

2019



14

Gesundheit

Neuchâtel 2019

# Gesundheitsstatistik 2019

## Themenbereich «Gesundheit»

### Aktuelle themenverwandte Publikationen

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per E-Mail an [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch).

**Gesundheit. Taschenstatistik 2018**, Neuchâtel 2019,  
44 Seiten, BFS-Nummer: 1540-1800

**Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren 2017**,  
Neuchâtel 2019, 8 Seiten, BFS-Nummer: 1803-1700

**Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017:  
Körperliche Aktivität und Gesundheit**, Neuchâtel 2019,  
4 Seiten, BFS-Nummer: 213-1708

**Rehabilitationspflege in den Schweizer Spitälern im Jahr 2017**,  
Neuchâtel 2019, 8 Seiten, BFS-Nummer: 1936-1700

**Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017**,  
Neuchâtel 2019, 8 Seiten, BFS-Nummer: 1920-1700-05

**Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017**, Neuchâtel 2019,  
8 Seiten, BFS-Nummer: 1904-1700-05

**Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2016**,  
Neuchâtel 2019, 4 Seiten, BFS-Nummer: 1257-1600

### Themenbereich «Gesundheit» im Internet

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken finden → 14 – Gesundheit  
oder [www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)

# Gesundheitsstatistik 2019

**Redaktion** Tania Andreani, BFS; Jean-François Marquis, BFS  
**Inhalt** Tania Andreani, BFS; Frédéric Clausen, BFS; Pascale Gazareth, BFS; Martine Kaeser, BFS; Renaud Lieberherr, BFS; Michael Lindner, BFS; Jean-François Marquis, BFS; Mélanie Riggenbach, BFS; Samuela Rossi, BFS; Marco Storni, BFS  
**Herausgeber** Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2019

**Herausgeber:** Bundesamt für Statistik (BFS)

**Auskunft:** Auskunftsdienst Gesundheit, BFS, Tel. 058 463 67 00,  
gesundheit@bfs.admin.ch

**Redaktion:** Tania Andreani, BFS; Jean-François Marquis, BFS

**Inhalt:** Tania Andreani, BFS; Frédéric Clausen, BFS; Pascale Gazareth, BFS; Martine Kaeser, BFS; Renaud Lieberherr, BFS; Michael Lindner, BFS; Jean-François Marquis, BFS; Mélanie Riggerbach, BFS; Samuela Rossi, BFS; Marco Storni, BFS

**Reihe:** Statistik der Schweiz

**Themenbereich:** 14 Gesundheit

**Originaltext:** Deutsch und Französisch

**Übersetzung:** Sprachdienste BFS

**Layout:** Sektion DIAM, Prepress/Print

**Grafiken:** Sektion DIAM, Prepress/Print

**Karten:** Sektion DIAM, ThemaKart

**Online:** [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

**Print:** [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)  
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,  
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60  
Druck in der Schweiz

**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2019  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

**BFS-Nummer:** 1290-1900

**ISBN:** 978-3-303-14312-4

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>	<b>4.8</b>	<b>Behinderung</b>	<b>40</b>
<hr/>					
<b>2</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>8</b>	<b>4.9</b>	<b>Unfälle</b>	<b>42</b>
<hr/>					
<b>3</b>	<b>Gesundheitsdeterminanten</b>	<b>11</b>	<b>4.10</b>	<b>Reproduktive Gesundheit</b>	<b>44</b>
<hr/>					
<b>3.1</b>	<b>Einkommen und soziale Einbettung</b>	<b>11</b>	<b>4.11</b>	<b>Neugeborene</b>	<b>46</b>
<b>3.2</b>	<b>Beschäftigung und Arbeitsbedingungen</b>	<b>11</b>	<b>4.12</b>	<b>Ältere Menschen</b>	<b>47</b>
<b>3.3</b>	<b>Natürliche Umwelt</b>	<b>13</b>	<b>4.13</b>	<b>Migrantinnen und Migranten</b>	<b>48</b>
<b>3.4</b>	<b>Wohnbedingungen</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>Gesundheitswesen</b>	<b>53</b>
<b>3.5</b>	<b>Körperliche Aktivitäten</b>	<b>13</b>	<hr/>		
<b>3.6</b>	<b>Ernährung</b>	<b>15</b>	<b>5.1</b>	<b>Spitäler</b>	<b>53</b>
<b>3.7</b>	<b>Übergewicht</b>	<b>16</b>	<b>5.2</b>	<b>Pflegeheime</b>	<b>56</b>
<b>3.8</b>	<b>Tabak</b>	<b>17</b>	<b>5.3</b>	<b>Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)</b>	<b>58</b>
<b>3.9</b>	<b>Alkohol</b>	<b>18</b>	<b>5.4</b>	<b>Arztpraxen und ambulante Zentren</b>	<b>60</b>
<b>3.10</b>	<b>Illegale Drogen</b>	<b>19</b>	<b>5.5</b>	<b>Weitere Leistungserbringer</b>	<b>62</b>
<hr/>					
<b>4</b>	<b>Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen</b>	<b>23</b>	<b>5.6</b>	<b>Informelle Hilfe</b>	<b>63</b>
<hr/>					
<b>4.1</b>	<b>Lebenserwartung und Gesundheit</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens</b>	<b>67</b>
<b>4.2</b>	<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>	<b>27</b>	<hr/>		
<b>4.3</b>	<b>Diabetes</b>	<b>29</b>	<b>6.1</b>	<b>Kosten des Gesundheitswesens</b>	<b>67</b>
<b>4.4</b>	<b>Krebs</b>	<b>30</b>	<b>6.2</b>	<b>Finanzierung des Gesundheitswesens</b>	<b>68</b>
<b>4.5</b>	<b>Erkrankungen des Bewegungsapparates</b>	<b>34</b>	<hr/>		
<b>4.6</b>	<b>Infektionskrankheiten und Krankheiten des Atmungssystems</b>	<b>35</b>	<b>Anhang</b>		<b>71</b>
<b>4.7</b>	<b>Psychische Gesundheit</b>	<b>37</b>	<hr/>		
<hr/>					
<b>7</b>					
<hr/>					
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>					
<hr/>					
<b>8</b>					
<hr/>					
<b>Glossar</b>					
<hr/>					
<b>9</b>					
<hr/>					
<b>Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich</b>					
<hr/>					



# 1 Einleitung

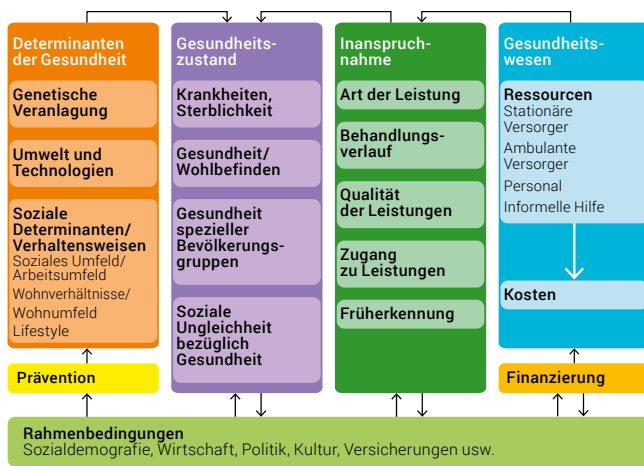
Unsere Gesundheit hängt von vielen Faktoren wie dem sozialen Umfeld, der natürlichen Umwelt, den Arbeitsbedingungen, der Qualität des Wohnumfelds, den gesundheitsrelevanten Gewohnheiten und Verhaltensweisen und nicht zuletzt den genetischen Merkmalen ab. Ist sie beeinträchtigt, nehmen wir die Leistungen der Ärzteschaft oder anderer Gesundheitsfachpersonen in Anspruch, die im Rahmen eines breiten Spektrums von Einrichtungen angeboten werden. Voraussetzung dafür ist, dass geeignete Infrastrukturen und entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden sind und deren Finanzierung durch die verschiedenen betroffenen Akteure gesichert ist. Der Gesundheitssektor ist somit ein komplexes Gefüge, das in einer mehr oder weniger engen Beziehung mit einer Vielzahl von demografischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und umweltbezogenen Merkmalen einer Gesellschaft steht. Um dieses Gefüge in einer verständlichen Form zu präsentieren, bedarf es daher einer klaren Struktur. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat zu diesem Zweck ein Gliederungsschema der Gesundheitsstatistik entwickelt. Das Schema beruht auf vier Pfeilern – den Determinanten der Gesundheit, dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und dem Gesundheitssystem – sowie auf deren Wechselwirkungen untereinander und mit den Rahmenbedingungen (G 1.1). Dieses Schema bildet die Grundlage für die Strukturierung des vorliegenden Berichts, der eine aktualisierte Ausgabe der «Gesundheitsstatistik» ist, die 2012 zum ersten Mal publiziert wurde.

## Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in fünf Kapitel, die sich nacheinander mit den Rahmenbedingungen, den Gesundheitsdeterminanten, der Gesundheit der Bevölkerung und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, dem Gesundheitswesen und schliesslich mit dessen Finanzierung befassen. Im Anhang finden sich eine Liste der Abkürzungen, ein Glossar und eine Quellenübersicht.

Sofern nicht anders erwähnt, beziehen sich sämtliche Daten auf das Gebiet der Schweiz und deren Wohnbevölkerung. Sie beziehen sich auf das Jahr 2017 (bzw. auf das jüngste Jahr) und beinhalten insbesondere die Ergebnisse der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Die Daten der abgebildeten Grafiken stehen auf der Internetseite der Publikation zur Verfügung ([www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)).

**Strukturschema der Gesundheitsstatistik G1.1**



© BFS 2019

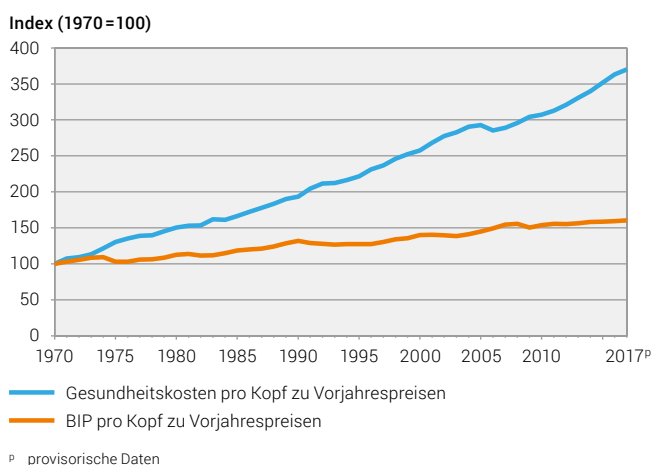
## 2 Rahmenbedingungen

Die Entwicklung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung und die Veränderungen im Gesundheitswesen erfolgen in einem Rahmen, der insbesondere durch das wirtschaftliche Umfeld, den soziodemografischen Wandel sowie durch die Gesundheits- und Sozialpolitik der kantonalen und Bundesbehörden geprägt ist.

Der zunehmende Wohlstand einer Gesellschaft erlaubt es dieser, einen wachsenden Anteil ihrer Ressourcen für Güter und Dienstleistungen einzusetzen, die zur Verbesserung des Lebensstandards und der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Das Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf zu Vorjahrespreisen ist seit 1970 um mehr als 60% gestiegen (G2.1). Im gleichen Zeitraum haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf um das 3,7-Fache erhöht (→ Kapitel 6.1). Der höhere Lebensstandard und die Verbesserung der durch das Gesundheitswesen garantierten Versorgung wirkten sich positiv auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung aus (→ Kapitel 4.1). Diese Entwicklung dürfte im Gegenzug die Steigerung der Produktivkraft der Gesellschaft unterstützt und damit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beigetragen haben.

### Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

### G2.1



Quellen: BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2019

Grösse und Struktur der Bevölkerung wirken sich massgeblich auf das Volumen der beanspruchten Leistungen des Gesundheitswesens aus. Zwischen 1970 und 2017 stieg die Wohnbevölkerung der Schweiz um fast 37%, von 6,2 auf 8,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (G2.2). Auch die Bevölkerungsstruktur hat sich verändert: Die Zahl der Personen ab 80 Jahren stieg um das Vierfache, jene der 65- bis 79-Jährigen hat sich nahezu verdoppelt. Im gleichen Zeitraum verringerte sich die Zahl der unter 20-Jährigen um 11%. Der steigende Anteil älterer Personen lässt sich auf zwei Faktoren zurückführen: Zum einen ist er eine Folge der geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre, gefolgt vom Rückgang der Geburten nach 1970 (sog. «Kohorteneffekt»). Zum anderen nimmt die Lebenserwartung infolge besserer Gesundheit stetig zu. Der wachsende Anteil älterer Personen an der Bevölkerung geht einher mit einer höheren Anzahl chronisch erkrankter Personen und führt zu einer stärkeren Nachfrage in der Gesundheitsversorgung. Er ist hingegen nicht alleine ausschlaggebend für die wachsenden Gesundheitskosten.

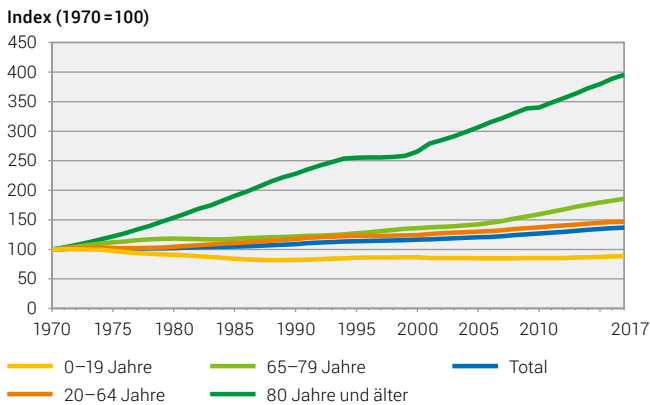
Im gleichen Zeitraum (1970 – 2017) nahm die ausländische Wohnbevölkerung stärker zu als die Zahl der Schweizerinnen und Schweizer (+112% gegenüber +22%). Diese Differenz ist seit Anfang der 1990er-Jahre besonders ausgeprägt. Die ausländische Wohnbevölkerung ist deutlich jünger als die schweizerische (G2.3). 46% der Bevölkerung mit ausländischem Pass gegenüber 29% der Schweizerinnen und Schweizer sind zwischen 20 und 44 Jahre alt. Umgekehrt liegt der Anteil der Personen ab 65 Jahren in der Bevölkerung schweizerischer Nationalität bei 22%, gegenüber 8% in der ausländischen Wohnbevölkerung. Die Zuwanderung stärkt somit die Altersgruppen der Bevölkerung, die in der Regel bei besserer Gesundheit sind. Allerdings ist Migration in gewissen Fällen auch mit Merkmalen wie einem niedrigeren Bildungsstand, schwierigeren Arbeits- oder Lebensbedingungen oder auch mangelnden Kenntnissen der Landessprachen verbunden, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken oder eine Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung darstellen können (→ Kapitel 4.13).

Der generelle Anstieg des Bildungsniveaus ist ein weiterer markanter Trend (G2.4). Diese Entwicklung, die seit den 1980er-Jahren besonders ausgeprägt ist, verbesserte die Voraussetzungen für den Aufbau von Gesundheitskompetenzen und die Beachtung von Präventionskampagnen.

Im föderalistischen System der Schweiz haben die Kantone traditionell weitreichende Kompetenzen im Bereich der Steuerung, Aufsicht und Finanzierung des Gesundheitswesens. Der regulatorische Einfluss des Bundes ist in ganz verschiedenen Bereichen spürbar: Krankenversicherung, Gesundheitsberufe,



## Bevölkerungsbestand nach Altersgruppe G 2.2

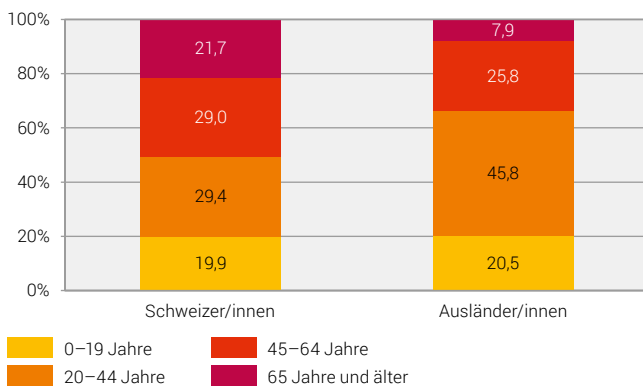


Ab 2010: Neue Definition der ständigen Wohnbevölkerung, die zusätzlich Personen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten umfasst.

Quellen: BFS – Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © BFS 2019

elektronisches Patientendossier, öffentliche Gesundheit, Medikamente, Forschung, medizinisch unterstützte Fortpflanzung, Krebsregistrierung. Die Gesundheitspolitik des Bundes wird im Rahmen der Gesamtstrategie «Gesundheit 2020» koordiniert, die die «Lebensqualität sichern, die Chancengleichheit stärken, die Versorgungsqualität erhöhen und die Transparenz verbessern» soll.

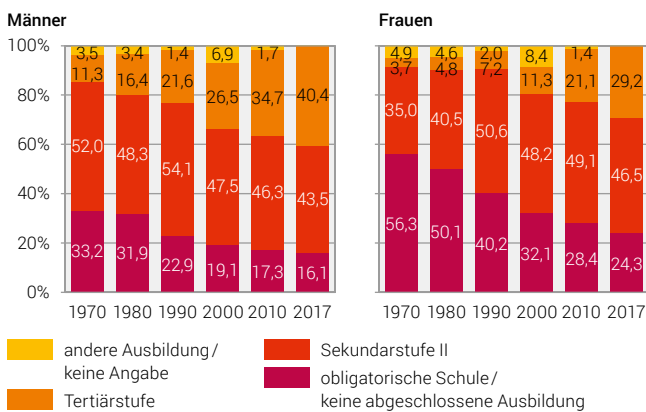
## Altersgruppen nach Staatszugehörigkeit, 2017 G 2.3



Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © BFS 2019

## Bildungsniveau der Bevölkerung G 2.4

Bevölkerung ab 25 Jahren in Privathaushalten



bis 2000: Volkszählung; ab 2010: Strukturerhebung; 2017: nur teilweise vergleichbar wegen Imputation bei fehlenden Daten

Quelle: BFS – Volkszählung, Strukturerhebung © BFS 2019

# Gesundheitsdeterminanten

14 Gesundheit

2017



## Arbeitsbedingungen

21%

der Erwerbstätigen  
leiden meistens oder immer  
unter Stress

## Wohnbedingungen



26%

der Bevölkerung  
sind verkehrsbe-  
dingten Störungen  
(Lärm, Luftverschmut-  
zung) ausgesetzt

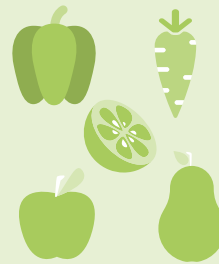


## Körperliche Aktivität

76%

der Bevölkerung sind  
ausreichend aktiv

## 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag



21%

der Bevölkerung konsumieren  
die empfohlene Menge

♂ 15% ♀ 28%

## Gewicht

Anteil der Bevölkerung



11%

sind adipös

31%

sind übergewichtig



## Tabakkonsum

6%

der Bevölkerung  
rauchen ≥ 20 Zigaretten pro Tag

27%

der Bevölkerung  
rauchen

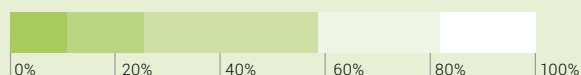


11%

der Bevölkerung

## Täglicher Alkoholkonsum

- täglich
- weniger als an 1 Tag pro Woche
- 3 bis 6 Tagen pro Woche
- abstinert
- 1 bis 2 Tagen pro Woche



## Cannabiskonsum (≥ 1 Mal pro Monat)



9%

der Jugendlichen zwischen  
15 und 24 Jahren

Quelle: BFS – SGB

www.statistik.ch

© BFS 2019

# 3 Gesundheitsdeterminanten

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Zu erwähnen sind insbesondere Bevölkerungsstruktur und Bildungsstand (→ Kapitel 2), Einkommen und soziale Integration, Lebens- und Arbeitsbedingungen, natürliche Umwelt, Gesundheitsverhalten und kulturelle Gewohnheiten (→ Kapitel 3), aber auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die genetische Veranlagung. Diese Determinanten interagieren miteinander und sind in vielfältiger Weise mit dem Gesundheitszustand verflochten. So haben zum Beispiel das Alter und das Geschlecht, aber auch der soziale Status einen Einfluss auf die Verhaltensweisen (körperliche Bewegung, Ernährung usw.), die ihrerseits wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Der Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und der Gesundheit kann jedoch auch umgekehrt sein: Gesundheitsprobleme können das Risiko der sozialen Unsicherheit erhöhen oder zu Verhaltensveränderungen führen.

Aus Platzgründen ist es nicht möglich, einen vollständigen Überblick über alle Gesundheitsdeterminanten zu geben. Zudem decken die verfügbaren statistischen Daten nur einen Teil davon ab. Daher werden in diesem Kapitel zunächst vier Beispiele von sozialen und umweltbezogenen Determinanten kurz vorgestellt und anschließend einige der zentralen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen detaillierter beschrieben.

## 3.1 Einkommen und soziale Einbettung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt zum Schluss, dass die sozialen Ungleichheiten ein Hauptgrund gesundheitlicher Ungleichheit sind. Um diesen Zusammenhang zu beschreiben, spricht sie von einem sozialen Gradienten, der durch verschiedene Einflussfaktoren wie das Einkommen (siehe unten), die Arbeitsbedingungen (→ Kapitel 3.2) oder auch das gesundheitsrelevante Verhalten (→ Kapitel 3.5 bis 3.10) bestimmt wird.

Ausreichendes Einkommen und soziale Einbettung sind eine wichtige Voraussetzung, um ein gesundes Leben führen zu können und Zugang zum Gesundheitswesen zu haben. Die Lebensumstände der von Armut betroffenen Personen sind besonders prekär, und ihr Zugang zu gewissen Gesundheitsdienstleistungen kann eingeschränkt sein.

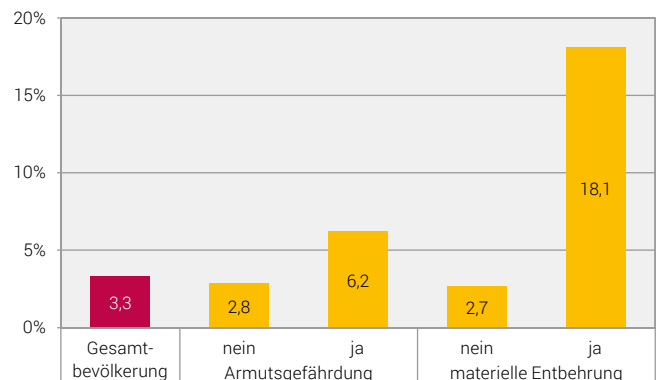
2017 waren 15% der Personen ab 16 Jahren von Armutsgefährdung und 5% von materieller Entbehrung betroffen (siehe Glossar für die Definitionen). Armutsgefährdete Personen sagen fast doppelt so häufig wie die anderen, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand nicht gut ist (32% im Gegensatz zu 18%).

Bei den Personen, die von materieller Entbehrung betroffen sind, steigt der Anteil der Personen mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand sogar auf 36%.

2017 konnten 3% der Bevölkerung ab 16 Jahren aus finanziellen Gründen wirklich nötige medizinische oder zahnärztliche Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Personen, die Armutsgefährdung oder materielle Entbehrung erfahren, sind deutlich häufiger davon betroffen (G3.1).

### Entbehrungen von Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen nach Armutsgefährdung oder materieller Entbehrung, 2017

Bevölkerung ab 16 Jahren in Privathaushalten  
Wirklich nötige medizinische oder zahnärztliche Untersuchung **G3.1**



Quelle: BFS – Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) © BFS 2019

## 3.2 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

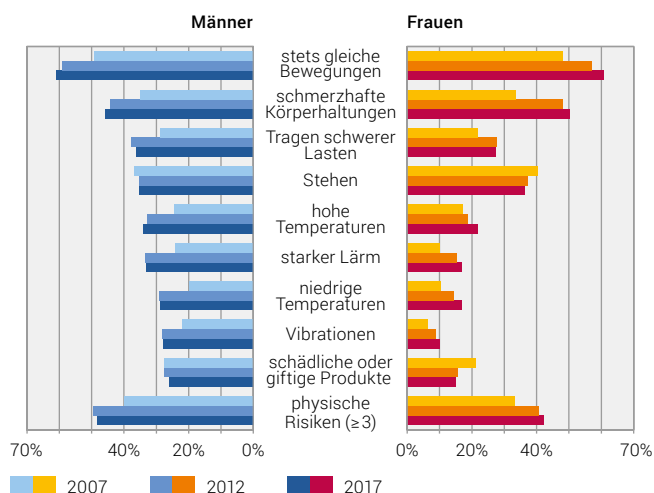
Arbeitsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko physischer oder psychischer Beeinträchtigungen und das Unfallrisiko (→ Kapitel 4.9).

Im Jahr 2017 waren 45% der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren bei der Arbeit mindestens drei verschiedenen physischen Risiken ausgesetzt. Dieser Anteil ist seit 2012 stabil, hat aber im Vergleich zu 2007 um 8 Prozentpunkte zugenommen (G3.2).

## Physische Risiken bei der Arbeit

Erwerbstätige von 15 bis 64 Jahren

G3.2



ein Viertel der Arbeitszeit oder mehr (stehen: 3/4)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Die ergonomischen Risiken (stets gleiche Bewegungen, schmerzhafte Arbeitshaltungen, Tragen schwerer Lasten usw.) sind im Vergleich zu 2007 gestiegen. So gaben 48% der Erwerbstätigen 2017 an, bei der Arbeit schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen einnehmen zu müssen. Dieser Anteil ist ähnlich hoch wie 2012, aber höher als 2007 (34%).

Frauen sind gleich häufig wie Männer mit ergonomischen Risiken konfrontiert. Diese sind nicht nur in Branchen wie der Industrie und dem Baugewerbe verbreitet, wo männliche Beschäftigte in der Mehrheit sind, sondern auch in Branchen wie dem Gesundheits- und Sozialwesen, dem Gastgewerbe und dem Handel, die viele weibliche Beschäftigte zählen.

Umweltrisiken wie Lärm oder extreme Temperaturen sind seltener und betreffen häufiger männliche Erwerbstätige. Gleiches gilt für die Exposition gegenüber schädlichen oder giftigen Produkten.

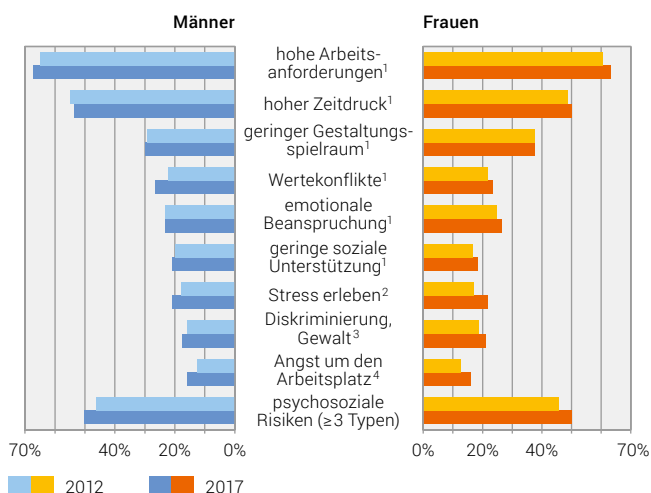
Die unter 30-Jährigen sind in höherem Masse als ältere Erwerbstätige einer Häufung von körperlichen Risiken ausgesetzt (59% für die 15- bis 29-Jährigen, gegenüber etwas mehr als 40% für die Personen ab 30 Jahren). Dies gilt auch für Personen mit einem niedrigen Bildungsstand (75%, gegenüber 26% für Personen mit einer Tertiärbildung).

Zwischen 2012 und 2017 ist der Anteil der Erwerbstätigen, die mindestens drei Typen psychosozialer Risiken im Zusammenhang mit der Arbeitsorganisation ausgesetzt sind, von 46% auf 50% gestiegen (G3.3). Dieser Anstieg erklärt sich insbesondere durch die Zunahme der Anteile der Personen, die bei der Arbeit meistens oder immer unter Stress leiden (von 18% auf 21%) oder Angst um ihren Arbeitsplatz haben (von 13% auf 16%).

## Psychosoziale Risiken bei der Arbeit

Erwerbstätige von 15 bis 64 Jahren

G3.3



<sup>1</sup> meistens oder immer, mindestens ein Risiko

<sup>2</sup> meistens oder immer

<sup>3</sup> mindestens ein Risiko in den letzten zwölf Monaten

<sup>4</sup> ziemlich oder sehr stark

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Männer sind häufiger als Frauen hohen Arbeitsanforderungen oder einem hohen Zeitdruck ausgesetzt. Frauen sehen sich hingegen öfter mit einem Mangel an Gestaltungsspielraum konfrontiert als Männer, indem sie zum Beispiel nicht selbst entscheiden dürfen, wann sie eine Pause einlegen (25% gegenüber 18%). Frauen sind auch öfter Opfer von Gewalt oder Diskriminierung als Männer (21% gegenüber 18%). Dies ist darauf zurückzuführen, dass mehr Frauen als Männer angeben, aufgrund ihres Geschlechts diskriminiert worden zu sein. Kein signifikanter Unterschied ist hingegen beim Anteil der Frauen und Männer auszumachen, die berichten, dass sie mit Mobbing konfrontiert sind (8% gegenüber 7%).

Der Anteil der Personen, die mindestens drei Typen psychosozialer Risiken ausgesetzt sind, ist bei den unter 30-Jährigen (58%) sowie bei Männern ohne nachobligatorische Ausbildung (64%) höher, während bei den Frauen kaum signifikante Unterschiede nach Ausbildung auszumachen sind.

Personen, die am Arbeitsplatz mindestens drei körperlichen Risiken oder mindestens drei Typen psychosozialer Risiken ausgesetzt sind, schätzen ihre Gesundheit als weniger gut ein. Schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen, Stress und die Angst um den Arbeitsplatz werden am meisten mit einem weniger guten Gesundheitszustand in Zusammenhang gebracht. 15% der Personen, die bei der Arbeit meistens oder immer unter Stress leiden, gaben einen nicht guten selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand an, während sich dieser Anteil bei den Personen, die sich bei der Arbeit seltener oder nie gestresst fühlen, auf 7% belief. Dieser Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit bleibt auch dann bestehen, wenn weitere Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildungsstand oder Nationalität berücksichtigt werden. Ein schlechterer Gesundheitszustand ist seinerseits ein Faktor, der zur Schwächung der sozialen Lage beitragen kann.

### 3.3 Natürliche Umwelt

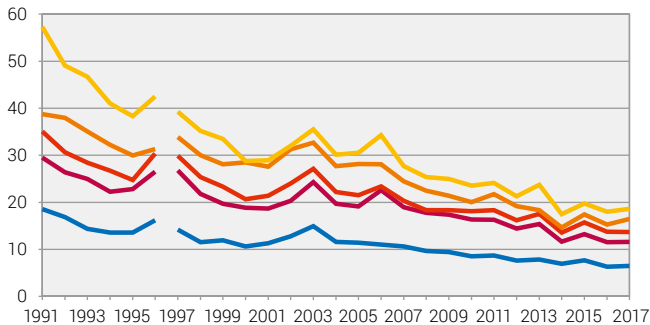
Die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden, Strahlung, Lärm oder extreme Wettersituationen (z. B. länger dauernde Hitzewellen) sind Faktoren, die die Gesundheit negativ beeinflussen können. Die Luftverschmutzung ist heute einer der zentralen Umweltfaktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen. Sie kann zu Erkrankungen der Atemwege (chronischer Husten, Bronchitis, Asthmaschübe), Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Strengere Vorschriften haben zu einer Abnahme der Belastung durch Feinstaub (PM10), der tief in die Lunge eindringen kann, geführt (G3.4). Trotzdem werden die Grenzwerte in den Städten und entlang stark befahrener Strassen mitunter überschritten. Hohe Feinstaubkonzentrationen entstehen insbesondere bei winterlichen Inversionslagen, bei denen sich Luftschadstoffe in bodennahen Luftschichten anreichern (Wintersmog). Auch das bodennahe Ozon kann Atemwegsentzündungen verursachen. Diesbezügliche Grenzwertüberschreitungen werden häufig während der Sommermonate gemessen.

#### Feinstaubkonzentrationen

PM10-Konzentrationen, Jahresmittelwerte

G3.4

Mikrogramm / Kubikmeter



Werte vor 1997 wurden nach einer anderen Methode ermittelt. Grenzwert Schweiz: Jahresmittel 20µg/m³.

Quelle: BAFU – Nationales Beobachtungsnetz für Luftfremdstoffe (NABEL) © BFS 2019

Hauptquelle krebserregender Luftbelastung im Hausinnern ist das Radon, ein natürlich im Boden gebildetes farb- und geruchloses Gas. Radon gilt nach dem Rauchen als zweithäufigste Ursache von Lungenkrebs. Das Gas dringt durch Ritzen im Boden sowie durch Risse in Beton und Mauern in die Gebäude ein. Erhöhte Radonkonzentrationen treten vor allem in den Kantonen Tessin und Graubünden, in den Karstregionen des Jurabogens sowie in gewissen Teilen des Wallis auf.

### 3.4 Wohnbedingungen

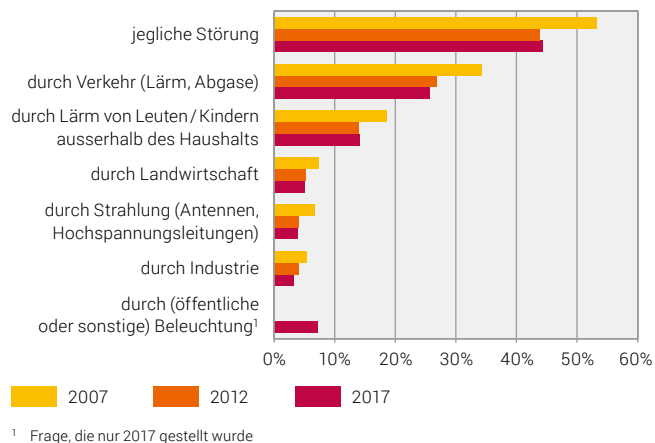
Verschiedene Merkmale des Wohnumfelds (Lärmbelästigung, Luftverschmutzung, hygienische Mängel, räumliche Enge usw.) können negative Auswirkungen auf die physische oder psychische Gesundheit der exponierten Personen haben.

2017 gaben zwei von fünf (44%) der in Privathaushalten lebenden Personen ab 15 Jahren an, Störungen in ihrem Wohnumfeld ausgesetzt zu sein. Dieser Anteil ist seit 2012 stabil, gegenüber 2007 jedoch rückläufig (G3.5). Am häufigsten genannt wurden 2017 verkehrsbedingte Störungen (Lärm und Luftverschmutzung: 26% der Personen) sowie Lärm von Personen und Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören (14%). 7% der Bevölkerung fühlten sich zudem wegen der Strassenbeleuchtung oder sonstiger Quellen künstlichen Lichts gestört.

#### Belastungen im Wohnumfeld

Von den befragten Personen angegebene Belastungen Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.5



<sup>1</sup> Frage, die nur 2017 gestellt wurde

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### 3.5 Körperliche Aktivitäten

Regelmässige körperliche Betätigung gilt als gesundheitsfördernd. Sie kann insbesondere zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Entwicklung von Diabetes, Rückenbeschwerden sowie Brust- oder Darmkrebs beitragen. Zudem hilft sie, die Entstehung von Übergewicht zu verhindern. Allerdings müssen körperliche Aktivitäten regelmässig ausgeübt werden, damit sie gesundheitswirksam sind.

### Messung des Bewegungsverhaltens

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) gibt Auskunft über Ausmass und Intensität der wöchentlichen körperlichen Aktivität in der Freizeit. Dabei werden folgende Personengruppen unterschieden:

- *Trainiert* sind all jene, die pro Woche mindestens dreimal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen).
- *Ausreichend aktiv* sind all jene, die pro Woche mindestens zweimal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich mindestens 150 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem geraten). Diese ersten beiden Gruppen erfüllen die im Auftrag des Bundesamts für Sport (BASPO) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Jahr 2013 erarbeiteten Empfehlungen vollumfänglich.
- *Teilaktiv* sind all jene, die pro Woche einmal einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich zwischen 30 und 149 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem geraten).
- *Inaktiv* sind all jene, die weniger als einmal pro Woche einer intensiven körperlichen Aktivität nachgehen (mit Schwitzen) oder sich weniger als eine halbe Stunde pro Woche bei mässiger Intensität bewegen (ausser Atem kommen).

Drei von vier Personen bewegten sich 2017 in ihrer Freizeit in ausreichendem Masse, um als aktiv eingestuft zu werden. Demgegenüber bewegten sich 8% der Bevölkerung weniger als 30 Minuten pro Woche und gelten somit als inaktiv.

Mehr als vier von fünf jungen Erwachsenen unter 25 Jahren bewegten sich in ihrer Freizeit ausreichend (83%) und nur 4% waren inaktiv (G3.6). Zwischen 25 und 74 Jahren gibt es kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen. Männer waren in ihrer Freizeit etwas häufiger als Frauen körperlich aktiv (78% gegenüber 74%). Je tiefer der Bildungsstand, desto höher ist der Anteil der in ihrer Freizeit nicht ausreichend aktiven Personen (G 3.7).

2017 gaben 64% der Bevölkerung an, Sport, Gymnastik oder Fitness zu betreiben. 42% taten dies jede Woche während 3 oder mehr Stunden und 22% weniger als drei Stunden lang. Männer übten diese Aktivitäten häufiger als Frauen während mindestens 3 Stunden pro Woche aus (45% gegenüber 39%), vor allem im Alter von 15 bis 44 Jahren. Demgegenüber waren Frauen nach eigenen Angaben häufiger als Männer täglich zu Fuss oder per Velo unterwegs zur Arbeit, um einzukaufen oder auszugehen (60% gegenüber 52%).

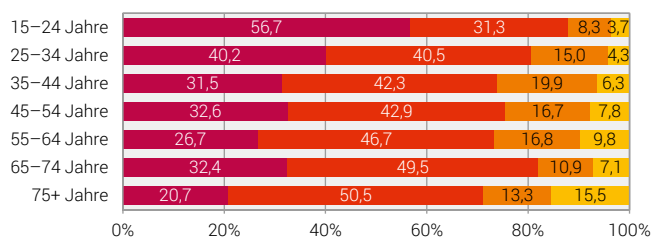
Der Anteil der Personen, die sich in ihrer Freizeit ausreichend bewegen, ist seit 2002 von 62% auf 76% angestiegen, während der Anteil der Inaktiven und Teilaktiven von 38% auf 24% gesunken ist (G3.8). Besonders verringert hat sich der Anteil der Inaktiven (von 19% auf 8%).

### Körperliche Aktivität nach Alter, 2017

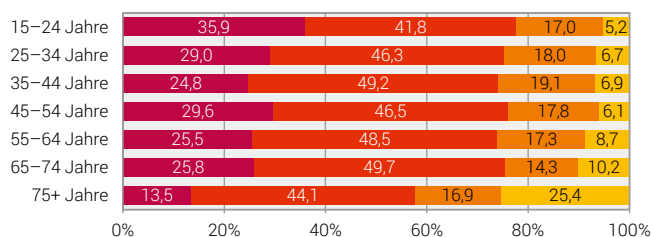
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G3.6

#### Männer



#### Frauen



trainiert (dark red), ausreichend Aktiv (orange), teilaktiv (light orange), inaktiv (yellow)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

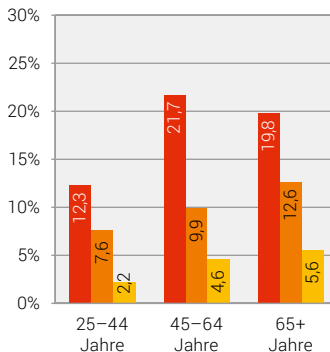
© BFS 2019

### Körperliche Inaktivität nach Bildungsniveau, 2017

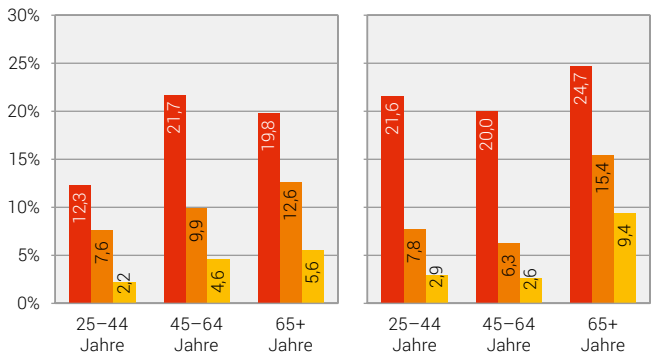
Bevölkerung ab 25 Jahren in Privathaushalten

G3.7

#### Männer



#### Frauen



obligatorische Schule (dark red), Sekundarstufe II (orange), Tertiärstufe (yellow)

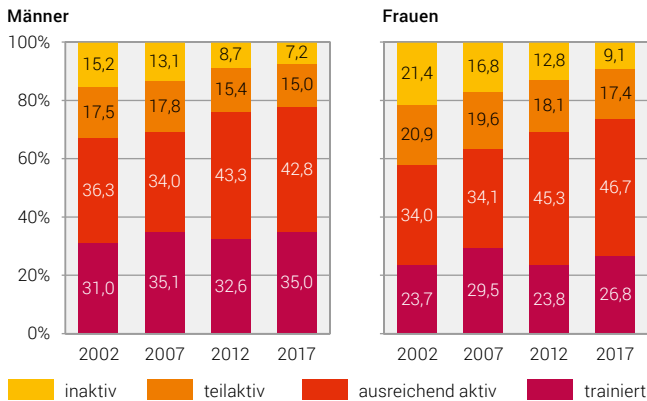
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Körperliche Aktivität

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.8



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### 3.6 Ernährung

Die Ernährungsgewohnheiten sind für die Gesundheit der Bevölkerung wichtig. Eine unausgewogene Ernährung kann insbesondere das Risiko für Übergewicht, Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen.

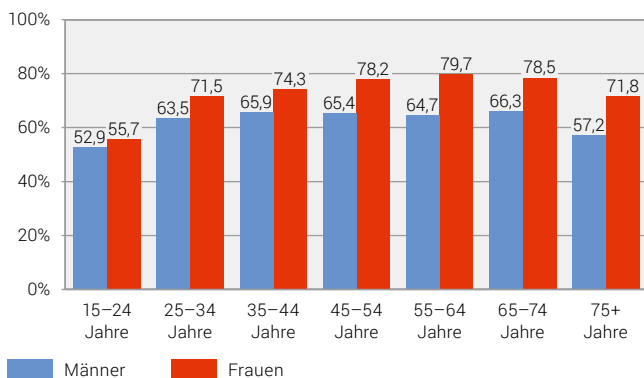
### Ernährungsbewusstsein

68% der Bevölkerung gaben 2017 an, auf bestimmte Aspekte ihrer Ernährung zu achten (G3.9). Dieses Bewusstsein war bei den Männern weniger ausgeprägt (63%) als bei den Frauen (73%). Auch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen war es weniger verbreitet (54%). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (75%) achteten mehr auf ihre Ernährung als Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (61%).

### Ernährungsbewusstsein, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G3.9



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

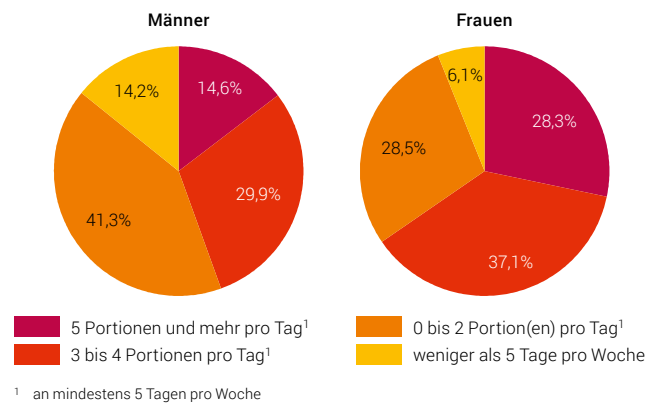
### Ernährungsverhalten

Obst und Gemüse sind ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Ernährung, da sie uns mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen versorgen. Basierend auf der Ernährungspyramide der Schweiz wird empfohlen, pro Tag mindestens fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse zu essen. 21% der Bevölkerung befolgen diese Empfehlung mindestens an fünf Tagen pro Woche (G3.10), Frauen ab 25 Jahren beinahe zweimal häufiger als Männer im gleichen Alter (28% gegenüber 15%). Am häufigsten essen Personen mit einer Hochschulbildung regelmässig Früchte und Gemüse. Junge Männer (15–24 Jahre) kommen dieser Empfehlung gegenüber 2012 vermehrt nach (19% gegenüber 13%).

### Obst- und Gemüsekonsum, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.10



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Ernährungsfachleute raten davon ab, mehr als viermal pro Woche Fleisch zu konsumieren. Gemessen an diesen Empfehlungen assen 46% der Männer und 25% der Frauen 2017 zu oft Fleisch. Der Anteil der Personen, die nicht mehr als viermal pro Woche Fleisch essen, hat sich zwischen 1992 und 2017 um 8 Prozentpunkte auf 65% erhöht. Seit 1992 ist der Fleischkonsum insbesondere bei den 25- bis 64-jährigen Frauen gesunken: Der Anteil, der täglich Fleisch isst, hat sich halbiert (10% gegenüber 20%) und der Anteil, der kein Fleisch isst, hat sich verdreifacht (6% gegenüber 2%). Empfohlen wird ferner, ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen. Der Anteil der Personen, die mindestens einmal wöchentlich Fisch essen, ist zwischen 1992 und 2017 von 56% auf 64% gestiegen.

Süssigkeiten und Desserts sowie Süssgetränke und salzige Snacks stehen auf der obersten Stufe der Ernährungspyramide. Sie liefern dem Organismus viel Energie in Form von Zucker und/oder Fett. Salzige Snacks enthalten zudem viel Salz. Diese Nahrungsmittel sollten nur in geringen Mengen gegessen werden (ca. eine kleine Portion pro Tag). 2017 konsumierten 13% der Bevölkerung zu viele Süssigkeiten oder Desserts, d. h. zwei Portionen oder mehr pro Tag. Es sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festzustellen. Hingegen bestehen grosse Unterschiede nach Bildungsstand und Sprachregion. 15% der Personen mit

Tertiärabschluss assen pro Tag zwei Dessertportionen oder mehr, bei den Personen ohne nachobligatorische Ausbildung waren es 8%. In der Deutschschweiz belief sich dieser Anteil in der Gesamtbevölkerung auf 14%, in der italienischsprachigen Schweiz auf 8%. 2017 tranken 12% der Bevölkerung pro Tag mindestens zwei Gläser Süssgetränk, Männer über alle Altersklassen hinweg mehr als doppelt so häufig wie Frauen (17% gegenüber 7%). Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (11%) konsumierten häufiger mindestens zwei Gläser Süssgetränk als jene mit Tertiärausbildung (7%). Salzige Snacks wurden eher gelegentlich gegessen. Lediglich 1% der Bevölkerung ass davon pro Tag zwei Portionen oder mehr. 2017 konsumierten insgesamt 25% der Bevölkerung zu viele Süssgetränke, Süssigkeiten und Desserts oder salzige Snacks (Männer: 29%; Frauen: 21%).

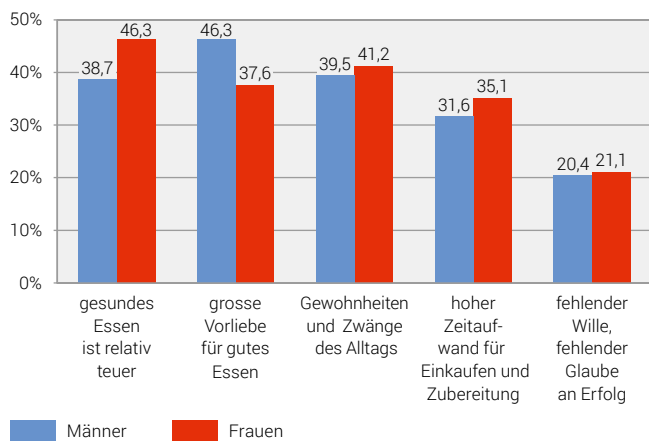
### Hindernisse für eine gesunde Ernährung

2017 machten 46% der Frauen als Haupthindernis für eine gesunde Ernährung geltend, dass diese «relativ teuer» sei (G3.11). Männer nannten am häufigsten ihre «Vorliebe für gutes Essen» (46%). Dies traf vor allem für Männer ab 55 Jahren zu. Männer und Frauen zwischen 25 und 54 Jahren gaben häufig «die Gewohnheiten und Zwänge des Alltags» als Hinderungsgründe an (48%).

### Hindernisse für eine gesunde Ernährung, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.11



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

## 3.7 Übergewicht

Übergewicht wird definiert als eine übermässige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Seine extreme Form, die Adipositas, wurde 1997 von der WHO als Krankheit anerkannt. Hauptursache von Übergewicht und Adipositas ist ein energetisches Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr (zu reichhaltige Nahrung) und Kalorienverbrauch (ungenügende körperliche Bewegung). Übergewicht und Adipositas sind bedeutende Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, gewisse Krebsleiden (besonders Brust- und Dickdarmkrebs) sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrose. Die gängigste Einheit zur Messung von Übergewicht und Adipositas ist der Body-Mass-Index (BMI).

#### Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) oder Körpermassenindex berechnet sich aus dem Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch die Körpergrösse (in Metern) im Quadrat. Die WHO unterscheidet für Personen ab 18 Jahren folgende Kategorien: Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), Normalgewicht (BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m<sup>2</sup>), Übergewicht (BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m<sup>2</sup>) und Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Diese Schwellenwerte werden für junge Erwachsene zwischen 15 und 17 Jahren angepasst.

Im Jahr 2017 waren Männer deutlich öfter von Übergewicht betroffen als Frauen (39% gegenüber 23%). Männer sind auch etwas häufiger adipös als Frauen (12% gegenüber 10%). Insgesamt haben 42% der Bevölkerung Übergewicht oder Adipositas; dieser Anteil nimmt mit steigendem Alter bis 74 Jahre zu (G3.12). Ab 35 Jahren ist eine Mehrheit der Männer übergewichtig oder adipös. Trotzdem gehört die Schweiz weltweit zu den Ländern mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Personen.

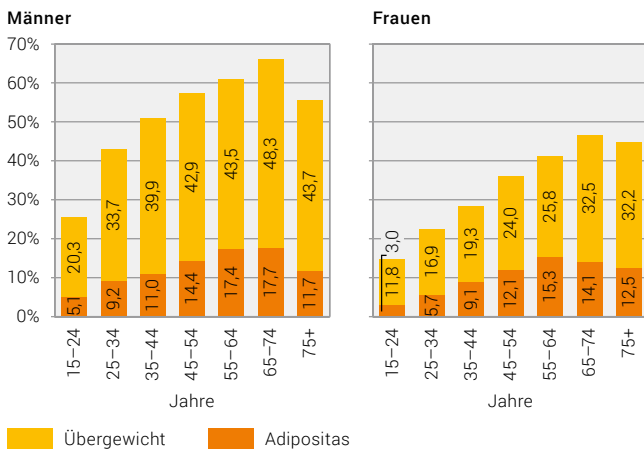
Bei der Adipositas besteht ein erheblicher sozialer Gradient (G3.13). Männer ohne nachobligatorischen Schulabschluss weisen ein doppelt so hohes Adipositas-Risiko auf wie solche mit einem Hochschulabschluss (20% gegenüber 10%). Bei den Frauen ist die Differenz noch grösser (21% gegenüber 6%). Beim Übergewicht ist nur bei den Frauen ein deutlicher Unterschied zu erkennen (34% gegenüber 18%). Der Anteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas ist zwischen 1992 und 2017 kontinuierlich von 30% auf 42% angestiegen und ist seit 2012 stabil (G3.14). Bei den Personen mit niedrigem Bildungsstand hat sich der Anteil der adipösen Menschen innerhalb von 25 Jahren um rund 11 Prozentpunkte auf 21% erhöht. Dieser Anteil stieg bei Männern mit Hochschulabschluss von 5% auf 10% und bei Frauen mit Hochschulabschluss von 2% auf 6% an.



### Übergewicht und Adipositas, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.12



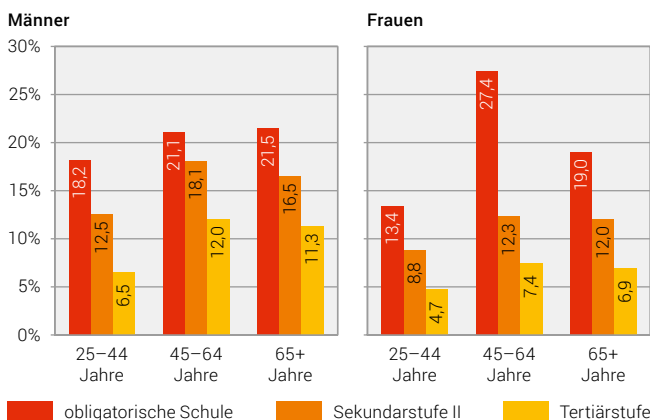
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Adipositas nach Bildungsniveau, 2017

Bevölkerung ab 25 Jahren in Privathaushalten

G3.13



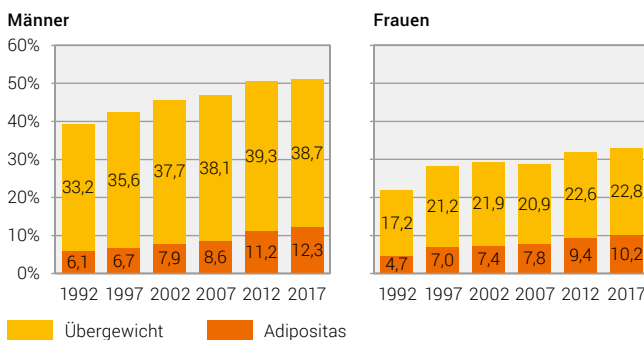
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Übergewicht und Adipositas

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### 3.8 Tabak

Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung zahlreicher Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegerkkrankungen (Bronchitis, Emphysem) sowie bösartige Tumore der Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Nieren und Bauchspeicheldrüse. Mehr als jeder zehnte Todesfall in der Schweiz ist Krankheiten zuzuschreiben, die in Verbindung mit dem Rauchen auftreten.

2017 rauchten 27% der Bevölkerung, 31% der Männer und 23% der Frauen (G3.15). Die Hälfte (51%) hat nie geraucht. Am höchsten war der Anteil der Rauchenden bei den 15- bis 44-jährigen Männern. Der Anteil der ehemaligen Rauchenden nimmt bei den Männern mit dem Alter stark zu. Bei den Frauen bleibt er in den Altersgruppen zwischen 55 und 74 Jahren relativ stabil und geht anschliessend zurück. Nachdem der Anteil der Rauchenden von 1992 auf 1997 markant anstieg, ist er im Laufe der letzten zwanzig Jahre zurückgegangen, von 33% im Jahr 1997 auf 27% im Jahr 2017. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren sank der Anteil von 44% (1997) auf 32% (2017). Deutlich zurückgegangen ist die Menge der gerauchten Zigaretten in den letzten 25 Jahren: 26% der Raucher und 15% der Raucherinnen rauchten 2017 mindestens 20 Zigaretten pro Tag. 1992 lagen diese Anteile noch bei 47% bzw. 32% (G3.16). Der Anteil der Personen, die mindestens 20 Zigaretten pro Tag rauchen, ist vor allem in den jüngeren Altersklassen stark rückläufig.

2017 gaben 61% der Raucherinnen und Raucher unabhängig vom Geschlecht an, sie würden gerne mit dem Rauchen aufhören. Dieser Anteil hat gegenüber 1992 um 5 Prozentpunkte zugenommen, bei den Männern stärker als bei den Frauen. 28% der Raucherinnen und Raucher hatten im Vorjahr einen ernsthaften aber erfolglosen Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben, indem sie mindestens zwei Wochen auf das Rauchen verzichteten.

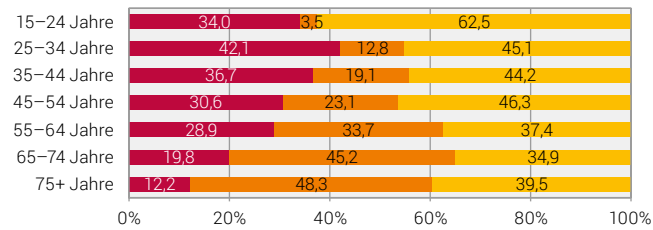
Passivrauchen schadet der Gesundheit ähnlich stark wie das Rauchen. Das Passivrauchen nahm nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen 2010 ab. Der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Passivrauchen ausgesetzt sind, sank von 16% im Jahr 2007 auf 6% im Jahr 2012 und blieb auch 2017 bei 6% (G3.17). Die grösste Abnahme findet sich bei den 15- bis 24-Jährigen, die dem Passivrauchen nach wie vor am stärksten ausgesetzt bleiben.

### Tabakkonsum, 2017

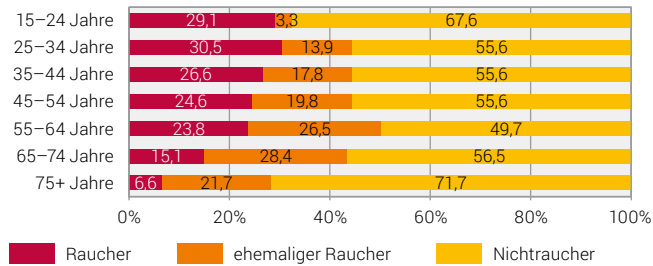
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.15

#### Männer



#### Frauen



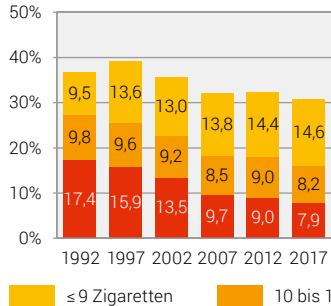
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Raucher/innen nach Anzahl Zigaretten pro Tag

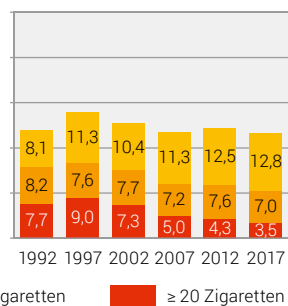
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.16

#### Männer



#### Frauen

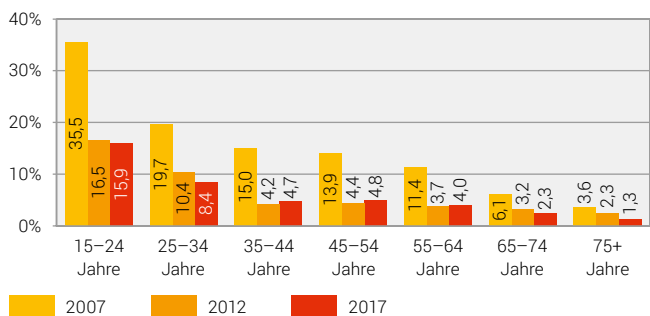


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Passivrauchen

Anteil der Nichtrauchernden, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Rauch anderer ausgesetzt sind

G3.17



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### 3.9 Alkohol

Übermässiger Alkoholkonsum ist eine Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit und für Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Er erhöht das Risiko von Unfällen und Verletzungen, von Gewaltbereitschaft, frühzeitiger Behinderung, Arbeitsausfällen und sozialer Ausgrenzung. 2011 wurden knapp 9% der Todesfälle von Personen zwischen 15 und 74 Jahren dem Alkoholkonsum zugeschrieben. (Marmet et al., 2013, *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*, Lausanne).

#### Risikoreicher Alkoholkonsum

Zwei Formen des Alkoholkonsums stellen ein Risiko für die Gesundheit dar: regelmässig zu viel trinken (chronischer Risikokonsum) oder einmalig zu viel trinken (Rauschtrinken). Sie können bei gewissen Personen gleichzeitig vorkommen.

Der *chronische Risikokonsum* entspricht gemäss der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einem täglichen Konsum von mindestens 4 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes (z. B. ein Bier) für Männer und von mindestens 2 Gläsern für Frauen.

Das *Rauschtrinken* entspricht dem Konsum von mindestens 5 Standardgläsern eines alkoholischen Getränkes bei einer Gelegenheit für Männer und mindestens 4 Gläser für Frauen. Es wird von einem Risiko gesprochen, wenn dies einmal pro Monat oder öfter der Fall ist.

Die überwiegende Mehrheit (82%) der Bevölkerung ab 15 Jahren trank im Jahr 2017 Alkohol. Männer tranken häufiger und weitaus mehr Alkohol als Frauen. 68% der Männer und 49% der Frauen konsumierten nach eigenen Angaben mindestens einmal in der Woche Alkohol (G3.18). Jeder siebte Mann trank täglich Alkohol, bei den Frauen war es jede vierzehnte. Der Anteil der abstinent lebenden Frauen war rund doppelt so hoch wie jener der Männer (23% gegenüber 13%). Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen war der Alkoholkonsum eher sporadisch, dafür teilweise unkontrolliert. Mit steigendem Alter nimmt die Regelmässigkeit des Alkoholkonsums kontinuierlich zu. Seit 1992 hat sich der Anteil der Personen, die täglich Alkohol trinken, verringert, vor allem bei den unter 65-Jährigen. Dafür nahm der gelegentliche Alkoholkonsum anteilmässig zu (G3.19).

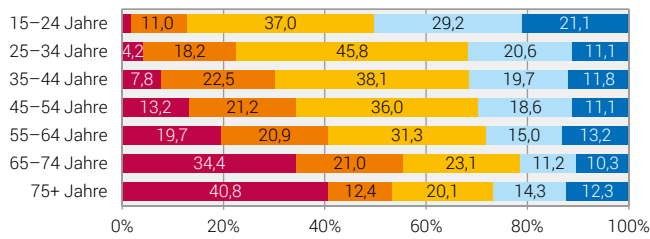
2017 wiesen 5% der Bevölkerung einen chronisch riskanten Alkoholkonsum auf und 16% betranken sich mindestens einmal pro Monat; gesamthaft waren 18% der Bevölkerung der einen oder der anderen dieser zwei Formen des Risikokonsums ausgesetzt (G3.20). Das Rauschtrinken betrifft mehrheitlich junge Männer: 8% der Männer zwischen 15 und 34 Jahren betranken sich wöchentlich, weitere 22% monatlich, im Gegensatz zu 4% bzw. 15% der Frauen gleichen Alters. Der Anteil regelmässiger Rauschtrinker (d. h. mindestens einmal pro Monat) ist zwischen 2007 und 2017 bei den Frauen von 6% auf 11% und bei den Männern von 16% auf 21% angestiegen. Der Anstieg ist in fast allen Altersklassen zu beobachten, besonders jedoch bei den jungen Frauen (15–24 Jahre), wo der Anteil von 12% (2007) auf 24% (2017) stieg.

### Alkoholkonsum nach Alter, 2017

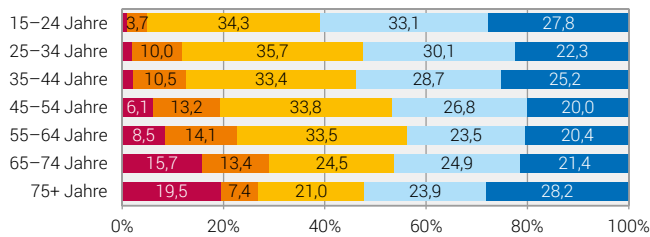
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G3.18

#### Männer



#### Frauen



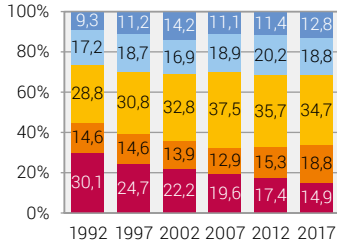
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Alkoholkonsum

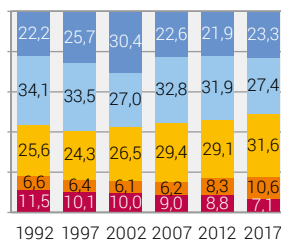
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.19

#### Männer



#### Frauen



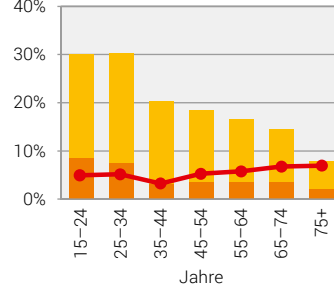
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Risikoreicher Alkoholkonsum, 2017

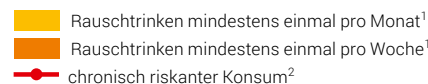
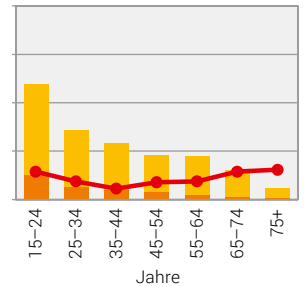
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G3.20

#### Männer



#### Frauen



<sup>1</sup> Rauschtrinken: pro Trinkgelegenheit in Standardgläsern: M: ≥ 5, F: ≥ 4  
<sup>2</sup> chronisch riskanter Konsum, pro Tag in Standardgläsern: M: ≥ 4, F: ≥ 2

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### 3.10 Illegale Drogen

Unter Drogen werden psychoaktive Substanzen verstanden, die den Bewusstseinszustand, die Wahrnehmung oder das Denken verändern. Gemäss dem Betäubungsmittelgesetz ist der Besitz, Handel oder Konsum von Halluzinogenen wie Cannabis, Aufputschmitteln wie Kokain oder Ecstasy oder Opiaten wie Heroin verboten. Der Konsum von Opiaten und Kokain birgt ein erhebliches Suchtpotenzial und kann massive Auswirkungen auf die Gesundheit und die sozialen Beziehungen der Konsumierenden haben. Regelmässiger Cannabiskonsum kann eine körperliche und psychische Abhängigkeit hervorrufen und Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen haben.

Cannabis ist bei Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen am häufigsten. 2017 gaben 33% der Männer und 23% der Frauen unter 75 Jahren an, schon einmal Cannabis geraucht zu haben. Cannabiskonsum ist oftmals ein zeitlich begrenztes Phänomen. Bei vier von fünf der 25- bis 74-Jährigen, die mindestens einmal Cannabis geraucht haben, handelte es sich um eine vorübergehende Phase; bei den 15- bis 24-Jährigen ist dies nicht einmal bei der Hälfte der Fall. 2017 konsumierten 10% der 15- bis 34-jährigen Männer während der letzten 30 Tage vor der Befragung Cannabis (G3.21), davon 36% mehrmals pro Woche. Die entsprechenden Werte lagen bei den Frauen bei 4% und 35%. Ab 45 Jahren beträgt der Anteil der Personen, die während der letzten 30 Tage Cannabis konsumierten, weniger als 2%.

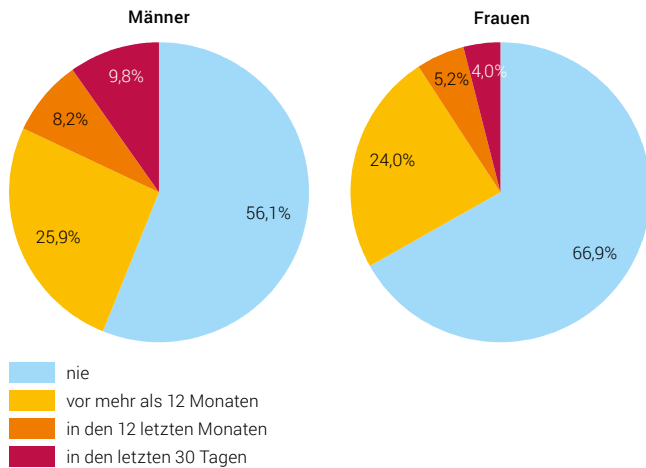
Kokain ist nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2017 hatten 7% der Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert (G3.22). Bei den Männern zwischen 25 und 44 Jahren beläuft sich dieser Anteil auf 10%. Der Konsum von Ecstasy verbreitete sich mit dem Aufkommen der Technoszene seit Beginn der 1990er-Jahre. Insgesamt hatten 6% der Personen, die 2017 jünger als 50 Jahre waren, mindestens einmal in ihrem Leben

Ecstasy konsumiert. Diese Erfahrung betrifft vor allem die Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen (9% der Männer und 5% der Frauen, 2017). Der Anteil der Heroinkonsumierenden blieb stabil.

### Cannabiskonsum, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten von 15 bis 34 Jahren

G3.21



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

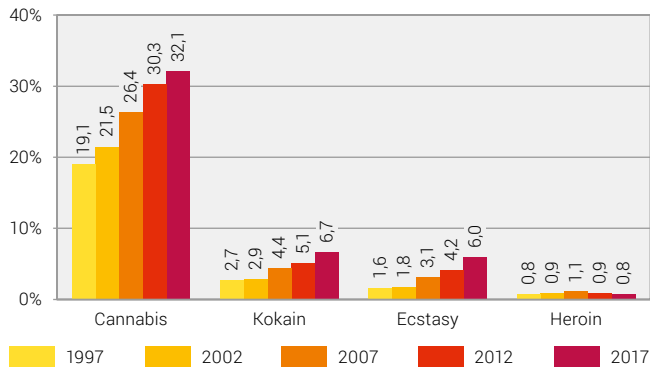
© BFS 2019

### Konsum von illegalen Drogen

Mindestens einmal im Laufe des Lebens

Bevölkerung in Privathaushalten<sup>1</sup>

G3.22



<sup>1</sup> für Cannabis: 15–59 Jahre; für Kokain, Heroin und Ecstasy: 15–49 Jahre

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

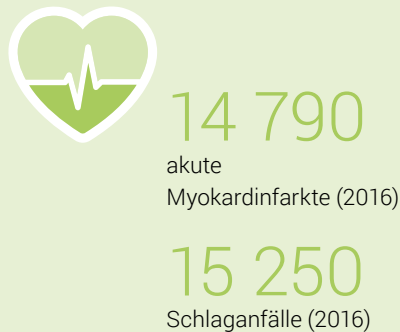
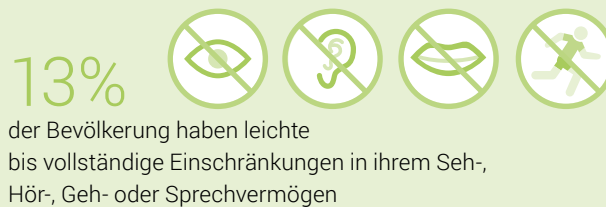
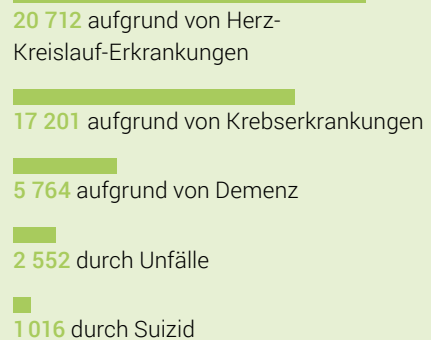
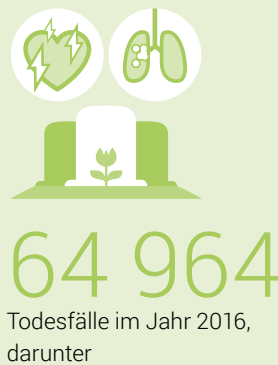
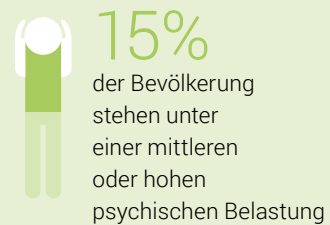
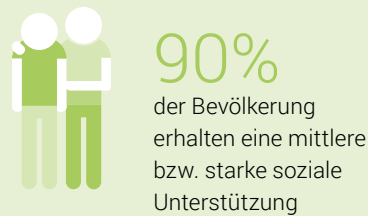
© BFS 2019



# Gesundheitszustand der Bevölkerung

2017

14 Gesundheit



Quellen: BFS – BEVNAT, CoD, SGB, MS, NKS

www.statistik.ch

© BFS 2019

91-91401-03-2019

# 4 Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

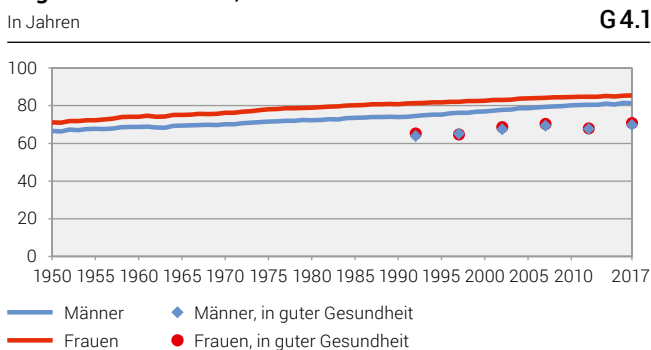
## 4.1 Lebenserwartung und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dies bedeutet eine Abkehr von der mehrheitlich negativen Gesundheitsdefinition, bei der Gesundheit als Nichtvorhandensein von Krankheit oder Behinderung verstanden wird. Das Kapitel 4.1 bietet eine Übersicht über die Gesundheit der Bevölkerung. Die Kapitel 4.2 bis 4.13 präsentieren detailliertere Daten zu mehreren Dimensionen körperlicher und psychischer Gesundheit sowie zum Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungsgruppen.

### Lebenserwartung und Sterblichkeit

Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung bei Geburt 81,4 Jahre für Männer und 85,4 Jahre für Frauen. Sie gehört damit zu den höchsten weltweit. Sie hat sich seit 1876 verdoppelt und zeigt bis heute einen stetigen Aufwärtstrend. Zwischen 2000 und 2017 ist die Lebenserwartung bei Geburt für Männer um weitere 4,5 Jahre und für Frauen um weitere 2,8 Jahre gestiegen (G4.1). Ende des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts trug der Rückgang der Kindersterblichkeit massgeblich zu dieser Entwicklung bei. Seit einigen Jahrzehnten ist die Kindersterblichkeit kaum mehr rückläufig, dafür nimmt die Lebenserwartung in den höheren Altersgruppen zu.

### Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit, bei Geburt



Die Daten 2012 zur Lebenserwartung in guter Gesundheit sind nicht direkt mit jenen der vorangehenden Jahre vergleichbar, da die Antwortmodalitäten der Frage zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand verändert wurden.

Quellen: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP, SGB

© BFS 2019

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit verbindet die Informationen zur Sterblichkeit mit jenen über den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand für jede Altersklasse. Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung in guter Gesundheit 69,8 Jahre für Männer und 70,8 Jahre für Frauen (G4.1). Die geringe Differenz zwischen den Geschlechtern zeigt, dass die Frauen die zusätzlichen Lebensjahre zu einem grossen Teil mit beeinträchtigter Gesundheit verbringen.

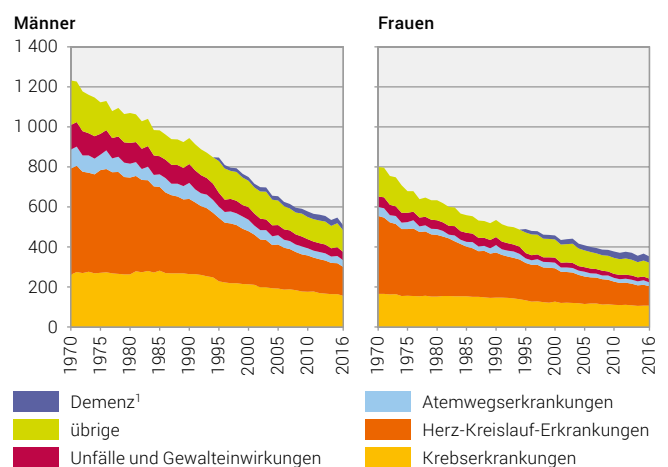
Der Anstieg der Lebenserwartung geht mit einer Verringerung der Sterblichkeit einher. Die altersstandardisierte Sterberate ist zwischen 1970 und 2016 um mehr als die Hälfte zurückgegangen (G4.2). Massgeblich zu dieser Entwicklung beigetragen hat die um mehr als sieben Zehntel reduzierte Sterberate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Sterberate ist ebenfalls bei Erkrankungen des Atmungssystems sowie bei Unfällen und gewaltsamem Tod um mehr als drei Fünftel zurückgegangen. Demgegenüber sank die Krebssterberate lediglich um knapp zwei Fünftel.

Im Zuge dieser Entwicklungen hat sich das Sterbealter der Menschen stark verändert. 1950 waren 44% der Männer und 34% der Frauen zum Zeitpunkt ihres Todes unter 65 Jahre alt. Im Jahr 2017 lagen die entsprechenden Anteile bei 17% bzw. 9% (G4.3). Umgekehrt verstarben 1950 lediglich gut 1% der Männer und 3% der Frauen mit 90 oder mehr Jahren, verglichen mit 18% bzw. 35%

### Standardisierte Sterberate

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G4.2



<sup>1</sup> seit 1995 erhoben

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2019

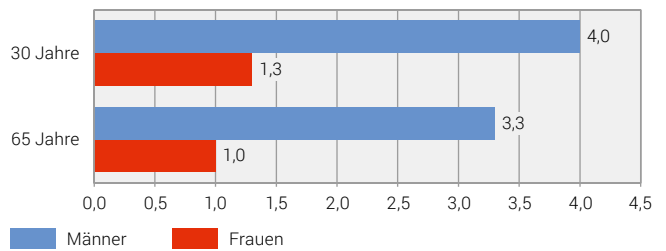
im Jahr 2017. Mehr als drei von fünf Personen sterben im Alter von 80 Jahren oder älter. Trotz dieser Entwicklung und dem starken Rückgang der Kindersterblichkeit (→ Kapitel 4.11) ist die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr nach wie vor vergleichsweise hoch (G4.4).

Der soziale Status, hier ausgedrückt durch den Bildungsstand, hat einen beträchtlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Zu Beginn der 2010er-Jahre konnte ein 30-jähriger Mann mit einem niedrigen Bildungsniveau, d. h. ohne nachobligatorischen Schulabschluss, mit einer Lebenserwartung von 79,2 Jahren rechnen, verglichen mit 83,2 Jahren für einen Gleichaltrigen mit Hochschulabschluss. Dies ergibt eine Differenz von vier Jahren (G4.5). Bei den Frauen lag die Differenz bei 1,3 Jahren (85,2 Jahre bzw. 86,5 Jahre). Die Differenz verringert sich mit dem Alter, verschwindet aber nicht.

### Differenz bei der Lebenserwartung zwischen Bildungsniveaus nach Alter, 2011–2014

In Jahren zwischen dem höchsten (Tertiärstufe) und dem tiefsten Bildungsniveau (obligatorische Schule oder weniger)

G4.5

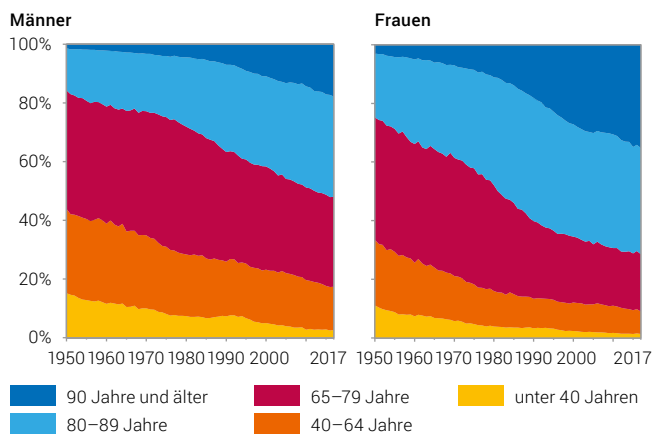


Quelle: Swiss National Cohort (SNC)

© BFS 2019

### Alter beim Tod

G4.3



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)

© BFS 2019

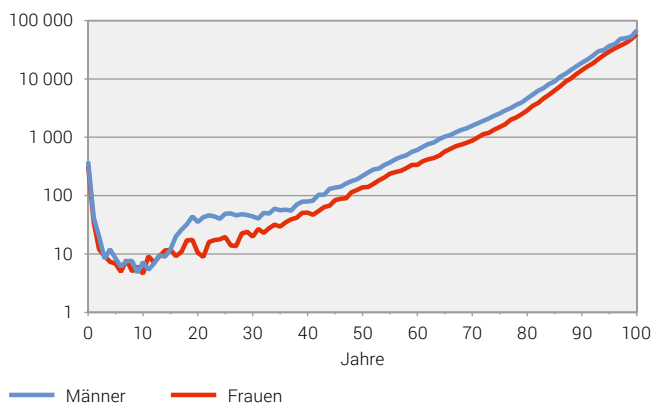
### Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Fünf von sechs Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten bezeichneten 2017 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Lediglich 4% schätzten ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Der Anteil der Personen mit einer selbst als gut bezeichneten Gesundheit verringert sich mit dem Alter stetig, wobei in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen – unmittelbar nach der Pensionierung – eine Stabilisierung festzustellen ist (G4.6). Der Bildungsstand spielt eine bedeutende Rolle, vor allem bei den Personen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren (G4.7). Fast ein Drittel der Bevölkerung litt nach eigenen Angaben an einer chronischen Krankheit oder einem dauerhaften gesundheitlichen Problem (G4.6). Der Anteil der betroffenen Personen nahm mit dem Alter stetig zu, ohne signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Ein erhöhter Anteil findet sich auch unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsstand.

### Sterberate nach Alter, 2013–2017

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, logarithmische Skala

G4.4



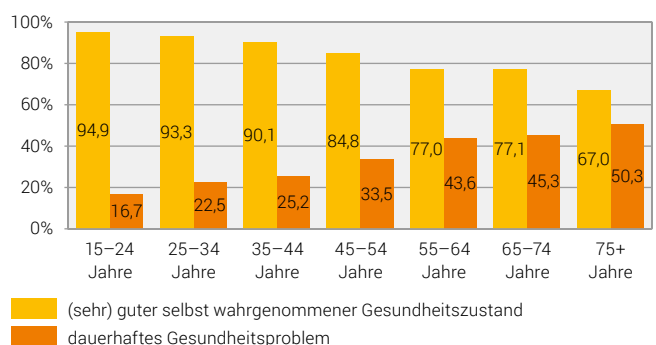
Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)

© BFS 2019

### Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G4.6



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

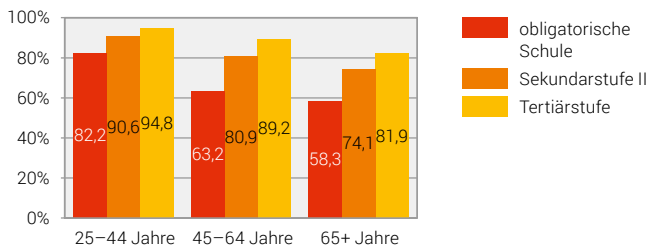
© BFS 2019



### Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Bildungsniveau, 2017

Bevölkerung ab 25 Jahren in Privathaushalten

G 4.7



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

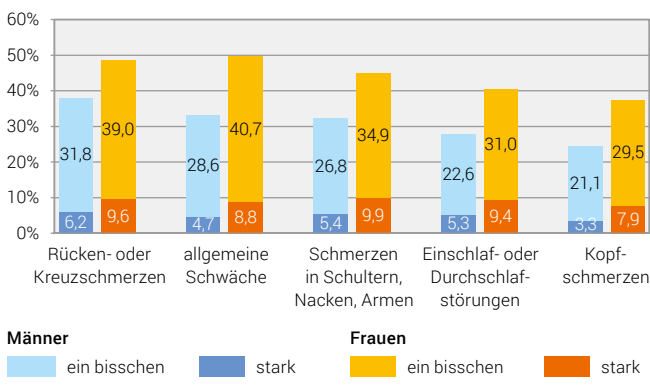
© BFS 2019

Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie eine allgemeine Schwäche sind die häufigsten körperlichen Beschwerden. Zwei von fünf Personen leiden «ein bisschen» oder «stark» daran, die Frauen deutlich häufiger als die Männer (G 4.8). Personen mit niedrigem Bildungsstand berichten häufiger über körperliche Beschwerden als Personen mit einem Hochschulabschluss. Der Ursprung dieser Erkrankungen ist teilweise mit psychosozialen Merkmalen der Lebensbedingungen wie z. B. Stress verbunden.

### Körperliche Beschwerden, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, innerhalb von vier Wochen

G 4.8



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

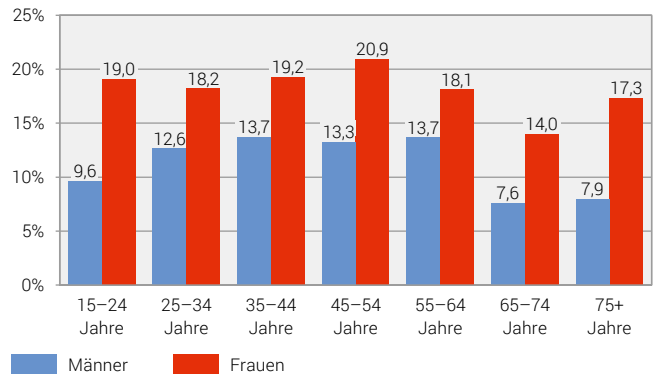
© BFS 2019

Frauen berichteten häufiger über mittlere oder hohe psychische Belastungen als Männer (18% gegenüber 12%). Zudem liess sich ein starker sozialer Gradient feststellen, vor allem bei den Personen im Erwerbsalter. Im Gegensatz zu den dauerhaften Gesundheitsproblemen nahmen die Symptome psychischer Belastung mit dem Alter nicht zu (G 4.9).

### Mittlere oder hohe psychische Belastung, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.9



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Symptome psychischer Belastung

Der anhand der international verwendeten Messmethode «Mental Health Inventory» erstellte Indikator «psychische Belastung» erfasst die Lebensqualität in Abhängigkeit der psychischen Gesundheit. Dabei wird die Häufigkeit von fünf Gemütszuständen innerhalb von vier Wochen ermittelt (sich sehr nervös fühlen; sich so niedergeschlagen und verstimmt fühlen, dass einen nichts aufmuntern kann; sich entmutigt und deprimiert fühlen; sich ruhig, ausgeglichen und gelassen fühlen; sich glücklich fühlen).

Gesundheitsprobleme können die Verrichtung gewohnter Tätigkeiten und insbesondere die Ausübung einer Erwerbstätigkeit beeinträchtigen (Angaben zu Behinderungen → Kapitel 4.8). Im Jahr 2017 konnten 12% der erwerbstätigen Bevölkerung ab 15 Jahren infolge von Krankheit oder Unfall während mindestens einem Tag innerhalb von vier Wochen nicht zur Arbeit gehen. Bei 4% der Erwerbstätigen dauerte die eingeschränkte Leistungsfähigkeit mindestens vier Tage. Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren (6%) sowie Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (7%) berichteten häufiger über Beeinträchtigungen von mindestens vier Tagen Dauer.

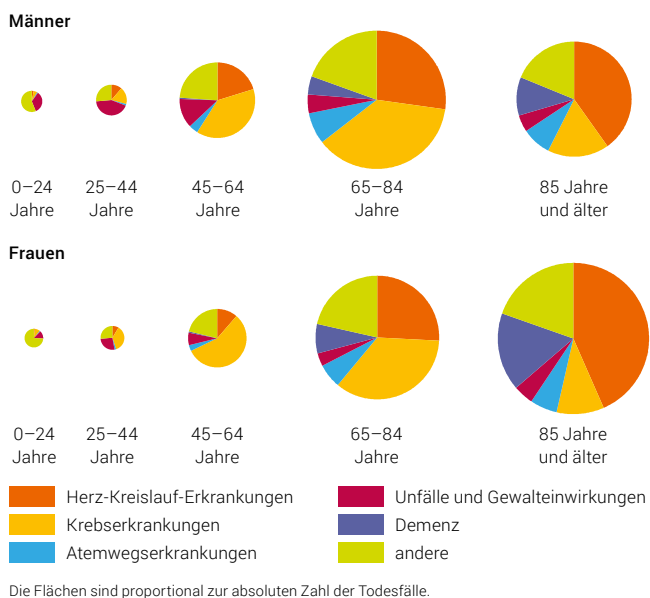
### Diagnostizierte Gesundheitsprobleme

Über die diagnostizierten gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung («objektive Gesundheit») sind keine systematischen und umfassenden Daten vorhanden. Die einzigen hierzu verfügbaren Daten, die von Fachpersonen des Gesundheitswesens bereitgestellt werden, betreffen die Todesursachen und die Diagnosen im Zusammenhang mit Krankenhausaufhalten. Bei einer Nutzung dieser Daten ist deshalb zu berücksichtigen, dass diese lediglich eine Teilansicht des epidemiologischen Bildes der Bevölkerung vermitteln. Denn erstens werden die meisten Krankheiten ambulant oder ohne Einbezug einer Gesundheitsfachperson behandelt und Spitalaufenthalte erfolgen eher bei schweren Gesundheitsproblemen. Zweitens sind die im Laufe des Lebens erlittenen Krankheiten häufig nicht identisch mit der Todesursache.

Nahezu 80% der Todesfälle lassen sich auf vier Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems und Demenz) sowie Unfälle und andere Gewalteinwirkungen zurückführen (G 4.10). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache. Diese Aussage ist aber nur für das Total der Todesfälle und für die Frauen zutreffend. Dagegen gilt sie für das Total der Todesfälle der Männer nicht mehr; 2016 starben erstmals mehr Männer an Krebs als an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. In den ersten beiden Lebensjahren überwiegen die angeborenen Krankheiten als Todesursache. Im Alter zwischen 2 und 15 Jahren verteilen sich die sehr seltenen Todesfälle auf eine Vielzahl von Todesursachen. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren überwiegen Unfälle und Suizid. Bei Frauen über 30 Jahren sowie bei Männern über 40 Jahren ist Krebs die häufigste Todesursache. Dieser wird etwa ab dem 80. Altersjahr durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgelöst.

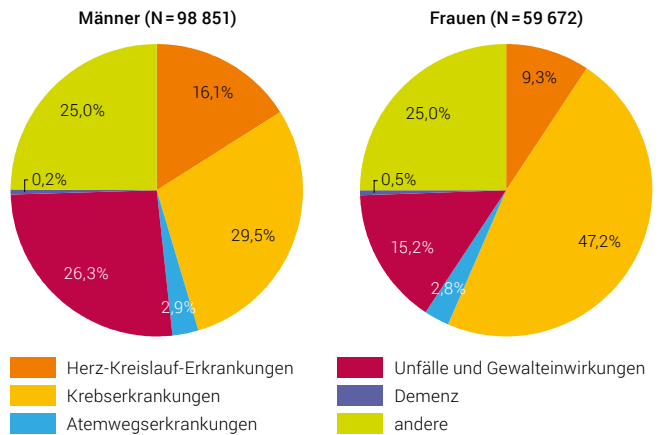
Die relative Bedeutung dieser Krankheitsgruppen ändert sich bei Betrachtung der frühzeitigen Todesfälle (vor dem 70. Lebensjahr), die anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre gemessen werden (G 4.11). Krebs ist insgesamt die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod (36% aller frühzeitigen Todesfälle). Bei den Männern ist der Anteil der Unfälle und Gewalteinwirkung (einschliesslich Suizid) fast ebenso hoch wie jener der Krebserkrankungen. Umgekehrt sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem Demenz deutlich seltener der Grund für vorzeitige Todesfälle.

**Häufigste Todesursachen nach Altersklassen, 2016** G 4.10



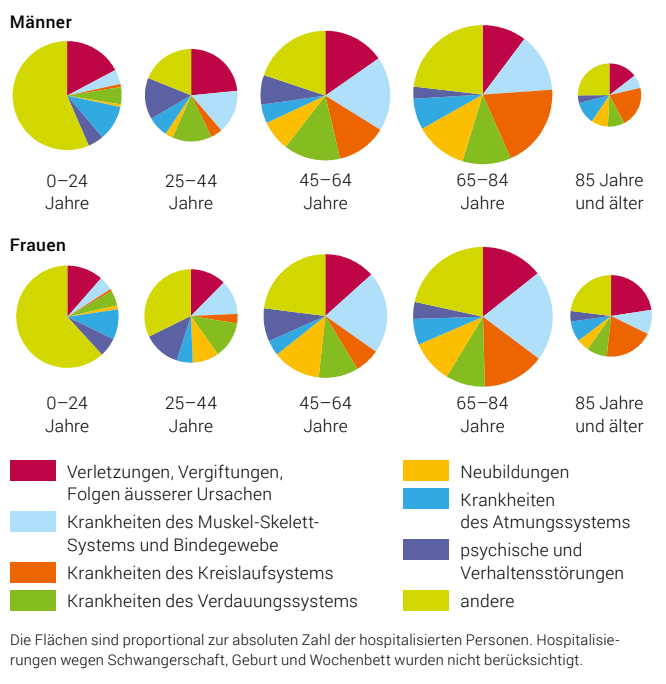
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD) © BFS 2019

**Verlorene potenzielle Lebensjahre nach häufigsten Todesursachen, 2016** G 4.11



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD) © BFS 2019

**Häufigste Diagnosen für hospitalisierte Personen nach Alter, 2017** G 4.12



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS 2019

Ein anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Hospitalisierungen (G 4.12). Verletzungen (Unfälle) und andere äussere Ursachen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind die beiden häufigsten Gründe für einen Spitalaufenthalt (15% des Totals). Hospitalisierungen infolge von Verletzungen kommen bei Männern unter 45 Jahren und Frauen ab 85 Jahren im Vergleich zum Total aller Hospitalisierungen am häufigsten vor. Diese beiden Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Risiko für Verkehrs- und Sportunfälle (Männer) und für Stürze (Frauen). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (Neubildungen) sind der Grund

für 11% bzw. 8% der Spitalaufenthalte. Dies ist deutlich weniger als der entsprechende Anteil dieser Krankheitsgruppen an den Todesursachen (32% bzw. 26%). Dies zeigt, dass der überwiegende Teil der Hospitalisierungen andere Ursachen hat als diejenigen, die zu einem Todesfall führen. 7% der Hospitalisierungen erfolgten aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen. Bei den 25- bis 44-Jährigen kommen diese Hospitalisierungsgründe im Vergleich zum Total aller Hospitalisierungen am häufigsten vor.

## 4.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen sämtliche Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs. Darunter fallen einerseits Krankheiten wie akuter Myokardinfarkt und Schlaganfall, die nicht sehr häufig sind, aber schwerwiegende oder sogar fatale Folgen haben können, insbesondere bei Personen mittleren Alters. Andererseits beinhalten sie Erkrankungen wie jene der Blutgefäße, die

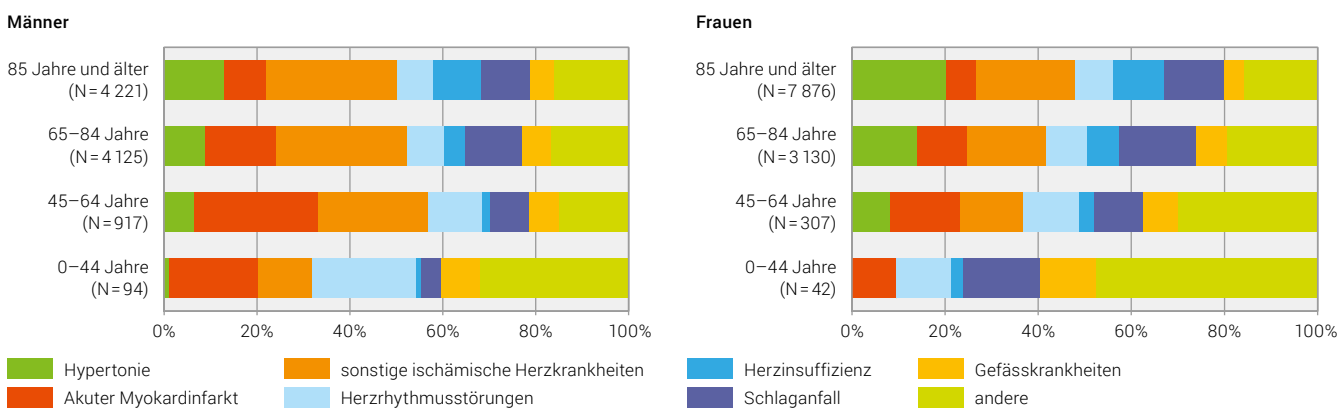
namentlich bei jüngeren Personen häufiger auftreten, aber eine günstigere Prognose aufweisen. Personen im hohen Alter (ab 85 Jahren) weisen häufig eine generelle Schwächung des Herz-Kreislauf-Systems auf, die nicht zwingend mit einer spezifischen Herz-Kreislauf-Erkrankung im Zusammenhang steht.

Todesfälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind insgesamt bei Frauen um ein Fünftel häufiger als bei Männern (2016: 11 355 gegenüber 9357). In sämtlichen Altersklassen bis 84 Jahren ist das Verhältnis allerdings umgekehrt; dort sind es die Männer, die häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben. Bei den 45- bis 64-Jährigen sterben dreimal mehr Männer an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung als Frauen (917 Männer gegenüber 307 Frauen; G 4.13). In dieser Altersklasse überwiegen die Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten (einschliesslich akuter Myokardinfarkt), die bei Männern fünfmal häufiger auftreten als bei Frauen (463 gegenüber 88).

### Todesfälle infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 2016

Nach häufigsten Todesursachen

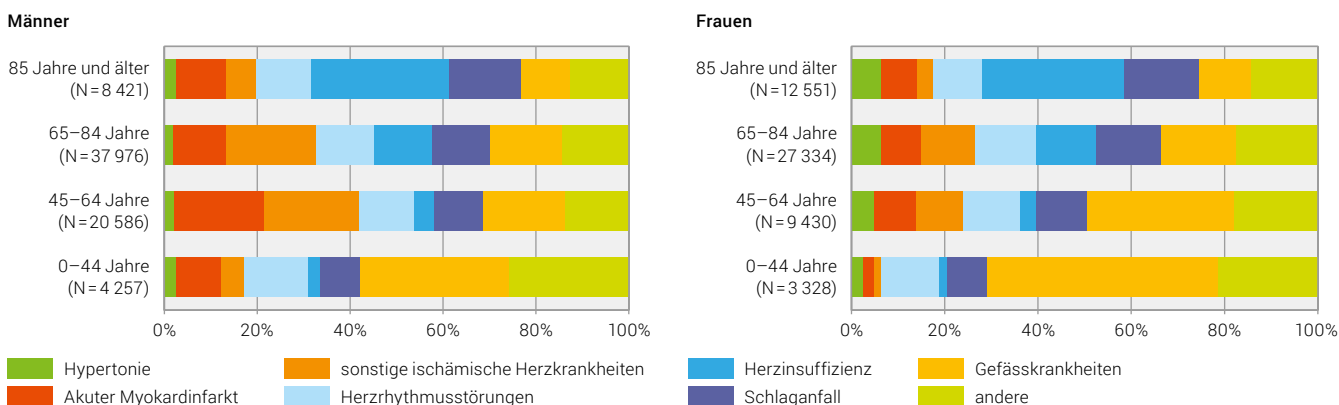
G 4.13



### Wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisierte Personen, 2017

Häufigste Diagnosen nach Alter

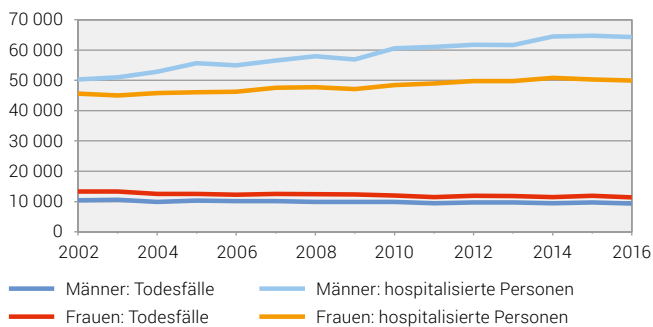
G 4.14



Männer werden häufiger wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt als Frauen (71 240 gegenüber 52 643 im Jahr 2017). Unter den 45- bis 64-Jährigen befinden sich doppelt so viele Männer wie Frauen in dieser Situation und bei den Hospitalisierungen aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (einschliesslich akuter Myokardinfarkt) sogar viermal so viele (8233 gegenüber 1791). Gefässerkrankungen sind der häufigste Hospitalisierungsgrund bei Männern unter 45 Jahren und bei Frauen unter 65 Jahren (G 4.14). Der Anteil der Hospitalisierungen wegen Schlaganfall und vor allem wegen Herzinsuffizienz nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter stetig zu.

Seit 2002 ist die Zahl der Spitaleinweisungen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 22% angestiegen. Diese Entwicklung ist in erster Linie auf die Bevölkerungszunahme und -alterung zurückzuführen. Die Todesfälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gingen hingegen im gleichen Zeitraum um 13% zurück (G 4.15).

### Todesfälle und Hospitalisierungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen G 4.15



Quellen: BFS – Todesursachenstatistik (CoD), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS 2019

### Akuter Myokardinfarkt

Der akute Myokardinfarkt gehört zu den Krankheitsereignissen mit meist unmittelbaren und schwerwiegenden Auswirkungen auf die Gesundheit. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden die Betroffenen in ein Spital eingeliefert oder sterben, bevor eine Hospitalisierung erfolgen kann. Die Zahl der 2016 aufgetretenen akuten Myokardinfarkte wird auf 14 792 geschätzt (Männer: 9757, Frauen: 5035). Sie waren für 2166 Todesfälle verantwortlich (1273 Männer und 893 Frauen).

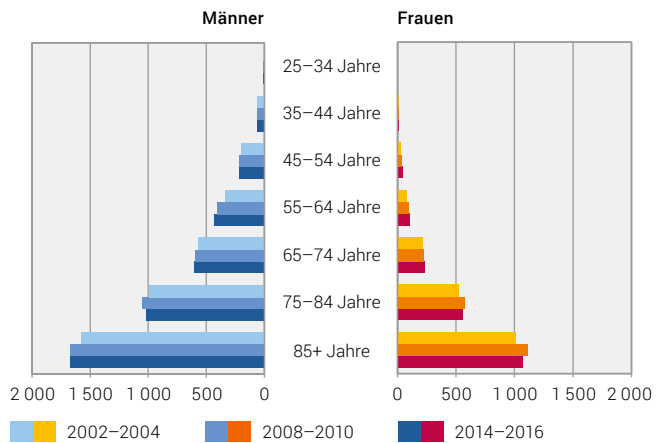
Das Auftreten von akuten Myokardinfarkten nimmt mit steigendem Alter stark zu (G 4.16). Es ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Diese Differenz verringert sich jedoch mit dem Alter, insbesondere bei den Personen ab 65 Jahren. Das Auftreten von akuten Myokardinfarkten hat zwischen 2000 und 2010 zugenommen und ist seitdem bei den Personen im hohen Alter leicht rückläufig.

Der Anteil der Verstorbenen gemessen an denen, die einen Myokardinfarkt hatten (Letalität), halbierte sich zwischen 2002 und 2016 von 31% auf 15%. Die Letalität ist bei Frauen höher als bei Männern (2016: 18% gegenüber 14%), wobei sich die Differenz zwischen den Geschlechtern in den letzten Jahren etwas verringert hat.

### Akuter Myokardinfarkt nach Alter

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.16



Inzidenz: Personen, die aufgrund eines akuten Myokardinfarkts hospitalisiert wurden oder gestorben sind.

Quellen: BFS – Todesursachenstatistik (CoD), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS 2019

### Schlaganfall

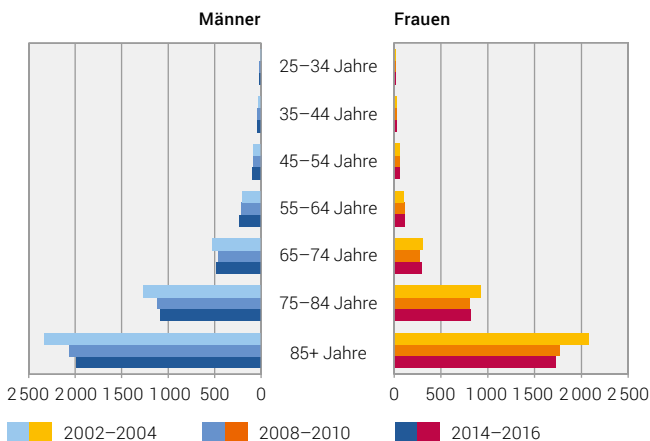
Der Schlaganfall ist wie der akute Myokardinfarkt ein schwerwiegendes Krankheitsereignis, das im Jahr 2016 insgesamt 2771 Todesfälle verursachte (1086 Männer und 1685 Frauen). Die Zahl der 2016 aufgetretenen Schlaganfälle wird auf 15 254 geschätzt (7873 Männer und 7381 Frauen). Männer erleiden etwas häufiger einen Schlaganfall als Frauen (G 4.17), die Differenz zwischen den Geschlechtern ist jedoch nicht so gross wie beim akuten Myokardinfarkt. Schlaganfälle treten im Vergleich zum akuten Myokardinfarkt in einem höheren Alter auf: 2016 waren 56% der Opfer eines Schlaganfalls 75 Jahre alt oder älter, während sich dieser Anteil bei den Personen mit erlittenem akuten Myokardinfarkt auf 43% belief. Bei den Personen ab 75 Jahren ist das Auftreten von Schlaganfällen seit 2002 deutlich zurückgegangen.

Ähnlich wie beim Infarkt ist die Letalität nach Schlaganfall von 32% im Jahr 2002 auf 19% im Jahr 2016 gesunken. Wie beim akuten Myokardinfarkt ist die Letalität bei den Frauen höher als bei den Männern (2016: 23% gegenüber 14%). Im Gegensatz zum Myokardinfarkt ist die Differenz zwischen den Geschlechtern jedoch im gesamten Beobachtungszeitraum eher gestiegen.

### Schlaganfall nach Alter

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G4.17



Inzidenz: Personen, die aufgrund eines Schlaganfalls hospitalisiert wurden oder gestorben sind.

Quellen: BFS – Todesursachenstatistik (CoD), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS 2019

### Risikofaktoren

Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind das Rauchen (→ Kapitel 3.8), Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie), Bewegungsmangel (→ Kapitel 3.5), Diabetes (→ Kapitel 4.3) und Übergewicht (→ Kapitel 3.7).

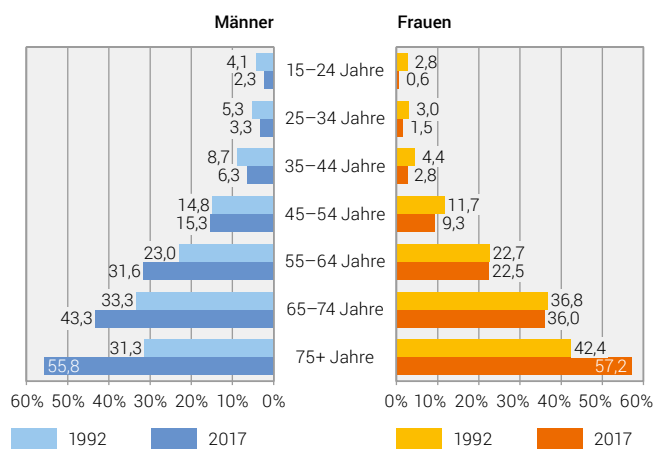
2017 litten 19% der Männer und 16% der Frauen an einem zu hohen Blutdruck oder nahmen Medikamente gegen Bluthochdruck ein. Die Werte steigen mit dem Alter sukzessive an: Ab 65 Jahren sind 47% von Bluthochdruck betroffen, Frauen und Männer zu gleichen Teilen (G4.18). In dieser Altersgruppe zeigen sich auch Bildungsunterschiede; Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (53%) waren 2017 stärker von Bluthochdruck betroffen als Personen mit Tertiärbildung (42%). Bluthochdruck hat zwischen 1992 und 2017 in der Bevölkerung kontinuierlich zugenommen: von 14% auf 18% der Gesamtbevölkerung und von 36% auf 47% der Personen ab 65 Jahren.

Hypercholesterinämie ist eine Stoffwechselstörung. Sie wird weniger häufig kontrolliert als Bluthochdruck: Im Jahr 2017 hatten 45% der Männer und 47% der Frauen innerhalb eines Jahres ihre Cholesterinwerte kontrollieren lassen; beim Bluthochdruck waren es 71% der Männer und 82% der Frauen. 2017 litten 13% der Bevölkerung entweder an einem erhöhten Cholesterinspiegel oder nahmen cholesterinsenkende Medikamente ein (G4.19). Ab 65 Jahren sind 32% davon betroffen, Männer in dieser Altersgruppe häufiger als Frauen (36% gegenüber 28%). 2002 lag die Rate für die Personen ab 65 Jahren mit 18% noch deutlich tiefer, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern gab (Männer 19%; Frauen 17%).

### Personen mit Bluthochdruck

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G4.18

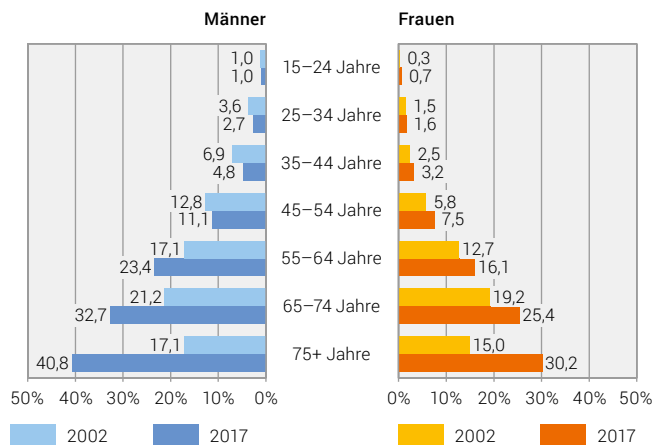


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Personen mit zu hohem Cholesterinspiegel

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G4.19



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### 4.3 Diabetes

Diabetes ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da die Erkrankung eine Arteriosklerose der Blutgefäße begünstigt. Es gibt zwei Haupttypen von Diabetes: Der (relativ seltene) Diabetes des Typs I ist auf eine ungenügende Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Er kann bereits in der Kindheit einsetzen und eine akute Form annehmen. Diabetes des Typs II entsteht infolge einer Insulinresistenz. Die Krankheit ist viel häufiger als Diabetes des Typs I (90 – 95% aller Diabetesfälle) und setzt typischerweise im fortgeschrittenen Erwachsenenalter ein. Heute findet man sie aber immer häufiger schon bei jüngeren, vorwiegend übergewichtigen Personen (→ Kapitel 3.7).

2017 litten 4% der Bevölkerung an Diabetes oder nahmen blutzuckersenkende Medikamente ein resp. spritzten Insulin. Ab 65 Jahren sind 11% betroffen, wobei Männer in dieser Altersgruppe häufiger von Diabetes betroffen sind als Frauen (14% gegenüber 9%, G 4.20). Diese Raten sind gegenüber 2007 kaum angestiegen (Männer 11%; Frauen 8%). Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung geben zu 8% an, von Diabetes betroffen zu sein, während 5% der Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II und 4% der Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss dies berichten.

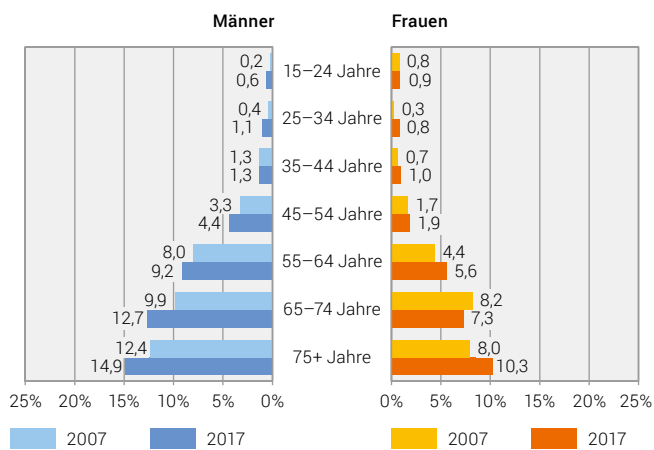
Diabetes des Typs II kann über lange Zeit hinweg symptomlos verlaufen. Die Prävention spielt daher eine wichtige Rolle. Der Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung ihren Blutzuckerspiegel hatten kontrollieren lassen, lag 2017 zwischen 40% bei den 35- bis 44-Jährigen und 79% bei den Personen ab 75 Jahren (G 4.21). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren unerheblich.

Hospitalisierungen wegen Diabetes des Typs I (als Hauptdiagnose) sind selten (2017: 1317 Personen). Allerdings wird Diabetes des Typs I im Rahmen von Hospitalisierungen auch aus anderen Gründen diagnostiziert. Dies war 2017 bei weiteren 2362 Personen der Fall. Spitalaufenthalte wegen Diabetes des Typs I sind seit Mitte der 2000er-Jahre relativ stabil. Die Hospitalisierungsrate ist bei jungen Erwachsenen unter 25 Jahren am höchsten. Grund dafür ist, dass diese Art von Diabetes zum Zeitpunkt ihres Auftretens häufig eine akute Form annehmen kann. Sehr viel zahlreicher sind Hospitalisierungen mit Diabetes des Typs II (2017: 77 442 Personen, darunter 58% Männer). In den meisten Fällen (73 031) ist Diabetes des Typs II jedoch nicht der Hauptgrund für die Spitaleinweisung, sondern eine Nebendiagnose. Spitalaufenthalte von Personen mit Diabetes des Typs II sind bis im Alter von 34 Jahren selten, danach steigt ihre Häufigkeit jedoch stark an (G 4.22). Innerhalb von fünf Jahren hat die Anzahl der mit Diabetes des Typs II hospitalisierten Personen um nahezu 20% zugenommen. Bei weiteren 3742 hospitalisierten Personen wurde ebenfalls Diabetes diagnostiziert, jedoch ohne nähere Angaben zum Typ, in über neun von zehn Fällen (95%) als Nebendiagnose.

### Personen mit Diabetes

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.20

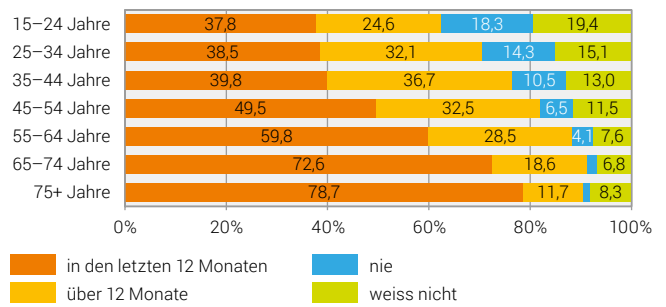


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Diabetes-Vorsorgeuntersuchung, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.21

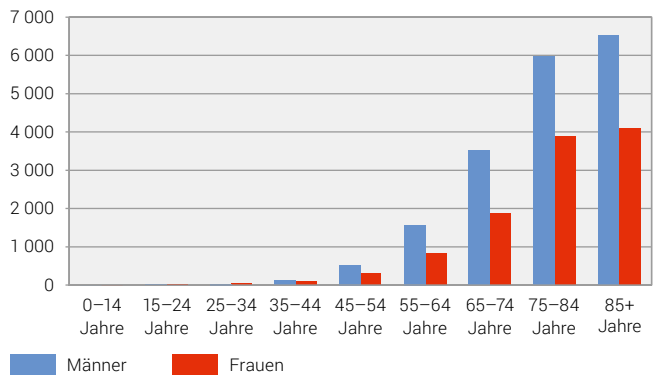


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### Hospitalisierte Personen mit Diabetes Typ II, 2015–2017

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, Haupt- und Nebendiagnosen

G 4.22



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS 2019

## 4.4 Krebs

Zwischen 2011 und 2015 erkrankten jährlich rund 21 800 Männer und 18 680 Frauen an einer Krebserkrankung. Etwas mehr als die Hälfte der Fälle betreffen die Prostata (6070 Fälle), die Brustdrüse (6040), den Dickdarm (4300) und die Lunge (4250) (G 4.23).

Krebserkrankungen können in jedem Alter auftreten, doch das Risiko nimmt mit dem Alter zu. Das Risiko vor dem 70. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, liegt bei Männern bei 24% und bei Frauen bei ca. 21%. Fast jeder zweite Mann (48%) und 42% aller Frauen müssen derzeit damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an Krebs zu erkranken.

Die Beziehung zwischen Krebserkrankungshäufigkeit und Lebensalter unterscheidet sich bei Männern und Frauen (G 4.24). Frauen unter 55 Jahren weisen höhere Erkrankungsrate auf als Männer unter 55 Jahren. In den höheren Altersgruppen kehrt sich dieses Verhältnis um: Bei über 70-Jährigen sind die Erkrankungsrate der Männer fast doppelt so hoch wie die Erkrankungsrate der Frauen.

Jedes Jahr sterben – im Zeitraum 2011–2015 – rund 16 700 Personen an Krebs, etwa 9260 Männer und 7460 Frauen. Jeder vierte Mann und jede sechste Frau stirbt an einer Krebserkrankung (Lebenszeitrisiko bis zum 85. Altersjahr). Der Lungenkrebs ist bei den Männern die häufigste krebsbedingte Todesursache (G 4.23). Jedes Jahr sterben 2000 Männer an Lungenkrebs (22% der Krebstoten), 1340 an Prostatakrebs (15%) und 935 an Dickdarmkrebs (10%). Bei den Frauen ist Brustkrebs die häufigste krebsbedingte Todesursache mit jährlich 1370 Todesfällen (18%), noch vor Lungenkrebs mit 1170 Todesfällen (16%) und Dickdarmkrebs mit 760 Todesfällen (10%).

### Zeitliche Entwicklungen

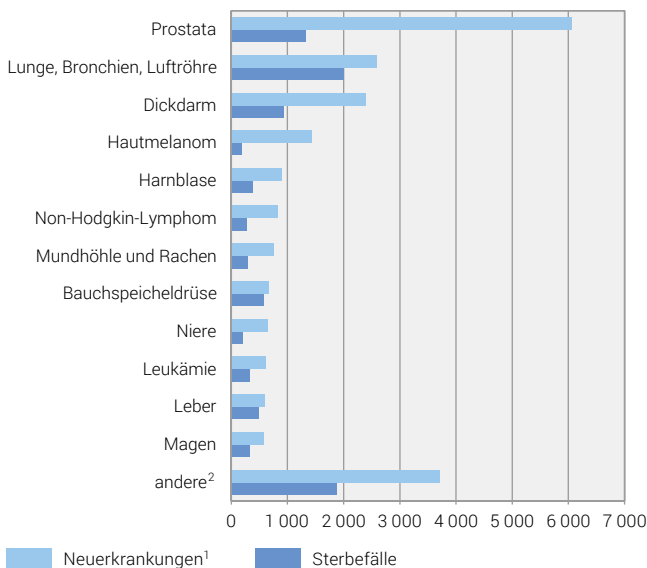
Die altersstandardisierten Sterberaten sind in den letzten 30 Jahren um 27% bei den Frauen und um 37% bei den Männern zurückgegangen. Hingegen weisen die Neuerkrankungsraten im gleichen Zeitraum einen leichten Anstieg auf. In der letzten Periode (2011–2015) ist aber bei der Neuerkrankungsratenrate zumindest bei den Männern ein leichter Rückgang gegenüber den Vorjahren sichtbar, während bei den Frauen die Neuerkrankungsraten zu stagnieren scheinen (G 4.25).

### Neuerkrankungen und Sterbefälle nach Krebslokalisierung, 2011–2015

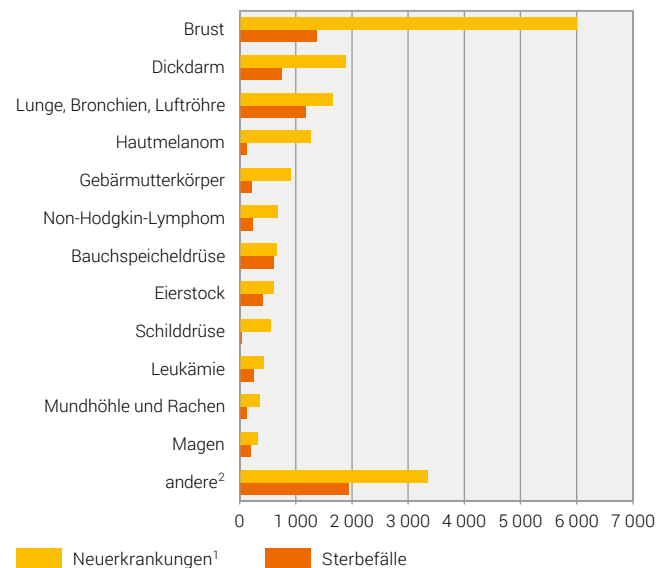
Durchschnittliche Anzahl pro Jahr

G 4.23

#### Männer



#### Frauen



<sup>1</sup> Neuerkrankungen geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister  
<sup>2</sup> Neuerkrankungen ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

Quellen: NICER – Neuerkrankungen; BFS – Sterbefälle

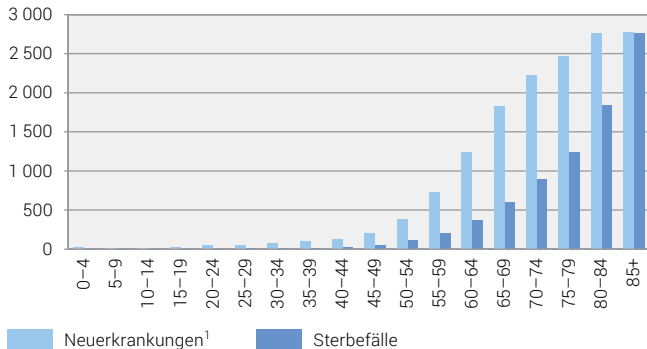
© BFS 2019

### Krebs insgesamt nach Alter, 2011–2015

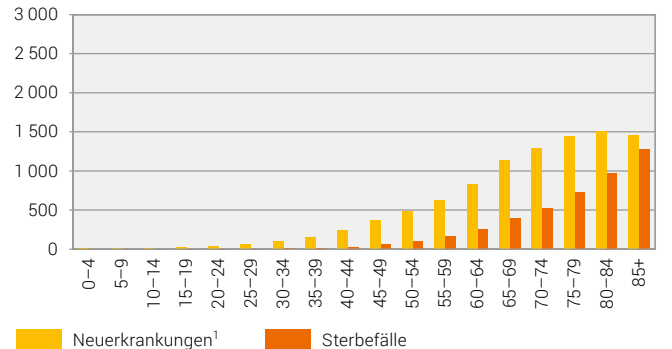
Altersspezifische Rate, pro 100 000 Einwohner

G 4.24

#### Männer



#### Frauen



<sup>1</sup> Neuerkrankungen geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister; ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

Quellen: NICER – Neuerkrankungen; BFS – Sterbefälle

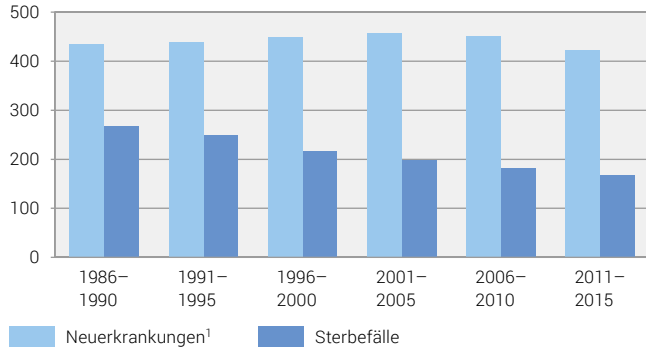
© BFS 2019

## Krebs insgesamt: zeitliche Entwicklung

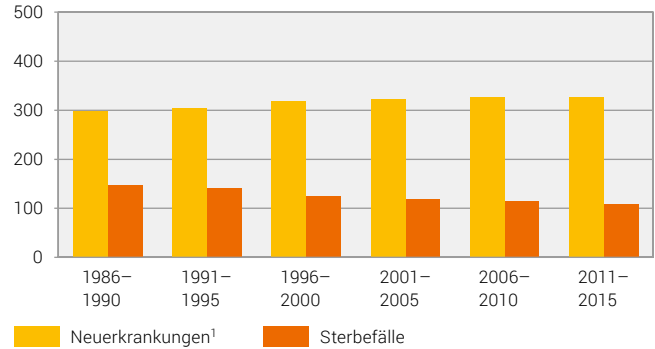
Rate pro 100 000 Einwohner, Europastandard

G 4.25

### Männer



### Frauen



<sup>1</sup> Neuerkrankungen geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister; ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

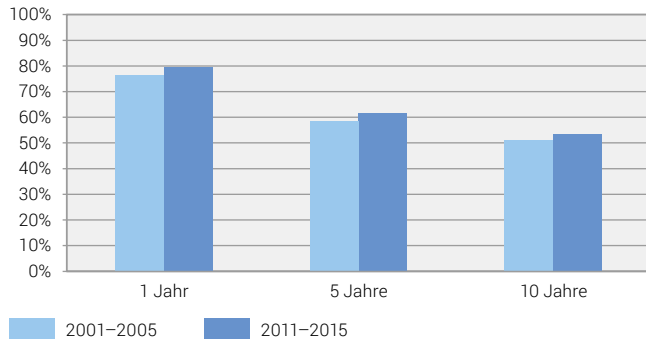
Quellen: NICER – Neuerkrankungen; BFS – Sterbefälle

© BFS 2019

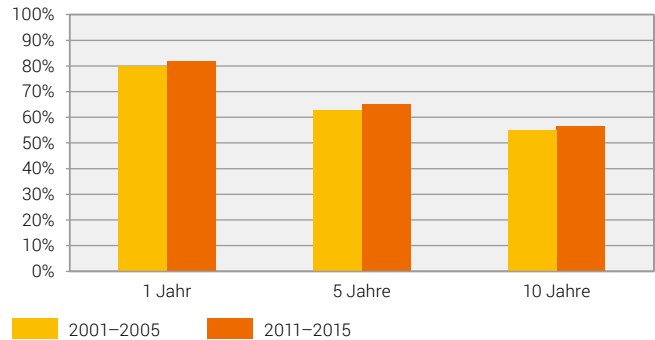
## Krebs insgesamt: relative Überlebensrate nach 1, 5, und 10 Jahren

G 4.26

### Männer



### Frauen



Quelle: NICER

© BFS 2019

Die zeitliche Entwicklung (1986–2015) der Inzidenz und Mortalität zeigt unterschiedliche Muster für die verschiedenen Lokalisationen.

Nachdem die Neuerkrankungsrate beim Brustkrebs zwischen 1986 und 2005 angestiegen ist, bleibt sie seither stabil (jährlich rund 110 neue Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen). Im gleichen Zeitraum hat die Neuerkrankungsrate des Prostatakrebses bei Männern stark zugenommen (+60%), aber danach nimmt sie ab. Die beiden Sterberaten haben kontinuierlich abgenommen.

Die Entwicklung des Lungenkrebses ist nach Geschlecht unterschiedlich: Bei den Männern nehmen die Neuerkrankungs- und Sterberaten seit 1986 ab (–36% resp. –45%), während bei den Frauen beide Raten zunehmen (+94% resp. +88%).

Bei dem Dickdarmkrebs blieben die Neuerkrankungsraten bis 2005 stabil und innerhalb der letzten 10 Jahre ist eine leichte Abnahme feststellbar. Seit 1986 haben die Sterberaten um 42% bei den Männern als auch bei den Frauen abgenommen.

Für beide Geschlechter auffallend ist die deutliche Zunahme (+97% resp. +60% bei Männern resp. bei Frauen) der Neuerkrankungsrate beim Hautmelanom. Die Sterberaten blieben hingegen stabil.

## Überlebensrate

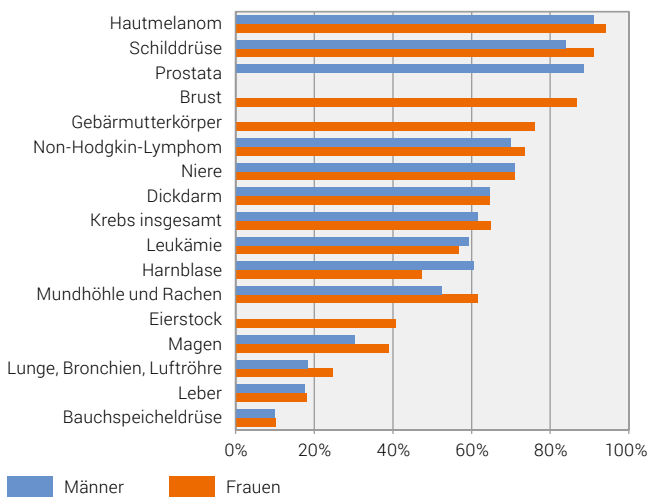
In der Periode 2011–2015 lebten fünf Jahre nach Diagnosestellung einer Krebserkrankung noch etwa 54% der erkrankten Männer bzw. 59% der erkrankten Frauen (absolute Überlebensrate). Unter Berücksichtigung des Sterberisikos durch andere Todesursachen beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Krebsarten hinweg 61% für Männer und 65% für Frauen (relative Überlebensrate; G 4.26). Das ist gegenüber dem Zeitraum von 2001 bis 2005 (Männer: 59%; Frauen: 63%) ein Anstieg um 3 bzw. 2 Prozentpunkte.

Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Krebsarten. Krebs der Leber, der Lunge, der Bauchspeicheldrüse und akute Leukämien haben eine schlechte Prognose. Für Hautmelanome, Schilddrüsenkrebs, das Hodgkin-Lymphom, Brustkrebs und Prostatakrebs sind die Prognosen hingegen gut (G 4.27).



**Relative 5-Jahres-Überlebensraten, nach Krebslokalisation, 2011–2015**

**G 4.27**



Quelle: NICER © BFS 2019

**Krebserkrankungen bei Kindern**

Krebserkrankungen bei Kindern sind selten. Lediglich 0,5% aller Tumore treten im Kindesalter (0 – 14 Jahre) auf. Dies entspricht jährlich rund 210 Neuerkrankungen (während der Jahre 2011 – 2015). Diese Zahl der Krebsneuerkrankungen schwankt leicht pro Jahr, aufgrund der kleinen Fallzahlen; hingegen nimmt die Mortalität über die Jahre ab. Dennoch sind Krebserkrankungen wie bei den Erwachsenen die zweithäufigste Todesursache, mit durchschnittlich 26 verstorbenen Kindern pro Jahr.

Krebserkrankungen treten im Säuglingsalter und bei 1- bis 4-jährigen Kindern häufiger auf als im frühen Schulalter (G 4.28). Ab der Pubertät nimmt die Häufigkeit der Neuerkrankungen langsam wieder zu. Praktisch alle Tumorarten sind bei Knaben häufiger als bei Mädchen.

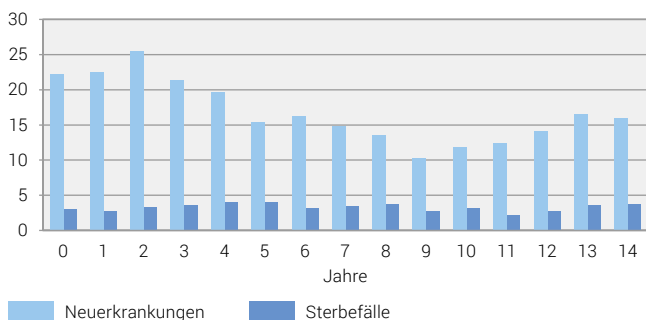
Bei Kindern werden Krebserkrankungen nicht nach der Lokalisation, sondern nach ihrer Histologie (Gewebeart) eingeteilt, entsprechend der internationalen Klassifikation der Tumore im Kindesalter, ICC3 (G 4.29). Am häufigsten sind Leukämien (32%),

**Krebs bei Kindern nach Alter, 1986–2015**

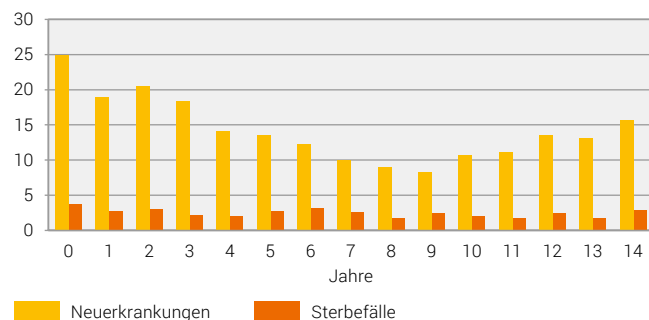
Altersspezifische Rate, pro 100 000 Kinder

**G 4.28**

**Knaben**



**Mädchen**



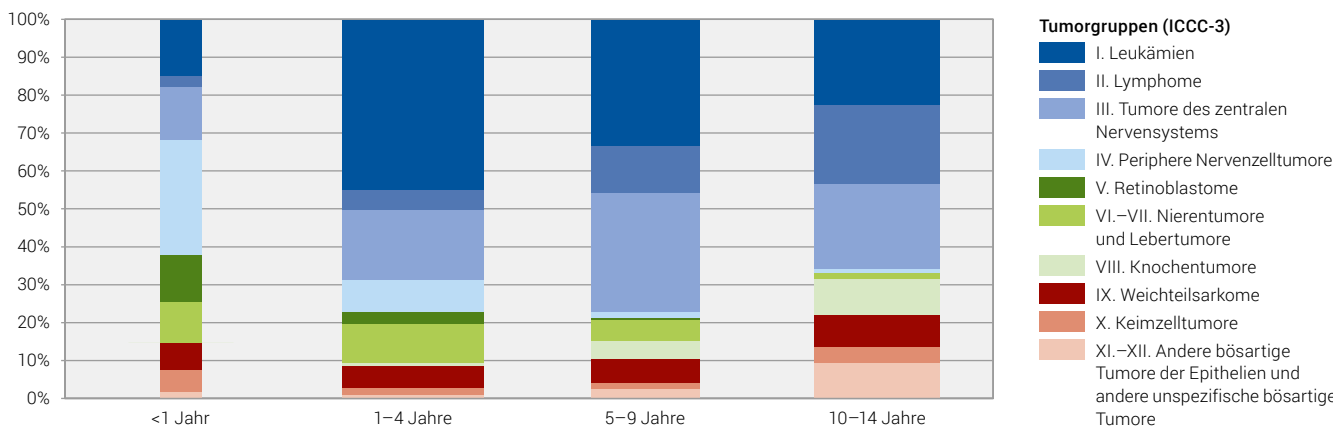
Alle Tumore des zentralen Nervensystems sind inbegriffen (unabhängig ob gut- oder bösartig).

Quellen: SKKR – Neuerkrankungen; BFS – Sterbefälle

© BFS 2019

**Krebs bei Kindern: Tumorgruppen nach Altersklasse, 1986–2015**

**G 4.29**



Die Flächen entsprechen der Anzahl Neuerkrankungen.

Quelle: SKKR

© BFS 2019

gefolgt von Tumoren des zentralen Nervensystems (23%, vor allem Hirntumore) und Lymphomen (12%). Die relative Erkrankungshäufigkeit ändert sich deutlich im Laufe der Kindheit.

Die Heilungschancen haben sich stark verbessert und erreichen heute über 80%, während sie 1950 noch unter 20% lagen. Die Schweiz gehört zusammen mit Österreich, Norwegen und Dänemark zu den Ländern mit den besten Behandlungsergebnissen. Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den verschiedenen Tumorgruppen. Die besten Ergebnisse werden für Lymphome erzielt (über 95% geheilt), schlechter sind sie für Tumore des zentralen Nervensystems, fortgeschrittene peripheren Nervenzellumore und Knochentumore.

### 4.5 Erkrankungen des Bewegungsapparates

Erkrankungen des Bewegungsapparates können neben Skelett und Muskeln auch die Sehnen, Knorpel oder Bänder betreffen. Sie können durch Krankheiten (wie Osteosklerose oder entzündliche Erkrankungen der Gelenke) oder Fehlbildungen (wie Gelenkfehlstellungen) verursacht werden, können aber – etwa im Fall von Rücken- und Gelenkleiden – auch als Folge von Unfällen oder einer Überbeanspruchung der Gelenke, z. B. durch Arbeit oder Sport, auftreten. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems können von leichten, diffusen und vorübergehenden Beschwerden bis hin zu irreversiblen Schäden führen, die einer chronischen Behinderung gleichzusetzen sind. Sie sind jedoch nur selten eine Todesursache. Erkrankungen des Bewegungsapparates können die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Sie verursachen hohe sozioökonomische Kosten und sind der zweithäufigste Hospitalisierungsgrund.

#### Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen

Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen können Symptome für Muskel-Skelett-Erkrankungen sein. 35% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten litten im Jahr 2017 nach eigener Aussage ein wenig und 8% stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen (ohne Fieber). Die Häufigkeit dieser Schmerzen nimmt mit steigendem Alter zu. Der Anteil der Personen ohne nachobligatorischen Abschluss, die stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen litten, ist nahezu dreimal so hoch wie jener der Personen mit Hochschulabschluss (14% gegenüber 5%). Solche Schmerzen können auch mit sozioökonomischen Faktoren und psychosozialen Problemen (Stress usw.) in Zusammenhang stehen.

Nacken-, Schulter- und Armschmerzen sind etwas weniger häufig: 31% der Personen litten ein wenig und 7% stark daran. In zwei von fünf Fällen führten die Betroffenen diese Schmerzen auf ihre Arbeit zurück. Dieser Anteil ist bei den Rückenschmerzen ähnlich gross.

### Osteoporose

Osteoporose ist eine systemische Erkrankung des Skeletts, die mit einer Verminderung der Knochenmasse und einer Verschlechterung der Knochenqualität einhergeht, verbunden mit einer erhöhten Frakturanfälligkeit. Besonders gefährdet sind Frauen nach den Wechseljahren. Im Jahr 2017 hatten 7% der Frauen ab 45 Jahren und 2% der Männer ab 55 Jahren Medikamente gegen Osteoporose eingenommen. Die Inanspruchnahme dieser Behandlung steigt mit dem Alter stark an. Die Messung der Knochendichte ermöglicht die Früherkennung der Osteoporose. 2017 gaben 37% der Frauen ab 45 Jahren und 12% der Männer ab 55 Jahren an, mindestens einmal im Leben diese Untersuchung in Anspruch genommen zu haben. Die Häufigkeit dieser Kontrolle nimmt bei den Frauen mit dem Alter deutlich zu und ist ab 65 Jahren am grössten (55%).

### Hospitalisierungen

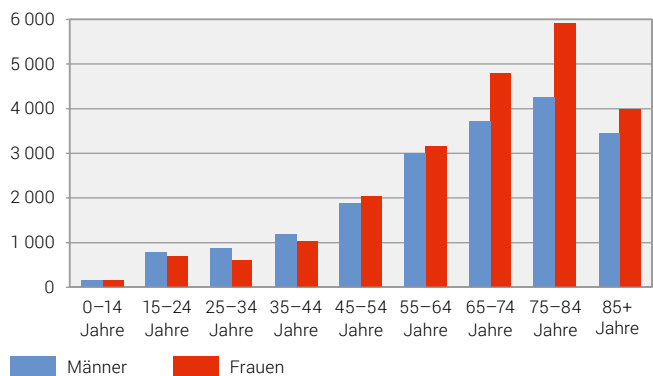
Im Jahr 2017 wurden 154 637 Personen (davon 45% Männer) wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates stationär behandelt. Davon wurden 55% wegen Arthropathien und 22% wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens eingewiesen. Die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist seit 2002 gestiegen (+41% bei den Männern, +45% bei den Frauen). Bis zum Alter von 44 Jahren werden Männer etwas öfter hospitalisiert als Frauen (G4.30). Ab diesem Alter wendet sich der Trend, und die Differenz vergrössert sich bis zum Alter von 84 Jahren. Ab 85 Jahren sind Hospitalisierungen wegen Schädigungen des Bewegungsapparates als Hauptursache seltener.

2017 wurden 85 192 Personen aufgrund einer Arthropathie stationär behandelt. Arthropathien sind Gelenkerkrankungen der Gliedmassen. Die häufigsten sind Arthrosen (degenerative Erkrankungen der Gelenke) und Arthritis (Gelenkentzündungen). Die Hospitalisierungsrate nimmt ab dem Alter von 45 Jahren stark zu. Zwischen 2002 und 2017 ist die Hospitalisierungsrate

### Wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems hospitalisierte Personen, 2015–2017

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G4.30



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

für Arthropathien um mehr als ein Viertel gestiegen, grösstenteils bedingt durch die zunehmende Hospitalisierungshäufigkeit von Personen ab 55 Jahren.

2017 wurden 34 512 Personen aufgrund eines Rückenleidens stationär behandelt. Dorsopathien sind Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens, z. B. Bandscheibenvorfälle, Fehlbildungen der Wirbelsäule und Bandscheibenentzündungen. Ab 65 Jahren werden mehr Frauen als Männer wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens hospitalisiert. Zwischen 2002 und 2017 blieb die Hospitalisierungsrate für Dorsopathien bei den Männern grösstenteils stabil, bei den Frauen nahm sie um 10% zu.

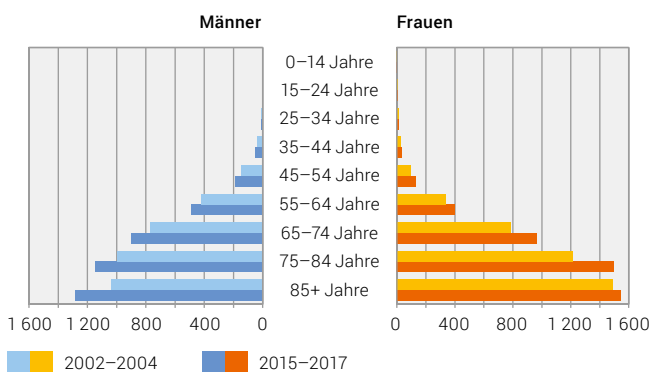
### Prothesen

Erkrankungen des Bewegungsapparates können in gewissen Fällen das Ersetzen bestimmter Gelenke durch Prothesen notwendig machen. Am häufigsten ist die Implantation einer Hüftgelenkprothese, die vor allem nach einer Oberschenkelhalsfraktur

#### Wegen Hüftgelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.31



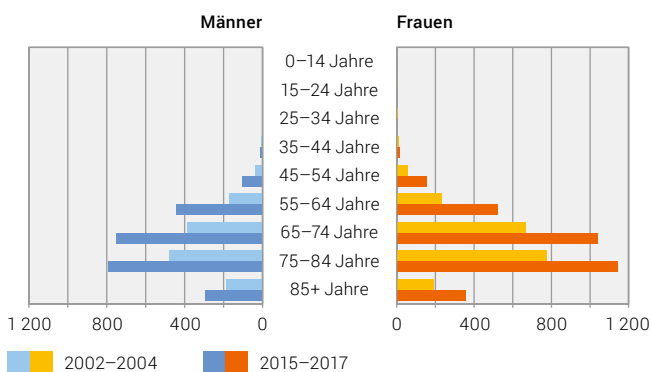
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

#### Wegen Kniegelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.32



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

angezeigt sein kann (2017: 24 937, +63% gegenüber 2002). Frauen sind häufiger betroffen (55%) (G 4.31). Die Hospitalisierungsrate für Hüftprothesen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu, im Gegensatz zu jener für Knieprothesen. Letztere sind weniger zahlreich (20 409 im Jahr 2017), sind aber seit 2002 (7646) um das Zweieinhalbfache gestiegen. Die Frauen machen 59% der behandelten Fälle aus, dieser Anteil hat aber seit 2002 (67%) kontinuierlich abgenommen. Am häufigsten werden Knieprothesen im Alter von 65 bis 84 Jahren eingesetzt (G 4.32).

## 4.6 Infektionskrankheiten und Krankheiten des Atmungssystems

Infektionskrankheiten werden durch die Übertragung von Mikroorganismen wie Viren, Bakterien, Parasiten oder Pilzen hervorgerufen. Sie werden nach dem Erregerreservoir (Mensch, Tier, andere) und dem Übertragungsweg (Luft, Nahrung, Blut, sexuelle Kontakte) unterschieden. Infektionen können einen wichtigen Grund für akute Lungenkrankheiten darstellen, etwa in Form von einer Grippe oder Lungenentzündung. Hingegen werden chronische Erkrankungen des Atmungssystems wie chronische obstruktive Bronchitis oder Asthma anderen Faktoren zugeschrieben: zum Beispiel dem Rauchen, der Luftverschmutzung, Industrieschadstoffen oder Allergenen.

### Infektionskrankheiten

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entfiel rund ein Fünftel der Todesfälle in der Schweiz auf Infektionskrankheiten (fast drei Viertel davon auf Tuberkulose). Dank der allgemeinen Verbesserung der öffentlichen und persönlichen Hygiene, besseren Lebens-, Wohn- und Ernährungsbedingungen, Impfungen und neuen Medikamenten wie Antibiotika konnten die Auswirkungen dieser Krankheiten auf die Volksgesundheit und die Mortalität massiv eingedämmt werden (1% der Todesfälle in den 2000er-Jahren). Die standardisierte Sterberate bei Infektionskrankheiten war daher bis 1984 rückläufig (G 4.33). Danach setzte im Zuge der Aids-Epidemie ein erneuter Anstieg ein, der zwischen 1992 und 1994 seinen Höhepunkt erreichte. Ohne die aidsbedingten Todesfälle wäre die Sterblichkeit seit den frühen 1980er-Jahren stabil geblieben. Der Ausbruch der Aids-Epidemie hat gezeigt, dass Infektionskrankheiten noch lange nicht bezwungen sind. Sie sind deshalb weiterhin Gegenstand einer besonderen Überwachung (Meldepflicht für Ärzteschaft und Laboratorien).

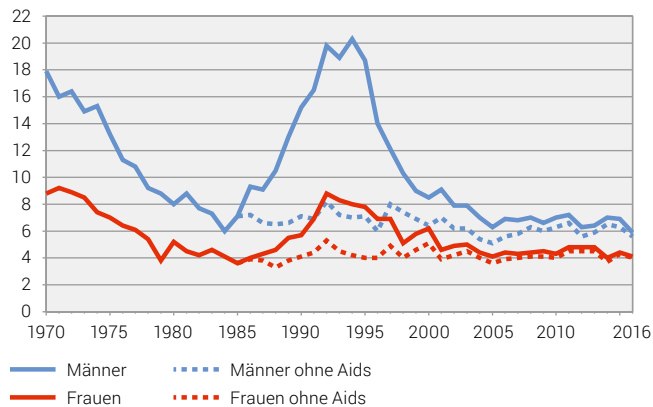
Tuberkulose ist nach wie vor eine wichtige meldepflichtige Krankheit. Die Zahl der neuen Fälle hat sich seit Ende der 1980er-Jahre bis Mitte der 2000er-Jahre halbiert. Seitdem ist sie nicht mehr rückläufig und beläuft sich auf 500 bis 600 Fälle pro Jahr. Rund sieben von zehn neuen Tuberkulosefällen treten bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit auf.

Die Zahl der neu diagnostizierten Fälle des humanen Immundefizienz-Virus (HIV) fiel 2017 erstmals seit drei Jahrzehnten unter 500 Fälle (G 4.34). Bereits in den 1990er-Jahren wurde ein starker Rückgang beobachtet. Die Zahl der neu diagnostizierten Fälle nahm anschliessend wieder zu und stabilisierte sich bis

### Sterberate bei Infektionskrankheiten

Standardisierte Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G4.33



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

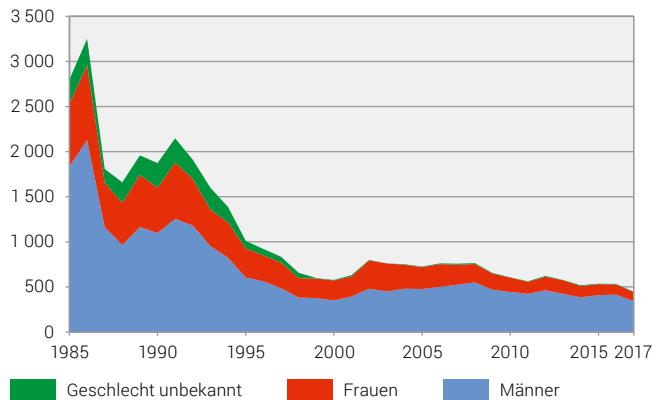
© BFS 2019

2008 bei 700 bis 800 neuen Fällen pro Jahr, bevor sie sich wieder verringerte. 22% der 2017 gestellten Diagnosen betreffen Frauen und 42% Männer, die Sex mit Männern haben. Dank antiretroviralen Behandlungen konnten ab 1995 die Aids-Erkrankungen bei den HIV-infizierten Personen stark eingedämmt werden. Die Zahl der neuen Aidsfälle liegt seit 2005 unter 200 und seit 2014 unter 100 (gegenüber rund 700 in den frühen 1990er-Jahren, als die Epidemie ihren Höhepunkt erreichte). Die antiretroviralen Behandlungen haben ebenfalls zum Rückgang der durch Aids verursachten Todesfälle beigetragen. Zwischen 2012 und 2016 starben jährlich im Schnitt 34 Personen an Aids, nahezu drei Viertel davon waren Männer.

### HIV-Diagnosen

Labormeldungen

G4.34



Stand: Oktober 2018

Quelle: BFS – BAG, Meldesystem der meldepflichtigen Infektionskrankheiten

© BFS 2019

### Krankheiten des Atmungssystems

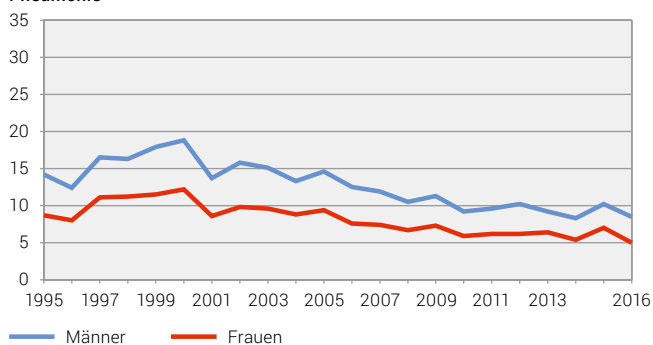
Lungenentzündung (Pneumonie) und chronische obstruktive Bronchitis sind die beiden Erkrankungen des Atmungssystems, die am häufigsten zum Tod führen (1190 respektive 1914 im Jahr 2016). Bei sehr jungen Kindern und älteren Personen ist der Schweregrad einer Pneumonie höher. Die (bei Männern erhöhte) Sterblichkeit infolge Pneumonie ist seit 1995 rückläufig (G4.35). Rund zwei Drittel der an dieser Krankheit verstorbenen Personen erreichten ein Alter von 85 oder mehr Jahren. Die chronische obstruktive Bronchitis ist durch eine langsam fortschreitende Obstruktion der Atemwege und der Lunge gekennzeichnet. Das Rauchen ist dabei der grösste Risikofaktor. Die standardisierte Sterberate der Männer ist gut anderthalbmal so hoch wie jene der Frauen. Sie ist jedoch seit Ende der 1990er-Jahre rückläufig, während jene der Frauen gestiegen ist. Diese unterschiedlichen Entwicklungen sind dadurch erklärbar, dass zwar mehr Männer als Frauen rauchen, der Anteil der Rauchenden bei den Frauen jedoch länger anstieg als bei den Männern (→ Kapitel 3.8).

### Sterberate für Pneumonie oder chronische obstruktive Bronchitis

Standardisierte Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

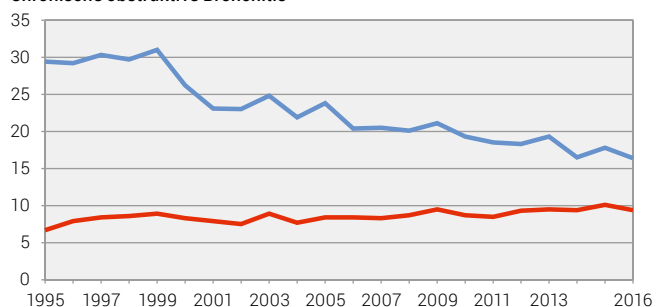
G4.35

#### Pneumonie



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

#### Chronische obstruktive Bronchitis



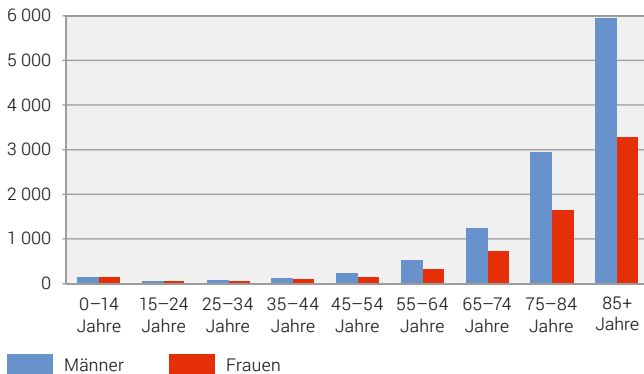
© BFS 2019

### Hospitalisierte Personen mit Pneumonie oder chronischer obstruktiver Bronchitis, 2015–2017

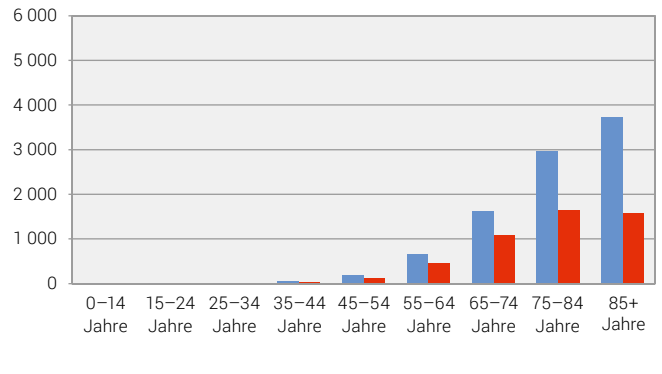
Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, Haupt- und Nebendiagnosen

G4.36

**Pneumonie**



**Chronische obstruktive Bronchitis**



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

Im Jahr 2017 wurden etwas mehr Personen mit einer Pneumonie stationär behandelt als mit einer chronischen obstruktiven Bronchitis (38 897 bzw. 35 650). Eine Pneumonie ist dabei in der Hälfte der Fälle der Hospitalisierungsgrund (Hauptdiagnose), während die chronische obstruktive Bronchitis in drei von vier Fällen als Nebendiagnose im Rahmen einer Hospitalisierung aus anderen Gründen festgestellt wird. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Pneumonie und jene wegen chronischer obstruktiver Bronchitis steigen ab einem Alter von 55 Jahren stark an (G 4.36). Nahezu sechs von zehn Hospitalisierungen im Zusammenhang mit diesen Krankheiten betreffen Männer. Dieser Anteil ist bei der Pneumonie seit 2002 stabil (2017: 56%) und nahm bei der chronischen obstruktiven Bronchitis leicht von 64% auf 58% ab.

gewesen (G 4.37). Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe war emotionale Ausgeglichenheit verbreiteter (85%) als bei solchen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (72%). Die Ausgeglichenheit nahm auch mit dem Alter tendenziell zu, nämlich von 79% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 85% bei den 75-Jährigen und älter. Negative Gemütszustände wie Entmutigung, Verstimmung oder Niedergeschlagenheit waren dagegen in allen Altersgruppen relativ selten (unter 15%). Am stärksten verbreitet war 2017 die Nervosität: 29% der Frauen und 20% der Männer erlebten sich manchmal oder meistens als «sehr nervös».

## 4.7 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit zeigt sich in emotionalem Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit, in der Befähigung zu gesellschaftlicher Partizipation und in der Fähigkeit, befriedigende soziale Beziehungen aufzubauen und zu unterhalten. Psychische Gesundheit ist das Ergebnis der Mobilisierung innerer und äusserer Ressourcen, um die vielfältigen Anforderungen und Belastungen im Leben und Alltag zu bewältigen. Umgekehrt lassen sich psychische Probleme aufgrund von Denk-, Gefühls- und Verhaltensstörungen oder Störungen der Beziehungsfähigkeit zu Mitmenschen erkennen. Diese können persönliches Leid, körperliche Erkrankungen sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und soziale Isolierung nach sich ziehen.

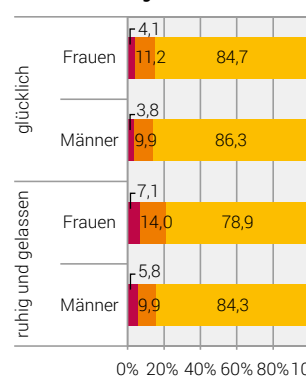
### Psychisches Wohlbefinden

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung empfand 2017 sehr viel häufiger positive als negative Gefühle. Die Befragten waren während der letzten vier Wochen vor der Erhebung mehrheitlich immer oder meistens «ruhig und ausgeglichen» oder «glücklich»

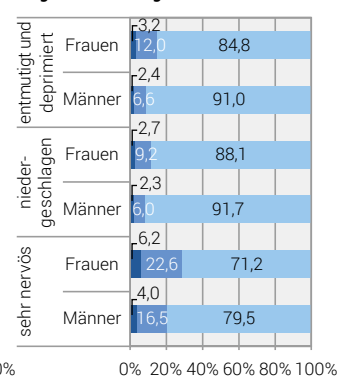
### Gemütszustand, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, innerhalb von vier Wochen **G 4.37**

**Positive Lebensgefühle**



**Negative Lebensgefühle**



■ selten/nie    ■ immer/meistens  
■ manchmal    ■ manchmal  
■ immer/meistens    ■ selten/nie

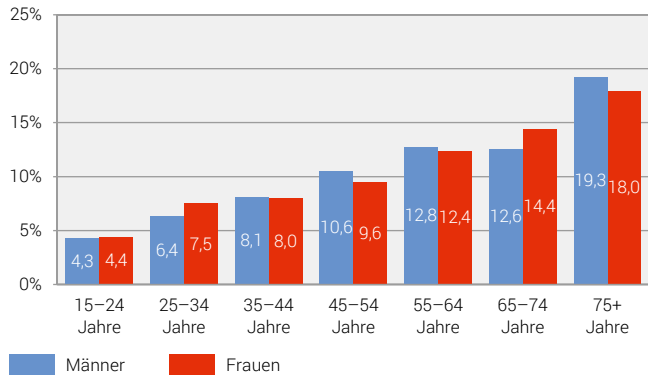
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Geringe soziale Unterstützung, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G4.38



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

©BFS 2019

Wichtige Voraussetzungen für das psychische Wohlbefinden und die Verhinderung von psychischen Krankheiten sind hinreichende und tragfähige soziale Beziehungen. Gute soziale Unterstützung hilft, den Schwierigkeiten im Leben entgegenzutreten. Im Jahr 2017 gaben 10% der Bevölkerung an, nur wenig soziale Unterstützung zu erhalten. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit geringer sozialer Unterstützung, am deutlichsten ab 75 Jahren (G4.38). Unabhängig vom Alter ist der Anteil der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung, die nur auf wenig soziale Unterstützung zählen können, grösser als jener der Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (19% gegenüber 8%).

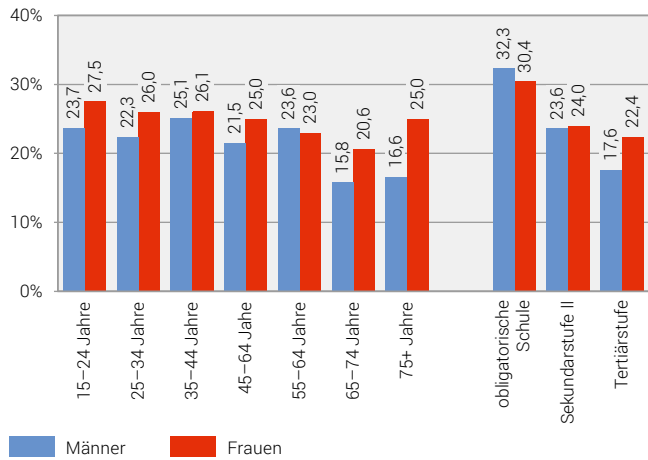
Als Kontrollüberzeugung wird das Gefühl bezeichnet, das eigene Leben und seinen Verlauf selbst bestimmen zu können. Um Alltagsprobleme und Krisen bewältigen zu können, ist diese eine weitere wichtige Ressource. Menschen, die sich dagegen den Ereignissen hilflos ausgeliefert fühlen, neigen eher zu depressiven Verstimmungen. Weniger als 1% der Personen mit starker Kontrollüberzeugung berichteten 2017 von hohen psychischen Belastungen, während der Anteil bei Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung 12% betrug. Ebenso hatten sich unter den Personen mit starker Kontrollüberzeugung lediglich 1% wegen psychischen Problemen ärztlich behandeln lassen, verglichen mit 16% der Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung.

Personen ohne nachobligatorischen Abschluss waren deutlich häufiger vom Risiko betroffen, nur über eine schwache Kontrollüberzeugung zu verfügen, als solche mit universitärer Ausbildung (31% versus 20%) (G4.39). Dass das Ausmass der Kontrollüberzeugung mit dem Bildungsniveau zunimmt, lässt sich mit der durch Bildung erworbenen besseren Kompetenz zur Lebensgestaltung sowie den grösseren Handlungsspielräumen und Entscheidungsbefugnissen in Berufen mit erhöhten Anforderungen erklären. Während sich Männer im Pensionsalter äusseren Einflüssen und Zwängen weniger ausgeliefert fühlten als jüngere, sinkt der Anteil von Frauen mit schwacher Kontrollüberzeugung zwischenzeitlich mit dem Eintritt des Pensionsalters, um dann ab 75 Jahren wieder anzusteigen.

### Kontrollüberzeugung, 2017

Personen mit der geringsten Kontrollüberzeugung, nach Alter und Bildungsniveau. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren<sup>1</sup>

G4.39



<sup>1</sup> ab 25 Jahren für das Bildungsniveau

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

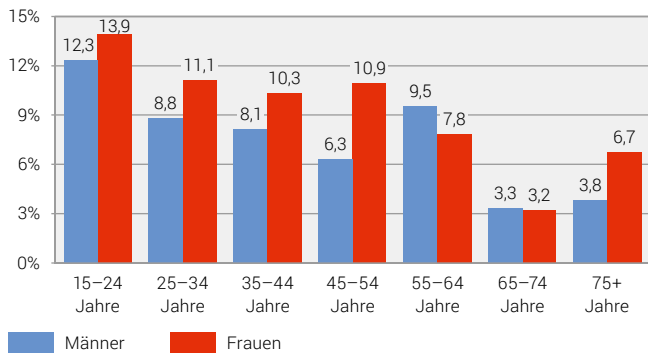
### Depression

Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Sie gilt aufgrund der durch sie verursachten Krankheitslast, einschliesslich der durch sie mitbedingten somatischen Leiden, als eines der grössten Gesundheitsprobleme entwickelter Gesellschaften. Zum Krankheitsbild gehören Stimmungseinengung (Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer, fehlende Resonanz auf Aufheiterungsversuche von aussen), Antriebshemmung, Unruhe, Denkhemmungen oder Schlafstörungen. 2017 beschrieben knapp 8% aller Männer und 9% aller Frauen ihre Situation derart, dass von einer schweren Depression (Major Depression) ausgegangen werden muss. Das Risiko einer schweren Depression nimmt mit zunehmendem Alter ab (G4.40).

### Major Depression, 2017

Personen mit einer mittleren bis schweren Depression; Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G4.40



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

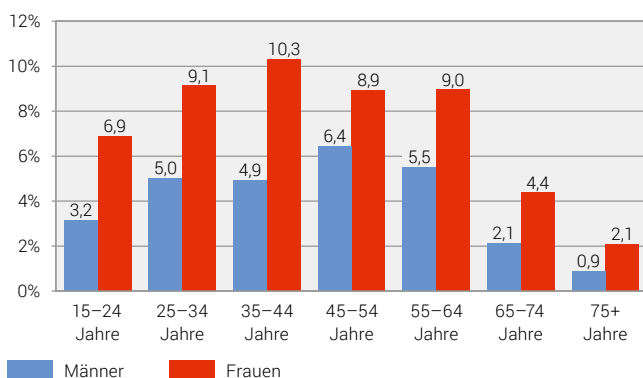
## Behandlung psychischer Probleme

Wegen eines psychischen Problems begaben sich innerhalb eines Jahres 6% der Bevölkerung in Behandlung, Frauen häufiger als Männer (8% versus 4%). Bei 29% handelte es sich um Personen mit Symptomen einer schweren Depression. Die mittleren Jahrgänge suchten am häufigsten professionelle Hilfe auf, während unter 25- und über 65-Jährige zurückhaltender waren (G 4.41). Die am häufigsten konsultierten Fachleute waren Psychiater/innen (53%), gefolgt von Psychologen/innen oder Psychotherapeuten/innen (40%) und Allgemeinpraktikern/innen (16%). Männer begaben sich weniger häufig als Frauen in psychologische/psychotherapeutische Behandlung (35% gegenüber 42%).

### Behandlung infolge psychischer Probleme, 2017

Behandlungen innerhalb von 12 Monaten.  
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.41



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

## Hospitalisierungen

Wegen psychischer und Verhaltensstörungen wurden 2017 insgesamt 69 898 Personen hospitalisiert, was rund 7% aller Spitalweisungen entspricht. Es kommt relativ häufig vor, dass die gleiche Person innerhalb eines Jahres mehr als einmal wegen psychischer und Verhaltensstörungen stationär behandelt wird. Häufigster Grund für einen Spitalaufenthalt infolge psychischer und Verhaltensstörungen waren affektive Störungen (31%), wobei es sich zu 87% um eine schwere Depression handelte. Am häufigsten führten affektive Störungen bei Personen zwischen 45 und 64 Jahren zu einer Spitalweisung: 44% der aus psychischen Gründen hospitalisierten Frauen und 35% der Männer litten an solchen Störungen (G 4.42). Die höchste Rate erreichten beide Geschlechter im Alter von 45 bis 54 Jahren.

Bei den Männern kamen Hospitalisierungen aufgrund von Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum am häufigsten im Alter von 45 bis 64 Jahren (26%) vor (G 4.42). Bei den Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen (Drogen) war dieser Anteil bei den Männern im Alter von 25 bis 44 Jahren am grössten (15%). Bei den Frauen waren diese Anteile deutlich geringer (13% bzw. 6%). Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen lösten 12% der Aufenthalte aus. Bis

ins Alter von 44 Jahren wurden Männer häufiger wegen solcher Störungen hospitalisiert als Frauen, danach waren Frauen in der Mehrheit. Demenz betrifft vorwiegend Personen ab 65 Jahren. 28% der Personen ab 85 Jahren, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen hospitalisiert wurden, litten an Demenz.

### Psychische und Verhaltensstörungen

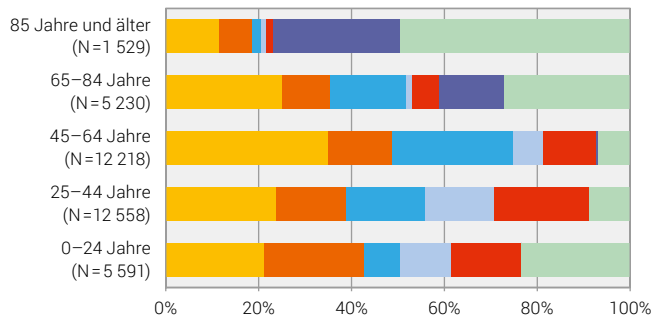
- *Affektive Störungen*: Stimmungsänderung entweder zu Depression (eventuell verbunden mit Angst) oder zu gehobener Stimmung, meist begleitet von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus.
- *Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen*: durch eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufene Angstgefühle, in deren Folge typische Auslösesituationen vermieden oder mit Furcht ertragen werden. Diese können Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl auslösen, häufig verbunden mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden.
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol*: verschiedenartige durch Alkoholgenuß hervorgerufene Störungen mit Erscheinungsbildern wie akute Intoxikation, Abhängigkeitssyndrome oder psychotische Störungen.
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychogene Substanzen*: wie oben, aber hervorgerufen durch psychotrope Substanzen (ohne Alkohol).
- *Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen*: grundlegende Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte, zum Beispiel Gedankenlautwerden oder Eingebung, Wahnwahrnehmung, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Überschätzung des Gemachten, in der dritten Person den Patienten kommentierende Stimmen usw.
- *Demenz*: Syndrom infolge Erkrankung des Gehirns mit Störungen vieler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Urteilsvermögen usw., jedoch ohne Bewusstseinsstrübung.

## Wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen hospitalisierte Personen, 2017

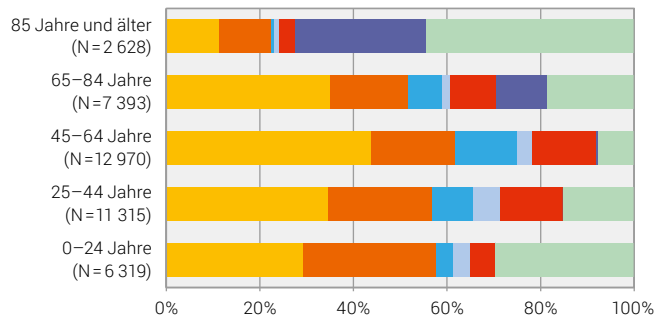
Häufigste Diagnosen nach Alter

G 4.42

### Männer



### Frauen



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

## Suizid

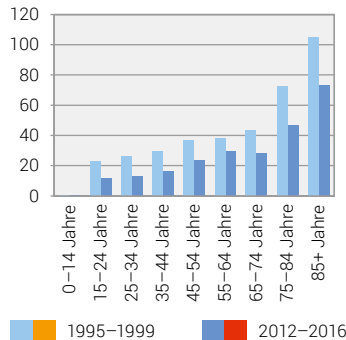
Im Jahr 2016 starben 1016 Personen (759 Männer und 257 Frauen) durch Suizid (ohne Fälle von assistiertem Suizid). Die altersstandardisierte Sterbeziffer für Suizid ist zwischen 1995 und 2016 um zwei Fünftel zurückgegangen. Bei den Männern steigt die Suizidrate mit dem Alter stark an (G 4.43). Bei den Frauen sind die Unterschiede weniger ausgeprägt. Wird bei der Suizidmeldung eine Begleitkrankheit angegeben, so ist es in sechs von zehn Fällen eine Depression.

### Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

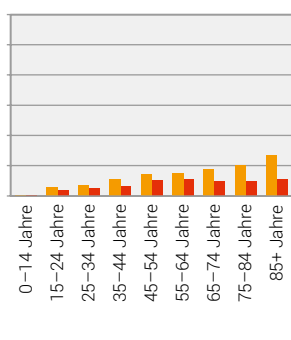
Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.43

#### Männer



#### Frauen



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2019

## 4.8 Behinderung

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird von Behinderung gesprochen, wenn ein gesundheitliches Problem zu einer Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder Körperstruktur einer Person führt (Schädigung), die Fähigkeit zur Verrichtung gewisser Aktivitäten einschränkt (Beeinträchtigung der Aktivität) oder Tätigkeiten in ihrem sozialen Umfeld erschwert (Beeinträchtigung der Partizipation). Behinderung ist somit nicht nur ein biologisches, sondern auch ein soziales Problem, das sich stellt, wenn eine Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, grundlegenden Verrichtungen des täglichen Lebens nachzugehen oder voll am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Das Risiko, von einem als behindernd erlebten Gesundheitsproblem betroffen zu sein, steigt mit dem Alter. Der natürliche Alterungsprozess vermindert die Funktionsfähigkeit des Organismus, sodass unsere letzten Lebensjahre häufig von Behinderungen begleitet sind (→ Kapitel 4.12).

### Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

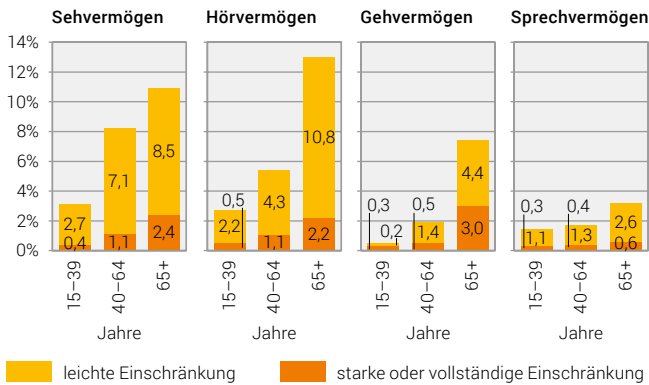
Im Jahr 2017 waren 13% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten von mindestens einer funktionellen Einschränkung in ihrem Seh-, Hör-, Geh- oder Sprechvermögen betroffen (→ Glossar; Personen in Institutionen für Menschen mit Behinderungen und Personen in Alters- und Pflegeheimen sind darin nicht enthalten). Dieser Durchschnittswert verschleiert allerdings, dass sich die Behinderungen vor allem bei Personen ab 65 Jahren zeigen (G 4.44). Zudem handelt es sich in allen Altersstufen mehrheitlich um leichte Behinderungen. Funktionelle Einschränkungen treffen Frauen und Männer in ähnlichem Mass. Innert zehn Jahren ist der Anteil der Personen mit leichten Einschränkungen von 7% (2007) auf 10% (2017) gestiegen, während der Anteil der Personen mit starken Einschränkungen unverändert bei 3% blieb.



### Funktionelle Einschränkungen, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.44



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Ein deutlich geringerer Anteil der Bevölkerung (3%) ist von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (→ Glossar) wie baden oder duschen, aufstehen oder zu Bett gehen, sich ankleiden, essen und zur Toilette gehen betroffen. Auch in diesem Fall sind Personen ab 65 Jahren deutlich häufiger betroffen (G 4.45). Frauen berichteten etwas häufiger von einer oder mehreren solchen Einschränkungen.

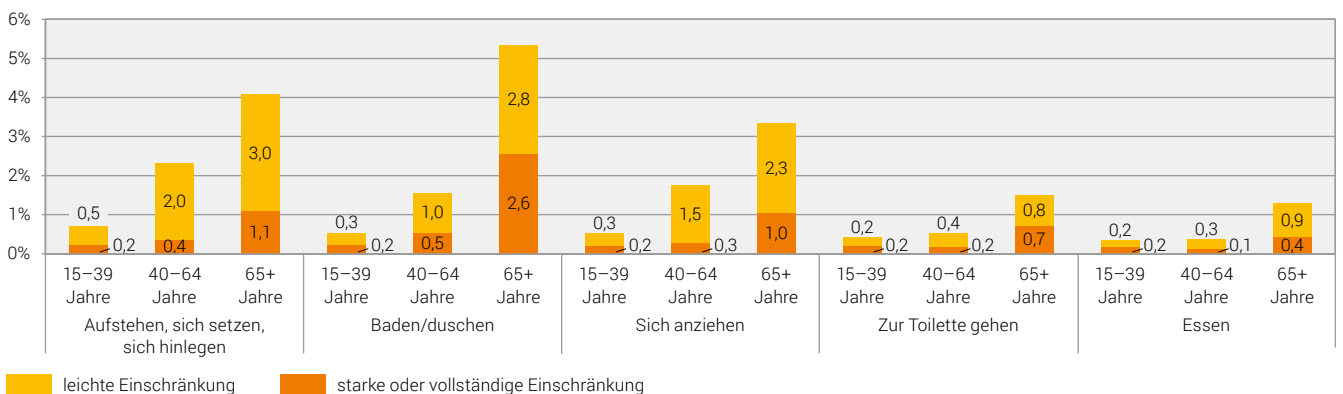
### Beeinträchtigung der Partizipation

Ein Viertel der Personen (25%) war seit mindestens sechs Monaten vor der Befragung wegen eines Gesundheitsproblems bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens wie Essen zubereiten, zur Arbeit gehen, oder bei allgemeineren Aktivitäten wie sich (weiter) bilden, Kinder erziehen oder in Vereinen mitmachen, eingeschränkt. In den meisten Fällen handelt es sich um leichte Einschränkungen: Lediglich 5% der Bevölkerung sind nach eigenen Angaben stark eingeschränkt. Häufigkeit und Schweregrad der Einschränkungen nahmen mit dem Alter zu (G 4.46).

### Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.45



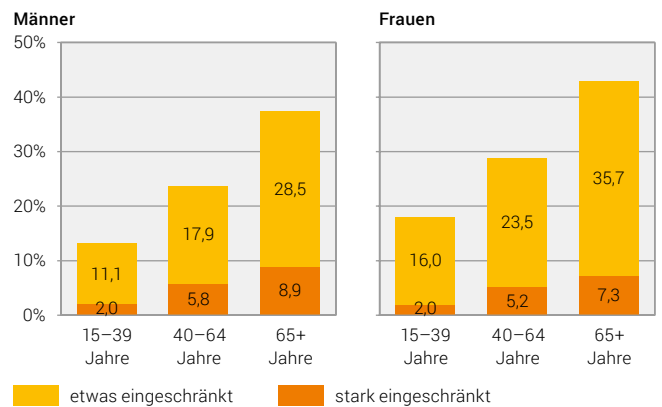
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.46



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Frauen berichteten häufiger von seit mindestens sechs Monaten andauernden Aktivitätseinschränkungen als Männer (28% gegenüber 22%). Die Differenz betraf hauptsächlich die leichten Einschränkungen. Die beobachteten Unterschiede können subjektive Komponenten (Aufmerksamkeit, die den gesundheitlichen Problemen und ihren Folgen geschenkt wird), aber auch objektive Komponenten enthalten: Frauen verrichten ein breiteres Spektrum von Tätigkeiten (in Erwerbs-, Familien- und Freiwilligenarbeit usw.) als Männer, sodass sie sich mit höherer Wahrscheinlichkeit durch ein gesundheitliches Problem in mindestens einer Aktivität eingeschränkt fühlen.

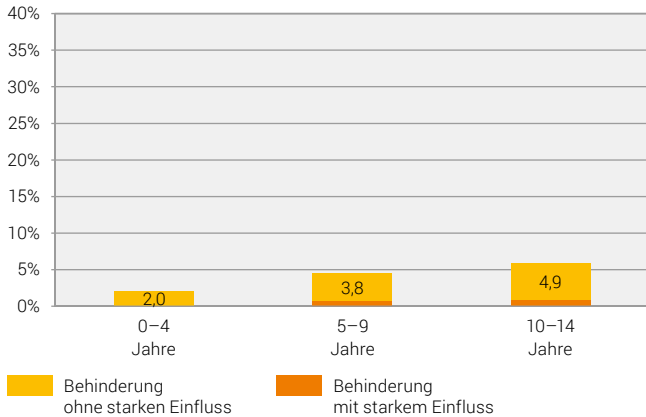
### Menschen mit Behinderungen

2017 galten 18% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten gemäss der Definition des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) als Menschen mit einer Behinderung (→ Glossar). Dies entspricht rund 1 264 000 Personen (G 4.47). Diese Definition beruht auf Selbstbewertungen zu seit mindestens sechs

## Menschen mit Behinderungen nach Altersgruppen, 2017

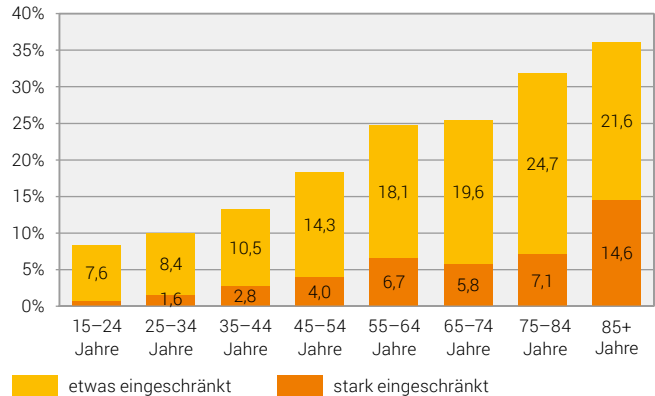
G4.47

Kinder in Privathaushalten<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Gemäss der Person ab 15 Jahren, die an der Befragung teilgenommen hat.

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Monaten andauernden Aktivitätseinschränkungen, auf die im vorherigen Abschnitt eingegangen wurde. Der Einfluss von Alter und Geschlecht ist somit in beiden Fällen ähnlich. Der Anteil der Personen mit Behinderungen steigt mit dem Alter an (von 8% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 36% bei den Personen ab 85 Jahren, wobei unmittelbar nach dem Übergang in die Pensionierung eine Stagnation zu beobachten ist). Frauen sind davon stärker betroffen. Diese Ergebnisse sind mit jenen von 2012 vergleichbar.

Aus den Antworten der im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung befragten Personen zu den im Haushalt lebenden Kindern geht zudem hervor, dass 4,2% der Kinder unter 15 Jahren 2017 eine Behinderung hatten (G4.47). Dieser Anteil ist seit 1992 praktisch stabil. 2017 hatten 41 000 Mädchen und 68 000 Jungen eine Behinderung. In den meisten Fällen (85%) hatte die Behinderung keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Fähigkeit des Kindes, in die Schule zu gehen oder anderen für gleichaltrige Kinder gewöhnlichen Aktivitäten nachzugehen.

### Art der Behinderung

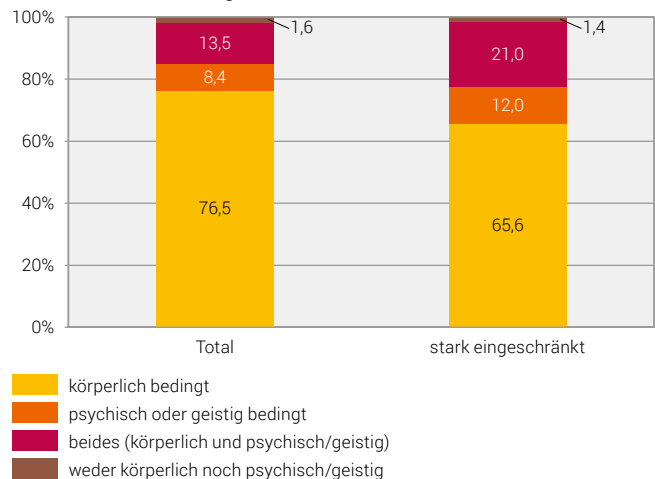
Drei Viertel der Personen mit Behinderungen in Privathaushalten gaben als Ursache ihrer Aktivitätseinschränkung einen körperlichen Grund an (G4.48). Probleme mit psychischen, gemischten oder anderen Ursachen (z. B. Sinnesbehinderungen) betreffen somit lediglich eine Minderheit. Starke Aktivitätseinschränkungen liegt etwas häufiger eine psychische Ursache zugrunde. Auch bei den Kindern sind die Aktivitätseinschränkungen häufig körperlich bedingt, jedoch deutlich weniger ausgeprägt als bei den Erwachsenen (betrifft zwei von fünf Kindern mit Behinderungen). Die übrigen Ursachen (Probleme bei der Sinneswahrnehmung, geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten) finden sich jeweils bei etwa jedem fünften Kind mit Behinderung. Behinderungen, die sich stark auf die Lebensqualität des Kindes auswirken, sind meist geistiger Natur (betrifft die Hälfte dieser Kinder).

## Art der Behinderung, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G4.48

Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Personen, die ein dauerhaftes Gesundheitsproblem haben und die bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens (stark oder etwas) eingeschränkt sind.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

## 4.9 Unfälle

Unfälle zählen zu den Hauptursachen vorzeitiger Sterblichkeit und sind ein häufiger Hospitalisierungsgrund (→ Kapitel 4.1). Da sie grundsätzlich vermeidbar sind, stellen sie eine zentrale Herausforderung für die öffentliche Gesundheit und Prävention dar. In Abhängigkeit des Unfallhergangs werden gewöhnlich die vier Unfallkategorien «Arbeit», «Verkehr», «Sport» sowie «Haus und Freizeit» unterschieden.

**Berufsunfälle**

Im Jahr 2017 wurden nahezu 269'000 Erwerbstätige Opfer eines Arbeitsunfalls (berücksichtigt sind nur die der Unfallversicherung gemeldeten Fälle). Dies sind beinahe 12 000 (+4%) mehr als 2003 (G 4.49). Die Zahl der Erwerbstätigen erhöhte sich im gleichen Zeitraum um gut ein Fünftel. Die im Vergleich zum Beschäftigungswachstum geringere Zunahme der Berufsunfälle erklärt sich durch greifende Präventionsmassnahmen sowie durch strukturelle Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt (Rückgang der Beschäftigung im sekundären Sektor, der ein höheres Unfallrisiko aufweist, sowie Zunahme der Beschäftigung im Dienstleistungssektor).

Männer wurden 2017 fast dreimal häufiger Opfer von Berufsunfällen als Frauen (198 971 gegenüber 69 866). Ein Teil dieser Differenz ist auf den höheren Beschäftigungsgrad der Männer und deren stärkere Vertretung in den Branchen mit den höchsten Berufsunfallrisiken, wie etwa dem Baugewerbe, zurückzuführen. Die Zahl der Berufsunfälle ist bei den Männern seit 2011 leicht rückläufig (-5%), bei den Frauen ist sie hingegen über den gesamten Zeitraum gestiegen (+30% zwischen 2003 und 2017).

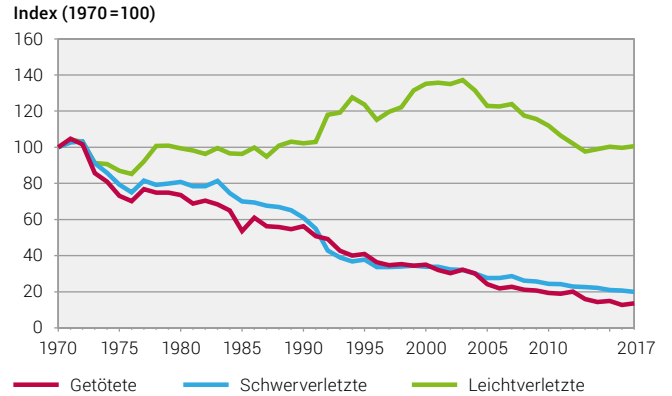
**Strassenverkehrsunfälle**

Im Jahr 2017 verzeichnete die Polizei 17 799 Strassenverkehrsunfälle mit Personenschaden. Dabei wurden 230 Personen getötet, 3654 Personen schwer und 17 759 leicht verletzt. Schätzungen der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) zur Gesamtzahl der (polizeilich erfassten und nicht erfassten) Strassenverkehrsunfälle beziffern die Zahl der im Jahr 2015 Verletzten auf etwa 82 000, darunter mehr als 80% Leichtverletzte.

Die Zahl der getöteten und schwer verletzten Verkehrsteilnehmenden geht seit Beginn der 1970er-Jahre kontinuierlich zurück (G 4.50). Diese stetige Verbesserung der Sicherheit im Strassenverkehr ist der Umsetzung eines Pakets von rechtlichen, technischen und erzieherischen Massnahmen zuzuschreiben.

**Verunfallte im Strassenverkehr**

**G 4.50**



Quelle: BFS, ASTRA – Strassenverkehrsunfälle

© BFS 2019

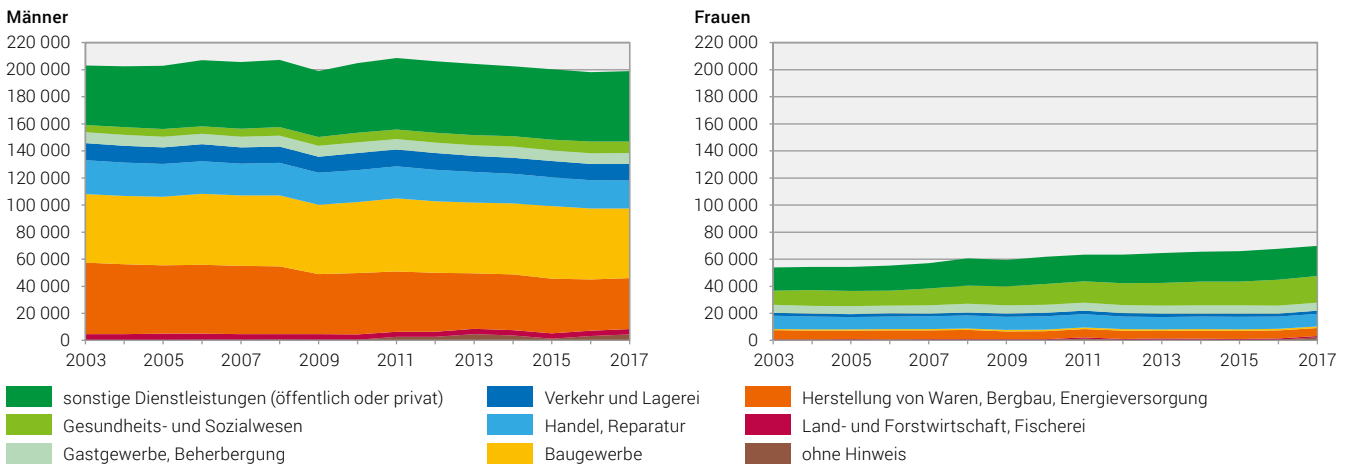
Dazu gehören Geschwindigkeitsbeschränkungen, die Senkung der Blutalkoholhöchstwerte, das Gurtentragobligatorium, technische Verbesserungen bei den Fahrzeugen, Verbesserungen des Strassennetzes und der Ausbau der Verkehrserziehung. Junge Erwachsene und – noch ausgeprägter – Personen fortgeschrittenen Alters haben ein erhöhtes Risiko, bei einem Strassenverkehrsunfall getötet zu werden. Männer kommen nahezu dreimal häufiger auf Schweizer Strassen um als Frauen.

**Sportunfälle**

Zwischen 2011 und 2015 verletzten sich jedes Jahr durchschnittlich rund 412 210 Personen bei Sportunfällen. 30% der Opfer dieser Unfälle waren jünger als 17 Jahre, während lediglich 5% der Opfer 65 Jahre oder älter waren. Die meisten Verletzungen gab es bei Ballspielen und insbesondere beim Fussball (136 120 bzw. 82 350 Unfälle) sowie beim Wintersport (90 880) (G 4.51). Die meisten Todesopfer forderte der Bergsport: Von den

**Berufsunfälle nach Wirtschaftszweig**

**G 4.49**



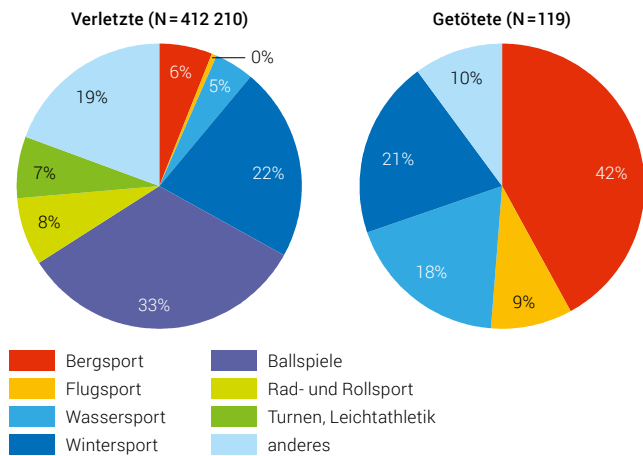
Quelle: Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung

© BFS 2019

### Bei Sportunfällen verletzte und getötete Personen

Verletzte: Jährlicher Durchschnitt zwischen 2011 und 2015;  
Getötete: Jährlicher Durchschnitt zwischen 2008 und 2017

G 4.51



Quelle: Beratungsstelle für Unfallverhütung, Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz © BFS 2019

durchschnittlich 119 in der Schweiz wohnhaften Personen, die zwischen 2008 und 2017 pro Jahr bei sportlichen Aktivitäten im Inland getötet wurden, kamen 50 beim Bergsport ums Leben.

### Unfälle in Haus und Freizeit

Am meisten Personen verletzen sich bei Unfällen im Haus oder in der Freizeit. Zwischen 2011 und 2015 waren es im Durchschnitt jährlich 570 150 Personen. 25% der Opfer dieser Unfälle waren jünger als 17 Jahre, 22% der Opfer 65 Jahre oder älter. 50% der Unfälle wurden durch Stürze verursacht. Dieser Anteil steigt mit dem Alter und belief sich bei den Personen ab 65 Jahren auf 70% (→ Kapitel 4.12 für Stürze bei älteren Personen). Stürze machten zudem 82% der Todesursachen bei Haus- und Freizeitunfällen aus (zwischen 2011 und 2015 durchschnittlich 1953 Getötete pro Jahr); 95% der Opfer dieser tödlichen Stürze waren 65 Jahre alt oder älter.

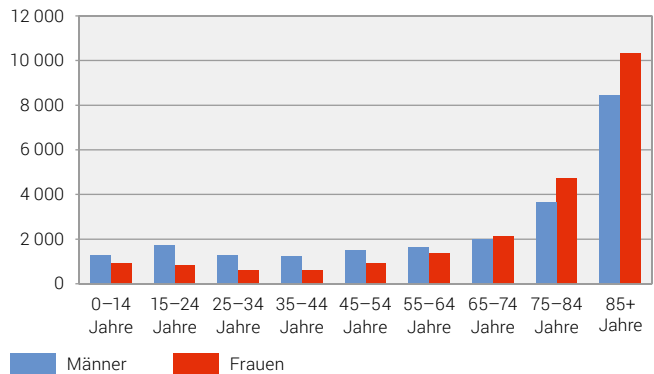
### Hospitalisierungen

Im Jahr 2017 wurden 141 084 Personen infolge eines Unfalls hospitalisiert. Ab 65 Jahren ist die Hospitalisierungsrate bei den Frauen höher und nimmt ab 75 Jahren stark zu (G 4.52). Stürze sind ein wichtiger Grund für diese Spitaleinweisungen. Bis im Alter von 64 Jahren werden Männer häufiger unfallbedingt hospitalisiert. Junge 15- bis 24-jährige Männer, die einem erheblichen Sport und Verkehrsunfallrisiko unterliegen, weisen eine erhöhte Hospitalisierungsrate auf.

### Wegen eines Unfalls hospitalisierte Personen, 2015–2017

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.52



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

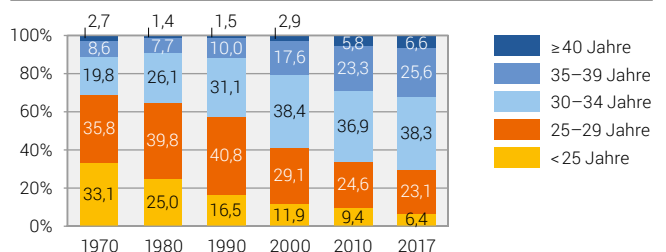
## 4.10 Reproduktive Gesundheit

Die reproduktive Gesundheit ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheit von Frauen im gebärfähigen Alter. Ein guter Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt hat zudem einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Neugeborenen (→ Kapitel 4.11) und somit auf jene während des ganzen Lebens sowie auch auf die Kosten des Gesundheitssystems.

Heutzutage bringen Frauen in ihrem Leben durchschnittlich 1,5 Kinder zur Welt. Rund jede fünfte Frau bleibt kinderlos. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Bildungsstand an. Hinzu kommt, dass Frauen immer später Mütter werden. Während 1970 ein Drittel der Geburten auf Frauen unter 25 Jahren entfiel, war es 2017 nur noch ein Fünftel. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Geburten bei Frauen ab 35 Jahren praktisch verdreifacht und beträgt heute 32% aller Gebärenden (G 4.53). Im internationalen Vergleich gehört die Schweiz damit zu den europäischen Ländern mit einem der höchsten Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes (2017: 30,7 Jahre). Wenn Frauen ihre Kinder später bekommen, hat das unter anderem eine Abnahme der Fruchtbarkeit oder eine Zunahme bestimmter Risiken wie spontane Zwillingsschwangerschaften oder Chromosomenanomalien zur Folge. Im Jahr 2017 gaben 2,8% der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, die an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung teilnahmen, an, schwanger zu sein.

### Lebendgeburten nach Alter der Mutter

G 4.53



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)

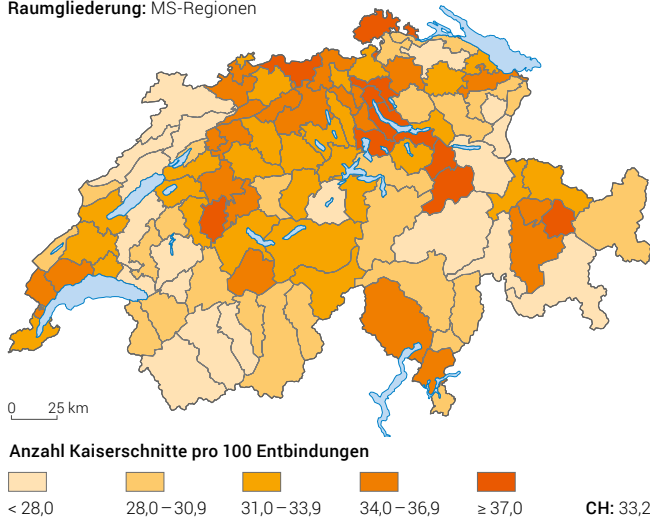
© BFS 2019

Fast alle Geburten (97%) erfolgen im Spital. Die übrigen finden in einem Geburtshaus, zuhause oder im Ausland statt. Zwei Drittel der Spitalgeburten sind vaginale Geburten, darunter ein Sechstel Saugglocken- oder Zangengeburt. Ein Drittel der Geburten erfolgt per Kaiserschnitt. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten in Schweizer Spitälern hat sich nach einem kontinuierlichen Anstieg in den letzten Jahren stabilisiert (1998: 22,7%; 2017: 32,3%). Die Kaiserschnittquote ist je nach Region unterschiedlich hoch. Während sie im Jura im Zeitraum 2013–2017 bei 21,5% lag, erreichte sie in anderen Regionen der Schweiz nahezu das Doppelte (G4.54).

**Kaiserschnittquote 2013–2017**

**G 4.54**

Raumgliederung: MS-Regionen

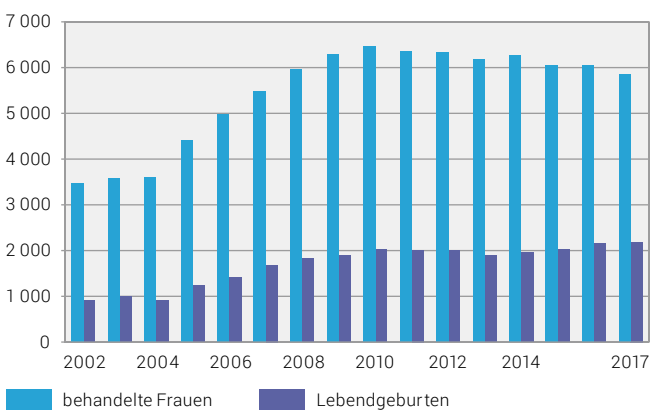


Quelle: BFS – Medizinische Krankenhausstatistik (MS)

© BFS 2019

**Medizinisch unterstützte Fortpflanzung<sup>1</sup>**

**G 4.55**



<sup>1</sup> Methoden der Befruchtung ausserhalb des Mutterleibes

Quelle: BFS – Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung

© BFS 2019

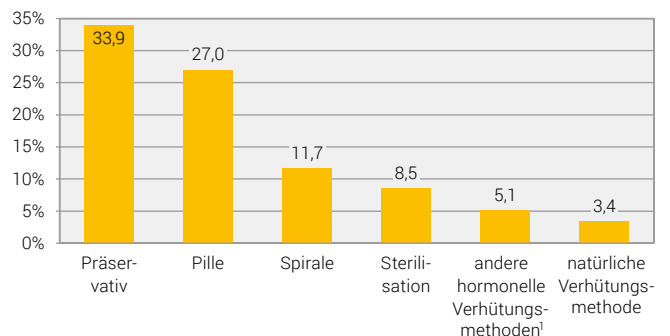
Die Zahl der Frauen, die im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung Methoden der extrauterinen Befruchtung in Anspruch nehmen, ist nach einem kontinuierlichen Anstieg zwischen 2004 und 2010 leicht zurückgegangen. Demgegenüber hat sich die Zahl der Kinder, die infolge solcher Verfahren geboren werden, etwas erhöht (G 4.55). Im Jahr 2017 wurden mehr als 2% der Kinder im Zuge solcher Behandlungen geboren.

Verhütung ist in der Schweiz weit verbreitet. 2017 gaben 78% der Personen zwischen 15 und 49 Jahren, die in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Partnerin bzw. einen Partner hatten, an, dass sie oder ihre Partnerin bzw. ihr Partner ein Verhütungsmittel benutzte. Ein Drittel der sexuell aktiven Personen zwischen 15 und 49 Jahren verwendete Präservative. 27% verhüteten mit der Pille; davon 9% in Kombination mit dem Präservativ (G 4.56). 9% gaben an, dass sie oder ihre Partnerin bzw. ihr Partner sich hatten unterbinden lassen. Die Unterbindung betrifft vor allem Personen ab 35 Jahren.

**Anwendung von Verhütungsmethoden, 2017**

Verhütungsmethoden der sexuell aktiven Personen im Alter von 15 bis 49 Jahren

**G 4.56**



<sup>1</sup> Verhütungsring, -pflaster, -stäbchen oder 3-Monatspritze

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

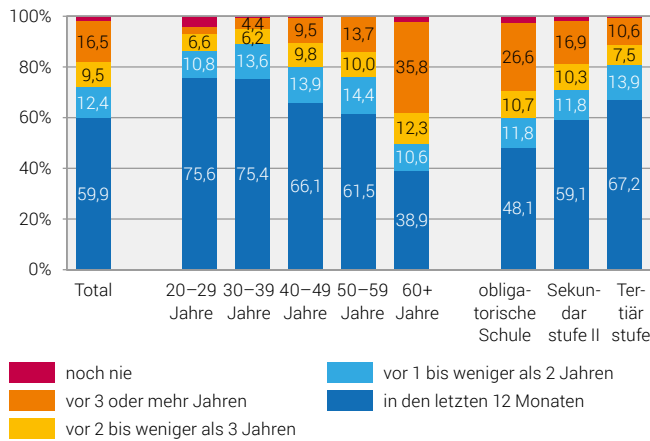
Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist im internationalen Vergleich klein. Seit 2004 ist die Schwangerschaftsabbruchrate kontinuierlich gesunken. 2017 wurden 6,2 Schwangerschaftsabbrüche pro 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren registriert. Im Jahr 2017 belief sich diese Quote für in der Schweiz wohnhafte junge Frauen zwischen 15 und 19 Jahren auf 3,3‰.

Gynäkologische Untersuchungen dienen insbesondere dazu, den PAP-Abstrich (zur Früherkennung der Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs) durchzuführen und die Gesundheit der Geschlechtsorgane der Frau zu kontrollieren. Sechs von zehn Frauen haben innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt aufgesucht (G4.57). Am häufigsten nahmen Frauen unter 40 Jahren gynäkologische Konsultationen in Anspruch, während lediglich 39% der Frauen ab 60 Jahren von einem Frauenarztbesuch in den vergangenen zwölf Monaten berichteten. Weiter fällt auf, dass die Häufigkeit von Frauenarztbesuchen mit der Höhe des Bildungsstandes der Frauen ansteigt. Diese Alters- und Bildungseffekte zeigten sich auch bei der Inanspruchnahme des PAP-Abstrichs.

### Frauenarztbesuch, 2017

Frauen ab 20 Jahren

G 4.57



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

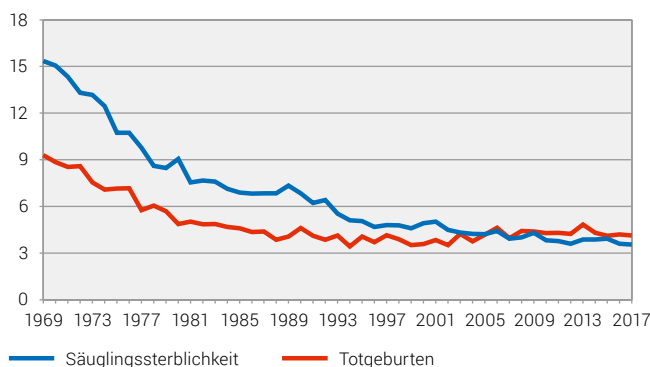
### 4.11 Neugeborene

Der Gesundheitszustand der Kinder bei der Geburt hat einen entscheidenden Einfluss auf ihre Überlebenschancen in den ersten Lebensmonaten sowie auf ihre künftige Gesundheit. Nachdem die Säuglingssterblichkeit über mehrere Jahrzehnte hinweg stark abgenommen hatte, war sie in den letzten Jahren nur noch leicht rückläufig. 2017 belief sie sich auf 3,5 im ersten Lebensjahr verstorbene Kinder pro 1000 Lebendgeburten (G 4.58). Diese Todesfälle konzentrieren sich zunehmend auf die ersten Stunden und Tage nach der Geburt. Von den 310 Todesfällen von Kindern im ersten Lebensjahr, die 2017 registriert wurden, ereignete sich mehr als die Hälfte in den ersten 24 Stunden nach der Geburt. Säuglinge mit sehr tiefem Geburtsgewicht und deutlich zu früh Geborene (was oft zusammenhängt) waren besonders stark betroffen. So machten Geburten vor der 28. Schwangerschaftswoche 0,4% der Lebendgeburten, aber etwas mehr als 50% der Säuglingstodesfälle aus.

### Totgeburten und Säuglingssterblichkeit

Rate pro 1000 Lebendgeburten<sup>1</sup>

G 4.58



<sup>1</sup> Totgeburten: pro 1000 Geburten

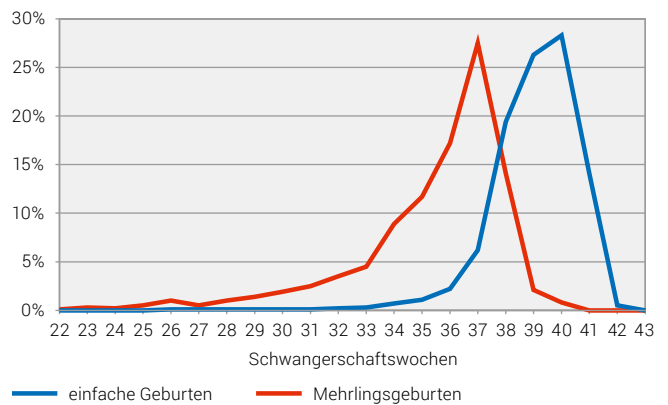
Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) © BFS 2019

Im Jahr 2017 wurden 7,0% der Kinder zu früh, d. h. vor Vollen- dung der 37. Schwangerschaftswoche, geboren. Eine Frühgeburt kann sich spontan aufgrund zahlreicher Risikofaktoren ereignen (Bluthochdruck, Infektion bei der Mutter, vorzeitiges Platzen der Fruchtblase, sehr junge oder ältere Mutter, Tabakkonsum usw.). Sie kann aber auch aus medizinischen Gründen eingeleitet werden, und zwar wenn die Fortsetzung der Schwangerschaft mehr Risiken birgt als die Frühgeburt. Bei den Mehrlingsgeburten besteht ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten: Deren 60% erfolgen vorterminal. Ein Vergleich der Verteilung der Geburten nach Gestationsalter zeigt, dass Mehrlingsgeburten durchschnittlich drei Wochen früher erfolgen als einfache Geburten (G 4.59).

### Einfache Geburten und Mehrlingsgeburten, 2017

Verteilung der Geburtstypen nach Schwangerschaftswoche

G 4.59



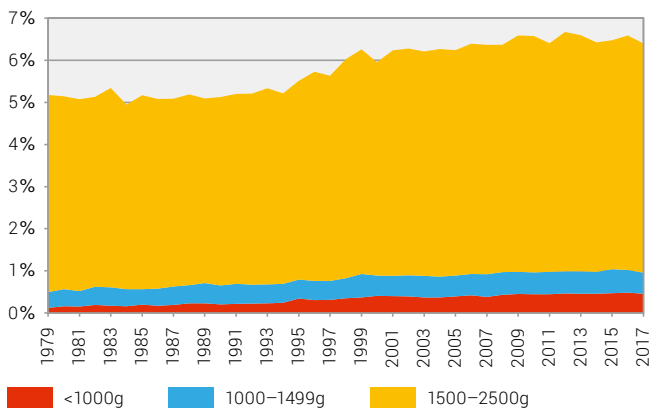
Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) © BFS 2019

Der Anteil der Mehrlingsgeburten beträgt heute über 36 von 1000 Lebendgeburten (d. h. 18 von 1000 Schwangerschaften). Dies entspricht einer Verdoppelung gegenüber 1970. Dies lässt sich mit dem höheren Alter der Mütter bei der Geburt und einer häufigeren Inanspruchnahme von Methoden der Reproduktions- medizin erklären (→ Kapitel 4.10).

Der Anteil Neugeborener mit geringem Gewicht ist ebenfalls im Steigen begriffen und die Zahl der Lebendgeburten von Neu- geborenen mit einem Gewicht unter 1000g hat sich innerhalb von 30 Jahren nahezu verdreifacht (G 4.60). Mehrlinge sind bei der Geburt im Durchschnitt leichter als Einlinge (2017: 2327g gegenüber 3331g). Zu früh geborene Kinder sind zudem leichter als termingerecht geborene (2017: 2261g gegenüber 3371g). Das Gewicht der Kinder steigt zwischen der 22. und 32. Schwanger- schaftswoche im Mittel um 130g pro Woche und in jeder darauf- folgenden Woche um rund 230 bis 250g.

Anhand von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwanger- schaft können einige Fehlbildungen und Chromosomen- anomalien vorzeitig erkannt werden, was in manchen Fällen zu einem Schwangerschaftsabbruch führt. Dadurch geht die Zahl der bei der Geburt verzeichneten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien zurück (T4.1). 2016 wurde mehr als ein Drittel der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr durch solche Fehlbildungen und Anomalien verursacht.

**Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht G 4.60**



Quelle: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) © BFS 2019

**Einige Fehlbildungen bei Lebendgeborenen 2013–2017**

Festgestellt bei der Geburt (Spitäler und bestimmte Geburtshäuser, in der Schweiz wohnhafte Neugeborene)

**T 4.1**

Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	Anzahl Fälle	Anteil der betroffenen Neugeborenen
Angeborener Herzfehler	2 367	1/178
Bei Knaben: Mündung der Harnröhre auf der Unterseite des Penis (Hypospadias)	1 017	Knaben: 1/213
Lippenspalte und/oder Gaumenspalte	526	1/802
Down-Syndrom (Trisomie 21)	341	1/1 237
Edwards-Syndrom (Trisomie 18) oder Patau-Syndrom (Trisomie 13)	44	1/9 586
Offener Rücken (Spina bifida)	64	1/6 590

Quelle: BFS – Medizinische Krankenhausstatistik (MS) © BFS 2019

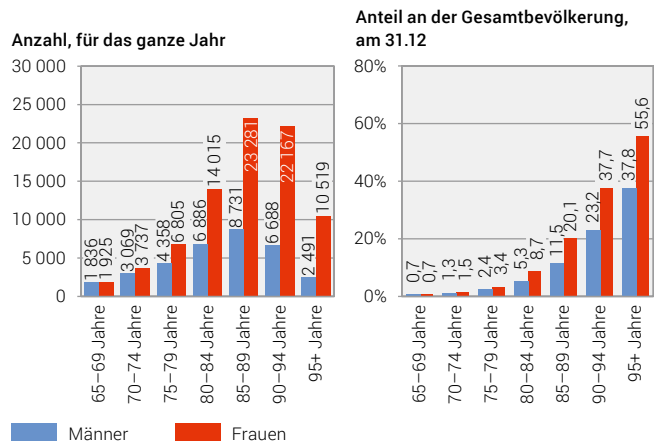
**4.12 Ältere Menschen**

Die Lebenserwartung steigt seit Jahrzehnten an. Im Jahr 2017 waren 18,3% der Bevölkerung (1,6 Millionen) 65-jährig oder älter. Allerdings bestanden bei den älteren Personen grosse Unterschiede hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach dem Lebensort. 2017 hatten 8% der Personen ab 65 Jahren (116 508) einen längeren Aufenthalt in einer sozialmedizinischen Institution, d. h. in einem Alters- und Pflegeheim, verbracht. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen steigt mit dem Alter stark an (G 4.61). Bis zum Alter von 80 Jahren ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen, danach sind die Frauen in der Mehrzahl. Sieben von zehn in einem Alters- und Pflegeheim lebenden Personen sind Frauen (71%).

Vier von zehn älteren Menschen, die in einem Privathaushalt lebten (Personen in Alters- oder Pflegeheimen sind in der Folge nicht berücksichtigt), waren bei ihren alltäglichen Verrichtungen seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems leicht oder stark eingeschränkt. Diese Einschränkungen

**Personen in Pflegeheimen, 2017 G 4.61**

**G 4.61**



Quellen: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © BFS 2019

nehmen mit steigendem Alter zu: Der Anteil der betroffenen Personen steigt von 37% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 50% bei Personen ab 80 Jahren.

Funktionelle Einschränkungen (des Seh-, Hör- oder Gehvermögens) nehmen mit steigendem Alter ebenfalls zu. Die Seh- und/oder Hörprobleme verdoppeln sich mit steigendem Alter: von 2% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 4% bei den Personen ab 80 Jahren. 14% der Personen ab 65 Jahren tragen ein Hörgerät, wobei 6% trotzdem Schwierigkeiten haben, einer Konversation mit zwei oder mehr Teilnehmenden zu folgen. Die Gehprobleme nehmen mit steigendem Alter von weniger als 2% bei den 65- bis 79-Jährigen auf 8% bei den Personen ab 80 Jahren zu.

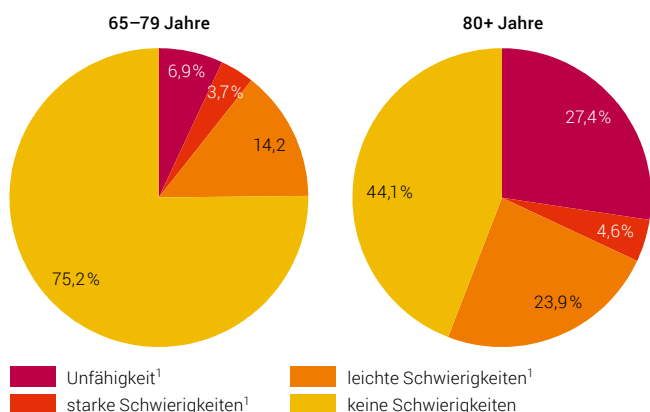
Eine ältere Person ist in ihrer Autonomie beeinträchtigt, wenn sie nicht mehr fähig ist, gewisse Tätigkeiten, wie Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, waschen, die Hausarbeit erledigen, sich um die Finanzen kümmern oder den öffentlichen Verkehr benutzen, selbstständig auszuführen. 16% der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren haben grosse Schwierigkeiten oder sind nicht fähig, eine oder mehrere dieser Tätigkeiten auszuführen. Bei den Personen ab 80 Jahren ist dies fast dreimal häufiger der Fall als bei den Personen zwischen 65 und 79 Jahren (32% gegenüber 11%; G 4.62). Der Autonomieverlust ist noch gravierender, wenn jemand Schwierigkeiten hat, ohne fremde Hilfe zu essen, sich anzukleiden, zur Toilette zu gehen, sich zu waschen, aufzustehen, sich hinzusetzen oder zu Bett zu gehen. 3% der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren waren bei mindestens einer dieser Aktivitäten eingeschränkt. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine bedeutenden Unterschiede. Der entsprechende Anteil beläuft sich bei den 65- bis 79-Jährigen auf weniger als 2% und bei den Personen ab 80 Jahren auf 6%.

Stürze sind eine häufige Unfallursache, vor allem bei älteren Personen (→ Kapitel 4.9). 26% der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren sind innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten mindestens einmal gestürzt. 13% der gestürzten Personen hatten einen Schwindelanfall und 34% erlitten mehrere Stürze (G 4.63). Zwischen den Geschlechtern bestehen keine Unterschiede. Personen ab 80 Jahren stürzen häufiger als Personen zwischen 65 und 79 Jahren (33% gegenüber 24%).

### Grad der Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL), 2017

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

G 4.62



<sup>1</sup> Zur selbständigen Verrichtung mind. einer Aktivität unter: schwere oder leichte Hausarbeit erledigen, Wäsche waschen, einkaufen, sich Finanzen kümmern, die öffentlichen Verkehrsmittel benützen, Essen zubereiten oder telefonieren.

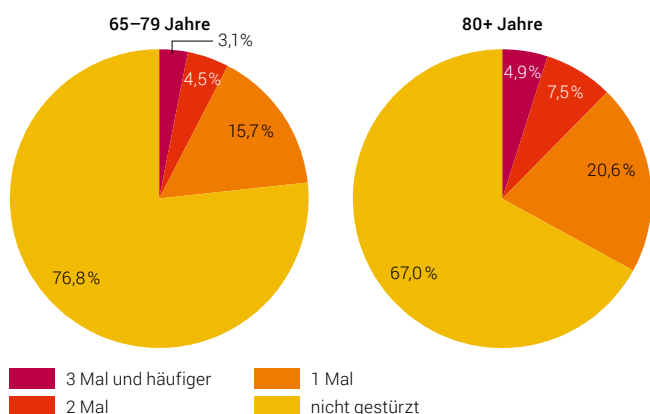
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Stürze im Laufe eines Jahres, 2017

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

G 4.63



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

77% der älteren Menschen (Männer und Frauen) nehmen mindestens ein Medikament pro Woche ein. Bei den 65- bis 79-Jährigen beläuft sich dieser Anteil auf 74%, bei den Personen ab 80 Jahren steigt er auf 86% an. 45% der älteren Menschen nehmen Medikamente gegen Bluthochdruck, ein Viertel nimmt Schmerzmittel (26%) oder cholesterinsenkende Medikamente (26%) ein. Der Medikamentenkonsum unterscheidet sich nach Geschlecht. Männer konsumieren häufiger Medikamente gegen einen zu hohen Cholesterinspiegel (31% gegenüber 22%), für das Herz (26% gegenüber 18%) und gegen Diabetes (12% gegenüber 7%), während Frauen häufiger Schmerzmittel (31% gegenüber 19%), Schlafmittel (14% gegenüber 6%), Medikamente gegen Osteoporose (12% gegenüber 2%), Beruhigungsmittel (8% gegenüber 4%) und Antidepressiva (7% gegenüber 4%) einnehmen.

Von neun aufgelisteten Medikamenten nehmen ältere Menschen wöchentlich durchschnittlich 1,6 ein. Dieser Wert nimmt mit steigendem Alter zu.

### 4.13 Migrantinnen und Migranten

2017 stellte die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, d. h. zugewanderte Personen und Personen mit zugewanderten Eltern (Angehörige der 2. Generation), 37,2% der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Gut ein Drittel davon verfügt über die schweizerische Staatsangehörigkeit. Kenntnisse darüber, ob dieser Bevölkerungsteil mit besonderen Problemen hinsichtlich Gesundheitszustand und Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert ist, sind wichtig. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen, namentlich was die Altersstruktur, die Lebensbedingungen im Herkunftsland, die Kultur, die Aufenthaltsdauer und den aufenthaltsrechtlichen Status, den Bildungsstand und den ausgeübten Beruf, das Einkommen sowie allfällige Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz betrifft. Dabei handelt es sich um Merkmale, die die Gesundheit stark beeinflussen können. Die im Folgenden präsentierten Daten beziehen sich auf ausländische Personen mit einer Niederlassungsbewilligung in der Schweiz. Zur besseren Darstellung wurden dabei die Herkunftsländer in vier verschiedene Regionen zusammengefasst (→ Glossar). Personen ohne ausreichende Kenntnisse einer Landessprache oder mit einem anderen Aufenthaltsstatus konnten nicht befragt werden. Die Resultate können daher nicht auf die gesamte Migrationsbevölkerung übertragen werden, vor allem nicht auf Personen mit besonders prekärer aufenthaltsrechtlichem Status (Personen im Asylprozess, Sans-Papiers).

### Gesundheitszustand

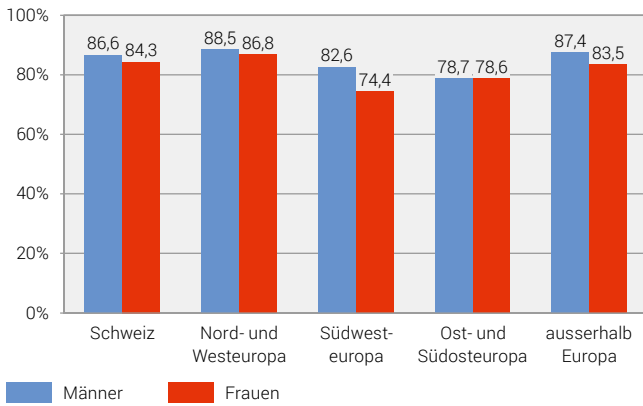
Unter den Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit schätzten jene aus Südwesteuropa sowie jene aus Südost- und Osteuropa ihre eigene Gesundheit weniger oft als gut oder sehr gut ein als die Schweizerinnen und Schweizer (G 4.64). In der jüngsten Alterskategorie (unter 40 Jahre) waren die Unterschiede gering. Die Differenz nahm mit dem Alter zu. Allerdings wird die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch kulturelle Wertesysteme beeinflusst, was die Interpretation der Unterschiede erschwert. Demgegenüber war die ausländische Bevölkerung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern weniger stark durch dauerhafte Gesundheitsprobleme betroffen (G 4.65). Insbesondere kürzlich eingewanderte Ausländerinnen und Ausländer wiesen weniger oft dauerhafte Gesundheitsprobleme auf als Schweizerinnen und Schweizer.



### Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Staatsangehörigkeit, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.64



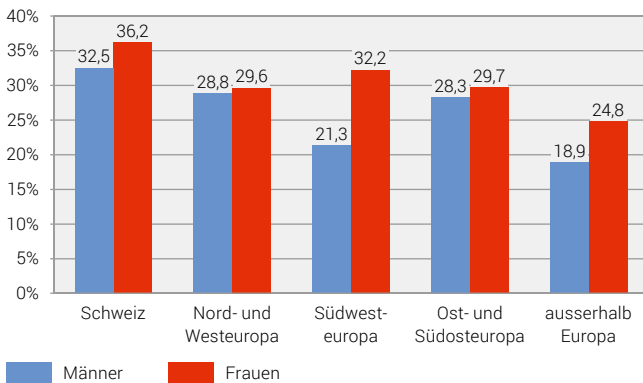
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

### Dauerhaftes gesundheitliches Problem nach Staatsangehörigkeit, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.65



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

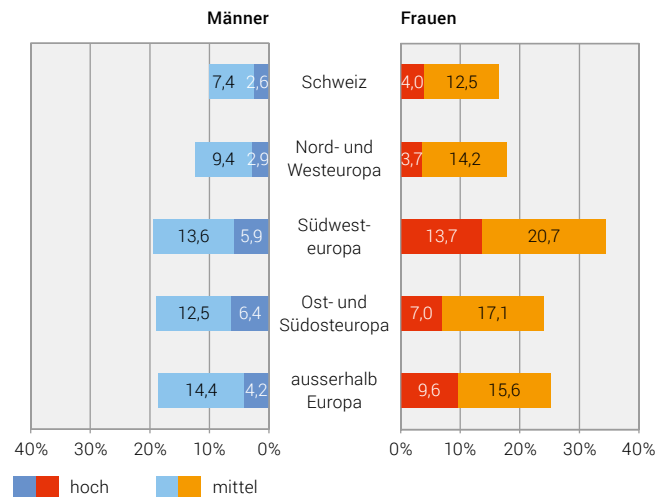
© BFS 2019

Demgegenüber war die Beeinträchtigung durch psychische Probleme bei der ausländischen Bevölkerung – mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa – stärker als bei den Schweizerinnen und Schweizern (G 4.66). Jede vierte Person aus Südwest-, Südost- oder Osteuropa wies eine mittlere oder hohe psychische Belastung auf, bei den Frauen aus Südwesteuropa war es sogar jede Dritte. Am häufigsten manifestierte sich eine erhöhte psychische Belastung bei den ausländischen Personen ohne nachobligatorische Ausbildung. Die höhere psychische Belastung führte jedoch nicht zu einer höheren Inanspruchnahme von Behandlungen wegen psychischen Problemen. Ausländische Personen konnten zudem weniger auf soziale Unterstützung zählen als Schweizerinnen und Schweizer und wiesen häufiger eine tiefere Kontrollüberzeugung auf. Dies betraf mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa alle ausländischen Personen unabhängig von ihrer Aufenthaltsdauer in der Schweiz. Die

### Psychische Belastung nach Staatsangehörigkeit, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.66



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

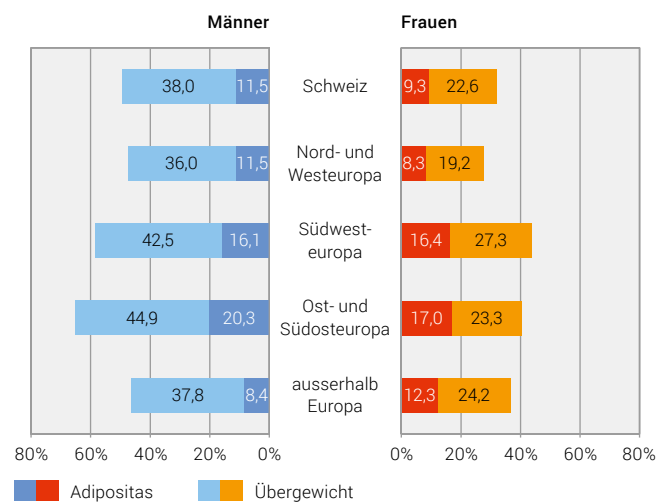
psychische Belastung war generell höher bei geringer sozialer Unterstützung oder tiefer Kontrollüberzeugung, unabhängig davon, ob es sich um Schweizer oder ausländische Staatsangehörige handelte.

Das Risiko für Übergewicht und insbesondere Adipositas ist bei Personen aus Südwesteuropa sowie aus Südost- und Osteuropa besonders hoch (G 4.67). Mit zunehmendem Alter vergrößert sich die Differenz gegenüber den Schweizer Staatsangehörigen. Demgegenüber waren Personen aus Nord- und Westeuropa etwas weniger stark von Übergewicht und Adipositas betroffen als die Schweizerinnen und Schweizer.

### Übergewicht und Adipositas nach Staatsangehörigkeit, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G 4.67



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

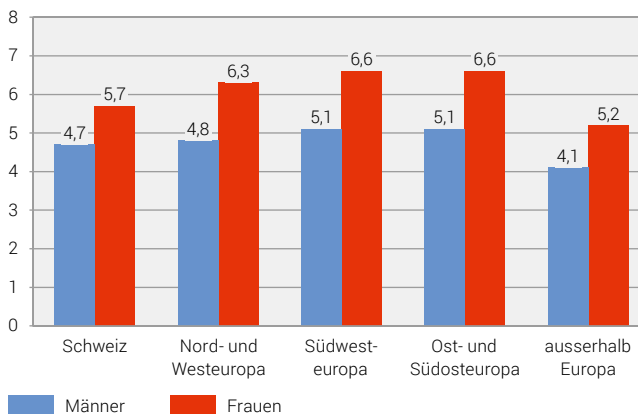
Aufgrund obiger Indikatoren zeigt sich für die ausgewählten Bevölkerungsgruppen folgendes Bild:

- Personen aus Nord- und Westeuropa haben eine bessere sozioökonomische Situation als Schweizerinnen und Schweizer. Rund ein Fünftel von ihnen lebt zudem seit weniger als fünf Jahren in der Schweiz. Ihr Gesundheitszustand ist oftmals besser als derjenige der Schweizerinnen und Schweizer.
- Personen aus Südwesteuropa sowie Personen aus Südost- oder Osteuropa sind durchschnittlich fünf bzw. neun Jahre jünger als Schweizerinnen und Schweizer. Dies könnte auch der Grund dafür sein, weshalb diese Bevölkerungsgruppen – insbesondere die Männer – trotz ihres insgesamt tiefen Bildungsniveaus relativ selten an dauerhaften gesundheitlichen Problemen leiden. Dies widerspiegelt das bekannte Phänomen, wonach zuwandernde Personen häufig jung und gesund sind (healthy migrant effect).
- Mit zunehmendem Alter geht die Schere zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung auseinander. Der Gesundheitszustand der älteren, seit Langem in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländer ist mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa deutlich weniger gut. Man kann darin auch die Wirkungsweise eines sozialen Gradienten im Gesundheitsbereich erkennen. Ein Grossteil der ausländischen Bevölkerung findet sich – gemessen an Bildungsstand oder Einkommen – oftmals in sozial tiefer gestellten Schichten wieder. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang zwischen Migration und Mangel an sozialer Unterstützung sowie erhöhter psychischer Belastung.

### Arztkonsultationen nach Staatsangehörigkeit, 2017

Durchschnittliche Anzahl pro Patient oder Patientin innerhalb eines Jahres Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

**G 4.68**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Frauen aus Südwesteuropa (24%) bzw. Südost- oder Osteuropa (22%) suchten deutlich häufiger als Schweizerinnen (16%) Spitalnotfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken auf. Bei der Zahl aufgrund von nicht voraussehbaren Notfällen erfolgten Konsultationen pro Patientin bzw. Patient bestanden jedoch keine signifikanten Unterschiede.

## Gesundheitsversorgung

Beim Anteil der Personen, die über den Zeitraum eines Jahres hinweg mindestens einmal in ärztlicher Behandlung waren, gibt es in der Regel keinen signifikanten Unterschied nach Staatsangehörigkeit. Auch hinsichtlich der Anzahl Arztbesuche pro Patientin bzw. Patient gibt es keine signifikanten Unterschiede nach Herkunftsregion (G 4.68). Unterschiede sind jedoch bei der Arztwahl auszumachen: Mit Ausnahme der Personen aus Nord- und Westeuropa gehen Personen ausländischer Herkunft im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern eher zum Generalisten als zum Spezialisten.



# Gesundheitswesen

14 Gesundheit

# 2017



**12%**  
der Bevölkerung wurden 2017  
mindestens einmal hospitalisiert

**5,3 Tage**  
beträgt die durchschnittliche  
Aufenthaltsdauer  
in der Akutsomatik

**2235 Fr.**  
pro Tag kostet  
der Aufenthalt  
in der Akutsomatik



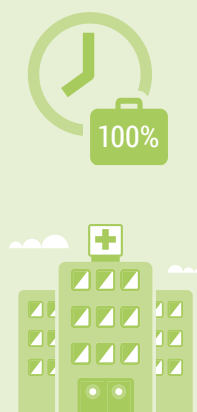
**16%**  
der Personen ab 80 Jahren  
wohnen in einem Pflegeheim

**2,4 Jahre**  
beträgt die durchschnittliche  
Aufenthaltsdauer im Pflegeheim

**299 Fr.**  
pro Tag kostet  
der Aufenthalt im  
Pflegeheim



**28%**  
der Personen ab 80 Jahren  
nehmen Spitexdienste in Anspruch



**325 908**  
Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten

Spitäler **164 964**

Pflegeheime **94 256**

Arztpraxen **44 028**

Hilfe und Pflege zu Hause **22 660**



**2,2**  
Ärztinnen und Ärzte in  
Arztpraxen und ambulanten  
Zentren pro 1000 Einwohnerinnen  
und Einwohner

**81%**  
der Bevölkerung suchten  
2017 mindestens einmal  
eine Ärztin oder einen Arzt auf



**0,5**  
Zahnärztinnen und Zahnärzte  
pro 1000 Einwohnerinnen  
und Einwohner

**60%**  
der Bevölkerung suchten 2017  
mindestens einmal  
eine Zahnärztin oder  
einen Zahnarzt auf

Quellen: BFS – SGB, KS, MAS, MS, SOMED, SPITEX; FMH; SSO

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

© BFS 2019

g11-1401-04-2019

# 5 Gesundheitswesen

Die institutionelle Gesundheitsversorgung unterscheidet zwischen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich. Zu Letzteren zählen die stationären Abteilungen in Spitälern (Krankenhäuser für allgemeine Pflege und Spezialkliniken einschliesslich Geburtshäuser), Pflegeheime für Betagte und sogenannte «spezialisierte Institutionen» (Heime für Personen mit Behinderungen, mit psychosozialen oder mit Suchtproblemen). Das grösste Angebot stellten dabei 2017 die Pflegeheime mit 99 242 Betten bereit, gefolgt von Spitälern mit 38 157 Betten.

Der ambulante Bereich setzt sich aus einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungsanbieter zusammen. Dazu gehören insbesondere die nicht stationären Angebote in Spitälern, die ärztlichen oder zahnärztlichen Privatpraxen, die Pflege- oder Hebammendienste für zu Hause sowie diverse paramedizinische Angebote (Physio- und Ergotherapie, Osteopathie, Chiropraxis, Transportdienste, medizinische Labors usw.). Weniger klar eingrenzbar und nur schwierig erfassbar bleiben die vielseitigen Angebote im alternativmedizinischen und beratenden Bereich (zum Beispiel traditionelle chinesische Medizin, Körpertherapien und Massagen, Paartherapien), sie werden hier nicht weiter behandelt. Eine weitere, eigene Kategorie im Gesundheitswesen bildet der Detailhandel. Eine Rolle spielen hier vor allem die Apotheken, Drogerien und Verkaufsstellen von medizinischen Apparaten (für Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen usw.). Aufgrund der Datenlage werden nachfolgend nur einzelne dieser Bereiche behandelt.

## 5.1 Spitäler

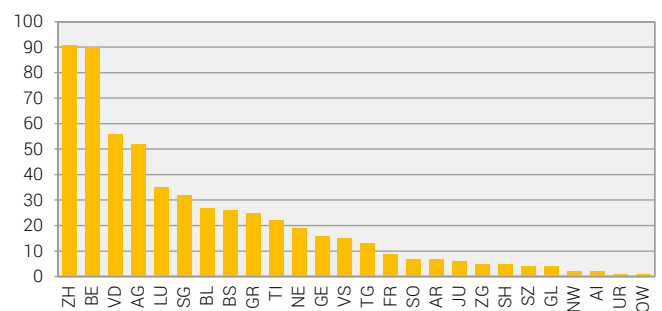
2017 wurden 281 Unternehmen gezählt, die an 572 Standorten behandelten. Besonders viele Standorte haben die bevölkerungsreichen Kantone Bern, Zürich und Waadt (G5.1).

Von den 102 Spitalunternehmen für allgemeine Pflege dienten 44 der Zentrumsversorgung (Universitätsspitäler und grosse Kantonsspitäler) und 58 der Grundversorgung (Regionalspitäler und andere kleinere Spitäler). Die Anzahl der Spitalunternehmen für allgemeine Pflege hat zwischen 2002 und 2017 um 41,3% abgenommen (G5.2). Dieser Rückgang lässt sich teils auf Fusionen von Spitälern, teils auf Änderungen der statistischen Methoden ab 2010 zurückführen. Die Angaben ab 2010 sind daher nur beschränkt mit früheren Werten vergleichbar. Ein Hinweis darauf ist auch, dass die Bettenzahlen in der gleichen Periode bedeutend weniger stark gesunken sind.

Zu den 179 Spezialkliniken der Schweiz, 4,2% weniger als noch 2002, gehören 51 psychiatrische Kliniken, 53 Rehabilitationskliniken und 75 sonstige Kliniken.

**Spitalbetriebe nach Kanton, 2017**

**G5.1**



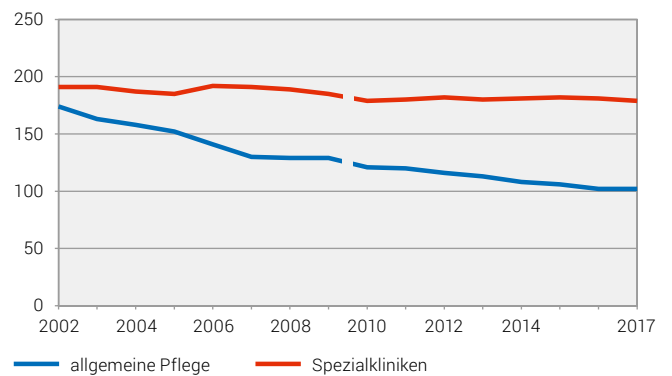
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

**Spitalunternehmen für allgemeine Pflege und Spezialkliniken**

**G5.2**

Anzahl Spitäler



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

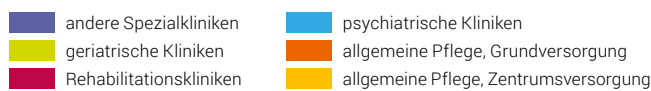
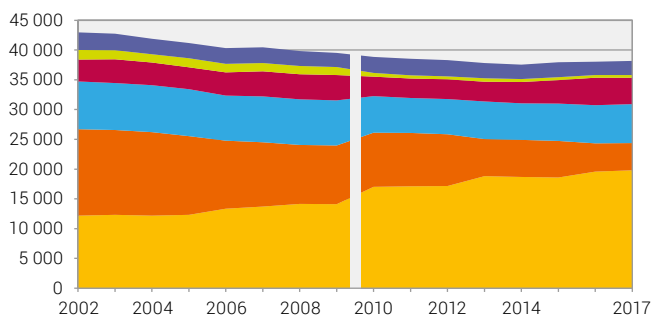
## Bettenangebot

2017 standen 38 157 Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung (ohne Betten für Neugeborene), was einer Versorgung mit 4,5 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (G5.3). Allerdings schwankt dieser Wert je nach Kanton zwischen 1,4 (Obwalden) und 11,0 (Basel-Stadt) (G5.4). Zwischen 2002 und 2017 ist das Bettenangebot um 11,2% gesunken. Die 2017 rund 38 000 verfügbaren Betten verteilen sich zu 61% auf Akutspitäler, zu 20% auf psychiatrische Kliniken und zu 19% auf Rehabilitations- und geriatrische Kliniken.

## Verfügbare Spitalbetten nach Betriebstyp

Anzahl Betten

G 5.3



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

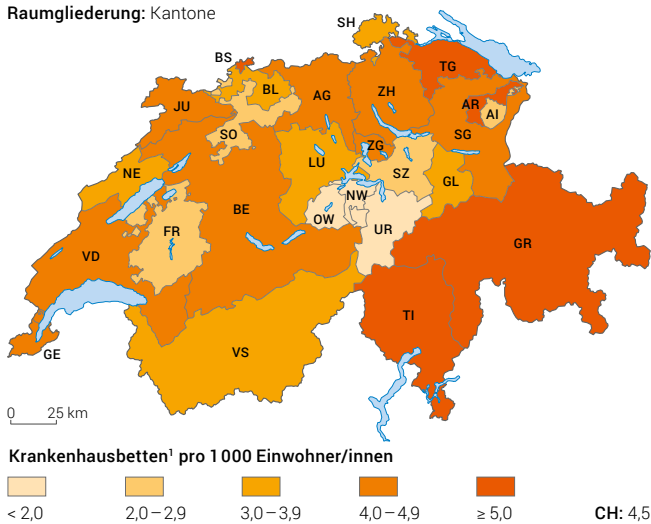
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

## Krankenhausbetten 2017

G 5.4

Raumgliederung: Kantone



<sup>1</sup> alle Arten von Spitätern und Kliniken

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

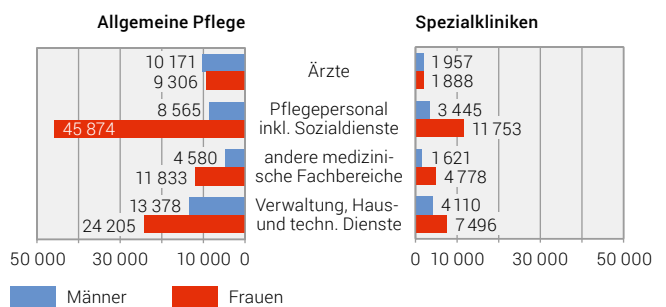
## Beschäftigte

2017 arbeiteten in Spitälern insgesamt 212 090 Personen im Umfang von 164 964 Vollzeitäquivalenten, 77% davon in Spitälern der allgemeinen Pflege. Seit 2002 ist die Anzahl Vollzeitäquivalente (+37,5%) stärker gestiegen als die Zahl der Hospitalisierungen, was auch auf die Ausweitung der ambulanten Spitalbehandlungen zurückgeführt werden kann. Das Personal setzt sich aus 14% Ärztinnen und Ärzten, 42% Pflegepersonal, 14% anderen medizinischen Fachpersonen sowie 30% Personen in zentralen Diensten (Verwaltung: 15%, Hauswarte und Transport: 12%, technische Dienste: 3%) zusammen. Während das Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft eher ausgeglichen ist (G5.5), sind in der Pflege und in den anderen medizinischen Fachbereichen vor allem Frauen tätig (81% in der allgemeinen Pflege und 77% in Spezialkliniken).

## Beschäftigte in Spitätern nach Funktion und Geschlecht, 2017

In Vollzeitäquivalenten

G 5.5



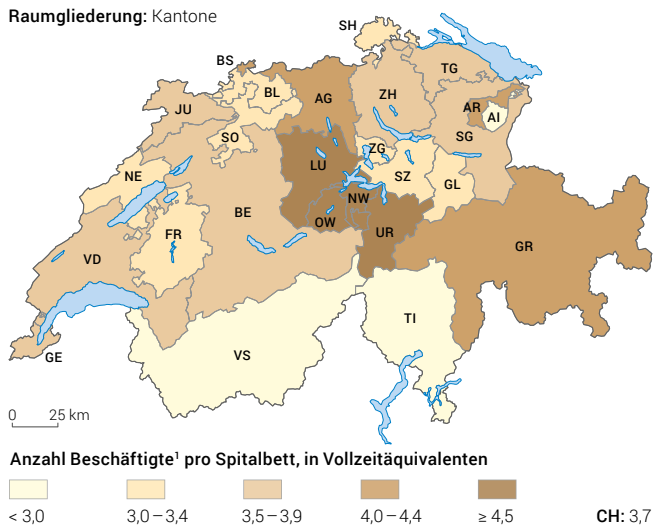
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

## Spitalpersonal 2017

G 5.6

Raumgliederung: Kantone



<sup>1</sup> nur Pflegepersonal

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS)

© BFS 2019

Pro Spitalbett werden für die Pflege durchschnittlich 3,7 Vollzeitstellen eingesetzt. Allerdings bestehen mitunter grössere kantonale Unterschiede (G 5.6): Am höchsten ist dieser Indikator in Uri (5,3) und Obwalden (4,7), am tiefsten im Wallis (2,7) und im Tessin (2,7).

### Inanspruchnahme von Spitalleistungen

2017 wurden 1 468 242 Hospitalisierungen registriert, der grösste Teil davon in Akutspitälern als Folge von akuten Krankheiten oder Unfällen. 5,8% der Fälle betrafen psychiatrische Abteilungen in Spitälern oder psychiatrische Kliniken und 7,7% die übrigen Kategorien, hauptsächlich Rehabilitations- und geriatrische Kliniken. Anzumerken bleibt, dass eine Person, die wiederholt hospitalisiert wurde, auch mehrfach gezählt wird. 2017 belief sich die Zahl der Hospitalisierungen bei den Männern auf 687 670 und bei den Frauen auf 780 574. Ohne die Spitalaufenthalte wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurden die Frauen und Männer insgesamt fast gleich oft hospitalisiert. Bis zum Alter von 74 Jahren werden in der Regel mehr Spitalaufenthalte von Männern verzeichnet, danach ist es umgekehrt (G 5.7).

Zusammen entsprach dies 2017 16 875 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zu 81% handelte es sich um Personen mit Wohnsitz im eigenen Kanton, zu 17% um solche aus anderen Kantonen und zu 2% um im Ausland wohnhafte Personen.

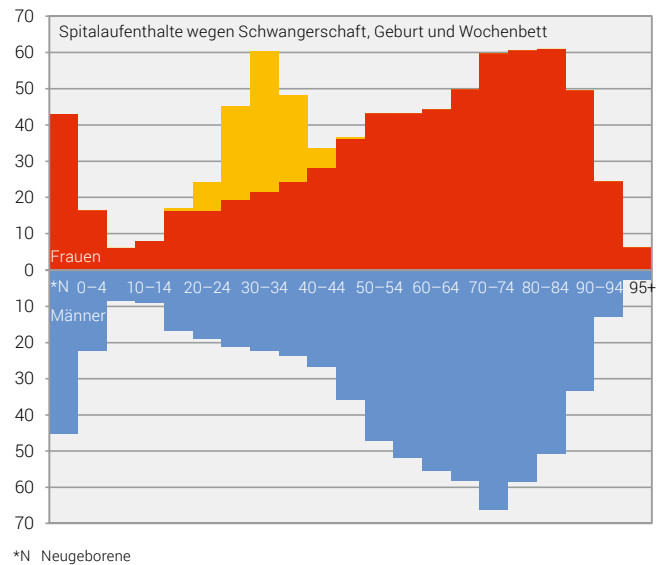
Weitaus die höchste Hospitalisierungsrate hatten die Spitäler in Basel-Stadt (42 453 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner), wobei nur 48,5% der Fälle aus dem eigenen Kanton stammten (G 5.8). Umgekehrt «exportierte» Basel-Stadt nur wenige Fälle in andere Kantone. Dies weist auf die enge interkantonale Zusammenarbeit mit Basel-Landschaft sowie eine ausgeprägte

Zentrumsfunktion der baselstädtischen Spitäler hin. Am höchsten war der Anteil der behandelten Fälle von ausserkantonalen Personen allerdings in Appenzell Ausserrhoden (66%), was sich mit dem grossen Angebot an Rehabilitationskliniken und chirurgischen Spezialkliniken erklären lässt. Zu den Kantonen mit einem relativ hohen Anteil der ausserhalb des Kantons behandelten Kantonseinwohner gehörten Innerrhoden, Basel-Landschaft, Obwalden, Schwyz, Solothurn, Uri und Nidwalden. Die durchschnittliche

### Stationäre Krankenhausfälle nach Alter, 2017

Anzahl Fälle in Tausend

G 5.7



\*N Neugeborene

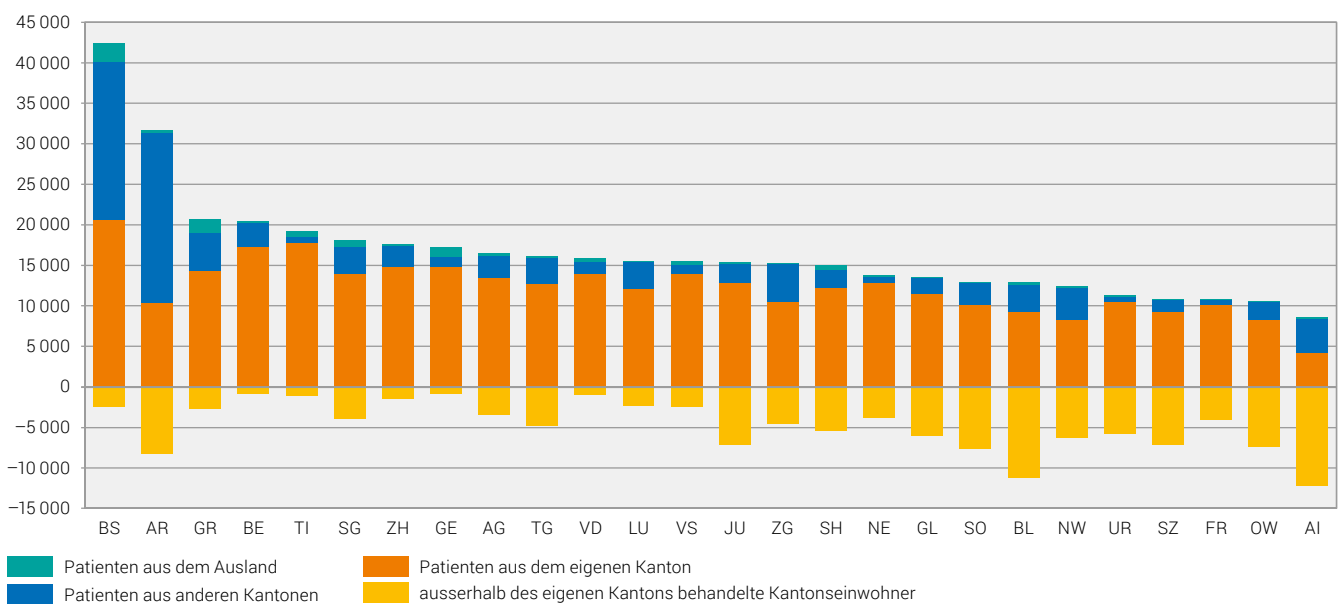
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

### Hospitalisierungsrate nach Kanton, 2017

Standardisierte Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 5.8



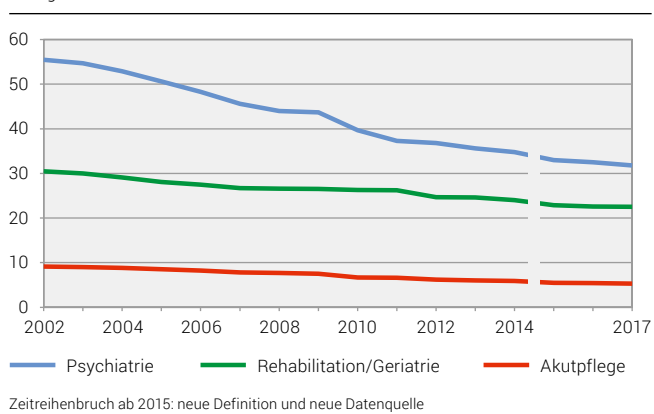
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© BFS 2019

Aufenthaltsdauer in Akutspitälern belief sich 2017 auf 5,3 Tage, verglichen mit noch 9,1 Tagen im Jahr 2002. In der Psychiatrie wurden 2017 durchschnittlich 31,8 Tage verbracht und in Rehabilitations- und geriatrischen Kliniken 22,5 Tage (G5.9).

Ein Teil der Personen wurde mehrmals hospitalisiert, 2017 ungefähr ein Viertel (G5.10). Am häufigsten war der Anteil der Mehrfachhospitalisierungen in der Altersklasse 85 Jahre und älter.

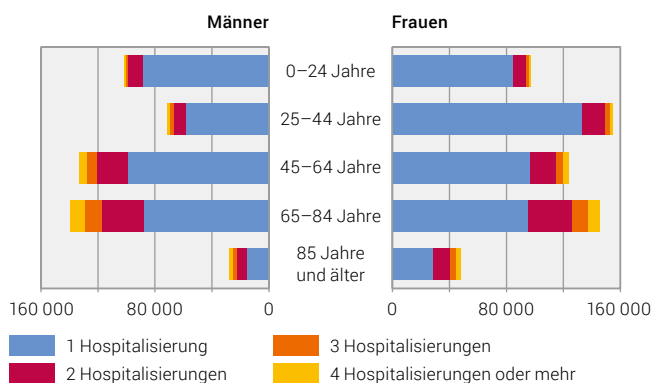
**Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern** G5.9



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik (KS), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) ab 2015 © BFS 2019

**Mehrfachhospitalisierungen, 2017** G5.10

Anzahl Patientinnen und Patienten, nach Alter und Anzahl Hospitalisierungen im Verlauf des Jahres



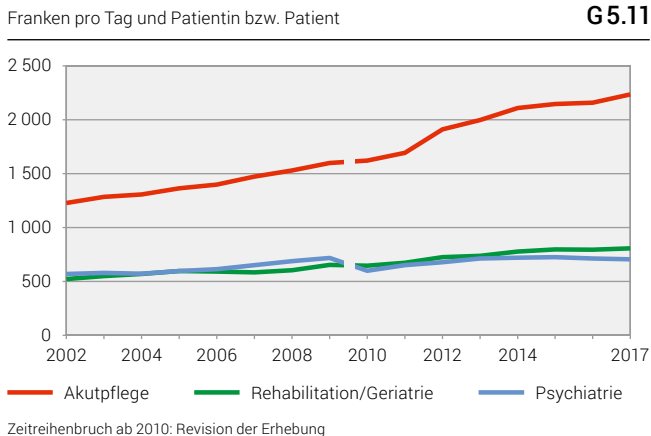
**Ambulante Spitalleistungen**

2017 nahmen mehr als 4 Millionen Patientinnen und Patienten ambulante Leistungen in einem Schweizer Spital in Anspruch (Pflegeleistungen, Untersuchungen, therapeutische Massnahmen). Als ambulante Leistungen gelten weniger als 24 Stunden dauernde Behandlungen ohne Bettaufenthalt. Ihr Anteil ist bei den 40- bis 59-Jährigen am höchsten (28%), am niedrigsten ist er bei den Personen ab 80 Jahren (6,7%). Für die 19,8 Millionen erfassten ambulanten Patientenkontakte wurden Rechnungen mit einem Gesamtbetrag von 6,9 Milliarden Franken ausgestellt.

**Kosten**

Im Jahr 2017 kostete ein Spitaltag durchschnittlich 1616 Franken pro Person. Dieser Betrag variierte jedoch je nach Tätigkeitsbereich des Spitals stark. So betrug die Durchschnittswerte für Akutspitäler 2235 Franken, für psychiatrische Kliniken 703 Franken und für Rehabilitations- oder geriatrische Kliniken 806 Franken. Die grössten Kostensteigerungen waren in Akutspitälern zu verzeichnen, nämlich um +82% seit 2002 (G5.11).

**Durchschnittskosten in Spitälern** G5.11



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik (KS) © BFS 2019

**5.2 Pflegeheime**

Pflegeheime dienen der somatischen Geriatrie für Personen mit altersbedingten physischen Beschwerden oder der Psychogeriatric für psychisch beeinträchtigte ältere Menschen. Sie bieten Leistungen in den Bereichen Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Alltagsgestaltung an. Altersheime, die keine medizinisch-pflegerischen Leistungen erbringen, werden in den folgenden Ausführungen nicht berücksichtigt (2017: 18 Heime).

2017 wurden insgesamt 1543 Pflegeheime gezählt, davon 679 privat finanzierte Institutionen ohne staatliche Subventionen, 463 subventionierte private Institutionen und 401 öffentliche Institutionen. Durchschnittlich wurden pro Heim 62 Plätze angeboten, wobei die Spannweite von knapp zehn Beherbergungsplätzen bis hin zu Grossbetrieben mit mehr als 300 Plätzen und nahezu spitalähnlicher Infrastruktur reichte. Private Betriebe ohne Subventionen sind in der Regel kleiner (im Mittel 56 Plätze) als solche mit Subventionen (60 Plätze) oder öffentliche Pflegeheime (74 Plätze).

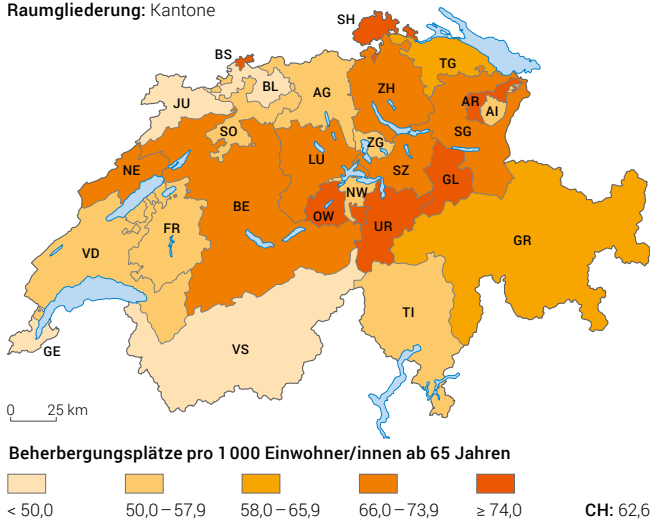


### Platzangebot

2017 standen 97 122 Pflegeheimplätze zur Verfügung, 20% mehr als 2002. Dies entspricht 62,6 Plätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren. Die Versorgung mit Pflegeheimplätzen weist jedoch je nach Kanton beträchtliche Unterschiede auf und reicht von 48 (Wallis) bis zu 107 (im Halbkanton Appenzell Ausserrhoden) Pflegeplätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (G5.12).

### Plätze in Pflegeheimen, 2017 G 5.12

Raumgliederung: Kantone



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © BFS 2019

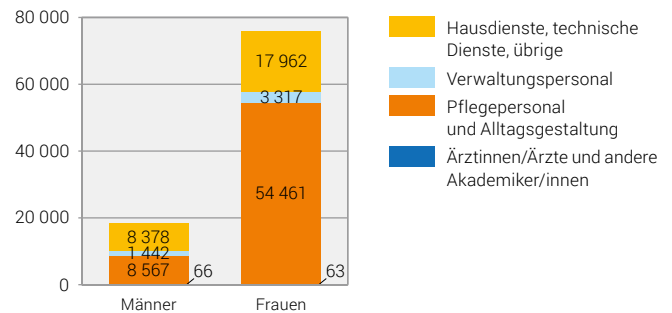
### Beschäftigte

Per 31. Dezember 2017 arbeiteten 130 969 Personen in Pflegeheimen, der Frauenanteil lag bei 83%. In Vollzeitäquivalenten sind es 94 256 Stellen, was auf einen hohen Anteil von Teilzeit arbeitenden Personen zurückzuführen ist. Der mittlere Beschäftigungsgrad der Frauen lag mit 70 Stellenprozenten deutlich tiefer als jener von Männern (81 Stellenprozent). Seit 2006 ist das Beschäftigungsvolumen um 35,6% angestiegen, bei Männern (+53,6%) stärker als bei Frauen (+31,9%). Zwei Drittel der Arbeitsleistung wird für die Pflege und Alltagsgestaltung eingesetzt und knapp ein Drittel für den Hausdienst und den technischen Dienst (G5.13). Die ärztlichen Behandlungen werden in der Regel durch externe Ärztinnen und Ärzte erbracht, weshalb fest angestellte Ärztinnen und Ärzte lediglich 0,1% der Belegschaft ausmachen. Zwischen den Geschlechtern gibt es eine deutliche Rollenverteilung: Frauen arbeiten vornehmlich in der Pflege und Alltagsgestaltung, während knapp die Hälfte der Männer im Hausdienst tätig sind.

Die Intensität der Betreuung beträgt im schweizerischen Mittel 0,64 Stellen pro Beherbergungsplatz (G5.14). Ein relativ hoher Faktor hat der Kanton Freiburg mit 0,84 Stellen pro Platz, ein relativ tiefes die Kantone Glarus (0,40) und Appenzell Ausserrhoden (0,49).

### Beschäftigte in Pflegeheimen nach Berufsgruppen und Geschlecht, 2017

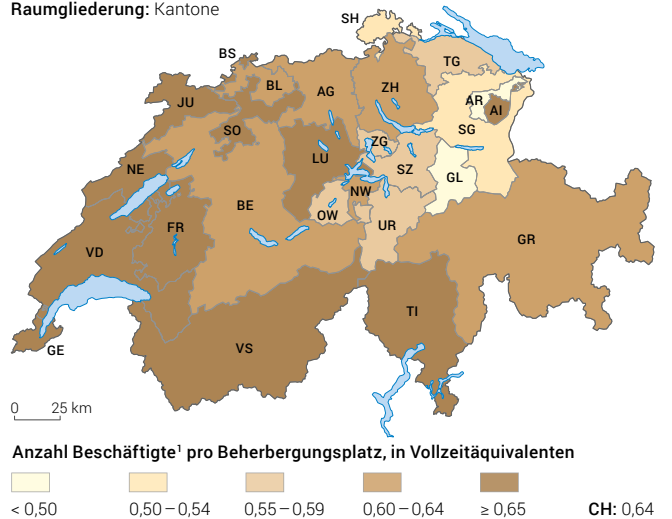
In Vollzeitäquivalenten G 5.13



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © BFS 2019

### Personal der Pflegeheime, 2017 G 5.14

Raumgliederung: Kantone



<sup>1</sup> nur Pflegepersonal

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) © BFS 2019

### Inanspruchnahme

2017 nahmen insgesamt 152 417 Personen Leistungen von Pflegeheimen in Anspruch. Die rund 5299 externen Klientinnen und Klienten, die ausschliesslich die Tages- oder Nachtstruktur nutzen, sind in dieser Zahl nicht enthalten. 58% aller Klientinnen und Klienten waren über 85 Jahre alt (G5.15). Bei den unter 75-Jährigen handelte es sich mehrheitlich um Personen mit chronischen Erkrankungen oder psychischen Beschwerden, wobei dort das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen war.

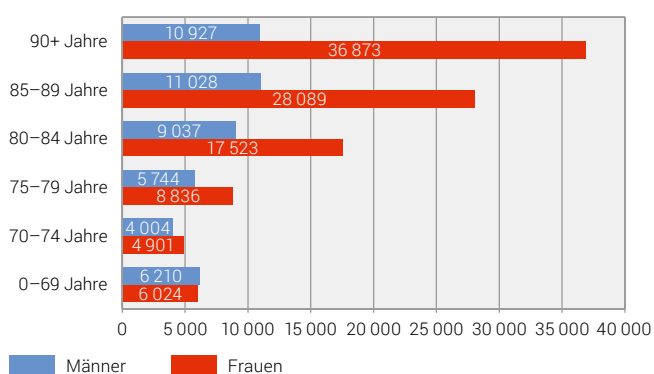
Mit steigendem Alter sind die Frauen jedoch zunehmend übervertreten. Dies lässt sich insbesondere darauf zurückführen, dass die erstverstorbenen Lebenspartner mehrheitlich Männer sind und von ihren Partnerinnen zuhause gepflegt werden können, während die länger lebenden Frauen häufiger auf institutionelle Hilfe angewiesen sind.

40% der Personen, die 2017 in einem Pflegeheim wohnten, verliessen dieses im gleichen Jahr wieder. In einem Drittel der Fälle handelte es sich um Kurzaufenthalte, zum Beispiel nach einem Spitalaustritt oder zur Entlastung pflegender Angehöriger. Die durchschnittliche Dauer dieser befristeten stationären Aufenthalte betrug 31 Tage. Bei den Langzeitaufenthalten, die im Jahr 2017 mit einem Austritt endeten, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den Männern 686 Tage und bei den Frauen 1005 Tage. Der Anteil der Personen, die mindestens fünf Jahre im Pflegeheim gewohnt hatten, belief sich bei den Männern auf 10% und bei den Frauen auf 19% (G5.16).

### Klientinnen und Klienten in Pflegeheimen, 2017

Anzahl nach Altersklasse

G5.15



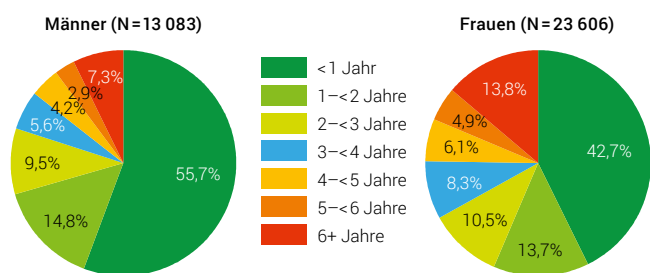
Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© BFS 2019

### Dauer der Aufenthalte in Pflegeheimen, 2017

Heimaustritte 2017

G5.16



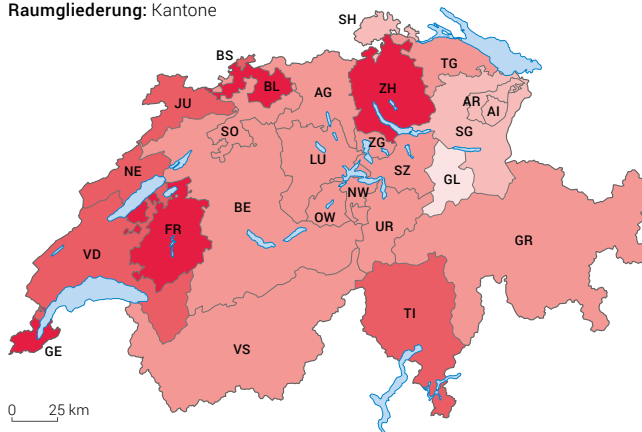
Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© BFS 2019

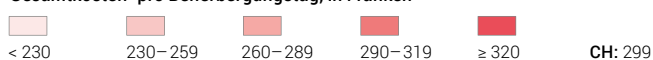
### Kosten der Pflegeheime, 2017

G5.17

Raumgliederung: Kantone



Gesamtkosten<sup>1</sup> pro Beherbergungstag, in Franken



<sup>1</sup> Pflege, Unterkunft, Alltagsgestaltung

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© BFS 2019

### Kosten

Pro Beherbergungstag entstanden 2017 Gesamtkosten von durchschnittlich 299 Franken. Je nach Kanton gibt es allerdings beträchtliche Unterschiede; die Gesamtkosten reichten von 220 Franken (Glarus) bis 402 Franken (Genf) (G5.17). Die Pflegeleistungen werden teilweise von der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) übernommen. Der Restbetrag wird durch die öffentliche Hand, die Klientinnen und Klienten sowie die bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AHV, IV) finanziert.

### 5.3 Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

Zu den Kernaufgaben der Spitex gehören die «pflegerischen Leistungen» gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), die «hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen» (HWS) sowie der Mahlzeitendienst. Die Mehrheit der Organisationen bietet zudem weitere Leistungen wie Sozialdienste, Elternberatung, therapeutische Dienstleistungen, Fahrdienste und Notrufsysteme an.

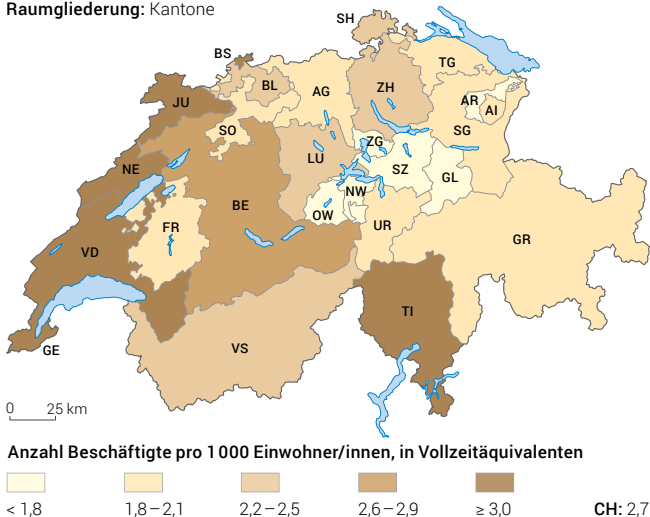
Bei den 2017 erfassten 2035 Dienstleistern handelte es sich zu 28% um öffentlich-rechtliche oder Non-Profit-Organisationen. Selbstständige Pflegefachpersonen machten 50% der Dienstleister aus, die restlichen 22% entfielen auf gewinnorientierte private Unternehmen. Betrachtet man hingegen die Vollzeitäquivalente, so lag der Anteil der Non-Profit-Organisationen mit 79% deutlich höher, während die gewinnorientierten Unternehmen lediglich 18% und die selbstständigen Pflegefachpersonen 3% ausmachten.

## Beschäftigte

Für die Dienstleistungen vor Ort stehen 22 660 Vollzeitstellen zur Verfügung, was 2,7 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (G5.18). In den westlichen Landesteilen ist die Versorgungsdichte der Spitex generell höher als in der übrigen Schweiz. Eine besonders hohe Versorgungsdichte weisen die Kantone Waadt, Genf, Jura und Basel-Stadt mit mehr als 3,9 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Seit 2002 hat die Beschäftigtenzahl der Spitex-Dienste laufend zugenommen (G5.19). Gewinnerorientierte Unternehmen und die selbstständigen Pflegefachpersonen werden erst seit 2010 berücksichtigt. Seither ist bei den Non-Profit-Organisationen im Vergleich zu den anderen Anbietern eine deutlich schwächere Zunahme der Beschäftigungszahl festzustellen, was teilweise auf die angepasste Erhebung zurückzuführen ist.

### Spitex-Personal 2017 G5.18

Raumgliederung: Kantone



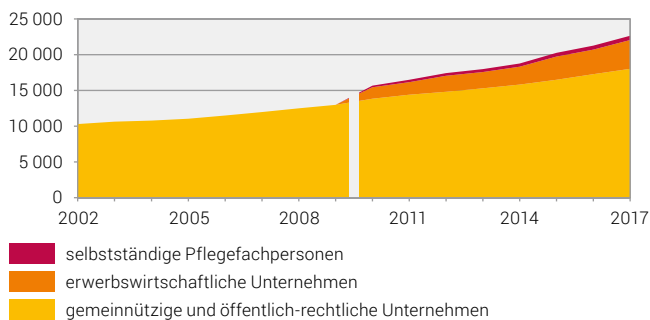
Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2019

### Beschäftigte der Spitex-Dienste

In Vollzeitäquivalenten

G5.19



Anpassung der Erhebung 2010, neu inklusive der erwerbswirtschaftlichen Unternehmen und der selbstständigen Pflegefachpersonen

Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2019

## Inanspruchnahme

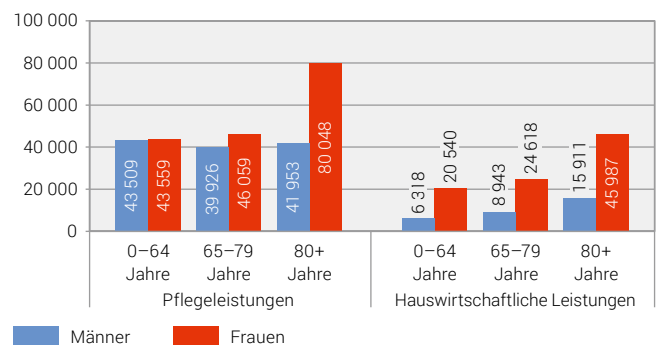
Im Jahr 2017 betreuten die Spitex-Dienste 350 218 Klientinnen und Klienten und erbrachten dabei Leistungen im Umfang von rund 23,4 Millionen Stunden. Bei 68% handelte es sich um Pflege, bei 27% um hauswirtschaftliche oder sozialbetreuerische und bei 5% um sonstige Leistungen (z. B. Sozialdienst, Fahrdienste, Notrufsysteme) (G5.20). Da Frauen mehrheitlich jünger sind als ihre Lebenspartner und zudem eine höhere Lebenserwartung haben, werden Männer häufiger von ihren Lebenspartnerinnen betreut als umgekehrt. Die von Spitex-Diensten erbrachten Pflegeleistungen werden daher bis ins Alter von 79 Jahren zu 52% und ab 80 Jahren sogar zu 66% von Frauen in Anspruch genommen. Bei den hauswirtschaftlichen Leistungen wirkt sich obiges Phänomen, aber auch die traditionelle Rollenverteilung, noch stärker aus: Der Frauenanteil lag bei der jüngsten Altersklasse bei 75% und bei den Personen ab 80 Jahren bei 74%.

Jeder Bezug einer Leistungskategorie generiert einen Fall. Pro Person wurden so durchschnittlich 1,4 Fälle verrechnet (Total: 482 357 Fälle). 2017 betrug der durchschnittliche Zeitaufwand pro Pflegeleistungsfall zwischen 34 Stunden (0–64 Jahre) und 75 Stunden (80 Jahre und älter), bei hauswirtschaftlichen Leistungen zwischen 34 und 64 Stunden (G5.21).

### Von Spitex-Diensten betreute Fälle, 2017

Anzahl nach Art der Leistung und Alter

G5.20



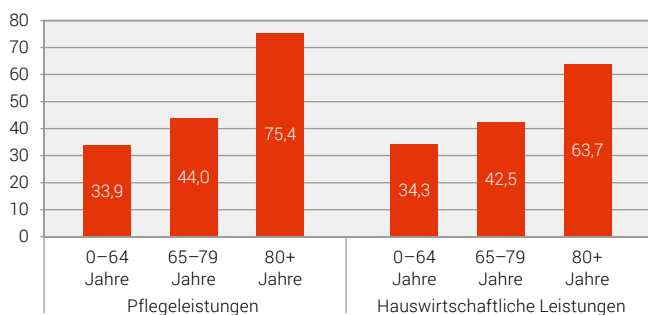
Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2019

### Zeitaufwand von Spitex-Diensten nach Leistungsart und Altersklasse, 2017

Stunden je Fall

G5.21



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2019

### Finanzierung

Die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) kommt für 42% der Spitex-Leistungen auf, die Grundversicherung übernimmt 39% (Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung) und der Rest wird von anderen Quellen (von Klientinnen und Klienten selber bezahlte hauswirtschaftliche/sozialbetreuerische Hilfe und Mahlzeiten, Mitgliederbeiträge, Spenden usw.) finanziert. 2017 wurden – unabhängig von der Art der Leistung – im Durchschnitt 7011 Franken pro Klientin und Klient verrechnet. 2002 lag dieser Wert noch bei 4891 Franken.

### 5.4 Arztpraxen und ambulante Zentren

Arztpraxen und ambulante Zentren sind die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung in Sachen Gesundheitsversorgung. 2017 leisteten 17 560 Arztpraxen und ambulante Zentren medizinische Leistungen an insgesamt 17 860 Standorten («points of care»). 99% dieser Einrichtungen hatten einen einzigen Standort, 88% waren als Einzelunternehmen organisiert. Die durchschnittliche Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte variiert stark je nach Rechtsform (Einzelunternehmen: 1,2; Aktiengesellschaft: 3,7).

### Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren

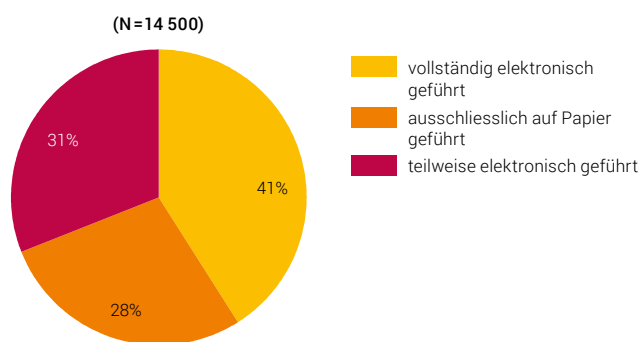
81% der Arztpraxen und ambulanten Zentren wiesen 2017 einen Jahresumsatz von mehr als 30 000 Franken aus und verfügten über eine eigene Infrastruktur. Im Rahmen der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) liefern diese Unternehmen vollständige Angaben zu ihrer Situation (Informationen zum Unternehmen und zu den Standorten sowie zum ärztlichen und nichtärztlichen Personal). 19% der Arztpraxen und ambulanten Zentren erwirtschafteten einen Jahresumsatz von höchstens 30 000 Franken oder hatten keine eigene Infrastruktur. Diese Unternehmen liefern lediglich Informationen zum Unternehmen sowie zum ärztlichen Personal.

### Angebot

37% der Arztpraxen und ambulanten Zentren mit einem Jahresumsatz von mehr als 30 000 Franken und eigener Infrastruktur waren in der ärztlichen Grundversorgung tätig (Facharztztitel: Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, praktische Ärztin / praktischer Arzt), 49% erbrachten spezialmedizinische Leistungen und 14% beide Arten von medizinischen Leistungen. An 72% der Standorte wurden die Krankengeschichten ausschliesslich oder teilweise elektronisch geführt (G5.22). 28% der Standorte der als Einzelunternehmen organisierten Arztpraxen waren Teil einer Gruppenpraxis.

### Führungsart der Krankengeschichten in den Arztpraxen<sup>1</sup>, 2017

G5.22



<sup>1</sup> Arztpraxen und ambulante Zentren mit eigener Infrastruktur und einem Jahresumsatz von über 30 000 Franken

Quelle: BFS – Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)

© BFS 2019

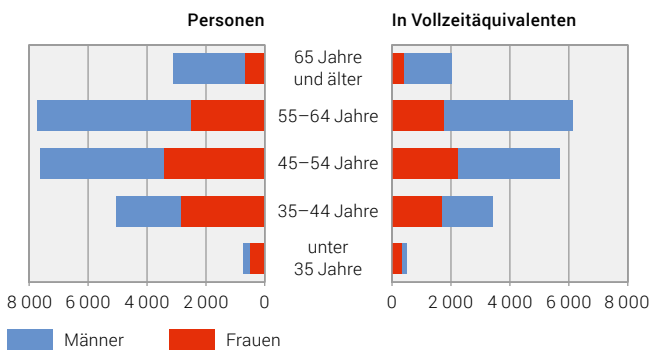
**Personal**

2017 waren in den Arztpraxen und ambulanten Zentren 24 424 Ärztinnen und Ärzte tätig (17 774 Vollzeitäquivalente). Ihr durchschnittliches Arbeitspensum betrug 7,3 Halbtage pro Woche.

Die Ärztinnen und Ärzte waren im Schnitt 53 Jahre alt. Der Frauenanteil lag bei 41%. Je tiefer die Altersklasse, desto höher ist der Frauenanteil (G5.23). Frauen wiesen in allen Altersklassen einen tieferen Beschäftigungsgrad auf als Männer. Beispielsweise betrug bei den 35- bis 44-jährigen Ärztinnen und Ärzten der Frauenanteil insgesamt 56%, in Vollzeitäquivalente umgerechnet hingegen nur 50%.

**Ärztinnen und Ärzte in den Arztpraxen<sup>1</sup> nach Alter und Geschlecht, 2017**

**G5.23**



<sup>1</sup> Arztpraxen und ambulante Zentren

Quelle: BFS – Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)

© BFS 2019

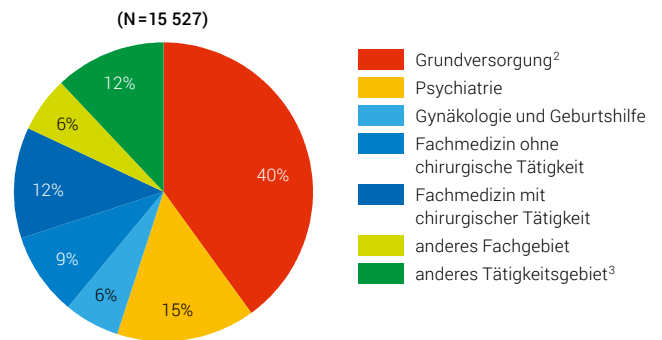
Von den Ärztinnen und Ärzten, die 2017 in Arztpraxen und ambulanten Zentren mit einem Jahresumsatz von mehr als 30 000 Franken und eigener Infrastruktur tätig waren, arbeiteten umgerechnet in Vollzeitäquivalente 40% in der ärztlichen Grundversorgung (G5.24). 15% waren auf Psychiatrie und 6% auf Gynäkologie und Geburtshilfe spezialisiert. Zwischen 1990 und 2017 nahm die Dichte der in Arztpraxen und ambulanten Zentren tätigen Ärztinnen und Ärzte stark zu, und zwar von 154 auf 222 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (G5.25).

Der nichtärztliche Personalbestand der Arztpraxen und ambulanten Zentren belief sich 2017 auf 58 824 Personen. Sie hatten einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 45%, was 26 254 Vollzeitäquivalente entspricht. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente waren 65% des nichtärztlichen Personals in der medizinischen Praxisassistenz (G5.26) und 19% in anderen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung (Physiotherapie, delegierte Psychotherapie usw.) tätig. 16% waren nicht in der Gesundheitsversorgung tätig (kaufmännische Leitung, Administration, Raumpflege usw.).

**Tätigkeitsgebiet der Ärztinnen und Ärzte in den Arztpraxen<sup>1</sup>, 2017**

In Vollzeitäquivalenten

**G5.24**



<sup>1</sup> Arztpraxen und ambulante Zentren mit eigener Infrastruktur und einem Jahresumsatz von über 30 000 Franken

<sup>2</sup> Facharzttitel: allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie; praktische Ärztin/praktischer Arzt

<sup>3</sup> Haupttätigkeit, die keinem Weiterbildungstitel des Arztes/der Ärztin entspricht

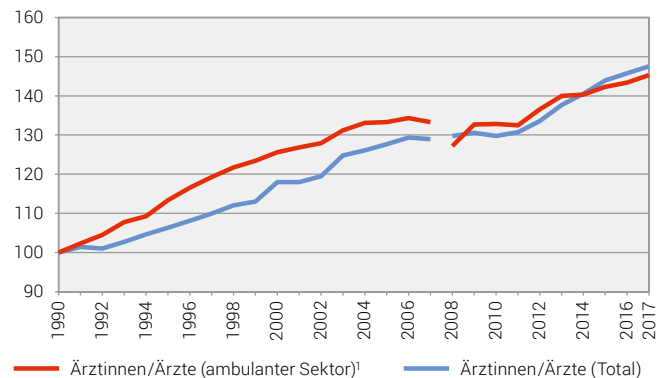
Quelle: BFS – Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)

© BFS 2019

**Entwicklung der Anzahl Ärztinnen/Ärzte**

Index der Anzahl Ärztinnen/Ärzte auf 100 000 Einwohner/innen, 1990=100

**G5.25**



<sup>1</sup> Methodenwechsel im Jahr 2008

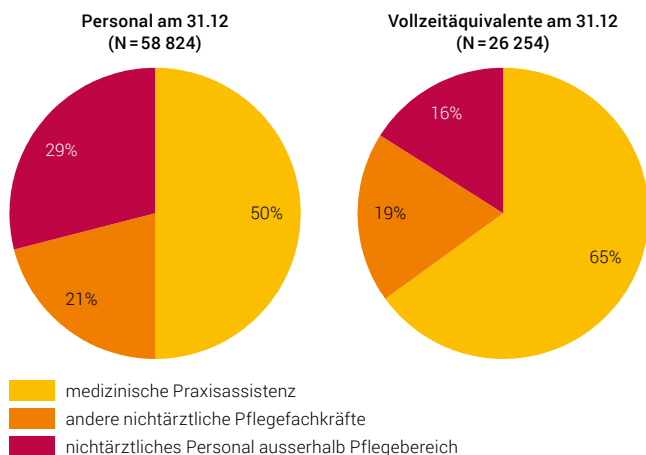
Quelle: FMH

© BFS 2019

## Nichtärztliches Personal der Arztpraxen<sup>1</sup>, 2017

Nach Berufsgruppe

G5.26



<sup>1</sup> Arztpraxen und ambulante Zentren mit eigener Infrastruktur und einem Jahresumsatz von über 30 000 Franken

Quelle: BFS – Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS) © BFS 2019

## Patientenschaft und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Die Patientenzahl im Median betrug an Standorten mit Grundversorgung 1147 (Anzahl Personen, die 2017 mindestens eine Leistung erhalten hatten), an solchen mit gemischtmedizinischer Versorgung 1006 und an solchen mit ausschliesslich spezialmedizinischer Versorgung 531. An Standorten von Aktiengesellschaften wurden zweieinhalb Mal mehr Patientinnen und Patienten (Medianwert: 2111) behandelt als an jenen von Einzelunternehmen (Medianwert: 839).

2017 suchten 74% der Männer und 88% der Frauen innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis auf. Diese Differenz ist vor allem auf gynäkologische Untersuchungen zurückzuführen. Die durchschnittliche Anzahl Arztbesuche pro Jahr belief sich in der Bevölkerung ab 15 Jahren auf rund 4,3 (G5.27). Sie wird durch die Personen mit grösserem Gesundheitsbedarf beeinflusst.

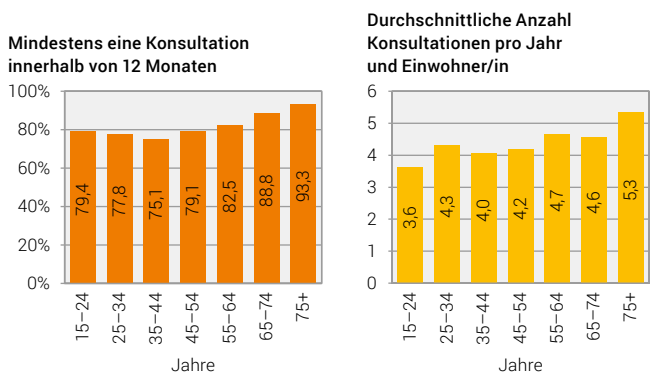
In den meisten Fällen wird eine Allgemeinmedizinerin oder ein Allgemeinmediziner aufgesucht. 71% der Bevölkerung hatten 2017 mindestens einmal eine Arztpraxis für Allgemeinmedizin aufgesucht (G5.28). Die durchschnittliche Anzahl Besuche in einer solchen Praxis betrug 2,3 pro Einwohnerin und Einwohner. Sie nimmt mit steigendem Alter stark zu, insbesondere ab 75 Jahren. 43% waren 2017 bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin (hier ohne Gynäkologie), ohne dass sich dort das Alter wesentlich auf die Besuchshäufigkeit auswirkt. Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss suchten häufiger Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner auf als solche mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (78% gegenüber 66%), dafür seltener die Praxis von Spezialistinnen bzw. Spezialisten (41% gegenüber 45%).

Seit 2002 ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Arztbesuch innerhalb der letzten zwölf Monate stabil geblieben. Die Zahl jener, die eine Spezialistin oder einen Spezialisten aufsuchen, ist hingegen in den letzten 15 Jahren sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gestiegen (G5.28).

## Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G5.27

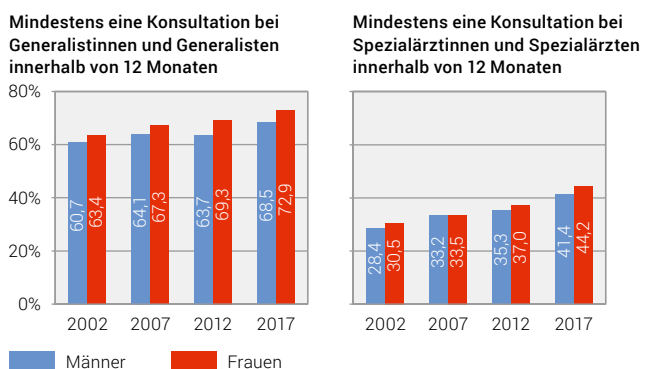


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

## Konsultationen bei Generalist/innen oder Spezialist/innen

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G5.28



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

## Finanzen

Als Einzelunternehmen organisierte Arztpraxen verzeichneten 2017 Einnahmen in Höhe von 428 000 Franken (Medianwert) und Ausgaben in Höhe von 263 000 Franken (Medianwert), jene mit einer anderen Rechtsform (z. B. Aktiengesellschaft oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung) Einnahmen in Höhe von 1,2 Millionen Franken und Ausgaben in Höhe von 1 Million Franken (Medianwerte). Hochgerechnet auf die Patientenzahl der einzelnen Standorte lag der Jahresmedianwert der Ausgaben für die Arztpraxen und ambulanten Zentren mit einem einzigen Standort bei 412 Franken pro behandelter Person.

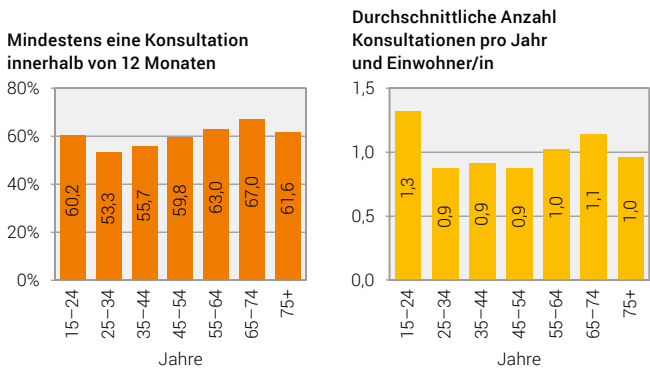
## 5.5 Weitere Leistungserbringer

Die zahnmedizinische Versorgung wurde 2017 durch 4 361 Zahnärztinnen und Zahnärzte sichergestellt, was 51 Zahnärztinnen und Zahnärzten pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht.

### Konsultationen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G5.29



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

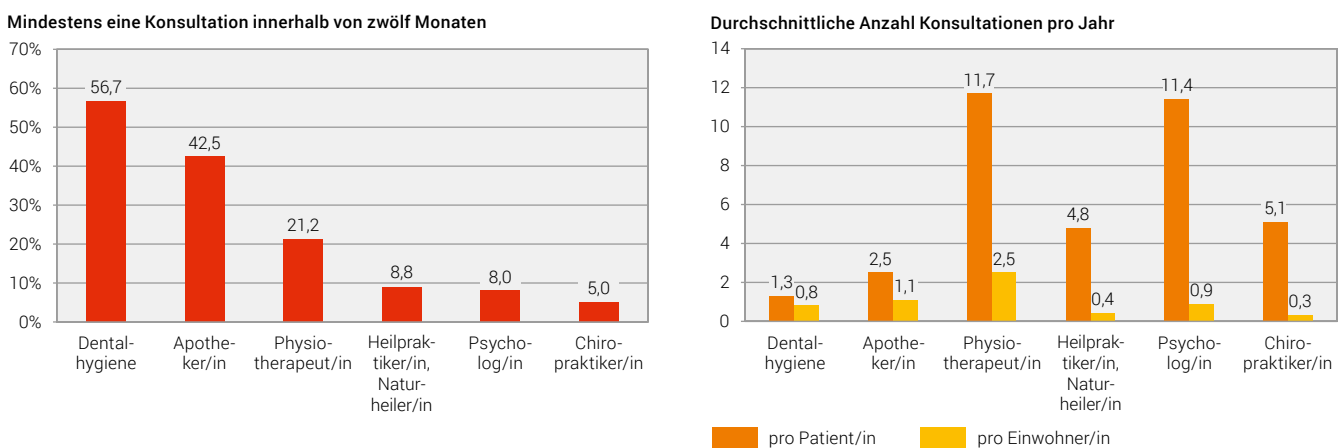
60% der Bevölkerung suchten mindestens einmal innert Jahresfrist eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf (G5.29). Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss taten dies etwas seltener als jene mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (53% gegenüber 60%). Zudem nahmen 57% der Bevölkerung Leistungen einer Dentalhygienikerin oder eines Dentalhygienikers in Anspruch.

Häufig werden auch Apotheken für eine medizinische Beratung aufgesucht (G5.30). Seltener ist die Inanspruchnahme von physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Diensten. Werden Letztere beansprucht, ist jedoch eine häufige Konsultation zu beobachten. Patientinnen und Patienten in physiotherapeutischer Behandlung bezogen im Schnitt zwölf Mal entsprechende spezialmedizinische Leistungen, jene in psychologischer Behandlung elf Mal.

### Konsultationen bei weiteren Leistungserbringern, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G5.30



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) © BFS 2019

### 5.6 Informelle Hilfe

Ein Teil der Bevölkerung benötigt Pflege oder ist bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfeleistungen tragen zur Gesundheit und zum Wohlergehen der betroffenen Menschen bei und können in einigen Fällen einen Übertritt in eine Institution (z. B. Alters- und Pflegeheim) vermeiden. Neben den professionellen Spitex-Diensten (→ Kapitel 5.3) tragen die Angehörigen, Freunde und Bekannten – zu unterschiedlichen Anteilen – zur benötigten Hilfe bei.

#### Erhaltene informelle Hilfe

2017 erhielten 13% der Bevölkerung, 10% der Männer und 15% der Frauen, innerhalb von zwölf Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder der Nachbarschaft (G5.31). Dieser Anteil variierte bei der Altersgruppe bis 84 Jahre kaum und stieg dann in der obersten Altersgruppe stark an: bei den Frauen ab 85 Jahren auf 38%, während er bei den gleichaltrigen Männern deutlich tiefer blieb (20%).

Gemäss den Empfängerinnen und Empfängern handelte es sich bei der erhaltenen Hilfe in den meisten Fällen um Hilfe im Haushalt (80%) und lediglich in 28% der Fälle um Kranken- oder Körperpflege. 72% der Empfängerinnen und Empfänger nahmen Fahrdienste, moralische Unterstützung oder Hilfe bei administrativen Aufgaben in Anspruch (mehrere Antworten möglich). Das familiäre Umfeld spielt eine wichtige Rolle. 87% der Hilfeleistungen wurden von Haushaltsmitgliedern, 45% von Familienangehörigen oder Verwandten ausserhalb des Haushalts und 26% von Freunden, Bekannten oder der Nachbarschaft erbracht. 4% gaben an, Hilfe von einem Verband, einer Kirche oder einer anderen Organisation erhalten zu haben.

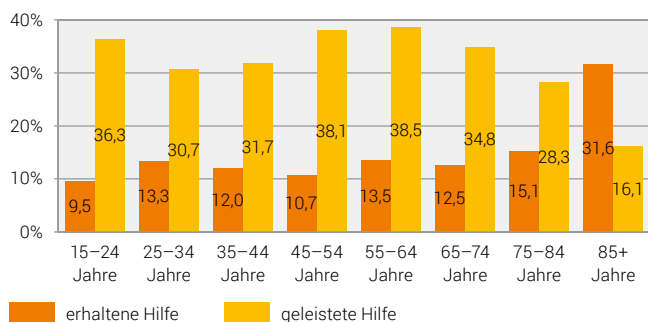
## Geleistete informelle Hilfe

2017 erbrachten 17% der Männer und 23% der Frauen mindestens einmal pro Woche – ohne dafür bezahlt zu werden – Hilfeleistungen für andere Personen. Sie besuchten Kranke, Menschen mit Behinderungen oder ältere Menschen, halfen ihnen im Haushalt, brachten Mahlzeiten oder leisteten Transportdienste. Der Anteil der Hilfeleistenden war bei den 45- bis 74-Jährigen am höchsten (G5.31).

Familienmitglieder und Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben (52%), nahmen am häufigsten Hilfeleistungen in Anspruch; gefolgt von den Personen aus dem eigenen Haushalt (34%) sowie den Freunden, Bekannten oder der Nachbarschaft (30%). 8% der Hilfe leistenden Personen gaben an, diese über einen Verband, eine Kirche oder eine andere Organisation erbracht zu haben. Die Hilfe im Haushalt war deutlich häufiger als Kranken- oder Körperpflege (70% gegenüber 22%). Letztere wurde vor allem innerhalb des eigenen Haushalts geleistet. Der Anteil der Hilfe leistenden Personen war bis im fortgeschrittenen Alter (84 Jahre) deutlich höher als der Anteil der Hilfeempfängerinnen und -empfänger.

## Informelle Hilfe, 2017

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb eines Jahres **G5.31**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

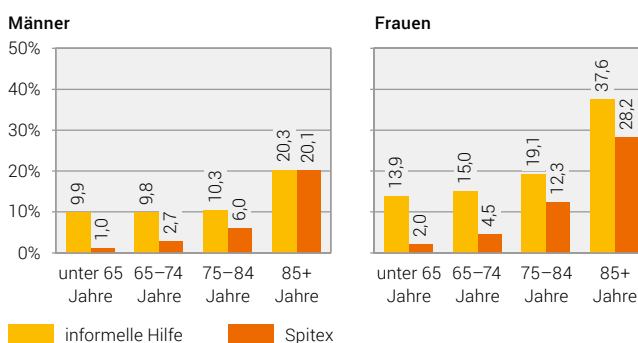
## Informelle Hilfe und Spitex

3% der Bevölkerung nahmen Spitexleistungen in Anspruch. Bei den 75- bis 84-Jährigen lag der Anteil bei 9% und bei den Personen ab 85 Jahren bei 25% (G5.32). Auch hier war der Anteil bei den Frauen höher und nahm mit steigendem Alter zu, insbesondere ab 75 Jahren.

Professionelle Hilfe und Pflege zu Hause durch Spitexdienste sind kein Ersatz für informelle Hilfe: 59% der Personen, die Spitexleistungen in Anspruch nahmen, erhielten zusätzlich noch informelle Hilfe. Personen unter 65 Jahren nehmen nicht selten informelle Hilfe in Anspruch, Spitexleistungen beziehen sie jedoch kaum (12% gegenüber 1%).

## Inanspruchnahme von informeller Hilfe und der Spitex, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, innerhalb eines Jahres **G5.32**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019





# Gesundheitsausgaben

14 Gesundheit

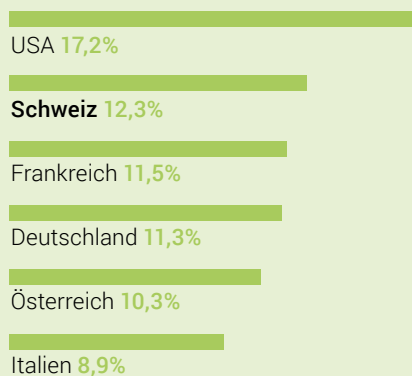
2017<sup>P</sup>

In Franken

82,5  
Milliarden Franken



12,3%  
im Verhältnis zum  
Bruttoinlandprodukt  
(BIP)



Wichtigste Leistungsarten

26,5%  
ambulante  
Kurativbehandlung

19,0%  
stationäre  
Kurativbehandlung

19,3%  
Langzeitpflege

16,6%  
Gesundheitsgüter



Wichtigste Leistungserbringer

35,2%  
Spitäler

15,9%  
sozialmedizinische  
Institutionen

19,8%  
Arztpraxen und  
ambulante Zentren

4,8%  
Zahnarztpraxen



814 Fr.

monatliche Gesundheitsausgaben  
pro Kopf – wichtigste  
Finanzierungsträger



<sup>P</sup> provisorische Daten

Quelle: BFS – COU

www.statistik.ch

© BFS 2019

91-91401-02-2019

# 6 Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

## 6.1 Kosten des Gesundheitswesens

Die Kosten für die vom Gesundheitswesen erbrachten Leistungen betragen 2017 82,5 Milliarden Franken, was 12,3% des Bruttoinlandprodukts entsprach. Seit 1995 sind sie im Durchschnitt um 3,7% pro Jahr gewachsen, wobei die Wachstumsrate zwischen 1,4% (2006) und 6,4% (2001) schwankte. Bei allen Leistungsarten war ein nahezu ununterbrochenes Wachstum beobachtbar, und die prozentuale Aufteilung zwischen den einzelnen Leistungsarten hat sich seit 2010 kaum verändert.

### Gesundheitskosten pro Kopf

2017 entfielen auf jede in der Schweiz wohnhafte Person Gesundheitskosten von monatlich 814 Franken (G6.1). Die vier Leistungsarten ambulante Kurativbehandlung (216 Franken), Langzeitpflege (157 Franken), stationäre Kurativbehandlung (155 Franken) und Gesundheitsgüter (135 Franken) machen dabei über vier Fünftel der Gesamtkosten aus.

### Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht

Die Gesundheitskosten steigen mit zunehmendem Alter stark an (G6.2), weshalb die 61-jährigen und älteren Personen etwa gleich hohe Kosten verursachten wie die unter 61-jährigen, obwohl erstere 2017 nur 22,8% der Gesamtbevölkerung ausmachten. Noch ausgeprägter ist dieser Effekt im hohen Alter: Personen ab 76 Jahren verursachen 28,2 % der Gesundheitskosten, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nur 7,8% beträgt. Daraus darf allerdings nicht gefolgert werden, dass das Kostenwachstum vor allem auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sei. Weitaus der grösste Teil der Gesundheitskosten fällt nämlich unabhängig vom Alter im letzten halben Lebensjahr an. Das heisst, mit höherer Lebenserwartung nehmen auch die Anzahl Jahre in guter Gesundheit (und daher mit vergleichsweise tiefen Gesundheitskosten) zu.

Frauen verursachten 56,3% und Männer 43,7% der Gesundheitskosten. In den einzelnen Altersklassen ergibt sich aber jeweils ein unterschiedliches Bild: Bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren haben Mädchen rund 14,9% geringere Gesundheitskosten als Knaben, was durch eine allgemein schwächere Konstitution (zum Beispiel Säuglingssterblichkeit) und grösseren Unfallhäufigkeit von Knaben erklärt werden kann. Mit Eintritt ins gebärfähige Alter steigen die Gesundheitskosten der Frauen

infolge von Schwangerschaften und Geburten stark an. In der Altersklasse 31 bis 35 ist der Kostenunterschied zwischen den Geschlechtern deshalb – unter Aussenvorlassung der Personen ab 86 Jahren – am grössten, liegt doch auch das häufigste Alter gebärender Mütter (32 Jahre) in dieser Altersklasse. Anschließend nimmt die Differenz zwischen den Geschlechtern mit steigendem Alter wieder ab. Erst ab dem Alter 71 überwiegen die Kosten der Frauen wegen deren zahlenmässigen Dominanz erneut.

### Gesundheitskosten im gesamtwirtschaftlichen Kontext

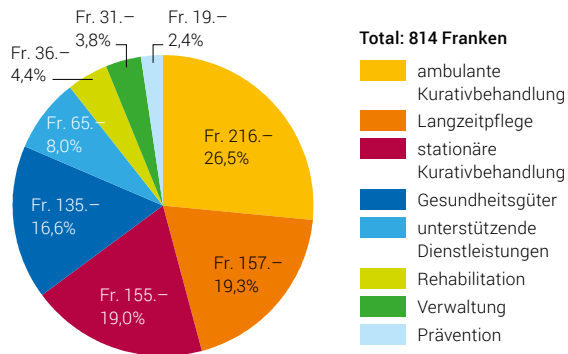
Für die gesamtwirtschaftliche Beurteilung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist das Verhältnis der Gesundheitskosten zum Bruttoinlandprodukt (BIP) der bevorzugte Indikator. Bedingt durch niedriges Wirtschaftswachstum während der 90er-Jahre stieg dieser Indikator von 7,8% (1990) auf 10,9% im Jahr 2004. Von 2005 bis 2008 wuchs das Bruttoinlandprodukt wieder stärker als die Gesundheitskosten, weshalb das Verhältnis zum BIP 2007 wieder auf 10,0% sank. In 2009 war ein Rückgang des BIPs um –1,9% zu vermelden, sodass der Indikator auf 10,8% stieg, sich aber bis 2011 stabilisierte. Seitdem wächst das Verhältnis zum BIP jährlich im Durchschnitt um etwa 0,2 Prozentpunkte.

In der Rangfolge der OECD-Länder, basierend auf dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, steht 2017 die Schweiz an zweiter Stelle (G6.3). Allerdings ist auch die Lebenserwartung in der Schweiz mit 83,6 Jahren die zweithöchste (nach Japan mit 84,2 Jahren). Die OECD bescheinigt denn auch der Schweiz ein für jeden zugängliches, qualitativ hochwertiges und leistungsstarkes Gesundheitssystem. Andererseits verweist sie auch auf andere OECD-Länder, die mit einem geringeren Ressourceneinsatz gleichwertige Leistungen im Gesundheitswesen erbringen.

## Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in, 2017<sup>P</sup>

Franken pro Monat

G6.1



<sup>P</sup> provisorische Daten

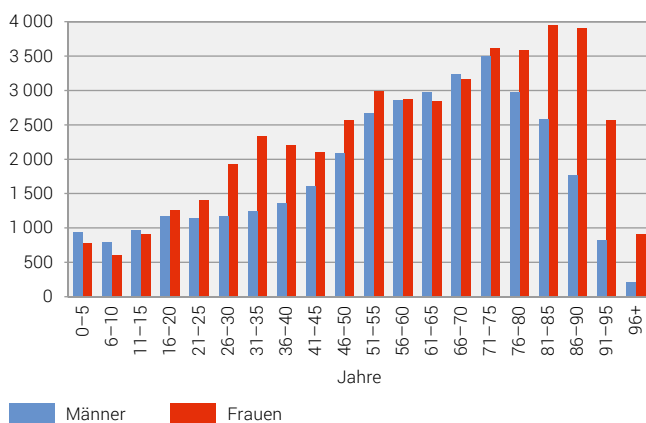
Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2019

## Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2017<sup>P</sup>

Millionen Franken

G6.2



<sup>P</sup> provisorische Daten

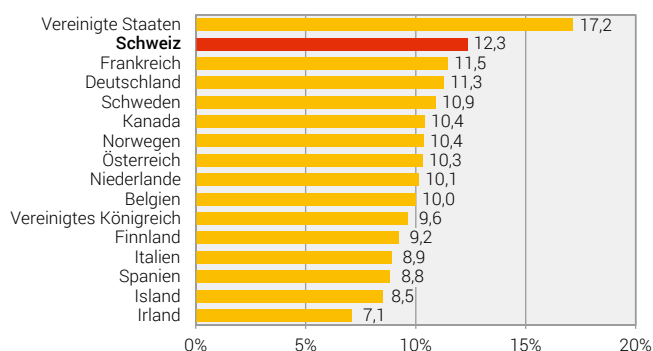
Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2019

## Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2017<sup>P</sup>

Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt

G6.3



<sup>P</sup> provisorische Daten

Quellen: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU); OECD, Health Statistics 2019

© BFS 2019

## 6.2 Finanzierung des Gesundheitswesens

Die Institutionen des Gesundheitswesens erhalten die Mittel für die Erbringung ihrer Leistungen von unterschiedlichster Seite, insbesondere von den Kantonen und Gemeinden, Sozial- und Privatversicherungen sowie den Privathaushalten. Die Versicherungsgesellschaften refinanzieren sich aber ihrerseits bei den Privathaushalten (mittels Versicherungsprämien, Franchisen und Selbstbehalten), bei den Unternehmen oder durch staatliche Prämienbeiträge. Daher spielt es eine Rolle, an welcher Stelle die Analyse solcher verketteter Zahlungsflüsse ansetzt.

### Finanzierung durch Finanzierungsregimes

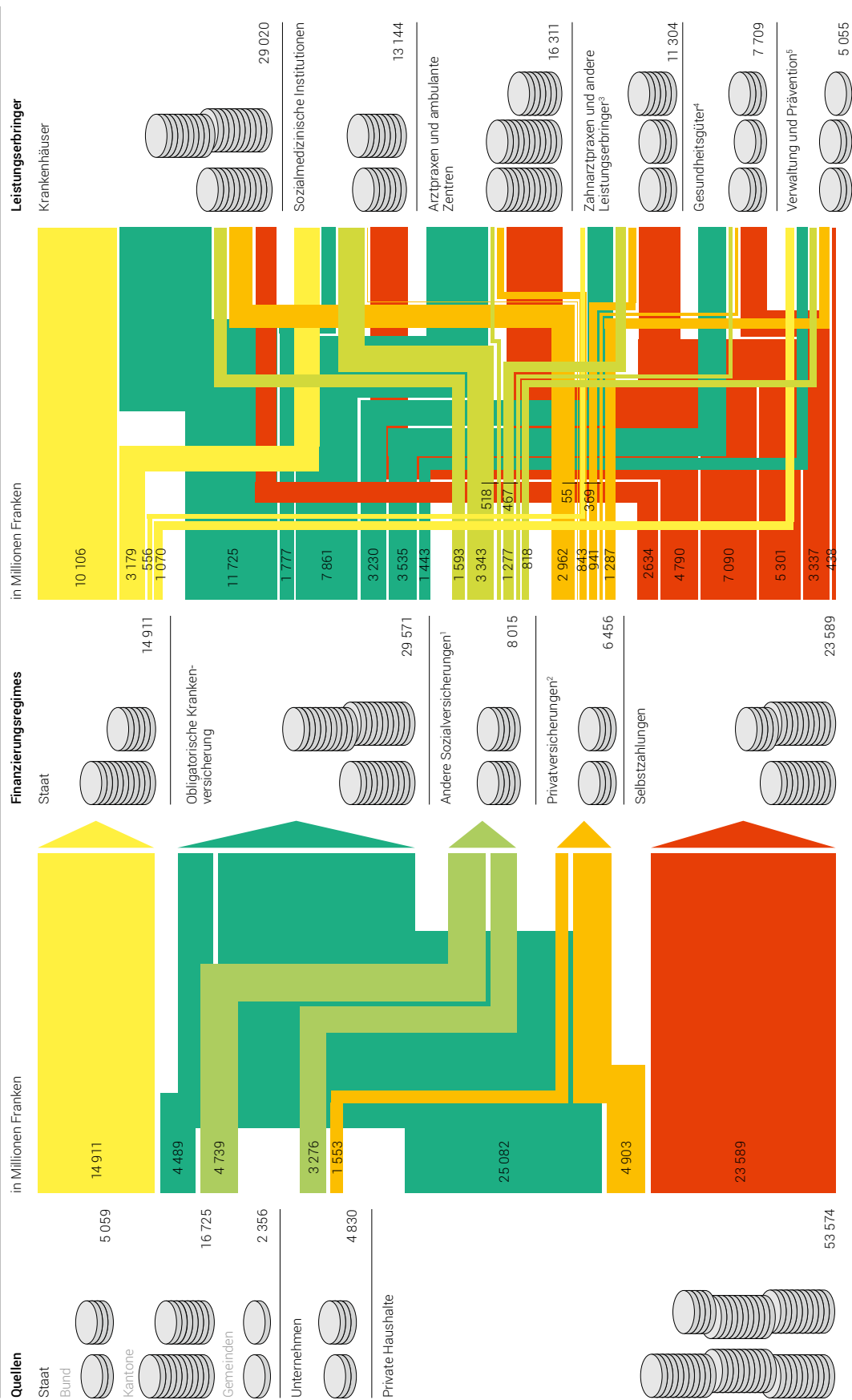
Bei der Analyse der Finanzierungsregimes wurden die vorläufigen Kostenträger betrachtet, welche den Leistungserbringern ihre Leistungen bezahlen. Den grössten Anteil von 35,8% bezahlten 2017 die obligatorische Krankenversicherung, während andere Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung, die AHV und IV sowie die Militärversicherung mit zusammen 6,1% weit weniger ins Gewicht fallen (G6.4). Zweitwichtigstes Finanzierungsregime waren mit einem Anteil von 28,6% die Privathaushalte, dies in Form von Selbstzahlungen für Leistungen, darunter fallen auch Kostenbeteiligungen.

Die öffentlichen Haushalte hatten 2017 einen Anteil von 18,1% an den Finanzierungsregimes, wobei die Kantone die Hauptlast trugen (15,7%). Diese vergeben Subventionen an die Krankenhäuser, sozialmedizinische Institutionen oder Spitex-Einrichtungen und erbringen Dienstleistungen zu Gunsten der Bevölkerung (öffentliches Gesundheitswesen, Prävention und Rettungsdienste). Eine weit geringere Rolle spielten hingegen mit 6,5% die Privatversicherungen, mit 3,6% die andere öffentliche Finanzierung, also (hauptsächlich Ergänzungsleistungen AHV/IV) sowie mit 1,3% die «anderen privaten Finanzierungen» in Form von Spenden oder Legaten an Organisationen ohne Erwerbscharakter.

Je nach Leistungskategorie können sich die Finanzierungsanteile jedoch stark unterscheiden (G6.5): Der Anteil der Finanzierung durch die Privathaushalte ist bei der Zahnbehandlung am grössten. Während die stationäre Versorgung weitgehend durch den Staat und die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt wird, muss die ambulante Versorgung (durch Krankenhäuser, Ärzte oder andere Dienstleister) mit Ausnahme der Spitex ohne staatliche Beihilfen auskommen. Sie erhält dafür bedeutende Mittel von anderen Sozialversicherungen sowie von den Privatversicherungen (auf der Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes VVG).

G 6.4

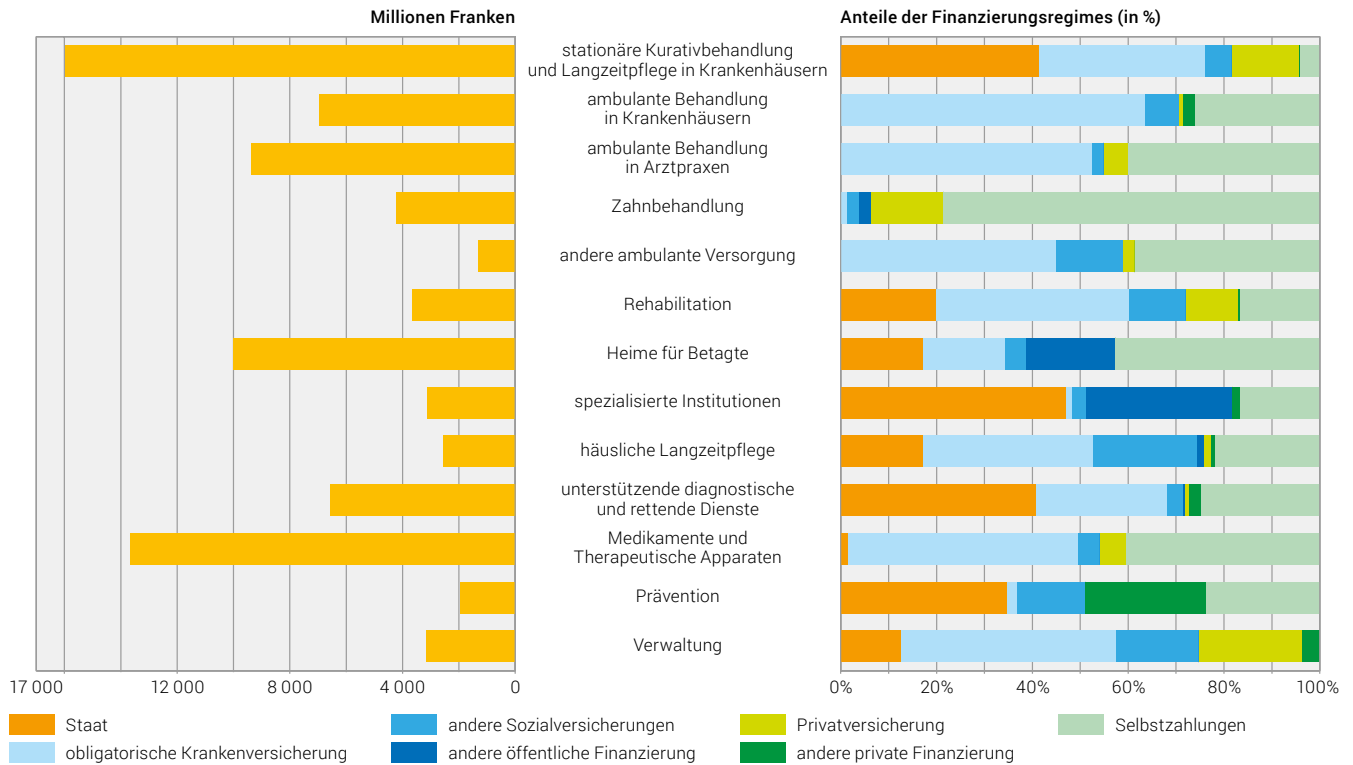
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017<sup>p</sup>



<sup>p</sup> provisorische Daten  
<sup>1</sup> inkl. andere öffentliche Finanzierung  
<sup>2</sup> inkl. andere private Finanzierung  
<sup>3</sup> ambulante und unterstützende LE, z. B. Psycho-, Physiotherapeuten, Spitzex, Labors, Transportdienste  
<sup>4</sup> inkl. Importe  
<sup>5</sup> Staat, Versicherer und Organisationen für Prävention und Unterstützung  
 Quelle: BFS – Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens © BFS, Neuchâtel/2019

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten, 2017<sup>P</sup>

G6.5



<sup>P</sup> provisorische Daten

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2019

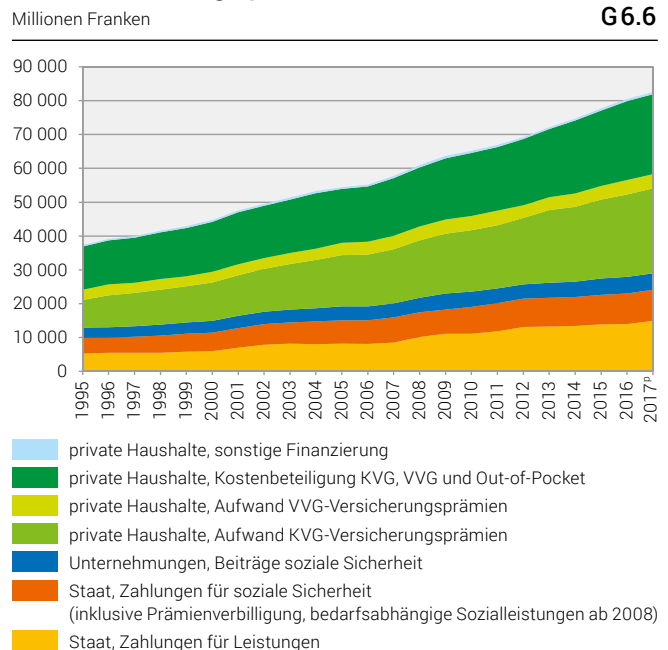
Finanzierung nach Quellen

Bei der Analyse der Finanzierung nach Quellen wird untersucht, welchen Anteil an den Lasten des Gesundheitswesens die drei Sektoren im Wirtschaftskreislauf einer Volkswirtschaft, also Staat, Unternehmen und Privathaushalte, letztendlich tragen. Dabei werden die Prämien für die (obligatorische und privaten) Krankenversicherungen den einzelnen Haushalten zugerechnet, während Transferleistungen wie die Prämienverbilligung, die Sozialhilfe sowie die Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung der AHV und IV beim Staat (Bund, Kantone) verbucht werden.

Bei dieser Betrachtungsweise finanzierten 2017 die Haushalte 64,9% und die öffentliche Hand 29,2% der Gesundheitskosten (G6.6). Die Unternehmen kommen für Beiträge an die Unfallversicherung und an die Finanzierung der AHV/IV auf (Unternehmen führen Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- sowie Selbständigerwerbendenanteile an die Sozialversicherungen ab), was zu einem Finanzierungsanteil von 5,9% führte. Anteilsmässig haben sich die Lasten in der Periode 2012 bis 2017 nur wenig verändert: Der Finanzierungsanteil der Haushalte wuchs um zwei Prozentpunkte, während der Staat rund einviertel und die Unternehmen einviertel Prozentpunkt weniger bezahlten.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen

G6.6



<sup>P</sup> provisorische Daten  
 Retropolation 1995–2007  
 revidierte Daten

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2019

# Anhang

# 7 Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>ASTRA</b>	Bundesamt für Strassen
<b>BAFU</b>	Bundesamt für Umwelt
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BASPO</b>	Bundesamt für Sport
<b>BEVNAT</b>	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>BFU</b>	Beratungsstelle für Unfallverhütung
<b>BIP</b>	Bruttoinlandprodukt
<b>BMI</b>	Body-Mass-Index
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>CoD</b>	Todesursachenstatistik
<b>COU</b>	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
<b>ESPOP</b>	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (1981–2010)
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>HIV/AIDS</b>	Humane Immundefizienz-Virus-Infektion/ Erworbenes Immunschwäche-Syndrom
<b>ICD-10</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>KKR</b>	Kantonale Krebsregister
<b>KS</b>	Krankenhausstatistik
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
<b>MS</b>	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
<b>NICER</b>	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>SAKE</b>	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
<b>SGB</b>	Schweizerische Gesundheitsbefragung
<b>SILC</b>	Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz
<b>SKKR</b>	Schweizer Kinderkrebsregister
<b>SNC</b>	Swiss National Cohort
<b>SOMED</b>	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
<b>SPITEX</b>	Hilfe und Pflege zu Hause
<b>SSO</b>	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
<b>SSUV</b>	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung
<b>StatLPMA</b>	Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung
<b>STATPOP</b>	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
<b>VGR</b>	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation



## 8 Glossar

### **Altersstandardisierte Rate oder standardisierte Rate**

Ein zusammenfassendes Mass der Rate, die in einer Bevölkerung verzeichnet würde, wenn diese eine Standardstruktur hätte. Die Standardisierung ist nötig, um die Mortalität von Bevölkerungen miteinander vergleichen oder deren Entwicklung über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgen zu können, indem die mit der Altersstruktur der Bevölkerung verbundenen Auswirkungen (z. B. die demografische Alterung) ausgeschaltet werden. Meist wird dafür die internationale oder die europäische Standardpopulation herangezogen.

### **Ambulante Behandlung im Spital**

Weniger als 24 Stunden dauernde Untersuchung oder Behandlung ohne Bettaufenthalt in einer Einrichtung zur stationären Behandlung. Dialysen und Bestrahlungen gelten als ambulante Behandlungen.

### **Armutsgefährdung**

Auf internationaler Ebene ist die Berechnung von Armutsgefährdungsquoten üblich, die an «relativen» Schwellenwerten bemessen werden. Als armutsgefährdet gelten Personen in Haushalten mit einem Einkommen (ohne Vermögen), das deutlich unter dem üblichen Einkommensniveau im betreffenden Land liegt. Die Armutsgefährdungsschwelle wird auf Ebene der Europäischen Union (EU) vereinbarungsgemäss bei 60% des verfügbaren medianen Äquivalenzeinkommens des Haushalts angesetzt. Von erheblicher Armutsgefährdung wird gesprochen, wenn die Grenze bei 50% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens liegt.

### **Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten**

Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten resultiert aus der Umrechnung des Arbeitsvolumens (gemessen als Beschäftigte oder Arbeitsstunden) in Vollzeitbeschäftigte. Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten ist definiert als das Total der geleisteten Arbeitsstunden dividiert durch das Jahresmittel der Arbeitsstunden, die durch Vollzeitbeschäftigte erbracht werden.

### **Bildungsstand**

Das erreichte Bildungsniveau kann in drei Hauptkategorien eingeteilt werden: obligatorische Schule (in der Regel neun Schuljahre auf der Primarstufe und der Sekundarstufe I), Sekundarstufe II (berufsorientierte Ausbildungsgänge, die mit einem Diplom oder eidgenössischen Fähigkeitsausweis abschliessen, sowie allgemeinbildende Ausbildungsgänge mit gymnasialer Maturität oder in einer Fachmittelschule) und Tertiärstufe (universitäre Hochschulen, Fachhochschulen, höhere Berufsbildung).

### **Bruttoinlandprodukt (BIP)**

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) ist die Referenzgrösse zur Messung der wirtschaftlichen Leistung. Es ergibt sich aus der Summe der durch die ansässigen Wirtschaftsakteure erbrachten Wertschöpfung, zuzüglich der Steuern und abzüglich der Gütersubventionen. Das BIP wird zu laufenden Preisen sowie zu Preisen des Vorjahres berechnet. Das Wirtschaftswachstum wird durch die Veränderungsrate zu Preisen des Vorjahres ausgedrückt.

### **Durchschnittliche Hospitalisierungsdauer**

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird berechnet, indem die Anzahl Pflgetage durch die Anzahl Hospitalisierungen dividiert wird.

### **Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten**

Die Personen wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, (ohne Hilfe) folgende Verrichtungen auszuführen: a) essen, b) zu Bett gehen, vom Bett oder von einem Sessel aufstehen, c) sich ankleiden und ausziehen, d) zur Toilette gehen und e) zu baden oder zu duschen. Die Antwortmöglichkeiten waren: «ja, ohne Schwierigkeiten» (nicht eingeschränkt), «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (leicht eingeschränkt), «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» (stark eingeschränkt) oder «nein» (totale Einschränkung).

### **Franchise**

Im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist die Franchise der jährliche Betrag, den der bzw. die Versicherte selber übernehmen muss und bis zu dem der Versicherer keine Leistungen rückvergütet. Die Mindestfranchise beträgt 300 Franken pro Jahr für Erwachsene. Die Krankenversicherer können auch höhere Franchisen (bis 2500 Franken) anbieten.

### **Fünf-Jahres-Überlebensrate**

Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Diagnose z. B. ihrer Krebserkrankung noch leben, berechnet unter Berücksichtigung der altersspezifischen Mortalität der Gesamtbevölkerung.

### **Funktionelle Einschränkungen**

Die Personen wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, a) (allenfalls mit Brille) ein Buch oder eine Zeitung zu lesen oder fernzusehen (Sehvermögen), b) (allenfalls mit Hörgerät) einem Gespräch mit mindestens zwei Personen zu folgen (Hörvermögen), c) alleine (ohne Hilfe), ohne anzuhalten und ohne grössere Beeinträchtigungen zu gehen (Gehvermögen) oder d) zu sprechen (Sprechvermögen). Die Antwortmöglichkeiten waren: «ja, ohne Schwierigkeiten»

(nicht eingeschränkt), «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (leicht eingeschränkt), «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» (stark eingeschränkt) oder «nein» (totale Einschränkung). Beim Gehvermögen lauteten die möglichen Antworten: «200 Meter oder mehr» (nicht eingeschränkt), «mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter» (leicht eingeschränkt), «nur einige Schritte» (stark eingeschränkt) und «kann überhaupt nicht gehen» (totale Einschränkung).

### **Geburtszange (Forceps)**

Zangenförmiges Instrument mit zwei Blättern (Löffeln) am Vorderteil, die den Kindskopf umfassen, um die Extraktion des Kindes bei gewissen Entbindungen zu unterstützen.

### **Grossregionen**

Die Schweiz ist zu statistischen Zwecken in sieben Grossregionen unterteilt: Genferseeregion (Waadt, Wallis, Genf), Espace Mittelland (Bern, Freiburg, Solothurn, Neuenburg, Jura), Nordwestschweiz (Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau), Zürich (Zürich), Ostschweiz (Glarus, Schaffhausen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, St. Gallen, Graubünden, Thurgau), Zentralschweiz (Luzern, Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Zug), Tessin (Tessin).

### **Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n)**

Im Rahmen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist die Hauptdiagnose als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten war. Komorbiditäten werden in Form von Nebendiagnosen dokumentiert. Die Kodierung der Diagnosen erfolgt nach Krankheitsgruppen und spezifischen Organen, die in 21 Kapitel eingeordnet sind (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, ICD-10).

### **Hormonersatztherapie**

Behandlung mit Geschlechtshormonen, in der Regel zur Linderung von Wechseljahrbeschwerden.

### **Hospitalisierungsrate**

Die Hospitalisierungsrate entspricht der Anzahl behandelter Personen oder Behandlungsfälle im Wohnkanton im Verhältnis zur Bevölkerung des Kantons.

### **Inzidenz**

Anzahl der Neuerkrankungsfälle bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird im Allgemeinen als Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.

### **Ischämische Herzkrankheiten**

Die ischämischen Herzkrankheiten umfassen einen Komplex von Störungen und Krankheitsbildern infolge einer Unterbrechung oder Beeinträchtigung der Durchblutung der Herzmuskulatur, denen in der Regel eine Atherosklerose der Koronararterien zugrunde liegt. Sie manifestieren sich durch verschiedene

Syndrome: akute Koronarsyndrome und Myokardinfarkt, Angina pectoris, chronische ischämische Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen oder auch plötzlicher Tod.

### **Komorbidität**

Eines oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende Krankheits- oder Störungsbilder.

### **Kongenital**

Bei der Geburt vorhanden und durch intrauterine Einflüsse erworben.

### **Lebenserwartung**

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden (weiteren) Lebensjahre eines Menschen unter Berücksichtigung der aktuellen altersspezifischen Sterbeziffer.

### **Lebenserwartung bei guter Gesundheit**

Durchschnittliche Zahl der (bei Geburt) zu erwartenden Lebensjahre in guter Gesundheit. Eine gute Gesundheit wird definiert als ein guter oder sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. Der Indikator verbindet Informationen über Mortalität und Morbidität. Er reagiert sehr empfindlich auf methodische Veränderungen, selbst auf sehr geringfügige.

### **Materielle Entbehrung**

Anhand der materiellen Entbehrung kann die soziale Ausgrenzung in absoluten Zahlen gemessen werden, dies im Unterschied zur Armutsgefährdung, die auf einer relativen Schwelle basiert. Eine Situation materieller Entbehrung wird definiert als finanziell bedingter Mangel von mindestens drei der folgenden neun Elemente: keine Zahlungsrückstände haben; in der Lage sein, innerhalb eines Monats unerwartete Ausgaben in Höhe von 2500 Franken zu tätigen; mindestens eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause verbringen zu können; sich jeden zweiten Tag eine vollwertige Mahlzeit leisten zu können; die Wohnung ausreichend heizen zu können; im Besitz einer Waschmaschine sein; im Besitz eines Farbfernsehers sein; im Besitz eines Computers sein; im Besitz eines Autos sein. Von erheblicher materieller Entbehrung wird bei einem Mangel von mindestens vier der neun Elemente gesprochen.

### **Median**

Der Median oder Zentralwert teilt die beobachteten Werte (und Ordinatenwerte nach Grösse) in zwei gleich grosse Hälften. Die eine Hälfte der Werte liegt über, die andere unter dem Median. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel wird der Median nicht durch Extremwerte beeinflusst.

### **Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (PMA)**

Medizinische Methoden, die es Paaren ermöglichen sollen, ein Kind zu bekommen. Dazu gehören insbesondere die Stimulierung des Eisprungs, die künstliche Insemination (mit Spermia des Partners oder eines Sponsors) und die In-vitro-Fertilisation.

### **Menschen mit Behinderungen gemäss Behindertengleichstellungsgesetz**

Das BFS definiert «Menschen mit Behinderungen gemäss Gleichstellungsgesetz» als Personen, die ein dauerhaftes Gesundheitsproblem haben und die bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens (stark oder etwas) eingeschränkt sind. Gemäss Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) handelt es sich bei einer Behinderung um Einschränkungen bei der Teilhabe am sozialen Leben aufgrund einer Schädigung oder eines dauerhaften Gesundheitsproblems. Diese Definition beruht auf einem sozialen Verständnis der Behinderung («ich kann mich nicht frei bewegen»), das sich von der medizinischen Dimension («ich bin querschnittsgelähmt») und dem Begriff der Invalidität («meine Gesundheit hindert mich daran, meinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten») unterscheidet. Nach diesem Ansatz kann die Person selbst am besten einschätzen, ob sie behindert ist oder nicht.

### **Mortalität**

Häufigkeit von Todesfällen bezogen auf eine definierte Bevölkerung und eine festgelegte Zeitspanne.

### **Pränatalscreening/-diagnostik**

Medizintechnische Untersuchungen am ungeborenen Kind (Embryo oder Fötus) zur frühzeitigen Erkennung allfälliger schwerer Erkrankungen oder Fehlbildungen. Dabei wird zwischen Ultraschalluntersuchungen und genetischen Analysen unterschieden.

### **Saugglocke (Vakuumentraktor)**

Kunststoff- oder Metallsaugglocke, die auf den kindlichen Kopf aufgesetzt wird, um die Extraktion des Kindes bei gewissen Entbindungen zu unterstützen.

### **Selbstbehalt**

Im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) haben die Versicherten 10% der die Franchise übersteigenden Kosten selbst zu tragen, wobei der Selbstbehalt pro Kalenderjahr auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder unter 18 Jahren beschränkt ist.

### **Sozialer Gradient**

Die WHO spricht von sozialen Gradienten, um den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand zu beschreiben, wobei sozial benachteiligte Personen in der Regel eine weniger gute Gesundheit haben.

### **Staatsangehörigkeit (Ländergruppen)**

Die Herkunftsländer von in der Schweiz wohnhaften ausländischen Staatsangehörigen werden in vier Gruppen eingeteilt: *Nord- und Westeuropa*: Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Grossbritannien, Irland, Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden, Monaco; *Südwesteuropa*: Portugal, Spanien, Italien, Vatikanstadt, Malta, San Marino; *Südost- und Osteuropa*: Türkei, Serbien, Kroatien, Slowenien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Mazedonien, Kosovo, Albanien, Griechenland, Zypern, Bulgarien, Rumänien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Ungarn, Slowakei, Tschechische Republik, Moldawien, Russland, Ukraine, Weissrussland; *ausserhalb von Europa*: alle Länder ausserhalb von Europa.

### **Stationäre Behandlung**

Behandlung, Untersuchung oder Pflege während mindestens 24 Stunden mit Bettaufenthalt in einem Krankenhaus. Notfälle, die zu einer Hospitalisierung führen, Verlegungen in ein anderes Spital und Todesfälle innerhalb von weniger als 24 Stunden gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen.

### **Todesursache**

Für den Tod einer Person massgebendes Grundleiden oder äussere Ursache. Die Kodierung der Todesursachen erfolgt nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10).

### **Trisomie**

Chromosomenanomalie, bei der mindestens ein Chromosom nicht paarweise, sondern dreifach vorliegt. Bei der häufigsten Trisomie, der sogenannten Trisomie 21 (Down-Syndrom), ist das 21. Chromosom dreifach vorhanden.

### **Verlorene potenzielle Lebensjahre**

Indikator der vorzeitigen Mortalität. Die Zahl bezieht sich auf alle Sterbefälle, die vor Erreichen eines bei 70 Jahren angesetzten theoretischen Sterbealters erfolgen. Sie berechnet sich aus der Differenz zwischen dem effektiven Sterbealter und diesem theoretischen Sterbealter. Der Indikator kann auch als Quote ausgedrückt werden.

# 9 Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich<sup>1</sup>

## **Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)**

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) ist eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS), die seit 2007 die Einkommen und Lebensbedingungen der Schweizer Haushalte untersucht. Ziel dieser Erhebung ist die Untersuchung der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand europäisch vergleichbarer Indikatoren. Die SILC basiert in der Schweiz auf einer Zufallsstichprobe von rund 8000 Haushalten und 18 000 Personen.

## **Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)**

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) ist eine Synthesestatistik. Sie ist eine Synthese aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme rund um die Produktion, den Konsum und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres. Die Kosten werden nach Leistungserbringern und Leistungen aufgeschlüsselt und die Finanzierung wird nach Finanzierungsregimes und Finanzierungsquellen analysiert. Die Statistik wird jährlich produziert. Die nach dem neuen Modell ermittelten Daten sind ab 2010 verfügbar und wurden für die Vorjahre rückberechnet.

## **Krankenhausstatistik (KS)**

Die Krankenhausstatistik (KS) ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie bezweckt die Beschreibung der Infrastruktur und der Aktivitäten der Schweizer Spitäler und der Geburtshäuser nach folgenden Gesichtspunkten: Krankhaustyp, angebotene und erbrachte Dienstleistungen, Infrastruktur, Beschäftigung und Betriebsrechnung. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1997 verfügbar. Die Erhebung wurde 2010 revidiert, was die Vergleichbarkeit mit früheren Jahren erschwert.

## **Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)**

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) ist eine obligatorische Vollerhebung. Erfasst werden soziodemografische Informationen (Alter, Geschlecht und Wohnregion der Patienten), administrative Daten wie die Versicherungsart sowie medizinische Informationen zu den Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) und Behandlungen. Die Erhebung wird jährlich realisiert und von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt.

Die Daten sind ab 1998 verfügbar. Wenn in dieser Publikation von Diagnosen gesprochen wird, bezieht sich dies – sofern nicht anders angegeben – ausschliesslich auf die Hauptdiagnosen.

## **Nationale Krebsstatistik**

Die nationale Krebsstatistik ist eine Synthesestatistik. Sie liefert Informationen zum Stand und zur Entwicklung der Krebssterblichkeit und der Krebsneuerkrankungen in der Schweiz insgesamt und nach Krebslokalisierung. Die Daten zur Sterblichkeit basieren auf der Todesursachenstatistik. Jene zur Inzidenz stützen sich für die 0- bis 15-jährigen Kinder auf die Daten des 1976 gegründeten Schweizer Kinderkrebsregisters (SKKR) und im Übrigen auf die Daten der 14 kantonalen und interkantonalen Krebsregister, die vom Nationalen Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER) zusammengezogen und auf die ganze Schweiz hochgerechnet werden. Die Krebsregister decken folgende Kantone ab: AG (seit 2013), AI/AR (1980), BE (2014), BS/BL (1981), FR (2006), GE (1970), GL (1992), GR (1989), JU (2005), LU (2010), NE (1974), OW/NW (2011), SG (1980), TG (2012), TI (1996), UR (2011), VD (1974), VS (1989), ZG (2011) und ZH (1980). Die Statistik wird jährlich produziert. Die Daten sind beim NICER ab 1983 und beim BFS ab 1998 verfügbar.

## **Patientendaten Spital ambulant (PSA)**

Die Statistik der Patientendaten Spital ambulant ist eine obligatorische Vollerhebung. Erhoben werden sämtliche von den Kranken und Geburtshäusern fakturierten ambulanten Leistungen. Die gelieferten Daten geben detailliert Auskunft über die verrechneten Leistungen und enthalten insbesondere soziodemografische Informationen zu den Patientinnen und Patienten sowie Angaben zu den Garanten, den gestellten Diagnosen und zur angewandten Tarifstruktur. Die Daten sind ab 2015 verfügbar.

## **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)**

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ist eine Stichprobenerhebung. Seit 2010 ist sie Bestandteil der thematischen Erhebungen der Volkszählung. Die SGB liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Verhaltensweisen und das soziale Umfeld, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und über die Versicherungsverhältnisse. Sie ist in vielen Fällen die einzige Quelle, die repräsentative Daten auf nationaler Ebene zu diesen Themen bereitstellt. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt. Die Datenerhebung erfolgt als telefonisches Interview, dem sich ein schriftlicher Fragebogen anschliesst. Die

<sup>1</sup> wenn nicht anders angegeben, durch das Bundesamt für Statistik (BFS) realisiert.

SGB wird alle fünf Jahre durchgeführt. Die Daten sind ab 1992 verfügbar. Die jüngsten verfügbaren Daten stammen aus dem Jahr 2017 (22 134 befragte Personen).

#### **Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)**

Die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) ist eine obligatorische Vollerhebung. Erfasst werden gemeinnützige privatrechtliche und öffentlich-rechtliche Organisationen sowie ab 2010 private gewinnorientierte Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen, die Hilfe und Pflege zu Hause anbieten. Erhoben werden Informationen über die Rechtsform der Organisationen, das Dienstleistungsangebot, das Tätigkeitsgebiet, die Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Klientinnen und Klienten sowie die Betriebsrechnung. Die Erhebung wird seit 2007 vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt, zuvor war das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) dafür zuständig. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1998 verfügbar.

#### **Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (StatLPMA)**

Die Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (StatLPMA) ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie erfasst die Anzahl der Behandlungen mit Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sowie die Zahl der daraus resultierenden überzähligen Embryonen. Zudem informiert sie über das Ergebnis der Behandlungen und den Ausgang der Schwangerschaften. Die Statistik basiert auf den Angaben der meldenden Ärzte. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 2002 verfügbar.

#### **Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)**

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (SOMED) ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie bezweckt die Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit folgender Betriebe: Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Menschen mit Behinderungen und für Suchtkranke sowie Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen. Erhoben werden Informationen über die Infrastruktur, die Dienstleistungen, die Struktur der betreuten Klientinnen und Klienten sowie des Betreuungspersonals und die Betriebsrechnung. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1997 verfügbar. Die Erhebung über Institutionen für Menschen mit Behinderungen und für Suchtkranke sowie Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen deckt lediglich bis 2015 sämtliche Kantone ab.

#### **Statistik des Schwangerschaftsabbruchs**

Die Schwangerschaftsabbruchstatistik ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Ärzte (Meldepflicht). Die Schwangerschaftsabbruchstatistik liefert einen Überblick über die Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz. Die Daten sind ab 2004 verfügbar.

#### **Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)**

Die Statistik MAS ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie gibt Auskunft über die Struktur, die Funktionsweise und die Ressourcen der Arztpraxen und ambulanten Zentren. Der Fragebogen bezieht sich auf die Standorte, die Ausstattung, das Aus- und Weiterbildungsangebot sowie auf den finanziellen Aufwand und Ertrag

der Arztpraxen und ambulanten Zentren. Die Personendaten der Ärztinnen und Ärzten informieren über Alter, Geschlecht, Ausbildung und Beschäftigungsgrad. Die Daten sind ab 2015 verfügbar.

#### **Todesursachenstatistik (CoD)**

Die Todesursachenstatistik (CoD) ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter (Zivilstandsregister) und der die Todesfälle meldenden Ärzte. Sie liefert einen Überblick über das Sterbgeschehen und die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1876 verfügbar, ab 1969 in elektronischer Form. Seit 1995 erfolgt die Kodierung der Todesursachen basierend auf der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10), die auf ICD-8 folgte.



# Publikationsprogramm BFS

**Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat als zentrale Statistikstelle des Bundes die Aufgabe, statistische Informationen zur Schweiz breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen. Die Verbreitung geschieht gegliedert nach Themenbereichen und mit verschiedenen Informationsmitteln über mehrere Kanäle.**

## Die statistischen Themenbereiche

- 00 Statistische Grundlagen und Übersichten
- 01 Bevölkerung
- 02 Raum und Umwelt
- 03 Arbeit und Erwerb
- 04 Volkswirtschaft
- 05 Preise
- 06 Industrie und Dienstleistungen
- 07 Land- und Forstwirtschaft
- 08 Energie
- 09 Bau- und Wohnungswesen
- 10 Tourismus
- 11 Mobilität und Verkehr
- 12 Geld, Banken, Versicherungen
- 13 Soziale Sicherheit
- 14 Gesundheit
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19 Kriminalität und Strafrecht
- 20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21 Nachhaltige Entwicklung, regionale und internationale Disparitäten

## Die zentralen Übersichtspublikationen

### Statistisches Jahrbuch der Schweiz



Das vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Statistische Jahrbuch ist seit 1891 das Standardwerk der Schweizer Statistik. Es fasst die wichtigsten statistischen Ergebnisse zu Bevölkerung, Gesellschaft, Staat, Wirtschaft und Umwelt des Landes zusammen.

### Taschenstatistik der Schweiz



Die Taschenstatistik ist eine attraktive, kurzweilige Zusammenfassung der wichtigsten Zahlen eines Jahres. Die Publikation mit 52 Seiten im praktischen A6/5-Format ist gratis und in fünf Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch und Englisch) erhältlich.

## Das BFS im Internet – [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

Das Portal «Statistik Schweiz» bietet Ihnen einen modernen, attraktiven und stets aktuellen Zugang zu allen statistischen Informationen. Gerne weisen wir Sie auf folgende, besonders häufig genutzte Angebote hin.

### Publikationsdatenbank – Publikationen zur vertieften Information

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per Mail an [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch).  
[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken finden → Kataloge und Datenbanken → Publikationen

### NewsMail – Immer auf dem neusten Stand



Thematisch differenzierte E-Mail-Abonnemente mit Hinweisen und Informationen zu aktuellen Ergebnissen und Aktivitäten.  
[www.news-stat.admin.ch](http://www.news-stat.admin.ch)

### STAT-TAB – Die interaktive Statistikdatenbank



Die interaktive Statistikdatenbank bietet einen einfachen und zugleich individuell anpassbaren Zugang zu den statistischen Ergebnissen mit Downloadmöglichkeit in verschiedenen Formaten.  
[www.stattab.bfs.admin.ch](http://www.stattab.bfs.admin.ch)

### Statatlas Schweiz – Regionaldatenbank und interaktive Karten



Mit über 4500 interaktiven thematischen Karten bietet Ihnen der Statistische Atlas der Schweiz einen modernen und permanent verfügbaren Überblick zu spannenden regionalen Fragestellungen aus allen Themenbereichen der Statistik.  
[www.statatlas-schweiz.admin.ch](http://www.statatlas-schweiz.admin.ch)

## Individuelle Auskünfte

### Zentrale Statistik Information

058 463 60 11, [info@bfs.admin.ch](mailto:info@bfs.admin.ch)

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über das Thema Gesundheit und präsentiert insbesondere die wichtigsten Ergebnisse der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2017 durchgeführt wurde. Sie behandelt die Rahmenbedingungen und die Determinanten, die den Gesundheitszustand beeinflussen, die Gesundheit der Bevölkerung, die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, das Gesundheitssystem sowie dessen Kosten und Finanzierung. Die Daten der abgebildeten Grafiken stehen auf dem BFS-Statistikportal zur Verfügung ([www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)).

**Online**

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

**Print**

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)

Bundesamt für Statistik

CH-2010 Neuchâtel

[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

Tel. 058 463 60 60

**BFS-Nummer**

1290-1900

**ISBN**

978-3-303-14312-4

---

**Statistik  
zählt für Sie.**

[www.statistik-zaehlt.ch](http://www.statistik-zaehlt.ch)