale Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung und sozialer Integration haben nachweislich einen starken positiven Einfluss auf die Gesundheit. Genauso haben mangelnde oder konfliktive soziale Beziehungen in Form von Einsamkeitsgefühlen oder Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit einen negativen Effekt auf die Gesundheit. Soviel ist aus der Forschungsliteratur und aus anderen Ländern und von anderen Populationen zumindest bekannt und darf erwartet werden. Ob, inwiefern und in welchem Ausmass dies tatsächlich auch für die Zürcher Bevölkerung gilt, soll im Folgenden und im Rahmen dieses Gesundheitsberichts erstmals für den Kanton Zürich untersucht werden.

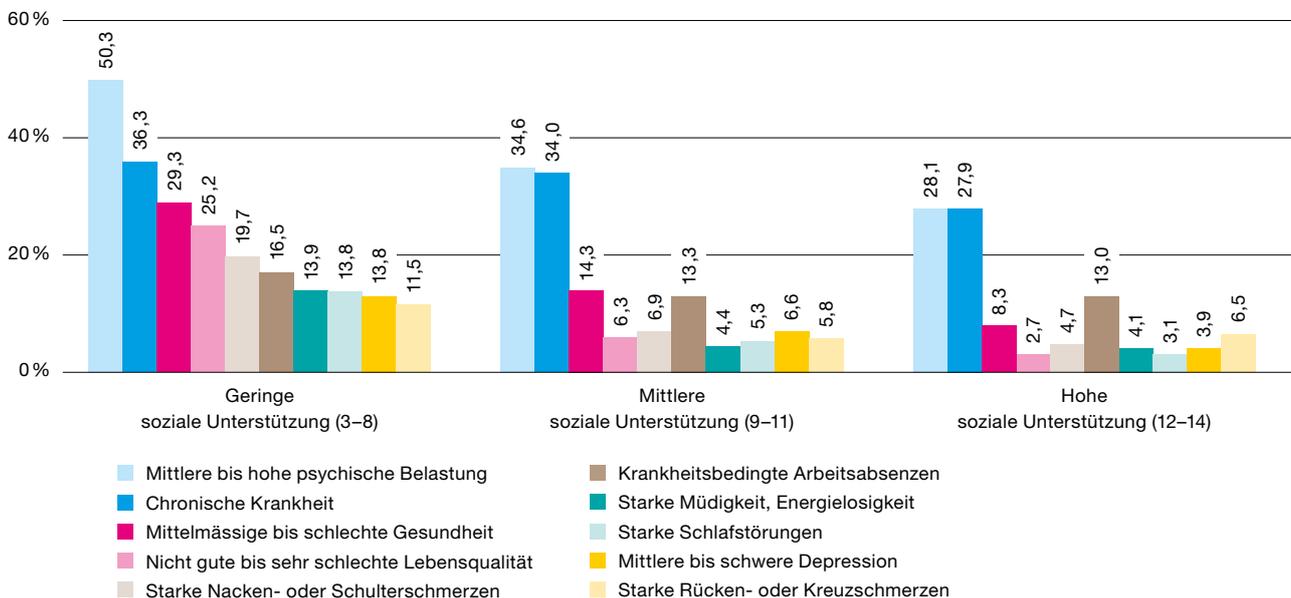
3.2.1 Positive soziale Beziehungen und Gesundheit

Eine wichtige gesundheitliche Ressource von sozialen Beziehungen ist emotionale und/oder instrumentelle Unterstützung, tatsächlich erhaltene oder bloss wahrgenommene, d.h. im Bedarfsfall verfügbare. Auch eine aktive Vereinsmitgliedschaft (soziale Partizipation) und ganz allgemein die Einbindung in ein soziales Beziehungsgeflecht, ein soziales Netzwerk (soziale Integration) sind potenzielle Quellen von sozialer Unterstützung.

Je höher das Ausmass an wahrgenommener bzw. verfügbarer sozialer Unterstützung bei Zürcherinnen und Zürichern, desto geringer die Wahrscheinlichkeit bzw. Häufigkeit von verschiedenen gesundheitlichen Problemen (vgl. Abb. 3.3). Dabei besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, d.h. eine stetig abnehmende Prävalenz der Gesundheitsprobleme mit graduell zunehmendem Ausmass an sozialer Unterstützung. Untersucht wurde das wiederum anhand der bereits vorgestellten zehn verschiedenen Indikatoren für allgemeine, psychische und muskuloskelettale Gesundheit. Der Zusammenhang ist nicht über alle Indikatoren hinweg gleich stark, aber durchwegs negativ und signifikant. Besonders ausgeprägt ist er bei der Lebensqualität und selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheit sowie bei der psychischen Gesundheit.

Abbildung 3.3

Gesundheitsprobleme nach dem Grad an sozialer Unterstützung, Kanton Zürich (SGB 2012)



Gemessen an der Häufigkeit der Teilnahme an Vereinsaktivitäten ist der Zusammenhang zu den zehn Gesundheitsindikatoren deutlich weniger ausgeprägt und häufig nicht linear (keine Abbildung). Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass eine aktive Vereinsmitgliedschaft kein wirklich guter Indikator für Qualität und Ausmass von sozialen Beziehungen und Unterstützung ist. Dennoch gilt auch diesbezüglich: Wer überhaupt nicht an irgendwelchen Klub- oder Vereinsaktivitäten teilnimmt, hat vermehrt Gesundheitsprobleme im Vergleich mit Zürcherinnen und Zürichern, die regelmässig an solchen Anlässen teilnehmen. Dies lässt zumindest darauf schliessen, dass eine angeschlagene Gesundheit sich etwas schwerer mit einer aktiven Vereinsmitgliedschaft vereinbaren lässt als eine gute Gesundheit. Da es sich dabei häufig auch um Sportvereine handeln dürfte, ist dieser Zusammenhang relativ naheliegend.

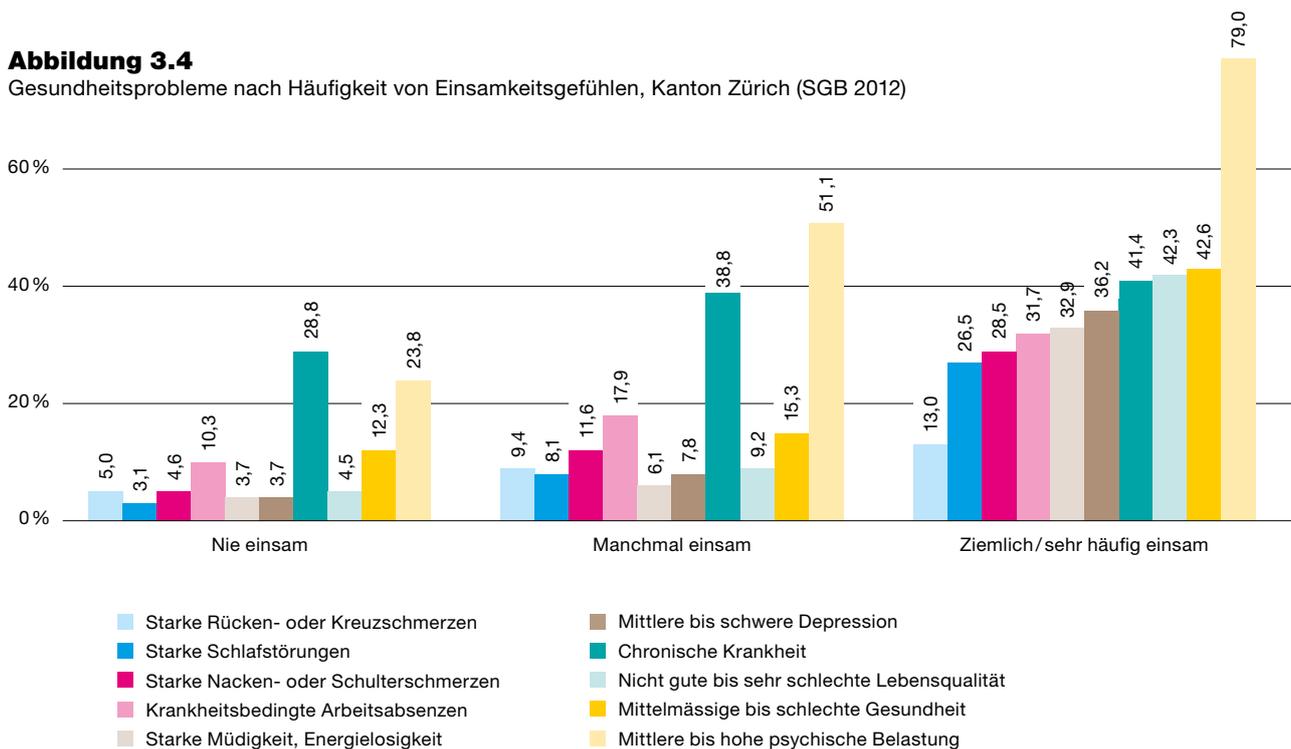
3.2.2 Mangelnde oder konfliktive soziale Beziehungen und Gesundheit

Fehlende oder mangelnde soziale Beziehungen, die sich mitunter in Einsamkeitsgefühlen äussern können, sowie problematische soziale Beziehungen etwa in Form von erfahrener Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz können direkt wie auch indirekt die Gesundheit und psychische Befindlichkeit beeinträchtigen. Konfliktive soziale Beziehungen sind nachweislich ein starker Stressor und Belastungsfaktor, der die Gesundheit und das (psychische) Wohlbefinden ganz direkt und nachhaltig beeinträchtigt. Gleichzeitig gehen mangelnde soziale Beziehungen mit einem Mangel an sozialen Ressourcen und insbesondere an sozialer Unterstützung einher, was sich wiederum indirekt negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt, weil dadurch gesundheitliche Belastungen und Stressoren nicht gemildert und abgefedert werden. Diese Pufferfunktion von sozialen Beziehungen ist vielfach belegt.

Tatsächlich ist in der Zürcher Wohnbevölkerung der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen und der Häufigkeit von verschiedenen Gesundheitsproblemen sehr deutlich sowie durchwegs konsistent und statistisch hochsignifikant (vgl. Abb. 3.4). D.h. es gilt ohne Ausnahme für alle berücksichtigten Indikatoren zur physischen (muskuloskelettalen) und psychischen sowie psychosomatischen Gesundheit bzw. Krankheit, dass mit zunehmender Häufung von Einsamkeitsgefühlen die Wahrscheinlichkeit oder vielmehr Häufigkeit von Gesundheitsproblemen ebenfalls stark ansteigt. Wiederum ist eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung festzustellen. Die knappe Zweidrittel-Mehrheit der Zürcherinnen und Zürcher, welche sich eigenen Angaben zufolge nie einsam fühlt, ist bei vergleichsweise guter körperlicher und psychischer Gesundheit. Diejenigen 4.4 % der Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, welche ziemlich häufig oder sogar sehr häufig von solchen Einsamkeitsgefühlen berichten, sind hingegen weit überdurchschnittlich häufig bei schlechter Gesundheit (vgl. Abb. 3.4). So stehen rund 80 % von ihnen gemäss einer Kurzversion eines validierten und etablierten Screeningtests für psychische Gesundheit (Mental Health Inventory MHI-5) unter mittlerer bis hoher psychischer Belastung. Immer noch mehr als 40 % von ihnen weisen eigenen Angaben zufolge eine chronische Krankheit bzw. ein chronisches Gesundheitsproblem auf, sind bei lediglich mittelmässiger bis sehr schlechter allgemeiner Gesundheit und/oder haben entsprechend keine gute oder sogar eine schlechte Lebensqualität (vgl. Abb. 3.4). Und immerhin noch 36 % der sich häufig einsam fühlenden Zürcherinnen und Zürcher zeigen gemäss einem weiteren Screeninginstrument für «Major Depression» (Patient Health Questionnaire PHQ-9) Symptome einer mittleren bis schweren Depression. Auch allgemeine Schwächesymptome und Müdigkeit (33 %), Nacken- oder Schulterschmerzen (29 %) sowie Schlafstörungen (27 %) treten in dieser Personengruppe weit überdurchschnittlich häufig auf. Knapp ein Drittel (32 %) der sich ziemlich bis sehr häufig einsam fühlenden Zürcherinnen und Zürcher – gegenüber lediglich rund 10 % der sich nie einsam fühlenden Erwerbstätigen – war in den vergangenen vier Wochen vor der Befragung ausserdem arbeitsunfähig (einen oder mehrere Tage), fehlte also krankheitshalber am Arbeitsplatz oder konnte währenddessen die Haushaltarbeit nicht erledigen.

Abbildung 3.4

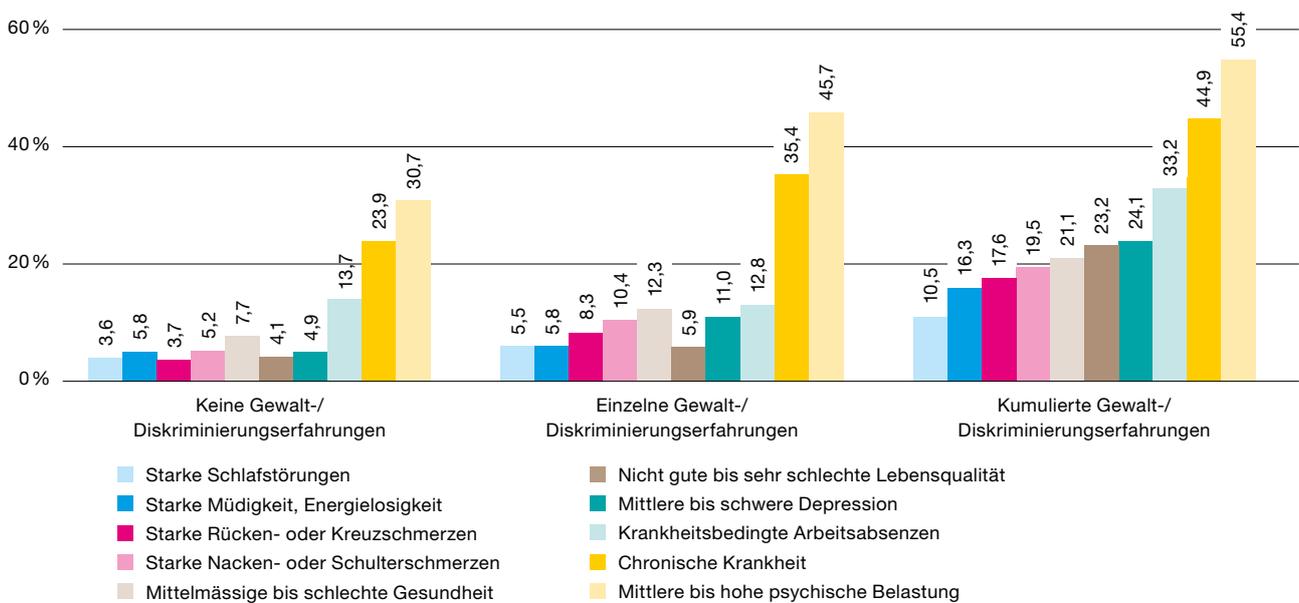
Gesundheitsprobleme nach Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen, Kanton Zürich (SGB 2012)



Ähnlich gesundheitsbeeinträchtigend wie häufige Einsamkeitsgefühle in der Allgemeinbevölkerung scheinen sich in der Erwerbsbevölkerung Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit auszuwirken. Erfasst wurden in diesem Zusammenhang erfahrene Benachteiligungen aufgrund des Alters, des Geschlechts, der Nationalität, der Hautfarbe oder einer Behinderung sowie erfahrene verbale oder körperliche Gewalt, Drohungen oder Erniedrigungen, Einschüchterung oder Mobbing und sexuelle und andere Formen der Belästigung am Arbeitsplatz. Wenn «nur» eine solche Erfahrung gemacht wurde, wie von rund 11 % aller Zürcher Erwerbstätigen berichtet, treten die verschiedenen Gesundheitsprobleme lediglich leicht gehäuft auf (vgl. Abb. 3.5). Wenn hingegen mehrere solche Erfahrungen gemacht wurden – und das betrifft immerhin noch über 7 % aller erwerbstätigen Zürcherinnen und Zürcher –, ist die Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen bereits deutlich erhöht. Besagte Gesundheitsprobleme sind unter denjenigen Zürcherinnen und Zürchern, welche von kumulierten Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen berichten, zwei- bis über fünffach häufiger als bei denjenigen, welche keine solche Erfahrungen gemacht haben. Wiederum zeigt sich über nahezu alle berücksichtigten Gesundheitsindikatoren hinweg eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung, d. h. eine graduell ansteigende Häufigkeit von Gesundheitsproblemen mit zunehmender Häufigkeit von solchen Erfahrungen.

Abbildung 3.5

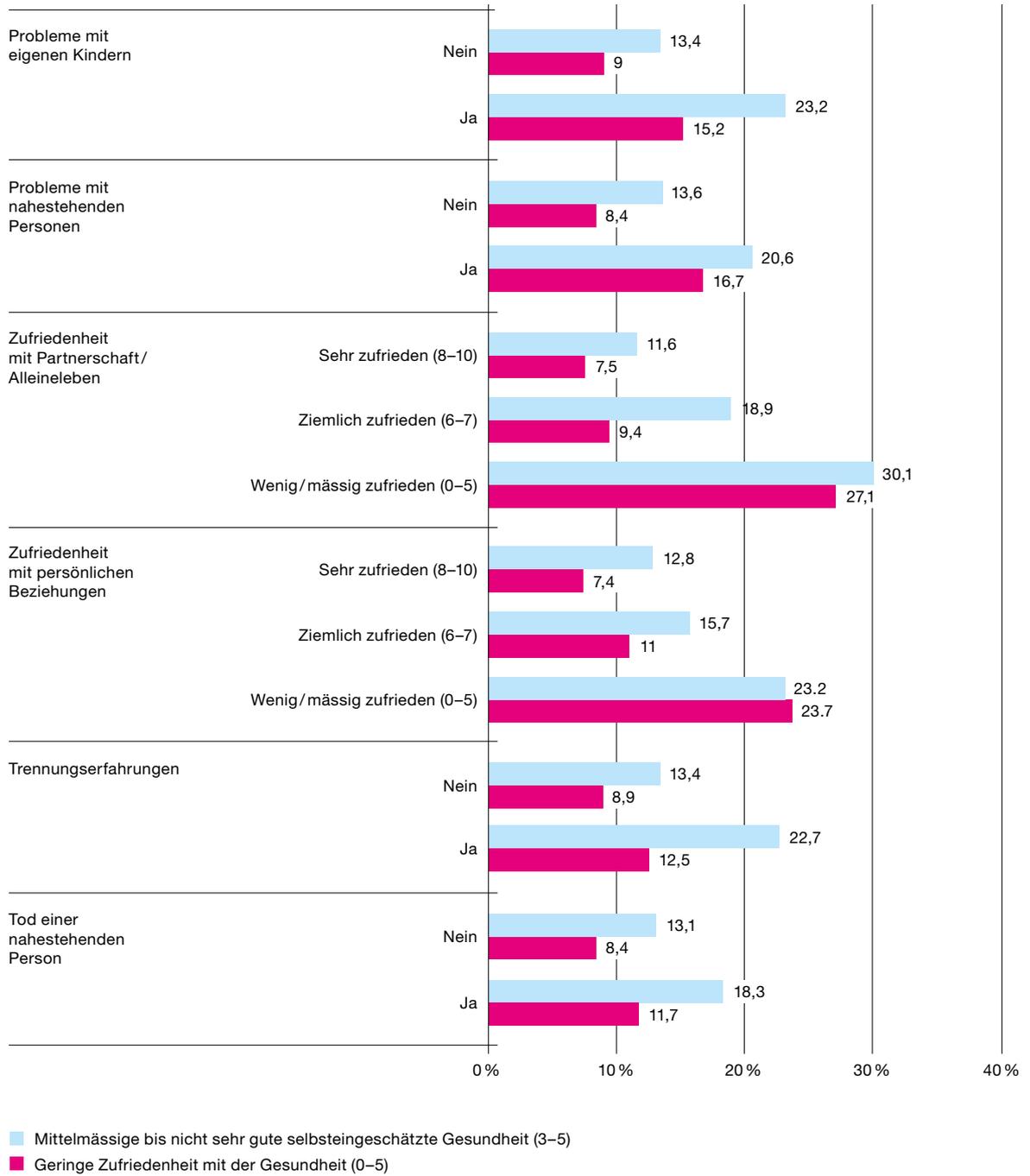
Gesundheitsprobleme nach der Häufigkeit von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, Kanton Zürich (SGB 2012)



Eine wenig zufriedenstellende Partnerschaft, ein ungewolltes bzw. unbefriedigendes Single-Dasein, Probleme mit den eigenen Kindern oder sonstigen nahestehenden Personen oder Verlustserfahrungen bzw. «verlorene» soziale Beziehungen infolge Todesfall oder Beziehungsabbruch (Scheidung, Trennung) scheinen die Gesundheit der Zürcherinnen und Zürcher ebenfalls zu beeinträchtigen. So sind im Kanton Zürich wohnhafte Personen, die solche «Beziehungsprobleme» aufweisen oder «Beziehungsverluste» erleiden, durchwegs häufiger relativ unzufrieden mit der eigenen Gesundheit und schätzen diese signifikant öfter als lediglich mittelmässig oder sogar schlecht ein im Vergleich mit Zürcherinnen und Zürchern, die keine solchen sozialen Probleme oder Verluste zu beklagen haben (vgl. Abb. 3.6).

Abbildung 3.6

Selbstberichtete allgemeine Gesundheit in Abhängigkeit von der Qualität sozialer Beziehungen, Kanton Zürich (SHP 2013)

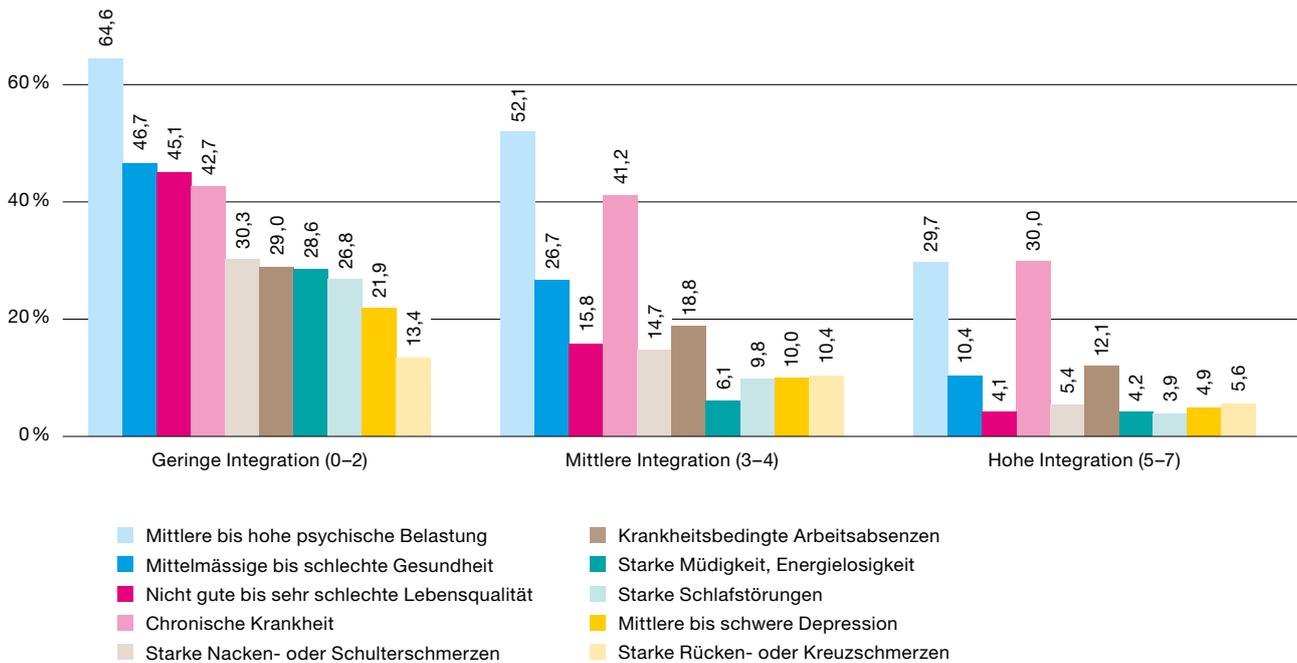


3.2.3 Soziale Integration und Gesundheit

Vergleichbar gross wie in Abhängigkeit der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen sind die gesundheitlichen Unterschiede nach dem Grad der sozialen Integration. Je geringer die Einbindung in ein soziales Umfeld, d. h. je dünner und weniger unterstützend das persönliche soziale Netzwerk aus nahestehenden (Vertrauens-)Personen, Mitbewohnern, Nachbarn, VereinskollegInnen usw. ist, desto häufiger sind gesundheitliche Beschwerden und Gesundheitsprobleme (vgl. Abb. 3.7).

Abbildung 3.7

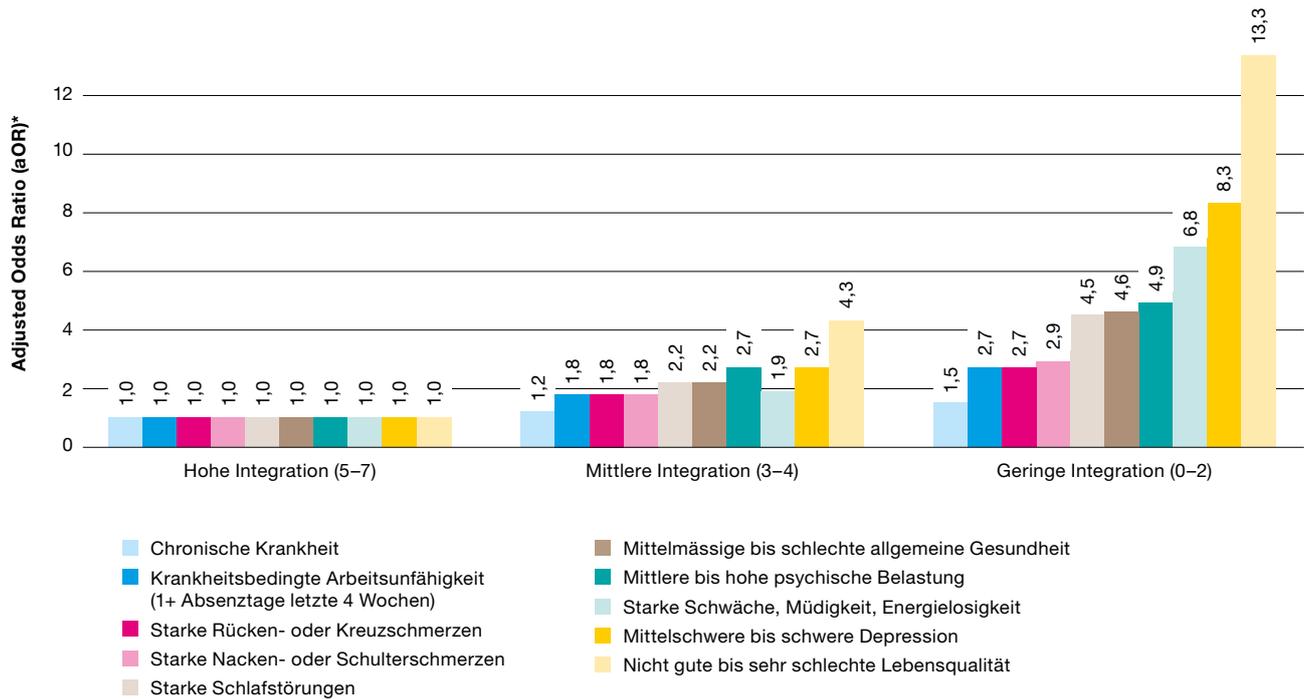
Gesundheitsprobleme nach dem Grad sozialer Integration, Kanton Zürich (SGB 2012)



Bereits die 15 % der gemessenen am Integrationsindex sozial nur mittelmässig integrierten Zürcherinnen und Zürcher weisen im Vergleich zur gut integrierten Mehrheit der Zürcher Bevölkerung (81 %) signifikant erhöhte Prävalenzraten hinsichtlich der zehn berücksichtigten Gesundheitsprobleme auf (vgl. Abb. 3.7). Die verbleibenden knapp 4 % der wenig bis gar nicht integrierten bzw. sozial isolierten Zürcherinnen und Zürcher schneiden im Vergleich dazu nochmals deutlich schlechter ab und verzeichnen mitunter gar mehrfach erhöhte Prävalenzraten. Knapp die Hälfte der sozial isolierten Zürcherinnen und Zürcher berichtet von einer chronischen Krankheit (42 %), betrachtet die persönliche Lebensqualität als nicht gut oder sogar sehr schlecht (45 %) und/oder schätzt die eigene Gesundheit im Allgemeinen als nur mittelmässig bis sehr schlecht ein (47 %). Knapp zwei Drittel (65 %) von ihnen stehen ausserdem unter mittlerer bis hoher psychischer Belastung. Mehr als ein Viertel zeigt starke Schwäche- und Erschöpfungssymptome (29 %) oder starke Schlafstörungen (27 %). Und mehr als ein Fünftel (22 %) weist Symptome einer mittleren bis schweren Depression auf.

Abbildung 3.8

Gesundheitsrisiken nach dem Grad sozialer Integration, Kanton Zürich (SGB 2012)



* für Alter, Geschlecht und Bildung kontrolliert; ungewichtete Daten

Wenn man die Zusammenhänge zwischen dem Grad der sozialen Integration und den verschiedenen Gesundheitsindikatoren nicht nur bivariat, sondern im Rahmen von multiplen logistischen Regressionsanalysen multivariat untersucht, wenn man mit anderen Worten die Zusammenhänge statistisch kontrolliert für Alter, Geschlecht und Bildung, kann man feststellen, dass die in Abb. 3.7 gefundenen starken und hochsignifikanten Zusammenhänge bestehen bleiben (vgl. Abb. 3.8). Nur dass sich diesmal das relative Gesundheitsrisiko von mittelmässig oder wenig integrierten Zürcherinnen und Zürchern im Vergleich zur Referenzgruppe (der gut bzw. hoch integrierten Personen) genauer abschätzen lässt. Die Stärke des Zusammenhangs bemisst sich hier am sogenannten Odds Ratio (OR), einem statistischen Zusammenhangs- und Näherungsmass für das relative Risiko. Je höher dieses OR über dem Referenzwert von 1 liegt, desto höher ist das Risiko für das jeweilige Gesundheitsoutcome im Vergleich zur Referenzgruppe, bei der das OR genau bei 1 liegt.

Wiederum ist über alle zehn Gesundheitsindikatoren hinweg durchwegs eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zu beobachten, steigt also das relative Gesundheitsrisiko mit abnehmender sozialer Integration graduell an (vgl. Abb. 3.8). Am stärksten ist dieser Anstieg bei der selbstberichteten schlechten Lebensqualität und den psychischen Gesundheitsproblemen, gefolgt von den muskuloskelettalen Beschwerden. Bereits ein mittlerer Grad der sozialen Integration geht mehrheitlich mit einem gegenüber der Vergleichsgruppe der hoch Integrierten zwei- bis vierfach erhöhten Risiko für psychische Gesundheitsstörungen, eine erheblich beeinträchtigte muskuloskelettale Gesundheit und eine schlechte Lebensqualität einher. Ein geringer Grad der Integration ist schliesslich mit massiv erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden, unabhängig vom Alter, dem Geschlecht und der Bildung der betroffenen Personen.

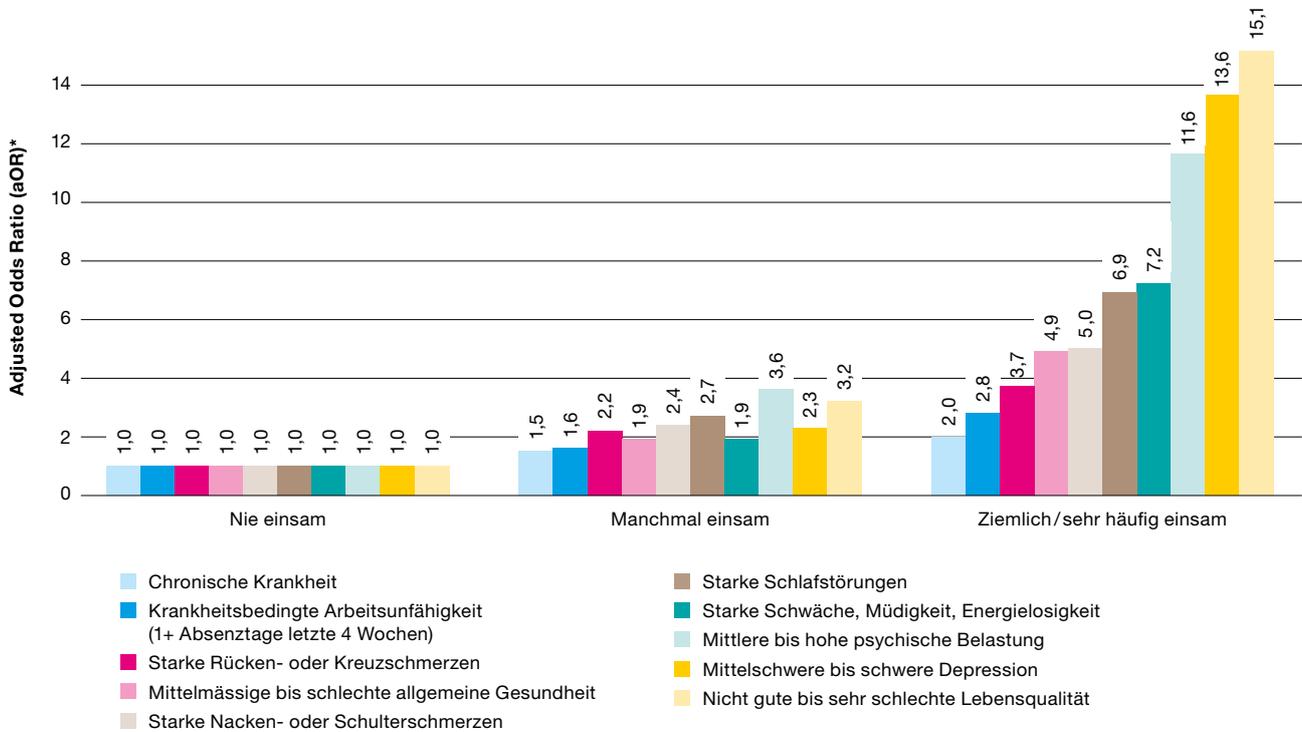
Diese multivariate Analyse bestätigt also die gefundenen bivariaten Zusammenhänge und beziffert zudem den graduellen, zunächst moderaten und anschliessend massiven Anstieg des Gesundheitsrisikos vom höchsten Grad sozialer Integration zum nächsttieferen und schliesslich zum geringsten. Daran gemessen ist ein geringer Grad sozialer Integration ein deutlich stärkerer gesundheitlicher Risikofaktor als das üblicherweise im Hinblick auf chronische Krankheiten und deren Risikofaktoren beobachtet werden kann.

Der einzige noch stärkere gesundheitliche Risikofaktor als ein niedriger Grad an sozialer Integration sind – wie in Kapitel 2.3 gezeigt – damit einhergehende und eng zusammenhängende Einsamkeitsgefühle (vgl. Abb. 3.9). Solche häufigen Einsamkeitsgefühle sind mit einem zweifach erhöhten Risiko für ein chronisches Gesundheitsproblem verbunden, einem drei- bis vierfach erhöhten Risiko für eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (in den letzten vier Wochen) sowie starke Rücken- oder Kreuzschmerzen, einem fünffach erhöhten Risiko für eine mässige bis schlech-

te selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit sowie starke Nacken- oder Schulterschmerzen, einem siebenfach erhöhten Risiko für Schlafstörungen und Schwächesymptome sowie einem mehr als zehnfach erhöhten Risiko für mittlere bis hohe psychische Belastungen, eine mittelschwere bis schwere Depression sowie eine nicht gute bis sehr schlechte Lebensqualität.

Abbildung 3.9

Gesundheitsrisiken nach der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen, Kanton Zürich (SGB 2012)



* für Alter, Geschlecht und Bildung kontrolliert; ungewichtete Daten

3.2.4 Soziale Beziehungen und multiple Gesundheitsprobleme

Sozial wenig unterstützte, nicht an gemeinschaftlichen (Vereins-)Anlässen oder (Klub-)Aktivitäten teilnehmende, sich häufig einsam fühlende oder am Arbeitsplatz benachteiligte und schlecht behandelte sowie sozial isolierte Zürcherinnen und Zürcher sind nicht nur vergleichsweise häufig krank, sondern auch überdurchschnittlich häufig mehrfach krank und leiden an multiplen, kumulierten gesundheitlichen Beschwerden und Belastungen.

Gemessen an einem Index zu multiplen Gesundheitsproblemen (vgl. Tab. 3.2), der sämtliche der vorhin verwendeten und berücksichtigten Gesundheitsindikatoren aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung miteinschliesst, weist mehr als jede(r) siebte Zürcherin oder Zürcher (15%) multiple gesundheitliche Beschwerden bzw. kumulierte Gesundheitsprobleme auf. Bei einzelnen Personengruppen im Kanton Zürich ist dieser Anteil besonders hoch, so etwa bei Zürcherinnen und Zürchern, die sich häufig einsam fühlen (57% davon mit kumulierten Gesundheitsproblemen), die wenig sozial integriert sind (44%), die mehrfach Gewalt, Belästigung, Mobbing und/oder Diskriminierung bei der Arbeit erfahren bzw. erfahren haben (38%) und die generell vergleichsweise wenig soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld bekommen (29%), wie aus Abbildung 3.10 hervorgeht. Gleichzeitig weisen diese Gruppen die niedrigsten Anteile an Personen gänzlich ohne grössere Gesundheitsprobleme auf. Lediglich knapp 23% der sozial isolierten, bloss 12% der am Arbeitsplatz geplagten, belästigten, bedrohten oder benachteiligten und gar nur 5% aller sich häufig einsam fühlenden Zürcherinnen und Zürcher zeigen keinerlei grössere gesundheitliche Probleme (vgl. Abb. 3.10). Das ist wenig im Vergleich zur gesamten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich, in der dieser Anteil immerhin bei rund 39% liegt (vgl. Tab. 3.2).

Hinsichtlich solcher Multimorbidität oder zumindest multipler Gesundheitsprobleme zeigt sich ausserdem einmal mehr eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung und ein deutlicher Sozialgradient, aber für einmal nicht (nur) nach den drei klassischen Statusindikatoren wie Bildung, berufliche Stellung oder Einkommen, sondern in Bezug auf die hier verwendeten fünf zentralen Indikatoren für soziale Beziehungen (vgl. Abb. 3.10). Je geringer die soziale Unterstützung, Partizipation und Integration und je häufiger die Einsamkeitsgefühle sowie Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, desto wahrscheinlicher sind multiple gesundheitliche Beschwerden und Belastungen.

Tabelle 3.2

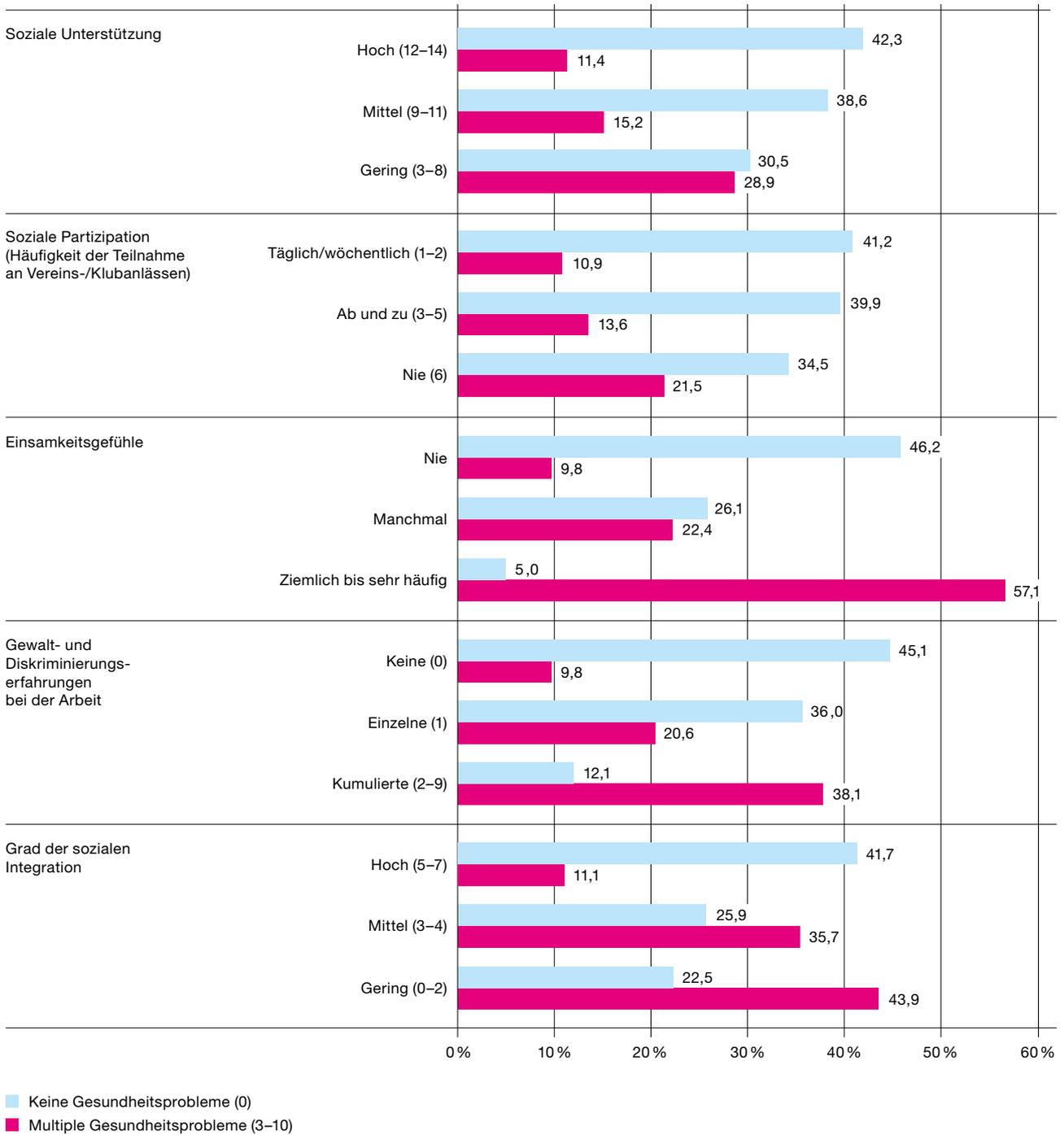
Einzelindikatoren und Summenindex zur Häufigkeit von Gesundheitsproblemen, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz

	Score	Mann	Frau	Total Kt. ZH	Total Übrige D-CH
Allgemeine Lebensqualität					
Gut bis sehr gut (1–2)	0	93,1 %	91,7 %	92,4 %	93,9 %
Weder noch bis sehr schlecht (3–5)	1	6,9 %	8,3 %	7,6 %	6,1 %
Allgemeine Gesundheit					
Gut bis sehr gut (1–2)	0	88,1 %	83,0 %	85,5 %	86,4 %
Mittelmässig bis sehr schlecht (3–5)	1	11,9 %	17,0 %	14,5 %	13,6 %
Chronische Krankheit/langandauerndes Gesundheitsproblem					
Nein	0	70,6 %	64,8 %	67,6 %	67,6 %
Ja	1	29,4 %	35,2 %	32,4 %	32,4 %
Arbeitsunfähigkeit (Job, Haushalt)					
Keine Absentzage letzte 4 Wochen (0)	0	88,1 %	84,8 %	86,4 %	88,0 %
Einen oder mehrere Absentzage (1+)	1	11,9 %	15,2 %	13,6 %	12,0 %
Rücken- oder Kreuzschmerzen					
Überhaupt nicht oder ein bisschen	0	95,7 %	91,0 %	93,3 %	93,1 %
Stark	1	4,3 %	9,0 %	6,7 %	6,9 %
Nacken- oder Schulterschmerzen					
Überhaupt nicht oder ein bisschen	0	95,0 %	89,6 %	92,2 %	93,2 %
Stark	1	5,0 %	10,4 %	7,8 %	6,8 %
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit					
Überhaupt nicht oder ein bisschen	0	96,9 %	91,8 %	94,3 %	94,7 %
Stark	1	3,1 %	8,2 %	5,7 %	5,3 %
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen					
Überhaupt nicht oder ein bisschen	0	96,1 %	92,6 %	94,3 %	94,5 %
Stark	1	3,9 %	7,4 %	5,7 %	5,5 %
Psychische Gesundheit (MHI-5)					
Keine oder geringe Belastung (81–100)	0	71,5 %	59,5 %	65,4 %	69,5 %
Mittlere bis starke Belastung (0–80)	1	28,5 %	40,5 %	34,6 %	30,5 %
Depression (PHQ-9)					
Keine bis leichte (1–2)	0	94,1 %	93,5 %	93,8 %	94,7 %
Mittelschwere bis schwere (3–5)	1	5,9 %	6,5 %	6,2 %	5,3 %
Multiple Gesundheitsprobleme (Multimorbidität)					
Keine Gesundheitsprobleme	0	44,3 %	32,7 %	38,5 %	42,4 %
Wenige Gesundheitsprobleme	1–2	44,0 %	48,1 %	46,0 %	42,8 %
Viele/multiple Gesundheitsprobleme	3–10	11,7 %	19,1 %	15,4 %	14,8 %

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

Abbildung 3.10

Anzahl Gesundheitsprobleme nach sozialen Beziehungen, Kanton Zürich (SGB 2012)



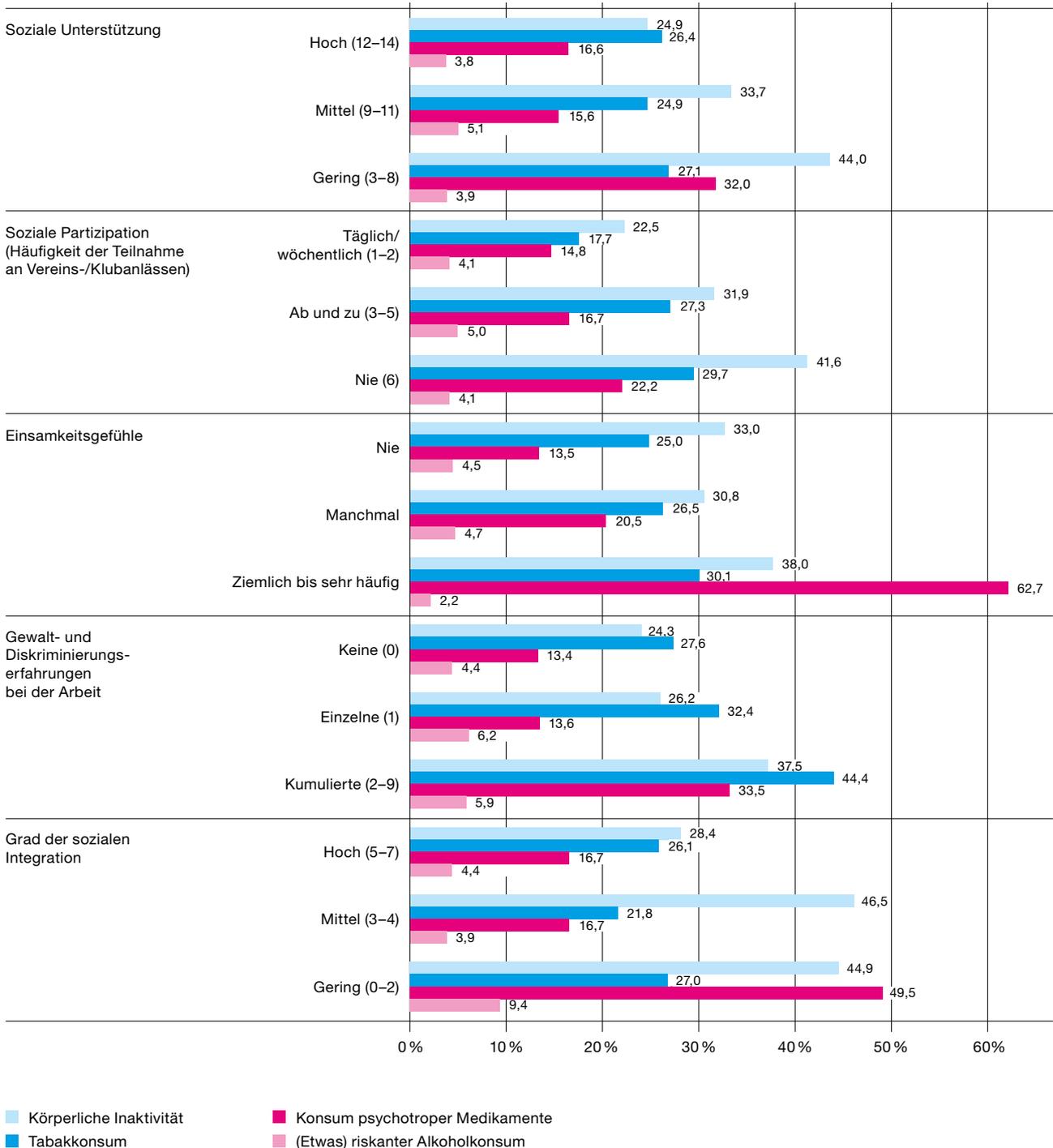
3.3 Soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten

Die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten von sozialen Beziehungen (soziale Unterstützung, soziale Partizipation, Einsamkeitsgefühle, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, soziale Integration) und den zehn untersuchten Gesundheitsproblemen haben sich als stark, hochsignifikant und konsistent erwiesen. Gleiches gilt für kumulierte Gesundheitsprobleme, die umso häufiger sind, je weniger häufig und weniger positiv und unterstützend diese Beziehungen sind. Wenn man die sozialen Beziehungen der Zürcherinnen und Zürcher nun im Hinblick auf verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen untersucht, sind die Befunde bzw. gefundenen Zusammenhänge hingegen etwas weniger überzeugend (vgl. Abb. 3.11). Am stärksten und überzeugendsten sind sie in Bezug auf den Konsum von stimmungsaufhellenden, psychotropen Medikamenten. Je geringer die soziale Unterstützung, die Teilnahme an Klub- oder Vereinsnälässen und der Grad der sozialen Integration generell und je häufiger Einsamkeitsgefühle sowie Gewalt- oder Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, desto höher ist der Anteil an Konsumenten von psychoaktiven Medikamenten (vgl. Abb. 3.11). Durchschnittlich liegt dieser bei rund 18 %. Er liegt jedoch teilweise markant höher bei denjenigen Zürcherinnen und Zürchern, die nie an irgendwelchen Vereinsaktivitäten oder Klubnälässen teilnehmen (22 %), die einen geringen Grad an sozialer Unterstützung erfahren (32 %), die mehrere Formen von Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz erleben (34 %), die wenig sozial integriert sind (50 %) und die häufig Einsamkeitsgefühle hegen (63 %).

Etwas schwächer, aber immer noch vorhanden ist dieser Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und dem Gesundheitsverhalten in Bezug auf die körperliche Aktivität oder vielmehr Inaktivität – ein gesundheitliches Risikoverhalten, welches im Vergleich mit den anderen drei Verhaltensweisen (Tabak-, Alkoholkonsum, Konsum psychotroper Medikamente) insgesamt relativ weit verbreitet ist in der Zürcher Wohnbevölkerung (33 %), aber überdurchschnittlich häufig ist bei geringer sozialer Unterstützung (44 %), geringer sozialer Partizipation (42 %) und geringer sozialer Integration (45 %) sowie im Falle von kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit (38 %). Beim Tabakkonsum und v. a. beim übermässigen, riskanten Alkoholkonsum zeigt sich der Zusammenhang nur punktuell, nur schwach oder überhaupt nicht (vgl. Abb. 3.11).

Abbildung 3.11

Gesundheitsverhalten nach sozialen Beziehungen, Kanton Zürich (SGB 2012)



3.4 Soziale Beziehungen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

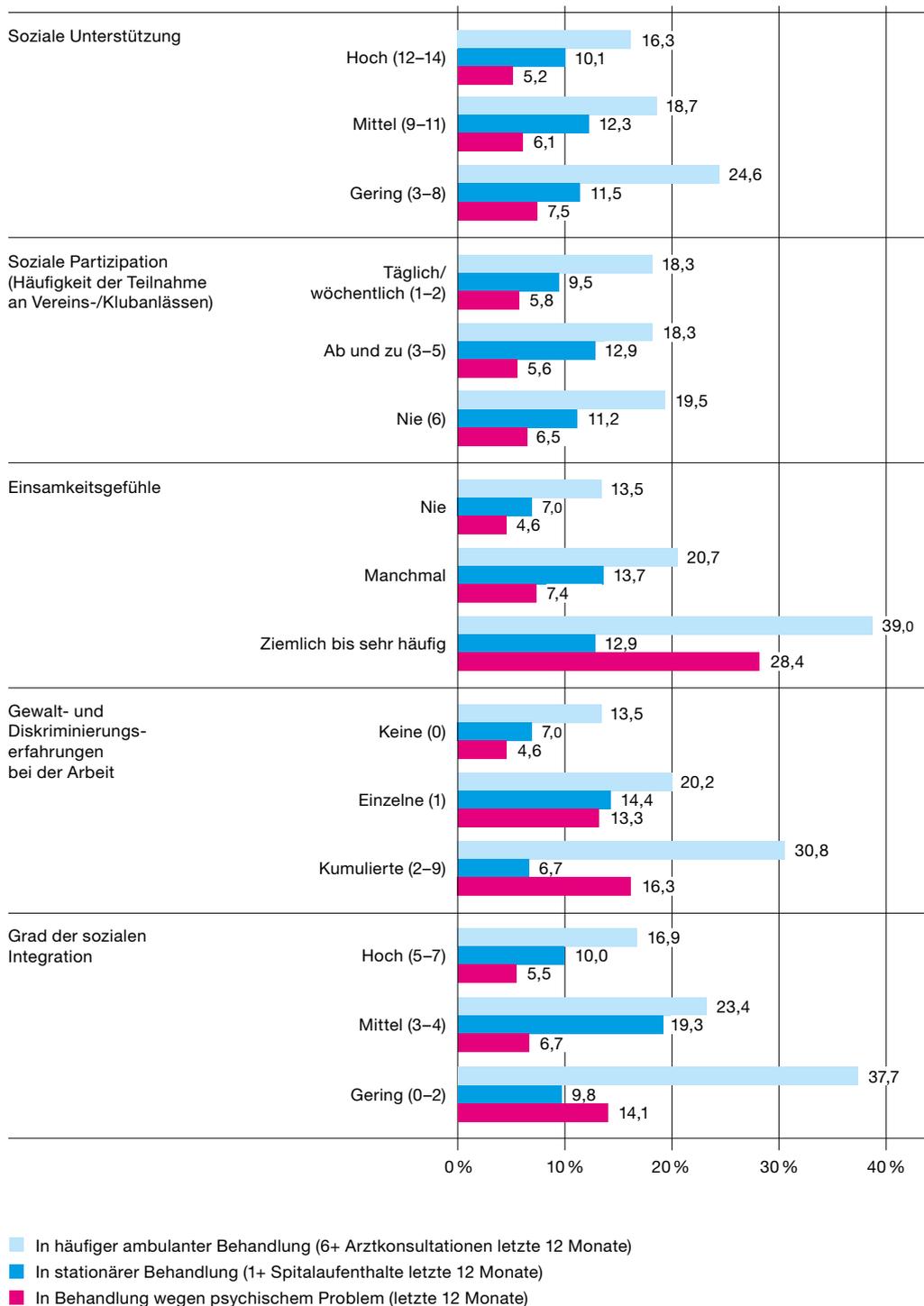
Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen präsentiert sich das Bild uneinheitlich. Insgesamt waren 6 % der Zürcher Wohnbevölkerung in den vergangenen zwölf Monaten wegen einem psychischen Problem in Behandlung, 11 % befanden sich gar ein- oder mehrmalig im Spital bzw. in stationärer Behandlung und 19 % waren in mehrfacher ambulanter medizinischer Behandlung bzw. haben sechsmal oder öfter einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert.

Bezüglich stationärer Behandlung (Spitalaufenthalte in den letzten 12 Monaten) zeigen sich die erwarteten Zusammenhänge in der Zürcher Wohnbevölkerung nicht, bezüglich ambulanter Be-

handlung (sechs und mehr Arztkonsultationen im vergangenen Jahr) wie auch bezüglich psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung hingegen schon (vgl. Abb. 3.12). Sechs und mehr Arztkonsultationen pro Jahr weist insgesamt nicht mal ein Fünftel (19 %) der Zürcher Wohnbevölkerung auf. Bei denjenigen Zürcherinnen und Zürichern mit häufigen Einsamkeitsgefühlen (39 %) oder einem geringen Grad an sozialer Integration (38 %) sind es hingegen knapp zwei Fünftel. Und bei erwerbstätigen Zürcherinnen und Zürichern mit kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz sind es ein knappes Drittel (31 %).

Abbildung 3.12

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach sozialen Beziehungen, Kanton Zürich (SGB 2012)



3.5 Hochrisikogruppen in der Zürcher Bevölkerung

Gewisse der ausgewählten und im vorliegenden Bericht gesondert untersuchten Gruppen innerhalb der Zürcher Wohnbevölkerung haben sich im Hinblick auf soziale Beziehungen wie auch im Hinblick auf Gesundheit als Risikogruppen herausgestellt. Sie haben durchschnittlich nur wenige Vertrauensbeziehungen, hegen vergleichsweise häufig Einsamkeitsgefühle, fühlen sich insgesamt wenig durch Andere unterstützt oder sind generell relativ wenig sozial integriert. Gleichzeitig sind manche dieser Gruppen insgesamt auch bei schlechterer Gesundheit als der Durchschnitt der Zürcher Bevölkerung, wie sich gezeigt hat. Zu diesen Gruppen zählen insbesondere allein lebende, pensionierte, bildungsferne, einkommensschwache Personen oder weibliche Personen mittleren Alters.

Nun gibt es aber auch innerhalb der besagten Bevölkerungsgruppen Personen, welche viele Vertrauenspersonen um sich wissen, sich nie einsam fühlen, stark unterstützt werden und hoch integriert sind, und solche, die nur wenige Vertrauensbeziehungen aufweisen, sich besonders häufig einsam fühlen, wenig soziale Unterstützung erfahren und/oder generell wenig eingebunden sind in ein soziales Umfeld oder Netzwerk.

Wenn sich nun die erwähnten soziodemografischen (Risiko-)Merkmale mit problematischen oder ungenügenden sozialen Beziehungen und mangelnden sozialen Ressourcen kombinieren und sich damit gesundheitliche Risikofaktoren aufkumulieren, ist zu erwarten, dass die Gesundheit der Betroffenen besonders beeinträchtigt ist. Mit anderen Worten: Alleinlebende mit nur wenigen engen Sozialbeziehungen, Rentnerinnen und Rentner, die wenig soziale Unterstützung erfahren, sich häufig einsam führende Frauen mittleren Alters oder sozial wenig integrierte und zugleich schlecht ausgebildete Zürcherinnen und Zürcher sind vermutlich bei besonders schlechter Gesundheit.

Tabelle 3.3

Anteile an Personen mit mässiger bis schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit in Gruppen mit kombinierten und kumulierten «Risikomerkmale», Kanton Zürich

		Total Kt. ZH	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)
Anteil an Bevölkerung		100,0 %	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %
Einsamkeitsgefühle		14,5 %	19,8 %	3,3 %	24,2 %	33,5 %	23,0 %	14,5 %	19,8 %
Nie	64,9 %	12,3 %	15,9 %	4,4 %	22,9 %	38,5 %	27,8 %	12,1 %	14,7 %
Manchmal	30,8 %	15,3 %	19,7 %	(2,5 %)	25,8 %	21,6 %	15,1 %	21,1 %	19,8 %
(Sehr) häufig	4,4 %	42,6 %	45,1 %	(0,0 %)	(40,4 %)	(47,5 %)	(32,6 %)	(42,6 %)	(65,4 %)
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)		14,2 %	20,2 %	3,3 %	24,1 %	32,6 %	22,9 %	15,0 %	18,3 %
Hoch (12–14)	35,8 %	8,3 %	12,2 %	(4,3 %)	13,6 %	26,1 %	16,7 %	16,7 %	8,5 %
Mittel (9–11)	50,3 %	14,3 %	22,2 %	(1,0 %)	26,7 %	33,9 %	21,4 %	10,3 %	20,0 %
Gering (3–8)	13,9 %	29,3 %	26,6 %	(12,0 %)	30,6 %	36,5 %	37,0 %	25,9 %	38,9 %
Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit***		9,2 %	13,6 %	4,1 %	–	24,6 %	9,5 %	10,7 %	14,6 %
Keine (0)	81,3 %	7,7 %	10,2 %	(1,6 %)	–	24,8 %	9,4 %	6,4 %	14,6 %
Einzelne (1)	11,4 %	12,3 %	(29,0 %)	(4,6 %)	–	(12,7 %)	(11,4 %)	(30,0 %)	(11,9 %)
Kumulierte (2+)	7,4 %	21,1 %	(16,1 %)	(27,3 %)	–	(35,8 %)	(8,5 %)	(30,8 %)	(18,4 %)
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)		14,1 %	19,8 %	3,3 %	23,7 %	33,1 %	22,7 %	15,0 %	18,3 %
Hoch (integriert) (5–7)	81,4 %	10,4 %	12,9 %	(2,9 %)	20,8 %	30,6 %	17,9 %	11,5 %	12,8 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	14,9 %	26,7 %	27,3 %	(6,4 %)	28,7 %	35,2 %	24,9 %	31,1 %	37,9 %
Gering (isoliert) (0–2)	3,7 %	46,7 %	31,1 %	(17,4 %)	(35,6 %)	(44,4 %)	53,8 %	(30,9 %)	(60,3 %)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d. h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0.5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0.3.

*** Nur Erwerbstätige berücksichtigt, d. h. die Gesamtheit der Nichterwerbstätigen, die grosse Mehrheit der Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sowie ein substanzieller Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren und der wenig Gebildeten sind ausgeschlossen, genauso wie eine Minderheit der Frauen (und der Männer) im mittleren Alter

() Prozentwerte in Klammern: ungewichtete Fallzahl < 10

Gemessen an verschiedenen Gesundheitsindikatoren zur allgemeinen, physischen und psychischen Gesundheit sind diese «Hochrisikogruppen» innerhalb der Zürcher Bevölkerung tatsächlich besonders stark gesundheitlich beeinträchtigt. So variiert beispielsweise der Anteil an Personen mit lediglich mittelmässiger bis sehr schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit, welcher im Kanton Zürich durchschnittlich bei 14.5 % liegt, je nach Bevölkerungsgruppe und Ausmass sozialer Beziehungen und Ressourcen zwischen knapp 3 % bei sozial integrierten Jugendlichen und über 60 % bei sozial isolierten und/oder sich häufig einsam fühlenden Frauen mittleren Alters (vgl. Tab. 3.3). Neben den Frauen mittleren Alters sind vor allem auch Einkommensschwache und wenig Gebildete mit häufigen Einsamkeitsgefühlen oder geringer sozialer Integration (und Unterstützung) bei vergleichsweise schlechter allgemeiner Gesundheit (mit mehrfach erhöhten Prävalenzraten).

Da die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit gemäss vielen Untersuchungen ein sehr zuverlässiger globaler Gesundheitsindikator ist, der mit erstaunlich hoher Wahrscheinlichkeit spätere Krankheit oder sogar einen frühen Tod voraussagen kann, ist die grosse Variation diesbezüglich besonders bedeutsam und verweist auf das darin liegende erhebliche Präventionspotenzial.

Lesebeispiel (vgl. Tab. 3.3)

Knapp 15 % oder rund jede(r) siebte Zürcherin und Zürcher ist nach eigener Einschätzung bei lediglich mittelmässiger bis (sehr) schlechter Gesundheit. Bei den Alleinlebenden (20 %), den Einkommensschwachen (23 %), den Rentnerinnen und Rentnern (24 %) und den wenig Gebildeten (33 %) ist dieser Anteil jedoch deutlich erhöht. Noch ausgeprägter gilt dies für Erwerbstätige mit kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit (21 %), Personen mit einem geringen Grad an sozialer Unterstützung (29 %) und v. a. bei sich (sehr) häufig einsam fühlenden (43 %) und sozial isolierten (47 %) Personen. Am höchsten ist dieser Anteil jedoch mitunter bei denjenigen Zürcherinnen und Zürchern, die kombinierte Risikomerkmale aufweisen und die beispielsweise sowohl «einkommensschwach» als auch sozial isoliert und damit doppelt marginalisiert sind (54 %). Am geringsten ist der Anteil wenig überraschend bei den Jugendlichen (3 %).

Auch körperliche Beschwerden wie geringfügige bis starke Rücken- oder Kreuzschmerzen treten in ohnehin überdurchschnittlich häufig davon betroffenen Bevölkerungsgruppen (Alleinlebende, Rentnerinnen und Rentner, wenig Gebildete, Einkommensschwache und Frauen mittleren Alters) umso häufiger auf, wenn es an sozialen Beziehungen, d. h. an sozialer Unterstützung und Integration mangelt und sich entsprechend Einsamkeitsgefühle häufen oder wenn am Arbeitsplatz Probleme im Umgang mit Anderen in Form von Benachteiligung, Diskriminierung oder Gewalt auftreten (vgl. Tab. 3.4). Durchschnittlich berichten 41 % aller befragten Zürcherinnen und Zürcher von solchen Rücken- oder Kreuzschmerzen, wobei die Anteile je nach Bevölkerungsgruppe und Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen stark variieren und zwar zwischen 29 % (sich nie einsam fühlende oder sozial stark unterstützte Jugendliche) und über 70 % (wenig gebildete Erwerbspersonen mit Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, mittelmässig integrierte oder sozial isolierte Jugendliche, sich häufig einsam fühlende Frauen mittleren Alters).

Tabelle 3.4

Anteile an Personen mit geringfügigen bis starken Rücken- oder Kreuzschmerzen in Gruppen mit kombinierten und kumulierten «Risikomerkmalen», Kanton Zürich

		Total Kt. ZH	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)
Anteil an Zürcher Bevölkerung		100,0 %	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %
Einsamkeitsgefühle		40,9 %	44,4 %	34,8 %	45,4 %	49,9 %	44,8 %	34,3 %	46,5 %
Nie	64,9 %	36,1 %	33,9 %	28,9 %	41,7 %	46,9 %	37,2 %	31,9 %	36,0 %
Manchmal	30,8 %	48,7 %	53,2 %	39,6 %	57,0 %	54,1 %	55,4 %	42,3 %	58,7 %
(Sehr) häufig	4,4 %	57,2 %	43,2 %	(50,6 %)	(40,2 %)	(53,6 %)	(40,4 %)	(46,6 %)	73,2 %
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)		41,2 %	45,0 %	34,8 %	46,5 %	51,0 %	45,6 %	34,4 %	46,5 %
Hoch (12–14)	35,8 %	36,2 %	36,6 %	28,6 %	44,4 %	39,3 %	33,2 %	33,1 %	34,6 %
Mittel (9–11)	50,3 %	42,4 %	48,8 %	40,2 %	48,3 %	54,7 %	53,3 %	35,3 %	52,3 %
Gering (3–8)	13,9 %	49,4 %	47,1 %	(56,7 %)	44,2 %	56,1 %	44,0 %	34,6 %	59,7 %
Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit***		39,4 %	37,1 %	38,4 %	–	43,4 %	44,9 %	33,4 %	44,3 %
Keine (0)	81,3 %	36,8 %	35,0 %	37,9 %	–	36,3 %	42,6 %	29,4 %	43,7 %
Einzelne (1)	11,4 %	44,6 %	(35,0 %)	(33,1 %)	–	(73,9 %)	(64,9 %)	45,6 %	47,7 %
Kumulierte (2+)	7,4 %	61,2 %	54,5 %	(52,1 %)	–	(80,4 %)	(48,5 %)	60,1 %	(48,1 %)
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)		41,0 %	45,0 %	34,8 %	46,4 %	50,4 %	45,4 %	34,4 %	46,5 %
Hoch (integriert) (5–7)	81,4 %	37,8 %	34,6 %	30,6 %	43,4 %	46,1 %	43,0 %	33,6 %	43,2 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	14,9 %	54,0 %	58,4 %	72,7 %	52,3 %	53,8 %	54,3 %	43,4 %	62,0 %
Gering (isoliert) (0–2)	3,7 %	58,2 %	55,1 %	(100,0 %)	55,6 %	70,0 %	38,1 %	(10,0 %)	(63,8 %)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d. h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0.5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0.3.

*** Nur Erwerbstätige berücksichtigt, d. h. die Gesamtheit der Nichterwerbstätigen, die grosse Mehrheit der Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sowie ein substanzieller Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren und der wenig Gebildeten sind ausgeschlossen, genauso wie eine Minderheit der Frauen (und der Männer) im mittleren Alter

() Prozentwerte in Klammern: ungewichtete Fallzahl < 10

Noch ausgeprägter als bei der allgemeinen Gesundheit und der körperlichen bzw. muskuloskeletalen Gesundheit zeigen sich die Effekte von kombinierten und kumulierten Risikomerkmalen bei der psychischen Gesundheit. Der Anteil an Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung und Beeinträchtigung liegt im Kanton Zürich insgesamt bei knapp 35 %, variiert aber je nach Bevölkerungsgruppe zwischen 13 % (Rentnerinnen und Rentner mit hoher sozialer Unterstützung) und über 90 % (Männer und Frauen mittleren Alters mit häufigen Einsamkeitsgefühlen) (vgl. Tab. 3.5). Eine mittlere bis starke psychische Belastung zeigt sich besonders häufig ausserdem bei Jugendlichen, die häufig Einsamkeitsgefühle empfinden (88 %) und/oder sozial isoliert sind (83 %), sowie bei Zürcherinnen und Zürchern mit (sehr) häufigen Einsamkeitsgefühlen, die zugleich wenig gebildet (77 %) oder einkommensschwach (79 %) sind.

Tabelle 3.5

Anteile an Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung bzw. Beeinträchtigung in Gruppen mit kombinierten und kumulierten «Risikomerkmale», Kanton Zürich

		Total Kt. ZH	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)
Anteil an Zürcher Bevölkerung		100,0 %	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %
Einsamkeitsgefühle		34,6 %	33,9 %	37,0 %	27,0 %	48,8 %	47,5 %	30,6 %	38,8 %
Nie	64,9 %	23,8 %	16,4 %	19,7 %	18,5 %	38,7 %	34,2 %	23,3 %	27,2 %
Manchmal	30,8 %	51,1 %	43,1 %	51,0 %	49,4 %	59,2 %	59,2 %	52,6 %	48,5 %
(Sehr) häufig	4,4 %	79,0 %	76,8 %	(87,7 %)	(54,6 %)	77,0 %	78,6 %	(91,3 %)	90,9 %
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)		34,4 %	34,4 %	37,0 %	27,3 %	47,3 %	48,2 %	30,7 %	37,7 %
Hoch (12–14)	35,8 %	28,1 %	23,1 %	28,2 %	12,9 %	42,3 %	48,1 %	25,1 %	27,4 %
Mittel (9–11)	50,3 %	34,6 %	38,1 %	44,2 %	29,2 %	42,8 %	45,2 %	28,7 %	40,9 %
Gering (3–8)	13,9 %	50,3 %	41,0 %	(72,2 %)	41,3 %	60,3 %	56,6 %	48,1 %	55,3 %
Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit***		34,2 %	30,8 %	31,8 %	–	57,6 %	45,8 %	28,3 %	39,1 %
Keine (0)	81,3 %	30,7 %	25,8 %	34,3 %	–	54,8 %	44,2 %	23,6 %	37,0 %
Einzelne (1)	11,4 %	45,7 %	47,5 %	(11,9 %)	–	(78,6 %)	(62,6 %)	51,8 %	51,7 %
Kumulierte (2+)	7,4 %	55,4 %	(42,1 %)	(40,7 %)	–	(61,5 %)	(44,7 %)	(49,6 %)	(51,0 %)
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)		34,2 %	34,0 %	37,0 %	26,9 %	46,6 %	48,1 %	30,7 %	37,7 %
Hoch (integriert) (5–7)	81,4 %	29,7 %	21,7 %	33,8 %	17,4 %	38,3 %	40,7 %	26,8 %	32,5 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	14,9 %	52,1 %	50,4 %	65,9 %	46,6 %	56,1 %	63,5 %	46,7 %	52,8 %
Gering (isoliert) (0–2)	3,7 %	64,6 %	46,9 %	(82,6 %)	53,0 %	(75,6 %)	65,6 %	(57,0 %)	(86,0 %)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten); Indikator für mittlere bis starke psychische Belastung: Score 0–80 auf dem 5-Item Mental Health Inventory (MHI-5)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d.h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0,5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0,3.

*** Nur Erwerbstätige berücksichtigt, d.h. die Gesamtheit der Nichterwerbstätigen, die grosse Mehrheit der Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sowie ein substanziieller Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren und der wenig Gebildeten sind ausgeschlossen, genauso wie eine Minderheit der Frauen (und der Männer) im mittleren Alter

() Prozentwerte in Klammern: ungewichtete Fallzahl < 10

Betrachtet man anstelle von einzelnen Gesundheitsproblemen die Häufigkeit des Auftretens von kumulierten Gesundheitsproblemen in gleichzeitiger Abhängigkeit von sozialen Beziehungen und Ressourcen sowie der Zugehörigkeit zu den ausgewählten Bevölkerungsgruppen, so gehen die Anteile ähnlich weit auseinander (vgl. Tab. 3.6) wie bei der psychischen Belastung (vgl. Tab. 3.5). Dies nicht nur über alle berücksichtigten Gruppen im Kanton Zürich hinweg, sondern mitunter sogar innerhalb der jeweiligen Bevölkerungsgruppen. Nur gerade 12 % der sich nie einsam fühlenden, jedoch 66 % der (sehr) häufig einsam fühlenden Alleinlebenden haben gleich mehrere Gesundheitsprobleme. Bei den Jugendlichen liegt der Anteil an Personen mit kumulierten Gesundheitsproblemen je nach Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen zwischen 2 % (nie einsam) und 62 % (häufig/sehr häufig einsam) und je nach Grad der sozialen Integration zwischen 9 % (integriert) und 100 % (isoliert). Da bei den «betroffenen» Jugendlichen die Fallzahlen sehr gering und die Prozentwerte entsprechend in Klammern gesetzt sind (vgl. Tab. 3.6), lassen sich diese relativen Häufigkeiten lediglich mit Vorsicht interpretieren und auch nur mit Vorbehalt generalisieren. Die überaus starken Zusammenhänge zwischen dem Grad der sozialen Integration bzw. der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen und dem Auftreten bzw. der Häufung von Gesundheitsproblemen sind hingegen kaum zu bestreiten. Dies zeigt sich auch daran, dass knapp 17 % der sozial hoch integrierten, aber über 72 % der sozial isolierten Einkommensschwachen multiple Gesundheitsprobleme haben. Oder daran, dass bloss 10 % der sich nie einsam fühlenden, jedoch 62 % der sich (sehr) häufig einsam fühlenden Frauen im mittleren Alter gleich drei oder mehr Gesundheitsprobleme aufweisen.

Tabelle 3.6

Anteile an Personen mit multiplen, d.h. drei und mehr Gesundheitsproblemen in Gruppen mit kombinierten und kumulierten «Risikomerkmalen», Kanton Zürich

	Total Kt. ZH	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)
Anteil an Zürcher Bevölkerung	100,0%	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %
Einsamkeitsgefühle	15,4%	23,2 %	11,1 %	18,0 %	26,4 %	26,7 %	13,3 %	18,0 %
Nie	64,9 %	9,8%	12,4 %	(1,9 %)	13,4 %	24,2 %	17,1 %	10,8 %
Manchmal	30,8 %	22,4%	26,7 %	15,8 %	29,5 %	30,0 %	31,2 %	19,0 %
(Sehr) häufig	4,4 %	57,1%	66,1 %	(61,8 %)	(47,2 %)	(29,5 %)	73,9 %	(48,8 %)
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)	15,5%	23,6 %	11,1 %	18,4 %	27,1 %	27,0 %	13,4 %	17,8 %
Hoch (12–14)	35,8 %	11,4%	13,2 %	(5,6 %)	13,2 %	26,2 %	17,8 %	15,8 %
Mittel (9–11)	50,3 %	15,2%	29,5 %	13,5 %	18,8 %	26,8 %	27,6 %	8,1 %
Gering (3–8)	13,9 %	28,9%	23,7 %	(48,5 %)	25,5 %	29,5 %	43,5 %	25,4 %
Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit***	13,1%	19,1 %	11,1 %	–	18,7 %	19,0 %	10,5 %	13,8 %
Keine (0)	81,3 %	9,8%	11,5 %	(10,5 %)	–	12,7 %	14,5 %	6,9 %
Einzelne (1)	11,4 %	20,6%	39,1 %	(4,6 %)	–	(8,6 %)	(48,3 %)	(23,9 %)
Kumulierte (2+)	7,4 %	38,1%	(42,9 %)	(34,0 %)	–	(80,9 %)	(37,1 %)	(32,5 %)
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)	15,2%	23,4 %	11,1 %	18,3 %	25,7 %	27,0 %	13,4 %	17,8 %
Hoch (integriert) (5–7)	81,4 %	11,1%	13,1 %	8,9 %	11,4 %	16,6 %	16,6 %	9,5 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	14,9 %	35,7%	39,4 %	(28,2 %)	36,0 %	48,9 %	48,6 %	31,3 %
Gering (isoliert) (0–2)	3,7 %	43,9%	33,2 %	(100,0 %)	(37,0 %)	(26,3 %)	72,4 %	(37,9 %)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d.h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0,5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0,3.

*** Nur Erwerbstätige berücksichtigt, d.h. die Gesamtheit der Nichterwerbstätigen, die grosse Mehrheit der Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sowie ein substanzieller Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren und der wenig Gebildeten sind ausgeschlossen, genauso wie eine Minderheit der Frauen (und der Männer) im mittleren Alter

() Prozentwerte in Klammern: ungewichtete Fallzahl < 10

Es scheint, dass «Multimorbidität» auch eine Frage der Einsamkeit und sozialen Isolation ist, wobei «Multimorbidität» hier verstanden werden muss als eine Häufung von selbstberichteten Gesundheitsproblemen und nicht als Kumulation von medizinisch diagnostizierten Krankheiten.

Wenn man zu guter Letzt die kombinierten und kumulierten soziodemographischen und «sozialen» Risikomerkmale auch noch im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der Zürcherinnen und Zürcher untersucht, zeigen sich wiederum grosse Unterschiede beispielsweise im Hinblick auf die körperliche Aktivität (vgl. Tab. 3.7) oder auch mit Bezug auf den Konsum von psychotropen Medikamenten.

Bei einem durchschnittlichen Anteil von rund einem Drittel (35 %) an körperlich Inaktiven im Kanton Zürich variieren deren Anteile zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen von einem Sechstel (16 %) bei sich stark sozial unterstützt fühlenden Jugendlichen bis zu zwei Dritteln (62 %) bei wenig unterstützten und gebildeten Personen oder sogar drei Vierteln (77 %) bei sozial isolierten Männern mittleren Alters.

Durchschnittlich konsumieren 18 % der Zürcherinnen und Zürcher regelmässig psychoaktive Medikamente (nicht ausgewiesen und tabellarisch dargestellt). Die Bandbreite zwischen den berücksichtigten Bevölkerungsgruppen reicht dabei von 0 % bei sozial hoch integrierten, stark unterstützten und sich nie einsam fühlenden Jugendlichen bis über 80 % bei sich häufig einsam fühlenden Männern und Frauen mittleren Alters sowie wenig Gebildeten mit häufigen Einsamkeitsgefühlen oder kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, auch wenn die Prozentwerte angesichts geringer Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Häufige Einsamkeitsgefühle und soziale Isolation haben sich bei allen ausgewählten und gesondert

Tabelle 3.7

Anteile an körperlich inaktiven Personen in Gruppen mit kombinierten und kumulierten «Risikomerkmale», Kanton Zürich

		Total Kt. ZH	Allein- lebende	Jugend- liche (15–25 J.)	Rentner/ -innen (65+ J.)	Wenig Gebildete* (20+ J.)	Ein- kommens- schwache**	Männer mittleren Alters (45–64 J.)	Frauen mittleren Alters (45–64 J.)
Anteil an Zürcher Bevölkerung		100,0 %	14,8 %	11,3 %	23,5 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %	16,5 %
Einsamkeitsgefühle		34,7 %	39,3 %	19,0 %	49,7 %	48,9 %	43,1 %	30,9 %	35,7 %
Nie	64,9 %	33,0 %	43,5 %	18,1 %	49,7 %	29,0 %	49,9 %	28,9 %	36,5 %
Manchmal	30,8 %	35,4 %	34,6 %	18,2 %	50,3 %	45,0 %	35,8 %	36,0 %	36,5 %
(Sehr) häufig	4,4 %	53,5 %	47,3 %	(37,2 %)	(44,5 %)	(54,0 %)	(34,1 %)	(57,0 %)	(23,5 %)
Grad sozialer Unterstützung (Oslo-Skala)		33,8 %	38,4 %	19,0 %	49,9 %	47,4 %	42,9 %	30,8 %	33,8 %
Hoch (12–14)	35,8 %	27,7 %	29,6 %	16,4 %	44,1 %	32,7 %	30,3 %	19,9 %	24,2 %
Mittel (9–11)	50,3 %	34,6 %	40,1 %	23,8 %	49,3 %	47,6 %	47,9 %	32,2 %	40,0 %
Gering (3–8)	13,9 %	49,8 %	46,6 %	(5,8 %)	59,0 %	61,9 %	49,1 %	48,1 %	40,1 %
Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit***		28,6 %	24,7 %	21,7 %	–	40,9 %	34,0 %	25,1 %	35,1 %
Keine (0)	81,3 %	28,5 %	21,8 %	22,3 %	–	40,4 %	32,8 %	21,8 %	35,4 %
Einzelne (1)	11,4 %	28,1 %	35,1 %	(14,7 %)	–	(21,7 %)	(47,1 %)	38,7 %	(32,1 %)
Kumulierte (2+)	7,4 %	31,9 %	(31,2 %)	(27,7 %)	–	(67,7 %)	(33,2 %)	42,0 %	(34,7 %)
Grad der sozialen Integration (Integrationsindex)		33,6 %	38,1 %	19,0 %	49,6 %	46,8 %	42,8 %	30,8 %	33,8 %
Hoch (integriert) (5–7)	81,4 %	29,7 %	31,7 %	18,0 %	46,0 %	43,3 %	38,8 %	25,7 %	32,7 %
Mittel (teilintegriert) (3–4)	14,9 %	50,3 %	43,2 %	(30,6 %)	56,8 %	52,1 %	51,1 %	49,1 %	44,2 %
Gering (isoliert) (0–2)	3,7 %	58,5 %	53,7 %	–	59,4 %	53,0 %	49,3 %	(77,4 %)	(31,0 %)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (gewichtete Daten)

* 20-jährige und ältere Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung oder bloss 1- bis 2-jähriger Schul-/Berufsbildung (Vor-/Anlehre, Haushaltslehrjahr usw.), d.h. OHNE 3- bis 4-jährige Schul-/Berufsbildung (Berufslehre, Lehrerseminar usw.)

** Als «Einkommensschwache» sind hier alle Personen kategorisiert, die ein Haushaltsäquivalenzeinkommen von weniger als CHF 3000 netto pro Monat haben. Damit gemeint ist das gewichtete monatlich verfügbare Nettoeinkommen für jedes Haushaltsmitglied, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde. Dabei wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die gewichtete Anzahl an Haushaltsmitgliedern geteilt. Die erste erwachsene Person erhält den Gewichtungsfaktor 1, jede weitere Person über 14 Jahre den Faktor 0,5 und jedes jüngere Kind den Faktor 0,3.

*** Nur Erwerbstätige berücksichtigt, d.h. die Gesamtheit der Nichterwerbstätigen, die grosse Mehrheit der Personen im Rentenalter ab 65 Jahren sowie ein substanzieller Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren und der wenig Gebildeten sind ausgeschlossen, genauso wie eine Minderheit der Frauen (und der Männer) im mittleren Alter

() Prozentwerte in Klammern: ungewichtete Fallzahl < 10

untersuchten Bevölkerungsgruppen im Kanton Zürich als die stärksten gesundheitlichen Risikofaktoren herausgestellt. Solche und weitere Faktoren wie mangelnde soziale Unterstützung oder Erfahrungen von Benachteiligung, Diskriminierung oder sogar Gewalt am Arbeitsplatz erhöhen gerade bei ohnehin gesundheitlich angeschlagenen bzw. beeinträchtigten Bevölkerungsgruppen das Risiko oder die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen noch zusätzlich.

Die Untersuchungsergebnisse deuten ausserdem darauf hin, dass je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedliche Aspekte von sozialen Beziehungen einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit haben. Für Rentnerinnen und Rentner beispielsweise scheint im Hinblick auf die Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten ein hohes Mass an sozialer Unterstützung besonders positiv und protektiv zu sein. Umgekehrt sind für Jugendliche und Frauen mittleren Alters soziale Isolation und damit einhergehende Einsamkeitsgefühle besonders risikoreich und gesundheitlich beeinträchtigend. Bei Männern mittleren Alters und wenig Gebildeten scheinen soziale Probleme am Arbeitsplatz bzw. Erfahrungen von sozialer Benachteiligung, Diskriminierung und Gewalt bei der Arbeit eine besonders wichtige Rolle im Hinblick auf die Gesundheit zu spielen.

4.0 Zusammenfassung

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht stützt sich vornehmlich auf die repräsentativen Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Erhebung 2012) und ergänzend auf die ebenfalls repräsentativen Daten des Schweizer Haushalt-Panels (Erhebung 2013). Beide dieser periodisch stattfindenden nationalen Befragungen weisen ausreichend grosse Stichproben der 15-jährigen und älteren ständigen Wohnbevölkerung im Kanton Zürich auf und beinhalten zahlreiche Angaben zu sozialen Beziehungen und verschiedenen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. Die Repräsentativität der Daten, die Stichprobengrössen und das Themenspektrum waren dann auch ausschlaggebend für die Auswahl dieser beiden Erhebungen als Datengrundlage für den vorliegenden Bericht.

Der Bericht zeigt zunächst die Häufigkeit und Verteilung von verschiedenen Aspekten sozialer Beziehungen nach demographischen Merkmalen (Kap. 2.1) und bei den sieben gesondert untersuchten Bevölkerungsgruppen auf (Kap. 2.2). Anschliessend wird auf den Zusammenhang von sozialen Beziehungen und sozialen Ressourcen eingegangen (Kap. 2.3). Danach werden Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung beschrieben (Kap. 3.1), wobei wiederum konsequent zwischen den sieben ausgewählten Bevölkerungsgruppen unterschieden wird. Und schliesslich folgen mehrere Unterkapitel, in denen verschiedene Formen von sozialen Beziehungen in Zusammenhang gestellt werden mit diversen Aspekten von Gesundheit (Kap. 3.2), Formen von Gesundheitsverhalten (Kap. 3.3) und Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Kap. 3.4). Abschliessend werden gesundheitliche «Hochrisikogruppen» in der Zürcher Bevölkerung thematisiert und identifiziert, bei denen sich soziale und soziodemographische Risikomerkmale kumulieren (Kap. 3.5).

Verbreitung und Verteilung sozialer Beziehungen und Ressourcen in der Zürcher Bevölkerung

Soziale Beziehungen sind sehr ungleich verteilt in der Zürcher Bevölkerung. Es gibt diesbezüglich mitunter grosse Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen. So nehmen etwa soziale Beziehungen im Altersverlauf an Quantität tendenziell ab, aber an Qualität eher zu. Oder Frauen scheinen über mehr Vertrauensbeziehungen zu verfügen und zufriedener zu sein mit ihren sozialen Beziehungen, berichten aber gleichzeitig auch häufiger über konfliktive Beziehungen oder Beziehungsabbrüche als Männer. Mit zunehmendem Bildungs- und/oder Berufsstatus genauso wie mit steigendem Einkommen werden Vertrauenspersonen zunehmend weniger vermisst, nimmt die wahrgenommene soziale Unterstützung tendenziell zu und nehmen Einsamkeitsgefühle eher ab. Und mit zunehmender Haushaltsgrösse sind soziale Beziehungen und Unterstützung immer häufiger und werden Vertrauenspersonen umso weniger vermisst. Im Hinblick auf den anhand verschiedener Einzelindikatoren konstruierten Index zum Grad der sozialen Integration bzw. Isolation zeigen sich ebenfalls klare Zusammenhänge und Verlaufsmuster. So nimmt der Grad der sozialen Integration mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab, hingegen mit höherer Bildung und mit steigendem Einkommen stetig zu.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass es bei Alleinlebenden, Rentnerinnen und Rentnern sowie wenig Gebildeten und Einkommensschwachen am häufigsten an positiven und unterstützenden sozialen Beziehungen und damit an sozialen Ressourcen im Hinblick auf die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit fehlt oder mangelt. Es sind dies auch genau diejenigen von den sieben separat untersuchten Bevölkerungsgruppen mit vergleichsweise hohen Anteilen an sozial isolierten bzw. wenig integrierten Personen (Alleinlebende: 45 %, wenig Gebildete: 39 %, Einkommensschwache: 33 %, Rentnerinnen und Rentner: 32 %). In der gesamten ständigen Zürcher Wohnbevölkerung ab 15 Jahren liegt der Anteil an Personen mit einem geringen Grad an sozialer Integration bei lediglich knapp 19 %. Entsprechend erfahren diese Bevölkerungsgruppen auch vergleichsweise wenig soziale Unterstützung und haben – mit Ausnahme der Rentnerinnen und Rentner – auch weit überdurchschnittlich oft gelegentliche bis häufige Einsamkeitsgefühle (58 % der Alleinlebenden, 48 % der Einkommensschwachen, 42 % der wenig Gebildeten).

Einen Verlust an Sozialbeziehungen infolge des Todes von nahestehenden Personen beklagen neben den Rentnerinnen und Rentnern relativ häufig auch Männer und Frauen mittleren Alters. Wenig Gebildete haben eher brüchige Beziehungen: Abbrüche von wichtigen und engen Beziehungen sind bei ihnen besonders häufig. Frauen mittleren Alters haben besonders häufig konfliktive soziale Beziehungen (zu den eigenen Kindern oder anderen nahestehenden Personen) und erfahren auch häufig Trennungen und Verluste infolge von Beziehungsabbrüchen und Todesfällen. Ju-

Jugendliche demgegenüber weisen vergleichsweise viele positive soziale Beziehungen auf und sind sozial mehrheitlich gut integriert, obschon sie relativ häufig Einsamkeitsgefühle hegen und gelegentlich eine Vertrauensperson vermissen. Gleichzeitig berichten Jugendliche aber auch überdurchschnittlich oft von Beziehungsabbrüchen und schweren Auseinandersetzungen mit nahestehenden Personen, womit in der Regel wohl die Eltern gemeint sind.

Insgesamt haben sich vier der gesondert berücksichtigten und untersuchten Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf mehrere Aspekte von sozialen Beziehungen als eigentliche Risikogruppen herausgestellt:

- Alleinlebende
- Rentnerinnen und Rentner
- Wenig Gebildete
- Einkommensschwache

Jugendliche sowie Männer und Frauen mittleren Alters erfahren insgesamt mehr soziale Unterstützung und sind im Unterschied zu diesen vier Bevölkerungsgruppen grossmehrheitlich gut sozial integriert.

Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Zürcher Bevölkerung

Weiter hat sich herausgestellt, dass diejenigen Bevölkerungsgruppen, die bezüglich sozialer Beziehungen und Ressourcen eher schlechter gestellt sind, sich auch gesundheitlich im Nachteil befinden. Überdurchschnittlich viele wenig Gebildete (34 %), Rentnerinnen und Rentner (24 %), Einkommensschwache (23 %) und Alleinlebende (20 %) schätzen ihre Gesundheit selbst als mittelmässig bis sehr schlecht ein. In der gesamten Zürcher Wohnbevölkerung liegt dieser Anteil bei knapp 15 %. Tendenziell bestätigt sich dieses Muster auch bei weiteren Gesundheitsindikatoren. So sind muskuloskelettale Beschwerden und langandauernde, chronische Gesundheitsprobleme bei den genannten vier Gruppen ebenfalls überdurchschnittlich häufig zu beobachten. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit und Befindlichkeit scheint dies nicht gleichermassen und uneingeschränkt zu gelten. So treten zwar allgemeine Schwächesymptome, Schlafstörungen, psychische Belastungen oder Depressionen unter wenig Gebildeten und Einkommensschwachen durchwegs überdurchschnittlich häufig auf. Alleinlebende liegen diesbezüglich jedoch ziemlich genau im Bevölkerungsdurchschnitt. Und Rentnerinnen und Rentner schneiden in dieser Hinsicht abgesehen von relativ häufigen Schlafstörungen deutlich besser ab als der Durchschnitt der Zürcher Wohnbevölkerung.

Was das Gesundheitsverhalten bzw. das gesundheitliche Risikoverhalten anbelangt, so stehen zumindest im Hinblick auf Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität wiederum die gleichen vier Bevölkerungsgruppen negativ hervor. Beim riskanten Alkoholkonsum sowie beim Konsum von psychotropen Medikamenten gilt dieses Muster allerdings nur teilweise und ist nicht besonders ausgeprägt. Im Hinblick auf den Tabakkonsum sind besagte vier Gruppen nicht besonders auffällig und stattdessen vielmehr Jugendliche und Männer mittleren Alters. Ähnlich inkonsistent und uneinheitlich verhält es sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So werden stationäre Behandlungen bzw. Spitalaufenthalte sowie Arztkonsultationen zwar überdurchschnittlich oft bei Alleinlebenden, Rentnerinnen und Rentnern, wenig Gebildeten sowie Einkommensschwachen verzeichnet. Für Behandlungen wegen eines psychischen Problems gilt dies aber nur bei Alleinlebenden und Einkommensschwachen, nicht hingegen bei wenig Gebildeten sowie Rentnerinnen und Rentnern.

Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit

Dass sozial benachteiligte und/oder in Bezug auf soziale Beziehungen und Ressourcen benachteiligte Bevölkerungsgruppen auch gesundheitlich im Nachteil sind und sich gesundheitlich weniger günstig verhalten, scheint auf einen klaren und wohl auch kausalen Zusammenhang hinzudeuten. So sind Gesundheitsprobleme in der Zürcher Wohnbevölkerung umso häufiger, je geringer das Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung ist. Dies gilt sogar noch etwas ausgeprägter für Einsamkeitsgefühle: Je häufiger sich Zürcherinnen und Zürcher einsam fühlen, umso eher haben sie physische wie psychische Gesundheitsprobleme. Gleiches trifft auch auf negative und konflikthafte soziale Beziehungen am Arbeitsplatz zu. Je häufiger Gewalt und/oder Benachteiligung bei der Arbeit erfahren und berichtet wird, desto häufiger sind wiederum entsprechende Gesundheitsprobleme. Ähnlich verhält es sich bei wenig zufriedenstellenden allgemeinen persönlichen Beziehungen oder Partnerschaftsbeziehungen, bei sonstigen konflikthafte bzw. problematischen sozialen Beziehungen (zu nahestehenden Personen oder eigenen Kindern) oder bei erfahrenen Beziehungs-

verlusten bzw. Beziehungsabbrüchen (durch Todesfälle, Trennungen usw.). In all diesen Fällen ist die selbsteingeschätzte Gesundheit vergleichsweise schlecht und die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit entsprechend gering.

Am deutlichsten zeigt sich der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit jedoch hinsichtlich der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen und anhand des Grades der sozialen Integration. Selbst unter Berücksichtigung des Alters, des Geschlechts und der Bildung zeigen sich mit abnehmender sozialer Integration bis zu 13-fach erhöhte relative Risiken im Hinblick auf verschiedenste Gesundheitsprobleme. Das Risiko für starke muskuloskelettale Beschwerden ist bei sozial isolierten Zürcherinnen und Zürchern knapp dreimal so hoch wie bei sozial gut integrierten Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Zürich. Bezüglich psychischer Gesundheitsprobleme wie etwa starken Schlafstörungen, starken Schwächesymptomen oder mittelschweren bis schweren Depressionen ist das entsprechende Risiko bei sozial Isolierten im Vergleich zu den sozial integrierten fünf- bis achtmal höher. Und punkto selbstberichteter Lebensqualität schneiden sozial wenig integrierte bzw. isolierte Zürcherinnen und Zürcher besonders schlecht ab. Gar noch etwas höher sind die entsprechenden Gesundheitsrisiken bei sich häufig einsam fühlenden Personen im Vergleich zu denjenigen, die sich nie einsam fühlen.

Diese Zusammenhänge zeigen sich schliesslich nicht nur in Bezug auf einzelne Gesundheitsprobleme, sondern auch bei kumulierten Gesundheitsproblemen. Solche multiplen Gesundheitsprobleme bzw. Komorbiditäten sind umso häufiger, je geringer die wahrgenommene soziale Unterstützung ist, je häufiger Einsamkeitsgefühle auftreten, je mehr Gewalt und/oder Diskriminierung am Arbeitsplatz erfahren wird und je geringer die soziale Integration ist.

Auch wenn zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang vermutet wird, kann jeweils nicht völlig ausgeschlossen werden, dass umgekehrt (oder zusätzlich verstärkend) solche Gesundheitsprobleme ihrerseits zu einem sozialen Rückzug und in die soziale Isolation führen können.

Soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Gesundheitlich ungünstige Verhaltensweisen stehen ebenfalls in mehr oder weniger engem Zusammenhang mit sozialen Beziehungen bzw. Ressourcen. So sind lediglich 56 % der sich wenig sozial unterstützt fühlenden, aber immerhin 75 % der sich in hohem Masse sozial unterstützt fühlenden Zürcherinnen und Zürcher körperlich aktiv. Stimmungsaufhellende, psychotrope Medikamente konsumieren 63 % der sich häufig einsam fühlenden, aber gerade mal 14 % der sich nie einsam fühlenden Personen. Beim Tabak- und beim Alkoholkonsum sind die Zusammenhänge hingegen weniger eindeutig. Dies mag wohl damit zusammenhängen, dass Tabakkonsum und riskanter Alkoholkonsum mehr ein Suchtverhalten darstellen, welches einmal etabliert weniger durch soziale Aspekte und Beziehungen bestimmt wird. Körperliche Aktivität sowie Konsum psychoaktiver Medikamente scheinen dagegen eher Ausdruck eines sozial geprägten Lebensstils zu sein.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie allgemeine Arztkonsultationen, stationäre Behandlungen und ambulante psychologische bzw. psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen wegen eines psychischen Problems zeigen sich ebenfalls die gleichen Zusammenhänge mit sozialen Beziehungen und Ressourcen. Je häufiger Einsamkeitsgefühle oder Gewalt- bzw. Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit und je geringer die soziale Unterstützung, soziale Partizipation und soziale Integration, desto häufiger werden solche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen bzw. desto häufiger finden entsprechende Konsultationen bzw. ambulante ärztliche und (psycho-)therapeutische Behandlungen statt. Bezüglich stationärer Behandlungen bzw. Hospitalisationen sind die gefundenen Zusammenhänge nicht so klar und linear.

Hochrisikogruppen mit kombinierten und kumulierten Risikomerkmale

Mangelnde positive Beziehungen oder problematische bzw. konfliktive soziale Beziehungen gehen eindeutig mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko einher. Gleichzeitig haben sich gewisse soziodemographische Merkmale als negativ und nachteilig im Hinblick auf die Verfügbarkeit von sozialen Beziehungen und Ressourcen erwiesen. Wenn nun solche demographischen und sozialen Risikomerkmale kombiniert auftreten, scheinen sich auch die gesundheitlichen Risiken und Nachteile zu kumulieren. So schätzen etwa Rentnerinnen und Rentner mit nur geringer wahrgenommener sozialer Unterstützung die eigene Gesundheit doppelt so häufig als mittelmässig oder sogar schlecht ein als der Bevölkerungsdurchschnitt. Bei Alleinlebenden mit häufigen Einsamkeitsgefühlen ist dies dreimal häufiger, bei sozial isolierten sowie einkommensschwachen Personen fast viermal häufiger der Fall. Der Anteil an gesundheitlich Angeschlagenen mit nur mittelmässiger oder sogar sehr schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit variiert je nach Merkmalskombination und Risikokonstellation zwischen 3 % (sozial integrierte Jugendliche) und 54 % (sozial isolierte Einkommensschwache) oder sogar 65 % (sich häufig einsam fühlende Frauen mittleren Alters). Starke

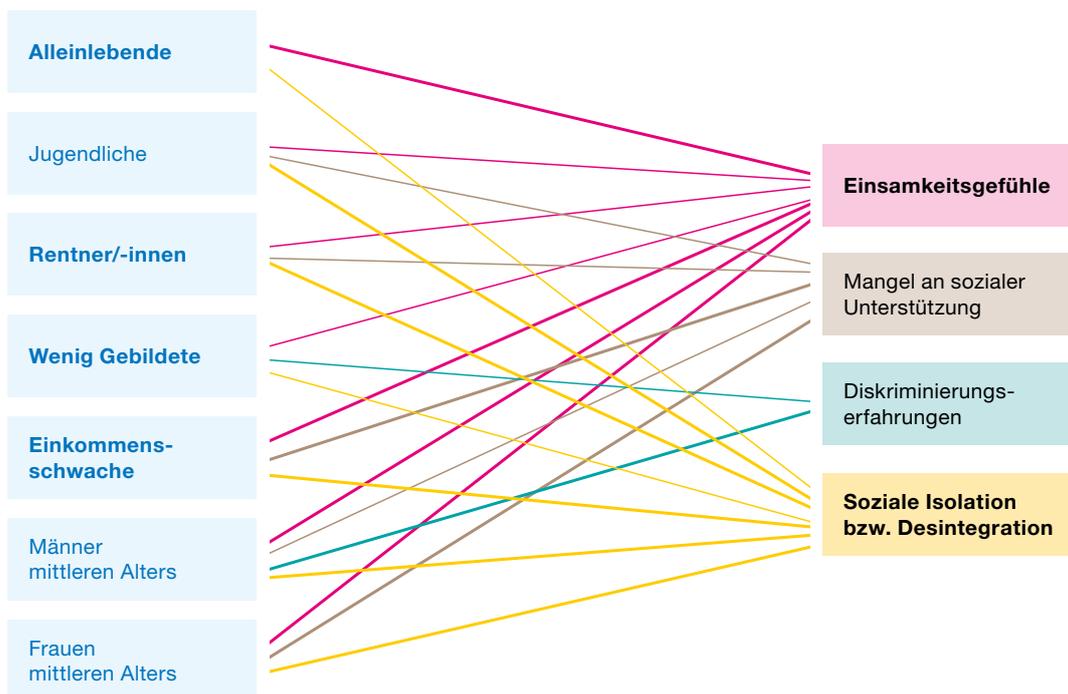
Rücken- bzw. Kreuzschmerzen treten ebenfalls sehr unterschiedlich häufig auf: Entsprechende muskuloskeletale Beschwerden weisen immerhin 80 % der schlecht Ausgebildeten mit kumulierten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit, aber lediglich 29 % der sich nie einsam fühlenden und sozial stark unterstützten Jugendlichen auf. Gemessen an mittelmässiger bis starker psychischer Belastung variieren die Anteile von «Betroffenen» je nach Gruppe bzw. Merkmalskombination sogar zwischen 13 % bei sozial stark unterstützten Pensionierten und 91 % bei sich häufig einsam fühlenden Frauen mittleren Alters. Bei kumulierten Gesundheitsproblemen liegt die entsprechende Bandbreite zwischen 9 % (sozial integrierte Jugendliche) und 74 % (sich häufig einsam fühlende Einkommensschwache). Ähnlich grosse Unterschiede sind bei der körperlichen Aktivität bzw. Inaktivität und beim Konsum von psychotropen Medikamenten zu beobachten. So variieren die Anteile an körperlich Inaktiven je nach Merkmalskombination zwischen 16 % der sich sozial stark unterstützt fühlenden Jugendlichen und 77 % der sozial isolierten Männer mittleren Alters. Regelmässig psychoaktive Medikamente konsumieren zwischen 0 % der sozial integrierten Jugendlichen und 80 % der sich häufig einsam fühlenden Frauen und Männer mittleren Alters.

Die Zugehörigkeit zu einer solchen «Hochrisikogruppe» geht also durchwegs mit einer zwei- bis vielfach erhöhten Wahrscheinlichkeit für verschiedenste Gesundheitsprobleme einher. Deren Prävalenz in den jeweiligen Bevölkerungsgruppen weicht teilweise massiv ab vom Bevölkerungsdurchschnitt und variiert je nach Gruppenzugehörigkeit bzw. Merkmalskombination und je nach Gesundheitsaspekt zwischen 5 % und über 90 %.

Nachfolgende Abbildung 4.1 fasst nochmals alle wichtigen demographischen und sozialen Merkmalskombinationen zusammen, die sich als besonders risikoreich erwiesen haben und mit deutlich beeinträchtigter Gesundheit bzw. mit ungünstigem Gesundheitsverhalten einhergehen.

Abbildung 4.1

Häufigste und wichtigste Risikokombinationen bzw. -konstellationen



Als gesundheitliche Hochrisikogruppen haben sich insbesondere folgende erwiesen:

- allein in einem Einpersonenhaushalt lebende und sich dabei häufig einsam fühlende und/oder sozial wenig integrierte Zürcherinnen und Zürcher
- pensionierte und sozial isolierte und sich wenig unterstützt fühlende Zürcherinnen und Zürcher
- wenig gebildete bzw. schlecht qualifizierte und sich am Arbeitsplatz diskriminiert und benachteiligt fühlende Zürcherinnen und Zürcher
- wenig verdienende und sozial isolierte und/oder sich häufig einsam fühlende Zürcherinnen und Zürcher
- sozial isolierte und/oder sich häufig einsam fühlende Zürcherinnen im mittleren Alter
- sozial isolierte und/oder sich häufig einsam fühlende Jugendliche

Gesundheitliche Hochrisikogruppen

Gewisse demographische und soziale Merkmalskombinationen und Risikokonstellationen haben sich als besonders ungünstig bzw. risikoreich im Hinblick auf die allgemeine Gesundheit, die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten erwiesen. Die Verbindungslinien in Abbildung 4.1 markieren die über verschiedene Gesundheitsindikatoren hinweg und für die jeweiligen Bevölkerungsgruppen separat untersuchten und gefundenen wichtigsten und stärksten Zusammenhänge (Dosis-Wirkungs-Beziehungen) zwischen Aspekten sozialer Beziehungen und Gesundheit. Die höchsten Prävalenzraten in Bezug auf eine mässige bis schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit, eine mittlere bis starke psychische Belastung oder Beeinträchtigung, starke Rücken- oder Kreuzschmerzen (muskuloskeletale Beschwerden), kumulierte Gesundheitsprobleme (Multimorbidität) und Bewegungsmangel (körperliche Inaktivität) weisen diejenigen Bevölkerungsgruppen auf, welche ohnehin überdurchschnittlich hohe Prävalenzraten aufweisen (fettgedruckt) und zusätzlich noch häufig Einsamkeitsgefühle haben, einen Mangel an wahrgenommener sozialer Unterstützung beklagen, von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz berichten und insgesamt als sozial wenig integriert eingestuft werden können. Bei allen sieben untersuchten Bevölkerungsgruppen haben sich insbesondere häufige Einsamkeitsgefühle und ein geringer Grad an sozialer Integration durchwegs als gesundheitsbeeinträchtigend erwiesen. Ein geringes Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeit haben sich nur teilweise bzw. bei einzelnen Gruppen und/oder hinsichtlich einzelner Gesundheitsindikatoren als eindeutige gesundheitliche Risikofaktoren herausgestellt.

Zitierte Literatur und Hintergrundlektüre

Deutschsprachige Literatur:

Bachmann, N. (2014) Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa. Neuchâtel: Obsan (Dossier 27).

Jungbauer-Gans, M. (2002) Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006) Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigung. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 107–122.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989) Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe.

Englischsprachige Literatur:

Berkman, L. F. & Glass, T. (2000) Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L. F. & Kawachi, I. (Eds.) Social Epidemiology. Oxford: University Press, 137–173.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843–857.

Ferlander, S. & Mäkinen, I. H. (2009) Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Social Science and Medicine*, 69(9), 1323–32.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010) Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316.

Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001) Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467.

Reblin, M. & Uchino, B. N. (2008) Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205.

Uchino, B. (2006) Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.

Umberson, D. & Montez, J. K. (2010) Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 54–66.

Wilkinson, I. & Marmot, M. (Eds., 2003) Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2nd edition.

Bisherige Publikationen

- 1991 **Suchtpräventionskonzept**
- 1994 **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich**
Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung
- 1994 **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen**
- 1999 **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999**
- 1999 **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich**
- 2002 **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich**
- 1999 **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention**
- 2004 **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung**
- 2004 **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich**
Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit
- 2004 **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich**
- 2005 **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre**
Ein Bericht aus dem Kanton Zürich
- 2007 **Gesundheit im Kanton Zürich 2000 – 2006**
- 2008 **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich**
- 2009 **Krebs im Kanton Zürich. Ein Bericht des Krebsregisters**
- 2011 **Konzept zur Prävention und Behandlung von Glücksspielsucht, insbesondere Lotteriespielsucht, im Kanton Zürich**
- 2012 **Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich**
- 2013 **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich**
- 2014 **Gesundheit im Kanton Zürich, Band 1**
Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012
- 2014 **Gesundheit im Kanton Zürich. Band 2**
Entwicklungen seit 2007
- 2016 **Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich**



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Herausgeberin: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (vormals Institut für Sozial- und Präventivmedizin).

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

