

# Gesundheit im Kanton Zürich

Band 2:  
Entwicklungen seit 2007

Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich

Nr. 20  
November 2014



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

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

im Auftrag der  
**Gesundheitsdirektion  
Kanton Zürich**





# **Gesundheit im Kanton Zürich**

Band 2:  
Entwicklungen seit 2007

## **Redaktion**

Oliver Hämmig, Ursula Meidert, Matthias Bopp & Roland Stähli

## **Konzeption**

Matthias Bopp & Ursula Meidert

## **Autorinnen und Autoren**

Vladeta Ajdacic-Gross, Kathrin Bollok, Matthias Bopp,  
Oliver Hämmig, Phung Lang, Ursula Meidert, Annett Niklaus,  
Roland Stähli, Silvan Tarnutzer, Yuki Tomonaga, Ueli Zellweger

## **Vorwort**

Thomas Heiniger

**Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich**

**Nr. 20  
November 2014**



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

Herausgegeben vom

**Institut für Epidemiologie,  
Biostatistik und Prävention  
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion  
Kanton Zürich**

# Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

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

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

## Bisher erschienen:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv+ 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Nicht erschienen.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abb., 15 Tab. Fr. 15.–.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.** 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit.** 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** 2004. iv + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 12: **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2005. iv + 82 Seiten, 11 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 13: **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006.** 2007. vi + 177 Seiten, 56 Abbildungen, 60 Tabellen. Gedruckte Version: Fr. 26.–; CD-Version (erlaubt Volltextsuche): Fr. 15.–; kombinierte Version (Buch und CD): Fr. 34.–.
- Nr. 14: **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2008. vi + 105 Seiten, 32 Abbildungen, 19 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 15: **Krebs im Kanton Zürich. Ein Bericht des Krebsregisters.** 2009. vi + 104 Seiten, 137 farbige Abbildungen, 41 Tabellen. Fr. 33.–.
- Nr. 16: **Konzept zur Prävention und Behandlung von Glücksspielsucht, insbesondere Lotteriespielsucht, im Kanton Zürich.** 2011. viii + 49 Seiten, 3 Abb., 7 Tab. Fr. 18.–.
- Nr. 17: **Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich.** 2012. viii + 88 Seiten, 10 farbige Abbildungen, 1 Tabelle. Fr. 26.–.
- Nr. 18: **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich.** 2013. vii + 45 Seiten, 26 farbige Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 20.–.
- Nr. 19: **Gesundheit im Kanton Zürich. Band 1: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012.** 2014. vii + 125 Seiten, 67 farbige Abb., 76 Tab. Fr. 38.– (beide Bände: Fr. 64.–)
- Nr. 20: **Gesundheit im Kanton Zürich. Band 2: Entwicklungen seit 2007.** 2014. xii + 125 Seiten, 77 farbige Abbildungen, 18 Tabellen. Fr. 38.– (beide Bände: Fr. 64.–)

### Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich  
(2014, Hrsg.): *Gesundheit im Kanton Zürich. Band 2: Entwicklungen seit 2007.*

Herausgeber / Bezugsquelle:  
Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich  
(vormals Institut für Sozial- und Präventivmedizin)  
Hirschengraben 84, 8001 Zürich  
Tel: 044 634 46 29, Fax: 044 634 49 77  
prae.v.gf@ifspm.uzh.ch, www.gesundheitsfoerderung-zh.ch

© EBPI Zürich, 2014

Umschlagfoto: Beat Ruesch

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhalt des ersten Bandes</b> .....	<b>v</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>vii</b>
<i>Regierungsrat Thomas Heiniger</i>	
<b>Danksagung</b> .....	<b>viii</b>
<b>Synthese des Berichts (grau)</b> .....	<b>ix</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<i>Ursula Meidert &amp; Matthias Bopp</i>	
Literatur zur Einleitung.....	8
<b>1. Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung</b> .....	<b>9</b>
<i>Matthias Bopp, Silvan Tarnutzer &amp; Ursula Meidert</i>	
1.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit – ein vielsagender Indikator.....	10
1.2 Körperliche Beschwerden und chronische Krankheiten – nicht nur eine Frage des Alters.....	12
1.3 Hohe Lebenszufriedenheit in der Zürcher Bevölkerung.....	14
1.4 Junge und Männer verunfallen besonders oft.....	16
1.5 Lebenserwartung im regionalen Vergleich: Zürcher top, Zürcherinnen nur Durchschnitt.....	18
1.6 Literatur zu Kapitel 1.....	20
<b>2. Gesundheitsrelevante Verhältnisse</b> .....	<b>21</b>
<i>Matthias Bopp</i>	
2.1 Nach Stagnationsphase wieder deutliches Bevölkerungswachstum.....	22
2.2 Abnehmende familiäre Ressourcen für die ältere Generation.....	24
2.3 Arbeitsmarkt: Mehr Frauen und mehr besser Ausgebildete als früher.....	26
2.4 Arm sein in einem reichen Kanton – ein besonders drückendes Schicksal?.....	28
2.5 Literatur zu Kapitel 2.....	30
<b>3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensstile</b> .....	<b>31</b>
<i>Silvan Tarnutzer</i>	
3.1 Frauen ernähren sich gesünder, Männer bewegen sich etwas weniger.....	32
3.2 Weniger Raucher, dafür anhaltend viele Raucherinnen.....	34
3.3 Drei von zehn Männern mit gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum.....	36
3.4 Gesundheitspotenziale beim persönlichen Lebensstil.....	38
3.5 Migrationshintergrund: Gut für die Ernährung, schlecht für die Bewegung.....	40
3.6 Literatur zu Kapitel 3.....	42
<b>4. Die Gesundheit von Jugendlichen</b> .....	<b>43</b>
<i>Ursula Meidert</i>	
4.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit bei Mädchen gut und Jungen besser.....	44
4.2 Jedes fünfte Mädchen hat Depressionssymptome.....	46
4.3 Körperliche Gewalt: Wer teilt aus, wer steckt ein?.....	48
4.4 Rauchen unter Jugendlichen rückläufig?.....	50
4.5 Im Kanton Zürich wird überdurchschnittlich viel Cannabis konsumiert.....	52
4.6 Alkohol ist das beliebteste Suchtmittel bei Jugendlichen.....	54
4.7 Literatur zu Kapitel 4.....	56

<b>5. Psychische Gesundheit</b> .....	<b>57</b>
<i>Vladeta Ajdacic-Gross, Kathrin Bollok, Ursula Meidert &amp; Silvan Tarnutzer</i>	
5.1 Mehr Personen suchen professionelle Hilfe .....	58
5.2 Viele Erwerbstätige klagen über Stress- und Burnoutsymptome.....	60
5.3 Depressionssymptome sind weit verbreitet .....	62
5.4 Negative Gefühle nehmen mit zunehmendem Alter ab .....	64
5.5 Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide – zwischen flüchtig und existenziell.....	66
5.6 Literatur zu Kapitel 5.....	68
<b>6. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens</b> .....	<b>69</b>
<i>Ueli Zellweger, Ursula Meidert, Phung Lang, Oliver Hämmig &amp; Yuki Tomonaga</i>	
6.1 Vorsorgeuntersuchungen: Potenzial noch nicht ausgeschöpft .....	70
6.2 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen: zunehmend besser, aber immer noch ungenügend... 72	
6.3 Spitalaufenthalte werden seltener und kürzer.....	74
6.4 Heime sind erst im hohen Alter eine typische (weibliche) Wohnform .....	76
6.5 Wirtschaftliche Aspekte von Alkoholmissbrauch und Depressionen .....	78
6.6 Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).....	80
6.7 Literatur zu Kapitel 6.....	82
<b>7. Massnahmenbereiche</b> .....	<b>83</b>
<i>Roland Stähli, Oliver Hämmig &amp; Annett Niklaus</i>	
7.1 Umsetzung zu den Massnahmenbereichen 2007 .....	84
7.2 Vorgeschlagene Massnahmenbereiche für die kommenden Jahre.....	90
7.3 Literatur zu Kapitel 7.....	97
<b>Anhänge</b>	
Anhang A: Tabellenteil (blau) .....	99
Anhang B: Verzeichnis der Abbildungen .....	119
Anhang C: Verzeichnis der Tabellen im Text .....	123
Anhang D: Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	125

# Inhalt des ersten Bandes

(Gesundheit im Kanton Zürich. Band 1:  
Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, vii + 125 Seiten)

## Ergebnisübersicht

### 1. Der Kanton im Überblick

### 2. Gesundheitszustand

#### 2.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit

#### 2.2 Körperliche Gesundheit

- 2.2.1 Lang andauernde Gesundheitsprobleme und körperliche Beschwerden
- 2.2.2 Einschränkungen in der täglichen Lebensführung
- 2.2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

#### 2.3 Psychische Gesundheit

- 2.3.1 Psychische Belastung
- 2.3.2 Kontrollüberzeugung
- 2.3.3 Depressive Symptome

#### 2.4 Soziale Gesundheit

- 2.4.1 Einsamkeitsgefühle
- 2.4.2 Vorhandensein von Vertrauenspersonen

#### 2.5 Unfälle und Stürze

- 2.5.1 Unfälle
- 2.5.2 Stürze

### 3. Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

#### 3.1 Gesundheitseinstellungen

#### 3.2 Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität

- 3.2.1 Körpergewicht
- 3.2.2 Ernährung
- 3.2.3 Körperliche Aktivität

#### 3.3 Konsum psychoaktiver Substanzen

- 3.3.1 Tabakkonsum
- 3.3.2 Passivrauchen
- 3.3.3 Alkoholkonsum
- 3.3.4 Cannabiskonsum
- 3.3.5 Medikamentenkonsum

### 4. Wohn- und Arbeitssituation

#### 4.1 Immissionen im Wohnbereich

#### 4.2 Belastung bei der Arbeit

- 4.2.1 Expositionen am Arbeitsplatz
- 4.2.2 Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit

#### 4.3 Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

#### 4.4 Einschätzung der Schwierigkeit, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden

### 5. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

#### 5.1 Arztbesuche

#### 5.2 Inanspruchnahme von Präventionsmassnahmen

- 5.2.1 Kontrolluntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- 5.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen
- 5.2.3 Grippeimpfungen

#### 5.3 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen

#### 5.4 Inanspruchnahme von Spitalleistungen

- 5.4.1 Ambulante Spitalbehandlungen
- 5.4.2 Stationäre Spitalbehandlungen

#### 5.5 Unterstützung zu Hause, formell und informell

## **6. Abkürzungsverzeichnis**

## **7. Glossar**

## **8. Literatur**

## **9. Methodische Hinweise zu den Auswertungen der SGB**

- Anhänge**
- Anhang A: Tabellenteil
  - Anhang B: Verzeichnis der Abbildungen
  - Anhang C: Verzeichnis der Tabellen im Text
  - Anhang D: Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium

## Vorwort



*Liebe Leserin, lieber Leser*

*Richtiges Verhalten und Handeln setzt Wissen voraus. Unsere Gesundheit ist es wert, dazu einen besonderen Einsatz zu leisten. Für das Wohlbefinden und die Lebensqualität jedes Einzelnen. Und damit auch für die «Gesundheit im Kanton Zürich». Hier setzt die Gesundheitsberichterstattung des Kantons Zürich an. Sie schafft Transparenz und Wissen zur Gesundheit der Zürcher Bevölkerung und legt so eine wichtige Grundlage für selbstverantwortliches Handeln jedes Einzelnen und gesundheitspolitisches Wirken gleichermassen.*

*Seit dem Erscheinen des ersten Zürcher Gesundheitsberichts vor 20 Jahren haben sich die Datenlage und Informationsdichte markant verbessert. Nie zuvor standen so viele und umfangreiche Datenquellen zur Verfügung. Ausgewertet, aufbereitet und gebündelt finden sich diese nun in zwei Bänden. Band 1, erstellt vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, liefert kompakt kommentiert die detaillierten Ergebnisse der neuesten Schweizerischen Gesundheitsbefragung.*

*Band 2 enthält in übersichtlicher Darstellung eine Fülle von Informationen zur Gesundheit und zur Verteilung und Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren in der Zürcher Wohnbevölkerung. Konsequenterweise werden dabei zeitliche Entwicklungen, regionale Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz und Unterschiede nach Alter und Geschlecht aufgezeigt.*

*Aber nicht nur die Gesundheitsdaten haben sich in den letzten Jahren stetig entwickelt. Die Sensibilität und das Interesse für das Thema «Gesundheit» haben ebenfalls zugenommen und damit die Ansprüche. Genau darum geht es auch bei gesundheitsbezogenen Bevölkerungsumfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und bei der Gesundheitsberichterstattung ganz grundsätzlich: Um Sensibilisierung und bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema. Darum, Risikofaktoren zu erkennen und entsprechende Massnahmen abzuleiten. Jede und jeder Einzelne für sich. Aber auch der Staat, der sich gezielt für Prävention und Gesundheitsförderung in der Bevölkerung einsetzt. Der Kanton Zürich kann sich dabei auf eine fundierte Gesundheitsberichterstattung abstützen. Eine Berichterstattung, die mehr zum Ziel hat als das Berichten: Sie eröffnet neue Blickwinkel, weist auf Handlungsfelder hin und fordert so zum Handeln auf; Individuen genauso wie Institutionen und – für alle gemeinsam – den Staat.*

*Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat  
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich*

## Danksagung

Die Redaktion dankt allen Autorinnen und Autoren für ihren Beitrag zu diesem Bericht. Der Dank gilt auch allen Institutionen und Personen, die das Entstehen dieses Berichts unterstützt haben, namentlich:

- Dem Bundesamt für Statistik für die Bereitstellung der Individualdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MedStat), der Todesursachenstatistik, des Schweizer Haushalt-Panels (SHP), der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC), der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE), der Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP) und der Statistik der Lebendgeburten.
- Dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan für die in den Kapiteln 6.4 und 6.6 verwendeten Tabellen und Angaben zu Pflegebedarf und Heimaufhalten sowie zu Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Roger Keller vom Psychologischen Institut der Universität Zürich für die Auswertungen der Zürcher Daten aus dem Tabakmonitoring Schweiz (TMS).
- Stefanie Fahrni und Steffen Niemann vom bfu für die Auswertungen der Unfalldaten aus dem Kanton Zürich, die in Kapitel 1.4 beschrieben und in Abbildung 1.13 dargestellt sind.
- Sucht Info Schweiz für die Daten aus der Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern (HBSC-Studie), welche die Grundlage für Kapitel 4 bildeten.
- Stefan Neubert von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich für die Zurverfügungstellung von Daten aus der Psychiatriepatientenstatistik (PSYREC).
- Prof. Wulf Rössler von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich für die Möglichkeit zur Verwendung von Daten und Ergebnissen aus der ZInEP-Studie.
- Der Optimus Foundation für die Erlaubnis, die Daten der Optimus Studie für Kapitel 4 zu verwenden.
- Prof. Manuel Eisner und Denis Ribeaud für die Zurverfügungstellung von Daten aus der z-proso Studie.
- Marie-Eve Cousin, Lucas Gross, Robin Sullivan und Doris Wey vom Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) für Lektoratsarbeiten und die kritische Durchsicht einzelner Passagen und Kapitel des Berichts.
- Sara Läng für das Erstellen der Grafiken und das ansprechende Layout sowie für die grosse Geduld bei der Bearbeitung der zahlreichen Änderungen.

Zürich, im November 2014

Oliver Hämmig, Ursula Meidert, Matthias Bopp & Roland Stähli

# Synthese des Berichts

## Mehrheitlich gute allgemeine Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die selbsteingeschätzte Gesundheit der Zürcher Wohnbevölkerung ist gut und ihre Lebenszufriedenheit und Lebenserwartung hoch. 90% der Bevölkerung schätzen ihre Gesundheit allgemein als gut bis sehr gut ein. Auch sind drei Viertel der Zürcher/innen sehr zufrieden mit ihrem Leben und weisen auf einer Skala von 0 bis 10 einen Wert von mindestens 8 auf. Rund 80% der Bevölkerung im Kanton Zürich sind ausserdem meistens bis immer glücklich, gelassen und ausgeglichen. Angesichts der Tatsache, dass eine grosse Mehrheit der Bevölkerung bei guter Gesundheit und mit ihrem Leben zufrieden ist, erstaunt es auch nicht, dass die mittlere Lebenserwartung im Kanton Zürich vergleichsweise hoch liegt, bei den Zürcher Frauen bei über 84 Jahren und bei den Zürcher Männern bei fast 81 Jahren.

## Zeitliche Entwicklungen und Trends

Was Unterschiede im Zeitverlauf anbelangt, so sind bei einigen Gesundheitsindikatoren klare Trends auszumachen. Bei anderen Gesundheitsindikatoren zeichnen sich hingegen keine eindeutigen Entwicklungen ab, sondern sind immer wieder kleinere Schwankungen in den Häufigkeiten zwischen verschiedenen Erhebungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zu beobachten.<sup>1</sup>

Positive Trends zeichnen sich ab bei der mittleren Lebenserwartung bei Geburt, die weiterhin kontinuierlich ansteigt, und beim Anteil körperlich aktiver Personen, der sich von 2002 auf 2007 von 64% auf 68% und seither nochmals um sieben Prozentpunkte auf 75% im Jahr 2012 erhöht hat. Beim Tabakkonsum lässt sich ebenfalls ein positiver Trend feststellen und zwar insbesondere bei den 15- bis 64-jährigen Zürcher Männern. Gesamthaft ist der Anteil an Rauchenden in der Zürcher Bevölkerung über die letzten 15 Jahre kontinuierlich von 34% (1997) auf rund 26% (2012)

zurückgegangen. Stetig reduziert hat sich darüber hinaus auch die Passivrauchbelastung – am Arbeitsplatz genauso wie im privaten Bereich. Waren zu Beginn des Jahrtausends noch 40% der Bevölkerung zu Hause, im Auto oder bei Freunden Passivrauch ausgesetzt, ist dieser Anteil bis 2010 auf 22% zurückgegangen. Beim Alkoholkonsum ist ebenfalls eine positive Entwicklung festzustellen, hat dieser doch über die letzten 20 Jahre stetig abgenommen, von 12 Gramm pro Tag und Kopf im Jahr 1992 auf 8,5 Gramm im Jahr 2012. Rückläufig ist seit 2002 zudem der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum. Gleichzeitig ist auch die Suizidrate weiter zurückgegangen. Diesbezüglich ist schon seit den 1980er Jahren ein rückläufiger Trend feststellbar.

Neben positiven gibt es aber auch negative Entwicklungen. So haben etwa selbstberichtete chronische Gesundheitsprobleme und damit teilweise in Zusammenhang stehende Risikofaktoren nicht zuletzt im Zuge der fortschreitenden demografischen Alterung im Kanton Zürich wie in der übrigen Deutschschweiz über die letzten fünf und mehr Jahre an Häufigkeit zugenommen: Berichtete noch im Jahr 2007 erst gut ein Viertel der Zürcher/innen von lang andauernden Gesundheitsproblemen, war im Jahr 2012 eigenen Angaben zufolge bereits ein Drittel der Zürcher Bevölkerung davon betroffen. Auch Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck (seit 2002: +5%), hoher Cholesterinspiegel (seit 2002: +4%) oder leichtes Übergewicht (seit 2007: +2%) und Adipositas (seit 2007: +2%) haben bis 2012 gegenüber der bzw. den vorangegangenen Erhebung(en) der SGB an Häufigkeit nochmals zugenommen, vor allem bei den Männern. Eine negative Entwicklung zeigt sich ausserdem bei der psychischen Gesundheit, die sich bei den Zürcherinnen und Zürchern zu verschlechtern scheint. Negative Emotionen, Ängste und Depressionen haben genauso wie ambulante psychiatrische Fälle in der Zürcher Bevölkerung seit dem Jahr 2000 an Häufigkeit zugenommen.

<sup>1</sup> Die nachfolgende Zusammenfassung von beobachtbaren Trends seit 2007 (und weiter zurückliegend) berücksichtigt neben den explizit im vorliegenden Bericht (Band 2) beschriebenen Befunden ausserdem Ergebnisse der jüngsten SGB-Erhebung, so wie sie dem Band 1 zu den Ergebnissen der SGB 2012 und dem darin enthaltenen Tabellenteil (EBPI, 2014) sowie der Broschüre zur Kurzfassung der Ergebnisse der SGB 2012 (ISPMZ, 2014) zu entnehmen sind.

Der Medikamentenkonsum im Kanton Zürich steigt wie in der übrigen Deutschschweiz seit 20 Jahren kontinuierlich an: Haben 1992 noch knapp 37% der Zürcher Bevölkerung in der Woche vor der Befragung Medikamente konsumiert, berichten 2007 bereits 45% davon. Seither ist der Medikamentenkonsum nochmals um drei Prozentpunkte auf nunmehr 48% im Jahr 2012 angestiegen.

Kein eindeutiger Trend zeichnet sich hingegen ab bei der Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Gesundheitsleistungen ab. So wurden etwa Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2007 nicht häufiger in Anspruch genommen als noch zehn Jahre zuvor, hingegen nehmen jährliche und vor allem vorsorgliche Arztkonsultationen über die letzten 20 Jahre trotz Schwankungen in der Häufigkeit tendenziell leicht zu. Gleichzeitig hat sich auch der Impfschutz im Kanton Zürich seit der Jahrtausendwende erhöht. Die Durchimpfungsraten sind bei den meisten Krankheiten wie Keuchhusten, Masern, Hepatitis B, Haemophilus influenzae Typ b oder Zeckenenzephalitis zwischen 1999 und 2011 teilweise deutlich angestiegen.

### Ein nicht beträchtlicher Bevölkerungsanteil mit körperlichen und/oder chronischen Problemen

Trotz grossmehrheitlich guter selbsteingeschätzter Gesundheit sind selbstberichtete körperliche Beschwerden und dauerhafte Gesundheitsprobleme sowie damit einhergehende Alltagsbeschränkungen insgesamt recht weit verbreitet in der Bevölkerung. Insgesamt rund ein Viertel der Zürcher Bevölkerung oder genauer: Knapp jeder fünfte Zürcher und jede dritte Zürcherin weist gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung starke körperliche Beschwerden auf. Ebenfalls jede/r vierte Zürcher/in gibt ein chronisches Gesundheitsproblem mit zumeist leichten, aber mitunter auch starken Einschränkungen im Alltagsleben an. Natürlich überlappen sich diese beiden Gruppen stark, so dass viele Betroffene unter beiderlei gesundheitlichen Problemen leiden oder deren körperliche Beschwerden chronisch sind. Ausserdem sind körperliche Beschwerden und noch

mehr chronische Gesundheitsprobleme stark altersabhängig. Die Berichte darüber nehmen mit steigendem Alter kontinuierlich zu.

### Psychische Probleme weit verbreitet

Depressionen, negative Emotionen oder Einsamkeitsgefühle sowie Stress- und Burnout-symptome werden von der Zürcher Bevölkerung relativ häufig berichtet. Knapp ein Fünftel aller 15-jährigen und älteren Zürcher/innen weist im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung zumeist leichte Depressionssymptome auf. Ebenfalls rund ein Fünftel der erwerbstätigen Zürcher/innen klagt über Stress- und Burnoutsymptome, kann nach der Arbeit oft nicht abschalten, fühlt sich nach der Arbeit erledigt oder schon beim Aufstehen müde angesichts eines bevorstehenden Arbeitstages. Sogar rund ein Drittel der Zürcher Bevölkerung fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam. Und immerhin 6% aller Zürcher/innen sind wegen psychischer Probleme in professioneller ambulanter oder stationärer Behandlung. Auch hier überlappen bzw. kumulieren sich diese psychischen Probleme bei manchen Personen, so dass die Anteile der von (zumeist leichten) Depressionen, negativen Emotionen sowie Stress- und Burnoutsymptomen Betroffenen nicht einfach aufsummiert werden dürfen, um die Verbreitung psychischer Probleme realistisch abzuschätzen.

All diesen Gesundheitsindikatoren gemeinsam ist, dass sie teilweise recht grosse Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen, Bildungsschichten usw. zeigen. Die Gesundheit der Zürcher Bevölkerung kann daher am besten vergleichend beurteilt werden, zum Beispiel im Vergleich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, im Zeitvergleich oder im Vergleich mit anderen Kantonen bzw. der übrigen Deutschschweiz.

### Gesundheitliche Risikogruppen

Manche Bevölkerungssegmente stellen eigentliche gesundheitsbezogene Risikogruppen dar. Andere wiederum schneiden in die-

ser Hinsicht überdurchschnittlich gut ab. So nehmen eine mittelmässige bis schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit, körperliche Beschwerden und v.a. chronische Krankheiten mit steigendem Alter kontinuierlich zu und sind bei Frauen tendenziell häufiger. Unfälle mit Verletzungs- oder Todesfolge dagegen sind bei jüngeren Personen und insbesondere bei Männern vergleichsweise häufig. Und das Krankheits- sowie Sterberisiko ist bei Männern, ganz besonders aber bei bildungsfernen Schichten (Personen ohne nachobligatorische Ausbildung) relativ hoch. Bei Männern im Kanton Zürich sind im Vergleich zu Frauen ungünstiges Ernährungsverhalten (29% vs. 21%), Bewegungsmangel (36% vs. 32%) und gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum (28% vs. 13%) weiter verbreitet.

- Zu den gesundheitlichen Risikogruppen in der Zürcher Bevölkerung zählen junge Männer bis Mitte dreissig, die relativ hohe Raucheranteile aufweisen, vergleichsweise häufig Cannabis und in gesundheitsgefährdendem Masse Alkohol konsumieren, überdurchschnittlich häufig im Strassenverkehr verunfallen oder wegen psychischer Probleme in ambulanter oder stationärer Behandlung sind.
- Mädchen in der Pubertät bilden eine andere Risikogruppe. Sie leiden relativ häufig unter Angststörungen oder depressiven Verstimmungen und berichten häufiger als gleichaltrige Jungen, unglücklich, niedergeschlagen, traurig oder bedrückt zu sein. Auch klagen sie vergleichsweise häufig über Schmerzen unterschiedlichster Art und über Stress in der Schule. Zwar machen sie weniger häufig als gleichaltrige Jungen Erfahrungen mit Gewalt (und Mobbing) in der Schule bzw. im Elternhaus, leiden aber – wenn sie Gewalt erfahren – gesundheitlich stärker darunter.
- Neben jungen Frauen und Männern stellen auch ältere Menschen und insbesondere Rentner/innen in mancherlei Hinsicht eine gesundheitlich belastete Gruppe dar. Zwar nimmt die Lebenszufriedenheit mit dem Alter zu, doch erhöhen sich mit zunehmendem Alter kontinuierlich auch die Anteile an Personen mit nur mittelmässiger bis schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit sowie mit chronischen Krankheiten und damit einherge-

henden Alltagseinschränkungen. Ältere Zürcher/innen zwischen 55 und 74 Jahren und ganz besonders betagte Zürcher und vor allem Zürcherinnen ab 75 Jahren werden zudem zwei- bis sechsfach häufiger wegen Unfällen jeglicher Art hospitalisiert. Auch werden pensionierte Zürcher Männer ab 65 Jahren zwei- oder mehrfach häufiger aufgrund von problematischem Alkoholkonsum hospitalisiert als solche im Alter zwischen 20 und 45. Und das relative Suizidrisiko steigt ab einem Alter von 65 Jahren merklich an, selbst wenn die durch Sterbehilfeorganisationen assistierten Suizide nicht berücksichtigt werden.

- Eine weitere Risikogruppe bilden Personen mit süd- und osteuropäischem Migrationshintergrund. Ihr Gesundheitsverhalten ist im Vergleich mit Personen ohne oder mit nord-europäischem Migrationshintergrund ungünstiger: Nicht nur bewegen sie sich weniger, sie rauchen auch vergleichsweise häufig und berichten häufiger über Einschränkungen durch chronische Krankheiten.

## Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz

Im Hinblick auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zeigen sich zumeist nur geringfügige Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz. So sind die Zürcher/innen zwar nicht zufriedener mit ihrem Leben als die übrigen Deutschschweizer/innen, doch liegt der Anteil der Bevölkerung mit (sehr) guter selbsteingeschätzter Gesundheit im Kanton Zürich vor allem bei den Männern etwas höher. Dies belegen verschiedene Datenquellen. Und obwohl die mittlere Lebenserwartung und allgemeine Sterblichkeit im Kanton Zürich insgesamt vergleichbar ist mit derjenigen in der übrigen Deutschschweiz, weisen die Zürcher/innen bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes als Todesursachen signifikant niedrigere Sterberaten auf. Umgekehrt ist im Kanton Zürich die Sterblichkeit an psychischen Krankheiten (v.a. durch Suchtmittelmissbrauch) deutlich höher (Männer +30%, Frauen +21%) als in der übrigen Deutschschweiz. Dazu passt, dass Zürcher/innen verglichen mit Personen aus der übrigen Deutsch-

schweiz häufiger Depressionssymptome zeigen, wegen psychischer Probleme in Behandlung sind oder aufgrund psychischer Störungen und/oder infolge übermässigen Alkoholkonsums hospitalisiert werden. Ausserdem sind Zürcher/innen etwas häufiger gestresst bei der Arbeit und zeigen häufiger Burnout-symptome. Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz scheint die Bevölkerung im Kanton Zürich also eine leicht bessere allgemeine Gesundheit, aber eine etwas schlechtere psychische Gesundheit aufzuweisen.

### **Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Regionen**

Neben diesen allgemeinen Befunden zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz. So leben Zürcher Männer rund fünf Monate länger als Männer aus der übrigen Deutschschweiz. Ausserdem verletzen sich Zürcher Männer im Vergleich zu ihren Kollegen aus der übrigen Deutschschweiz deutlich seltener infolge von Unfällen bei der Arbeit, zu Hause oder beim Sport, und sie sterben auch seltener bei Verkehrsunfällen oder durch (nicht assistierten) Suizid. Darüber hinaus zeigen Zürcher Männer im mittleren Alter weniger häufig Bewegungsmangel oder ein ungünstiges Ernährungsverhalten als gleichaltrige Männer aus der übrigen Deutschschweiz. Umgekehrt weisen Zürcher Frauen insgesamt leicht höhere Raucheranteile und eine höhere Suizidrate auf als Frauen aus der übrigen Deutschschweiz.

Was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anbelangt, so sind auch hier die Unterschiede entweder nicht vorhanden

oder nur sehr geringfügig. Im Vergleich mit den übrigen Deutschschweizer Kantonen fällt jedoch auf, dass im Kanton Zürich beispielsweise etwas häufiger Vorsorgeuntersuchungen und Grippeimpfungen durchgeführt werden und bei den 30-Jährigen und Älteren auch häufiger Kaiserschnittgeburten stattfinden.

### **Massnahmenbereiche für die Prävention**

Auf Grundlage der im vorliegenden Bericht präsentierten Befunde und einer vorgenommenen Bilanzierung der Umsetzung bisheriger Präventionsmassnahmen werden für die kommenden Jahre insgesamt sechs Massnahmenbereiche bzw. Handlungsfelder (zwei Gesundheitsprobleme, drei Zielgruppen, ein Setting) vorgeschlagen, in welchen Präventionsmassnahmen angezeigt sind bzw. sich aufdrängen. Es sind dies der bereits im Globalbericht aus dem Jahr 2007 als prioritär eingestufte problematische Suchtmittelkonsum, den es permanent zu bekämpfen gilt, sowie Suizide und psychische Krankheiten, welche weit verbreitet sind. Daneben werden – weitgehend entsprechend den erwähnten gesundheitlichen Risikogruppen – Mädchen in der Pubertät, junge Männer (18-30 Jahre) und Männer im fortgeschrittenen Erwerbssalter (45-65 Jahre) als prioritäre Zielgruppen identifiziert. Und schliesslich wird als letzter Massnahmenbereich wie schon im Bericht von 2007 die Schule als prioritäres Setting vorgeschlagen. Der Schule kommt eine zentrale Funktion bei der Sozialisation und damit eine Schlüsselrolle bei Präventionsmassnahmen zu, unter anderem weil sie die einzige Institution ist, in welcher alle Personen eines Jahrgangs erreicht werden können.

# Einleitung

Ursula Meidert & Matthias Bopp

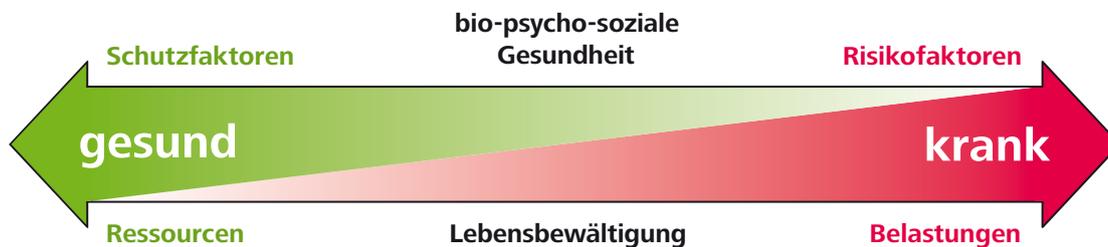
## Der Gesundheitsbegriff

Der moderne Gesundheitsbegriff folgt einer umfassenden, bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise (vgl. Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006). Dabei wird Gesundheit nicht als separates Lebensziel verstanden, sondern als Bestandteil des alltäglichen Lebens und als Fähigkeit zur aktiven Lebensbewältigung. In Anlehnung an Antonovsky (1997) wird der Prozesscharakter von Gesundheit hervorgehoben. Der Gesundheitszustand einer Person ist dabei nicht konstant, sondern bewegt sich im Kräftespiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren bzw. zwischen Ressourcen (darunter werden hier alle unterstützenden Faktoren verstanden) und Belastungen auf einer Achse zwischen den Polen «ganz gesund» und «ganz krank» (Abb. E.1).

tern bzw. erschweren. Solche Ressourcen können in der Person selber liegen (z.B. Intelligenz), im näheren oder weiteren sozialen Umfeld einer Person (z.B. soziale Unterstützung) oder in den gesellschaftlichen Bedingungen (z.B. qualitativ gute Gesundheitsversorgung). Belastungen ergeben sich etwa aus kritischen Lebensereignissen (z.B. Scheidung, Tod einer nahestehenden Person), Problemen in den sozialen Beziehungen, ungünstigen Arbeitsbedingungen, täglichen kleinen Ärgernissen oder anhaltenden Sorgen.

Lebensqualität und Wohlbefinden beziehen sich in einem wichtigen Teilbereich auf die Gesundheit von Menschen, gehen aber weit über diesen Bereich hinaus: **Lebensqualität** – ein breiter, etwas unscharfer Begriff – umfasst neben den

Abb. E.1:  
Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



Als Schutz- und Risikofaktoren werden jene Einflussgrößen bezeichnet, die mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu Gesundheit oder Krankheit beitragen. Solche Zusammenhänge wirken sowohl auf Individuen als auch auf ganze Bevölkerungen oder Bevölkerungssegmente. Wichtige gesundheitliche Schutz- und Risikofaktoren liegen im individuellen Verhalten und Lebensstil begründet (als Beispiele: Zigarettenrauchende haben ein grösseres Risiko für Lungenkrebs, körperlich Aktive haben ein geringeres Risiko für Diabetes). Neben solchen verhaltensbezogenen Faktoren gibt es auch verhältnisbezogene Faktoren, also Einflussgrößen aus der sozialen und physischen Umwelt (vgl. Einleitung zu Kapitel 2).

Ressourcen und Belastungen beziehen sich auf Faktoren, welche die Lebensbewältigung erleich-

subjektiven Sichtweisen und Wahrnehmungen auch objektive Lebensbedingungen und Strukturen, wird in diesem Bericht aber weitgehend auf Lebenszufriedenheit beschränkt (vgl. Kap. 1.3). Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit bezieht sich auf die Gesundheit, aber auch auf eine Reihe weiterer Bereiche wie Bildung und Arbeit, Einkommen und Lebensstandard, Lebensform und soziale Integration, Kultur und Freizeit, Sicherheit und Wohnen sowie die gebaute und natürliche Umwelt. Mit **Wohlbefinden** ist die (positive) subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Befindlichkeit und Gesundheit gemeint. Es handelt sich dabei um eine einfache, summarische Einschätzung (vgl. Kap. 1.1), die aber häufig erstaunlich gut auf objektive Aspekte von Gesundheit wie die verbleibende Lebenserwartung schliessen lässt (vgl. Bopp et al., 2012).

## Ziele der Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung befasst sich mit dem Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen und mit der unterschiedlichen Verteilung und Verbreitung von Krankheiten und Sterblichkeit. Sie befasst sich aber auch mit den zugrundeliegenden Einflussfaktoren, insbesondere mit der natürlichen und sozialen Umwelt, den Lebensstilen und den Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens für die Bevölkerung. Die Gesundheitsberichterstattung dient unter anderem als Steuerungsinstrument für die Politik und bezweckt ein Monitoring (Beobachten) von Veränderungen sowie ein Ausfindigmachen von Präventionspotenzialen. Ebenso sollen besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen identifiziert sowie die Öffentlichkeit in Bezug auf Gesundheitsaspekte und Risikogruppen sensibilisiert werden.

Die moderne Gesundheitsberichterstattung umfasst vier Funktionen, wobei die ersten drei zwingend notwendig sind und letztere zumindest wünschenswert ist:

- 1. Informationsfunktion:** Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen. Zusammentragen und Aufbereiten von gesundheitsrelevanten Daten. Aufzeigen der Zusammenhänge und Einflussfaktoren bei der Erhaltung und Förderung von Gesundheit: äussere Rahmenbedingungen (physische und gesellschaftliche Umwelt, Verhältnisse) und individuelle Merkmale (soziale Lage, Verhaltensweisen).
- 2. Monitoringfunktion:** Früherkennung von Veränderungen in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, speziell von neu auftretenden oder sich verschärfenden Gesundheitsproblemen. Erkennen von Präventionspotenzialen durch Vergleich mit ähnlich situierten Bevölkerungsgruppen. Identifikation von Risiko- und Zielgruppen für gesundheitsfördernde, präventive und kurative Massnahmen.
- 3. Motivationsfunktion:** Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Gesundheitsaspekte. Auslösen gesundheitspolitischer Aktivitäten. Motivation zu individuellem gesundheitsförderlichem Handeln und Verhalten.

- 4. Evaluations- und Koordinationsfunktion:** Bewertung und Koordination von gesundheitspolitischen Massnahmen. «Agenda Setting». Beurteilung der angestrebten Verbesserungen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung (z.B. Wirksamkeit von präventiven oder gesundheitspolitischen Massnahmen).

## Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich

In der Schweiz ist es primär eine kantonale Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen die Menschen gesund leben können, und gegebenenfalls Steuerungsinstrumente wirksam anzuwenden. Die Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich beruht auf dem kantonalen Gesundheitsgesetz, welches in § 47 festhält:

«<sup>1</sup> Die Direktion überwacht den Gesundheitszustand der Bevölkerung, soweit damit nicht die Bundesbehörden betraut sind, und informiert die Öffentlichkeit regelmässig darüber.

<sup>2</sup> Sie kann bei Personen und Institutionen, die ihrer Aufsicht unterstehen, sowie in öffentlichen und privaten Schulen die erforderlichen Daten erheben.

<sup>3</sup> Sie kann Dritte mit der Erfüllung dieser Aufgabe beauftragen.»

Der Regierungsrat des Kantons Zürich legte daher in einem Beschluss fest, die Beobachtung und Berichterstattung zum Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) zu übertragen. Im Jahr 2000 erteilte der Regierungsrat dem ISPMZ einen seither mehrfach erneuerten Leistungsauftrag, der die Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung als eine der Aufgaben des Instituts festhält. In diesem Rahmen wurde ein «Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007» (Hämmig, Bopp & Stähli, 2004) erarbeitet, das zwischen zwei Arten von Gesundheitsberichten unterscheidet, nämlich die in 5- bis 6-jährigem Abstand erscheinenden Globalberichte und die in lockerer Folge erscheinenden themenorientierten Spezialberichte.

Seit dem ersten Zürcher Gesundheitsbericht von 1994 (ISPMZ, 1994) hat sich die Zahl und die Qualität der verfügbaren Datenquellen deutlich verbessert (vgl. ISPMZ, 2007). Der vorliegende vierte globale Gesundheitsbericht für den Kanton Zürich umfasst den Zeitrahmen 2007-2012 und zeigt sich in neuem Layout. In der Absicht einer besseren Verständlichkeit

wird jedes Thema auf einer Doppelseite abgehandelt, wodurch sich ein Blättern zwischen Text und zugehörigen Abbildungen erübrigt. Der Bericht ist etwas komprimierter als seine Vorgänger, behält aber Bewährtes bei, insbesondere den separaten Massnahmenteil, die grossen Kapiteleinteilungen und den Tabellenteil im Anhang. Ebenso wird die Zürcher Bevölkerung konsequent mit der Bevölkerung der übrigen Deutschschweiz verglichen, da dies eine realistischere Abschätzung von Präventionspotenzialen erlaubt als der Vergleich mit dem Schweizer Landesmittel (vgl. nachstehenden Abschnitt «Geografische Vergleiche»).

## Berichtsaufbau

Der vorliegende Bericht gliedert sich in sieben Kapitel: In Kapitel 1 wird ein Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand sowie über körperliche Beschwerden und chronische Krankheiten, die Lebenszufriedenheit und Unfallhäufigkeit sowie die Lebenserwartung und Sterblichkeit der Zürcher Wohnbevölkerung gegeben. In Kapitel 2 wird auf die gesundheitsrelevanten Verhältnisse im Kanton Zürich eingegangen, insbesondere auf die Bevölkerungsstruktur. Gesundheitsrelevante Lebensstile und Verhaltensweisen wie Rauchen, Trinken sowie Bewegung und Ernährung werden in Kapitel 3 dargelegt. Über die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten der Jugendlichen im Kanton Zürich berichtet Kapitel 4. Dabei wird vor allem auf das Problemverhalten von Jugendlichen eingegangen. In Kapitel 5 wird die psychische Gesundheit der Zürcher Bevölkerung genauer betrachtet. Kapitel 6 berichtet über die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens wie Arztkonsultationen, Spital- und Heimaufenthalte. Zudem werden wirtschaftliche Aspekte von zwei verbreiteten und kostspieligen Gesundheitsproblemen (Alkoholmissbrauch und Depressionen) dargelegt, und es wird über Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berichtet. Im abschliessenden Kapitel 7 wird über die zwischenzeitliche Umsetzung der im letzten globalen Gesundheitsbericht empfohlenen Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung berichtet. Ebenso werden aus den gewonnenen Erkenntnissen des Berichts Präventionspotenziale und mögliche Massnahmen aufgezeigt. Schliesslich findet sich im Anhang der Tabellenteil, welcher Daten und Zahlen-

reihen rund um die Gesundheit der Zürcher Bevölkerung im Sinne eines Nachschlagewerks enthält.

## Datenquellen

Für den vorliegenden Gesundheitsbericht wurden mehr Datenquellen als zuvor herangezogen. Nachfolgend werden die wichtigsten davon kurz beschrieben und ihre zentralen Merkmale in einer Tabelle charakterisiert. Weitere Datenquellen, welche nur für spezifische Themen in diesem Bericht Verwendung fanden, werden in der jeweiligen Einleitung zu den Hauptkapiteln vorgestellt.

Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB, Tab. E.1)** des Bundesamts für Statistik ist die wichtigste Datenquelle aufgrund ihrer breiten und spezifischen Ausrichtung auf Themen rund um die Gesundheit. Die Erhebung wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt und besteht aus einer telefonischen Befragung und einem anschliessend versandten schriftlichen Fragebogen. Von besonderer Bedeutung für diesen Berichtsband ist die Befragung von 2007.<sup>1</sup> Den zeitlichen Trends seit 1992 wird

**Tab. E.1:**  
**Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)**

<b>Erhebungsjahr</b>	Seit 1992 alle fünf Jahre, d.h. 1997, 2002, 2007 und 2012 (Die Ergebnisse 2012 werden im ersten Band des vorliegenden Berichts dargestellt)
<b>Grundgesamtheit</b>	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz (Privathaushalte, Personen ab 15 Jahren mit einem Festnetzanschluss)
<b>Stichprobenverfahren</b>	Dreistufiges Verfahren: 1. Nach sieben Grosse Regionen geschichtete Zufallsstichprobe von Privathaushalten 2. Adressen wurden proportional zur Einwohnerzahl der Kantone verteilt 3. Zufallsauswahl der Zielperson innerhalb des gezogenen Privathaushalts
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	2007 wurden für die gesamte Schweiz 30'179 Haushalte mit Telefonanschluss gezogen (nach Adressbereinigung: 28'319). 18'760 (66%) davon konnten über das Kalenderjahr 2007 verteilt befragt werden – 17'931 direkt und 829 mittels Proxy-Interviews mit Vertrauenspersonen. Von den direkt Befragten füllten 14'432 (81%) anschliessend auch den schriftlichen Fragebogen aus.
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	2007: 2'422 Personen (davon 84 Proxy-Interviews) in der telefonischen Befragung, 1'867 Personen in der schriftliche Befragung.
<b>Themenschwerpunkte</b>	Informationen über den psychischen und physischen Gesundheitszustand der Bevölkerung und die zugrunde liegenden Bestimmungsfaktoren: gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Lebensgewohnheiten, berufliche und soziale Lebensbedingungen, Behinderungen und soziale Auswirkungen, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/ess/04.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html)

<sup>1</sup> Die Ergebnisse der Befragung von 2012 sind im zeitgleich erscheinenden ersten Band des vorliegenden Berichtes («Gesundheit im Kanton Zürich. Band 1: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012»; EBPI, 2014) sowie in der im Sommer 2014 erschienenen Broschüre («Gesundheit im Kanton Zürich. Kurzfassung: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012»; ISPMZ, 2014) abgehandelt und dargestellt.

**Tab. E.2:**  
**Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat)**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Seit 1998 erhoben; erweiterte Form seit 2009
<b>Grundgesamtheit</b>	Alle Kliniken und Krankenhäuser der Schweiz respektive deren Patienten/innen
<b>Stichprobenverfahren</b>	Vollerhebung aller stationären Spitalaufenthalte, die Teilnahmequote liegt bei 99%
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	Jährlich rund 1.3 Mio. stationäre Hospitalisierungen von 950'000 Personen mit total rund 4.7 Mio. Diagnosen (Stand 2009)
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	Jährlich rund 220'000 Hospitalisierungen von 163'000 Personen mit total rund 790'000 Diagnosen (Stand 2009)
<b>Themenschwerpunkte</b>	Geschlecht, Alter, Wohnregion, Nationalität und Versicherungsklasse des Patienten, Merkmale der Hospitalisierung (z.B. Dauer), des Ein- und des Austritts, bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 durchgeführte Behandlungen; Zusatzangaben zu Neugeborenen und Psychatriepatienten/innen.

Quelle: Bundesamt für Statistik, [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/mkh/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html)

ebenfalls viel Gewicht eingeräumt, auch wenn der zeitlichen Vergleichbarkeit Grenzen gesetzt werden durch Abweichungen in gewissen Frageformulierungen und Erhebungsinstrumenten.

Die **Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat)**, Tab. E.2) des Bundesamts für Statistik ist die umfangreichste Erhebung von Gesundheitsdaten in der Schweiz. Erhoben werden seit 1998 Daten zu allen stationären Aufenthalten in Schweizer Krankenhäusern. Es handelt sich um eine obligatorische Erhebung bei allen Krankenhäusern und Kliniken. Für die Spitäler im Kanton Zürich sind die Daten von Beginn weg einigermassen vollständige,

weil die Erhebung im Rahmen des bereits vorher gut funktionierenden PATREC-Systems der kantonalen medizinischen Statistik erfolgte. In der übrigen Schweiz wurde das Ziel der Vollerhebung nach Anlaufschwierigkeiten erst etwa ab 2003 mehr oder weniger erreicht. Für jede Hospitalisierung werden eine Haupt- und bis zu 49 Nebendiagnosen erfasst und bis zu 100 Behandlungen sowie administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor und nach der Hospitalisierung. Dank einem gemeinsamen anonymen Verbindungscode können sämtliche Hospitalisierungen der gleichen Person zusammengeführt werden.

Die seit 1876 verfügbare **Todesursachenstatistik** (Tab. E.3) ist eine der ältesten regelmässig erhobenen Datenquellen in der Schweiz. Sie basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle bescheinigenden Ärzte. Sie umfasst als Vollerhebung alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung der Schweiz.<sup>2</sup> Dabei können bis zu vier Todesursachen bzw. Begleiterkrankungen vermerkt werden: unmittelbare Todesursache, Grunderkrankung und maximal zwei Begleit- oder Folgeerkrankungen. Aus diesen Angaben legt das Bundesamt für Statistik die sogenannte «endgültige Todesursache» fest (entspricht meist der Grunderkrankung), auf der alle amtlichen Statistiken und internationalen Vergleiche beruhen. Nur bei etwa 3% der Todesfälle fehlt eine Angabe der Todesursache (häufig im Ausland verstorbene Personen mit Wohnsitz in der Schweiz). Eine besondere Stärke der Schweizer Todesursachenstatistik ist ihr Reichtum an demografischer Information und ihre kleinräumige Verfügbarkeit bis hinunter auf die Ebene der Wohngemeinde. Die Kodierung der Todesursachen folgt der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der Weltgesundheitsorganisation WHO (seit 1995 gemäss der 10. Revision, «ICD-10»). Damit liefert die Todesursachenstatistik international vergleichbare Zahlen und erlaubt zudem wegen der lückenlosen Erhebung langjährige Zeitreihen. Eine entscheidende Erweiterung der Todesursachenstatistik ergibt sich durch die anonymisierte Verknüpfung der Sterbefälle mit den Personendaten der Volkszählungen 1990 und 2000 im Rahmen der Swiss National Cohort (Bopp et al., 2009). Dadurch können die für Querschnittsanalysen typischen Zähler-Nenner-Probleme umgangen und durch methodologisch überlegene Längsschnittanalysen ersetzt werden. Zusätzlich können damit auch Einflussfak-

**Tab. E.3:**  
**Todesursachenstatistik**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Seit 1876 kontinuierliche Erhebung
<b>Grundgesamtheit</b>	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz
<b>Stichprobenverfahren</b>	Vollerhebung aller Todesfälle in der Schweiz
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	61'900 Todesfälle (Durchschnitt der Jahre 2007-2011)
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	10'200 Todesfälle (Durchschnitt der Jahre 2007-2011)
<b>Themenschwerpunkte</b>	Todesursachen nach Internationaler Klassifikation der Krankheiten (ICD) sowie Informationen über Alter, Geschlecht, Zivilstand, Religionszugehörigkeit, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit.

Quelle: Bundesamts für Statistik, [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/cod/02.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/cod/02.html)

<sup>2</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/cod/02.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/cod/02.html)

toren wie Bildung oder Haushaltstyp untersucht werden, die nur in der Volkszählung, nicht aber in der Todesursachenstatistik erhoben worden sind.

Das **Schweizer Haushalt-Panel (SHP)**, Tab. E.4) dokumentiert die Entwicklung der Lebensbedingungen der Schweizer Bevölkerung. 1999 wurden 5'074 Haushalte mit 12'931 zugehörigen Personen für die Panel-Untersuchung zufällig ausgewählt. Diese Personen versucht man seither jährlich zu befragen. Die ursprüngliche Stichprobe von 1999 wurde mit jedem zusätzlichen Jahr kleiner und wurde daher im Jahr 2004 um weitere 2'538 Haushalte mit 6'569 Individuen aufgestockt.

Die Personen werden zu einer breiten Auswahl an Fragen rund um ihre Lebensumstände wie Einkommen, Lebensbedingungen, Lebensform, soziale Stellung sowie Gesundheit befragt. Das SHP erfasst auch Informationen zu Einstellungen, Werten und Meinungen. Verantwortlich für die Durchführung des Panels ist das Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften (FORS). Für die Gesundheitsberichterstattung relevant sind insbesondere die Module «psychische und physische Gesundheit», «Lebensereignisse und Lebensqualität» sowie «Bildung und Partizipation am Arbeitsmarkt». Für diesen Bericht stand die Datenreihe bis 2011 zur Verfügung.

Die **Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)**, Statistics on Income and Living Conditions, Tab. E.5), ist ein EU-Projekt, das 2003 lanciert wurde, um international vergleichbare Indikatoren zum sozialen Zusammenhalt bilden zu können. Mittlerweile nehmen über 25 Länder an dieser Erhebung teil, seit 2007 auch die Schweiz bzw. das Bundesamt für Statistik. Die SILC ist eine Mischung zwischen Panel- und Querschnittserhebung: Jährlich wird eine Zufalls-Stichprobe aus dem BFS-Register der privaten Telefonanschlüsse gezogen, wobei die ab 16-Jährigen aus der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten die Grundgesamtheit bilden. Die Erhebung ist in vier Gruppen unterteilt, die über vier Jahre hinweg befragt werden. Jedes Jahr fällt eine Gruppe weg und wird durch eine neue ersetzt. Für die Gesamtschweiz werden jährlich rund 7'000 Haushalte mit rund 17'000 Personen telefonisch befragt (BFS, 2012). Für diesen Bericht wurden die Individualdaten des Erhebungsjahres 2009 verwendet, die 2'955 Interviews mit Personen aus dem Kanton Zürich umfassen. Die meisten Fragen werden gesamteuropäisch erhoben

**Tab. E.4:**  
**Schweizer Haushalt-Panel (SHP)**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Jährliche Erhebung seit 1999
<b>Grundgesamtheit</b>	Private Haushalte in der Schweiz mit einem Telefon- bzw. Festnetzanschluss
<b>Stichprobenverfahren</b>	Dreistufiges Verfahren: 1. Nach sieben Grossregionen geschichtete Zufallsstichprobe von Privathaushalten 2. Referenzperson gibt Auskunft über Haushaltsstruktur und Situation des Haushalts 3. Sämtliche mindestens 14-jährigen Haushaltsbewohner beantworten individuellen Fragebogen
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	Jährlich zwischen 3'900 und 8'000 individuelle Interviews, wovon rund 55% aus Deutschschweizer Haushalten stammen.
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	Pro Welle jeweils zwischen 1'400 bis 2'500 Individuen, wobei die Teilnehmer aufgrund des Panel-Designs jedes Jahr befragt werden. Es werden somit Entwicklungen innerhalb derselben Bevölkerung erhoben und dokumentiert.
<b>Themenschwerpunkte</b>	Informationen über Lebensformen und -bedingungen (Zustand und Veränderungen): körperliche Gesundheit, psychische Befindlichkeit, Zufriedenheit (Leben, Arbeit, Freizeit etc.), Arbeitssituation, Wohnsituation, Gewalterlebnisse, Lebensstandard, wirtschaftlich-finanzielle Situation, Familienleben, soziale Kontakte, soziale Unterstützung, soziale Herkunft, Freizeitverhalten, Mediennutzung usw.

Quelle: Bundesamt für Statistik, [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/shp/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotek/erhebungen__quellen/blank/blank/shp/01.html)

und je nach Land kommen Zusatzfragebogen zum Einsatz. In der Schweiz ist dies u.a. für Fragen zur Lebenszufriedenheit der Fall. Die SILC ist die wichtigste Datenquelle zum Einkommen und zu den Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz.

**Tab. E.5:**  
**Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC)**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Nach Piloterhebungen in den Jahren 2004 und 2005 wird SILC seit 2007 jährlich durchgeführt.
<b>Grundgesamtheit</b>	Private Haushalte in der Schweiz mit einem Telefonanschluss
<b>Stichprobenverfahren</b>	Die Haushalte werden mit einem Zufallsverfahren aus dem BFS-Register der privaten Telefonanschlüsse gezogen. Prinzipiell wird versucht, alle ab 16-jährigen Haushaltsmitglieder zu befragen. Die teilnehmenden Personen werden während vier aufeinander folgenden Jahren befragt (Panel-Design).
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	Jährlich rund 17'000 individuelle Interviews
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	Jährlich rund 3'000 individuelle Interviews
<b>Themenschwerpunkte</b>	Informationen über Lebensformen und -bedingungen (Zustand und Veränderungen): Basismodul: jährlich aktuelle und vergleichbare mehrdimensionale Mikrodaten über Einkommen, soziale Beziehungen und Ausgrenzung, Wohnbedingungen, Erwerbstätigkeit, Bildung, Gesundheit (Gesundheitszustand, Zugang zum Gesundheitswesen) und subjektives Wohlbefinden (Zufriedenheit bezüglich verschiedener Lebensbereiche, u.a. Gesundheit) und demografische Daten. Jährlich wechselnde Spezialmodule.

Quelle: Bundesamt für Statistik, [www.silc.bfs.admin.ch](http://www.silc.bfs.admin.ch)

**Tab. E.6:**  
**Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Von 1991 - 2009 jährliche Durchführung, seit 2010 vierteljährliche Durchführung
<b>Grundgesamtheit</b>	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren
<b>Stichprobenverfahren</b>	Zufällige Auswahl der Haushalte aus dem Telefonregister. Seit 2003 wird die SAKE-Stichprobe zusätzlich durch ausländische Personen der ständigen Wohnbevölkerung ergänzt, welche aus dem Zentralen Migrations-Informationssystem (ZEMIS) gezogen werden. Die teilnehmenden Personen werden im Zeitraum von eineinhalb Jahren viermal telefonisch befragt.
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	Die SAKE wurde telefonisch zwischen 1991 - 2001 jährlich bei 16'000 - 19'000 Personen durchgeführt. Von 2002 - 2009 wurden jährlich 50'000 Interviews durchgeführt und ab 2010 werden jährlich rund 70'000 Personen befragt.
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	In den Jahren 1991 - 2001 wurden jährlich 3'000 Personen befragt, zwischen 2002 und 2009 7'000 - 8'000 und seit 2010 12'000 - 14'000 Personen.
<b>Themen-schwerpunkte</b>	Informationen rund um die Erwerbstätigkeit (momentane oder frühere): Gründe für die Nichterwerbstätigkeit (Ruhestand, Ausbildung usw.), erlernter und ausgeübter Beruf Arbeitsort und Arbeitsvolumen, Arbeitszeitregelung, Nachtarbeit, Wochenendarbeit Wirtschaftsbranche, Erwerbseinkommen, Haushaltseinkommen, Stellensuche (Erwerbslosigkeit, Unterbeschäftigung), berufliche und räumliche Mobilität, Aus- und Weiterbildung, unentgeltliche Arbeit: Familien- und Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeiten, Unterstützung von Verwandten, Migration und soziale Sicherheit usw.

Quelle: Bundesamts für Statistik, [www.sake.bfs.admin.ch](http://www.sake.bfs.admin.ch)

Die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)**, Tab. E.6) wird seit 1991 vom Bundesamt für Statistik durchgeführt. Es handelt sich um eine Haushaltsbefragung, welche die Erwerbsstruktur, das Erwerbsverhalten, Arbeitsbedingungen, räumliche Mobilität und weitere Aspekte rund um die Berufstätigkeit der ständigen Wohnbevölkerung in der

Schweiz erfasst. Auch Fragen zur Invaliderität gehören zum telefonischen Interview. Seit 2010 wird zusätzlich die selbsteingeschätzte Gesundheit erhoben. Die Stichprobe umfasste schweizweit für die Jahre 1991 - 2001 jährlich 16'000 bis 19'000 Personen. Sie ist 2002 deutlich ausgebaut worden auf jährlich rund 50'000 Personen. Seit 2010 finden die Interviews vierteljährlich statt und die Stichprobe ist noch einmal – auf rund 70'000 Personen jährlich – erhöht worden. Im Kanton Zürich sind in den Jahren 1991 - 2001 jährlich 3000 Personen, von 2002 - 2009 zwischen 7'000 und 8'000 Personen und seit 2010 zwischen 12'000 und 14'000 Personen befragt worden.

Das **Tabakmonitoring Schweiz (TMS)**, Tab. E.7) ist eine Umfrage zum Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung. Diese wurde zwischen 2001 und 2010 vom Psychologischen Institut der Universität Zürich sowie Hans Krebs, Kommunikation und Publikumsforschung Zürich, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt. Ziel war ein effizientes Monitoring des Tabakkonsums in der Schweiz. Seit 2011 wird die Erfassung des Tabakkonsums in der Schweiz von Sucht Schweiz weitergeführt. Für den vorliegenden Bericht sind vor allem die Trenddaten, d.h. die Entwicklung des Tabakkonsums seit 2001, von Bedeutung.

## Gewichtung

Um für die Gesamtbevölkerung möglichst repräsentative Ergebnisse zu erhalten, versucht man mit einer Gewichtung die unterschiedlich gut repräsentierten Bevölkerungsgruppen und unterschiedlichen Rücklaufquoten mathematisch auszugleichen. In den meisten telefonischen Befragungen werden Personen in Institutionen (Heimen, Spitäler etc.) und Personen ohne Telefonanschluss ausgeschlossen. Dies betrifft vor allem kranke, betagte, schlecht integrierte, sehr mobile und junge Personen. Diese Personengruppen sind daher unterrepräsentiert. Die Frage der Repräsentativität kann nicht abschliessend beurteilt werden, da für diese Personen sowie diejenigen, welche die Teilnahme verweigert haben, keine sozio-demografischen Angaben vorliegen. Insgesamt ist aber eher mit einer Unterschätzung der Gesundheitsprobleme zu rechnen, die durch die nachträgliche Gewichtung nicht immer korrigiert werden kann. Eine Unterschätzung der Gesundheitsprobleme in der Gesamtbevölkerung ist auch durch eine höhere Teilnahmequote von an Gesundheitsfragen interessierten

**Tab. E.7:**  
**Tabakmonitoring Schweiz (TMS)**

<b>Erhebungszeitraum</b>	Von 2001 - 2010 vierteljährliche Erhebung der zentralen Variablen (insgesamt 40 Wellen)
<b>Grundgesamtheit</b>	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz zwischen 14 und 65 Jahren (mit einem privaten telefonischen Festnetzanschluss)
<b>Stichprobenverfahren</b>	Zweistufiges Random-Random-Verfahren: 1. Haushalte mit Festnetzanschluss werden zufällig ausgewählt und telefonisch kontaktiert 2. Zielperson wird zufällig aus den Haushaltsmitgliedern ausgewählt
<b>Stichprobengrösse ganze Schweiz</b>	Pro Welle 2'500 Interviews: davon jeweils 1'426 in der Deutschschweiz, 711 in der französischsprachigen und 363 in der italienischsprachigen Schweiz. Zwischen 2001 und 2010 insgesamt rund 100'000 Interviews.
<b>Stichprobengrösse Kanton Zürich</b>	Pro Welle jeweils zwischen 380 und 430 Personen. Zwischen 2001 und 2010 insgesamt 16'159 Interviews.
<b>Themen-schwerpunkte</b>	Erfassung des Tabakkonsums und Rauchverhaltens, Aufhörbereitschaft und Aufhörversuche. In Zusatzmodulen wurden zusätzliche Themen rund ums Rauchen wie z.B. das Passivrauchen oder der Cannabiskonsum abgefragt.

Quelle: Bundesamts für Statistik, [www.tabakmonitoring.ch](http://www.tabakmonitoring.ch)

Personen sowie eine Verzerrung in Richtung sozial erwünschter Antworten<sup>3</sup> zu vermuten.

## Geografische Vergleiche

Geografische Vergleiche werden in diesem Bericht als Indikator verwendet, um spezifisch zürcherische Gesundheitsprobleme ausfindig zu machen. Bei vielen Indikatoren für die Gesundheit und das Gesundheitswesen bestehen in der Schweiz beträchtliche Unterschiede nach Sprachregionen. Ein Vergleich des Kantons Zürich mit dem Schweizer Landesmittel ist aber nur beschränkt aussagekräftig. Daher wird hier die Zürcher Bevölkerung konsequent mit der Bevölkerung der übrigen Deutschschweiz<sup>4</sup> verglichen. Wenn die übrige Deutschschweiz besser abschneidet als der Kanton Zürich, so kann prinzipiell ein Präventionspotenzial angenommen werden.

Im Tabellenteil im Anhang (Tab. A.2 bis A.21) wird die übrige Deutschschweiz zusätzlich unterteilt in einen östlichen (inkl. SH, SZ, ZG und UR) und einen westlichen Teil (inkl. AG, LU und NW).<sup>5</sup> Zusätzlich werden im Tabellenteil vier Teilgebiete innerhalb des Kantons Zürich ausgewiesen. Aufgrund der kleineren Fallzahlen und der von der Stichprobenziehung her nicht garantierten Repräsentativität sind diese Regionsdurchschnitte mit Vorsicht zu interpretieren.

## Statistik

Wie bei anderen Auswertungen der SGB werden keine Ergebnisse präsentiert, die sich auf Angaben von weniger als zehn Personen stützen. Zahlenangaben, die auf 11 bis 29 Befragten beruhen, werden in den Tabellen und Grafiken speziell mit Klammern

gekennzeichnet. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten kleinerer Bevölkerungsgruppen können aufgrund zu kleiner Fallzahlen in der Zürcher Stichprobe in der Regel nicht thematisiert werden, auch wenn sie – wie arbeitslose Personen oder Eltern-Familien – eine anerkannt höhere Gesundheitsgefährdung aufweisen. Im Text werden die generellen Muster beschrieben: Speziell bei kleineren Fallzahlen kann es vorkommen, dass einzelne Untergruppen sich nicht in das beschriebene generelle Muster einfügen.

Probleme der Repräsentativität, beschränkte Fallzahlen und der Querschnittscharakter der Gesundheitsbefragungen erlauben keine Kausalanalysen (Nachweis von Ursachen) im engeren Sinn. Die Analysen in diesem Bericht und die Tabellen im Anhang sind daher mehrheitlich deskriptiver Natur.

Häufig finden sich in diesem Bericht **Angaben zur statistischen Signifikanz** der Resultate. Je nach Datentyp oder Fragestellung kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung, wobei für die Signifikanzberechnung berücksichtigt wird, dass es dabei um gewichtete Daten geht. Statistische Signifikanz ist ein Mass für die Wahrscheinlichkeit, dass der beobachtete Unterschied bzw. statistische Zusammenhang bloss durch Zufall zustande gekommen ist oder nicht. In der Regel wird ein Resultat als «statistisch signifikant» bezeichnet, wenn die Wahrscheinlichkeit für ein rein zufälliges Ergebnis kleiner als 5% ist (= Signifikanzniveau  $p < .05$ ). In Abbildungen und Tabellen werden dafür folgende Abkürzungen verwendet: für  $p < .05$  (5%): «\*», für  $p < .01$  (1%): «\*\*» und für  $p < .001$  (1‰): «\*\*\*»; «ns» bedeutet «nicht signifikant».

<sup>3</sup> Gut belegt ist z.B. die Überschätzung der Körpergrösse bei gleichzeitiger Unterschätzung des Gewichts (Paccaud et al., 2001). Bei Angaben zum Suchtmittelkonsum ist mit noch deutlicheren Unterschieden zu rechnen. So deckt der aus Surveys hochgerechnete Alkoholkonsum generell bloss 40-60% der verkauften Mengen ab (Rehm, 1998).

<sup>4</sup> Bei Daten, die nur auf der Ebene Kanton statt Gemeinde vorliegen, werden die Kantone den Sprachregionen nach dem Mehrheitsprinzip zugeordnet, d.h. Bern und Graubünden werden zur Deutschschweiz, Freiburg und Wallis dagegen zur Romandie gezählt.

<sup>5</sup> Diese Unterteilung hat sich verschiedentlich gerade auch im Gesundheitssektor als charakteristisch erwiesen, indem die westliche Deutschschweiz oft eine Mittelstellung zwischen der Romandie und der Ostschweiz einnimmt.

## Literatur zur Einleitung

Antonovsky, A. (1997). **Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit** (Deutsche Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.

BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2012). **SILC Statistics on Income and Living Conditions. Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte. Eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 20, Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html)

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. **PLoS One**, **7** (2), 1-10.

Bopp, M., Spoerri, A., Zwahlen, M., Gutzwiller, F., Paccaud, F., Braun-Fahrlander, C., Rougemont, A. & Egger, M. (2009). Cohort profile: The Swiss National Cohort – a longitudinal study of 6.8 million people. **International Journal of Epidemiology**, **38**, 379-384.

EBPI, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (Hrsg.) (2014). **Gesundheit im Kanton Zürich. Band 1: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 19). Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.

Hämmig, O., Bopp, M. & Stähli, R. (2004). **Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007** (Forschung und Dokumentation, Nr. 25). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1994). **Gesundheit im Kanton Zürich: Bericht und Massnahmen** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 3). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2014). **Gesundheit im Kanton Zürich. Kurzfassung: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012**. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Paccaud, F., Wietlisbach, V. & Rickenbach, M. (2001). Body mass index: comparing mean values and prevalence rates from telephone and examination surveys. **Revue d'Épidémiologie et de la Santé Publique**, **49**, 33-40.

Rehm, J. (1998). Measuring quantity, frequency, and volume of drinking. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, **22** (2), 45-145.

# 1. Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung

Matthias Bopp, Silvan Tarnutzer & Ursula Meidert

Dieses Kapitel beleuchtet den Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung im Kanton Zürich von einer Doppelperspektive aus «subjektiven» Befragungsdaten einerseits und «objektiven» Registerdaten zu Unfällen und Todesursachen andererseits. Dabei bildet die selbsteingeschätzte Gesundheit mit den fünf vorgegebenen Antwortkategorien «sehr gut», «gut», «mittelmässig», «schlecht» und «sehr schlecht» einen besonderen Schwerpunkt, da entsprechende Angaben und mögliche Einflussfaktoren in mehreren Datenquellen erhoben werden. Weitere wichtige Aspekte betreffen das Vorliegen von Beschwerden, chronischen Erkrankungen und Einschränkungen im Alltag, Angaben zur Lebenszufriedenheit und Unterschiede beim Unfall- und Sterberisiko.

Folgende Datenquellen, die mit einer Ausnahme (Daten der Beratungsstelle für Unfallverhütung) in der Einleitung näher beschrieben sind, wurden herangezogen:

- Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)**, die die Analyse von vielfältigen Unterschieden und Trends in der selbsteingeschätzten Gesundheit sowie zum Vorliegen chronischer Erkrankungen ermöglicht.
- Auch die **Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)** erfasst die selbsteingeschätzte Gesundheit sowie Angaben zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, u.a. auch mit der Gesundheit.
- Die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)** bezweckt in erster Linie die Erfassung der Erwerbsstruktur und des Erwerbsverhaltens der ständigen Wohnbevölkerung. Dazu gehören auch Arbeitsabsenzen und Berufswechsel sowie -aufgaben aus gesundheitlichen Gründen. Erst seit 2010 wird auch die selbsteingeschätzte Gesundheit erhoben.
- Die **Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu)** publiziert jährlich Daten zu Nichtberufsunfällen. Die Zahlen zu Unfällen beim Sport, zu Hause und in der Freizeit beruhen auf der Statistik der UVG-Versicherten und den daraus abgeleiteten Hochrechnungen. Die bfu nimmt Hochrechnungen vor, weil für den Nichtberufsbereich kaum Daten vorliegen, die alle Personengruppen abdecken. Die Angaben zu Unfällen im Strassenverkehr beruhen hingegen auf Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu polizeilich registrierten Strassenverkehrsunfällen, welche anhand von Unfallprotokollen erstellt werden.
- Die **Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat)** erfasst alle stationären Spitalaufenthalte in der Schweiz und die zugehörigen Diagnosen und Behandlungen. Hier interessieren Hospitalisierungen mit einem ICD-Code für «Unfall» (vgl. Kap. 1.4).
- Die **Statistik der Todesfälle und Todesursachen** liefert in Verbindung mit den Bevölkerungsstatistiken des BFS Angaben über das Sterberisiko, die Lebenserwartung und die Häufigkeit einzelner Krankheiten. Die Verknüpfung mit den Individualdaten der Volkszählungen 1990 und 2000 bildet das Rückgrat der **Swiss National Cohort** (Bopp et al., 2009). Nähere Angaben zur Swiss National Cohort finden sich in Kap. 1.5.

## 1.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit – ein vielsagender Indikator

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit wird in der SGB seit der ersten Erhebung mit der Frage «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?» erhoben. Erstaunlicherweise erlauben die Antworten auf diese Frage eine recht gute Prognose für das weitere Überleben: Das Risiko in den nächsten Jahren zu sterben, steigt von «sehr gut» über «gut», «mittelmässig» und «schlecht» bis «sehr schlecht» kontinuierlich an, selbst bei Korrektur für Risikofaktoren wie Rauchen, niedrige Bildung und vorhandene chronische Krankheiten (Bopp et al., 2012). Auch andere Befragungen verwenden dieselbe Frage, z.B. die Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC) oder seit 2010 auch die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE). In der Folge werden die jeweils nur von relativ wenigen Befragten benutzten Kategorien «mittelmässig», «schlecht» und «sehr schlecht» zu «mittelmässig bis sehr schlecht» zusammengefasst.

bis sehr schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit leicht abgenommen (Abb. 1.1) und war dabei jeweils geringer als in der übrigen Deutschschweiz. Insgesamt schätzen Männer laut SGB ihre Gesundheit nur unwesentlich besser ein als Frauen.

Die Frage nach der eigenen Gesundheit ist mittlerweile Standard in vielen Erhebungen, neben der SGB u.a. auch in SILC und SAKE, wird dort aber in einer anderen Abfolge gestellt. Deshalb sind die Ergebnisse der drei Erhebungen nur beschränkt vergleichbar und kaum für eine Aussage zur Entwicklung seit 2007 zu verwenden. In der SILC 2009 bewerteten 38% der Zürcher und 34% der Zürcherinnen ihre Gesundheit als sehr gut (übrige Deutschschweiz 33% bzw. 32%), in der SAKE 2010/11 waren es sogar 48% bzw. 43% (DS: 46% bzw. 43%). Gleichzeitig war in der SILC 2009 und in der SAKE 2010/11 der Anteil mit mittelmässig bis sehr schlechter Gesundheit höher als in den vorangegangenen Erhebungen der SGB.

### Selbsteingeschätzte Gesundheit zunehmend besser?

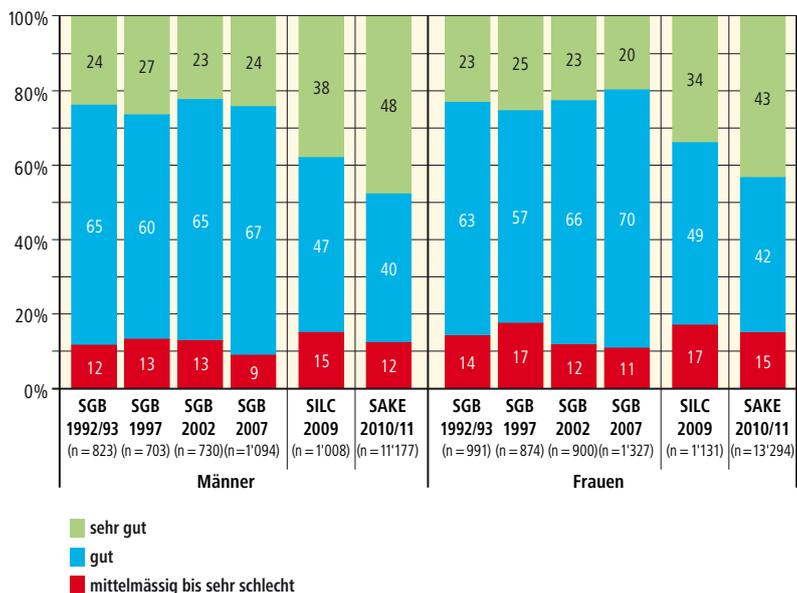
Gemäss SGB hat sich der Gesundheitszustand der Zürcherinnen und Zürcher zwischen 1997 und 2007 nicht wesentlich verändert. Tendenziell hat jedoch der Anteil an Personen mit mittelmässiger

Mit zunehmendem Alter wird häufiger ein mittelmässiger bis schlechter Gesundheitszustand berichtet (Abb. 1.2).<sup>1</sup> Zudem werden unter Älteren die Unterschiede zwischen Männern und Frauen tendenziell grösser. Erhebliche Unterschiede bestehen bezüglich Bildung: Auch nach Korrektur für Alterseffekte geben Männer und Frauen mit einem Abschluss auf tertiärer Stufe oder auf Sekundarstufe II signifikant seltener einen mittelmässigen bis schlechten Gesundheitszustand an als jene mit nur obligatorischer Schulbildung. Ein ähnlicher Zusammenhang besteht zwischen Einkommen und selbsteingeschätzter Gesundheit: Nur eine von drei Personen im niedrigsten Einkommensquintil<sup>2</sup> bezeichnet ihre Gesundheit als sehr gut und eine von vier als mittelmässig bis sehr schlecht. Bereits bei einem mittleren Einkommen fallen die Werte bedeutend besser aus (sehr gut: 46%; mittelmässig bis sehr schlecht: 12%).

### Gesundheit je nach Erwerbsstatus unterschiedlich

Vollzeitbeschäftigte 25- bis 64-jährige Männer und Frauen schätzen ihre Gesundheit mit je 93% häufiger als (sehr) gut ein als Teilzeitangestellte (Männer: 86%, Frauen: 90%). Bei Frauen ist dieser Unterschied vorwiegend ab einem Alter von 45 Jahren beobachtbar, bei Männern bereits bei 35-Jährigen (Abb. 1.3). Erwerbslose Männer und Frauen (auf-

**Abb. 1.1:** Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1992/93-2010/11

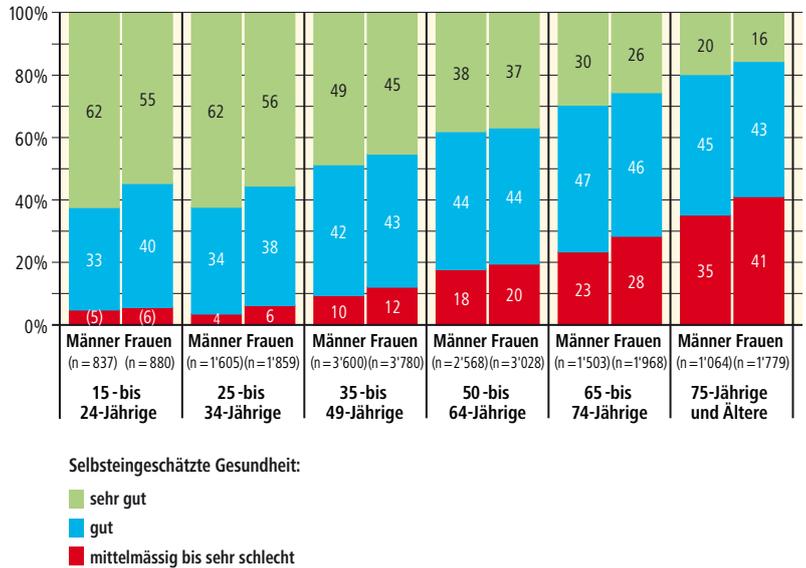


Datenquellen: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992/93-2007, Statistics on Income and Living Conditions 2009 und Schweizerische Arbeitskräfteerhebungen 2010/11 (altersstandardisierte Werte).

grund kleiner Stichprobengrössen nicht dargestellt) sowie Hausfrauen sind nach eigener Einschätzung deutlich häufiger bei nur «mittelmässiger bis (sehr) schlechter» Gesundheit als Erwerbstätige.

In allen Erwerbsgruppen, aber ganz besonders bei Hausfrauen und Erwerbslosen steigt der Anteil Personen mit einer mittelmässigen bis (sehr) schlechten selbsteingeschätzten Gesundheit mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und erreicht bei teilzeiterwerbstätigen 55- bis 64-jährigen Männern 19% und bei gleichaltrigen Hausfrauen 23%. Nur die in Abbildung 1.3 aufgrund geringer Fallzahlen nicht gezeigten Arbeitslosen weisen diesbezüglich noch höhere Anteile auf und erreichen bei den 45- bis 54-Jährigen die jeweils höchsten Werte (Männer: 31%, Frauen: 25%). Aus Abbildung 1.3 ebenfalls nicht ersichtlich ist, dass im Kanton Zürich insgesamt zwei von zehn erwerbslosen 55- bis 64-jährigen Frauen eine mittelmässige bis (sehr) schlechte Gesundheit aufweisen, in der übrigen Deutschschweiz hingegen mehr als vier von zehn.<sup>3</sup>

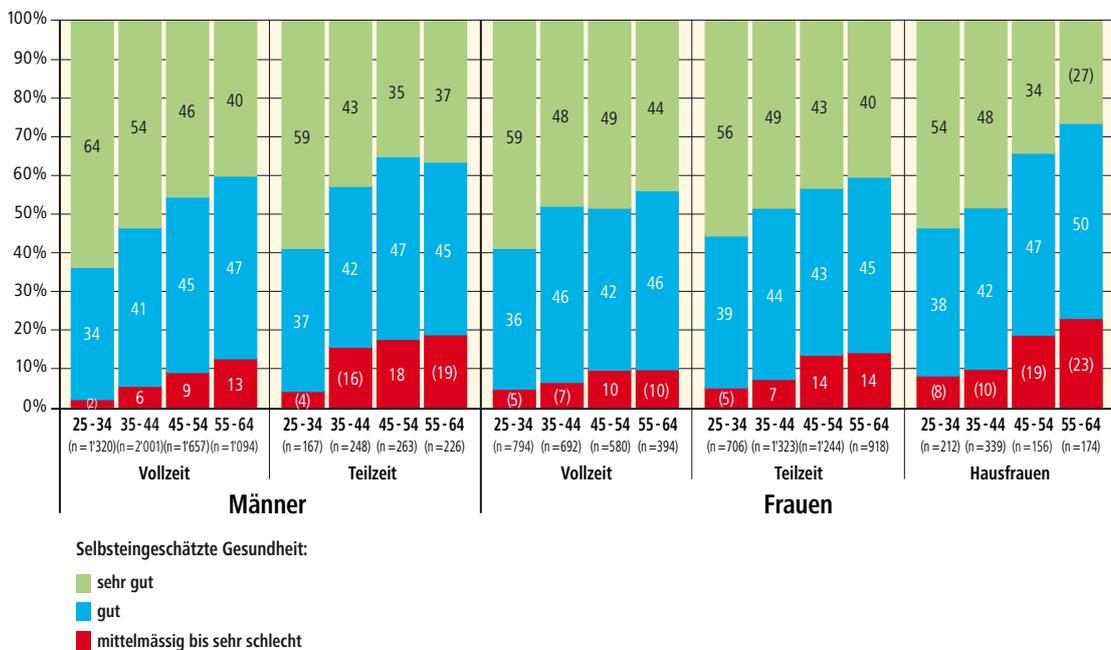
**Abb. 1.2:** Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquellen: BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebungen 2010/11.

**Abb. 1.3:** Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Alter, Erwerbsstatus und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquellen: BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2010/11.

<sup>1</sup> Für altersspezifische Analysen werden aufgrund des Stichprobenumfangs ebenfalls die SAKE Daten verwendet.

<sup>2</sup> Einteilung der Personen nach Einkommen in fünf gleich grosse Gruppen.

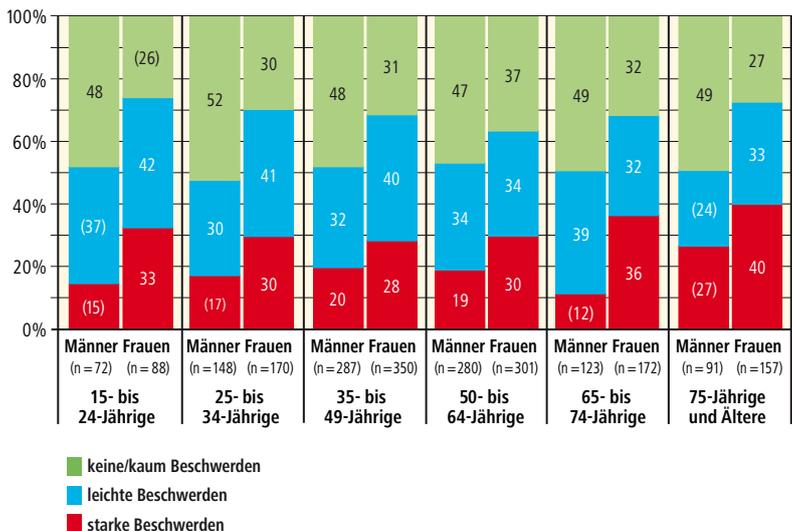
<sup>3</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p < .05).

## 1.2 Körperliche Beschwerden und chronische Krankheiten – nicht nur eine Frage des Alters

Zürcherinnen äussern signifikant häufiger starke körperliche Beschwerden als Zürcher (31% vs. 18%), und rund die Hälfte der Männer geben an, dass sie keine körperlichen Beschwerden haben, während nur eine von drei Frauen keine körperlichen Beschwerden äussert. Frauen ab 35 Jahren berichten

mit zunehmendem Alter vermehrt von starken körperlichen Beschwerden – der Anteil der Betroffenen erreicht bei 75-jährigen und älteren Frauen 40% (Abb. 1.4). Bei den Männern in der gleichen Altersgruppe nennen 27% starke Beschwerden.

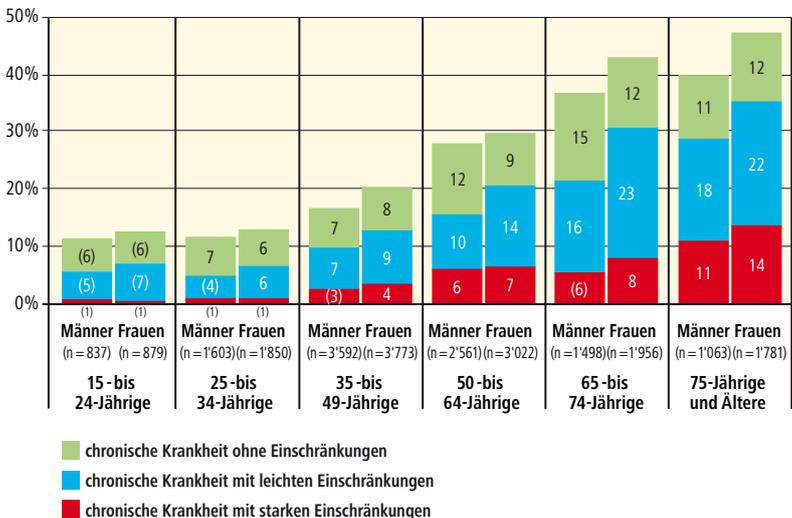
**Abb. 1.4:** Körperliche Beschwerden nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

**Abb. 1.5:** Chronische Krankheiten und damit einhergehende Alltagseinschränkungen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquellen: BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2010/11.

### Sind ältere Frauen und Migrantinnen häufiger chronisch krank?

Neben allgemeinen körperlichen Beschwerden wird in der SGB nach dauerhaften gesundheitlichen Problemen und damit verbundenen Einschränkungen im Alltagsleben gefragt. Eine von vier Personen im Kanton Zürich gab 2007 ein chronisches Gesundheitsproblem an. Eine von fünf Personen berichtete über leichte Einschränkungen im täglichen Leben und zusätzliche 8% klagten über starke Einschränkungen. Die Einschränkungen sind vorwiegend körperlich bedingt. So äussert etwa jede vierte Person eine ausschliesslich körperlich bedingte Einschränkung, jedoch nur eine bis zwei von hundert Personen eine ausschliesslich psychisch bedingte Einschränkung. 5% der Frauen, aber nur 2% der Männer fühlen sich gleichzeitig durch körperliche und psychische Belastungen eingeschränkt.<sup>4</sup>

Auch in der SAKE wird nach chronischen Krankheiten und Einschränkungen im täglichen Leben gefragt. Im Unterschied zur SGB werden mittels einer ersten Frage zuerst die Personen ermittelt, welche eine chronische Krankheit haben, und anschliessend nur noch diejenigen mit einer chronischen Krankheit nach Einschränkungen im täglichen Leben gefragt. Die Teilnehmenden werden wie folgt eingeteilt: a) Personen ohne chronische Krankheiten/Probleme, b) Personen mit chronischen Krankheiten ohne Einschränkungen im täglichen Leben, c) Personen mit chronischen Krankheiten, die leichte Einschränkungen mit sich bringen, und d) Personen mit chronischen Krankheiten, welche sie stark im alltäglichen Leben einschränken.

2010 bzw. 2011 bejahte etwa jede vierte Frau aber nur jeder fünfte Mann die Frage nach einer chronischen Krankheit. Die in der SAKE befragten Zürcher Männer scheinen ihre Gesundheit allgemein besser einzuschätzen als jene in der SGB-Befragung (vgl. Kap. 1.1). Das häufigere Auftreten chronischer Erkrankungen bei Frauen trifft besonders auf ältere Altersgruppen (Abb. 1.5) zu. So hatten im Mittel der Jahre 2010 und 2011 43% der 65- bis 74-jährigen Frauen und 37% der gleichaltrigen Männer eine

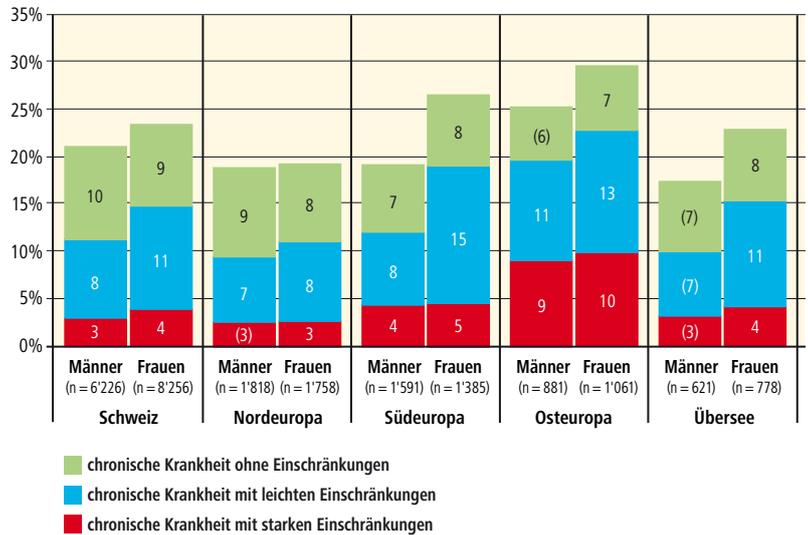
chronische Erkrankung. Bei den 75-Jährigen und Älteren war der Unterschied mit fast fünf von zehn Frauen und vier von zehn Männern noch etwas grösser. In jüngeren Altersgruppen sind entsprechende Geschlechterunterschiede deutlich geringer oder gar nicht vorhanden.

Einschränkungen im Alltag durch eine chronische Erkrankung liegen insbesondere bei älteren Männern und Frauen vor. So fühlen sich 11% der 75-jährigen oder älteren Männer im Alltag stark eingeschränkt, bei den gleichaltrigen Frauen sind es 14% (vgl. Abb. 1.5). Leichte Einschränkungen kommen bei 16% der 65- bis 74-jährigen und bei 18% der 75-jährigen und älteren Männer vor. Für die Frauen resultieren leicht höhere Werte (23% bzw. 22%). Wiederum sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in höheren Altersgruppen grösser als bei jüngeren. Bemerkenswert sind die Geschlechterunterschiede auch bei Personen mit Migrationshintergrund aus Südeuropa und aus Übersee: Frauen aus diesen Regionen berichten deutlich häufiger über chronische Krankheiten als Männer (Abb. 1.6).<sup>5</sup> Besonders häufig von chronischen Krankheiten mit leichten bis starken Einschränkungen betroffen sind zudem Männer (20%) und Frauen (23%) mit einem osteuropäischen Migrationshintergrund.

### Weniger chronische Krankheiten bei Vollzeitwerbstätigen

Chronische Krankheiten und damit einhergehende Einschränkungen im alltäglichen Leben werden mit zunehmendem Alter häufiger (Abb. 1.7). Auch unter Berücksichtigung des Alterseffekts sind Vollzeitwerbstätige seltener von chronischen Krankheiten und damit einhergehenden Einschränkungen betroffen als Teilzeiterwerbstätige. Tendenziell am höchsten sind die Belastungen bei den Erwerbslosen (wegen kleiner Fallzahlen aber nur begrenzt aussagekräftig).

**Abb. 1.6:** Chronische Krankheiten nach Migrationshintergrund und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11

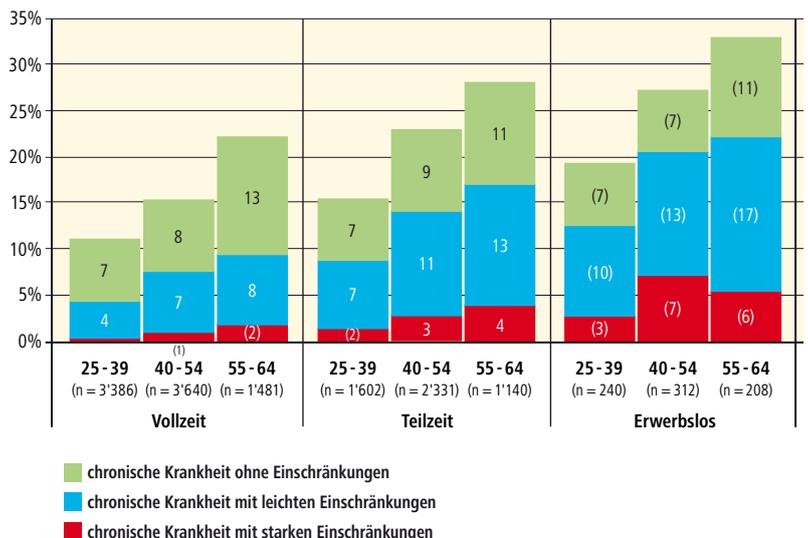


Werte in Klammern beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Nordeuropa inkl. Deutschland, Österreich und Benelux-Staaten, Südeuropa inkl. Frankreich und Griechenland, Osteuropa inkl. Ex-Jugoslawien, Albanien und Türkei.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2010/11.

**Abb. 1.7:** Chronische Krankheiten und damit einhergehende Alltagseinschränkungen bei 25- bis 64-Jährigen nach Alter und Erwerbsstatus, Kanton Zürich, 2010/11



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquellen: BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2010/11.

<sup>4</sup> Der Wert bei den Männern beruht auf weniger als 30 Beobachtungen und ist somit nur mit Vorsicht zu interpretieren.

<sup>5</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p < .001).

## 1.3 Hohe Lebenszufriedenheit in der Zürcher Bevölkerung

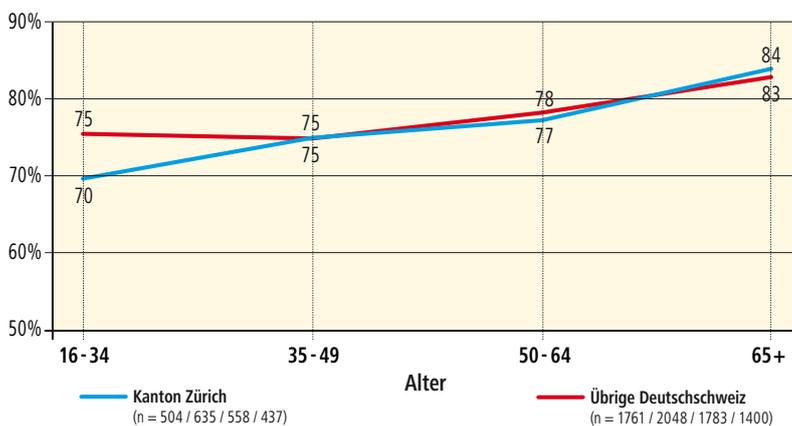
Zufriedenheit im Alltag, im Beruf und in sozialen Beziehungen ist heute ein zentraler Lebenswunsch (Dinkel, 2013) und damit ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität. Fragen nach der Zufriedenheit in verschiedenen Dimensionen des Lebens bilden einen Schwerpunkt der Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC; siehe Einleitung). Die Hauptfrage «Ganz allgemein gefragt – wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?» musste von den Befragten als persönliche Einschätzung auf einer Skala von null bis zehn beantwortet werden, wobei 0 «gar nicht zufrieden» und 10 «vollum-

fänglich zufrieden» bedeutet. Werte von 8 bis 10 auf dieser Skala werden als «sehr zufrieden» oder «hohe Lebenszufriedenheit» definiert, solche von 5 bis 7 als «zufrieden» und solche von 0 bis 4 als «unzufrieden».

### Lebenszufriedenheit nimmt mit dem Alter zu

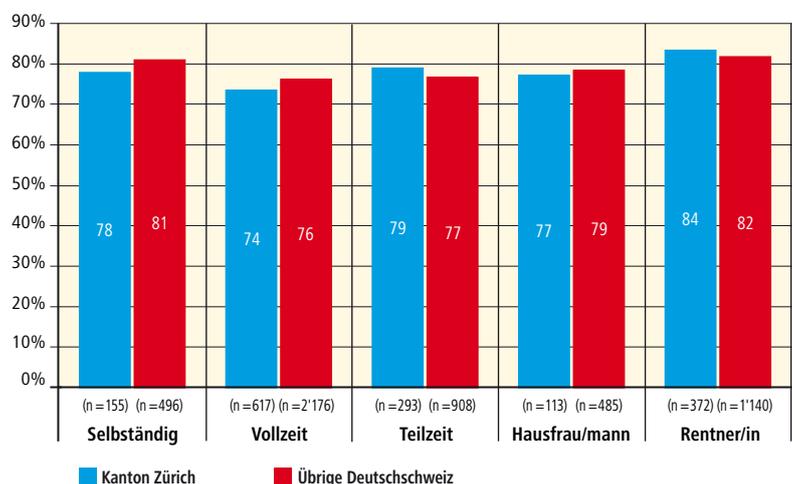
Gemäss SILC sind gut drei Viertel der Zürcherinnen und Zürcher sehr zufrieden mit ihrem Leben und mehr als ein weiteres Fünftel zufrieden. Unzufrieden sind dagegen weniger als zwei Prozent der Befragten. Zwischen den Geschlechtern lassen sich nur geringfügige Unterschiede feststellen. Hingegen ist eine Zunahme der Zufriedenheit mit steigendem Alter unverkennbar (Abb. 1.8), die meist als Folge einer abnehmenden Differenz zwischen Erwartung und Realität gedeutet wird. Doch auch unter Berücksichtigung dieses Alters-effekts gibt es ausgeprägte Unterschiede. So sind Personen aus der Romandie (69%) und dem Tessin (68%) seltener «sehr zufrieden» als Deutschschweizer (77%). Mit 76% ist der Anteil der «sehr zufriedenen» Personen im Kanton Zürich nur unwesentlich geringer als in der übrigen Deutschschweiz (77 %).

**Abb. 1.8:**  
Hohe allgemeine Lebenszufriedenheit nach Alter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009



Datenquelle: BFS, Statistics on Income and Living Conditions 2009.

**Abb. 1.9:**  
Hohe allgemeine Lebenszufriedenheit nach Erwerbsstatus, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009

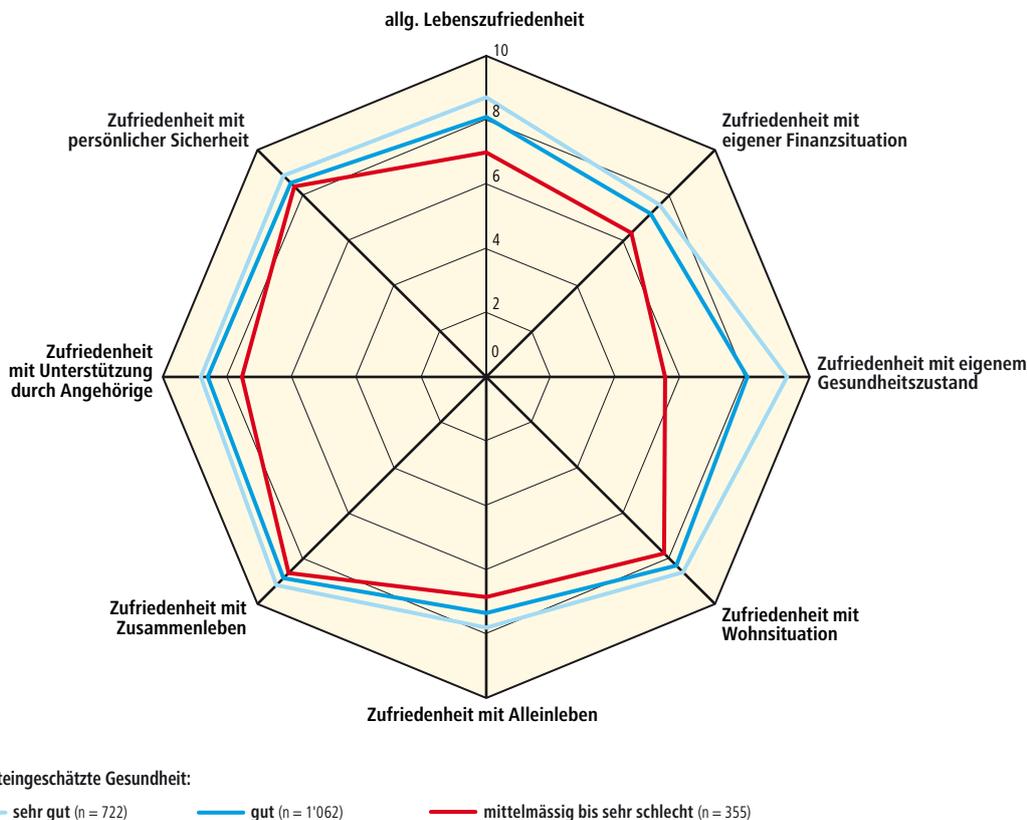


Datenquelle: BFS, Statistics on Income and Living Conditions 2009.

### Sozial besser Gestellte, Rentner/innen und Teilzeitarbeitende zufriedener

Hinter diesen generellen Mustern verstecken sich mindestens ebenso grosse Unterschiede nach sozioökonomischem Status: Mieter und Personen mit tieferen Haushaltseinkommen oder nur obligatorischer Schulbildung sind unter Berücksichtigung der Haushaltsgrosse seltener sehr zufrieden als Wohneigentümer bzw. Personen mit höheren Einkommen oder besserer Ausbildung. Auch die Unterschiede nach Erwerbsstatus sind aufschlussreich (Abb. 1.9). Am zufriedensten sind die Rentner/innen (ZH: 84%, DS: 82% sehr Zufriedene). Teilzeiterwerbstätige sind im Kanton Zürich bei beiden Geschlechtern häufiger sehr zufrieden als Vollzeitwerbstätige und tendenziell auch zufriedener als Selbständigerwerbende. In der übrigen Deutschschweiz fehlt ein solcher Unterschied nach Beschäftigungsgrad sowie -status, und der höchste Anteil sehr Zufriedener findet sich bei den Selbständigerwerbenden und den Rentner/innen.

**Abb. 1.10:**  
Allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit nach selbsteingeschätzter Gesundheit,  
Kanton Zürich, 2009



Datenquelle: BFS, Statistics on Income and Living Conditions 2009.

## Gesundheit zentral für Zufriedenheit in anderen Lebensbereichen

In der SILC wird aber nicht nur nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit, sondern auch nach der Zufriedenheit in weiteren Lebensdimensionen gefragt. Dabei zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz. Die höchste Zufriedenheit wurde über das Zusammenleben, die persönlichen Beziehungen, das Arbeitsklima und die Wohnsituation geäussert, die niedrigste über die finanzielle Situation und das Einkommen im Haupterwerb, gefolgt vom Alleinleben und der vorhandenen Freizeit.

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist sehr eng mit der Zufriedenheit in den anderen Bereichen verknüpft. Noch deutlicher ist der Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand: Es überrascht nicht, dass Personen, die ihre Gesundheit schlechter einschätzen oder ein chronisches Gesundheitspro-

blem haben, im Durchschnitt auch deutlich weniger zufrieden sind mit ihrer Gesundheit. Interessanterweise – und dies im Gegensatz zum Vorhandensein eines chronischen Gesundheitsproblems, wo ein entsprechender Unterschied nur bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Angehörige angedeutet ist – geht eine schlechtere Einschätzung der eigenen Gesundheit mehr oder weniger deutlich mit einer tieferen Zufriedenheit in allen Dimensionen einher (Abb. 1.10). Dies betrifft insbesondere auch die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation. Umgekehrt sind Personen mit sehr guter selbsteingeschätzter Gesundheit in allen Dimensionen zufriedener als solche mit «nur» guter selbsteingeschätzter Gesundheit und diese wiederum durchwegs deutlich zufriedener als solche mit mittelmässiger bis sehr schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit. Einzig bei der Zufriedenheit mit der Sicherheit und mit dem Zusammenleben bleiben die Unterschiede gering.

## 1.4 Junge und Männer verunfallen besonders oft

Insgesamt haben im Kanton Zürich gemäss der SGB 2007 jeder sechste Mann und jede achte Frau im Alter zwischen 25 und 64 Jahren während der letzten 12 Monate vor der Befragung einen Unfall mit Verletzungsfolge gehabt. Männer verunfallen vor allem deutlich häufiger beim Sport, Frauen dagegen rund ums Haus und im Garten.

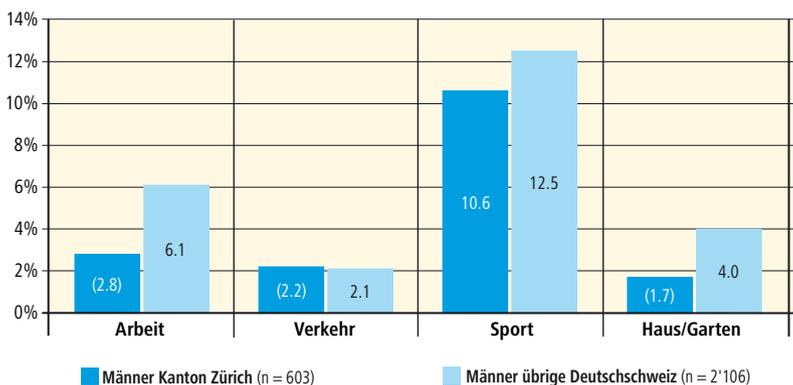
Im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz verunfallen Zürcher Männer deutlich seltener (Abb. 1.11). Eine Ausnahme bilden gemäss SGB die Verkehrsunfälle. Unfälle ereignen sich am häufigsten in der Freizeit – nur noch bei etwa jedem fünften Unfall

mit Verletzungsfolge handelt es sich um einen Arbeitsunfall. Bei den Frauen sind die Unterschiede zur übrigen Deutschschweiz gering.

Derselbe Unterschied zwischen den Geschlechtern findet sich auch in den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MEDSTAT): Männer werden häufiger aufgrund von Unfällen hospitalisiert als Frauen. Diese Geschlechterdifferenz ist besonders ausgeprägt bei den Jüngeren: 2007/08 war «Unfall» bei einem Drittel aller stationären Spitalaufenthalte von männlichen Jugendlichen und jungen Männern die Hauptdiagnose und bei weiteren 4% die Nebendiagnose. Bei den Mädchen und jungen Frauen dagegen war «Unfall» nur bei 21% der Spitalaufenthalte die Hauptdiagnose und bei weiteren knapp 3% die Nebendiagnose. Im höheren Alter kehrt sich dieser Geschlechterunterschied um: Ab 75 Jahren werden Frauen deutlich häufiger aufgrund von Unfällen hospitalisiert als Männer (Abb. 1.12).

Auch bei der Art der Unfälle zeigen sich Geschlechterunterschiede: Männliche Jugendliche und junge Männer verletzen sich vier Mal häufiger bei Motorradunfällen und drei Mal häufiger bei Fahrradunfällen als weibliche Jugendliche, wie der MEDSTAT zu entnehmen ist. Junge Frauen dagegen erleiden zehn Mal häufiger Verletzungen bei Reitunfällen als junge Männer. Auch im Sport verletzen sich gemäss SGB-Daten Männer doppelt so häufig wie Frauen (12% vs. 6%). Die Geschlechterdifferenz ist wiederum bei den jüngeren Personen am stärksten ausgeprägt. Im mittleren Alter verletzen sich Männer deutlich häufiger im Strassenverkehr und durch Stürze als Frauen. Stürze nehmen ab 55 Jahren als Hospitalisierungsgrund bei den Frauen deutlich zu – auf über 422 pro 10'000 75-jährige und ältere Frauen, deutlich mehr als bei gleichaltrigen Männern (232 Stürze pro 10'000 Männer).

**Abb. 1.11:** Unfälle mit Verletzungsfolge bei 25- bis 64-jährigen Männern während der letzten 12 Monate nach Unfalltyp, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

**Abb. 1.12:** Hospitalisierungen pro 10'000 Einwohner/innen und Jahr mit «Unfall» als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007/08

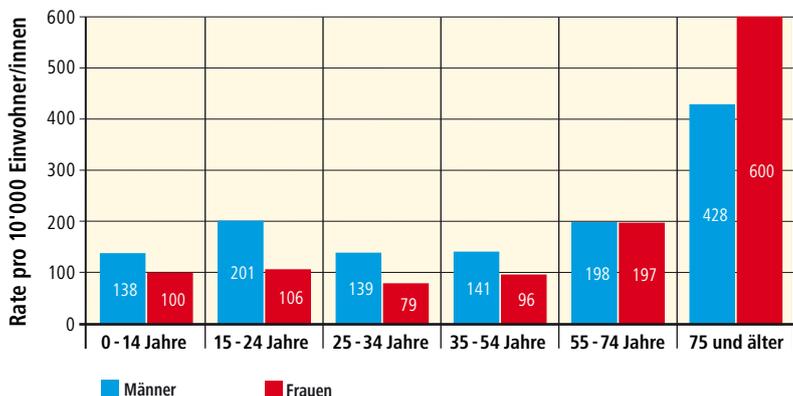


Abbildung beruht auf 26'150 Hospitalisierungen bei Männern und 26'377 Hospitalisierungen bei Frauen.

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007/08.

### Junge Personen besonders häufig bei Verkehrsunfällen verletzt

Verglichen mit allen anderen Altersgruppen werden Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 30 Jahren besonders häufig im Strassenverkehr verletzt. Spitzenreiter sind die 16- bis 20-Jährigen, die gemäss den Daten der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) von 2010 durch Transportmittelunfälle mit Abstand am häufigsten verletzt werden. Im Kanton Zürich verletzten sich im Jahr 2010 bei Ver-

kehrsunfällen 16- bis 20-jährige Männer am häufigsten (55 Verletzte pro 10'000 Personen im gleichen Alter, Abb. 1.13).

Bei den jungen Frauen ist der Anteil Verletzter infolge von Unfällen mit dem Personenwagen mit 58% bei den 16- bis 20-Jährigen und mit 66% bei den 21- bis 25-Jährigen deutlich höher als bei den jungen Männern mit 46% respektive 54%, obwohl Männer häufiger mit einem Personenwagen verunfallen. Dieser scheinbare Widerspruch rührt daher, dass Männer viel häufiger Verletzungen durch andere Verkehrsunfälle erleiden: Junge Männer zwischen 16 und 20 Jahren verunfallen rund sechs Mal häufiger mit Motorfahrrädern oder Motorrädern als gleichaltrige Frauen.

Anzumerken ist, dass bei den jungen Männern etwa zweieinhalb Mal so viele Verletzte aus Unfällen mit Personenwagen stammen, bei denen die Verletzten selbst am Steuer sassen. Bei den Frauen waren es knapp doppelt so viele. Überhöhte Geschwindigkeit und Lenken des Fahrzeugs in alkoholisiertem Zustand scheint bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren besonders häufig Unfallursache zu sein: Verglichen mit allen anderen Altersgruppen findet sich bei ihnen der höchste Anteil Getöteter und Schwerverletzter.

### Weniger Verkehrsunfallverletzte im Kanton Zürich

Bei polizeilich gemeldeten Verkehrsunfällen haben Männer und Frauen im Kanton Zürich ein geringeres Verletzungsrisiko als Personen aus der übrigen Deutschschweiz. Bei den Männern ist der Unterschied mit gut 18% weniger Unfällen pro 10'000

**Abb. 1.13:**  
Verletzte bei Verkehrsunfällen pro 10'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010

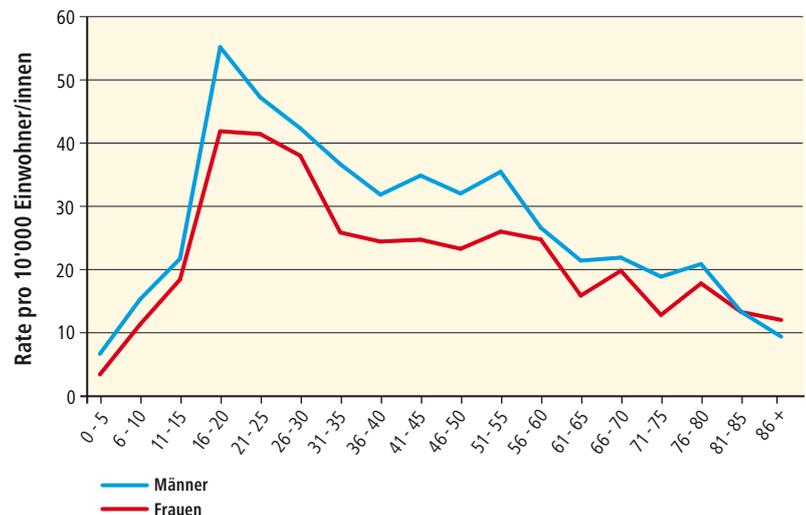


Abbildung beruht auf 3'645 Verkehrsunfallverletzten (2'035 Männer und 1'610 Frauen).

Datenquelle: bfu Status 2010 (Spezialauswertung).

Personen deutlich ausgeprägter als bei den Frauen (-12%).

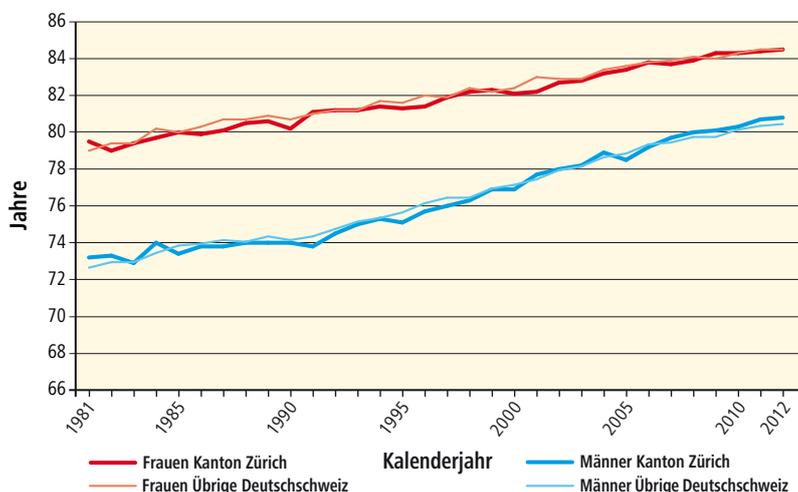
Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den 16- bis 20-Jährigen, deren Risiko im Kanton Zürich rund 30% (Männer) bzw. 25% (Frauen) niedriger ist als in der übrigen Deutschschweiz (Männer: 79 Verletzte pro 10'000 Personen, Frauen: 56 Verletzte pro 10'000 Personen). Auch hier dürften Motorradunfälle der Hauptgrund für den markanten Unterschied sein. Bei den 16- bis 20-jährigen Männern in der übrigen Deutschschweiz sind Verletzte aufgrund von Motorradunfällen knapp doppelt so häufig wie im Kanton Zürich.

## 1.5 Lebenserwartung im regionalen Vergleich: Zürcher top, Zürcherinnen nur Durchschnitt

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt bezieht sich nicht auf die voraussichtliche Lebenserwartung eines Neugeborenen, sondern es ist ein Sammelmass der in der Bezugsperiode beobachteten altersspezifischen Sterberisiken in einer Bevölkerung. Seit Jahrzehnten nimmt die mittlere Lebenserwartung kontinuierlich zu. 2011/12 betrug sie im Kanton Zürich für Frauen 84,4 und für Männer 80,7 Jahre. Damit unterscheiden sich die Zürcher/innen nicht vom Durchschnitt der übrigen Deutschschweizer/innen (Abb. 1.14). Dies galt bis in die 1990er Jahre

auch für die Zürcher Männer. Nach 2000 haben sich diese aber in eine zunehmend günstigere Position als die übrigen Deutschschweizer (80,3 Jahre) gebracht. Im 20. Jahrhundert hat sich der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der Frauen und der Männer ständig vergrössert bis zu einem Maximum von fast sieben Jahren um 1990. Seither nimmt die Lebenserwartung der Männer aber stärker zu als diejenige der Frauen und der Unterschied betrug 2011/12 im Kanton Zürich nur noch 3,7 Jahre.

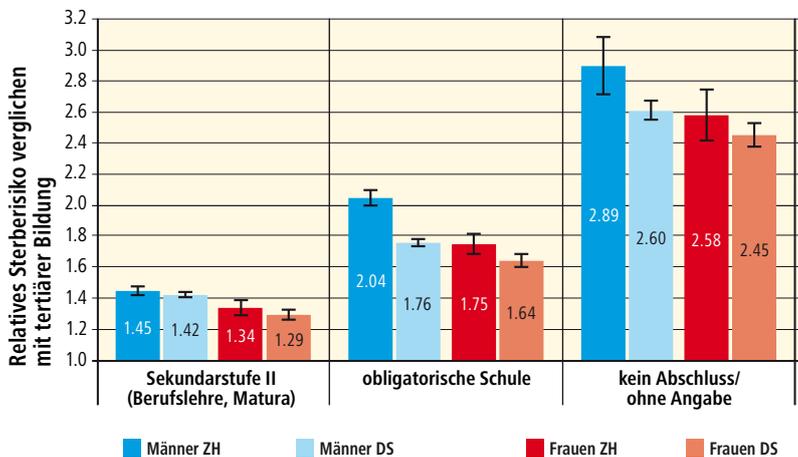
**Abb. 1.14:** Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1981 - 2012



Datenquelle: BFS, Bevölkerungsbewegung 1981 - 2012.

Sterberisiken können statt mit der mittleren Lebenserwartung auch als altersstandardisierte Raten oder relative Risiken ausgedrückt werden. Letzteres ist vor allem dann die Methode der Wahl, wenn neben Alter und Geschlecht noch weitere Einflussfaktoren berücksichtigt oder sogar Längsschnittanalysen durchgeführt werden sollen. Dies ist mit den traditionellen Daten nicht möglich, wohl aber mit der Swiss National Cohort, einer anonymisierten Verknüpfung der Volkszählungen 1990 und 2000 mit den Todesfällen 1990-2008 (Bopp et al., 2009). Dabei wird für jede in der Volkszählung 1990 registrierte Person nach passenden Einträgen in der Volkszählung 2000 und in der Statistik der Sterbefälle (aktuell bis Ende 2008) gesucht. Weil trotz Einbezug des Ausländerregisters die Sterbefälle von Ausländern nur unvollständig erfasst werden können, beschränken sich die folgenden Analysen auf Personen mit Schweizer Staatsangehörigkeit.

**Abb. 1.15:** Relative Sterberisiken nach Schulbildung und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1990 - 2008 (adjustiert für Alter und Zivilstand)



Sterbefälle Kanton Zürich, Männer: N = 68'296, Frauen: N = 65'661; Sterbefälle übrige DS, Männer: N = 233'843, Frauen: N = 209'177

Datenquelle: BFS, Swiss National Cohort.

### Mit höherer Bildung steigen die Chancen auf ein langes Leben

Noch ausgeprägter und sogar grösser als zwischen den Geschlechtern (Spoerri et al., 2006) sind die Unterschiede in den relativen Sterberisiken nach sozioökonomischem Status, wie Analysen nach steuerbarem Einkommen in der Stadt Zürich belegen (Schwierz & Riegelning, 2013). Auf kantonaler Ebene sind solche Auswertungen nicht möglich. Mit der Swiss National Cohort lässt sich aber die Mortalität nach Schulbildung analysieren: Zürcher/innen ohne Schulabschluss haben verglichen mit Männern und Frauen mit tertiärer Bildung (Hochschule) jeweils über zweieinhalb Mal so hohe Risiken, innerhalb des nächsten Jahres zu sterben (Abb. 1.15). Die Risikoerhöhung betrifft in abgeschwächtem Ausmass auch Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II (Berufslehre oder

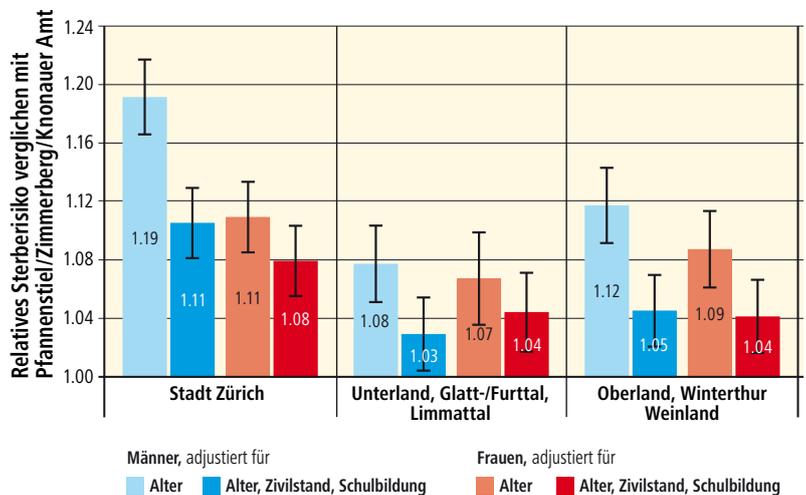
Matura). Der Unterschied im Vergleich zu Personen mit Tertiärbildung ist im Kanton Zürich jeweils ausgeprägter als in der übrigen Deutschschweiz.

Teilt man den Kanton in vier grosse Regionen ein (Stadt Zürich, Unterland/Glattal–Furttal/Limmattal, Pfannenstiel/Zimmerberg/Knonauer Amt, Oberland/Winterthur/Weinland) zeigen sich ebenfalls markante Unterschiede. Die Grossregion Pfannenstiel/Zimmerberg/Knonauer Amt zeigt jeweils die günstigsten Werte und dient daher als Referenzkategorie. Die höchsten Sterberisiken zeigen sich für die Bevölkerung der Stadt Zürich (Männer adjustiert für das Alter +19%, Frauen +11%), gefolgt von Oberland/Winterthur/Weinland und Unterland/Glattal–Furttal/Limmattal (Abb. 1.16). Diese Unterschiede werden geringer, wenn die Risiken nicht nur für das Alter, sondern auch für Zivilstand und Schulbildung adjustiert werden (Stadt Zürich Männer +10%, Frauen +8%), doch bleibt der Unterschied zur Referenzregion Pfannenstiel/Zimmerberg/Knonauer Amt überall statistisch signifikant.

## Zürcherinnen: Präventionspotenzial bei Lungenkrebs und Suizid

Rund jeder dritte Tod ist durch eine Herz-Kreislauf-Krankheit bedingt, rund jeder vierte durch eine Krebserkrankung. Ein Vergleich zur übrigen Deutschschweiz zeigt, dass die verhältnismässig günstigere Stellung der Zürcher Männer v.a. durch eine niedrigere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs bedingt ist. Chronische Bronchitis, Diabetes und Verkehrsunfälle sind zwar ebenfalls statistisch signifikant seltener, fallen aber zahlenmässig wie die Übersterblichkeit an psychischen Krankheiten und unklaren Ursachen weniger ins Gewicht (Tab. 1.1). Bei den Zürcherinnen wird die Übersterblichkeit bei Unfällen und Gewalteinwirkungen (u.a. Suizid), Lungenkrebs, Demenz und psychischen Krankheiten durch ein geringeres Sterberisiko bei Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes aufgewogen.

**Abb. 1.16:** Relative Sterberisiken nach Region und Geschlecht, Kanton Zürich, 1990 - 2008 (adjustiert für Alter allein sowie für Alter, Zivilstand und Schulbildung)



Sterbefälle Kanton Zürich, Männer: N = 68'296, Frauen: N = 65'661

Datenquelle: BFS, Swiss National Cohort.

**Tab. 1.1:** Wichtige Todesursachen: altersstandardisierte Sterberaten nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 - 2011

Todesursache	Männer			Frauen		
	N	Sterberate <sup>1</sup>	% DS <sup>2</sup>	N	Sterberate <sup>1</sup>	% DS <sup>2</sup>
<b>Alle Ursachen</b>	24'111	567.1	96***	26'926	388.6	100
<b>Unklare Ursachen<sup>5</sup></b>	731	18.1	110**	825	12.5	123***
<b>Unfälle/Gewalteinwirkungen</b>	1'928	49.2	102	1'415	24.5	118***
- Suizide (ohne assistierte Suizide)	656	17.5	95	261	6.6	108
- Verkehrsunfälle	198	5.6	78***	75	2.0	111
<b>Krebs</b>	7'118	169.2	94***	6'236	114.6	99
- Lungenkrebs	1'512	36.9	91***	923	19.0	109**
- Darmkrebs	747	17.6	89**	652	11.1	98
- Brustkrebs	--	--	--	1'203	23.7	103
- Prostatakrebs	1'064	23.5	94*	--	--	--
<b>Herz-Kreislauf-Krankheiten</b>	7'948	180.6	92***	10'045	120.5	93***
- Koronare Herzkrankheiten	3'824	87.4	93***	3'796	45.4	101
- Übrige Herzkrankheiten	1'601	36.8	88***	2'206	26.4	85***
- Hirngefässkrankheiten	1'272	28.1	97	2'021	24.9	97
<b>Übrige Krankheiten</b>	6'386	150.0	100	8'405	116.6	103**
- Infektionskrankheiten	302	7.4	112	265	4.3	91
- Diabetes	505	11.4	88**	607	7.9	83***
- Demenz	892	25.4	102	2'190	31.1	110***
- Psychische Krankheiten <sup>3</sup>	311	7.9	130***	249	4.6	121**
- Chronische Bronchitis <sup>4</sup>	789	17.6	80***	665	9.7	104
- Leberzirrhose	359	9.3	102	223	5.1	113

<sup>1</sup> Sterbefälle pro 100'000 Personenjahre, WHO-Standardbevölkerung «Europa».

<sup>2</sup> Division der altersstandardisierten Sterberate für den Kanton Zürich mit derjenigen für die übrige Deutschschweiz (DS); ein Wert von 120 bedeutet, dass die Mortalität im Kanton Zürich nach Korrektur für Alterseffekte 20% höher ist als in der übrigen Deutschschweiz.

<sup>3</sup> ohne Demenz (ICD-10: F00-F03). Unter dieser Kategorie finden sich vor allem Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

<sup>4</sup> inkl. andere chronische Krankheiten der unteren Atemwege.

<sup>5</sup> Bei den «unklaren Ursachen» handelt es sich um Sterbefälle, für die keine Todesursache festgestellt werden konnte, oder für die aus irgendeinem Grund keine genauere Diagnose vermerkt wurde. Ein Anteil von 3-4% Sterbefällen, für die keine Todesursache bestimmt werden kann, gilt international nicht als aussergewöhnlich und muss nicht auf einen ungenügenden Aufwand bei der Todesursachenabklärung hindeuten. Möglicherweise werden unklare Diagnosen im Kanton Zürich anders codiert als in der übrigen Deutschschweiz.

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001.

Datenquelle: BFS, Statistik der Todesfälle und Todesursachen 2007 - 2011.

## 1.6 Literatur zu Kapitel 1

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. **PLoS One**, **7** (2), 1-10.

Bopp, M., Spoerri, A., Zwahlen, M., Gutzwiller, F., Paccaud, F., Braun-Fahrlander, C., Rougemont, A. & Egger, M. (2009). Cohort profile: The Swiss National Cohort – a longitudinal study of 6.8 million people. **International Journal of Epidemiology**, **38**, 379-384.

Dinkel, S. (2013). **Zufriedene Bevölkerung im Kanton Zürich? Eine Analyse zur subjektiven Zufriedenheit der Zürcherinnen und Zürcher** (statistik.info 2013/03). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_inneres/statistik/de/themen/statistikinfo.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/themen/statistikinfo.html)

Schwierz, C. & Riegelning, J. (2013). **Sterben in Zürich. Mortalität und Todesursachen** (Analyse 3/2013). Zürich: Stadt Zürich Präsidiyaldepartement, Statistik Stadt Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/bevoelkerungsamt/FriedhofForum/TodundAbschied/sterben-in-zuerich\\_analysen-3-2013\\_statistik-zuerich.html](http://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/bevoelkerungsamt/FriedhofForum/TodundAbschied/sterben-in-zuerich_analysen-3-2013_statistik-zuerich.html)

Spoerri, A., Zwahlen, M., Egger, M., Gutzwiller, F., Minder, C. & Bopp, M. (2006). Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort. **Swiss Medical Weekly**, **136**, 145-148.

## 2. Gesundheitsrelevante Verhältnisse

Matthias Bopp

Dieser Bericht hat wie seine Vorgänger die Gesundheit der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich zum Gegenstand. Für eine gezielte Prävention und Gesundheitsförderung ist eine gute Kenntnis der Besonderheiten dieser Bevölkerung bzw. der Rahmenbedingungen für das individuelle Verhalten nötig. Dazu gehören demografische Strukturmerkmale, familiäre Ressourcen und der Arbeitsmarkt. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei möglichen Problemgruppen, deren Gesundheitszustand in anderen Kapiteln dieses Berichts bzw. im Tabellenanhang gesondert ausgewiesen wird. Meist haben diese Gruppen auch andere Voraussetzungen bezüglich Gesundheitswissen und -verhalten, z.B. Personen mit Migrationshintergrund. Eine spezielle Aufmerksamkeit verdienen zudem Personen mit wenig finanziellen Ressourcen. Ihnen wird deshalb das Kapitel 2.4 gewidmet.

In der Schweiz unterscheidet man zwei Bevölkerungsbegriffe: Gemäss dem für die Eidgenössische Bevölkerungsstatistik massgeblichen wirtschaftlichen Wohnsitzbegriff werden die Personen in derjenigen Gemeinde gezählt, in der sie ihren Lebensmittelpunkt haben. Daneben gibt es den in der kantonalen Bevölkerungsstatistik verwendeten zivilrechtlichen Wohnsitzbegriff, nach dem die Personen in jener Gemeinde gezählt werden, wo sie ihre Schriften deponiert haben. Dies spielt insbesondere bei Wochenaufenthalten (z.B. Personen in Ausbildung) und bei von der öffentlichen Hand unterstützten Betagten eine Rolle.

Bis 2000 wurden die Bevölkerungszahlen nach dem wirtschaftlichen Wohnsitzbegriff jeweils in der alle zehn Jahre durchgeführten **Eidgenössischen Volkszählung** bestimmt. Seither wurde die traditionelle fragebogenbasierte Volkszählung auf-

gegeben und durch eine seit 2010 jährlich durchgeführte **Registerzählung (STATPOP)** ersetzt. Wo nicht anders ausgeführt, stammen alle Bevölkerungsdaten in diesem Bericht aus dieser Quelle. Mit den harmonisierten Bevölkerungsregistern wurde auch die bis 2010 fortgeführte **Statistik der ausländischen Wohnbevölkerung (PETRA)** obsolet. Da die Bevölkerungsregister sehr viel weniger Angaben enthalten als die traditionelle Volkszählung, werden die fehlenden Merkmale ebenfalls seit 2010 jedes Jahr mit einem Fragebogen bei einer Stichprobe von gesamtschweizerisch rund 200'000 Personen aus der Bevölkerung erhoben (sogenannte Strukturhebung).

Weitere in diesem Kapitel verwendete Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) sind die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE** (vgl. Einleitung), die **Beschäftigtenstatistik BESTA** und die **Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen SILC** (vgl. Einleitung). Die Analysen zum Alter und Zivilstand der Mütter von Neugeborenen stammen aus der **Statistik der Lebendgeburten** des BFS, die **Angaben zur Arbeitslosigkeit** aus den Statistiken des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) bzw. des Amts für Wirtschaft und Arbeit (AWA) Kanton Zürich und die Zahlen zum Median des Bruttolohns aus der **Schweizerischen Lohnstrukturhebung** des BFS, die alle zwei Jahre im Oktober bei den Unternehmen durchgeführt wird und auch Merkmale der Arbeitnehmenden und der Arbeitsplätze erfasst.

Seit dem Datenjahrgang 2001 erstellt das BFS zudem jährlich im Auftrag des Kantonalen Sozialamts einen **Sozialbericht für den Kanton Zürich** (BFS, 2013c), der alle den Kanton Zürich betreffenden Informationen zur sozialen Sicherheit aufbereitet.

## 2.1 Nach Stagnationsphase wieder deutliches Bevölkerungswachstum

Ende 2012 lebten 1,4 Mio. Personen im Kanton Zürich, rund 160'000 mehr als 2000 und rund 300'000 mehr als 1970. Hinter diesen Zahlen stehen zwei unterschiedliche Perioden: Von 1980 bis Mitte der 1990er Jahre war die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich durch eine Stagnationsphase geprägt, mit einer aufsummierten Bevölkerungszunahme von weniger als 5% (übrige Deutschschweiz +11%). Seit Ende der 1990er Jahre wurde dagegen praktisch immer mindestens 1% Bevölkerungswachstum pro Jahr verzeichnet, d.h. im Durchschnitt rund doppelt so viel wie in der übrigen Deutschschweiz. Diese Entwicklung spiegelt sich im Anteil des Kantons Zürich an der Gesamtbevölkerung der Schweiz: Dieser Anteil nahm von einem bisherigen Maximum von 17,6% in den 1970er Jahren auf 16,6% um 1995 ab. Seither hat dieser Trend gekehrt und die Zürcher Bevölkerung stellte Ende 2012 wieder 17,5% der Gesamtbevölkerung der Schweiz, nur unwesentlich weniger als in den 1970er Jahren.

Alle Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass die Einwohnerzahl des Kantons Zürich in den nächs-

ten Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Gemäss dem nationalen Referenz-Szenario A-00-2010 (BFS, 2010) wird die Bevölkerung im Kanton Zürich bis 2035 auf knapp 1,6 Mio. zunehmen (+15% gegenüber 2010); auch für die Personen im Erwerbsalter (20-64 Jahre) ist eine Zunahme um 5% von 874'000 auf 915'000 zu erwarten; wesentlich stärker ist die erwartete Zunahme zwischen 2010 und 2035 aber bei den ab 65-Jährigen (+63% auf 368'000). Die Entwicklung in den letzten Jahren lässt erahnen, dass in Wirklichkeit ein stärkeres Bevölkerungswachstum als angenommen eintreten dürfte. Der Kanton rechnet in seiner eigenen, jüngeren Prognose für 2020 mit rund 1,5 und für 2035 mit über 1,6 Mio. Einwohner/innen (Statistisches Amt Kanton Zürich, 2013). Diese Bevölkerungszunahme wird die Regionen des Kantons verschieden stark betreffen.

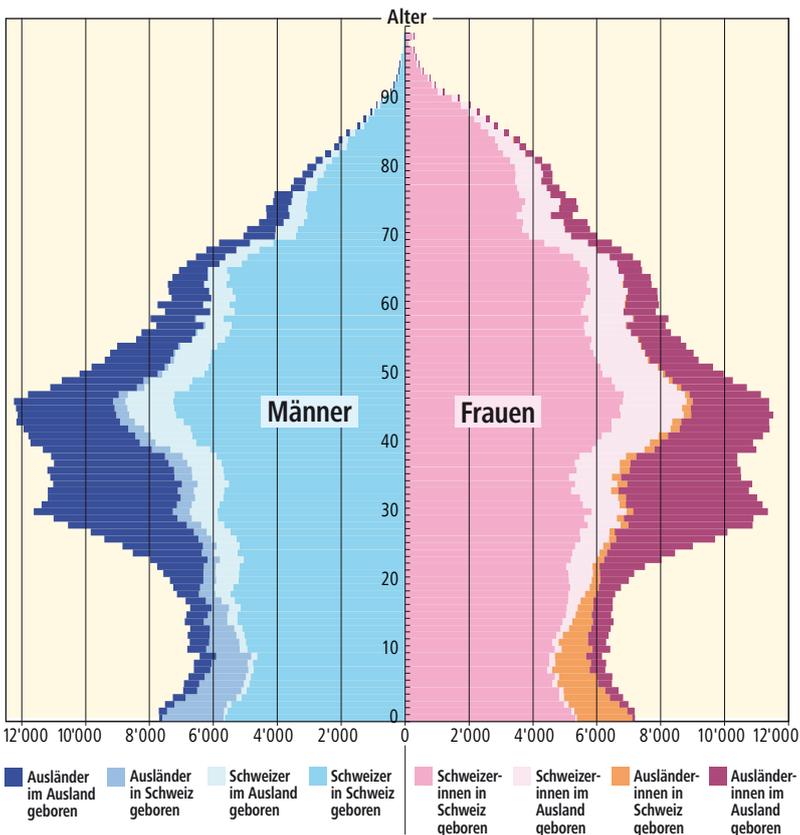
### Vier von zehn Zürcher/innen ab 15 mit Migrationshintergrund

Ende 2012 hatten unter den 1,2 Mio. 15-jährigen und älteren Personen knapp 300'000 eine ausländische Nationalität und weitere 136'000 Personen mit Schweizer Nationalität waren im Ausland geboren. Im Maximum (Jahrgang 1977) erreichen diese beiden Gruppen sogar eine knappe Mehrheit (Abb. 2.1). Dabei sind die in der Schweiz als Ausländer/innen Geborenen, aber inzwischen Eingebürgerten nicht enthalten – schätzungsweise sind dies rund 50'000 Personen, meist aus Nicht-EU-Ländern des Balkans (Bucher, 2010). Bei den 25- bis 44-Jährigen dürfte daher jede zweite Person einen Migrationshintergrund aufweisen (Bucher, 2013).

Gemäss Strukturerhebung 2012 haben nur 47% der im Kanton Zürich lebenden Personen ab 15 Jahren zwei Elternteile, die in der Schweiz geboren sind; bei 39% sind beide Eltern im Ausland geboren; bei 11% ein Elternteil. In Abb. 2.1 wird gut sichtbar, wie bedeutsam der Anteil der eingewanderten Ausländer für das Auffüllen von Lücken in der Bevölkerungspyramide ist: Nur deswegen sind die Geburtsjahrgänge in der Altersgruppe um 30 ähnlich gut besetzt wie der schweizweit zahlenstärkste Geburtsjahrgang 1964.

Innerhalb des Kantons ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund am höchsten in den urbanen Regionen Limmattal (48%), Stadt Zürich (47%) und Glatttal–Furttal (43%) und am niedrigsten in den ländlichen Regionen Weinland (22%), Knonauer Amt und Oberland (je knapp 30%).

**Abb. 2.1:** Altersstruktur der Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Geburtsort, Kanton Zürich, 2010



Datenquelle: BFS, Statistik der Bevölkerung und Haushalte 2010.

## Dynamik in der Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung

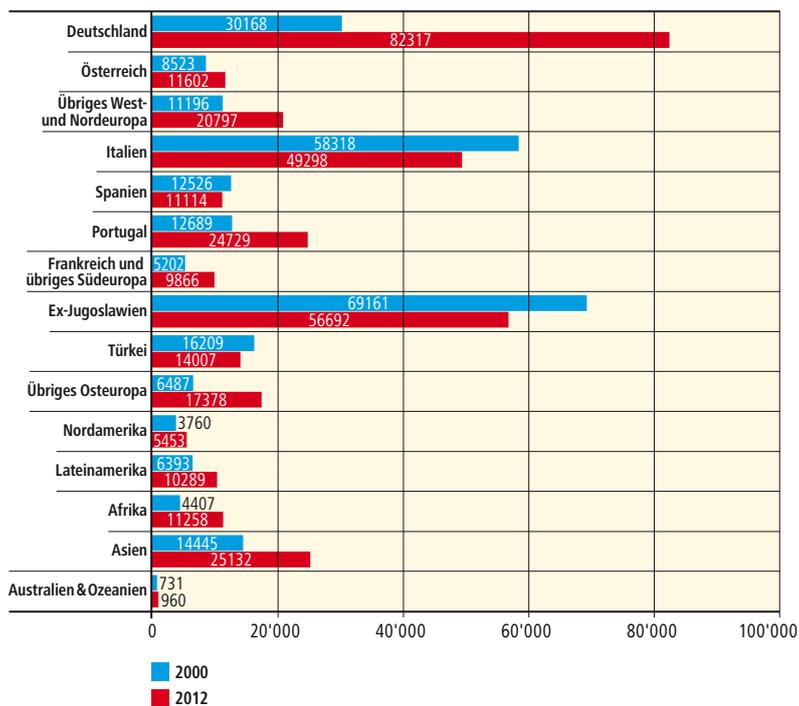
Jede vierte Person im Kanton Zürich hatte Ende 2012 kein Schweizer Bürgerrecht, in der übrigen Deutschschweiz war es im Vergleich dazu bloss jede fünfte Person. Bis Ende des 20. Jahrhunderts stammten die meisten Ausländerinnen und Ausländer im Kanton Zürich aus Südeuropa oder dem Balkan, insbesondere aus Italien und Ex-Jugoslawien. Seither hat die Zahl der Staatsangehörigen all dieser Länder, ausser Portugal, abgenommen (Abb. 2.2). Im Gegenzug ist die Zahl der Personen aus wirtschaftlich entwickelten Ländern angestiegen, am meisten aus Deutschland (Zunahme um 173% zwischen 2000 und 2012). Deutsche Staatsangehörige machten Ende 2012 5,8% der Gesamtbevölkerung im Kanton Zürich aus (in der übrigen Deutschschweiz: 4,2%), mehr als aus allen Staaten Ex-Jugoslawiens zusammen (ZH 4,0% vs. DS 4,6%) und auch mehr als die jahrzehntelang grösste Einwanderergruppe aus Italien (3,5% vs. 2,8%).

## Wegen Zuwanderung (immer noch) vergleichsweise junge Bevölkerung

Motor für die Bevölkerungszunahme im Kanton Zürich ist die Zuwanderung aus dem Ausland: Im Jahr 2009 waren 89% des Bevölkerungswachstums durch Zuwanderung aus dem Ausland bedingt. Seither ist dieser Anteil kontinuierlich zurückgegangen auf 61% im Jahr 2012. Seit 2001 hat der jährliche Geburtenüberschuss wieder zugenommen und trug 2012 33% zum Bevölkerungswachstum bei. Im Gegensatz zu früheren Wachstumsphasen ist der Wanderungssaldo in der übrigen Schweiz nicht mehr stark positiv, sondern im mehrjährigen Mittel in etwa ausgeglichen. Als Folge der ausgeprägten Wanderungsbewegungen waren Ende 2012 nur 44% der 15-jährigen und älteren Bevölkerung im Kanton geboren, dafür 33% im Ausland. Umgekehrt verlassen nicht wenige hier Geborene den Kanton: 2012 waren rund 6% der übrigen Deutschschweizer/innen im Kanton Zürich geboren.

Gemäss Angaben aus dem Bevölkerungsregister lebten Ende 2012 nur 93% der Bevölkerung in derselben Gemeinde wie Ende 2011. Dies bedeutet aber nicht, dass in weniger als 20 Jahren die ganze Bevölkerung umzieht, denn ein grosser Teil der Wohnortwechsel entfällt auf hochmobile, mehrheitlich jüngere, ledige und kinderlose Personen

Abb. 2.2: Ausländer/innen nach Nationalität, Kanton Zürich, 2000 und 2012



Datenquelle: BFS, Statistik der ausländischen Wohnbevölkerung 2000 und Statistik der Bevölkerung und Haushalte 2012.

(Riegelning, 2013). Von den Personen im Rentenalter sind knapp 40% im Kanton geboren und weitere rund 40% leben seit mindestens 20 Jahren in ihrer aktuellen Wohngemeinde (STATPOP 2012, Auswertung ISPMZ).

Im Schweizer Vergleich ist die Bevölkerung im Kanton Zürich im Durchschnitt relativ jung, nicht zuletzt wegen der Zuwanderung aus dem Ausland (Abb. 2.1). Ende 2012 ergab sich ein Durchschnittsalter von 41 Jahren und vier Monaten, und damit fast zehn Monate weniger als in der übrigen Deutschschweiz.

Die Zuwanderung wirkt kurz- und mittelfristig als Jungbrunnen (Maniera, 2013): Im Kanton Zürich lebende Ausländer/innen sind im Durchschnitt fast sieben Jahre jünger als hier wohnhafte Schweizer Bürger/innen (Ende 2012: 36 vs. 43 Jahre). Das im Kanton Zürich gegenüber der übrigen Deutschschweiz niedrigere Durchschnittsalter ist aber nur teilweise durch den höheren Ausländeranteil bedingt: Auch die Personen mit Schweizer Nationalität sind im Kanton Zürich im Durchschnitt über sieben Monate jünger als in der übrigen Deutschschweiz (44 Jahre). Längerfristig gilt aber: Einwanderer verlangsamen zwar die demografische Alterung, können sie aber nicht aufhalten.

## 2.2 Abnehmende familiäre Ressourcen für die ältere Generation

Im Hinblick auf Bedarf und Angebot an informeller, d.h. unbezahlter Hilfe durch Verwandte und Freunde sind folgende vier Trends von grosser Bedeutung:

1. Steigende Lebenserwartung
2. Zunehmende Kinderlosigkeit und anhaltend niedrige Kinderzahlen
3. Lockerung der sozialen Netze
4. Zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen.

Der anhaltende Anstieg der mittleren Lebenserwartung (vgl. Kap. 2.1) führt zu einer deutlichen Zunahme der Personen in den heute stärker mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten belasteten hohen und höchsten Altersklassen. Erfahrungen aus den letzten Jahrzehnten zeigen aber deutlich, dass es naiv wäre, die heutigen altersspezifischen Behindertenquoten einfach auf die künftigen Betagten hochzurechnen. Es kann im Gegenteil davon ausgegangen werden, dass die zusätzlichen Lebensjahre zu einem namhaften Teil Lebensjahre ohne Behinderung sein werden.

### Immer ältere Mütter und mehr kinderlose Frauen

Die heute im höheren Alter stehenden Geburtsjahrgänge bis 1930 zeichnen sich durch besonders hohe Heiratsraten und besonders niedrige Anteile Kinderloser aus (ISPMZ, 2008). In der Schweiz gibt es keine aktuellen Analysen des Reproduktionsverhaltens nach Geburtsjahrgängen, doch ist zu vermuten, dass die Entwicklung ähnlich verläuft wie in Westdeutschland und rund jede vierte nach 1965 geborene Frau lebenslänglich kinderlos bleiben wird. Da gleichzeitig die durchschnittliche Kinderzahl abnimmt und die Distanz zwischen dem Wohnort der Eltern und ihrer Kinder wächst, wird in Zukunft die naheliegendste Unterstützungsquelle häufig fehlen oder nicht verfügbar sein.

Bisher konnte der Kanton Zürich immer Geburtenüberschüsse verzeichnen. Bis zu Beginn der 1990er Jahre gingen die Geburtenüberschüsse aber so stark zurück, dass sie zeitweise weniger als einen Zehntel des Landestotals ausmachten. Seither haben die Geburtenzahlen im Kanton Zürich – auch wegen der grossen Zahl an Frauen im gebärfähigen Alter – wieder deutlich zugenommen. 2012 wurden 15'794 Lebendgeburten aus der Wohnbevölkerung gezählt. Seit 2006 entfallen jeweils fast 30% des nationalen Gebur-

tenüberschusses auf den Kanton Zürich. Diese Entwicklung erfasste mehr oder weniger alle Gebiete des Kantons, und sogar die Stadt Zürich weist seit 2004 wieder Geburtenüberschüsse auf (nach über 30 Jahren mit Sterbeüberschüssen). All dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die «Zusammengefasste Geburtenziffer» (ZGZ, eine altersbereinigte Geburtenrate) im Kanton Zürich genau so niedrig ist wie in der Schweiz als Ganzes, nämlich bei rund 1,5 – für einen vollständigen Ersatz der Elterngeneration wäre eine ZGZ von nicht ganz 2,1 nötig. Bei der ZGZ lässt sich in vielen Ländern – angedeutet auch in der Schweiz – ein Einfluss der Konjunkturlage feststellen, mit einem Tiefpunkt rund eineinhalb Jahre nach dem Anstieg der Arbeitslosenquote; die Geburtenhäufigkeit von eingewanderten Frauen und solchen mit mittlerer Bildung verringert sich dabei stärker als bei Frauen mit niedrigerem oder hohem Bildungsniveau (Heiniger, 2013).

Nicht erst in Zukunft, sondern schon jetzt gesundheitsrelevant ist das in der Schweiz ausgeprägte und anhaltende Hinausschieben des Zeitpunkts von Geburten. Um 1970 waren Zürcher Mütter bei der Geburt ihrer Kinder wie die Frauen in der übrigen Deutschschweiz im Durchschnitt nicht einmal 28 Jahre alt. Seither ist dieser Wert im Kanton Zürich wie in der übrigen Deutschschweiz stetig angestiegen auf 32 Jahre im Jahr 2012. Um 1970 entfielen 66% der Lebendgeburten im Kanton Zürich auf 20- bis 29-jährige Mütter, 2012 hingegen nur noch 31% (übrige Deutschschweiz: 37%). Dafür war bei 30% der Lebendgeburten die Mutter mindestens 35-jährig und bei knapp 6% sogar mindestens 40-jährig (übrige Deutschschweiz 25% bzw. 4%). Während bei unter 30-jährigen Frauen die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines Kindes unvermindert abnimmt, stagnieren seit 2010 die Geburtenraten bei den 30- bis 39-Jährigen nach kontinuierlichem Anstieg über die letzten 25 Jahren und sind einzig bei den 40- bis 44-Jährigen immer noch ansteigend (Abb. 2.3).

Unter 20-jährige Mütter waren schon 1970 mit knapp 5% der Lebendgeburten selten und sind heute (2012) mit nicht einmal mehr 1% die Ausnahme. Auch wenn man berücksichtigt, dass in dieser Altersklasse Schwangerschaftsabbrüche rund doppelt so häufig sind wie Geburten, kommt es in der Schweiz im internationalen Vergleich zu ausserordentlich wenig Schwangerschaften von Teenagern (Rausa & Berrut, 2013).

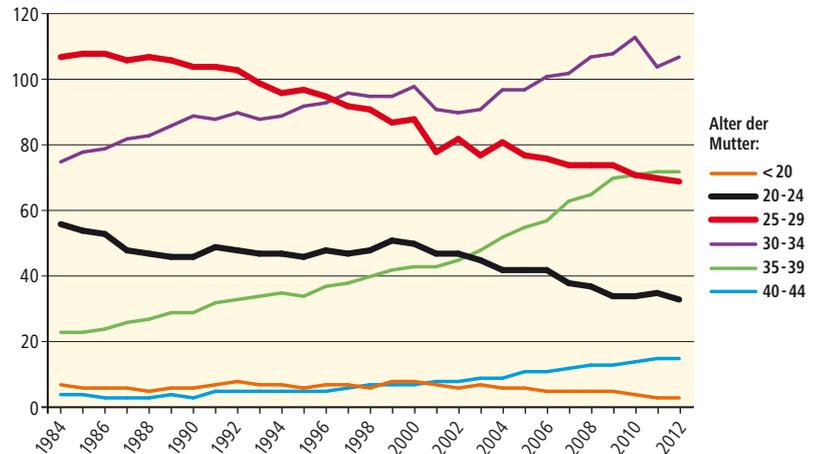
In der Schweiz werden immer noch weitaus am meisten Kinder von verheirateten Müttern geboren, weit häufiger als in fast allen anderen europäischen Ländern. Dies gilt auch für den Kanton Zürich mit 81% aller Lebendgeburten (übrige Deutschschweiz 82%). Allerdings lag dieser Anteil bis 1980 stets über 95% und fiel erst 1999 erstmals unter 90% und 2007 unter 85%. Insgesamt ist der Anteil der ehelich Lebendgeborenen bei den Ausländerinnen im Kanton Zürich wegen Spitzenwerten von 97% und mehr bei den US-Amerikanerinnen oder Sri Lankerinnen etwas höher als bei den Schweizerinnen, obwohl verschiedene Nord- und Westeuropäerinnen, u.a. die Deutschen, Anteile unter 70% aufweisen.

### Die traditionelle Familie ist immer weniger die Norm

Bis weit in die 1980er Jahre hinein waren bei rund 70% aller Eheschliessungen im Kanton Zürich beide Ehepartner Schweizer Bürger und bei rund 9% beide ausländische Staatsangehörige. Seit 2001 ist bei 54 bis 57% aller Eheschliessungen mindestens ein ausländischer Ehepartner beteiligt (bei mehr als zwei Dritteln davon je eine Person mit schweizerischer und ausländischer Staatsangehörigkeit).

Noch im Jahr 2000 waren von den 50- bis 54-jährigen Frauen im Kanton Zürich bloss 10% ledig, d.h. noch nie verheiratet (Bucher, 2009). Seither steigt der Anteil der nie Verheirateten und man kann davon ausgehen, dass bei den jüngeren Geburtsjahrgängen rund 30% der Frauen und 35% der Männer nie heiraten werden. Dennoch ist die Heiratsrate in der Schweiz im europäischen Vergleich eine der höchsten, auch weil rund die Hälfte aller Geschiedenen mindestens ein weiteres Mal heiraten (Baumberger, 2006). Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz gab es im Kanton Zürich 2012 in der 15-jährigen und älteren Bevölkerung weniger Verheiratete (50% vs. 52%), dafür mehr Ledige (35% vs. 33%), mehr Geschiedene (10% vs. 9%) und eingetragene Partnerschaften (0,3% vs. 0,1%). Da die Scheidungsziffer immer noch zu-

**Abb. 2.3:**  
Lebendgeborene pro 1'000 Frauen nach Alter der Mutter, Kanton Zürich, 1984 - 2012



Datenquelle: BFS, Statistik der Lebendgeburten 1984 - 2012.

nimmt, ist davon auszugehen, dass der Anteil der Verheirateten in Zukunft abnimmt.

Mit dem Bevölkerungswachstum nahm auch die Zahl der Privathaushalte im Kanton Zürich deutlich zu: Ende 2012 waren es 629'500 (20% mehr als in der Volkszählung 1990 und sogar mehr als doppelt so viele wie in der Volkszählung 1960). Diese Zunahme beruht vor allem auf den Zwei- und Dreipersonenhaushalten. Der Anteil der Einpersonenhaushalte hat seinen Höhepunkt überschritten: 2012 waren noch 36% aller Privathaushalte im Kanton Zürich Einpersonenhaushalte (übrige Deutschschweiz: 34%), verglichen mit 39% in der Volkszählung 2000. Dieser relative Rückgang hängt vor allem mit der Entwicklung in der Stadt Zürich zusammen. Im Durchschnitt waren Privathaushalte im Kanton Zürich um 2012 mit 2,2 Personen etwas kleiner als in der übrigen Deutschschweiz (2,3 Personen). Bezogen auf die Bevölkerung in Privathaushalten bedeutet das, dass der Kanton Zürich 2012 vergleichsweise viele, nämlich rund 17% Einpersonenhaushalte (übrige Deutschschweiz 15%) und relativ wenige Mehrpersonenhaushalte mit mehr als drei Personen, nämlich knapp 36% (übrige Deutschschweiz 38%) verzeichnete.

## 2.3 Arbeitsmarkt: Mehr Frauen und mehr besser Ausgebildete als früher

Der Kanton Zürich ist der Wirtschaftsmotor der Schweiz: Rund ein Fünftel des Bruttoinlandprodukts der Schweiz wird hier erwirtschaftet und jeder fünfte Beschäftigte hat hier seinen Arbeitsplatz. Im Jahr 2000 war die Zahl der im Kanton Beschäftigten 14% höher als diejenige der Erwerbstätigen aus der Wohnbevölkerung. Gemäss Beschäftigungsstatistik (BESTA) des Bundesamts für Statistik hat sich die Zahl der im Kanton Beschäftigten bis 2005 kaum verändert, ist aber seither um über 13% auf 825'000 angestiegen (Stand Ende 2012). Die Zahl der Erwerbstätigen aus der Wohnbevölkerung nimmt gemäss Schweizer Arbeitskräfteerhebung SAKE im Kanton Zürich nach einer Stagnationsphase bereits seit 1998 wieder zu, wirklich deutlich aber erst seit 2005. In der Zeitspanne zwischen 2005 und 2012 war die Zunahme der Zahl der Erwerbstätigen noch stärker als diejenige der Bevölkerung (+13,5% vs. +11%). In der längerfristigen Betrachtung zeigt sich tendenziell eine immer höhere Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt. Heute sind 46% aller Erwerbstätigen im Kanton weiblich, d.h. nur noch eine kleine Minderheit der Frauen im Erwerbsalter ist gar nicht erwerbstätig (Abb. 2.4). Deutlich grösser fällt der

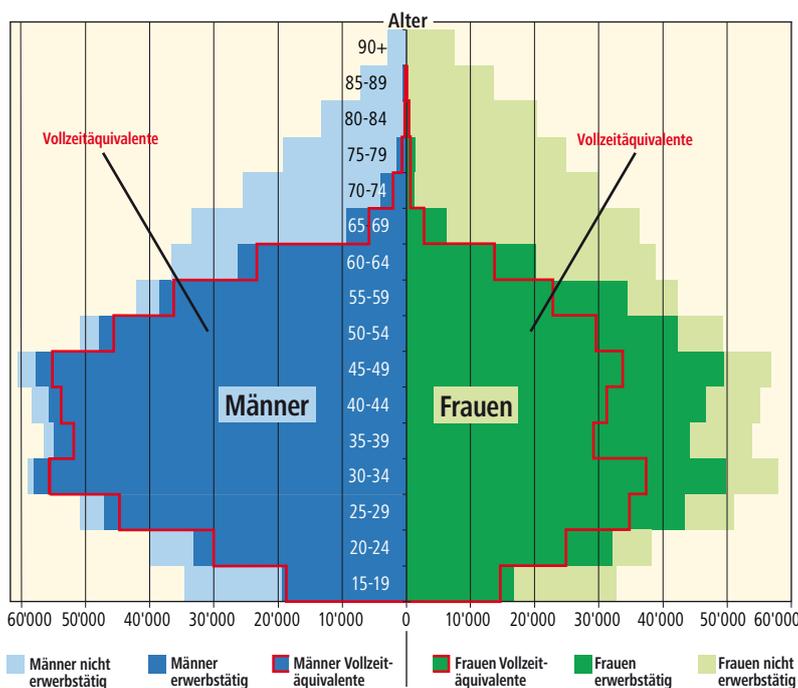
Unterschied zwischen Männern und Frauen aus, wenn das Arbeitspensum berücksichtigt wird. Noch immer ist Vollzeit-erwerbstätigkeit bei Frauen eher die Ausnahme und bei Männern die Regel.

Die Arbeitskräfte sind zunehmend besser qualifiziert. Gemäss SAKE hatten 1991/92 im Kanton Zürich erst 23% der Erwerbstätigen einen Abschluss auf tertiärer Ebene, 2012 hingegen bereits 42% (übrige Deutschschweiz 32%). Diese Entwicklung gilt auch für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die insgesamt etwa ähnlich oft eine Tertiärausbildung hat wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Allerdings kontrastieren in dieser Beziehung die deutlich niedrigeren Anteile bei den Personen mit Migrationshintergrund aus Südeuropa oder dem Balkan mit den rund dreimal so hohen Werten bei Personen mit Migrationshintergrund aus West- und Nordeuropa (Graf et al., 2012). Besonders hoch (58%) ist der Anteil mit Tertiärabschluss bei den in den letzten 5 Jahren Zugewanderten (Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen Zürich, 2014).

### Arbeitslosigkeit im Kanton Zürich: geprägt von Konjunktur im Finanzsektor

Keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen stellt für viele ein nicht unbeträchtliches Armut- und Gesundheitsrisiko dar. Die amtliche Statistik in der Schweiz unterscheidet zwischen Arbeitslosen und Erwerbslosen. Als arbeitslos gilt, wer bei einem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) registriert ist, keiner bezahlten Arbeit nachgeht und sofort vermittlungsfähig ist. Entscheidend ist, dass sich die Person regelmässig beim RAV meldet, nicht aber, ob ein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung besteht oder eine Person ausgesteuert ist. Nicht gezählt werden Personen in Beschäftigungs- und Weiterbildungsprogrammen. Die Arbeitslosenquote gemäss dieser Definition ergibt sich durch Division der Zahl der Arbeitslosen (Zähler) mit der Zahl der Erwerbspersonen (Nenner) in der Wohnbevölkerung gemäss Strukturerhebung 2010 bzw. Volkszählung 2000. Der Nenner kann dabei gegenüber dem Zähler etliche Jahre zurückliegen, was für Kantone mit ausgeprägter Bevölkerungszunahme eine Überschätzung der Arbeitslosenquoten nach sich zieht. Entsprechende Statistiken werden monatlich vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und vom kantonalen Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) publiziert.

Abb. 2.4: Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010\*



\* Lesebeispiel: Von 57'956 Frauen im Alter 30-34 sind 49'827 erwerbstätig. Alle Vollzeit- und Teilzeitpensum zusammen genommen ergibt dies 37'379 Vollzeit-Äquivalente, d.h. 64,5% des Arbeitskräftepotenzials ist realisiert.

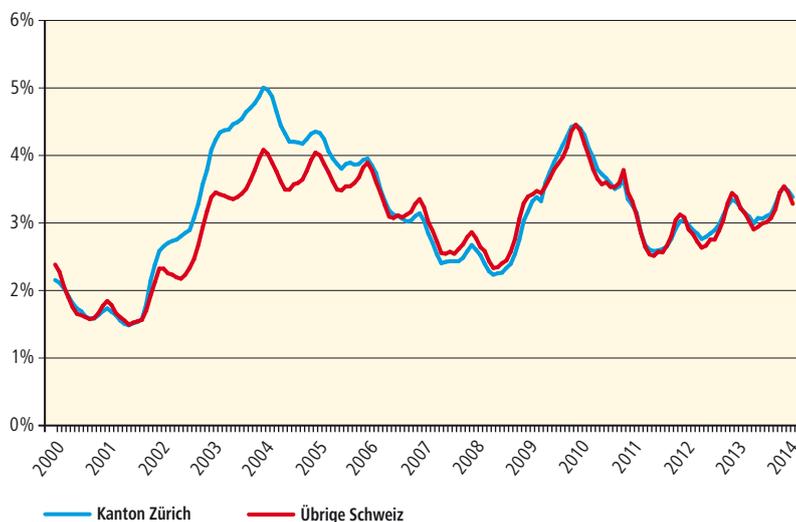
Datenquelle: BFS, Statistik der Bevölkerung und Haushalte 2010 und Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2010 (Hochrechnung).

In den letzten knapp 15 Jahren waren im Kanton Zürich jeweils zwischen 11'000 und 36'000 Arbeitslose registriert. Die Börsenkrise in den Jahren 2001 und 2002 und der Nachfrageeinbruch in der Flugverkehrsbranche nach dem Swissair-Gründung und den 9/11-Anschlägen in New York führte ab Herbst 2001 zu einem steilen Anstieg der Arbeitslosenquoten, im Kanton Zürich noch viel ausgeprägter als in der übrigen Schweiz (Abb. 2.5). Ab 2004 zog die Konjunktur im Kanton Zürich wieder an, u.a. mit der Niederlassung von Google. Ab 2006 waren die Zürcher Arbeitslosenquoten wieder im Bereich des Schweizer Durchschnitts und im Sommer 2008 wurde ein vorläufiges Minimum erreicht. Im Zuge der weltweiten Finanzkrise 2009 und der stärksten Rezession der Schweizer Volkswirtschaft seit den 1970er Jahren kam es erneut zu einem Anstieg der Arbeitslosenquote, der bis Anfang 2010 andauerte. Bis Sommer 2011 bildete sich die Arbeitslosenquote wieder zurück und zeigt seither wieder leicht ansteigende Tendenz. Seit etlichen Jahren liegt die Arbeitslosenquote im Kanton Zürich auf praktisch demselben Niveau wie die der Gesamtschweiz, d.h. niedriger als in den meisten lateinischsprachigen und höher als in den meisten deutschsprachigen Kantonen. Bedingt durch die grosse Bedeutung des Bausektors, sind saisonale und konjunkturelle Schwankungen bei Männern ausgeprägter als bei Frauen.

## Erwerbslose und Unterbeschäftigte

Erwerbslos gemäss Definition des Internationalen Arbeitsamts (ILO) sind 15- bis 74-jährige Personen, die in der Referenzwoche nicht erwerbstätig waren, aber in den vergangenen vier Wochen aktiv eine Arbeit gesucht haben und für die Aufnahme einer Tätigkeit verfügbar wären. Diese internationalen Normen entsprechende Definition umfasst auch arbeitssuchende Hausfrauen und Hausmänner, Studentinnen und Studenten sowie Personen, die nicht (mehr) bei einem RAV registriert sind. Die Erwerbslosenquote gemäss ILO ergibt sich durch Division der Zahl der Erwerbslosen mit der Erwerbsbevölkerung gemäss Schweizerischer Arbeitskräfteerhebung (SAKE). Es erstaunt nicht, dass Frauen – vor

**Abb. 2.5:** Arbeitslosenquoten, Kanton Zürich vs. übrige Schweiz, Januar 2000 bis März 2014



Datenquelle: Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) Kanton Zürich.

allem solche mit kleinen Kindern – bei dieser Definition stärker von Erwerbslosigkeit betroffen sind als Männer, denn nur 40% der weiblichen Stellensuchenden sind bei einem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum gemeldet (Städler, 2014). Als Folge der anderen Berechnungsgrundlage liegt die Erwerbslosenquote im Kanton Zürich im Gegensatz zur Arbeitslosenquote leicht unter dem Schweizer Landesmittel, aber über dem Vergleichswert in den zehn besten europäischen Regionen (Müller, 2014).

Laut SAKE 2012 hatte fast jede zehnte Erwerbsperson im Kanton Zürich den Wunsch, mehr (> 10h pro Woche zusätzlich) zu arbeiten (total 82'000 Personen, davon 30'000 Erwerbslose und 52'000 «unterbeschäftigte» Teilzeitbeschäftigte). Bei 837'000 Erwerbspersonen entspricht dies einer Erwerbslosenquote von 3,6% und einer Unterbeschäftigungsquote von 6,2% (davon fast drei Viertel Frauen). Sowohl die Erwerbslosen- als auch die Unterbeschäftigungsquote sind in der übrigen Deutschschweiz mit 3,3% bzw. 5,6% etwas niedriger als im Kanton Zürich. Allerdings steht knapp ein Drittel der Nichterwerbspersonen im Kanton Zürich dem Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen Gründen nicht zur Verfügung (BFS, 2013c).

## 2.4 Arm sein in einem reichen Kanton – ein besonders drückendes Schicksal?

Der Kanton Zürich hat innerhalb der Schweiz den Ruf, überdurchschnittlich hohe Einkommen zu ermöglichen. Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (BFS, 2012) bestätigt diesen Eindruck, zeigt aber, dass dies im untersten Anforderungsniveau (einfache und repetitive Tätigkeiten) nicht zutrifft. Ebenfalls deutlich bescheinigt die Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) den Einwohnern des Kantons Zürich ein überdurchschnittliches Einkommen. Um die Einkommensverhältnisse von Personen, die in unterschiedlich grossen Haushalten leben, vergleichen zu können, berechnet man das sogenannte verfügbare Haushaltsäquivalenzeinkommen. Dazu werden obligatorische Ausgaben für Sozialversicherungen, Steuern, Krankenkassenprämien und Unterhaltsbeiträge vom Bruttoeinkommen abgezogen (ergibt das verfügbare Haushaltseinkommen). Das verfügbare Äquivalenzeinkommen ergibt sich durch Division des verfügbaren Haushaltseinkommens mit der Zahl der Haushaltsmitglieder, wobei nur die älteste Person mit 1 gewichtet wird, jede weitere ab 14-jährige Person hingegen mit 0,5 und jedes Kind unter 14 Jahren mit 0,3. Gemäss Daten der SILC hatten die Haushalte im Kanton Zürich 2010 und 2011 mit fast 56'000 Franken ein rund 12% höheres Äquivalenzeinkommen als im Schweizer Landesmittel. Die im Durchschnitt nominell höheren verfügbaren Einkommen treffen im Kanton Zürich auf ein überdurchschnittliches Niveau der Lebenshaltungskosten. Es erstaunt daher nicht, dass Personen aus dem Kanton Zürich bei der subjektiven Einschätzung ihrer Lebensqualität genau so häufig unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation sind wie Personen aus der übrigen Deutschschweiz (vgl. Kap. 1.3).

### Kinder und keine Erwerbstätigkeit als besonderes Risiko für Armut

Nun bedeutet ein höheres durchschnittliches Einkommen nicht unbedingt einen geringeren Anteil an armutsgefährdeten Personen oder Haushalten in prekären finanziellen Verhältnissen. Im Rahmen der SILC werden daher weitere Masse berechnet wie die Armutsquote. Die Armutsquote beziffert den Anteil der Personen, die in Haushalten leben, die nicht über die Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Dies hat auch unerwünschte Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung: Armutsgefährdete Personen verzichten 2,5-mal häufiger auf medizinische oder zahnärztli-

che Untersuchungen als andere Personen (10% gegenüber 4%; BFS, 2013a).

Der Schwellenwert für Armut wird aus den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) abgeleitet, die auch als Referenz für die Definition des Sozialhilfeanspruchs dienen. Für eine Einzelperson liegt diese Grenze bei Fr. 2'350/Monat, für eine Familie mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren bei 4'100 Franken. Zwischen 2007 und 2011 hat die Armutsquote in der Schweiz um fast 2 Prozentpunkte abgenommen, nämlich von 9,5% auf 7,6%. Im Kanton Zürich ist die Armutsquote mit 6,7% etwas niedriger als im Landesmittel, mit einem leicht höheren Anteil bei den Frauen (7,3%) als bei den Männern (6,0%). Besonders stark betroffen sind Alleinerziehende, Personen in Haushalten ohne Arbeitsmarktteilnahme und alleinlebende Erwachsene. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Armutsgefährdungsquote. Bei diesem Mass wird der Anteil der Personen in Haushalten mit weniger als 60% des Medians des verfügbaren Äquivalenzeinkommens berechnet. Analysen für die Gesamtschweiz belegen, dass das Armutsrisiko mit der Anzahl der Kinder steigt: Paare mit mindestens drei Kindern hatten 2010 eine fast dreimal so hohe Armutsquote wie Paare ohne Kinder (BFS, 2011). Gemäss derselben Studie verfügte jede vierte Person in einem Haushalt mit Kind(ern) nicht über die finanziellen Reserven, eine unerwartete Ausgabe von 2'000 Franken zu tätigen.

Erwerbstätigkeit bietet meist einen wirksamen Schutz vor Armut, aber nicht immer. Über 20'000 Personen im Kanton Zürich sind sogenannte «working poor», d.h. sie bleiben trotz Erwerbstätigkeit unter der von der SKOS definierten Armutsgrenze. Der Anteil der Erwerbstätigen ab 18 Jahren, die in einem Haushalt mit einem verfügbaren Haushaltseinkommen unter der Armutsgrenze leben, betrug 2011 im Kanton Zürich 3,4%, leicht weniger als in der Gesamtschweiz (3,7%, um 2007 noch 5,0%), aber kaum weniger als im Deutschschweizer Durchschnitt. Mehr als die Hälfte dieser – häufig schlecht qualifizierten – Personen lebt in Haushalten mit Kindern. Im Gegensatz zu fast allen anderen Regionen der Schweiz sind Ausländer im Kanton Zürich weniger stark betroffen als Schweizer (2011: 2,7% vs. 3,7%). Bei einer Unterteilung nach Geburtsland statt Nationalität verschwindet dieser Unterschied allerdings fast komplett – ein Hinweis auf eine Akzentuierung dieses Problems bei den Secondos.

## Nach wie vor sind viele Personen auf Sozialhilfe angewiesen

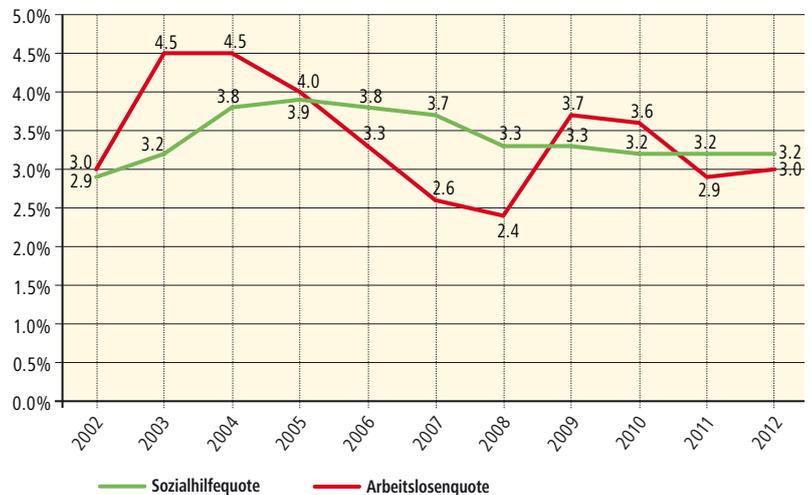
Im Sozialbericht für den Kanton Zürich (BFS, 2013c) wird jedes Jahr die Sozialhilfequote ausgewiesen. Sie ist definiert als das Verhältnis zwischen der Anzahl Sozialhilfeempfänger/innen und der ständigen Wohnbevölkerung. Im Kanton Zürich gab es 2012 27'248 Sozialhilfefälle mit insgesamt 44'154 Sozialhilfeempfänger/innen, was einer Sozialhilfequote von 3,2% entspricht. Dieser Wert ist höher als im ersten vergleichbaren Statistikjahr (2002; 2,9%), aber deutlich niedriger als beim Höchststand von 3,9% im Jahr 2005 (Abb. 2.6). Dabei hat vor allem die Zahl der 45-jährigen und jüngeren Sozialhilfebezüger/innen stark abgenommen, seit 2009 werden allerdings Sozialhilfefälle bei den 46- bis 64-jährigen häufiger (BFS, 2013c). Die Abnahme der Zahl der durch Sozialhilfe unterstützten Personen um 11% zwischen 2005 und 2012 bei gleichzeitiger Zunahme der Kosten um 8% zeigt, dass die Lücke zwischen Einkommen und Bedarf grösser geworden ist und die Sozialhilfe deshalb pro Fall mehr zur Existenzsicherung beitragen muss. Zwar beträgt die Bezugsdauer bei rund 40% der Fälle weniger als ein Jahr, bei 30% waren es 2012 allerdings bereits mehr als vier Jahre (BFS, 2013c).

Die Studie «Sozialhilfe- und Armutsstatistik im Vergleich» (BFS, 2009) zeigte Zusammenhänge zwischen der wirtschaftlichen Entwicklung, der Sozialhilfe- und der Armutsquote in der Schweiz. Wie der Zusammenhang zwischen Sozialhilfe- und Armutsquote aber genau funktioniert, bleibt unklar (BFS, 2013c).

Im Gegensatz zur Armutsquote waren Schweizer/innen (2%) deutlich weniger angewiesen auf Sozialhilfe als Ausländer/innen (6%). Allerdings zeigen sich starke Unterschiede nach Ländergruppe (nur gesamtschweizerische Zahlen verfügbar): Die Sozialhilfequote von Staatsangehörigen der vier Nachbarländer lag mit knapp 3% nur wenig, diejenige der übrigen EU-21-Länder (4%) und der zehn neuen EU-Länder mit rund 5% hingegen schon deutlich über derjenigen der Schweizer/innen. Staatsangehörige der übrigen europäischen Länder und der Türkei hatten eine deutlich höhere Sozialhilfequote von 9% und bei den aussereuropäischen Ausländern war mit knapp 16% fast jede sechste Person betroffen (BFS, 2013b).

Generell steigt die Sozialhilfequote mit der Grösse der Gemeinde, aber einzelne Agglomerations-

Abb. 2.6: Sozialhilfe- und Arbeitslosenquoten (Jahresdurchschnitte in %), Kanton Zürich, 2002-2012



Datenquelle: Sozialamt des Kantons Zürich und Bundesamt für Statistik, Sozialberichte des Kantons Zürich 2002-2012.

gemeinden haben noch höhere Quoten als die Grossstädte Zürich und Winterthur mit rund 5%. Höhere Sozialhilfequoten als der Kanton Zürich (3%) hatten in der Deutschschweiz nur die Kantone Basel-Stadt (6%) und Bern (4%), eine gleich hohe der Kanton Solothurn; alle anderen Deutschschweizer Kantone hatten Sozialhilfequoten um 2% oder darunter. Der durchschnittlich ausgerichtete Betrag pro Empfänger (10'711 Franken) wurde nur im Kanton Graubünden übertroffen, der durchschnittliche Betrag pro Einwohner/in (335 Franken) in der Deutschschweiz nur in den Kantonen Basel-Stadt und Bern (BFS, 2013b).

2012 waren im Kanton Zürich 32% der Sozialhilfebezüger/innen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, was einer Sozialhilfequote von knapp 6% entspricht. Bei den ab 65-Jährigen ist diese Quote sehr gering (0,2%), weil für diese Personengruppe andere Unterstützungsinstrumente vorgesehen sind (was in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Zusatzleistungen der AHV geführt hat).

Auch nach dem Zivilstand werden markante Unterschiede sichtbar, v.a. bei den hohen Sozialhilfequoten der Geschiedenen: 5% der Schweizer/innen und 21% der Ausländer/innen (BFS, 2013c). Besonders häufig beziehen Alleinerziehende Sozialhilfeleistungen. Mehr als jeder sechste Haushalt (18%) mit einem alleinerziehenden Elternteil im Kanton Zürich bezog 2012 Sozialhilfeleistungen, von denjenigen mit ausländischer Nationalität war es sogar fast jeder zweite (46%).

## 2.5 Literatur zu Kapitel 2

- Baumberger, N. (2006). **Institution Ehe unter Druck. Heiraten und Scheidungen im Kanton Zürich 1970-2004** (statistik.info 15/2006). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html)
- Bucher, H. P. (2009). **Trend zu höherem Heiratsalter hält an. Ledige heiraten im Schnitt fünf Jahre später als noch 1970** (statistik.info 14/09). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html)
- Bucher, H. P. (2010). **Einbürgerungen im Kanton Zürich 1994-2009. Vier von fünf Eingebürgerten stammen aus Europa** (statistik.info 08/10). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html)
- Bucher, H. P. (2013). **Zwei Fünftel der Zürcher mit Migrationshintergrund. Eine Analyse der Strukturhebung 2011** (statistik.info 2013/05). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/themen/statistikinfo.html)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2009). **Sozialhilfe- und Armutsstatistik im Vergleich. Konzepte und Ergebnisse** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 20, Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=3541](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=3541)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2010). **Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 01, Bevölkerung). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3989](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3989)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2011). **Haushalte mit Kindern haben mehr Schwierigkeiten, eine unerwartete Ausgabe zu tätigen**. Medienmitteilung vom 15.12.2011. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/press.html?pressID=7672](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/press.html?pressID=7672)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2012). **Schweizerische Lohnstrukturhebung 2010. Kommentierte Ergebnisse** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 03, Arbeit und Erwerb). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/publ.html?publicationID=4937](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/publ.html?publicationID=4937)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2013a). **Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011** (BFS Aktuell, Fachbereich 14, Gesundheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/dos/05.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/dos/05.html)
- BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2013b). **Schweizerische Sozialhilfestatistik 2012: Fallzahlen steigen in einzelnen Kantonen bis gut 10%** (BFS Aktuell, Fachbereich 13, Soziale Sicherheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/22/publ.html?publicationID=5452](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/22/publ.html?publicationID=5452)
- BFS, Bundesamt für Statistik, Statistisches Amt Kanton Zürich & Kantonales Sozialamt Zürich (Hrsg.). (2013c). **Sozialbericht Kanton Zürich 2012. Ergebnisse der Schweizerischen Sozialhilfestatistik** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 13, Soziale Sicherheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/daten/themen/bevoelkerung\\_soziales/soziales.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/daten/themen/bevoelkerung_soziales/soziales.html)
- Graf, I., Gardiol, L. & Stutz, H. (2012). **Zuwanderung im Kanton Zürich. Auswirkungen auf den Arbeits- und Wohnungsmarkt**. Zürich: Amt für Wirtschaft und Arbeit.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2012/227\\_zuwanderung/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/s.pooler.download.1349073340849.pdf/AWA\\_Migrationsstudien.pdf](http://www.zh.ch/internet/de/aktuell/news/medienmitteilungen/2012/227_zuwanderung/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/s.pooler.download.1349073340849.pdf/AWA_Migrationsstudien.pdf)
- Heiniger, M. (2013). Eurostat-Studie zu den Fruchtbarkeitstrends in Europa während der Wirtschaftskrise. In **Demos Newsletter Nr. 2, Oktober 2013. Informationen aus der Demografie** (S. 2-3). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/nl.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/nl.html)
- ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2008). **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 14). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen Zürich (Hrsg.). (2014). **Migration im Kanton Zürich. Entwicklungen 2003 bis 2013**. Zürich: Kantonale Fachstelle für Integrationsfragen Zürich.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.integration.zh.ch/internet/justiz\\_innere/integration/de/unsere\\_angebote/studien\\_berichte.html](http://www.integration.zh.ch/internet/justiz_innere/integration/de/unsere_angebote/studien_berichte.html)
- Maniera, M. (2013, 7.6.2013). Zuwanderung wirkt als Jungbrunnen. **NZZ, Neue Zürcher Zeitung**.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.nzz.ch/aktuell/wirtschaft/swiss-economic-forum-2013/zuwanderung-wirkt-als-jungbrunnen-1.18094301](http://www.nzz.ch/aktuell/wirtschaft/swiss-economic-forum-2013/zuwanderung-wirkt-als-jungbrunnen-1.18094301)
- Müller, M. (2014, 14.5.2014). Die Schweiz für einmal im Hintertreffen. Erwerbslosenquoten in Europa reichen von 2,6% in Oberbayern bis 36,3% in Andalusien. **NZZ, Neue Zürcher Zeitung** (S. 29).  
Zugriff am 16.06.2014 unter: <http://zeitungsarchiv.nzz.ch/neue-zuercher-zeitung-vom-14-05-2014-seite-29.html?hint=6454074>
- Rausa, F. & Berrut, S. (2013). Mit unter 20 Jahren ein Kind bekommen? In **Demos Newsletter Nr. 2, Oktober 2013. Informationen aus der Demografie** (S. 3-6). Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/nl.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/nl.html)
- Riegelning, J. (2013). **Zwischenhalt Zürich. Zu- und Wegzüge 1991-2011** (Analyse 1/2013). Zürich: Statistik Stadt Zürich. Zugriff am 14.06.2014 unter: [https://www.stadt-zuerich.ch/content/prd/de/index/statistik/publikationsdatenbank/Analysen/A\\_001\\_2013.html](https://www.stadt-zuerich.ch/content/prd/de/index/statistik/publikationsdatenbank/Analysen/A_001_2013.html)
- Städler, I. (2014, 9.4.2014). Männer sind krisenanfälliger als Frauen. **Tages-Anzeiger**.  
Zugriff am 14.06.2014 unter: <http://blog.tagesanzeiger.ch/datenblog/index.php/1586/maenner-sind-krisenanfaellige>
- Statistisches Amt Kanton Zürich (Hrsg.). (2013). **Bevölkerungsprognosen bis 2040** (Datentabelle, Excel). Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/daten/themen/bevoelkerung\\_soziales/bevprognosen.html](http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/daten/themen/bevoelkerung_soziales/bevprognosen.html)

### 3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensstile

Silvan Tarnutzer

Die Gesundheit wird massgeblich durch den persönlichen Lebensstil beeinflusst. Körperliche Aktivitäten wie Sport und Bewegung zu Fuss oder mit dem Fahrrad sind der Gesundheit ebenso förderlich wie eine ausgewogene Ernährung, ein moderater Alkoholkonsum und der Verzicht auf Zigaretten. In der Summe können individuelle Verhaltensänderungen eine Abnahme der Häufigkeiten von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie der entsprechenden Sterberisiken auf kollektiver Ebene zur Folge haben. Als Beispiel kann hier der Rückgang der Anzahl Herzinfarkte um 22% im Kanton Graubünden zwei Jahre nach der Einführung des Rauchverbots in öffentlichen Gebäuden angeführt werden (Bonetti et al., 2011).

In diesem Kapitel werden Verhaltensweisen in den vier für die Gesundheit besonders relevanten Themenbereichen Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum untersucht. Das Thema Übergewicht wird hier nicht behandelt, da dazu 2013 ein eigener Gesundheitsbericht publiziert worden ist (ISPMZ, 2013). Bei den Themen Ernährung und Bewegung werden verschiedene Verhaltensaspekte behandelt und in je einer Summenskala zusammengefasst (Tab. 3.1).

#### Datenquellen

Die in Kapitel 3 präsentierten Ergebnisse stammen von Analysen auf Datenbasis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und des Tabakmonitorings Schweiz (TMS), vgl. Einleitungskapitel.

**Tab. 3.1:**  
Bewertung des Gesundheitsverhaltens in den Bereichen Ernährung und Bewegung

	<b>Skalenbereich 0 - 10 (5 Subskalen mit je 0 - 2 Pluspunkten)</b>	<b>Summenskala Ernährung:</b>
<b>Ernährung</b>	<b>Fleisch-/Wurstkonsum</b> 0: häufiger als 3 Mal pro Woche    1: 2-3 Mal pro Woche    2: höchstens 1 Mal pro Woche	<b>ungünstige Ernährung:</b> 0-3 Punkte
	<b>Fischkonsum</b> 0: weniger als 1 Mal pro Woche    1: 1-2 Mal pro Woche    2: 3 Mal pro Woche und mehr	
	<b>Gemüsekonsum</b> 0: weniger als 1 Portion pro Tag    1: 1-2 Portionen pro Tag    2: 3 Portionen und mehr pro Tag	<b>eher günstige Ernährung:</b> 4-6 Punkte
	<b>Früchtekonsum</b> 0: weniger als 1 Portion pro Tag    1: 1-2 Portionen pro Tag    2: 3 Portionen und mehr pro Tag	<b>günstige Ernährung:</b> 7-10 Punkte
	<b>Flüssigkeiten trinken</b> 0: weniger als 1.5 Liter pro Tag    1: 1.5-1.9 Liter pro Tag    2: mindestens 2 Liter pro Tag	
	<b>Skalenbereich 0 - 12 (4 Subskalen mit je 0 - 3 Pluspunkten)</b>	<b>Summenskala Bewegung:</b>
<b>Bewegung</b>	<b>Alltagsmobilität</b> (zu Fuss oder Fahrrad, pro Tag): 0: nie    1: < 30 Min.    2: 30 bis 59 Min.    3: ≥ 60 Min.	<b>wenig Bewegung:</b> 0-5 Punkte
	<b>Wöchentliche moderate körperliche Aktivität im Alltag/Beruf</b> (gesteigerte Atemfrequenz): 0: nie    1: < 1 Stunde    2: < 2 Stunden    3: ≥ 2 Stunden pro Woche	
	<b>Wöchentliche intensive körperliche Aktivität im Alltag/Beruf</b> (mit Schwitzen verbunden): 0: nie    1: 1 Tag    2: 2-3 Tage    3: > 3 Tage	<b>genügend Bewegung:</b> 6-8 Punkte
	<b>Sport</b> (Intensität und Dauer, pro Woche): 0: nie    1: 1 Stunde, wenig intensiv    2: > 1 Stunde und min. mittlere Intensität    3: > 2 Stunden und hohe Intensität	<b>viel Bewegung:</b> 9-12 Punkte

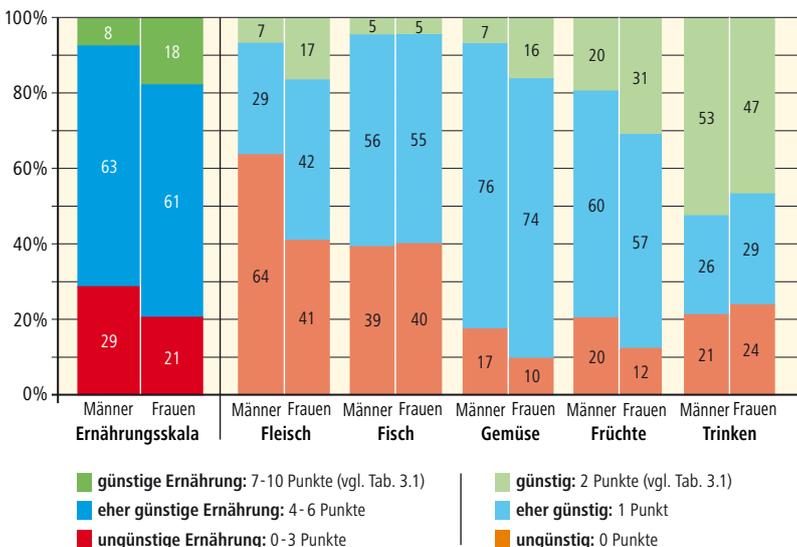
### 3.1 Frauen ernähren sich gesünder, Männer bewegen sich etwas weniger

Insgesamt ernähren sich Frauen gesünder als Männer. Sie essen deutlich weniger Fleisch, dafür viel mehr Früchte und Gemüse. Sie schneiden bei der Gesamtskala für die Ernährung deutlich besser ab (Abb. 3.1, Kategorisierung in Tab. 3.1).

Die Bevölkerung des Kantons Zürich ernährte sich 2007 gesünder als jene der übrigen Deutschschweiz

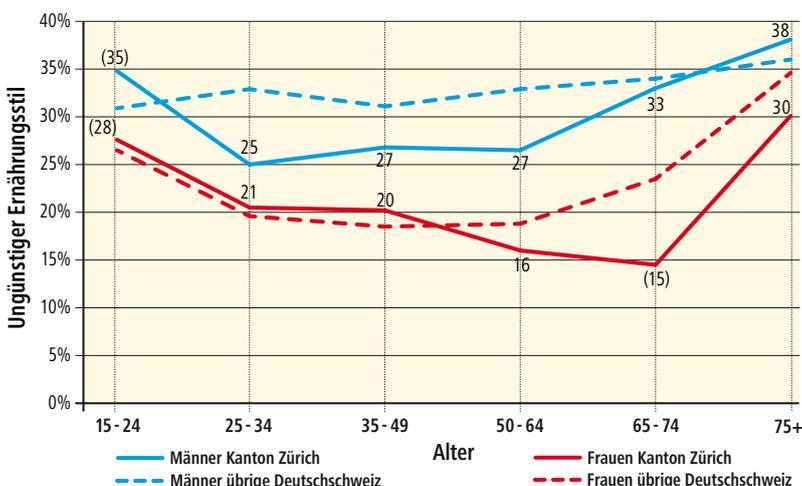
(DS), insbesondere die Männer. Zürcher Männer fallen häufiger in die Gruppe mit gesunder Ernährung (8%, DS 6%) und seltener in jene mit ungünstiger Ernährung (29%, DS 32%).<sup>1</sup> Die Unterschiede beruhen hauptsächlich auf einem geringeren Fleischkonsum.<sup>2</sup> Zudem essen Zürcher Männer eher Früchte und Fischgerichte<sup>3</sup> als Männer in der übrigen Deutschschweiz.

**Abb. 3.1:** Ernährungsverhalten nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Herleitung der Indizes: vgl. Einleitung. Männer: n<sub>ZH</sub> = 1'047 bis 1'091, Frauen: n<sub>ZH</sub> = 1'264 bis 1'325  
 Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

**Abb. 3.2:** Ungünstiger Ernährungsstil\* nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



\* 0-3 Punkte auf der Ernährungsskala (Kategorisierung vgl. Tab. 3.1). Angaben in Prozent.  
 Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.  
 Männer: n<sub>ZH</sub> = 77 bis 313, n<sub>DS</sub> = 330 bis 1'170, Frauen: n<sub>ZH</sub> = 89 bis 357, n<sub>DS</sub> = 483 bis 1'339  
 Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Im Kanton Zürich ernähren sich junge Männer zwischen 15 und 24 Jahren sowie ältere Männer ab 65 Jahren ungünstiger als solche im Erwerbsalter (Abb. 3.2). Bei den Frauen zeigt sich mit zunehmendem Alter ein Trend zu gesünderer Ernährung (Ausnahme: 75-Jährige und Ältere). In der übrigen Deutschschweiz haben Frauen ab 50 Jahren ein ungünstigeres Ernährungsverhalten, besonders markant aber die 65- bis 74-jährigen: Während sich im Kanton Zürich nur 15% der Frauen in dieser Altersgruppe ungünstig ernähren, ist der Anteil in der restlichen Deutschschweiz mit 24% deutlich höher.<sup>4</sup> Bei den Männern sind es besonders diejenigen im jüngeren Erwerbsalter (25- bis 34-Jährige), welche sich im Kanton Zürich eher gesünder ernähren als in der übrigen Deutschschweiz – die Unterschiede<sup>5</sup> sind jedoch geringer.

Der Lebens- und Ernährungsstil hängt wesentlich von der Bildung ab: Während etwas mehr als die Hälfte der Zürcher Männer mit bloss obligatorischer Schulbildung ein ungünstiges Ernährungsverhalten zeigen (i.d.R. seltener Gemüse- und Fischkonsum, jedoch häufiger Fleisch- und Wurstwarenkonsum), sind es bei Hochschulabsolventen weniger als ein Viertel. Frauen haben generell tiefere Anteile mit ungünstiger Ernährung (Hochschulabsolventinnen: 10%, Frauen mit tieferem Bildungsniveau: 22%).

### Zürcher bewegen sich weniger als übrige Deutschschweizer Männer

Betrachtet man das Bewegungsverhalten der Frauen und Männer im Kanton Zürich, so zeigt sich, dass rund jede dritte Person ein ungünstiges Bewegungsverhalten aufweist. Frauen sind insgesamt leicht aktiver, was auf das günstige Mobilitätsverhalten zurückzuführen ist. Männer betreiben dafür häufiger viel Sport (Abb. 3.3, Kategorisierung vgl. Tab. 3.1).

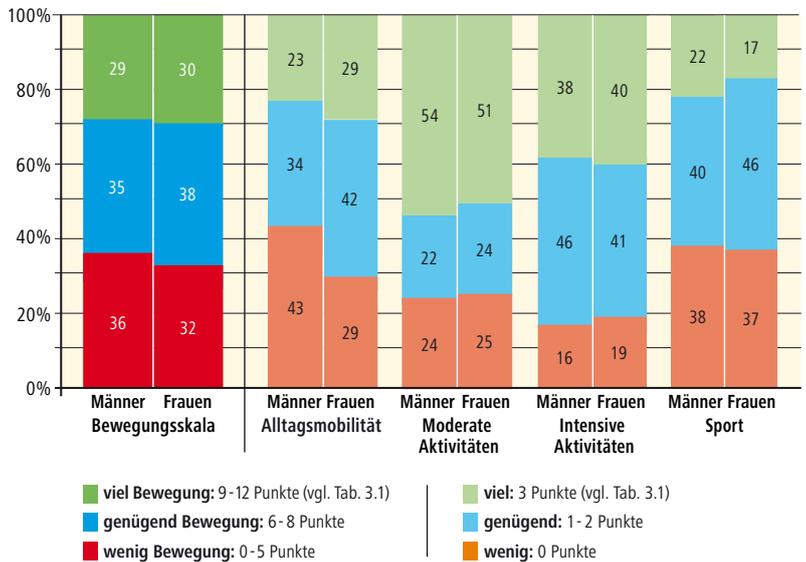
Im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz bewegen sich Zürcher Männer weniger oft und weniger in-

tensiv. Grosse Unterschiede bestehen hinsichtlich Aktivitäten, bei welchen man ins Schwitzen kommt. Männer, welche an mindestens vier Tagen pro Woche ins Schwitzen kommen, machen im Kanton Zürich einen deutlich kleineren Anteil aus als in der übrigen Deutschschweiz.<sup>6</sup> Bei den Frauen ergeben sich kaum Unterschiede zur übrigen Deutschschweiz. Bezüglich Sport schneiden die Frauen im Kanton Zürich besser ab als in der übrigen Deutschschweiz: Während in der übrigen Deutschschweiz 41% der Frauen nie Sport treiben, trifft dies im Kanton Zürich nur auf 37% zu.<sup>7</sup>

Mit zunehmendem Alter nimmt das aktive Bewegungsverhalten in Form von Sport und anderen anstrengenden Tätigkeiten ab. Bewegung zu Fuss bzw. mit dem Fahrrad hingegen nimmt mit steigendem Alter zu. Betrachtet man das Bewegungsverhalten im Allgemeinen, so fallen neben den ältesten Männern diejenigen im mittleren Alter besonders negativ auf: 45% der Männer zwischen 35 und 49 Jahren zeigen auf der Bewegungsskala sehr niedrige Werte (Abb. 3.4). Dieser Anteil ist fast gleich hoch wie bei 75-Jährigen und Älteren (47%). Auffällig ist, dass sich dieser Bewegungsmangel bei den 35- bis 49-jährigen Männern in der restlichen Deutschschweiz nicht in dieser Häufigkeit beobachten lässt.

Die jungen Männer (15- bis 24-jährige) dagegen bewegen sich sehr viel. Fast die Hälfte hat hohe Werte auf der Bewegungsskala (9-12 Punkte), während der Anteil mit geringen Werten (0-5 Punkte) in dieser Altersgruppe nur rund 17% beträgt.

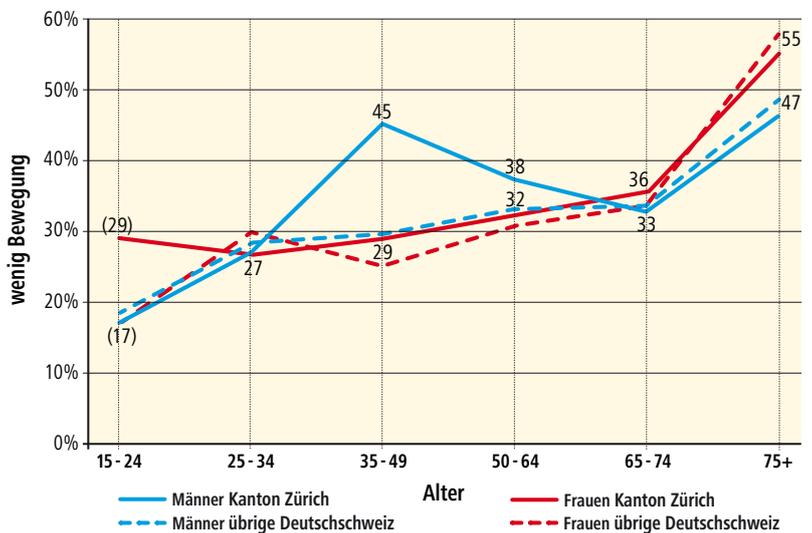
**Abb. 3.3:** Bewegungsverhalten nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Männer: n<sub>ZH</sub> = 1'004 bis 1'094, Frauen: n<sub>ZH</sub> = 1'189 bis 1'326

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

**Abb. 3.4:** Bewegungsmangel\* nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



\* 0-5 Punkte auf der Bewegungsskala (Kategorisierung vgl. Tab. 3.1).

Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Männer: n<sub>ZH</sub> = 75 bis 303, n<sub>DS</sub> = 302 bis 1'116; Frauen: n<sub>ZH</sub> = 84 bis 342, n<sub>DS</sub> = 414 bis 1'270

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

<sup>1</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p < .05).

<sup>2</sup> Unterschiede zwischen Anteilen in Zürich und übriger Deutschschweiz sind für Männer statistisch signifikant (p < .01).

<sup>3</sup> Regionale Unterschiede für Genuss von Früchten (p < .05) und Fisch (p < .05) sind statistisch signifikant.

<sup>4</sup> Dieser Zusammenhang ist statistisch signifikant (p < .05).

<sup>5</sup> Statistisch nicht signifikant.

<sup>6</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant (p < .001).

<sup>7</sup> Der regionale Unterschied ist bezüglich Sport statistisch signifikant (p < .05).

## 3.2 Weniger Raucher, dafür anhaltend viele Raucherinnen

Nach wie vor rauchen im Kanton Zürich Männer signifikant häufiger als Frauen (Abb. 3.5). Daten aus dem Tabakmonitoring Schweiz (TMS) zeigen jedoch, dass die Zürcher Männer seit 2001 immer weniger rauchen: Der Raucheranteil ging von 39% (2001/03) auf 32% (2007/10) zurück. Bei den Frauen im Kanton Zürich kam es zu einem leichten Rückgang von 31% (2001/03) auf 27% (2004/06), doch bis 2007/10 hat dieser Anteil nicht weiter abgenommen.

Der Anteil Rauchender an der Gesamtbevölkerung ist im Kanton Zürich bei den Männern 2007/10 identisch mit jenem in der übrigen Deutschschweiz (je 32%). Im Gegensatz dazu rauchen Frauen im Kanton Zürich 2007/10 häufiger als solche in der übrigen Deutschschweiz (27% vs. 23%).

Die Anteile der Exraucher lagen im untersuchten Zeitraum stets bei 22%, was darauf schliessen lässt, dass immer mehr Männer gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen. Bei den Frauen nahm der Anteil der Exraucherinnen zwischen 2001/03 und 2004/06 von 16% auf 20% zu und blieb dann auf diesem Niveau.

Analysen von Daten der SGB zeigen ähnliche Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz. Es rauchten 27% der Zürcher Frauen im Vergleich zu 22% in der übrigen Deutschschweiz. Männer rauchten 2007 im regionalen Vergleich zu ungefähr gleichen Anteilen: Kanton Zürich 32%, übrige Deutschschweiz 33%. Unter Zürcher Männern nahm der Raucheranteil zwischen 2002 (40%) und 2007 (33%) ab, während ein signifikanter Trend bei den Frauen ausblieb bzw. der Raucherinnenanteil leicht zunahm (2002: 26% vs. 2007: 28%).

### Besonders junge Erwachsene greifen zur Zigarette

Der höchste Anteil an Rauchern findet sich im Kanton Zürich (2007/10) bei den 20- bis 24-jährigen Männern (46%), die 25- bis 34-Jährigen rauchen dagegen bereits signifikant weniger häufig (36%, Abb. 3.6). Mit zunehmendem Alter nimmt der Raucheranteil ab. Bei den Frauen ist der Anteil ebenfalls bei den 20- bis 24-Jährigen am höchsten (41%), bei den 25- bis 34-Jährigen beträgt er noch 32%.

Während der Raucheranteil unter den 25- bis 34-jährigen Männern zwischen 2004/06 und 2007/10 im Kanton Zürich von 41% (bzw. 44% in der übrigen Deutschschweiz) auf 36% (bzw. 38%) statistisch signifikant abgenommen hat, kann bei den 20- bis 24-Jährigen kein solcher Trend festgestellt werden.<sup>8</sup> Bei Frauen sticht vor allem die Gruppe der 25- bis 34-Jährigen hervor: Bei diesen nahm im Kanton Zürich der Anteil der Raucherinnen zwischen 2004/06 und 2007/10 von 26% auf 32% zu.<sup>9</sup>

Die Gruppe der 20- bis 24-Jährigen (beide Geschlechter) weist sowohl im Kanton Zürich (31%) als auch in der übrigen Deutschschweiz (25%) die höchsten Anteile an täglich Rauchenden auf.

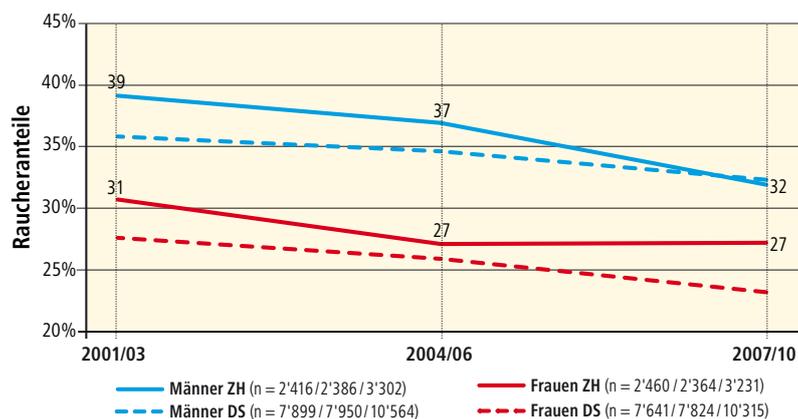
Die Aufsummierung der aktuellen und ehemaligen Rauchenden verdeutlicht, dass Männer im Allgemeinen eher Erfahrung mit Rauchen gemacht haben als Frauen. Jedoch zeigt sich insbesondere bei den 25- bis 34-jährigen Frauen (52%), dass diese im Kanton Zürich praktisch gleich oft wie Männer (54%) schon einmal geraucht haben oder immer noch rauchen. Zudem hat fast jede zweite 20- bis 24-jährige Zürcherin bereits einmal regelmässig geraucht. In der übrigen Deutschschweiz sind es in beiden Alterskategorien nur vier von zehn Frauen.

Die Alterseffekte in den Daten des TMS zeigten sich auch bei der SGB für die übrige Deutschschweiz.<sup>10</sup>

### Mehr Rauchende und Passiv-Rauchende in tieferen Bildungsschichten

Je tiefer das Bildungsniveau, desto höher ist der Anteil an täglich Rauchenden im Kanton Zürich. Personen mit Hochschulabschluss gehören am häufigsten zu den Nichtraucher/innen (Nieraucher/innen und Exraucher/innen). In der SGB zeigt sich zudem ein signifikanter Unterschied zwischen dem

**Abb. 3.5:** Raucheranteile bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001 - 2010



Datenquelle: Tabakmonitoring Schweiz 2011.

Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz: Im Kanton Zürich rauchen 23% der Frauen mit einer Berufsausbildung oder Maturität täglich Zigaretten, in der übrigen Deutschschweiz nur 18%. Gleichzeitig war der Anteil an Nieraucher/innen in dieser Gruppe in der übrigen Deutschschweiz (58%) höher als im Kanton Zürich (52%).

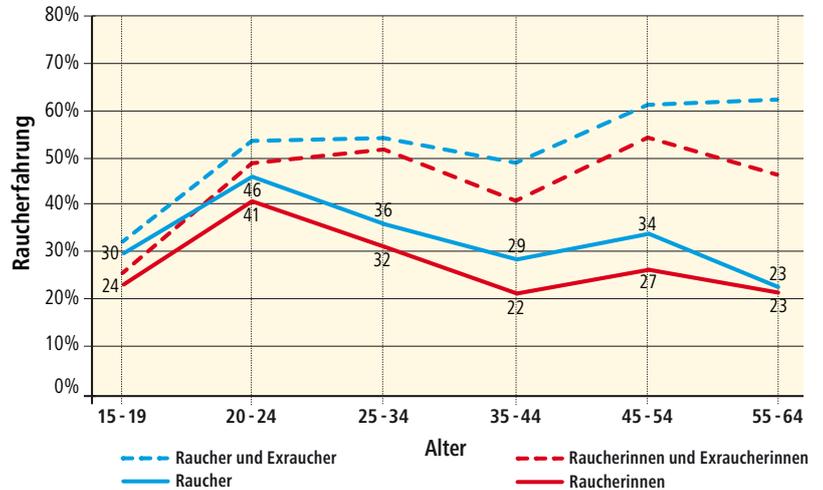
Im Kanton Zürich waren gemäss TMS Männer (48%) und Frauen (44%) mit obligatorischer Schulbildung häufiger Passivrauch im privaten Bereich ausgesetzt als solche mit einer höheren Ausbildung (Männer: 26% bis 40%, Frauen: 22% bis 30%, je nach Bildungsniveau). Auffallend ist der Geschlechterunterschied bei Personen mit Mittelschulabschluss oder einer Berufsausbildung: Rund 70% der Frauen gaben an, dass sie im privaten Bereich (fast) keinem Passivrauch ausgesetzt sind, bei Männern dagegen sind es nur 60%.

### Auch im privaten Bereich immer weniger dem Passivrauchen ausgesetzt

Gemäss TMS hat der Anteil Personen, welche zu Hause, bei Freunden oder im Auto keinem Passivrauch ausgesetzt sind, in den letzten zehn Jahren stark zugenommen (vgl. Abb. 3.7): Mass dieser Anteil in der Periode 2001/04 noch rund 60% für beide Geschlechter, hat er im Jahr 2010 78% erreicht.<sup>11</sup> Der Rückgang der Belastung durch Passivrauch beschränkt sich also nicht auf die Auswirkungen von Rauchverboten im öffentlichen Bereich, sondern es fand auch ein Umdenken im Privatbereich statt.

In der SGB wurden die Teilnehmenden nach der Dauer pro Tag gefragt, während welcher sie Passivrauch ausgesetzt sind. Demnach ist im Kanton Zürich die durchschnittliche Expositionsdauer bei Männern von etwas mehr als einer Stunde pro Tag im Jahr 2002 auf gut 40 Minuten im Jahr 2007 zurückgegangen.<sup>12</sup> Bei den Frauen betrug der Rückgang nur elf Minuten, wobei das Ausgangsniveau mit 45 Minuten tiefer lag.<sup>13</sup>

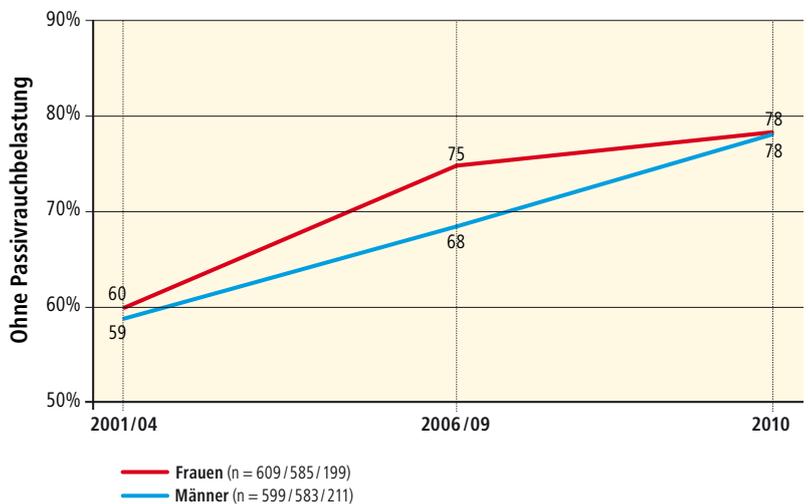
**Abb. 3.6:** Raucherfahrung bei 15- bis 64-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007/2008/2009/2010



Aufaddierte Anteile von aktuellen und ehemaligen Rauchenden nach Geschlecht. Männer: n = 259 bis 828, Frauen: n = 231 bis 788

Datenquelle: Tabakmonitoring Schweiz 2011.

**Abb. 3.7:** 15- bis 64-Jährige ohne private Passivrauchbelastung nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2001-2010



Datenquelle: Tabakmonitoring Schweiz 2011.

<sup>8</sup> Der erfolgte Rückgang der Raucheranteile in dieser Gruppe von 49% auf 46% ist statistisch nicht signifikant.

<sup>9</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant (p < .01).

<sup>10</sup> 20- bis 24-jährige Männer und Frauen rauchten 2007 signifikant häufiger (47% bzw. 36%) als die anderen Altersgruppen. Im Kanton Zürich rauchten jedoch bei den Männern die 25- bis 34-Jährigen mit 47% am häufigsten, bei den Frauen die 20- bis 24-Jährigen. Unterschiede sind nicht signifikant gegenüber anderen Altersgruppen.

<sup>11</sup> Dieser Trend ist bei Frauen statistisch signifikant (p < .001), bei Männern hingegen nicht.

<sup>12</sup> Dieser Trend ist statistisch signifikant (p < .01).

<sup>13</sup> Dieser Trend ist statistisch nicht signifikant.

### 3.3 Drei von zehn Männern mit gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum

Übermässiger Alkoholkonsum gilt als eine Hauptursache von Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Soziallebens (BFS, 2012). Als mögliche Formen von übermässigem Alkoholkonsum werden hier regelmässig erhöhter Konsum (chronischer Alkoholkonsum) oder Einnahme von hohen Mengen innert kurzer Zeit (Binge-Drinking) definiert. Der übliche Grenzwert für chronischen Alkoholkonsum ist 40 g reiner Alkohol pro Tag für Männer und 20 g für Frauen. Pro Standardglas (1 dl Wein, 3 dl Bier oder 0,25 dl Spirituosen) fallen 10 g Alkohol an. Binge-Drinking liegt dann vor, wenn Männer mindestens acht bzw. Frauen mindestens sechs Standardgläser bei derselben Gelegenheit konsumieren.

Für die folgenden Analysen wird zwischen fünf Alkoholkonsummustern unterschieden:

1. Chronischer Alkoholkonsum oder mindestens einmal pro Monat Binge-Drinking;
2. Schwelle zum chronischen Alkoholkonsum nicht erreicht, aber mehr als einmal täglich Alkoholkonsum oder mindestens einmal pro Jahr (jedoch seltener als einmal pro Monat) Binge-Drinking;
3. Bedingungen für Muster 1 und 2 nicht erfüllt, aber täglicher Alkoholkonsum;

4. Moderater Alkoholkonsum: Konsumierende, die keines der oben genannten Kriterien erfüllen;
5. Alkoholabstinenz.

Die Konsummuster 1 und 2 werden hier als gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum definiert. Alle nachstehenden Analysen zum Alkoholkonsum erfolgen unter Ausschluss von Personen aus Osteuropa/Balkan (inkl. Türkei) und aussereuropäischen Ländern, da diese in Bezug auf Alkoholkonsum eine sehr heterogene Gruppe bilden.

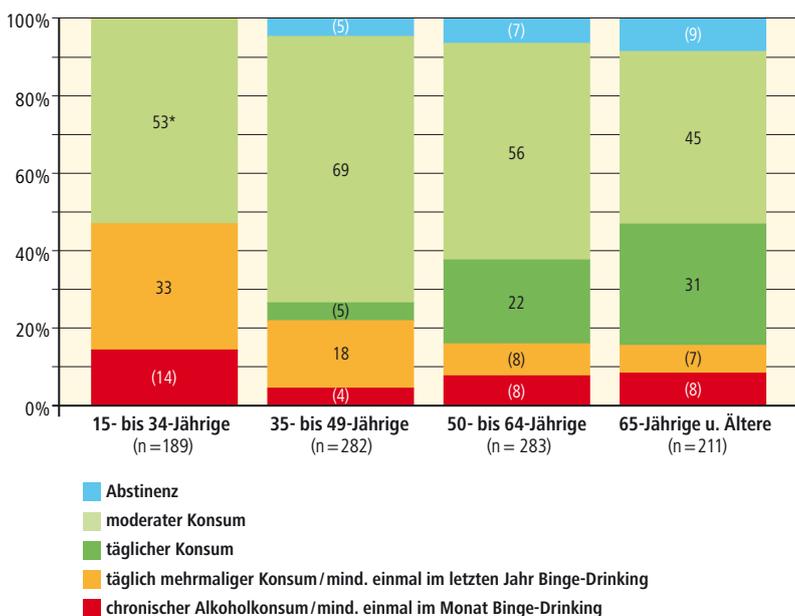
#### Junge trinken übermässig, Ältere dagegen häufig

Im Jahr 2007 konsumierte fast die Hälfte der 15- bis 34-jährigen Männer in gesundheitsgefährdendem Masse Alkohol, während bei 35- bis 49-jährigen und älteren Männern nur 22% bzw. 15% in diese Kategorie fallen (Abb. 3.8; zum Alkoholkonsum von Jugendlichen vgl. Kapitel 4.5). Insgesamt haben drei von zehn Männern einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. Mässiger, d.h. maximal einmal täglicher Alkoholkonsum ist ein typisches Trinkverhalten der ab 65-Jährigen. Dies geht auch aus früheren Erhebungen hervor. Allerdings treten gerade auch unter älteren Personen Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Alkohol auf (vgl. Hospitalisierungen mit Alkoholbezug in Kapitel 6.3).

#### Frauen entwickeln ähnliche Konsummuster wie Männer

Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der Alkoholabstinenten im Allgemeinen rückläufig, der Anteil an moderat Konsumierenden dagegen in Zunahme begriffen (Abb. 3.9). Bei den Männern ist tendenziell auch eine Abnahme des gesundheitsgefährdenden Konsums zu beobachten. Während von den 35- bis 49-jährigen Zürchern im Jahr 2007 22% gesundheitsgefährdenden Konsum aufwiesen, waren es 1997 noch 29%. Bei den 50- bis 64-Jährigen ist im gleichen Zeitraum ebenfalls ein Rückgang von 21% (1997) auf 16% (2007) festzustellen. Bei den Frauen hingegen zeigt sich eine leichte Zunahme von gesundheitsgefährdendem Konsum von 9% im Jahr 1997 auf 13% im Jahr 2007. Auch in der übrigen Deutschschweiz nahm bei den Frauen im selben Zeitraum der Anteil mit gesundheitsgefährdendem Trinkverhalten zu, wenn auch in einem etwas geringeren Ausmass (von 9% auf 11%).

Abb. 3.8: Alkoholkonsum der Männer nach Alter, Kanton Zürich, 2007



\* Die Prozentwerte für 15- bis 34-jährige Männer mit täglichem Alkoholkonsum oder Alkoholabstinenz beruhen auf weniger als 10 Beobachtungen und dürfen folglich nicht separat ausgewiesen werden. Beide Kategorien werden deshalb dem moderaten Konsum zugeordnet.

Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Der Anteil bei den 15- bis 34-jährigen Frauen mit gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum hat sich zwischen den Jahren 1997 und 2007 von 10% auf 20% verdoppelt. Bei 65-jährigen und älteren Frauen war 2007 der Anteil mit Binge-Drinking bzw. chronischem Alkoholkonsum mit 5% gering.

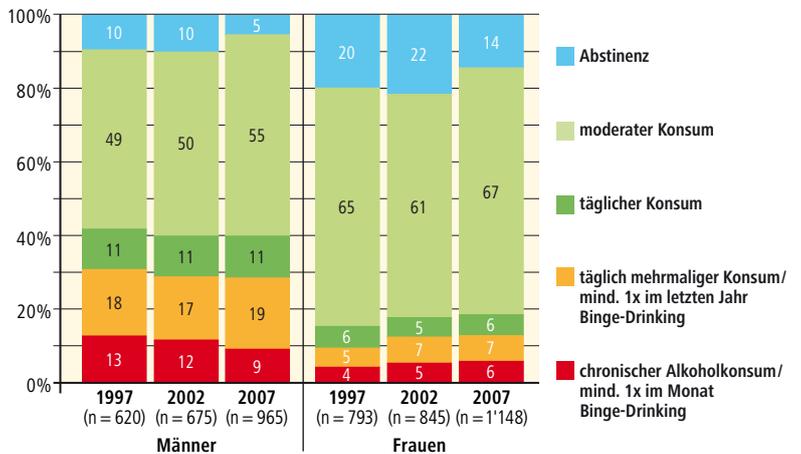
### Übermässiges Trinken führt zu sozialen und anderen Problemen im Alltag

Die SGB enthält Fragen zur Wahrnehmung von eigenen Alkoholproblemen. Gefragt wird nach Ermahnung durch andere wegen des Alkoholkonsums, Erinnerungslücken, Erwartungen in Beruf und Familie nicht im gewohnten Ausmass erfüllen können, nicht mit Trinken aufhören können und schlechtes Gewissen aufgrund des Alkoholkonsums. Werden Personen mit wöchentlichem oder häufigerem Alkoholkonsum betrachtet, verdoppelten sich bei Zürcher Frauen in den Jahren 1997 - 2007 Nennungen von Alkoholproblemen von 8% auf 16%.<sup>14</sup> In der übrigen Deutschschweiz fiel dieser Trend schwächer aus als im Kanton Zürich. Eine detaillierte Analyse nach Alter zeigt, dass insbesondere unter jungen Frauen häufiger Alkoholprobleme geäussert werden: 1997 bejahte eine von zehn Frauen im Alter von 15- bis 34 Jahren mindestens eine dieser Fragen, 2007 waren es bereits drei von zehn.<sup>15</sup> Zeitlich parallel dazu hat der gesundheitsgefährdende Konsum bei 15- bis 34-jährigen Frauen zugenommen.

Generell äussern vor allem Personen mit gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum Probleme mit ihrem Alkoholkonsum (Abb. 3.10). Von den Binge-Drinkenden nennen fast die Hälfte der Männer und gut eine von drei Frauen entsprechende Probleme. Demgegenüber gibt nur knapp jeder zehnte (nur einmal) täglich oder moderat konsumierende Mann bzw. jede zwanzigste Frau mit diesem Konsummuster mindestens ein Problem in Zusammenhang mit Alkoholkonsum an.

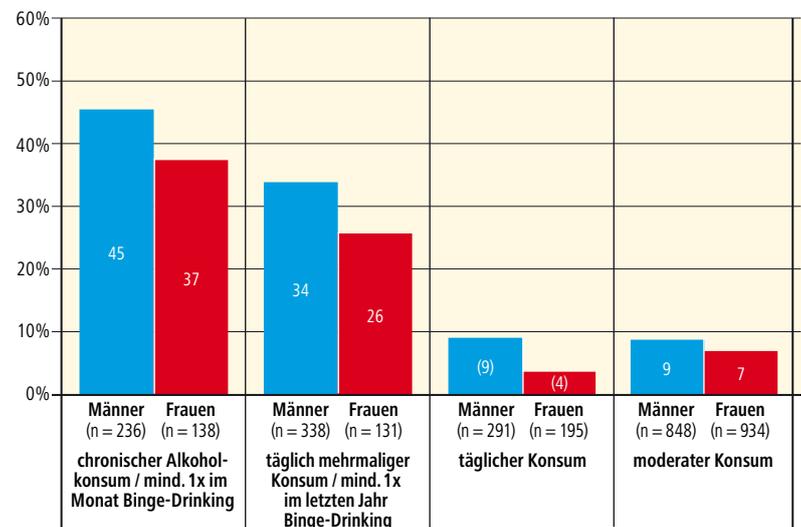
Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum führt nicht nur zu sozialen und anderen Problemen im Alltag, sondern auch zu erheblichen Kosten. Im Kapitel 6.5

**Abb. 3.9:** Alkoholkonsum nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1997- 2007



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002 und 2007.

**Abb. 3.10:** Probleme wegen Alkoholkonsum nach Konsumverhalten und Geschlecht, Kanton Zürich, 1997 / 2002 / 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002 und 2007.

findet sich eine Schätzung der direkten und indirekten Kosten von missbräuchlichem Alkoholkonsum im Kanton Zürich.

<sup>14</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p<.05).  
<sup>15</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p<.01).

### 3.4 Gesundheitspotenziale beim persönlichen Lebensstil

Aus den Skalen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie zum Konsum von Tabak und Alkohol wird zusammen mit dem Body-Mass-Index (BMI) ein Verhaltensindex zum gesundheitsbezogenen Lebensstil gebildet (Tab. 3.2). Dieser kann als Hinweis auf einen gesunden bzw. ungesunden Lebensstil interpretiert werden. Der Verhaltensindex

nimmt Werte zwischen 0 und 10 Punkten an und wird in die Kategorien «ungünstig» (0-5), «mittelmässig» (6-7) und «günstig» (8-10) eingeteilt. Detaillierte Analysen zum Thema Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich können dem 2013 erschienenen, gleichnamigen Spezialbericht entnommen werden (ISPMZ, 2013).

**Tab. 3.2:**  
Verhaltensindex zum gesundheitsbezogenen Lebensstil

<b>Verhaltensindex</b>	<b>Verhaltensweisen</b>
	<b>Ernährung</b> (Kategorisierung vgl. Tab. 3.1) 0: Ungünstige Ernährung (0-3 Punkte auf Ernährungsskala) 1: Eher günstige Ernährung (4-6 Punkte) 2: Günstige Ernährung (7-10 Punkte)
	<b>Bewegung</b> (Kategorisierung vgl. Tab. 3.1) 0: Wenig Bewegung (0-5 Punkte auf Bewegungsskala) 1: Genügend Bewegung (6-8 Punkte) 2: Viel Bewegung (9-12 Punkte)
	<b>Tabakkonsum</b> 0: Starke Raucher/innen (20 und mehr Zigaretten pro Tag) 1: Moderat Rauchende (0-19 Zigaretten pro Tag) 2: Nichtraucher/innen (Nieraucher/innen und Extraucher/innen)
	<b>Alkoholkonsum</b> 0: Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum: Täglich mehrmaliger Alkoholkonsum oder mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten acht (Männer) bzw. sechs (Frauen) Standardgläser bei einer Gelegenheit oder durchschnittlich täglich $\geq 40g$ (Männer) bzw. $\geq 20g$ (Frauen) reinen Alkohols 1: Täglicher Alkoholkonsum, aber keines der Kriterien für gesundheitsgefährdenden Konsum erfüllt 2: Kein oder gemässigter Alkoholkonsum
	<b>Body-Mass-Index</b> 0: Starkes Übergewicht bzw. Adipositas (BMI $\geq 30$ ) 1: Untergewicht (BMI niedriger als 18.5) oder leichtes Übergewicht (BMI 25.0-29.9) 2: Normalgewicht (BMI 18.5-24.9)

#### Frauen haben deutlich gesünderen Lebensstil als Männer

Es lässt sich über alle Altersgruppen hinweg ein deutlicher Geschlechterunterschied beim gesundheitsbezogenen Lebensstil beobachten: Insgesamt zeigen Frauen deutlich häufiger ein günstiges Gesundheitsverhalten als Männer (40% vs. 27%). Umgekehrt weist durchschnittlich einer von drei Männern, aber nicht einmal eine von fünf Frauen einen ungünstigen Lebensstil auf. Bei Männern nimmt der Anteil Personen mit ungünstigem Lebensstil mit steigendem Alter tendenziell zu, während bei Frauen diesbezüglich kein eindeutiger Trend zu beobachten ist (Abb. 3.11).

Bei Männern zeigt sich, dass insbesondere alleinstehende ältere Männer einen ungünstigen Lebensstil aufweisen, nämlich vier von zehn alleinstehenden Männern ab 65 Jahren. Bei Männern derselben Altersgruppe in einer Partnerschaft sind es dagegen «nur» 34% (nicht abgebildet).

Ein ungünstiger gesundheitsbezogener Lebensstil ist bei Frauen im Kanton Zürich (19%) häufiger zu beobachten als in der übrigen Deutschschweiz (16%). Zudem ist der Anteil mit ungünstigem Lebensstil bei 15- bis 34-jährigen Frauen im Kanton Zürich mit 20% höher als in der übrigen Deutschschweiz (12%).<sup>16</sup> Auch Frauen mit einer Berufsausbildung oder Maturität weisen im Kanton Zürich eher ein ungünstiges Verhalten auf als in der übrigen Deutschschweiz (20% vs. 15%).<sup>16</sup>

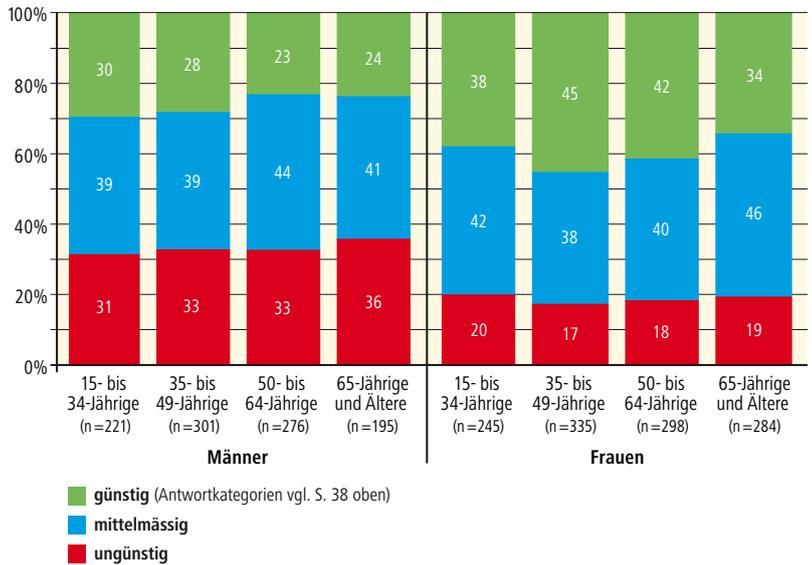
### Je tiefer die Bildung, desto ungünstiger der Lebensstil

Bildung erhöht die Gesundheitschancen. Das hat vor allem damit zu tun, dass bei den weniger Gebildeten gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel, starker Tabak- und Alkoholkonsum usw. häufiger zu beobachten sind und damit ein insgesamt ungünstiger Lebensstil gehäuft vorkommt, wie Abbildung 3.12 deutlich zeigt. Bei beiden Geschlechtern gilt: Höhere Bildung geht mit günstigerem Gesundheitsverhalten einher. So weisen 55% der Männer mit bloss obligatorischer Schulbildung gegenüber 26% derjenigen mit Hochschulabschluss einen ungünstigen Lebensstil auf. Ähnlich grosse Unterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Bildungsschicht zeigen sich auch bei den Frauen, wenngleich auf viel tieferem Niveau (27% vs. 8%).

### Ungünstige Ernährung und Bewegungsmangel treten oft kombiniert auf

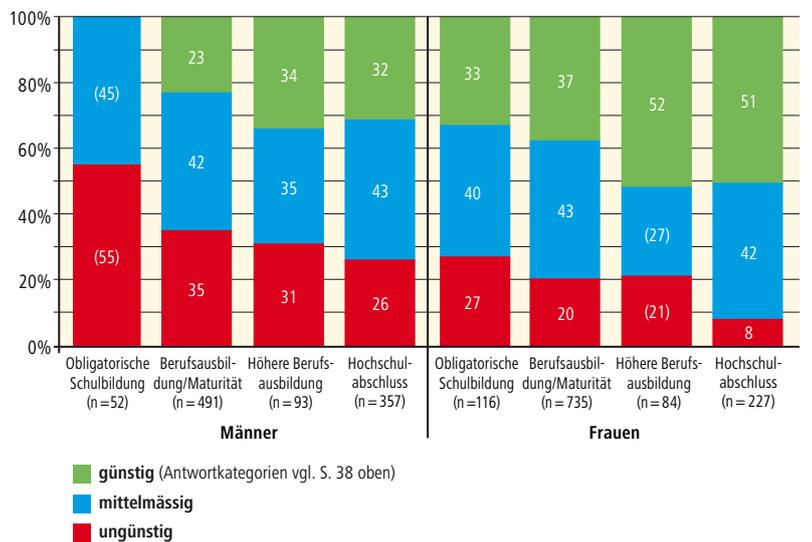
Abschliessend soll der Frage nachgegangen werden, welche Kombinationen einzelner der im Verhaltensindex (vgl. Tab. 3.2) zusammengefassten ungünstigen Verhaltensweisen besonders häufig auftreten. Einen hohen Alkoholkonsum bei gleichzeitigem Bewegungsmangel zeigt knapp einer von zehn Männern. Dies ist die häufigste Kombination bei Männern, und sie tritt im Kanton Zürich häufiger auf als in der übrigen Deutschschweiz (7%). Mit rund 6% folgt an zweiter Stelle die Kombination von ungünstiger Ernährung und Bewegungsmangel. Bei weiteren 5% der Männer geht eine ungünstige Ernährung mit hohem Alkoholkonsum einher. Bei Frauen kommt mit 5% am häufigsten die Kombination von Bewegungsmangel und Adipositas (BMI  $\geq 30$ ) vor. Diese Kombination ist bei Frauen im Kanton Zürich häufiger als in der übrigen Deutschschweiz (3%). An zweiter Stelle folgt bei Frauen mit 3% die Kombination von ungünstiger Ernährung und Bewegungsmangel.

Abb. 3.11: Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Abb. 3.12: Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Bildung und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Männer mit obligatorischer Schulbildung: Weniger als 10 Personen weisen einen günstigen Lebensstil auf. Es darf kein Wert ausgewiesen werden, die Kategorien mittelmässig und günstig werden deshalb zusammengefasst. Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

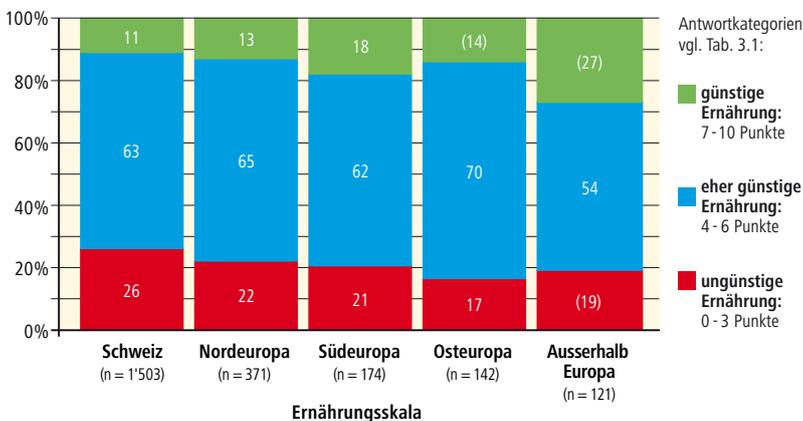
<sup>16</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

### 3.5 Migrationshintergrund: Gut für die Ernährung, schlecht für die Bewegung

Unter «Personen mit Migrationshintergrund» werden alle Personen ausländischer Nationalität sowie aus dem Ausland zugewanderte und später eingebürgerte Personen und deren Kinder zusammengefasst. Dabei wird zwischen den Regionen Nordeuropa (inkl. Deutschland, Österreich und Benelux-Staaten), Südeuropa (inkl. Frankreich und Griechenland) und Osteuropa (inkl. Ex-Jugoslawien, Albanien und Türkei) sowie aussereuropäische Staaten unterschieden. Als Schweizer/innen werden ent-

sprechend Personen bezeichnet, die und deren Eltern keinen Migrationshintergrund haben und die von Geburt an die Schweizer Nationalität hatten. Drei von zehn Personen der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz haben einen Migrationshintergrund (BFS, 2012). Da Personen mit Migrationshintergrund oft einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als solche ohne Migrationshintergrund, soll hier deren Gesundheitsverhalten betrachtet werden, um Potenziale für die Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

**Abb. 3.13:**  
Ernährungsverhalten nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007<sup>17</sup>



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Schweiz exkl. Personen mit Migrationshintergrund; Nordeuropa inkl. Deutschland, Österreich und Benelux-Staaten; Südeuropa inkl. Frankreich und Griechenland; Osteuropa inkl. Ex-Jugoslawien, Albanien und Türkei.

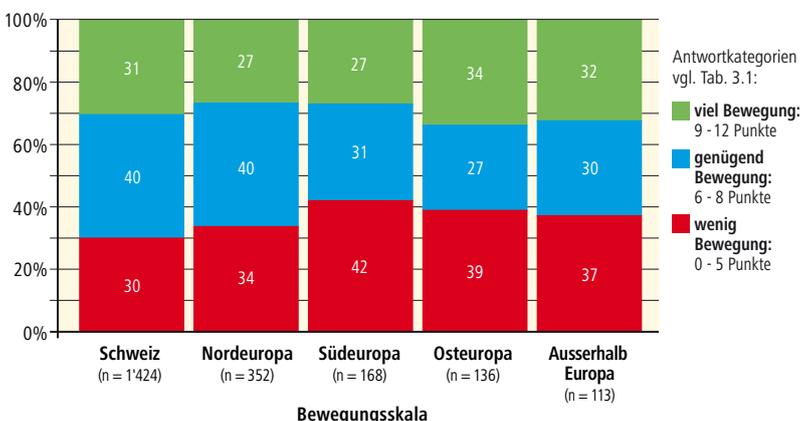
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Im Allgemeinen ernähren sich Personen mit Migrationshintergrund gesünder als Schweizer/innen (Abb. 3.13, Kategorisierung zur Ernährung vgl. Tab. 3.1). Da dieser Unterschied auch unter Berücksichtigung von demografischen und sozio-ökonomischen Merkmalen bestehen bleibt, stehen vermutlich kulturelle Faktoren dahinter. Ein Beispiel ist der geringere Fleischkonsum bei Personen aus Südeuropa (oft begleitet von häufigerem Verzehr von Fisch). Positiv fallen insbesondere Männer und Frauen von ausserhalb Europas auf: Neben einem grossen Anteil mit Fischkonsum an mindestens drei Tagen pro Woche zeichnet sich diese Personengruppe gegenüber Schweizer/innen ohne Migrationshintergrund auch durch einen häufigeren Konsum von mindestens drei Portionen Gemüse am Tag aus.

#### Bewegen sich Personen mit Migrationshintergrund weniger?

Im Kanton Zürich bewegen sich Personen mit Migrationshintergrund weniger als solche ohne Migrationshintergrund<sup>18</sup> (Abb. 3.14, Kategorisierung zur Bewegung vgl. Tab. 3.1). Schweizer/innen ohne Migrationshintergrund treiben eher und mehr Sport als Personen mit Migrationshintergrund, wobei sich je nach Herkunft klare Unterschiede zeigen. Bei den Männern bewegen sich Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei insgesamt weniger als Schweizer: Viele sind nie zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs und betreiben selten Aktivitäten, bei welchen sie ausser Atem kommen (Aktivitäten moderater Intensität).<sup>19</sup> Es fällt auf, dass sich Frauen mit Migrationshintergrund, abgesehen von Nordeuropäerinnen, weniger bewegen als Schweizerinnen: Südeuropäerinnen kommen seltener ausser Atem und Osteuropäerinnen treiben seltener Sport oder andere Aktivitäten, bei welchen sie ins Schwitzen kommen (Aktivitäten hoher Intensität).

**Abb. 3.14:**  
Bewegungsverhalten nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007



Schweiz exkl. Personen mit Migrationshintergrund; Nordeuropa inkl. Deutschland, Österreich und Benelux-Staaten; Südeuropa inkl. Frankreich und Griechenland; Osteuropa inkl. Ex-Jugoslawien, Albanien und Türkei.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

## Südeuropäer/innen rauchen häufig

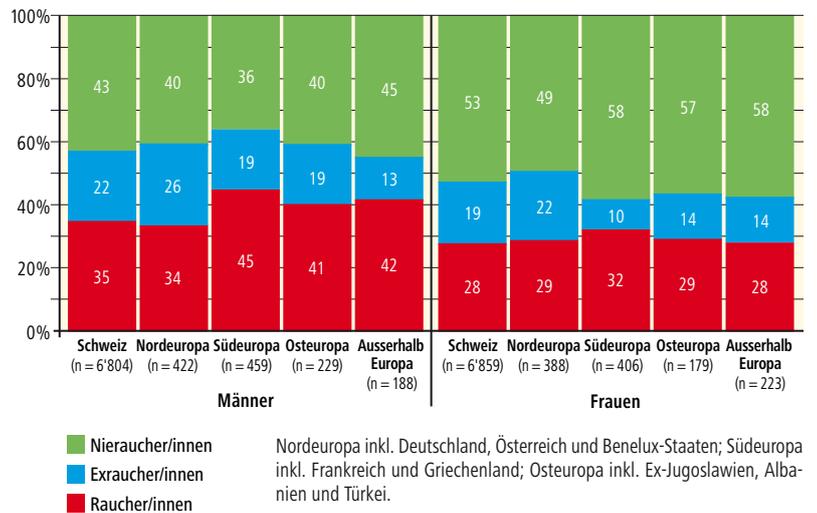
Das Tabakmonitoring Schweiz (TMS) umfasst eine grössere Stichprobe als die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Allerdings beschränken sich die Angaben zum Migrationshintergrund im TMS auf die Nationalität. Wie bei der SGB wurden zudem nur Personen berücksichtigt, die eine der drei Schweizer Landessprachen beherrschen. Ausländer/innen rauchten in den Jahren 2001 - 2010 insgesamt häufiger als Schweizer/innen, wobei die Unterschiede je nach Herkunft und Geschlecht teilweise gering sind (Abb. 3.15). Bei den Männern ist der Unterschied nach in- und ausländischer Nationalität ausgeprägter als bei den Frauen. Personen aus Südeuropa weisen mit 45% (Männer) bzw. 32% (Frauen) den jeweils grössten Anteil an Raucher/innen auf<sup>20</sup>, gefolgt von den Osteuropäer/innen mit einem Raucheranteil von 41% (Männer) bzw. 29% (Frauen) und denjenigen von ausserhalb Europas mit 42% (Männer) bzw. 28% (Frauen). Umgekehrt weisen die Schweizer/innen nach Personen aus Deutschland und Nordeuropa bei beiden Geschlechtern den zweithöchsten Anteil an Exraucher/innen auf (22% der Männer bzw. 19% der Frauen).

Im TMS zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Schweizer/innen und Osteuropäer/innen auch bezüglich Passivrauchen: So sind ein Drittel (33%) der Schweizer Männer und knapp drei von zehn Schweizer Frauen Passivrauch ausgesetzt. Personen aus Ost- und Südeuropa sind dem Passivrauchen bis doppelt so häufig ausgesetzt wie Schweizer/innen.

## Viel Gesundheitspotenzial bei Süd- und Osteuropäer/innen

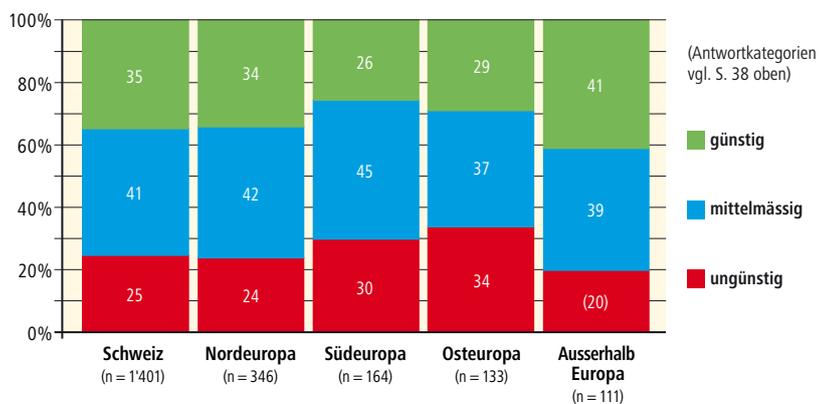
Wenn die im gesundheitsbezogenen Lebensstil berücksichtigten Verhaltensweisen (vgl. Tab. 3.2) gesamthaft betrachtet werden, lassen sich klare Unterschiede nach Herkunft feststellen: Von den Schweizerinnen und Schweizern ohne Migrationshintergrund zeigen nur 25% ein ungünstiges Gesundheitsverhalten (Abb. 3.16). Ein günstiges Verhalten weisen demgegenüber 35% der Schweizer/innen ohne Migrationshintergrund auf. Der Lebensstil der Personen aus Nordeuropa ist insgesamt mit

Abb. 3.15: Raucherstatus nach Nationalität und Geschlecht, Kanton Zürich, 2011



Datenquelle: Tabakmonitoring Schweiz 2011.

Abb. 3.16: Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

demjenigen von Schweizer/innen ohne Migrationshintergrund vergleichbar. Ein insgesamt noch günstigeres Verhalten zeigt einzig die sehr heterogene Gruppe der Personen mit einem aussereuropäischen Migrationshintergrund. Die Personen mit südeuropäischem und osteuropäischem Migrationshintergrund schneiden am schlechtesten ab.

<sup>17</sup> Die Prozentangaben berücksichtigen die unterschiedliche Altersverteilung von Personen mit bzw. ohne Migrationshintergrund.

<sup>18</sup> Der Unterschied im Gesamtscore ist nur bei Frauen statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

<sup>19</sup> Der Unterschied gegenüber Schweizern ist bei moderaten Aktivitäten statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>20</sup> Die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Schweizer/innen und Südeuropäer/innen sind statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

## 3.6 Literatur zu Kapitel 3

BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2012). **Gesundheitsstatistik 2012** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14, Gesundheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.  
Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027)

Bonetti, P. O., Trachsel, L. D., Kuhn, M. U., Schulzki, T., Erne, P., Radovanovic, D. & Reinharta, W. H. (2011). Incidence of acute myocardial infarction after implementation of a public smoking ban in Graubünden, Switzerland: Two year follow-up. **Swiss Medical Weekly**, 141.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2013). **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 18). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

## 4. Die Gesundheit von Jugendlichen

Ursula Meidert

Im Zusammenhang mit Jugendlichen wird oft nur über gesundheitsgefährdendes Problemverhalten wie zum Beispiel Rauschtrinken, Kiffen oder Gewaltexzesse berichtet. Dabei ist selten vom physischen und psychischen Zustand der Zürcher Jugendlichen insgesamt die Rede. Doch wie steht es um die Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Zürich? Wie gesund fühlen sie sich und wie verbreitet sind gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen tatsächlich? Diesen Fragen war schon früher ein eigener Bericht gewidmet (ISPMZ, 2002). Auf der Grundlage verschiedener aktueller Datenquellen wird in diesem Kapitel ein Überblick über den Gesundheitszustand der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 11 bis 24 Jahren gegeben. Betrachtet werden die physische und psychische Gesundheit, Probleme mit Gewalt und Mobbing sowie der Konsum von Suchtmitteln. Das Thema Übergewicht wird dabei ausgespart, weil dieses ausführlich im Bericht «Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich» (Stronski Huwiler et al., 2013) behandelt wurde.

Zur physischen und psychischen Gesundheit sowie zum gesundheitsrelevanten Problemverhalten der Jugendlichen im Kanton Zürich stehen im Wesentlichen zwei aktuelle Datenquellen zur Verfügung: Die Studie «Health Behavior of School-aged Children» (HBSC-Studie) sowie die Optimus-Studie:

- Die **HBSC-Studie** ist eine periodisch stattfindende Schülerbefragung zum Gesundheitsverhalten. Sie wird seit 1986 alle vier Jahre von Sucht Schweiz durchgeführt (Rohrbach et al., 2011; Kuntsche & Delgrande Jordan, 2012). Bei der letzten Befragung im Jahr 2010 wurden mehr als 10'000 Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren in der ganzen Schweiz befragt. Die Stichprobe im Kanton Zürich betrug dabei über 1'500 Jugendliche aus 81 Klassen. Anhand dieser Daten können vor allem Zeitrends aufgezeigt, aber auch Vergleiche zwischen den Regionen gemacht werden.
- Bei der **Optimus-Studie** handelt es sich um eine einmalige Schülerbefragung, die sich mit Opfererfahrungen und deren Auswirkungen auf Schüler/innen der 9. Klasse aus der Schweiz befasst. Diese Studie wurde im Jahr 2009/10 vom Institut

für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich in Kooperation mit der Psychiatrischen Poliklinik Universitätsspital Zürich und dem Kinderspital Zürich durchgeführt (Mohler-Kuo et al., 2014). Es haben über 6'700 Jugendliche, davon rund 1'300 aus dem Kanton Zürich, bei der Befragung teilgenommen. Neben den Fragen zu Erfahrungen von körperlichen Übergriffen, wurden auch Fragen zur physischen und psychischen Gesundheit der Jugendlichen sowie deren Gesundheitsverhalten erfasst. Diese Daten erlauben es zudem, Analysen innerhalb des Kantons Zürich zu machen, da die Stichprobengrösse umfangreich genug ist.

Eine weitere Datenquelle, die für die Gesundheit von Jugendlichen herangezogen wird, ist die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)** von 2007, welche im einleitenden Kapitel dieses Bandes beschrieben wird. Diese Erhebung erfasst Personen ab 15 Jahren. Es wurden daher für dieses Kapitel nur Jugendliche und junge Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren berücksichtigt. Die Stichprobe ist jedoch für den Kanton Zürich eher klein, so dass in diesem Kapitel auf eine ausführlichere Auswertung der SGB-Daten verzichtet werden muss und die Daten nur ergänzend herangezogen werden.

Das **Tabakmonitoring Schweiz (TMS)** der Jahre 2001-2010 wurde bereits im Einleitungskapitel genauer vorgestellt. Auf diese Daten wird bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren beim Thema Tabak- und Cannabis-Konsum zurückgegriffen. Die Stichprobengrösse für Jugendliche im Kanton Zürich ist bei den TMS-Daten ebenfalls relativ gering, so dass auch diese Daten eher ergänzend zur Anwendung kommen.

Zum Thema Gewalt werden die Daten aus der Langzeitstudie **Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von Kindern (z-proso)** verwendet. Z-proso ist eine Kohortenstudie, die das Sozialverhalten von Kindern und die Frühprävention von Problemverhalten zum Gegenstand hat (Eisner et al., 2007). Die Studie verfolgt seit 2004 rund 1'300 Schüler/innen in der Stadt Zürich. Diese waren bei der letzten Befragung im Jahr 2011 im Durchschnitt 13 Jahre alt.

## 4.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit bei Mädchen gut und Jungen besser

In der HBSC-Befragung 2010 wurden die 11- bis 15-jährigen Schüler/innen nach der Einschätzung ihrer Gesundheit gefragt. Dabei bezeichnete eine überwiegende Mehrheit der Mädchen und Jungen ihren Gesundheitszustand als «gut» oder «ausgezeichnet». Während jedoch die Mädchen ihre Gesundheit mehrheitlich als «gut» einschätzten, war mehr als die Hälfte der Jungen bei «ausgezeichnet» Gesundheit.<sup>1</sup> Diese Geschlechterdifferenz zeichnet sich bereits im Alter von 11 Jahren ab (Abb. 4.1). Auffallend ist auch, dass der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter schlechter wird, insbesondere bei den Mädchen.<sup>2</sup>

Auch bei den etwas älteren Jugendlichen aus der Optimus-Studie (9.-Klässler) zeigt sich das gleiche Muster: Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Jungen, Jüngere besser als Ältere.<sup>3</sup> Zu einem ähnlichen Befund, was den Unterschied in der selbsteingeschätzten Gesundheit von Jungen und Mädchen betrifft, kommt auch eine im Schuljahr 2012/13 durchgeführte flächendeckende Schülerbefragung in der Stadt Zürich zur Gesundheit und zum Lebensstil von 13- bis 14-jährigen Sekundarschüler/innen (SGZ, Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich, 2013).

Die selbsteingeschätzte Gesundheit hat sich im Verlauf der letzten acht Jahre bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich insgesamt verbessert. Der Anteil der Jungen, die gemäss

der HBSC-Befragung ihren Gesundheitszustand als «ausgezeichnet» beschreiben, hat sich von 49% auf 53% erhöht und bei den Mädchen von 33% auf 35%. Gleichzeitig verringerte sich der Anteil Jugendlicher, die ihre Gesundheit als «schlecht» oder bloss «einigermassen gut» bezeichnen.

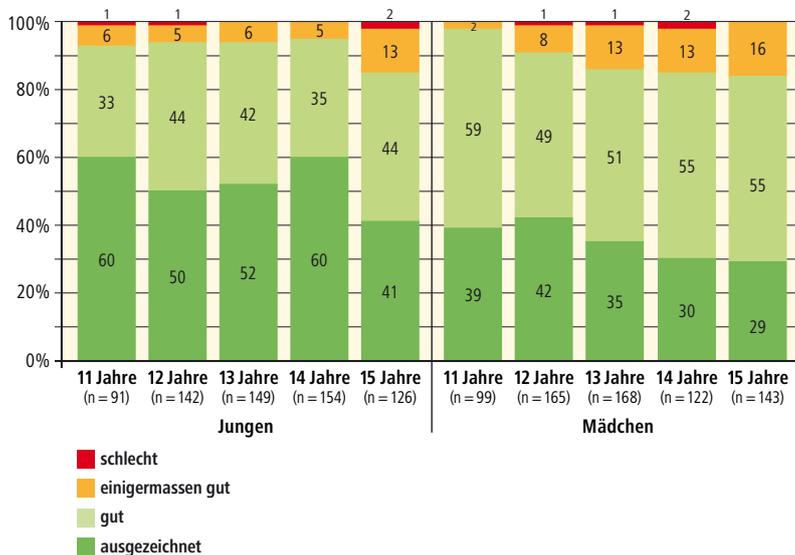
### Zürcher Mädchen fühlen sich weniger gesund als solche aus der übrigen Deutschschweiz

Die im Rahmen der HBSC-Studie befragten 11- bis 15-jährigen Jugendlichen aus der übrigen Deutschschweiz schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein als diejenigen aus dem Kanton Zürich (49% vs. 44% «ausgezeichnet»)<sup>4</sup>. Dies ist auf die Mädchen zurückzuführen. Während bei den Jungen die entsprechenden Anteile im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz etwa gleich hoch lagen, nämlich bei ca. 52%, waren die Unterschiede bei den Mädchen bemerkenswert: Von den 11- bis 15-jährigen Zürcherinnen gaben lediglich 35% an, bei «ausgezeichnet» Gesundheit zu sein, von den gleichaltrigen Deutschschweizerinnen dagegen 45%. Anhand der Daten der SGB 2007 lässt sich der gleiche Befund, wenn auch nicht mehr ganz so deutlich, für die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ausmachen.

Innerhalb des Kantons Zürich sind ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen: Gemäss Optimus-Studie schätzen die Mädchen aus der Stadt Winterthur ihre Gesundheit häufiger als «einigermassen» oder «schlecht» ein im Vergleich zu den Mädchen aus der Stadt Zürich und den übrigen Gemeinden im Kanton (Winterthur 9%, Stadt Zürich 4%, übriges Kantonsgebiet 3%).<sup>5</sup> Auch geben die Winterthurerinnen häufiger an, von Schmerzen betroffen zu sein, als Mädchen im übrigen Kantonsgebiet: Über drei Viertel der jungen Winterthurerinnen berichten manchmal bis häufig von Kopf- oder Bauchschmerzen im Vergleich zu 46% der jungen Stadtzürcherinnen und 60% der gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen aus dem übrigen Kantonsgebiet.<sup>6</sup>

Materieller Wohlstand und ein Migrationshintergrund haben ebenso wie das Geschlecht einen Einfluss auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand: Während in der HBSC-Befragung von 2006 über 40% der Mädchen mit Schweizer Staatsbürgerschaft<sup>7</sup> ihren Gesundheitszustand als «ausgezeichnet» beschrieben, waren es bei den je-

**Abb. 4.1:** Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010



nigen mit ausländischer Nationalität lediglich 27%.<sup>8</sup> Mädchen mit Migrationshintergrund leiden zudem auch häufiger unter Kopfschmerzen. Bei den Jungen lässt sich dagegen kein Unterschied nach Staatsangehörigkeit feststellen. Beim Wohlstandsniveau zeigt sich ebenfalls ein Unterschied dahingehend, dass Mädchen aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit häufiger als «schlecht» oder nur «einigermassen» (30%) bezeichnen im Vergleich mit Mädchen aus wohlhabenden Familien (17%).<sup>9</sup> Bei den Jungen ist dieser Unterschied nach Wohlstandsniveau noch deutlicher (22% vs. 6%).

### Schmerzen als Ausdruck von psychischen Problemen und Stress?

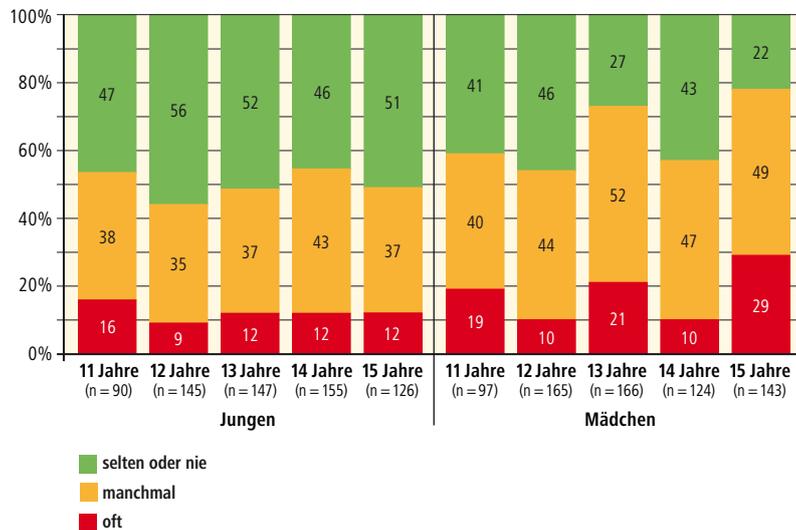
Mädchen leiden häufiger unter Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen als Jungen gemäss der HBSC-Studie. Mehrmals pro Woche oder sogar täglich über Schmerzen klagten 30% der Jungen und 40% der Mädchen. Kopfschmerzen sind dabei die häufigste Art von Schmerzen, die berichtet werden (12% der Jungen und 18% der Mädchen). Dieser Befund deckt sich weitgehend mit der Stadtzürcher Schülerbefragung von 2012/13, bei der 17% bzw. 15% der 13- bis 14-jährigen Jugendlichen angaben, mehrmals wöchentlich oder täglich unter Rücken- bzw. Kopfschmerzen zu leiden (SGZ, 2013). Betrachtet man die Altersverteilung, so wird deutlich, dass der Anteil derer, die häufig unter Kopfschmerzen leiden, bei den Jungen mit zunehmendem Alter konstant bleibt, bei den Mädchen dagegen tendenziell zunimmt (Abb. 4.2).

In der Optimus-Studie wurden Schüler/innen der 9. Klasse gefragt, wie sehr sie in ihren alltäglichen Tätigkeiten durch Schmerzen eingeschränkt sind. Knapp 40% der Jugendlichen im Kanton Zürich gaben an, während des letzten Monats eingeschränkt

gewesen zu sein, Jungen (30%) deutlich seltener als Mädchen (46%).<sup>10</sup> In der übrigen Deutschschweiz waren 27% der Jungen und 43% der Mädchen aufgrund von Schmerzen eingeschränkt.<sup>11</sup>

Rund 30% der Jugendlichen, die angaben, durch die Schule sehr gestresst zu sein, litten häufig unter Kopfschmerzen. Dieser Anteil war fast vier Mal höher als bei denjenigen ohne empfundenen Stress in der Schule (8%). Mädchen unter (Schul-)Stress sind deutlich häufiger von Kopfschmerzen betroffen als Jungen (36% vs. 25%). Gar die Hälfte der Mädchen und ein Drittel der Jungen, die unter Schulstress leiden, klagten häufig über Kopf-, Bauch- und/oder Rückenschmerzen. Auch Sorgen gehen mit Gesundheitsproblemen einher. Jugendliche, die sich nach eigenen Angaben häufig Sorgen machen, berichteten bis zu drei Mal häufiger von Schmerzen (Jungen: 15% vs. 6%, Mädchen: 26% vs. 9%).<sup>12</sup>

**Abb. 4.2:** Kopfschmerzen bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

<sup>1</sup> Der Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>2</sup> Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern respektive zwischen jüngeren und älteren Schüler/innen wurden bereits früher dokumentiert: Im WHO Jugendgesundheitsurvey (Hurrelmann et al., 2003) und im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Kantons Basel-Stadt (Hollosi et al., 2010).

<sup>3</sup> Der Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ). Der Altersunterschied ist für die Mädchen signifikant ( $p < .01$ ), nicht jedoch für die Jungen.

<sup>4</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

<sup>5</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>6</sup> Der Regionsunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>7</sup> Damit sind Mädchen gemeint, die ausschliesslich eine Schweizer Staatsbürgerschaft haben. Solche mit doppelter Staatsbürgerschaft wurden zu den Ausländerinnen gezählt.

<sup>8</sup> Der Zusammenhang für den allgemeinen Gesundheitszustand ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ), für Kopfschmerzen ebenso ( $p < .05$ ).

<sup>9</sup> Dieser Zusammenhang ist statistisch signifikant für Mädchen und für Jungen (beide  $p < .001$ ).

<sup>10</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>11</sup> Der regionale Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

<sup>12</sup> Die Unterschiede sind für Jungen wie Mädchen signifikant ( $p < .001$ ).

## 4.2 Jedes fünfte Mädchen hat Depressionssymptome

Die Pubertät geht oft einher mit emotionaler Instabilität, die das körperliche und geistige Wohlbefinden der heranwachsenden Jugendlichen beeinflusst. Der Mehrheit der Jugendlichen geht es gut, doch lässt die Befindlichkeit einer Minderheit aufhorchen. In der HBSC-Befragung von 2010 gaben mehr als jedes fünfte Mädchen und etwa jeder zehnte Junge an, sich mehrmals pro Woche bedrückt und traurig zu fühlen.<sup>13</sup> Während dieser Anteil bei den Jungen zwischen 11 und 15 Jahren mehr oder weniger stabil bleibt, nimmt er bei den Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren zu. Dabei scheint aber weniger das Alter ausschlaggebend zu sein, als vielmehr das Einsetzen der Pubertät in Form der Regelblutung (Abb. 4.3). Mädchen gaben auch deutlich häufiger als gleichaltrige Jungen an, «oft schlecht gelaunt» (26% vs. 16%), «oft verärgert» (23% vs. 16%) oder «oft nervös» zu sein (15% vs. 11%). Dies widerspricht der landläufigen Vorstellung, dass Mädchen bei Problemen und Sorgen eher dazu tendieren, sich deprimiert und hilflos zu fühlen, Jungen dagegen wütend und verärgert reagieren.

Für die Stadt Zürich kommt ein neuer Bericht (SGZ, 2013) zum selben Schluss, nämlich dass 14-jährige Mädchen der 2. Sekundarklasse deutlich häufiger depressive Symptome aufweisen als gleichaltrige Jungen (20% vs. 14%).

Ein ähnliches Bild ergeben die Daten aus der Optimus-Studie: 15% der Mädchen und 5% der Jungen in der 9. Klasse fühlten sich in den vier Wochen vor der Befragung immer oder meistens entmutigt oder traurig. 9% der Mädchen und 3% der Jungen

gaben an, dass sie häufig unglücklich oder niedergeschlagen waren oder häufig weinten. Für ein weiteres Drittel der Mädchen und knapp 10% der Jungen war dies immerhin noch ab und zu der Fall. Der Anteil der Jugendlichen, die angaben, nie traurig gewesen zu sein, ist besonders bei den Mädchen sehr klein. Nur jedes zehnte Mädchen war nie oder nur selten traurig. Im Vergleich dazu traf dies auf jeden dritten Jungen zu. 10% der Mädchen und 6% der Jungen gaben an, während der letzten vier Wochen vor der Befragung wegen ihrer schlechten psychischen Befindlichkeit oft weniger erreicht zu haben als sie wollten. Mädchen berichteten deutlich weniger häufig als Jungen (56% vs. 71%), während der letzten vier Wochen ruhig und gelassen gewesen zu sein.<sup>14</sup>

### Kein klarer Trend erkennbar

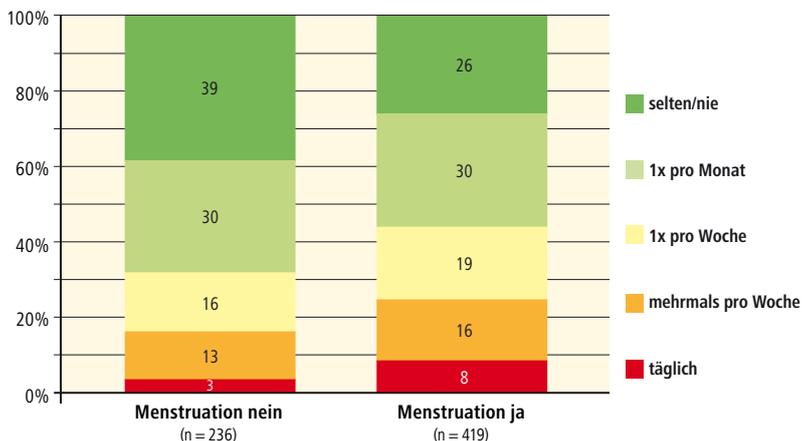
Vergleicht man die letzten fünf HBSC-Befragungen im Kanton Zürich miteinander, so wird deutlich, dass die Angaben zum Auftreten von Depressionssymptomen zwischen den einzelnen Befragungszeitpunkten stark schwanken (Abb. 4.4). Tendenziell lässt sich aber eine leichte Zunahme von Depressionssymptomen ausmachen, zumindest bei den Mädchen. Zudem hat sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern etwas vergrössert.

Im Vergleich zum Kanton Zürich scheinen die Jugendlichen in der übrigen Deutschschweiz emotional etwas ausgeglichener zu sein. So gaben die Jugendlichen aus der übrigen Deutschschweiz in der HBSC-Befragung von 2010 weniger häufig an, traurig, schlecht gelaunt, ängstlich und besorgt oder verärgert und wütend gewesen zu sein als die Jugendlichen im Kanton Zürich.<sup>15</sup>

### Weniger Einsamkeit dank sozialen Medien?

In der SGB von 2007 wurden die Teilnehmenden danach gefragt, wie oft sie sich einsam fühlten. 40% der Zürcher Jugendlichen zwischen 15 bis 24 Jahren gaben an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen. Dieser Anteil ist höher als in allen anderen Altersgruppen. Insbesondere junge Frauen fühlen sich deutlich häufiger einsam als junge Männer (43% vs. 36%). Nur 60% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 bis 24 Jahren gaben an, sich nie einsam zu fühlen. Das sind deutlich weniger

**Abb. 4.3:** Depressionssymptome bei 11- bis 15-jährigen Mädchen vor und nach Beginn der Menstruation, Kanton Zürich, 2010



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

als in jeder anderen Altersgruppe – sogar bei den ab 75-Jährigen waren es 73% (vgl. Kap. 5).

Obwohl Jugendliche öfters Einsamkeit verspüren als andere Altersgruppen, ist der Anteil Jugendlicher, die angeben, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen, in den letzten zehn Jahren deutlich gesunken. Insbesondere bei den jungen Frauen im Kanton Zürich lässt sich zwischen 1997 und 2007 ein deutlicher Rückgang feststellen. Dies könnte mit der zunehmenden Verbreitung des Internets und der sozialen Netzwerke wie Facebook in Zusammenhang stehen, konnte doch eine Studie in den USA nachweisen, dass Jugendliche, die Facebook nutzen, weniger einsam sind also solche, die es nicht nutzen (Lou et al., 2012).

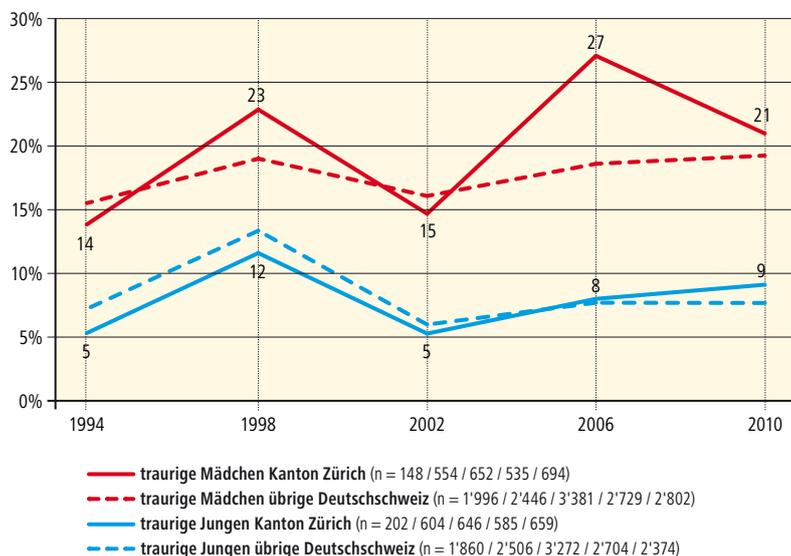
### Eine/r von vier Jugendlichen gestresst durch Schule

In der HBSC-Befragung von 2010 fühlte sich rund jede/r vierte Schüler/in im Kanton Zürich gestresst aufgrund der Arbeit für die Schule. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil gestresster Schüler/innen stetig zu und erreicht vor Abschluss der obligatorischen Schulzeit einen Höchstwert von 28% bei den Jungen und 35% bei den Mädchen. Gestresste Schüler/innen gaben häufig an, die Schule nicht sehr oder überhaupt nicht zu mögen. Der empfundene Stress steht somit eng in Zusammenhang mit der Einstellung zur Schule und auch mit dem allgemeinen Gesundheitszustand. Jugendliche, die wegen der Schule einigermaßen bis sehr gestresst sind, geben deutlich häufiger an, eine «schlechte» oder nur «einigermaßen gute» Gesundheit zu haben als Jugendliche mit wenig oder ohne jeglichen (Schul-)Stress.<sup>16</sup>

### Mädchen aus ärmeren Verhältnissen sind häufiger wütend und ängstlich

Bei Mädchen aus einkommenschwachen Familien zeigen sich deutlich häufiger Gefühle der Wut und

**Abb. 4.4:** Traurigkeit bei 11- bis 15-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1994-2010



Datenaquelle: Health Behavior of School-aged Children 1994 - 2010.

Verärgerung als bei Mädchen aus Mittelstandsfamilien oder wohlhabenden Familien. In der untersten Wohlstandskategorie waren 36% der Mädchen täglich oder mehrmals wöchentlich wütend oder verärgert im Vergleich zu 27% in der mittleren und 20% der obersten Kategorie.<sup>17</sup> Bei den Jungen konnte ein solcher Zusammenhang nicht festgestellt werden, jedoch hat sich gezeigt, dass Jungen aus der untersten Einkommenschicht häufiger berichteten, besorgt oder ängstlich (16%) zu sein, im Vergleich zu Jungen aus Mittelstandsfamilien (6%) oder wohlhabenden Familien (3%).<sup>18</sup> Bei beiden Geschlechtern war zudem die Lebenszufriedenheit deutlich tiefer in der untersten Wohlstandskategorie als in den höheren Kategorien: Eine hohe Lebenszufriedenheit zeigten 41% der Jungen und 45% der Mädchen aus der untersten Einkommenschicht, 58% der Jungen und 49% der Mädchen aus der mittleren Einkommenschicht sowie 65% der Jungen und 59% der Mädchen aus der obersten Einkommenschicht.<sup>19</sup>

<sup>13</sup> Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>14</sup> Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>15</sup> Der Unterschied bezüglich Traurigkeit ist statistisch signifikant ( $p < .05$ ), bezüglich der anderen Gefühle nicht.

<sup>16</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>17</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

<sup>18</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>19</sup> Der Zusammenhang ist bei Mädchen und Jungen statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

### 4.3 Körperliche Gewalt: Wer teilt aus, wer steckt ein?

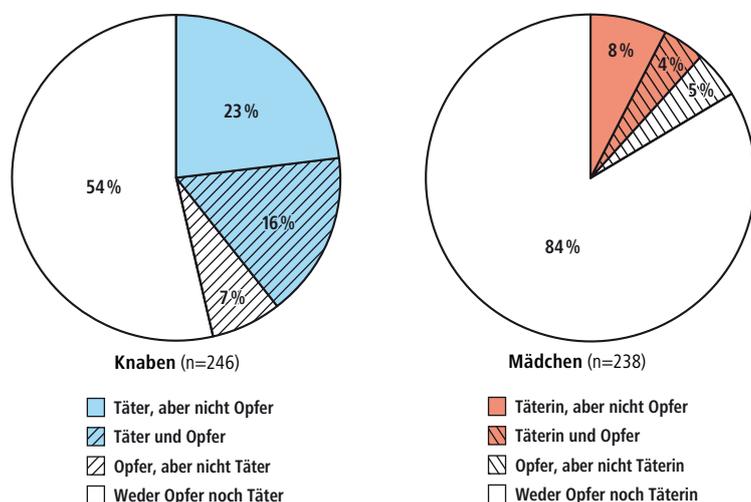
Die 14- bis 15-jährigen Schüler/innen im Kanton Zürich wurden in der HBSC-Befragung von 2010 gefragt, wie oft sie in den letzten zwölf Monaten in der Schule geschlagen worden sind. Eine grosse Mehrheit der Schüler/innen wurde weder Opfer noch waren sie Täter/innen von Gewalt im Schulumfeld. Es gaben knapp drei Viertel der Jungen und neun von zehn Mädchen an, während des vergangenen Jahres in der Schule oder auf dem Schulweg nie geschlagen worden zu sein. Dieser Befund wird durch eine Schülerbefragung in der Stadt Zürich bestätigt, im Rahmen derer 86% der befragten Sekundarschüler/innen angaben, in letzter Zeit nie Opfer von körperlicher Gewalt an der Schule geworden zu sein (SGZ, 2013).

Fragt man nun aber die Jugendlichen danach, wie oft sie Mitschüler/innen im letzten Jahr geschlagen haben, ergibt sich ein anderes Bild. Zwei von fünf Jungen gaben in der HBSC-Befragung an, mindestens einmal im letzten Jahr Mitschüler/innen geschlagen zu haben (Abb. 4.5). Rund ein Viertel tat dies ein bis zwei Mal, 15% etwa einmal pro Monat bis mehrmals pro Woche. Die Mädchen greifen in ihrer Konfliktlösung deutlich seltener zu körperlicher Gewalt: 12% gaben an, während des letzten Jahres mindestens ein bis zwei Mal Mitschüler/innen geschlagen zu haben. Gegenüber der Befragung von 2006 ist dies eine Zunahme der ausgeübten Gewalt sowohl bei den Jungen (plus 10%) als auch bei den Mädchen (plus 4%) und dies bei stagnierenden oder leicht rückläufigen Anteilen an Opfern. Besonders bei den Jungen zeigt sich

damit eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Austeilen von Schlägen und dem Einstecken. Es kann nun vermutet werden, dass einige wenige Schüler/innen viele Schläge von verschiedenen Tätern einstecken mussten. Diese Vermutung lässt sich jedoch bei genauerer Betrachtung widerlegen: 5% der Jungen und keines der Mädchen gaben an, oft (einmal pro Woche oder häufiger) geschlagen worden zu sein. Rund 2,5% der Schüler/innen gaben an, oft geschlagen worden zu sein, andere selbst jedoch nicht geschlagen zu haben. Lediglich 1,8% der Schüler/innen schlugen oft zu und wurden auch oft von anderen geschlagen.

Eine weitere Vermutung, wie sich diese Diskrepanz erklären lässt, ist, dass vor allem jüngere Schüler/innen von älteren geschlagen werden. Zur Untersuchung kann auf Daten der HBSC-Befragung von 2002 zurückgegriffen werden, da in diesem Jahr alle Schüler/innen zwischen 11 bis 15 Jahren Fragen zu Gewalt beantwortet haben, während dies in den darauffolgenden Befragungen nur die 14- bis 15-Jährigen getan haben. Tatsächlich ist ein Alterstrend erkennbar: Der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung geschlagen worden sind, nahm sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen mit zunehmendem Alter ab. Während mit 11 Jahren 41% der Jungen und 30% der Mädchen angaben, mindestens einmal geschlagen worden zu sein, waren es mit 15 Jahren nur noch 10% respektive 3%.<sup>20</sup> Die Diskrepanz zwischen Austeilen und Einstecken lässt sich wohl damit nicht vollumfänglich erklären, denn während die 11- bis 12-Jährigen tatsächlich noch mehr Schläge einsteckten als austeilten, war dies bei den 13-Jährigen ziemlich ausgeglichen und bei den 14-Jährigen nicht mehr der Fall. Ein weiterer Erklärungsgrund, insbesondere bei den Jungen, dürfte die Scham sein, zuzugeben, ein Opfer zu sein.

**Abb. 4.5:**  
**Täter-Opfer-Diagramm von 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010**



#### Gewalt und häufiger Ausgang stehen in Zusammenhang

Ein nicht zu unterschätzender Teil der von Jugendlichen ausgeübten oder erfahrenen Gewalt dürfte sich aber ausserhalb der Schule in der Freizeit ereignen, insbesondere mit zunehmendem Alter der Jugendlichen. Tatsächlich gaben in der HBSC-Befragung von 2010 männliche Jugendliche, welche mehrmals wöchentlich am Abend ausgehen, deutlich häufiger an, andere Jugendliche geschlagen zu haben, als solche, die höchstens an zwei Abenden ausgehen (55% vs.

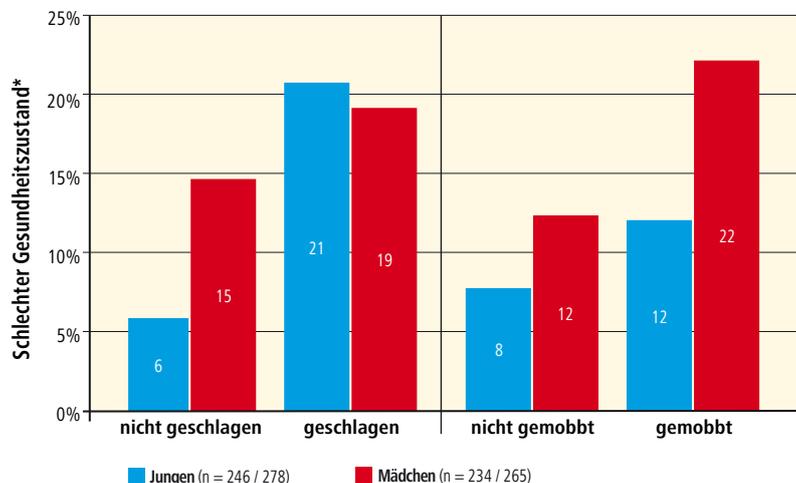
33%). Bei den Mädchen lässt sich dieser Zusammenhang ebenfalls feststellen,<sup>21</sup> zudem sind Mädchen, die häufig ausgehen, auch deutlich häufiger Opfer von Gewalt. So gaben lediglich 5% der Mädchen, die durchschnittlich an höchstens zwei Abenden pro Woche ausgehen, an, Opfer von Gewalt geworden zu sein, im Vergleich zu 21% der Mädchen, die an drei oder mehr Abenden im Ausgang waren. Bei den Jungen waren ebenfalls etwas mehr Opfer unter denjenigen, die häufig im Ausgang waren (22% vs. 27%).<sup>22</sup>

### Opfererfahrung geht einher mit schlechterer Gesundheit

Jugendliche, die während des letzten Jahres von Anderen geschlagen worden sind, beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als «schlecht» oder nur «einigermassen gut» verglichen mit solchen ohne Opfererfahrung. Betroffene Jungen gaben mehr als drei Mal häufiger an, dass ihr Gesundheitszustand schlecht oder nur einigermassen gut ist im Vergleich zu nicht betroffenen Jungen (21% vs. 6%).<sup>23</sup> Bei den Mädchen sind es 19% im Vergleich zu 15% (vgl. Abb. 4.6). Mobbing hat die gleichen negativen Begleiterscheinungen in Bezug auf die Gesundheit (Jungen: 12% vs. 8%; Mädchen: 22% vs. 12%).<sup>24</sup> Erstaunen mag, dass nicht nur die Leidtragenden von physischer Gewalt und Mobbing, sondern auch die dafür Verantwortlichen vergleichsweise häufig angaben, ihr Gesundheitszustand sei «schlecht» oder nur «einigermassen gut». Insbesondere bei Mädchen ist dies ausgeprägt der Fall: 15% der Jungen und sogar 39% der Mädchen, die Schläge austeilen, aber nur 6% bzw. 12% derjenigen, die keine Gewalt ausüben, sind bei «schlechter» oder nur «einigermassen guter» Gesundheit.<sup>25</sup> Gleichzeitig weisen 12% der Jungen und 21% der Mädchen, die sich aktiv an Mobbing beteiligen, aber nur 5% bzw. 11% derjenigen, die das nicht tun, eine vergleichsweise schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit auf.<sup>26</sup>

Auch im Elternhaus erlebte Gewalt ist belastend: Jugendliche, die im häuslichen Umfeld mindestens einmal sehr stark geschlagen, gestossen oder ge-

**Abb. 4.6:** Gesundheitszustand\* bei Gewalterfahrungen von 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010



\* Schlechter oder einigermassen guter Gesundheitszustand

Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

treten worden sind, berichten häufiger über einen weniger guten bis schlechten allgemeinen Gesundheitszustand als andere. So berichteten 13% der betroffenen Jungen und 15% der betroffenen Mädchen über einen «schlechten» oder «einigermassen guten» Gesundheitszustand im Vergleich zu 3% der Jungen und 4% der Mädchen, die zuhause nicht geschlagen worden sind. Ebenso belastend wie für die selbsteingeschätzte Gesundheit sind Schläge für die psychische Befindlichkeit: Jungen wie Mädchen, die geschlagen werden, berichten häufiger über psychische Probleme im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Gewalterfahrungen.<sup>27</sup>

Schläge und Mobbing haben auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: Von Schlägen betroffene Jugendliche berichten deutlich häufiger über eine geringere Lebensqualität (Jungen: 15% vs. 4%; Mädchen: 24% vs. 10%) und einen tieferen Selbstwert (Jungen: 12% vs. 10%; Mädchen: 35% vs. 19%) als nicht Betroffene. Auch bei Mobbing ist ein Zusammenhang mit geringerer Lebensqualität (Jungen: 13% vs. 4%; Mädchen: 17% vs. 8%) und tieferem Selbstwert (Jungen: 18% vs. 9%; Mädchen: 33% vs. 14%) deutlich feststellbar.

<sup>20</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen und Mädchen statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>21</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen und Mädchen statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>22</sup> Der Zusammenhang für Mädchen ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ), für Jungen jedoch nicht.

<sup>23</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen statistisch signifikant ( $p < .01$ ), für Mädchen nicht signifikant.

<sup>24</sup> Der Zusammenhang ist statistisch nicht signifikant.

<sup>25</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen statistisch signifikant ( $p < .05$ ), für Mädchen ( $p < .001$ ).

<sup>26</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen und Mädchen statistisch nicht signifikant.

<sup>27</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen signifikant ( $p < .01$ ) und für Mädchen ebenfalls ( $p < .05$ ).

## 4.4 Rauchen unter Jugendlichen rückläufig?

Rund die Hälfte der 14- bis 15-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich gaben in der HBSC-Befragung von 2010 an, schon mindestens einmal im Leben geraucht zu haben. Obschon kein eindeutiger Trend erkennbar ist, kann über die letzten 20 Jahre bei Jugendlichen dieser Altersgruppe tendenziell ein leichter Rückgang beim aktuellen Konsum und bei den Mädchen auch bezüglich Lebenszeitprävalenz (jemals geraucht) festgestellt werden (Abb. 4.7). Zwischen 1990 und 2010 ist der Raucheranteil von 30% auf 25% (Jungen) bzw. von 24% auf 22% (Mädchen) zurückgegangen. Der Anteil der zum Zeitpunkt der Befragung aktuell rauchenden 14- bis 15-jährigen Jugendlichen liegt im Kanton Zürich tendenziell etwas höher als in der übrigen Deutschschweiz (23% vs. 21%).

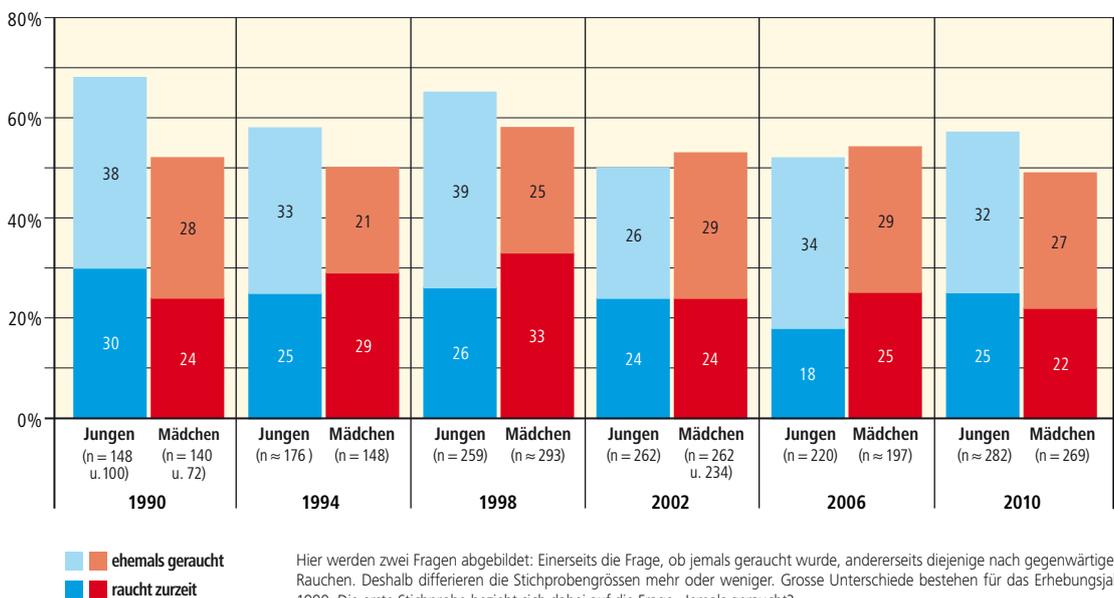
Ein ähnliches Bild wie in der HBSC-Befragung bei den 14- bis 15-Jährigen zeigt sich auch im Tabakmonitoring bei den 15- bis 19-Jährigen. Anhand der Daten des Tabakmonitorings lässt sich bei den männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 2001-2003 und 2007-2010 ein leichter Rückgang der aktuell Rauchenden von 34% auf knapp 30% feststellen. Bei den jungen Frauen kam es ebenfalls zu einem Rückgang, jedoch mit einem zwischenzeitlichen Anstieg. In der Periode von 2001 bis 2003 rauchten 26%, im Zeit-

raum 2007 bis 2010 rauchten durchschnittlich noch gut 24%. Bei den jungen Männern zeigt sich ein Rückgang hauptsächlich bei den Gelegenheitsrauchern, bei den jungen Frauen sowohl bei den täglich wie auch gelegentlich Rauchenden. Erfreulich ist die Zunahme des Anteils der weiblichen und männlichen Jugendlichen, die nie geraucht haben. Im Gegensatz zur jüngeren Altersgruppe ist bei den 15- bis 19-Jährigen bezüglich derjenigen, die nie geraucht haben, weiterhin ein deutlicher Geschlechterunterschied auszumachen, der sich jedoch in den letzten zehn Jahren verringert hat.

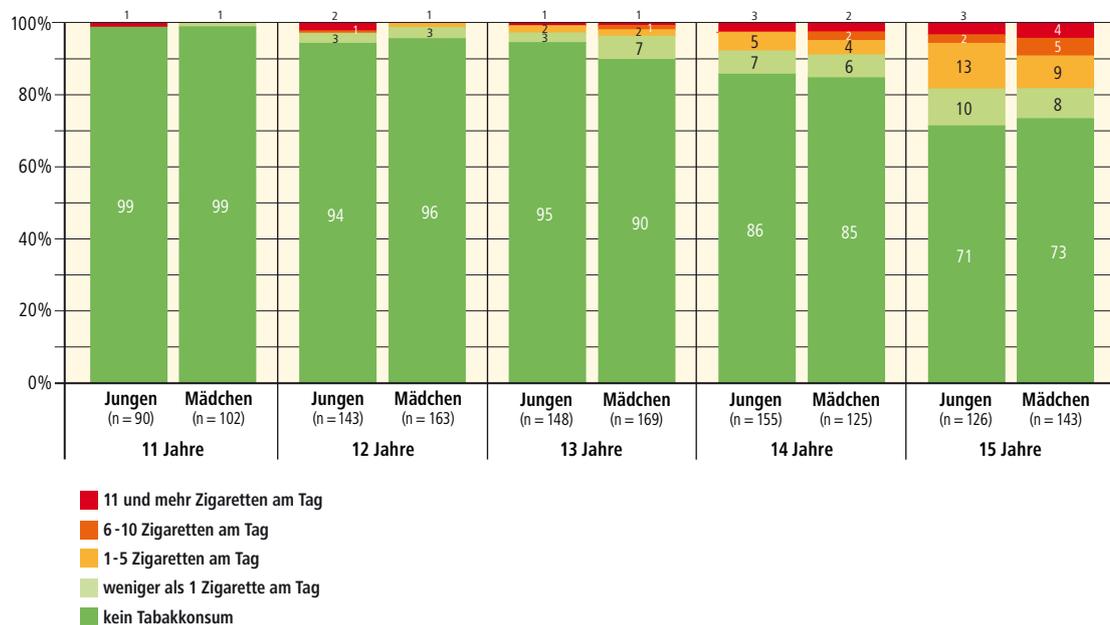
### Mädchen rauchen eher seltener, dafür mehr

Bei den 11- bis 15-Jährigen rauchen gemäss HBSC-Befragung beide Geschlechter gleich häufig. Je knapp 6% der Jungen und Mädchen rauchten täglich Zigaretten. Gefragt nach der Anzahl Zigaretten, die sie rauchen, lässt sich bei den 14- und 15-jährigen Mädchen im Vergleich zu den gleichaltrigen Jungen sogar ein höherer Anteil derjenigen feststellen, die sechs oder mehr Zigaretten am Tag rauchen (Abb. 4.8), wobei der Geschlechterunterschied allerdings nicht signifikant ist. Dies könnte mit der früher einsetzenden Pubertät der Mädchen

**Abb. 4.7:**  
Rauchen bei 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht und Erhebungsjahr, Kanton Zürich, 1990-2010



**Abb. 4.8:**  
**Intensität des Rauchens bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010**



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

zu tun haben. Im Tabakmonitoring und der SGB zeigt sich nämlich bei etwas älteren Jugendlichen, dass es vielmehr die Jungen sind, die mehr Zigaretten konsumieren als die Mädchen.

### Jugendliche aus der Stadt rauchen tendenziell seltener als auf dem Land

Jugendliche aus der 9. Klasse in den Städten Zürich und Winterthur berichten im Rahmen der Optimus-Befragung 2009/2010 im Vergleich mit Jugendlichen aus anderen Gemeinden des Kantons seltener über Erfahrungen mit dem Zigarettenrauchen (schon einmal geraucht: Zürich 33%, Winterthur 43%, übriger Kanton 48%).<sup>28</sup> Auch ist der Anteil der 9.-Klässler/innen, die angaben, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben, in den Städten geringer als in den übrigen Gemeinden. In der Stadt Zürich scheinen ausserdem die Jungen weniger zu rauchen als die Mädchen: Der Anteil der Jungen, die noch nie geraucht hatten, war mit 72% deutlich höher als bei den Mädchen mit 61%.

### Tabak wird häufig illegal an Jugendliche verkauft

Obwohl der Verkauf und die kostenlose Abgabe von Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren gemäss kantonalem Gesundheitsgesetz seit Juli 2008 verboten ist, gaben in der HBSC-Befragung von 2010 zwei Drittel der 14- bis 15-jährigen Rauchenden an, die Zigaretten selber gekauft zu haben (eine weitere Quelle für Zigaretten sind Freunde und Bekannte). Vor dem Hintergrund, dass der Verkauf von Zigaretten an unter 16-Jährige verboten ist, ist dieser hohe Anteil bedenklich. Testkäufe von Tabak zu Kontrollzwecken sind laut Gesundheitsgesetz zugelassen. Standardisiert durchgeführten Testkäufe von Tabakwaren durch unter 16-Jährige ergaben, dass 2010 in 30% und 2011 in 32% der Fälle verbotenerweise Tabak an Jugendliche unter 16 Jahren im Kanton Zürich verkauft wurde. Dies geschah besonders oft an Kiosken und in Kleinläden. 2012 und 2013 sind die unerlaubten Verkäufe zurückgegangen, allerdings ist die Nachhaltigkeit des Rückgangs fraglich.

<sup>28</sup> Der Zusammenhang ist für Jungen statistisch signifikant ( $p < .01$ ), für Mädchen nicht signifikant.

## 4.5 Im Kanton Zürich wird überdurchschnittlich viel Cannabis konsumiert

Bei regelmässigem Konsum kann Cannabis psychische und körperliche Abhängigkeiten hervorrufen und sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung der Konsumierenden auswirken (BFS, 2012), aber auch gewisse körperliche Schädigungen zur Folge haben. In der Schweizer Bevölkerung weist der Cannabiskonsum die höchste Lebenszeitprävalenz (mindestens einmaliger Konsum im Verlauf des Lebens) unter sämtlichen illegalen Drogen auf. Im Kanton Zürich hatten gemäss Daten der SGB 2007 rund drei von zehn 15- bis 59-Jährigen schon einmal Cannabis konsumiert. In allen Altersklassen weisen Männer eine höhere Lebenszeitprävalenz beim Cannabiskonsum auf als Frauen (Abb. 4.9). Gleiches gilt für Personen aus dem Kanton Zürich im Vergleich zu Personen aus der übrigen Deutschschweiz. Die geschlechterspezifischen Unterschiede zeigen sich besonders bei den 25- bis 34-Jährigen.

### Mehr und häufiger: Cannabiskonsum bei Jungen

Auch bei den Jugendlichen der HBSC-Studie von 2010 zeigt sich ein ähnliches Bild: Rund 25% der 14-jährigen und 46% der 15-jährigen Jungen sowie 21% bzw. 36% der gleichaltrigen Mädchen im Kanton Zürich gaben an, schon mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (vgl. Abb. 4.10).<sup>29</sup> Zusammengefasst haben 31% der 14- bis 15-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich schon einmal Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). In der übrigen Deutschschweiz traf dies nur auf 25% zu.<sup>30</sup> 24% der Jugendlichen im Kanton Zürich gaben an,

während den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (Jahresprävalenz), und 13% in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Davon haben im Verlauf des letzten Monats etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen zwei Mal oder häufiger Cannabis konsumiert und können zu den regelmässig Konsumierenden gezählt werden. Bei den Jungen hat ein grösserer Anteil als bei den Mädchen Erfahrungen mit Cannabiskonsum.<sup>31</sup>

Bezüglich der Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum bei 13- bis 14-jährigen Jugendlichen in der Stadt Zürich sind die Anteile tiefer (16%), weisen aber einen ähnlichen Unterschied zwischen Jungen (22%) und Mädchen (11%) aus, wie ein Gesundheitsbericht offenlegt (SGZ, 2013). Die niedrigeren Prozentwerte in der Stadtzürcher Schülerbefragung lassen sich wohl hauptsächlich auf das niedrigere Durchschnittsalter der Jugendlichen im Vergleich zur HBSC-Befragung zurückführen.

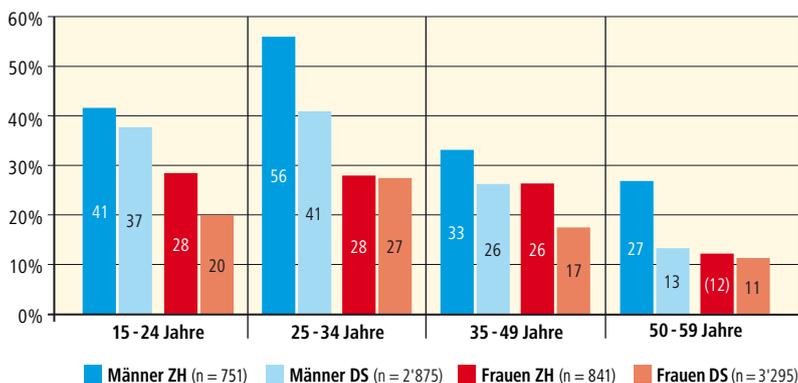
### Zunahme beim Cannabiskonsum?

Zwischen 1992/93 und 2007 ist gemäss den Daten der SGB sowohl im Kanton Zürich als auch in der gesamten Schweiz eine Zunahme der Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum in der Bevölkerung feststellbar.

Basierend auf den HBSC-Daten ist seit 1998 bei den Jugendlichen im Alter von 14 bis 15 Jahren dagegen kein klarer Trend auszumachen (Abb. 4.11). Der zwischenzeitliche Rückgang im Cannabiskonsum von 2002 bis 2006 mag damit zu tun haben, dass die Behörden in den 1990er Jahren in vielen Kantonen den Verkauf von Cannabis als «Duftsäckchen» in Hanfläden tolerierten, dann aber in den Jahren 2002/03 einen restriktiveren Umgang mit Cannabis durchgesetzt haben, wobei fast alle Hanfläden geschlossen wurden. Daher erstaunt nicht, dass in der Erhebung von 2006 gegenüber 2002 die Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum bei Jugendlichen im Kanton Zürich um rund zehn Prozent auf durchschnittlich 30% zurückgegangen ist und 2010 mit knapp 31% praktisch unverändert blieb.

Ergänzende Angaben zum Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf gesamtschweizerischer Ebene liefert das Cannabismonitoring von Sucht Schweiz (Annaheim et al., 2012), eine Längsschnittuntersuchung zu Cannabiskonsum. In den Jahren 2004, 2007 und 2010 wurden zwischen

**Abb. 4.9:** Lebenszeitprävalenz Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

5'025 und 5'714 Personen zwischen 13 und 29 Jahren zu ihrem Konsum befragt. Gemäss diesen Daten erreichte die Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum in der Schweiz um das Jahr 2004 einen Höchstwert. Damals berichteten etwa fünf von zehn Männern und vier von zehn Frauen im besagten Alter, Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis zu haben. Nach 2004 ging dieser Anteil kontinuierlich zurück.

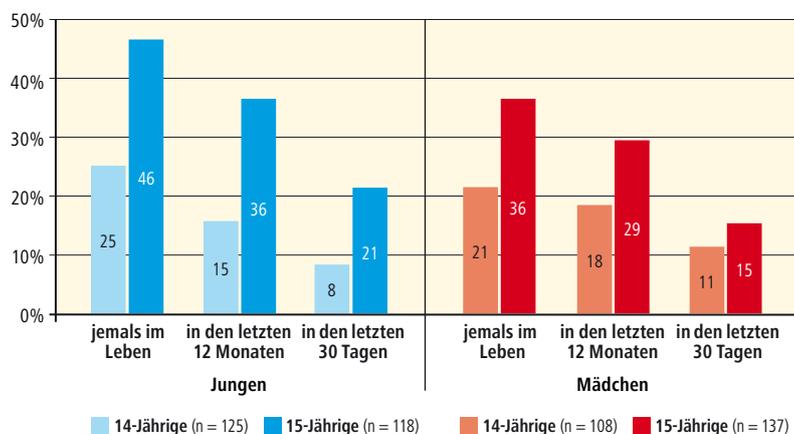
### Tendenziell mehr kiffende Jugendliche mit tiefer Bildung

In der z-proso-Befragung von 2011 gaben knapp 31% der befragten 13- bis 14-Jährigen aus der Stadt Zürich an, bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben (37% Jungen, 25% Mädchen). 9% dieser ein- oder mehrmalig Konsumierenden hatten wegen ihres Cannabiskonsums schon einmal Kontakt mit der Polizei. Man könnte vermuten, dass die Jugendlichen in der Stadt Zürich vermehrt Cannabis konsumieren. Betrachtet man aber die regionale Verteilung im Kanton Zürich anhand der Daten der Optimus-Studie, so zeigt sich vielmehr, dass ein deutlich geringerer Anteil der Schüler/innen der 9. Klasse in der Stadt Zürich als in den ländlicheren Gemeinden angibt, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben (16% vs. 30%).<sup>32</sup> Unterschiede bestehen insbesondere auch zwischen den Bildungsniveaus. Der Anteil der Cannabis-Konsumierenden (Lebenszeitprävalenz) ist bei Gymnasiasten/innen und Schüler/innen der Sekundarschule A mit 22% niedriger als in der Sekundarschule B und C mit je 28%.

### 10'000 Personen in Kanton Zürich mit problematischem Cannabiskonsum

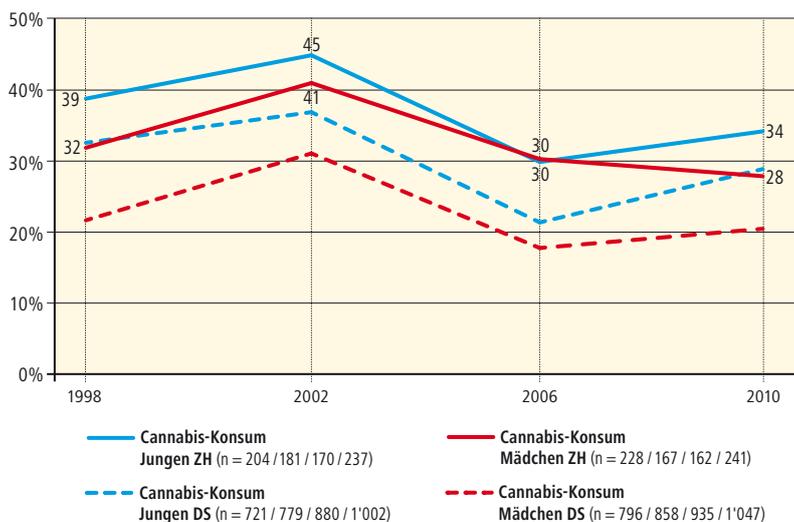
Cannabiskonsum setzt in der Regel schon im Jugendalter ein, die problematischen Aspekte dieses Konsums zeigen sich oft erst im Erwachsenenalter. Im Cannabismonitoring (Annaheim et al., 2012) wurden zusätzlich zur Prävalenz des Cannabiskonsums auch Fragen zu problematischen Konsummern erhoben (u.a. Häufigkeit und Intensität des Konsums, Kontroll-

**Abb. 4.10:** Cannabiskonsum bei 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

**Abb. 4.11:** Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum bei 14- bis 15-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1998 - 2010



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 1998-2010.

verlust). 27% der Männer und 14% der Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren, die Cannabis konsumieren, zeigen einen problematischen Konsum. Basierend auf diesen Anteilen ergibt eine grobe Schätzung für den Kanton Zürich 10'000 Männer und 2'000 Frauen mit problematischem Cannabiskonsum.

<sup>29</sup> Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>30</sup> Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>31</sup> Der Geschlechterunterschied ist statistisch nicht signifikant.

<sup>32</sup> Der Regionenunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

## 4.6 Alkohol ist das beliebteste Suchtmittel bei Jugendlichen

Der Alkoholkonsum ist wie der Tabakkonsum bei Jugendlichen stark vom Alter abhängig. Gemäss der HBSC-Studie konsumierte im Durchschnitt ein Viertel der Jugendlichen im Kanton Zürich zwischen 11 und 15 Jahren in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol. Während der Anteil bei den 11-Jährigen unter 9% lag, war er bei den 15-Jährigen bereits bei 56%. Bemerkenswert ist dabei der fehlende Geschlechterunterschied.

Der Alkoholkonsum steigt bis ins Erwachsenenalter weiter an. Gemäss SGB 2007 sind 20% der Zürcher Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren abstinent, weitere 43% sind gemässigte Alkohol-Konsumierende und 36% gehören zur Risikogruppe, deren Konsum als problematisch eingestuft werden kann. Diese Jugendlichen tranken entweder durchschnittlich mehr als 40 g (männliche Jugendliche) bzw. 20 g (weibliche Jugendliche) reinen Alkohol pro Tag oder tranken im letzten Jahr bei mindestens einer Gelegenheit übermässig viel, d.h. mehr als acht bzw. sechs Standardgläser.

### Binge-Drinking immer noch im Trend bei den Jugendlichen?

Die Daten aus der HBSC-Befragung ergeben kein eindeutiges Bild bezüglich der Tendenzen von Alkoholkonsum bei Jugendlichen: Im Kanton Zürich hat in der Erhebung 2010 einerseits der Anteil der Jugend-

lichen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, im Vergleich zur vorherigen Erhebung (2006) leicht abgenommen. Gleichzeitig stagniert der Anteil derjenigen, die schon einmal betrunken waren, bei den Jungen und ist leicht rückläufig bei den Mädchen (Abb. 4.12).

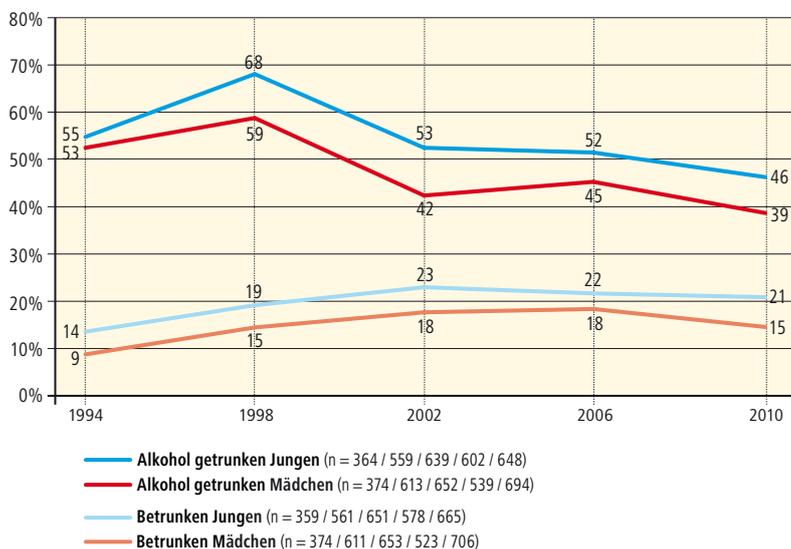
Während ein beachtlicher Anteil der 11- bis 15-jährigen Jungen angab, schon einmal richtig betrunken gewesen zu sein (21%), gaben die gleichaltrigen Mädchen weniger häufig an, betrunken gewesen zu sein (15%). Ein Viertel der 14- bis 15-jährigen konsumierte Alkohol in grösseren Mengen innert kurzer Zeit (Binge-Drinking; siehe auch Kap. 3.3), Mädchen tendenziell etwas häufiger als Jungen (24% vs. 22%). Von den 14- bis 15-jährigen Jugendlichen, die während des letzten Monats vor der Befragung Alkohol konsumiert haben (43% der Jungen, 48% der Mädchen), konsumierte rund die Hälfte mindestens einmal mehr als fünf alkoholische Getränke innerhalb kurzer Zeit. Damit wird deutlich, dass die Hälfte der Jugendlichen, die während der letzten 30 Tage vor der Befragung Alkohol konsumiert haben, dies in recht grossen Mengen tat. Bei einer durchschnittlichen Gelegenheit tranken 10% der 15-jährigen Jungen und 8% der gleichaltrigen Mädchen fünf alkoholische Getränke oder mehr. Besonderer Anlass zur Sorge geben Jugendliche, die angaben, bereits mehr als zehn Mal im Leben betrunken gewesen zu sein. Bei den 15-Jährigen sind das immerhin bereits 6% der Jungen und 8% der Mädchen.

Auch bei der z-proso-Studie zeigte sich, dass 8% der Jungen und Mädchen der 7. Klasse während des letzten Monats mindestens einmal fünf oder mehr Gläser alkoholische Getränke getrunken hatten. Eine Studie, die die Rettungseinsätze in der Stadt Zürich über die letzten zehn Jahre untersuchte, zeigt auf, dass die Einsätze aufgrund übermässigen Alkoholkonsums (Alkoholvergiftung), insbesondere bei Personen unter 25 Jahren, stark zugenommen haben. Auch war, verglichen mit allen anderen Alterskategorien, der Frauenanteil bei Jugendlichen bis 25 Jahren mit 41% am höchsten (Holzer et al., 2012).

### Trinken Zürcher Jugendliche weniger Alkohol?

Während sich die Anteile der 11- bis 15-Jährigen, die schon einmal Alkohol konsumiert haben oder betrunken waren, bis anhin im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz nur wenig voneinan-

**Abb. 4.12:** Alkoholkonsum und Trunkenheit bei 11- bis 15-Jährigen nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1994 - 2010



Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 1994-2010.

der unterschieden, fiel bei den Jungen der Rückgang des Anteils mit Alkoholerfahrung im Kanton Zürich gemäss HBSC-Daten zuletzt deutlicher aus (46%; minus 5%) als in der übrigen Deutschschweiz (50%; minus 4%). Ebenso hat ein geringerer Anteil der 13- bis 15-jährigen Jungen im Kanton Zürich schon Erfahrung mit Binge-Drinking (22%) verglichen mit den Jungen in der übrigen Deutschschweiz (30%). Bei den Mädchen besteht diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Regionen. Bei den 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfüllen gemäss den Daten der SGB Personen aus dem Kanton Zürich tendenziell häufiger die Kriterien für Binge-Drinking (42%) als diejenigen aus der übrigen Deutschschweiz (36%).

### Sozialer Kontext ist wichtig

Die Jugendlichen in der HBSC-Befragung von 2010 wurden danach gefragt, aus welchen Beweggründen sie Alkohol getrunken haben. Motive wie «Spas haben», «lustiger sein» oder «Genuss» standen dabei im Vordergrund. Motive, bei denen es darum geht, emotionale Probleme oder negative Gefühle zu dämpfen, wurden dagegen seltener angegeben. Etwas erstaunen mag, dass relativ selten Beweggründe genannt wurden, die in Zusammenhang mit Gruppendruck stehen. Während nur 5% der Mädchenangaben, selten bis häufig aus diesem Grund Alkohol konsumiert zu haben, waren es bei den Jungen 17%.

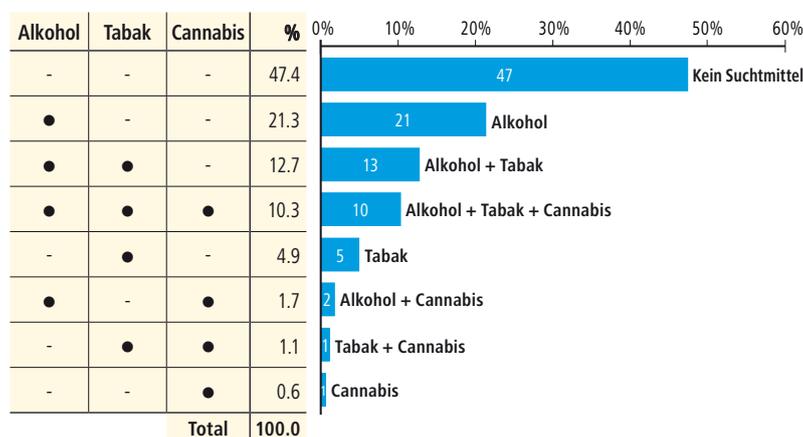
Die Jugendlichen beziehen den Alkohol auch meist im sozialen Kontext: 40% der Jugendlichen, die angaben, schon einmal Alkohol getrunken zu haben, berichteten, den Alkohol von Freunden oder Bekannten bekommen zu haben, weitere 30% an einer Party und jede/r vierte Jugendliche durch Familienmitglieder (Eltern oder Geschwister). Gut jede/r zehnte Jugendliche bezog den Alkohol in einem Laden, Supermarkt oder Kiosk und weitere 8% in Restaurants oder in einer Bar. Damit gelangt knapp jede/r fünfte Jugendliche durch kommerzielle Vertriebskanäle an Alkohol, obwohl die Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 16 Jahren für Wein und Bier (bzw. unter 18 Jahren für Spirituosen) verboten ist. Diese Angaben decken sich mit den Resultaten aus den Testkäufen: In einem Viertel der Testkäufe im Jahr 2010 im Kanton Zürich wurde Alkohol an unter 16- respektive 18-Jährige verkauft (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2011).

### Die abstinenten Jugendlichen und die anderen

Jugendliche, die Alkohol konsumieren, gehören überdurchschnittlich oft zu denjenigen, die auch rauchen und/oder kiffen. 47% der 14- bis 15-jährigen Jugendlichen konsumierten laut HBSC-Studie 2010 während der letzten 30 Tage vor der Befragung weder Alkohol noch Tabak oder Cannabis (Abb. 4.13). Bei der anderen Hälfte der Jugendlichen war der Alkohol deutlich das beliebteste Genussmittel: 46% der 14- bis 15-Jährigen hatten mindestens einmal Alkohol konsumiert. Während 21% der Jugendlichen einzig Alkohol, aber keine anderen Suchtmittel konsumierten, rauchten weitere 13% zusätzlich Zigaretten und weitere 2% zusätzlich Cannabis. Rund jede/r zehnte Jugendliche konsumierte sowohl Alkohol als auch Zigaretten und Cannabis. Die Konsumation dürfte dabei oft gleichzeitig erfolgen, d.h. zum Kiffen oder Rauchen wird gleichzeitig auch getrunken. 5% konsumierten ausschliesslich Tabak gegen 1% rauchen nur Cannabis.

Die gleichen Konsummuster, aber mit höherem Konsum, zeigen junge Männer im Alter von etwa 20 Jahren. Am häufigsten wird Alkohol konsumiert, gefolgt von Tabak und Cannabis. Harte Drogen dagegen werden sehr selten konsumiert. Dabei wird, wie die C-Surf-Studie belegen konnte, Alkohol oft mit anderen Substanzen wie Tabak, Cannabis oder Ecstasy sowohl im selben Zeitraum als auch bei derselben Gelegenheit konsumiert (Baggio et al., 2013).

**Abb. 4.13:** Kombierter Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis bei 14- und 15-Jährigen, Kanton Zürich, 2010



N = 554

Datenquelle: Health Behavior of School-aged Children 2010.

## 4.7 Literatur zu Kapitel 4

Annaheim, B., Müller, M., Inglin, S., Wicki, M., Windlin, B. & Gmel, G. (2012). **Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Kohortenstudie cmo3**. Lausanne / Zürich: Sucht Schweiz.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/RR\\_Cannabismonitoring\\_Cmo3](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/RR_Cannabismonitoring_Cmo3)

Baggio, S., Studer, J., Mohler-Kuo, M., Daepfen, J. B. & Gmel, G. (2014). Concurrent and simultaneous polydrug use among young Swiss males: use patterns and associations of number of substances used with health issues. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, 26 (2), 217-224.

BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2012). **Gesundheitsstatistik 2012** (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14, Gesundheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027)

Eisner, M., Ribeaud, D., Jünger, R. & Meidert, U. (2008). **Frühprävention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprojektes an Schulen** (Reihe: NFP 52: Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im Wandel). Zürich: Rüegger Verlag.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.). (2011). **Schutz der Jugend beim Alkohol- und Tabakverkauf: Unterstützung für Verkaufs- und Servicepersonal**. Medienmitteilung vom 25.1.2011.

Zugriff am 14.4.2014 unter: [www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/aktuell.newsextern.-internet- de-aktuell-news-medienmitteilungen-2011-021.html#](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/aktuell.newsextern.-internet- de-aktuell-news-medienmitteilungen-2011-021.html#)

Holzer, B. M., Minder, C. E., Schätti, G., Rosset, N., Battegay, E., Müller, S. & Zimmerli, L. (2012). Ten-year trends in intoxications and requests for emergency ambulance service. **Prehospital Emergency Care**, 16 (4), 497-504.

Hollosi, E., Steffen, T., Ledergerber, M., Schenk, D. und Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt (2010).

**Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt**. Basel: Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.gesundheit.bs.ch/jugendgesundheitsbericht\\_2010.pdf](http://www.gesundheit.bs.ch/jugendgesundheitsbericht_2010.pdf)

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2003). **Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO**. Weinheim, München: Juventa.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2002) **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 7). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Berichte/Gesundheit\\_Jugendlicher\\_Kanton\\_Zuerich.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Berichte/Gesundheit_Jugendlicher_Kanton_Zuerich.pdf)

Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (Hrsg.). (2012). **Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz. Ergebnisse einer nationalen Befragung**. Bern: Verlag Hans Huber.

Lou, L. L., Yan, Z., Nickerson, A. & McMorris, R. (2012). An examination of the reciprocal relationship of loneliness and Facebook use among first-year college students. **Journal of Educational Computing Research**, 46 (1), 105-117.

Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V. & Schnyder, U. (2014). Child sexual abuse revisited: A population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. **Journal of Adolescent Health**, 54, 304-311.

Rohrbach, W., Inglin, S., Bussy, A., Delgrande Jordan, M., Windlin, B., Kuntsche, E., Bacher, E. & Gmel, C. (2011). **Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Deskriptive Statistik der 2010 erhobenen Daten des Kantons Zürich**. Lausanne: Sucht Info Schweiz.

SGZ, Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich (Hrsg.). (2013). **Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2012/13**. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/ssd/Deutsch/Gesundheit%20Praevention/Schulgesundheitsdienste/Publikationen%20und%20Broschueren/Bericht\\_Gesundheit\\_und\\_Lebensstil\\_von\\_Stadtzuercher\\_Jugendlichen\\_2013\\_SG\\_Zuerich\\_140221.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/ssd/Deutsch/Gesundheit%20Praevention/Schulgesundheitsdienste/Publikationen%20und%20Broschueren/Bericht_Gesundheit_und_Lebensstil_von_Stadtzuercher_Jugendlichen_2013_SG_Zuerich_140221.pdf)

Stronski Huwiler, S., Stamm, H., Frey, D., Christen, L., Christen, S., Takken-Sahli, K. & Lamprecht, M. (2013). Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich** (S. 9-17). (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 18). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

## 5. Psychische Gesundheit

Vladeta Ajdacic-Gross, Kathrin Bollok, Ursula Meidert & Silvan Tarnutzer

Der psychischen Gesundheit auf Bevölkerungsebene wurde in der Vergangenheit wenig Beachtung geschenkt. Ein Grund dafür dürfte sein, dass psychische Krankheiten immer noch tabuisiert sind und gegenüber körperlichen Erkrankungen vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erhalten. Psychische Erkrankungen sind jedoch weit verbreitet: Schätzungen zufolge leidet jede zweite Person in der Schweiz während ihres Lebens mindestens einmal an psychischen Beschwerden, die professioneller Behandlung bedürfen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Die jährlichen Kosten von psychischen Erkrankungen werden von Jäger et al. (2008) auf 4% und von der OECD (2014) auf 3,2% des Schweizer Bruttoinlandsprodukts geschätzt. Für 2012 entspricht dies ca. 19 Mrd. Franken an Kosten für Gesundheitsversorgung, Produktivitätsverluste und soziale Ausgaben, wovon ca. 3,5 Mrd. auf den Kanton Zürich entfallen.

Ein Kapitel zur psychischen Gesundheit war schon im letzten Globalbericht 2007 für den Kanton Zürich enthalten (Landolt & Ajdacic-Gross, 2007). Ein 2012 erschienener Grundlagenbericht war dem Thema Prävention psychischer Erkrankungen gewidmet und enthält neben Angaben zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen auch Kostenschätzungen (ISPMZ, 2012).

Zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustands der Zürcher Bevölkerung stehen verschiedene Datenquellen zur Verfügung, die auch in der Einleitung näher beschrieben werden (mit Ausnahme der ZInEP-Studie und der Daten der Psychiatriepatientenstatistik):

Die **ZInEP-Studie** ist eine epidemiologische Studie über «Stress und psychische Gesundheit im Kanton Zürich», welche vom Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie 2010-12 durchgeführt wurde (Ajdacic-Gross et al., 2014). Diese Studie umfasst eine vierteilige Untersuchung: In einem ersten Schritt wurden knapp 10'000 Schweizer Männer und Frauen zwischen 20 und 40 Jahren aus dem Kanton Zürich telefonisch interviewt. In einem zweiten Schritt wurde anschliessend eine Stichprobe von 1'500 Personen zu einem persönlichen Interview eingeladen. Im dritten Schritt wurden 227 Personen ins sozio-physiologische Labor eingeladen und verschiedene medizinische Tests durchgeführt. In einem vierten Schritt wurden 167 Teilnehmende in einer Verlaufsuntersuchung während eines halben Jahres bis zu drei Mal telefonisch nachbe-

fragt. Mit den gewonnenen Daten liegt somit ein aktueller und umfassender Datensatz zur psychischen Gesundheit der Zürcher Bevölkerung mittleren Alters vor.

Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)** von 2007 enthielt eine Reihe von Fragen zum psychischen Wohlbefinden, zu Belastungen und Stress sowie belastenden Gefühlen und Depressivität.

Zum psychischen Wohlbefinden und zu psychischen Belastungen stehen Daten des **Schweizer Haushalt-Panels (SHP)** von 1999 bis 2011 zur Verfügung.

Die in der Schweiz seit 2007 jährlich durchgeführte **Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)** ist eine in 25 Ländern durchgeführte Studie über Einkommensverteilung, Armut, soziale Ausgrenzung, Wohnbedingungen und (psychische) Gesundheit.

Die **Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Med-Stat)** wird hier für die Analyse der Hospitalisierungen aufgrund psychischer Erkrankungen beigezogen.

Die **Psychiatriepatientenstatistik (PSYREC)** umfasst Basisdaten wie Diagnose und Behandlung für alle im Kanton Zürich behandelten Personen in stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen, Akuteinrichtungen für Suchtkranke sowie Institutionen für Psychotherapie. Die für uns relevanten Angaben zum stationären Bereich sind auch in der MedStat enthalten. Dies gilt aber nicht für den ambulanten/teilstationären Bereich, für den Vergleichsdaten aus anderen Kantonen fehlen; entsprechende im Kanton Zürich erbrachte Leistungen für nicht im Kanton Wohnhafte können ausgeschlossen werden, hingegen bleiben in anderen Kantonen erbrachte Leistungen für Zürcher/innen unerfasst.

Für das Teilkapitel zu Suiziden werden Daten aus der **Todesursachenstatistik** des BFS verwendet. Diese Daten weichen von den kantonalen Polizeistatistiken ab, welche alle «aussergewöhnlichen» und möglicherweise durch Gewalteinwirkung verursachten Todesfälle erfassen. In den Polizeistatistiken werden die Todesfälle nicht wie in der Todesursachenstatistik nach Wohnort, sondern nach Tatort aufgeschlüsselt und sie weisen daher auch Suizide aus von im Ausland oder in anderen Kantonen wohnhaften Personen.

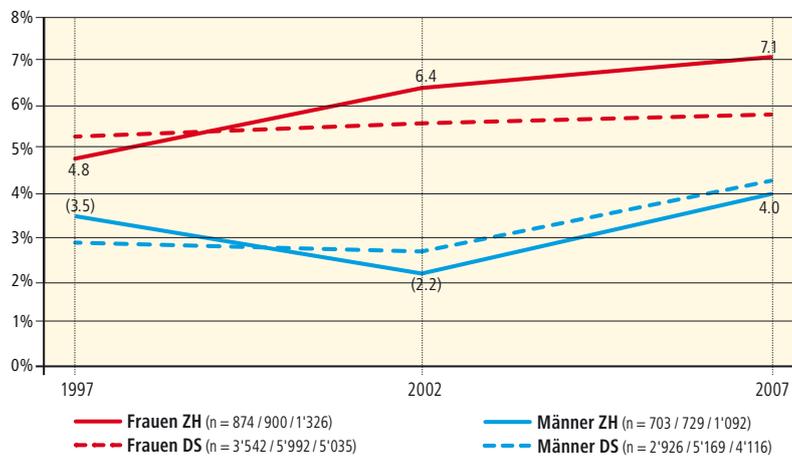
## 5.1 Mehr Personen suchen professionelle Hilfe

Die Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen ist höher als man vielleicht vermuten mag. In der SGB von 2007 gaben knapp 6% der Personen im Kanton Zürich an, während den letzten 12 Monaten aufgrund eines psychischen Problems in professioneller Behandlung gewesen zu sein (Abb. 5.1). Frauen nehmen klar häufiger professionelle Hilfe in Anspruch im Vergleich zu den Männern (7% vs. 4%). Verglichen mit den Frauen aus der übrigen Deutschschweiz nehmen die Zürcherinnen leicht häufiger Hilfe in

Anspruch (7% vs. 6%), bei den Männern hingegen gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz.

Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe hat in den letzten zehn Jahren im Kanton Zürich wie auch in der übrigen Deutschschweiz zugenommen (Abb. 5.1). Drei mögliche Erklärungsansätze lassen sich dafür finden: Erstens suchen Personen mit psychischen Beschwerden heute womöglich eher professionelle Hilfe auf als noch vor zehn Jahren. Zweitens mag der Anteil an Personen mit psychischen Beschwerden zugenommen haben. Drittens sind die Befragten heute vielleicht eher bereit als früher, über die Inanspruchnahme professioneller Hilfe Auskunft zu geben.

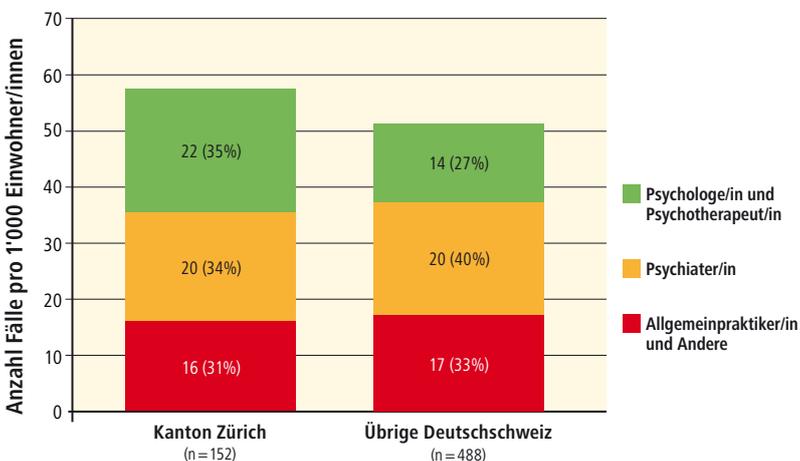
**Abb. 5.1:** Wegen psychischen Problemen in Behandlung\* nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1997-2007



### Zürcher/innen bevorzugen Psychologen und Psychologinnen

Die wegen psychischer Probleme in Behandlung befindlichen Personen wurden in der SGB weiter gefragt, an wen sie sich als erstes gewandt haben, um sich behandeln zu lassen. Im Kanton Zürich wandten sich 35% an eine psychologische oder psychotherapeutische Fachperson, 34% an eine/n Psychiater/in und 31% an eine/n Allgemeinpraktiker/in (hauptsächlich Hausärzte, aber auch andere Ärzte und Alternativmediziner/innen). Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz konsultierten Personen aus dem Kanton Zürich als Erstes häufiger einen Psychologen oder eine Psychologin oder einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin. Wie aus Abb. 5.2 hervorgeht, werden in der übrigen Deutschschweiz dafür häufiger Psychiater/innen aufgesucht (40%).

**Abb. 5.2:** Erste Ansprechperson bei psychischen Problemen pro 1'000 Einwohner/innen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



### Jeder fünfte Spitalaufenthaltstag aufgrund einer psychischen Erkrankung

Im Kanton Zürich ist gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 mehr als ein Fünftel aller Spitalaufenthaltstage durch psychische Störungen und Verhaltensstörungen bedingt (Männer 23%, Frauen 22%). In der übrigen Deutschschweiz ist der Anteil leicht geringer (Männer 21%, Frauen 20%). Personen ausländischer Herkunft nehmen im Kanton Zürich deutlich seltener stationäre Versorgung aufgrund psychiatrischer Probleme in Anspruch im Vergleich zu Schweizer/innen (6,6 vs. 9,7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohner/innen) gemäss Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013).

Nach Geschlecht und Alter standardisierte Rate pro 1'000 Einwohner/innen.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer aufgrund psychischer Erkrankungen ist seit 2003 kontinuierlich gesunken. Während diese bei den Männern im Jahr 2003 noch 35 Tage betrug, waren es im Jahr 2010 nur noch 30 Tage (-14%). Bei den Frauen ist ein noch deutlicherer Rückgang von 44 Tagen auf 32 Tage (-27%) festzustellen. Die Dauer der Hospitalisierung aufgrund psychischer Erkrankungen ist bei Kindern und Jugendlichen etwa doppelt so lang wie bei Erwachsenen: Bei Jungen bis 14 Jahren beträgt sie 71 Tage und bei Mädchen desselben Alters 62 Tage. Auch ist bei jüngeren Männern zwischen 15 und 49 Jahren der Anteil der psychisch bedingten Spitalaufenthaltsstage an der Gesamtheit der Spitalaufenthaltsstage deutlich höher (47%) als bei den ab 75-jährigen (7%). Bei den Frauen ist dieser Unterschied ebenfalls vorhanden, jedoch weniger ausgeprägt (36% vs. 9%). Dieser Altersunterschied liegt nicht in einer längeren mittleren Spitalaufenthaltsdauer begründet – diese ist bei jüngeren Personen sogar noch etwas kürzer als bei älteren (Männer: 28 Tage vs. 34 Tage; Frauen: 30 Tage vs. 34 Tage), sondern lässt sich durch die bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter häufigeren Hospitalisierungen aufgrund nicht-psychischer Erkrankungen erklären.

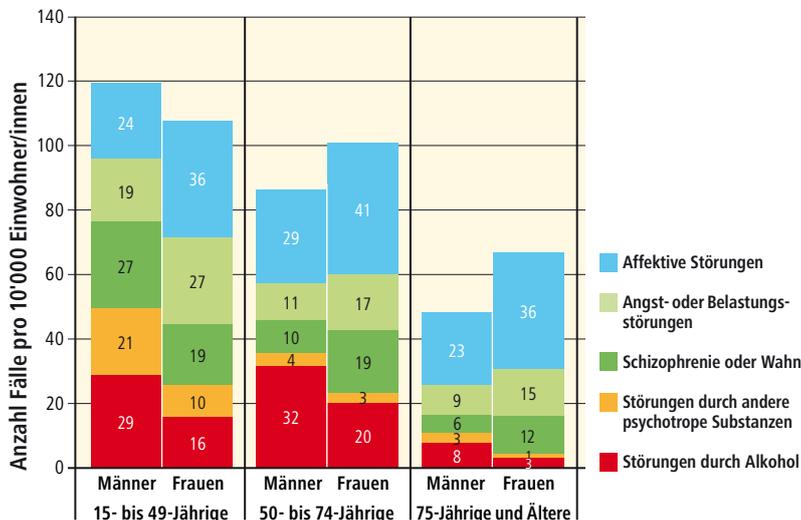
Bei den Ursachen für Hospitalisierungen infolge psychischer Erkrankungen zeichnen sich deutliche Geschlechterunterschiede ab. Männer werden häufiger aufgrund von Suchtstörungen hospitalisiert, Frauen dagegen eher aufgrund affektiver Störungen (zum Beispiel Depressionen) und Angst- oder Belastungsstörungen (Abb. 5.3).

Spitalaufenthalte aufgrund psychischer Störungen dauern im Durchschnitt deutlich länger als bei anderen Erkrankungen oder Unfällen: Bei Männern dauern sie rund 30 Tage (Frauen 32 Tage) für psychische Erkrankungen, für Krebserkrankungen dagegen knapp 11 Tage (Frauen rund 9 Tage) und für Unfälle knapp 8 Tage (Frauen knapp 10 Tage).

**«Ambulant vor stationär» setzt sich zunehmend durch**

Die Fallzahlen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung haben sich im Kanton Zürich zwischen 2000/01 und 2010/11 knapp verdoppelt. Darin zeigt sich die neue Praxis, Personen vermehrt in den gewohnten Umgebungen und Strukturen zu belas-

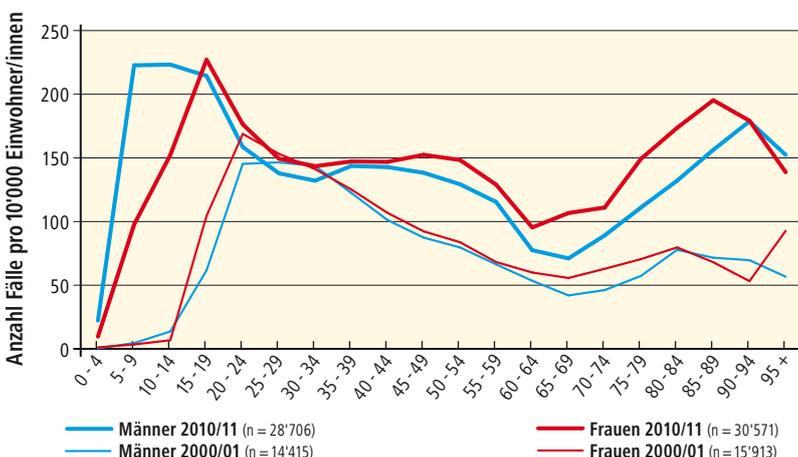
**Abb. 5.3:** Hospitalisierungen aufgrund psychischer Störungen pro 10'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010



Die Berechnungen basieren auf 88'207 Hospitalisierungen von Männern und 111'046 von Frauen.  
Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010.

sen und ambulant zu behandeln statt in eine Klinik einzuweisen. Bei den Kindern zeigt sich eine drastische Zunahme der Fälle als Folge der Aufnahme des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) in diese Statistik (Abb. 5.4). Die Zunahme in der ambulanten Versorgung ist darüber hinaus bei Personen im mittleren und höheren Alter besonders ausgeprägt.

**Abb. 5.4:** Ambulante psychiatrische Fälle pro 10'000 Einwohner/innen und Jahr nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2000/01 und 2010/11\*



\* Fälle mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons ausgeschlossen

Datenquelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Psychiatriepatientenstatistik 2000/01 und 2010/11.

## 5.2 Viele Erwerbstätige klagen über Stress- und Burnoutsymptome

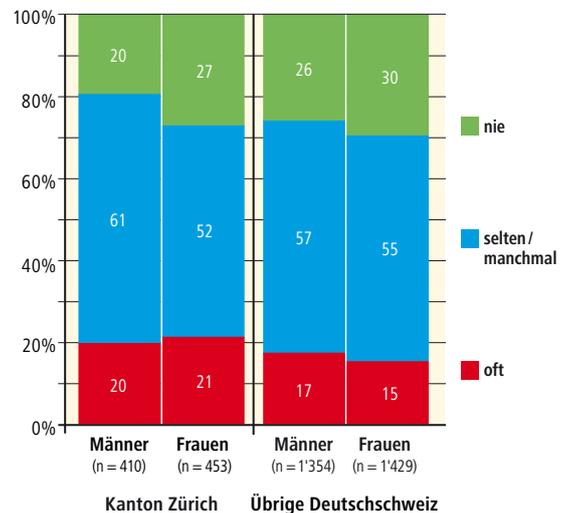
Der Begriff «Stress» wurde 1936 von H. Selye geprägt. Er definierte Stress als einen Zustand der Alarmbereitschaft des Organismus, der sich auf eine erhöhte Leistungsbereitschaft einstellt. Dabei unterscheidet man zwischen Eustress (notwendige und positiv erlebte Aktivierung des Organismus) und Distress (belastend und schädlich wirkende Reaktion auf ein Übermass an Anforderungen). Allgemein wird der Stress-Begriff heute im letzteren Sinne benutzt und meist in Zusammenhang mit der Arbeit verwendet. Wenn eine (Über-)Belastung über längere Zeit andauert und keine oder zu wenig Zeit für Erholung da ist, können körperliche und psychische Beschwerden auftreten und Stress kann zu Krankheit führen. Wie Stress wahrgenommen und mit ihm umgegangen wird, hängt stark von der Persönlichkeit und den Ressourcen einer Person ab.

In Zusammenhang mit Arbeit und Stress wird oft vom «Burnout-Syndrom» gesprochen. Dabei handelt es sich um einen Zustand des Ausgebranntseins, der totalen physischen und psychischen Erschöpfung, welcher durch berufliche Überbelastung und chronischen Stress entstanden ist und aufgrund verminderter Belastbarkeit nicht bewältigt werden kann. Für Betroffene können die Folgen psychosomatische Erkrankungen wie Kopf- oder Rückenschmerzen, Depression, Schlafstörungen, Aggressivität, Rückzug und erhöhte Suchtgefährdung sein. Für die Gesellschaft entstehen oft hohe Kosten durch Langzeitausfälle und Produktivitätseinbussen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Stress sogar zu den grössten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts.

### Abschalten nach der Arbeit fällt vielen schwer

Gemäss dem Schweizer Haushalt-Panel (SHP) von 2009 hatten 20% der Zürcher und 21% der Zürcherinnen oft Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten (Abb. 5.5). Lediglich 20% der Männer und 27% der Frauen bekundeten nie entsprechende Schwierigkeiten. Dieser Anteil lag im Erhebungsjahr 2002 noch bei 29% (Männer) bzw. 38% (Frauen). 32% der erwerbstätigen Männer und 22% der erwerbstätigen Frauen im Kanton Zürich waren zudem bei der Arbeit «schweren nervlichen Anspannungen» ausgesetzt. Zwar zeichnet sich hier eine Zunahme im Vergleich zu den Vorjahren ab. Bei den Frauen schwankt dieser Anteil jedoch

**Abb. 5.5:** Schwierigkeiten mit dem Abschalten nach der Arbeit\* nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009



\* Auf einer Skala von 0 (nie) bis 10 (immer) gaben die befragten Personen an, wie häufig sie Schwierigkeiten mit dem Abschalten nach der Arbeit haben (0 = «nie», 1-5 = «selten/manchmal», 6-10 = «oft»).

Datenquelle: Schweizer Haushalt-Panel 2009.

von Jahr zu Jahr recht stark, so dass kein klarer Trend über die Zeit feststellbar ist.

Im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz haben Personen aus dem Kanton Zürich häufiger Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten (Abb. 5.5). Diesbezüglich lässt sich in der übrigen Deutschschweiz keine klare Zunahme über die vergangenen Jahre ausmachen. Zwar sind Zürcher und Zürcherinnen etwas häufiger gestresst bei der Arbeit als Erwerbstätige aus der übrigen Deutschschweiz, doch sind diese Unterschiede statistisch nicht signifikant.

### Gefühle der Erschöpfung bei Frauen häufiger als bei Männern

Symptome im Vorfeld eines Burnouts sind unter anderem chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Verlust der inneren Beziehung zur Arbeit, körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen und erhöhte Krankheitsanfälligkeit, psychische Veränderungen wie Resignation, Frustration, Sinnlosigkeitsgefühle, Leistungsverlust und Verhaltensänderungen wie sozialer Rückzug. In der ZInEP-Studie wurde nach einer Reihe solcher Symptome gefragt. Dabei gaben 31% der Berufstätigen im Kanton Zürich an, häufig bis sehr häufig Zeiten zu haben, in denen sie

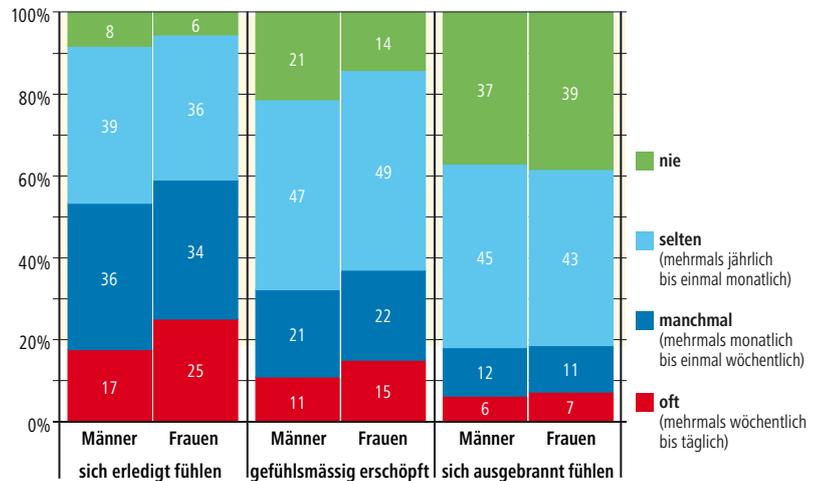
zu viele Verpflichtungen zu erfüllen haben. Bei weiteren 36% traf dies manchmal zu. 14% der Befragten fühlen sich überfordert bei der Arbeit und gaben an, häufig bis sehr häufig Zeiten zu haben, in denen ihnen die Arbeit über den Kopf wächst. Weitere 26% haben manchmal solche Zeiten. Angesichts solcher Arbeitsbelastungen erstaunt es nicht, dass rund jede fünfte berufstätige Person im Kanton Zürich sich mehrmals wöchentlich schon morgens beim Aufstehen angesichts eines bevorstehenden Arbeitstages müde fühlt.

Darüber hinaus fühlt sich laut ZInEP-Studie (Abb. 5.6) jede fünfte berufstätige Person (Männer 17%, Frauen 25%) oft nach der Arbeit erledigt. 13% (Männer 11%, Frauen 15%) sind nach eigenen Angaben oft wegen der Arbeit gefühlsmässig erschöpft und noch 6% (Männer 6%, Frauen 7%) gaben an, sich durch die Arbeit ausgebrannt zu fühlen.

Belastend ist eine Arbeit vor allem auch dann, wenn Freude und Sinnhaftigkeit verloren gehen. 14% der Befragten gaben an, mindestens einmal in der Woche das Gefühl zu haben, dass die Begeisterung für ihre Arbeit abgenommen habe, und jede zehnte Person, dass sie zynischer darüber urteile, ob sie mit ihrer Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.

Frauen sind häufiger als Männer überlastet oder überfordert: Während ein Viertel der Männer (26%)

**Abb. 5.6:** Burnout-Symptome in Zusammenhang mit der Arbeit nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2012



Männer: n = 1'209 bis 1'213, Frauen: n = 1'450 bis 1'456

Datenquelle: ZInEP-Studie 2012.

angibt, häufig Zeiten mit zu vielen Verpflichtungen zu haben, sind es bei den Frauen mehr als ein Drittel (35%). Auch die Aussage, dass ihnen die Arbeit über den Kopf wachse, wurde von den Frauen doppelt so häufig (18%) bejaht wie von den Männern (9%). Dies könnte unter anderem an der Doppelbelastung liegen, die viele Frauen durch Hausarbeit, Kinderbetreuung und Beruf erleben.

## 5.3 Depressionssymptome sind weit verbreitet

Umgangssprachlich wird unter Depression oft Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit verstanden. Depressionen im eigentlichen Sinn gehen in der Regel aber darüber hinaus, sie weisen unterschiedliche Formen und Schweregrade auf. Häufige Symptome sind eine gedrückte Stimmung sowie ein zunehmender Interessenmangel, Freudlosigkeit und ein verminderter Antrieb. Auch eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, ein geringeres Selbstwertgefühl, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektive, angedachte oder erfolgte Selbstverletzungen (z.B. sich ritzen oder schneiden) oder Selbsttötungsversuche können Symptome einer Depression sein. Von einer «majoren Depression» oder einer schweren depressiven Episode spricht man, wenn mindestens fünf Symptome während zwei Wochen auftreten, wobei entweder depressive Verstimmung oder Freudlosigkeit oder beide Symptome vorkommen müssen (American Psychiatric Association, 2000).

Man schätzt, dass bis zu neun von zehn Suiziden eine Depression und/oder andere psychische Störung vorausgeht (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Zudem sind Depressionen gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit (WHO, 2012). Das Kap 6.5 befasst sich mit den direkten und indirekten Kosten von Depressionen im Kanton Zürich.

### Depressionen äussern sich in verschiedenen Formen

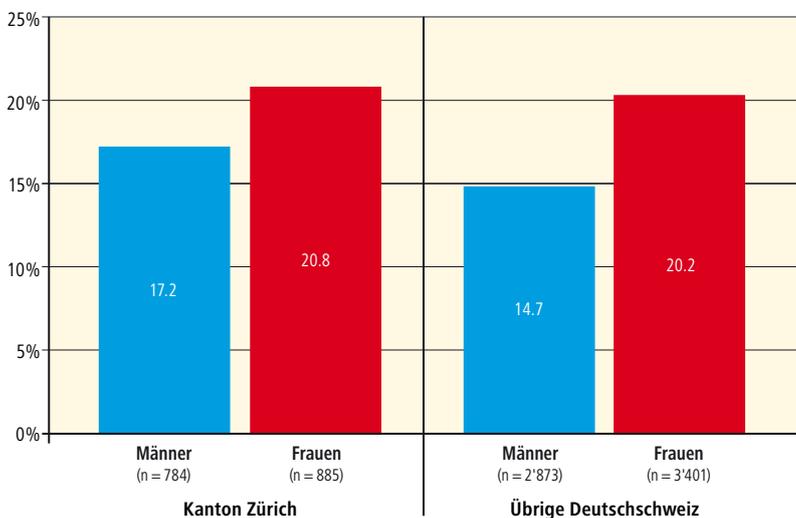
Laut der SGB 2007 berichten über 5% der Männer und 6% der Frauen von einer schweren Depression im letzten Jahr vor der Befragung. Sie gaben an, im vergangenen Jahr während mehr als zwei Wochen jeden oder fast jeden Tag den ganzen Tag lang oder den grössten Teil davon traurig, verstimmt oder deprimiert gewesen zu sein.

Wird nach dem Befinden in den letzten zwei Wochen vor der Erhebung gefragt, gibt rund jede fünfte befragte Person im Kanton Zürich an, an einer leichten bis schweren Depression zu leiden (19%, davon 1% mittlere bis schwere Depression). In der übrigen Deutschschweiz sind nur geringfügig weniger Personen betroffen (18%, davon 1% mittlere bis schwere Depression). Frauen leiden häufiger an einer – zumeist leichten – Depression als Männer oder berichten zumindest häufiger davon (Abb. 5.7). Im Kanton Zürich sind etwas mehr Männer von einer leichten bis schweren Depression betroffen (17%) als in der übrigen Deutschschweiz (15%).

In der ZInEP Studie, in welcher eine differenziertere Methodik angewendet wurde, waren 2012 deutlich mehr Menschen als in der SGB 2007 während den letzten 12 Monaten von einer Depression betroffen, nämlich 12%. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (14% vs. 10%). An Depressionssymptomen leiden zudem 23% der befragten Zürcher Männer und 26% der Frauen. Nach dem subjektiven Belastungsgrad der Symptome befragt, gaben 24% der Befragten im Alter zwischen 20 und 40 Jahren an, psychische Beschwerden zu haben, die sehr belastend sind (auf Skala von 0 bis 100 ein Wert von mindestens 50).

Die Unterschiede in der Häufigkeit von Depressionen je nach Datenquelle lassen sich unter anderem wohl damit erklären, dass sich die Bereitschaft der Befragten, über tabuisierte Themen wie psychische Erkrankungen Auskunft zu geben, je nach Erhebungsmethode (persönliches Interview, Telefoninterview oder zugesandter Fragebogen) stark unterscheidet. Die ZInEP-Studie hatte einen klaren Fokus auf psychische Belastungen, während bei der SGB die psychische Gesundheit eher ein nebensächliches Thema war. Ein weiterer Grund könnte im niedrigeren Durchschnittsalter der in der ZInEP-Studie befragten 20- bis 40-jährigen Personen gegenüber der SGB (Altersgruppe: 15-Jährige bis

**Abb. 5.7:** Depressionen\* in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



\* Gemäss der sogenannten Wittchen-Skala, ein valides und vielverwendetes Erhebungsinstrument für Depressionen.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

über 80-Jährige) liegen, sind doch psychische Erkrankungen und negative Emotionen unter jüngeren Personen weiter verbreitet als unter älteren (vgl. Kap. 5.4).

### Nehmen negative Emotionen zu?

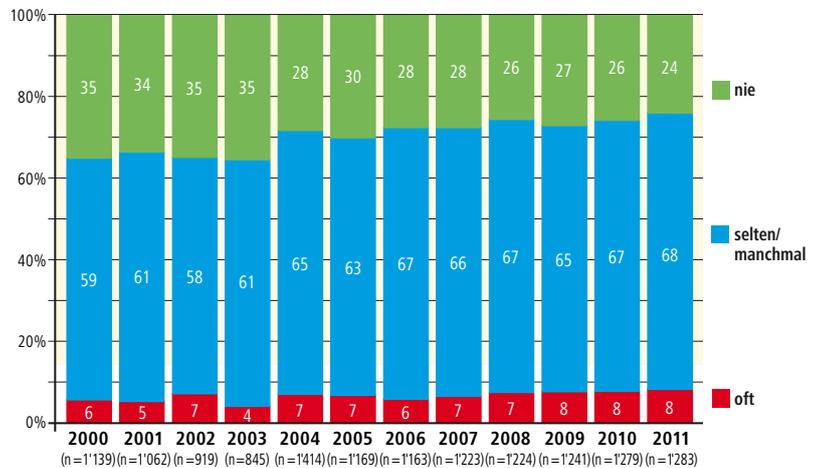
Wenn man generell nach negativen Gefühlen wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen fragt, sind noch mehr Personen betroffen. Über drei Viertel der Bevölkerung des Kantons Zürich gaben 2011 in der Befragung des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) an (Abb. 5.8), solche negativen Gefühle zu haben (auf einer Skala von 0 für «nie» bis 10 für «immer» mindestens eine 1). Bei 8% der befragten Personen traten solche Gefühle sogar oft auf (Werte von 6 bis 10 auf der Skala).

Betrachtet man die Entwicklung über mehrere Jahre hinweg, so wird ein steigender Trend erkennbar: Der Anteil Personen, welche manchmal oder sogar oft von negativen Gefühlen wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression berichten, hat im Kanton Zürich in der Zeitspanne von 2000 bis 2011 von 65% auf 76% zugenommen (Abb. 5.8). Dieser Trend im Kanton Zürich betrifft Männer und Frauen gleichermaßen und ist auch in der übrigen Deutschschweiz auszumachen. Es bleibt unklar, ob der Trend tatsächlich auf eine zunehmende Verbreitung von negativen Gefühlen in der Bevölkerung zurückzuführen ist oder ob darin vielmehr eine wachsende Bereitschaft in der Bevölkerung zum Ausdruck kommt, von solchen Gefühlen zu berichten.

### Jede/r Zehnte nimmt wegen Depressionen professionelle Hilfe in Anspruch

Im Kanton Zürich nimmt gemäss der ZInEP-Studie rund jede zehnte Person aufgrund von depressiven Beschwerden professionelle Hilfe von einem Arzt, Psychologen oder Psychiater in Anspruch. Frauen begeben sich mehr als doppelt so häufig in professionelle Behandlung wie Männer (14% vs. 7%). Erstaunlich mag, dass mehr als die Hälfte der Personen mit einer schweren Depression (58%) keine professionelle Behandlung in Anspruch nehmen. Während sich jede zweite Frau (49%) mit einer schweren Depression behandeln lässt, ist es bei den Männern nur jeder dritte (33%). Personen mit einer leichte-

**Abb. 5.8:** Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression\*, Kanton Zürich, 2000-2011



\* Auf einer Skala von 0 (nie) bis 10 (immer) gaben die befragten Personen an, wie häufig sie negative Gefühle, wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression empfinden (0 = «nie», 1-5 = «selten/manchmal», 6-10 = «oft»)

Datenquelle: Schweizer Haushalt-Panel 2000-2011.

ren Form von Depression nehmen seltener eine professionelle Behandlung in Anspruch als solche mit einer schweren Form.

### Eine psychische Erkrankung kommt selten allein

Bei Personen aus der Zürcher ZInEP-Studie mit einer schweren Depression während der letzten zwölf Monate vor der Befragung traten häufig zusätzliche psychische Störungen (komorbide Störungen) auf. Bei 63% der Betroffenen lag mindestens eine weitere Störung vor, bei einem Drittel waren es sogar mehrere gleichzeitig. Bei Frauen sind komorbide Störungen deutlich häufiger als bei Männern. Frauen sind insbesondere häufiger von mehreren Komorbiditäten gleichzeitig betroffen (Frauen 37%, Männer 30%). Bei leichteren Formen der Depression sind komorbide Störungen etwas seltener (58%) als bei schweren Formen (63%).

Depressionen treten oft auch zusammen mit körperlichen Erkrankungen auf: 51% der Personen mit einer schweren Depression gaben an, zusätzlich chronische somatische Erkrankungen zu haben. Bei leichteren Formen der Depression sind chronische somatische Erkrankungen seltener. Frauen sind wiederum häufiger betroffen als Männer.

## 5.4 Negative Gefühle nehmen mit zunehmendem Alter ab

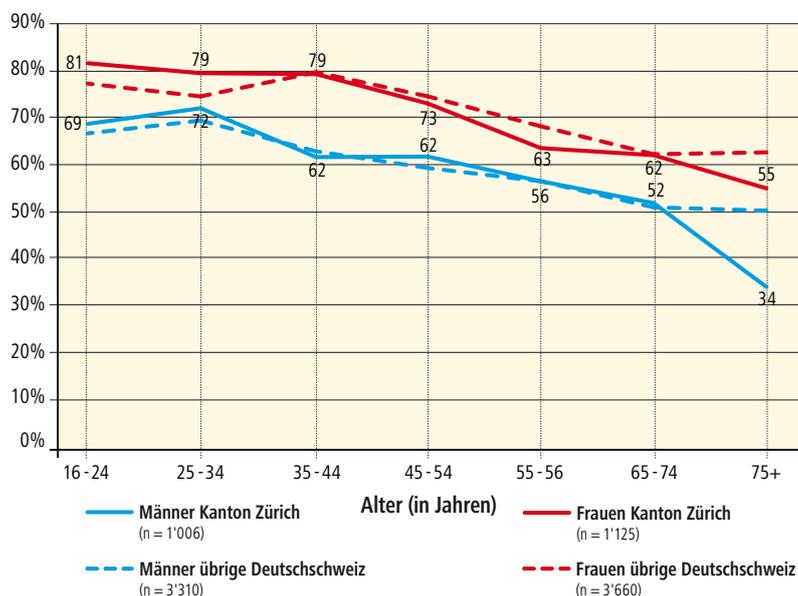
Obwohl mit steigendem Alter gewisse physische Fähigkeiten abnehmen und körperliche Beschwerden zunehmen, nimmt auch die generelle Zufriedenheit und psychische Befindlichkeit zu. Ältere Menschen leiden, wie viele Studien zeigen, weniger häufig unter Ängsten, depressiven Verstimmungen und negativen Gefühlen als jüngere. Gleichzeitig nehmen positive Gefühle tendenziell zu. Dies zeigt sich auch in den Daten der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz (SILC) von 2009: Der Anteil der Personen, die selten bis häufig von negativen Gefühlen berichten (auf einer Skala von 0 «nie» bis 10 «immer» mindestens eine 1), nimmt sowohl im Kanton Zürich als auch in der übrigen Deutschschweiz mit zunehmendem Alter ab. Männer haben eigenen Angaben zufolge in allen Altersklassen weniger häufig als Frauen negative Gefühle. Zwischen den Regionen gibt es dagegen keine nennenswerten Unterschiede (Abb. 5.9).

Gemäss der SGB 2007 berichten ältere Personen ab 65 Jahren seltener von Niedergeschlagenheit oder Verstimmung als jüngere Personen, wenn sie danach gefragt werden, wie oft solche Gefühle während den letzten vier Wochen aufgetreten sind. Im Kanton Zürich gaben 18% (Männer 14%, Frauen 21%, vgl. Abb. 5.10) der über 64-Jährigen an, dass sie sich in den letzten vier Wochen niedergeschla-

gen oder verstimmt gefühlt haben. Der entsprechende Anteil bei den 15- bis 34-Jährigen lag dagegen bei 32% (Männer 25%, Frauen 38%, vgl. Abb. 5.10). Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz sind die Menschen im Kanton Zürich etwa gleich häufig niedergeschlagen oder verstimmt (ZH: 23% vs. DS: 25%). Frauen berichten über alle Alterskategorien hinweg häufiger, sich niedergeschlagen oder verstimmt zu fühlen als Männer – dies gilt für den Kanton Zürich wie für die übrige Deutschschweiz. Aus Abb. 5.10 geht hervor, dass der Geschlechterunterschied bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren besonders ausgeprägt ist: Bei jüngeren Frauen treten Niedergeschlagenheit oder Verstimmung besonders häufig auf (38%).

Positive Empfindungen oder Gemütszustände, wie zum Beispiel Gelassenheit und Ausgeglichenheit, treten im Alter häufiger auf (Abb. 5.10). Der Anteil Personen, welche angaben, während der letzten vier Wochen vor der Befragung sich manchmal, meistens oder immer ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt zu haben, nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu, von 78% bei den 15- bis 34-Jährigen auf 89% bei Personen ab 65 Jahren. Nennenswerte Unterschiede nach Geschlecht lassen sich nicht feststellen. Bei der Frage nach dem Glückseligkeit zeigten sich dagegen kein klarer Trend mit zunehmendem Alter und ebenso kein einheitlicher Geschlechterunterschied. Bei den Frauen wie bei den Männern sind insgesamt rund vier von fünf manchmal, meistens oder immer glücklich.

**Abb. 5.9:** Personen mit negativen Gefühlen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009



Datenquelle: BFS, Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2009.

### Ältere Personen weniger einsam als Jüngere

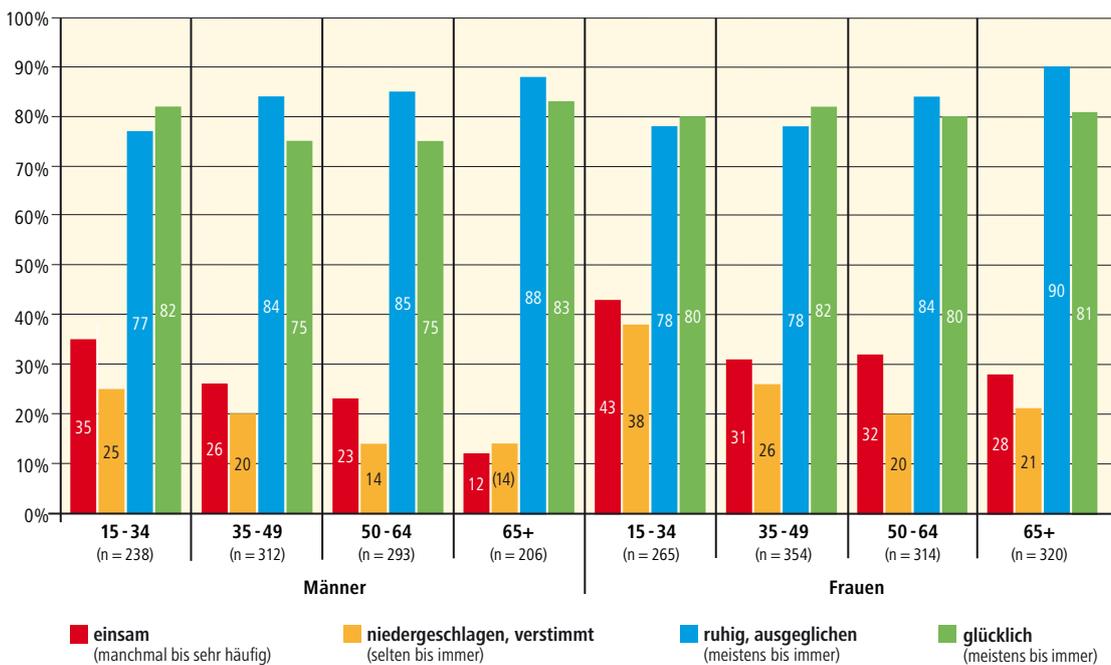
Knapp jede dritte Person im Kanton Zürich gab in der SGB von 2007 an, sich zumindest manchmal einsam zu fühlen. Vergleicht man die letzten drei Erhebungen seit 1997, so fühlten sich 2007 weniger Zürcherinnen und Zürcher einsam als noch zehn Jahre zuvor (1997: 37%, 2002: 31%, 2007: 31%). Einsamkeitsgefühle nehmen mit zunehmendem Alter tendenziell ab und treten über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen häufiger auf als bei Männern (Abb. 5.10).

In der Befragung von 2007 gaben rund zwei Fünftel (39%) der 15- bis 34-Jährigen an, sich ab und zu oder öfter einsam zu fühlen verglichen mit nicht einmal einem Viertel (22%) der ab 65-Jährigen. Dies steht im Gegensatz zu den sozialen Kontakten.

Ältere Menschen pflegen deutlich weniger soziale Kontakte als jüngere: Nur 48% der ab 65-Jährigen trafen sich mindestens einmal pro Woche mit Freunden (daheim oder bei Freunden), verglichen mit 78% der 15- bis 34-Jährigen. Ähnlich gross ist der Unterschied bei der Häufigkeit von Telefonaten: Während 91% der 15- bis 34-Jährigen angaben, einmal pro Woche oder öfters mit Freunden und Bekannten zu telefonieren, sind es bei den über 65-Jährigen nur noch etwa zwei Drittel (65%). Dabei wird deutlich, dass das subjektive Empfinden von Einsamkeit nicht unbedingt von der Anzahl sozialer Kontakte abhängig ist.

Rund jede dritte Frau (35%) und jeder vierte Mann (26%) im Kanton Zürich gaben an, sich mindestens manchmal einsam zu fühlen. Da es sich um Selbstangaben handelt, bleibt unklar, ob Frauen tatsächlich häufiger einsam sind oder lediglich eher Einsamkeitsgefühle eingestehen als Männer. Der gleiche Vorbehalt gilt bezüglich jüngerer und älterer Generationen. Bei den ab 65-Jährigen ist der Unterschied besonders ausgeprägt: 28% der Frauen und nur 12% der Männer gaben an, zumindest manchmal einsam zu sein.

**Abb. 5.10:** Personen mit negativen und positiven Gefühlen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007



Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

## 5.5 Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide – zwischen flüchtig und existenziell

Im Kanton Zürich haben sich im Zeitraum von 2001 bis 2010 durchschnittlich 269 Menschen (198 ohne Suizidhilfe bzw. «assistierte Suizide») pro Jahr das Leben genommen, davon 168 (138) Männer und 101 (60) Frauen. Besonders auffällig ist der hohe Anteil der assistierten Suizide bei Frauen. Nach Ausschluss der assistierten Suizide liegt die Suizidrate der Männer im Kanton Zürich etwas tiefer als in der übrigen Deutschschweiz (Tab. 5.1).

Wie fast überall sind Suizide auch im Kanton Zürich bei Männern viel häufiger als bei Frauen (Tab.

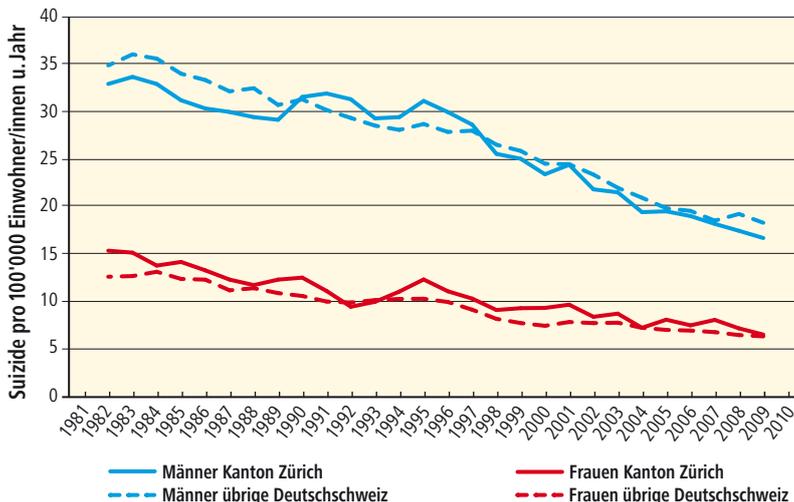
**Tab. 5.1:** Selbsttötungen pro 100'000 Einwohner/innen\* nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001-2010 (Jahresdurchschnitt)

	Männer		Frauen	
	ZH	DS	ZH	DS
<b>Alle Suizide</b>	22.8	21.8	11.2	8.3
<b>Suizide ohne assistierte Suizide</b>	19.3	20.4	7.7	7.0

\* Standardisierung anhand der europäischen Standardbevölkerung.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Todesursachenstatistik 2001 - 2010.

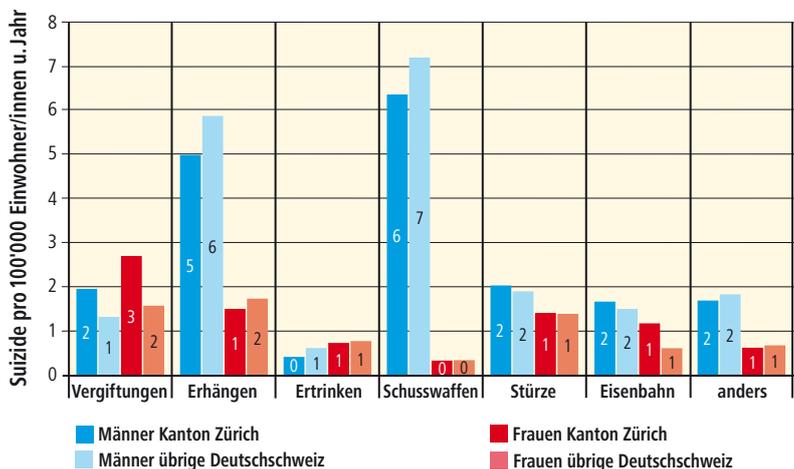
**Abb. 5.11:** Selbsttötungen (ohne assistierte Suizide) pro 100'000 Einwohner/innen\* nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1982 - 2009



\* Standardisierte Raten (3-jährige gleitende Mittelwerte).

Datenquelle: BFS, Schweizerische Todesursachenstatistik 1981 - 2010.

**Abb. 5.12:** Suizidmethoden (ohne assistierte Suizide) nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001-2010 (standardisierte Raten)



Datenquelle: BFS, Schweizerische Todesursachenstatistik 2001 - 2010.

5.1 und Abb. 5.11), was hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass Männer häufiger sogenannte «harte» Suizidmethoden wählen wie Erhängen oder Erschiessen und Frauen häufiger «weiche» Methoden wie Vergiftung durch eine Überdosierung von Medikamenten (Abb. 5.12), wodurch es bei Männern meist zum tatsächlichen Suizid kommt und bei Frauen nicht selten beim versuchten Suizid bleibt.

### Suizidraten seit 30 Jahren sinkend

Nach einer längeren Phase der Zunahme haben die Selbsttötungen in der Schweiz um 1980 herum einen Höchststand erreicht (Ajdacic et al., 2005; Hepp et al., 2010). Seither sind die Suizidraten auch im Kanton Zürich rückläufig und haben um mehr als einen Drittel abgenommen (Abb. 5.11). Erklärungen für diesen erfreulichen Trend sind etwa, dass suizidale Menschen zunehmend Hilfe in Anspruch nehmen – wenn nötig auch professionelle Hilfe – und dass die methodenspezifischen Sicherheitsmassnahmen wie z.B. die Einschränkung der Schusswaffen- und Medikamentenverfügbarkeit sowie unbeabsichtigte Effekte technischer Entwicklungen (Katalysator am Auto zur Schadstoffreduktion, Elektroherde statt Gasherde) eine beträchtliche präventive Wirkung entfalten.

### Männer und Frauen wählen unterschiedliche Suizidmethoden

Die verwendeten Suizidmethoden zeigen die bekannten Geschlechterunterschiede: Bei Männern dominieren Erschiessen und Erhängen, bei Frauen hingegen Vergiftungen durch Substanzen wie z.B. eine Überdosis an Schlaftabletten (Abb. 5.12). Im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz begehen Zürcher/innen häufiger Selbsttötungen durch Ver-

giftungen. Die typisch männlichen Suizidmethoden des Erhängens und Erschiessens sind hingegen etwas seltener bei Männern im Kanton Zürich.

### Mit dem Alter nimmt das Suizidrisiko zu

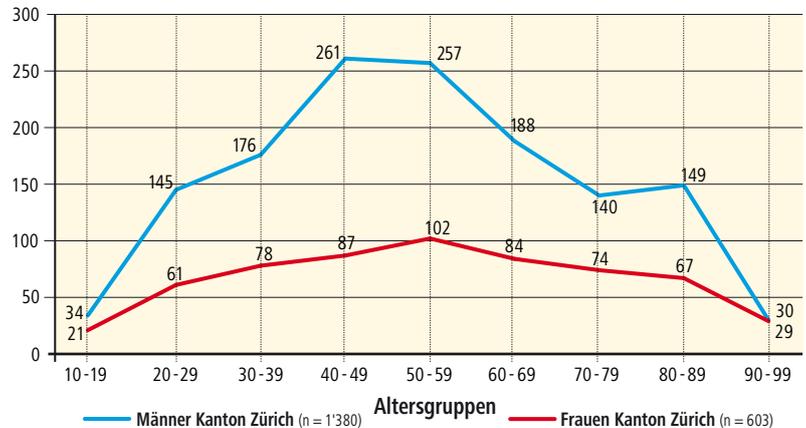
In absoluten Zahlen betreffen die meisten Suizide das junge und mittlere Erwachsenenalter (Abb. 5.13). Wohl nehmen sich im höheren Alter vergleichsweise wenige Menschen das Leben (Abb. 5.13), da jedoch in diesem Alter die Bevölkerungszahlen deutlich niedriger und viele schon verstorben sind, führt die geringe Anzahl Suizide zu sehr hohen Suizidraten, insbesondere bei Männern. Dies gilt umso mehr, wenn auch die assistierten Suizide miteingerechnet werden (Abb. 5.14).

### Suizidgedanken im Verlauf des Lebens sind weit verbreitet

Im Unterschied zu Suiziden existieren keine gesamtschweizerischen Zahlen zu Suizidversuchen. Einzig Bern und Basel verfügen über zeitlich und räumlich eingrenzbar Studien zu Suizidversuchen, die auf klinischen Daten beruhen. Zürich verfügt jedoch mit der älteren, sog. Zürich-Studie von Jules Angst (Angst et al., 2005) und dem ZInEP-Projekt (Ajdacic-Gross et al., 2014) über zwei grosse Surveys, die u.a. auch Informationen zur Suizidalität und zu Suizidversuchen enthalten. Diese Informationen beruhen auf Selbstangaben, also auf nicht verifizierbaren Aussagen der Befragungsteilnehmer/innen. Beim Suizid wie auch bei anderen tabuisierten oder aus anderen Gründen sensiblen Themen gilt, dass Fragestellung und Fragewiederholungen entscheidend sind, um möglichst wahre Antworten zu erhalten. So muss davon ausgegangen werden, dass die ausgewiesenen Zahlen die tatsächlichen Verhältnisse eher unterschätzen.

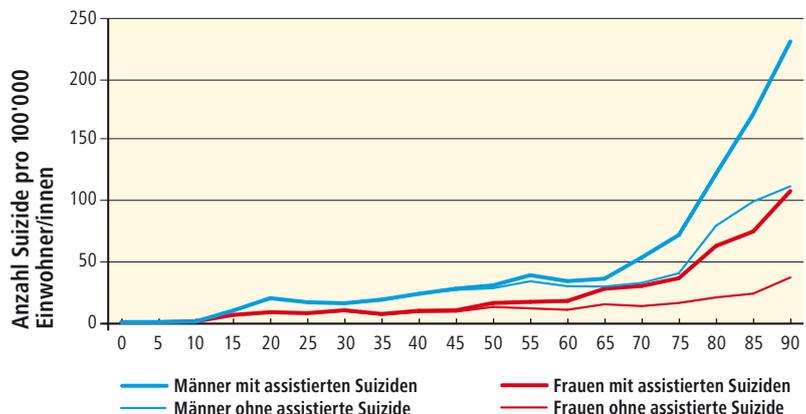
Im ZInEP-Projekt (Ajdacic-Gross et al., 2014) gaben 0,4% der 20- bis 42-jährigen Teilnehmer/innen an, in den letzten 12 Monaten einen Suizidversuch unternommen zu haben (Jahresprävalenz). Rückblickend berichteten 3,0% über einen oder mehrere Versuche während ihres Lebens (Lebenszeitprävalenz). Bei der longitudinalen Zürich-Studie, die sich über 30 Jahre erstreckte, liegt die Lebenszeitprävalenz mit 4,3% etwas höher, was teilweise durch das etwas höhere Alter der Stichprobe erklärt werden kann.

**Abb. 5.13:**  
Anzahl Suizide im Kanton Zürich (ohne assistierte Suizide) nach Alter und Geschlecht, 2001-2010 insgesamt



Datenquelle: BFS, Schweizerische Todesursachenstatistik.

**Abb. 5.14:**  
Suizidrate (mit und ohne assistierte Suizide) pro 100'000 Einwohner/-innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2001-2010



Datenquelle: BFS, Schweizerische Todesursachenstatistik.

Die Frage nach Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten bejahten in ZInEP 9,5% der Teilnehmer/innen. In den sieben Befragungen der Zürich-Studie zwischen 1979 und 2008 schwankten die entsprechenden Werte zwischen 6 und 11%. Die Lebenszeitprävalenzraten von Suizidgedanken betragen in der ZInEP-Studie 18%, in der Zürich-Studie hingegen 39% (letzte begünstigt höhere Werte durch wiederholte Befragung und die 30-jährige Beobachtungszeitspanne). Je nach zugrundeliegender Studie hat ein Sechstel (ZInEP-Studie) bis ein Neuntel (Zürich-Studie) all derjenigen, die schon mindestens einmal im Leben Suizidgedanken hegten, auch tatsächlich einen oder mehrere Suizidversuche unternommen.

## 5.6 Literatur zu Kapitel 5

Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Gostynski, M., Lauber, C., Gutzwiller, F. & Rössler, W. (2006). Age-period-cohort analysis of Swiss suicide data, 1881–2000. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, **256** (4), 207-214.

Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). **Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Informationen über die Schweiz** (Arbeitsdokument Nr. 2, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Zugriff am 10.06.2014 unter: [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html)

Ajdacic-Gross, V., Müller, M., Rodgers, S., Warnke, I., Hengartner, M. P., Landolt, K., Hagenmüller, F., Meier, M., Tse, L.-T., Aleksandrowicz, A., Passardi, M., Knöpfli, D., Schönfelder, H., Eisele, J., Rüschi, N., Haker, H., Kawohl, W. & Rössler, W. (2014). The ZInEP Epidemiology Survey: background, design and methods. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**. (published online).

American Psychiatric Association (Hrsg.). (2000). **Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR**. Deutsche Bearbeitung und Einleitung von Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, **14** (2), 68–76.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. **BMC Psychiatry**, **4** (37) 1-11.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.). (2013). **Gesundheitsversorgung 2013. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie**. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere\\_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/zh\\_gesundheitsversorgungsbericht\\_2013.p](http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/zh_gesundheitsversorgungsbericht_2013.p)

Hepp, U., Ring, M., Frei, A., Rössler, W., Schnyder, U. & Ajdacic-Gross, V. (2010). Suicide trends diverge by method: Swiss suicide rates 1969–2005. **European Psychiatry**, **25**, 129-135.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2012). **Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 17). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Jäger, M., Sobocki, P. & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. **Swiss Medical Weekly**, **138**, 4-11.

Landolt, K. & Ajdacic-Gross, V. (2007). Psychische Krankheiten. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (S. 85-96). (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.). (2014). **Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz** (OECD Forschungsbericht Nr. 12/13). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. & Szucs, T. D. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. **PharmacoEconomics**, **31** (3), 237-250.

WHO, World Health Organization (Ed.). (2012). **Depression** (Fact sheet NO369). Geneva: World Health Organization. Zugriff am 10.06.2014 unter: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html)

## 6. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

*Ueli Zellweger, Ursula Meidert, Phung Lang, Oliver Hämmig & Yuki Tomonaga*

In der Schweiz wird ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen angeboten. Die OECD stellt in ihrem Bericht von 2011 der Schweiz ein sehr gutes Zeugnis für die medizinische Versorgung der Bevölkerung aus (OECD, 2011). Besonders erfreulich sind die hohe Patientenzufriedenheit, die nahe gelegenen und patientenorientierten Gesundheitsdienste sowie die grosse Auswahl an Leistungserbringern. Allerdings gibt es keine Datenquelle, in welcher alle beanspruchten medizinischen Leistungen systematisch und vollständig oder repräsentativ erfasst werden. Vor allem ambulante Leistungen, wie z.B. Konsultationen beim Hausarzt oder ambulante Behandlungen im Spital, werden kaum erfasst. Es fehlt daher ein wirklich umfassender Überblick über alle beanspruchten medizinischen Leistungen in der Schweiz wie auch im Kanton Zürich.

Im Dezember 2013 publizierte die Gesundheitsdirektion den ersten Bericht zur Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2013). Wie die seit längerem jährlich herausgegebenen Kenndatenbände «Somatische Akutversorgung», «Psychiatrische Versorgung» und «Langzeitversorgung» beschränkt sich auch dieser neue Bericht auf den stationären Bereich, verfolgt aber im Gegensatz zu den Kenndatenbänden einen viel breiteren Ansatz, indem neben dem Leistungsangebot im Kanton auch die Inanspruchnahme durch die Zürcher Wohnbevölkerung sowie Vergleiche mit anderen Kantonen behandelt werden.

Für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Kanton Zürich werden in diesem Kapitel im Wesentlichen vier Datenquellen verwendet:

- Die **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)** 2007, die im Einleitungskapitel detailliert beschrieben ist, erfasst wesentliche Aspekte der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, allerdings nur in Form von Selbstangaben. Die SGB ist repräsentativ – jedoch nicht für die gesamte Bevölkerung: Jugendliche unter 15 Jahren und alle Personen, die nicht in Privathaushalten leben, z.B. alle Alters- und Pflegeheimbewohner/innen, sind von der Befragung ausgeschlossen. Zudem ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer/innen überdurchschnittlich stark an Gesundheitsfragen interessiert sind und sich daher eher günstiger verhalten und mehr wissen bezüglich Gesundheit als die Gesamtbevölkerung.
  - Die in der Einleitung ausführlich beschriebene **Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat)** der Jahre 2007 bis 2010 ist (nahezu) eine Vollerhebung, was bedeutet, dass alle Spitalaufenthalte erfasst werden. Sie beschränkt sich aber auf stationäre Spitalaufenthalte; ambulante Leistungen der Spitäler werden nicht erfasst.
  - Die **Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)** der Jahre 2006-2009 erfasst alle Bewohner/innen von Heimen, darunter Alters- und Pflegeheime, Heime für Behinderte, Heime für Suchtkranke und Heime für Personen mit psychosozialen Problemen. Ausser wenigen Angaben zum Grad der Pflegebedürftigkeit werden keine medizinischen Daten (insbesondere auch keine Diagnosen und Behandlungen) erhoben.
  - Diese Datenquellen werden in den Unterkapiteln 6.2 und 6.6 ergänzt durch Angaben aus dem **Swiss National Vaccination Coverage Survey**, einem nationalen Monitoringsystem zur Häufigkeit von Impfungen bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, sowie durch Daten des Branchenverbands der Krankenversicherer Santésuisse zu **Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**.
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Bereich der psychischen Krankheiten wird im Kapitel 5 behandelt. Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei 65-Jährigen und Älteren findet sich auch ein Kapitel im früher erschienenen Bericht zur Gesundheit im Alter (ISPMZ, 2008).

## 6.1 Vorsorgeuntersuchungen: Potenzial noch nicht ausgeschöpft

### Arztkonsultationen nehmen zu

In den letzten zwölf Monaten vor der SGB-Befragung 2007 haben knapp vier von fünf (79%) befragten Zürcher/innen mindestens einmal einen Arzt konsultiert. Dies ist mehr als in früheren Befragungen (1992: 74%; 1997: 76%; 2002: 75%). Es haben aber nicht nur mehr Personen einen Arzt konsultiert, die Konsultationen erfolgten auch häufiger: die mittlere Anzahl der Arztkonsultationen im vergangenen Jahr ist von 3,2 im Jahr 2002 auf 4,1 im Jahr 2007 angestiegen. In der übrigen Deutschschweiz ist sowohl der Anteil Personen, die einen Arzt besuchten, als auch die Häufigkeit der Arztbesuche auf ähnlichem Niveau wie im Kanton Zürich.

Erwartungsgemäss steigt mit zunehmendem Alter der Anteil Personen, die in den letzten zwölf Monaten einen Arzt besucht haben. Personen zwischen 65 und 74 Jahren besuchen im Durchschnitt etwa drei Mal so häufig einen Arzt wie 15- bis 24-Jährige.

Zwischen Männern und Frauen besteht ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Arztkonsultationen: Bei den Frauen ist der Anteil Personen mit Arztkonsultationen in den zurückliegenden zwölf Monaten deutlich grösser als bei den Männern (85% vs. 73%). Ein weiterer Unterschied betrifft die soziale Position: Mit zunehmender Bildung und steigen-

dem sozialen Status werden Arztbesuche bei Männern seltener, bei Frauen hingegen häufiger (Abb. 6.1). Schweizer/innen besuchen zudem den Arzt häufiger für Vorsorgeuntersuchungen als Personen mit Migrationshintergrund (nicht abgebildet).

Häufigster Grund für den letzten Arztbesuch war eine aktuelle Beschwerde, eine Krankheit oder ein Unfall. Präventionsgründe wie Beratung, Impfung oder Vorsorgeuntersuchung sind für einen immer grösseren Anteil der Arztbesuche von Zürcher/innen verantwortlich (1997: 22%, 2007: 38%). Arztbesuche aufgrund aktueller Beschwerden, Krankheiten oder Unfälle dagegen gehen anteilmässig stetig zurück (1997: 76%; 2002: 68%; 2007: 62%).

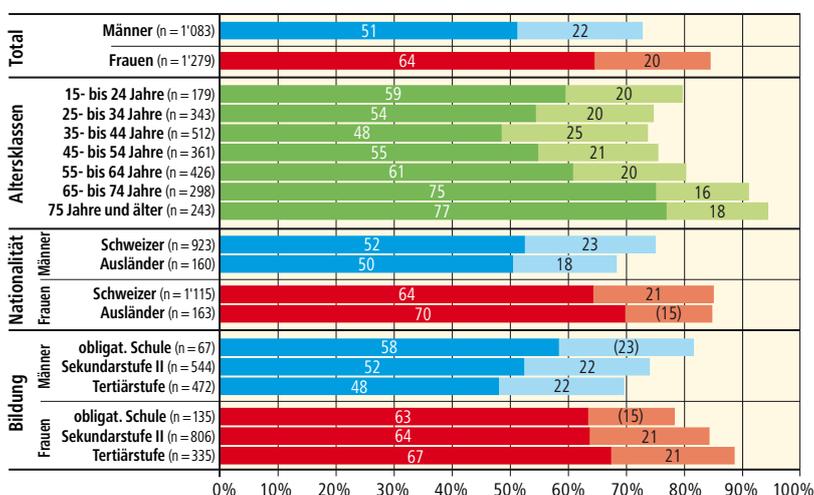
### Ein Viertel der jungen Zürcher/innen ohne Hausarzt

Im Kanton Zürich haben 84% und in der übrigen Deutschschweiz 91% einen Hausarzt. Während es bei Rentner/innen kaum regionale Unterschiede gibt, sind diese Unterschiede bei den jüngeren Personen beachtlich: Nur 77% der unter 45-jährigen Personen im Kanton Zürich haben einen Hausarzt oder eine Hausärztin, verglichen mit 88% in der übrigen Deutschschweiz. Frauen und Männern hingegen unterscheiden sich bezüglich hausärztlicher Versorgung nur geringfügig.

### Je älter, desto mehr Vorsorge

Bei den Vorsorgeuntersuchungen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wurde mit Abstand am häufigsten der Blutdruck gemessen; dies betraf etwa drei Viertel der Befragten (Männer 71%, Frauen 83%).<sup>1</sup> Weitere 50% der Zürcher/innen (Männer 46%, Frauen 53%)<sup>2</sup> haben ihren Blutzuckerspiegel messen lassen. Etwas seltener sind Cholesterinmessungen mit einem Anteil von 43% (beide Geschlechter). Diese sind zwischen 2002 und 2007 stabil geblieben. Es lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen – letztere nehmen die Vorsorgeuntersuchungen in der Regel häufiger in Anspruch. Zwischen dem Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz gibt es keine bedeutenden Unterschiede bezüglich Vorsorgeuntersuchungen. Einzig die 75-Jährigen und Älteren nehmen im Kanton Zürich häufiger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als in der übrigen Deutschschweiz (Abb. 6.2).

**Abb. 6.1:** Anteil Personen mit Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten nach Alter, Geschlecht, Nationalität und Bildung, Kanton Zürich, 2007



**Dunkle Farbe:** mehrere Arztbesuche; **helle Farbe:** ein Arztbesuch

Werte in Klammern beruhen auf weniger als 30 Beobachtungen in der Subgruppe, daher ist die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007, N = 2'362.

Obwohl der Anteil der Arztbesuche mit Vorsorgeuntersuchungen gestiegen ist, stagnierten zwischen 1997 und 2007 die Anteile der Personen, die Vorsorgeuntersuchungen haben machen lassen, oder waren sogar leicht rückläufig. Im Vergleich zu 2002 ist eine Zunahme der Vorsorgeuntersuchungen nur in den höheren Altersgruppen sichtbar, während bei den jüngeren tendenziell eine Abnahme festzustellen ist.

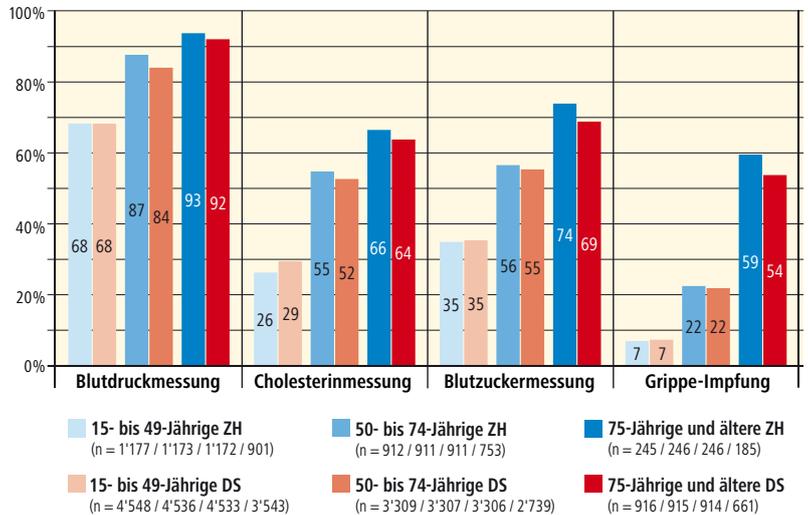
### Grippeimpfungen erst im hohen Alter verbreitet

Während sich Männer und Frauen in den zwölf Monaten vor der Befragung etwa gleich häufig gegen Grippe impfen liessen, lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Alterskategorien ausmachen. Grippeimpfungen sind vor allem im Rentenalter verbreitet: Im Kanton Zürich liessen sich ab dem 65. Altersjahr rund 50% aller Personen impfen; ab dem 75. Altersjahr waren es sogar rund 60%, verglichen mit 53% in der übrigen Deutschschweiz (Abb. 6.2). Dabei gibt es einen interessanten Bildungsunterschied zu beobachten: Während sich unter 45-jährige Personen mit tiefem Bildungsniveau deutlich häufiger impfen lassen als höher Gebildete, sind es bei den älteren Menschen die gut Ausgebildeten, die eine höhere Impfrate aufweisen.

### Auch Krebsvorsorge nimmt mit steigendem Alter zu

Krebsvorsorgeuntersuchungen werden mit Ausnahme von Mammographien und Gebärmutterhalsabstrichen, die im Rentenalter eher leicht rückläufig sind, mit zunehmendem Alter immer häufiger in Anspruch genommen (Abb. 6.3). Sowohl Darmspiegelungen als auch Hautuntersuchungen werden von Zürcher/innen etwas häufiger in Anspruch genommen als von übrigen Deutschschweizer/innen. Bei den geschlechtsspezifischen Krebsvorsorgeuntersuchungen unterscheiden sich die Zürcher/innen hingegen kaum von den Personen aus der übrigen Deutschschweiz. 51% der befragten Zürcherinnen haben einen Gebärmutterhalsabstrich während der letzten zwölf Monate vor der Befragung machen lassen. Eine Mammografie haben 18% der

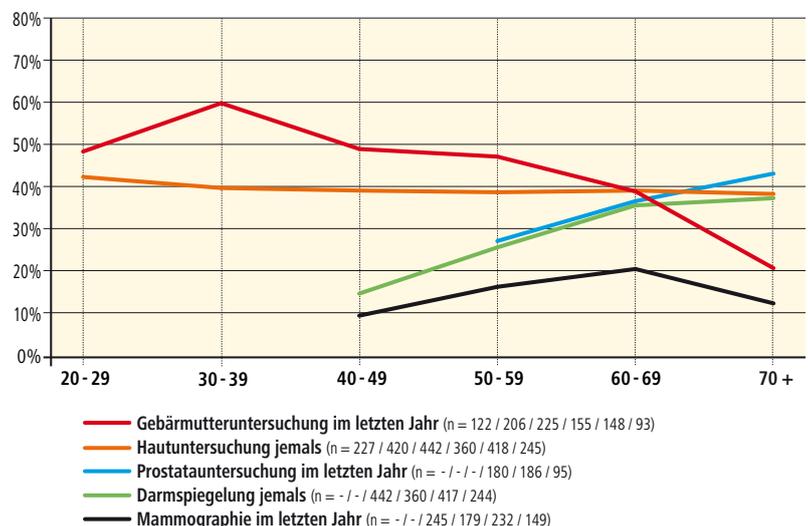
**Abb. 6.2:** Vorsorgemassnahmen nach Alter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

Frauen im empfohlenen Alter zwischen 50 und 69 Jahren durchführen lassen. Dieser Wert mag niedrig erscheinen, hat aber seit 2002 sowohl im Kanton Zürich<sup>3</sup> als auch in der übrigen Deutschschweiz deutlich zugenommen. Eine Prostatauntersuchung liessen im Jahr 2007 37% der über 50-jährigen Zürcher Männer machen gegenüber 30% im Jahr 2002. Mittlerweile wird diese Vorsorgeuntersuchung jedoch nicht mehr empfohlen.

**Abb. 6.3:** Krebsvorsorgeuntersuchungen nach Alter, Kanton Zürich, 2007



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.

<sup>1</sup> Der Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

<sup>2</sup> Der Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant ( $p < .01$ ).

<sup>3</sup> Die Zunahme ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

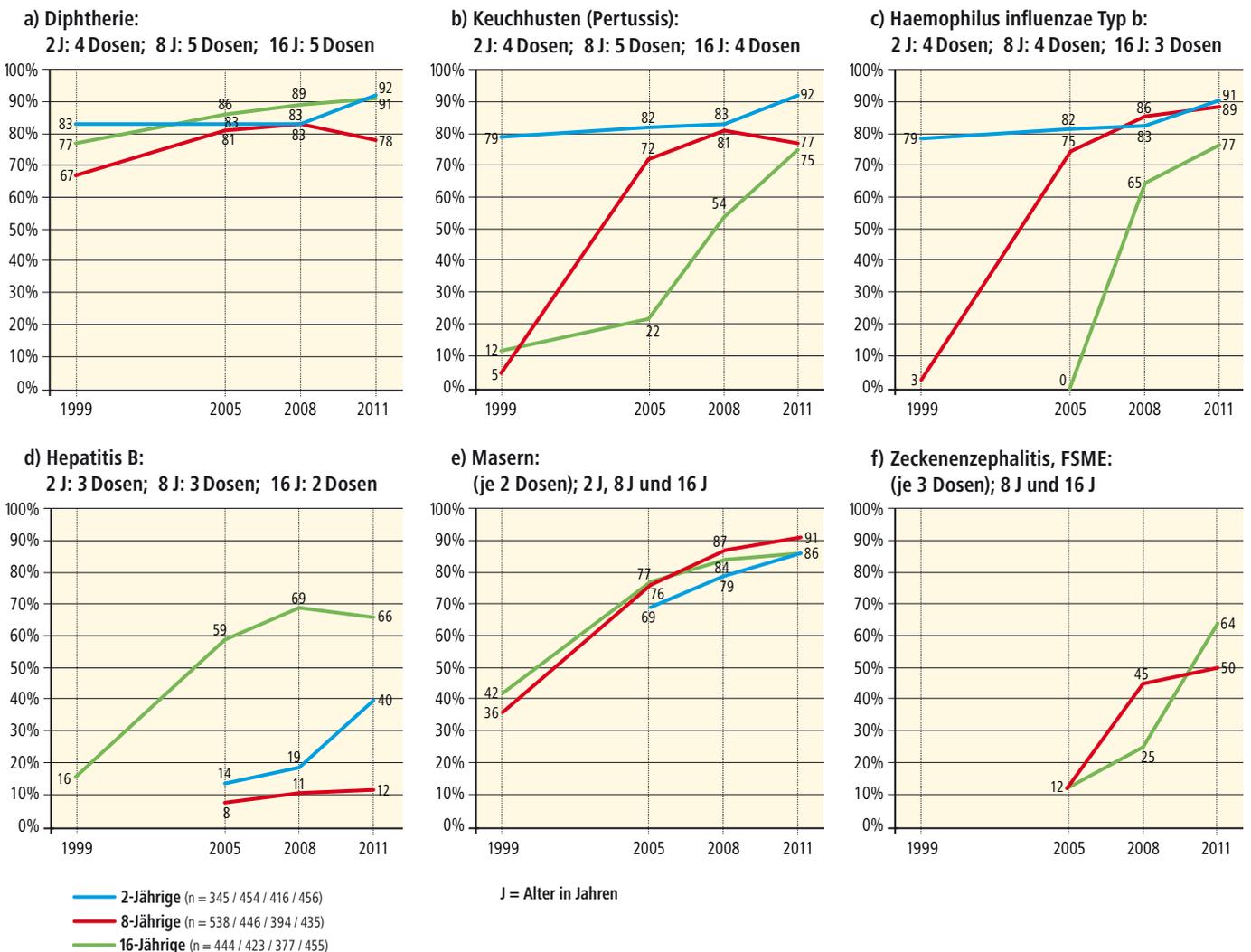
## 6.2 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen: zunehmend besser, aber immer noch ungenügend

Obwohl Impfungen als eine der wirksamsten Massnahmen zur Förderung der Gesundheit gelten, befolgt nur ein Teil der Bevölkerung die Empfehlungen des Bundes und der Kantone. Das Bundesamt für Gesundheit hat in Zusammenarbeit mit den Kantonen und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich seit 1999 ein nationales Monitoringsystem etabliert.<sup>4</sup> Dieses ermöglicht, die Bedrohung durch Epidemien aufgrund mangelnder Impfabzeptanz einzuschätzen, aktuelle Impfeempfehlungen zu evaluieren und Massnahmen zu planen. Hierzu wird der Durchimpfungsgrad der Kinder in jedem Kanton innerhalb von drei Jahren erfasst; vier Erhebungen wurden im Kanton Zürich bereits durchgeführt (1999, 2005, 2008 und 2011).

### Vermehrte Anstrengungen in den letzten Jahren haben zunehmend Erfolg

Daten aus der Schweizer Durchimpfungsstudie (The Swiss National Vaccination Coverage Survey) zeigen eine Zunahme der Impfquote im Kanton Zürich für Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Masern und Zeckenzephalitis zwischen der ersten Erhebungsperiode im 1999 und der letzten Erhebung 2011 (Abb. 6.4). Während für Diphtherie die Steigerung gering ausfällt, hat sich die generelle Durchimpfungsrate bei den anderen Impfungen signifikant verbessert.<sup>5</sup> Der Anstieg bei der Keuchhustenimpfung und Haemophilus influenzae-Impfung ist auf den Gebrauch des kombinierten Impfstoffes und die Verwendung ei-

Abb. 6.4: Durchimpfung bei 2-, 8- und 16-Jährigen, Kanton Zürich, 1999-2011



Datenquelle: Swiss National Vaccination Coverage Survey.

nes neuen Pertussis-Impfstoffs mit verbesserter Verträglichkeit zurückzuführen. Die höhere Akzeptanz der Hepatitis B-Impfungen hat ebenfalls mehrere Gründe: Die Impfpromotion in den Schulen wurde intensiviert, Jugendliche werden neu mit einem 2- statt 3-Dosen-Schema geimpft und bei Kleinkindern kommen neu kombinierte Impfstoffe zum Einsatz. Zudem ist bereits fundiertes Wissen über diese Krankheit in der Bevölkerung vorhanden.

### Masern-Durchimpfungsraten im Kanton Zürich immer noch zu tief

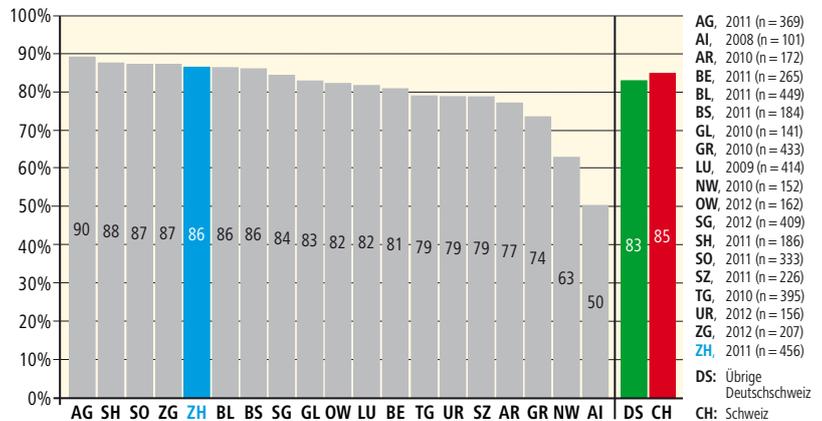
Die Masern-Durchimpfung im Kanton Zürich hat sich kontinuierlich gesteigert. Die Zunahme für zwei Dosen betrug zwischen 2005 und 2008 7% bis 11% (je nach Altersgruppe), zwischen 2008 und 2011 noch 2% bis 7% (Abb. 6.4).

Trotz einer hohen nationalen Masern-Impfbedeckung mit der ersten Dosis von beinahe 95% bei den 2-jährigen Kindern, variieren die Raten für die zweite Impfung zwischen den Kantonen stark, von 50% im Kanton Appenzell Innerrhoden bis zu 93% im Kanton Genf. Der Kanton Zürich liegt mit 86% ganz leicht über dem Landesmittel (Abb. 6.5). Dies ist zwar bedeutend höher als früher, liegt bei den Kindern aber immer noch unter den für eine erfolgreiche Elimination der Masern nötigen 95%.

### Schulimpfprogramme lohnen sich

Die Durchimpfungsraten werden von Faktoren wie Nationalität, Ausbildung der Mütter, Sprachregion und Geburtsjahr wie auch von Schulimpfprogrammen beeinflusst. Tabelle 6.1 zeigt, dass 16-jährige Jugendliche, die in den Städten Zürich, Basel oder Neuenburg wohnen, jeweils eine deutlich höhere Masern-Mumps-Röteln-Impfrate (MMR) aufweisen als diejenigen im übrigen Kantonsgebiet. In der Stadt Zürich kann dies sehr wahrscheinlich mit den angeordneten Nachholimpfungen in den Schulen erklärt werden. Die Schulärzte im ganzen Kanton Zürich haben die Impfbewilligung; von dieser wird im übrigen Kantonsgebiet jedoch nicht systematisch Gebrauch gemacht. Es impfen nur 30 bis 40% dieser Schulärzte.<sup>6</sup> Die Daten 2005 bis 2010 zeigen

**Abb. 6.5:** Masern-Durchimpfungsraten mit zwei Dosen bei 2-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweizer Kantone, 2008-2012



Datenquelle: Swiss National Vaccination Coverage Survey.

**Tab. 6.1:** MMR-Impfraten mit zwei Dosen bei 16-Jährigen nach Stadt/Land-Zugehörigkeit, Sprachgebiet und Schulimpfprogramm, 2005-2010

Kanton/Region	Sprachgebiet	Schulimpfprogramm	Schulimpf-schwestern involviert	n	MMR-Impfrate
ZH-Land	Deutsch	unklar*	nein	609	73.6%
ZH-Stadt	Deutsch	impfen	ja	191	86.9%
BL	Deutsch	nicht impfen	nein	917	68.6%
BS	Deutsch	impfen	ja	1695	88.4%
NE-Land	Französisch	nicht impfen	nein	364	77.2%
NE-Stadt	Französisch	impfen	ja	132	81.8%

\* Schulimpfprogramm unklar: Impfen in den Schulen erlaubt, aber unklar, ob es gemacht wurde.

Datenquelle: Swiss National Vaccination Coverage Survey.

auch deutlich, dass 16-Jährige in der Deutschschweiz, die in der Schule geimpft wurden, eine wesentlich höhere MMR-Impfrate für zwei Dosen erreichen, wenn die Impfung in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachfrau durchgeführt wurde. Es ist sehr wichtig, dass die Masernimpfung nicht nur bei Vorschul- und Primarschulkindern, sondern auch bei Oberstufenschüler/innen und Berufschüler/innen durchgeführt wird. Solange die Jugendlichen noch in der Schule bzw. in Ausbildung sind, ist eine höhere Erreichbarkeit gewährleistet als später.

<sup>4</sup> Vgl. [www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02133/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02133/index.html?lang=de)

<sup>5</sup> Statistisch signifikant ( $p < .05$ ).

<sup>6</sup> Dr. F. Pini Züger, Schulärztlicher Dienst des Kantons Zürich, persönliche Mitteilung, 2011.

### 6.3 Spitalaufenthalte werden seltener und kürzer

Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer in der Schweiz lag im Jahr 2011 bei 9,6 Tagen. Die mittlere Aufenthaltsdauer hat sich für Patienten aus dem Kanton Zürich zwischen 2000 und 2010 von 12,0 auf 9,7 Tage verkürzt (-19%). In der übrigen Deutschschweiz war der Rückgang noch markanter, so dass heute zwischen den beiden Regionen insgesamt kein nennenswerter Unterschied mehr besteht. Die kürzere mittlere Aufenthaltsdauer bei älteren Zürcher/innen ist nur noch bei den Hochbetagten sichtbar. Der Rückgang der Aufenthaltsdauer zeigt sich bei beiden Geschlechtern und in allen Altersklassen, besonders deutlich aber bei Frauen über 60 und bei Männern zwischen 10 und 40 Jahren (Abb. 6.6). Ältere Personen ab 70 Jahren bleiben im Durchschnitt etwa doppelt so lange hospitalisiert wie Kinder unter 10 Jahren.

Im Kanton Zürich betrug die gesamte Hospitalisierungsdauer im Jahr 2010 bei den Männern über 900'000 Tage, bei den Frauen über 1,1 Mio. Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital gemessen an der Gesamtbevölkerung lag bei den Männern bei 1,3 Tagen, bei den Frauen bei 1,6 Tagen. Die Anzahl Hospitalisierungen (inkl. Psychiatrie und Rehabilitation) im Kanton Zürich betrug im Jahr 2011 knapp 240'000 (bei etwas über 6'300 Betten).

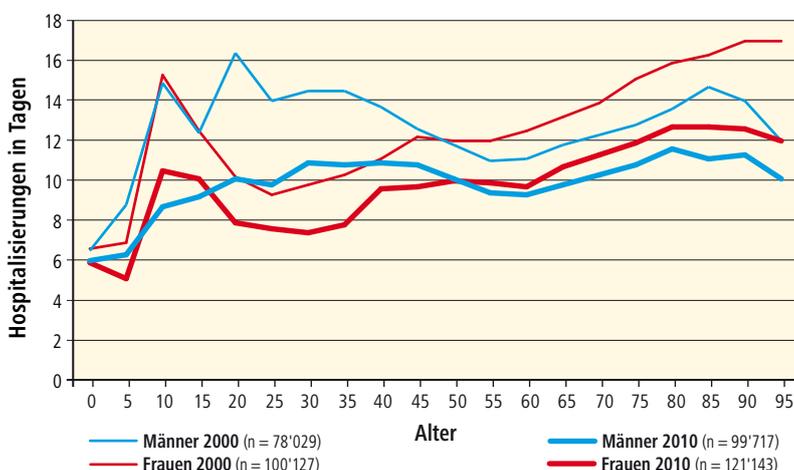
Im Jahr 2011 waren von 1'000 Einwohner/innen im Kanton Zürich 133,7 Personen hospitalisiert. Dieser Wert liegt leicht über dem Landesdurchschnitt von 130,3 hospitalisierten Personen, jedoch tiefer als in

der Nordwestschweiz (142,6) und der Ostschweiz (136,7). In der Deutschschweiz hat die Zentralschweiz die tiefste Rate (120,2 hospitalisierte Personen pro 1'000 Einwohner/innen). Die Inanspruchnahme von Reha-Aufenthalten liegt im Kanton Zürich dagegen unter dem Landesmittel der Schweiz.

Die Anzahl der Mehrfachhospitalisierungen innerhalb desselben Jahres hat in den letzten Jahren leicht zugenommen. Im Jahr 2000 hatten rund 20% aller stationären Patienten aus dem Kanton Zürich mehr als einen Spitalaufenthalt, zehn Jahre später waren es bereits knapp 22% (rund 15% mit zwei, 6% mit drei bis fünf und knapp 1% mit mindestens sechs Spitalaufenthalten). Mehrfachhospitalisierungen sind im Kindesalter am seltensten (<10%) und werden mit zunehmendem Alter häufiger bis zu einem Maximum von rund 35% bei den 80- bis 84-Jährigen. Im Kanton Zürich kommen im Jahr 2010 Mehrfachhospitalisierungen bei rund einem Viertel der männlichen Patienten (24%) und einem Fünftel der weiblichen Patienten (20%) vor, in der übrigen Deutschschweiz sind diese Anteile ähnlich hoch (Männer 25%, Frauen 22%).

Etwa jede 13. bis 14. Spitalbehandlung von Personen aus dem Kanton Zürich erfolgt in einem anderen Kanton, am häufigsten in den Kantonen Aargau (2011: 4'300 Fälle) und Thurgau (2011: 2'700 Fälle). Dabei dürfte es sich mehrheitlich um Reha-Aufenthalte handeln. Dennoch erbringt der Kanton Zürich mehr Spitalleistungen für ausserkantonale oder ausländische Personen als er umgekehrt selbst für ausserkantonale behandelte Zürcher/innen beansprucht. Im Jahr 2011 wurden im Kanton etwas mehr als 190'000 Personen in Spitälern und Kliniken behandelt, davon stammten gut 25'000 (13%) aus anderen Kantonen und knapp 3'000 (1,5%) aus dem Ausland. Der Kanton Zürich ist damit der Kanton mit der grössten Anzahl ausserkantonomaler Patienten/innen. Anteilsmässig sind es jedoch nur 15% aller behandelten Personen, die nicht im Kanton Zürich wohnen. Im Vergleich mit anderen Kantonen ist dieser Anteil eher gering: So hat der Kanton Appenzell Ausserrhodens z.B. 66% und der Kanton Basel Stadt 50% ausserkantonale Patientinnen und Patienten.

**Abb. 6.6:** Durchschnittliche Hospitalisierungsdauer nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2000 und 2010



Länger als ein Jahr dauernde Hospitalisierungen wurden bei dieser Berechnung auf 365 Tage beschränkt.

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000 und 2010.

#### Bei Männern ist bei Hospitalisierungen häufig Alkohol im Spiel

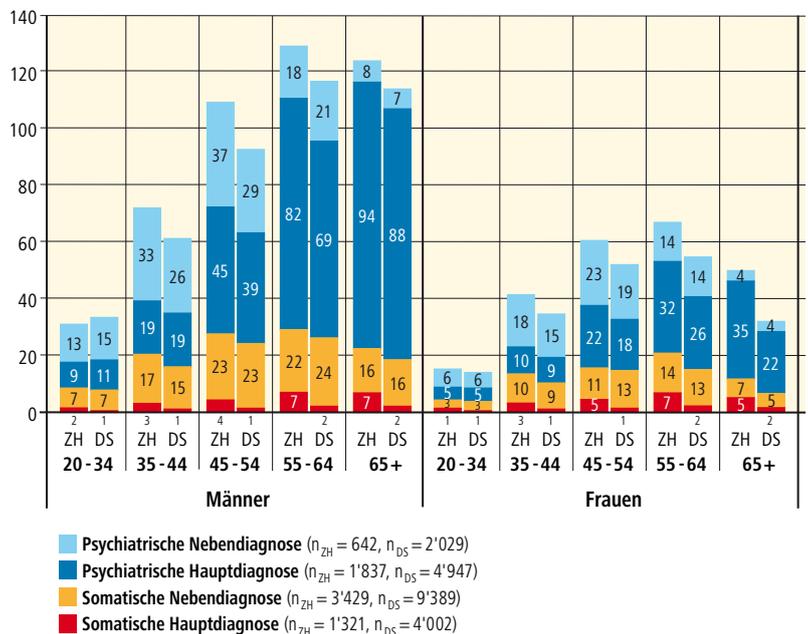
Gemäss einer Studie von Sucht Schweiz (Marmet et al., 2013) ist jeder zwölfte Todesfall auf Alkohol-

konsum zurückzuführen. Der Grossteil dieser Todesfälle wurde durch übermässigen chronischen Alkoholkonsum verursacht. Hospitalisierungen aufgrund von übermässigem Alkoholkonsum sind daher im Kanton Zürich ebenfalls keine Seltenheit: Im Jahr 2010 sind bei Männern zwischen 20 und 64 Jahren gut 20% aller Hospitalisierungen in psychiatrischen Kliniken hauptsächlich auf übermässigen Alkoholkonsum zurückzuführen. Bei weiteren knapp 10% ist der problematische Alkoholkonsum nicht die Hauptursache für den Klinikaufenthalt, aber ebenfalls im Fokus der Behandlung (Abb. 6.7). Weitere Spitalaufenthalte kommen aus den Akutspitälern und Rehakliniken hinzu: Dort beträgt der Anteil der Hospitalisierungen aufgrund problematischen Alkoholkonsums 5%. Bei Frauen ist die Hospitalisierungsrate aufgrund von Alkoholmissbrauch deutlich geringer, nämlich gut 2% in psychiatrischen Kliniken und knapp 3% in stationären Akut- und Rehakliniken. Im Kanton Zürich ist die Hospitalisierungsrate aufgrund von übermässigem Alkoholkonsum höher als in der übrigen Deutschschweiz. Zudem ist gemäss Holzer et al. (2012) jeder zehnte Rettungseinsatz in der Grosse Region Zürich auf übermässigen Alkoholkonsum und/oder Drogenkonsum zurückzuführen (Alkohol 64%, Drogen 27%, beide Suchtmittel 9%).

### Zunahme der Kaiserschnitte insbesondere bei jungen Zürcherinnen

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz mit einem Anteil von 32% Kaiserschnittgeburten deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 26% (OECD, 2011). Im Kanton Zürich haben Geburten per Kaiserschnitt von 2003 bis 2010 um einen Fünftel zugenommen von 29% auf 35% (DS: von 28% auf 34%). Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die Frauen in der Schweiz zunehmend später Kinder haben (vgl. Kap. 2.2). Während die Geburten per Kaiserschnitt bei Frauen unter 25 Jahren weniger als 25% ausmachen, steigt dieser Anteil mit dem Alter der werdenden Mütter kontinuierlich an und beträgt bei Frauen mit 45 Jahren und darüber mehr als 60% (Abb. 6.8). In der übrigen Deutschschweiz zeigt sich mit zunehmendem Alter derselbe kontinuierliche Anstieg, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt (Anstieg von 28% auf 56%). Im Kanton Zürich sind die Frauen bei der Geburt ihrer Kinder im Durchschnitt fast ein Jahr älter als in der übrigen Deutschschweiz (vgl. Kapitel 2.2).

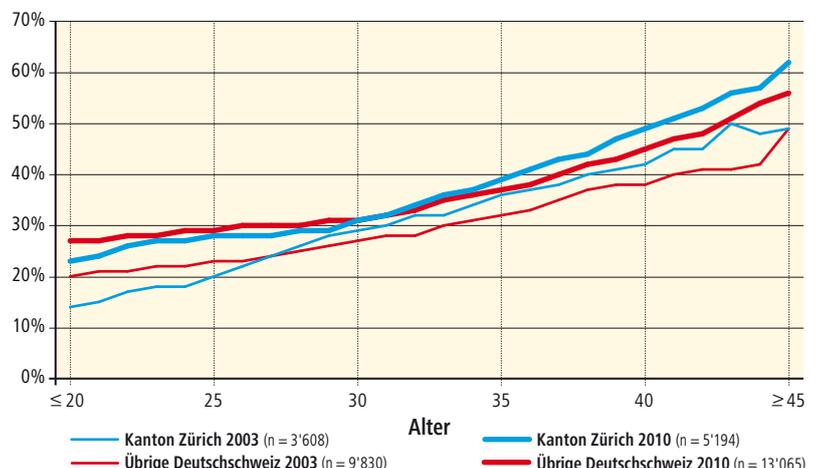
**Abb. 6.7:** Stationäre Hospitalisierungen mit Alkoholbezug pro 10'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2010



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010.

Bezüglich der Kaiserschnittgeburten gibt es grosse regionale Unterschiede. Generell sind Geburten per Kaiserschnitt in städtischen Gebieten häufiger als in ländlichen. Im Kanton Zürich ist die Rate besonders hoch in den Gemeinden entlang des Zürichsees (über 40%), während die Gemeinden des Zürcher Oberlandes deutlich tiefere Raten aufweisen (unter 30%).

**Abb. 6.8:** Anteil der Kaiserschnittgeburten am Total der Geburten nach Alter der Mutter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2003 und 2010



Daten über fünf Jahre geglättet.

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000-2010.

## 6.4 Heime sind erst im hohen Alter eine typische (weibliche) Wohnform

Rund 16'000 Zürcher/innen lebten Ende 2008 in insgesamt 248 Alters- oder Pflegeheimen, davon waren 120 öffentliche Heime, die übrigen private oder privat subventionierte Heime. Drei Viertel der Personen in Alters- und Pflegeheimen waren Frauen. Der Anteil der Wohnbevölkerung, die 2008 in Heimen lebte, ist bei den unter 80-Jährigen sehr gering und liegt, sowohl im Kanton Zürich wie auch in der

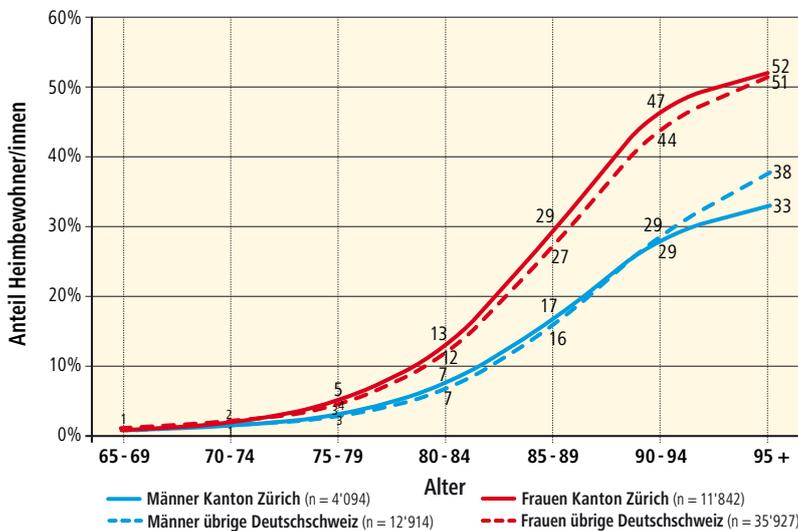
übrigen Deutschschweiz, unter 5%. Mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil jedoch markant zu, von deutlich unter 1% bei den 65-Jährigen auf 7% bei den 80- bis 84-jährigen Männern bzw. 13% bei den gleichaltrigen Frauen (Abb. 6.9). Bei den 85- bis 89-jährigen Frauen lag der Anteil der Heimbewohner/innen schon bei knapp 30%, bei den über 95-jährigen Frauen sogar bei über der Hälfte. Männer im gleichen Alter weisen durchwegs und mit steigendem Alter zunehmend niedrigere Anteile an Heimbewohnern auf. Das hat vor allem damit zu tun, dass betagte und hochbetagte Männer häufig noch eine jüngere Partnerin haben, die sie bei Bedarf pflegt, wohingegen gleichaltrige Frauen meist schon verwitwet sind und/oder nicht auf Pflege und Betreuung durch den Partner zählen können.

Die Heimbewohner waren Ende 2008 im Durchschnitt 79 Jahre alt, die Heimbewohnerinnen 84 Jahre alt. Das Medianalter liegt aber deutlich höher – so sind 64% der Zürcher Heimbewohner und über 80% der Heimbewohnerinnen 80 Jahre oder älter (Abb. 6.10). Der Heimeintritt erfolgte in der übrigen Deutschschweiz durchschnittlich etwas später als im Kanton Zürich: bei Männern mit 81 Jahren, bei Frauen mit 85 Jahren.

### Jeder fünfte Heimeintritt erfolgt direkt aus dem Spital

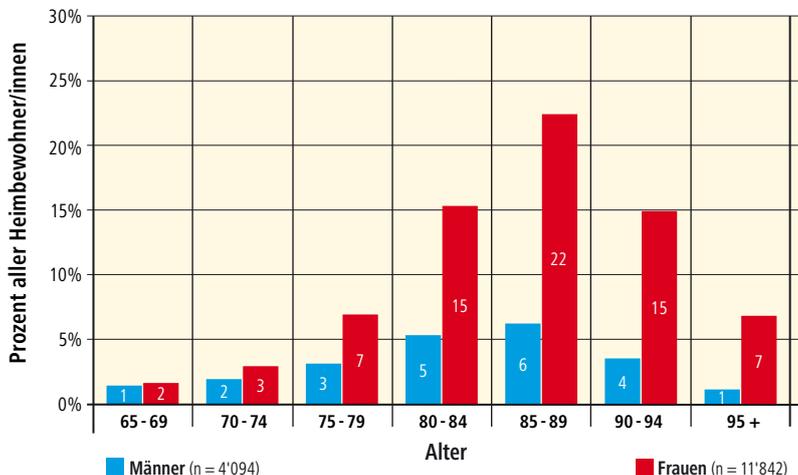
Jeder fünfte Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim im Kanton Zürich erfolgte 2008 aus einem Spital (Frauen: 20%; Männer: 22%), weitere 8% der Frauen und 10% der Männer haben das Heim gewechselt. Der überwiegende Teil kommt aus Privathaushalten: Vor dem letzten Heimaufenthalt lebten 54% der Männer und 64% der Frauen in einem Privathaushalt. In der übrigen Deutschschweiz sind diese Anteile vergleichbar: Heimeintritte bei den Frauen (Männern) erfolgten zu 20% (22%) aus einem Spital, zu 7% (8%) aus einem anderen Heim und zu 63% (58%) aus dem Privathaushalt. Ein Blick über den «Röstigraben» hinaus ist hier interessant: In der Romandie lebten unmittelbar vor Heimeintritt nur 36% in einem Privathaushalt, knapp jede/r zweite Heimbewohner/in (48%) kam hingegen direkt nach einem Spitalaufenthalt in ein Heim.

**Abb. 6.9:** Anteil der in Heimen lebenden Personen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2008



Datenquelle: BFS; SOMED 2008.

**Abb. 6.10:** Verteilung der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2008



Rund 7 % der in den Heimen lebenden Personen sind jünger als 65 Jahre.

Datenquelle: BFS; SOMED 2008.

## Heimaufenthalt in der Regel für mehrere Jahre

Der Aufenthalt in einem Heim ist typischerweise langfristig. Nur 27% aller Personen im Kanton Zürich (übrige Deutschschweiz 26%), die Ende 2008 in einem Heim lebten, war in den zwölf Monaten davor dort eingezogen, alle anderen in den Jahren zuvor. 43% der Heimbewohner/innen waren bereits mehr als drei Jahre im jeweiligen Heim wohnhaft, ein weiteres Drittel sogar mehr als vier Jahre. Die Hälfte der Heimbewohner/innen im Kanton Zürich war seit 29 Monaten (übrige Deutschschweiz 25 Monate) dort wohnhaft.

Die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer ist im Kanton Zürich und der übrigen Deutschschweiz fast identisch (Kanton Zürich 45 Monate; übrige Deutschschweiz 47 Monate). Grosse Unterschiede gibt es aber zwischen den Geschlechtern: Während im Kanton Zürich 45% der Frauen mehr als drei Jahre im selben Heim lebten, waren es bei den Männern nur 37%. 55% der Frauen wohnten schon seit über drei Jahre im selben Heim, während es bei den Männern nur 37% waren. Es lebten daher nicht nur mehr Frauen in Heimen, sondern diese lebten im Durchschnitt auch deutlich länger im selben Heim.

## Zürcher Heimbewohner/innen haben geringeren Pflegebedarf

Wenn nur Heimbewohner/innen in Langzeitpflege berücksichtigt werden und als Kurzaufenthalter geltende Personen entsprechend ausgeklammert werden, liegt der Anteil unter den Zürcher Rentne-

rinnen und Rentnern bei 6.3%. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen den unter und den über 80-Jährigen sind jedoch nach wie vor markant (Tab. 6.2). Von dieser über längere Zeit in Heimen lebenden 65-jährigen und älteren Zürcher Bevölkerung weisen rund zwei Drittel (68%) einen mittleren bis hohen Pflegebedarf von mehr als 40 Minuten pro Tag und ein Drittel einen geringen Pflegebedarf von weniger als 40 Minuten pro Tag auf (Tab. 6.2). In der übrigen Deutschschweiz sind prozentual praktisch gleich viele Rentner/innen in Langzeitpflege und wohnen in Alters- und Pflegeheimen. Unter diesen ist der Anteil derjenigen mit mittlerem oder hohem Pflegebedarf jedoch bei knapp drei Vierteln (74%) und damit höher als bei den Zürchern und Zürcherinnen.

**Tab. 6.2:** Anteil Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen und deren Pflegebedarf, Langzeitpflege, 2012

	Kanton Zürich		Übrige Deutschschweiz		
	Anteil in %	Anzahl Bewohner/innen	Anteil in %	Anzahl Bewohner/innen	
<b>Total 65-jährige und ältere Bevölkerung</b>	<b>6.3</b>	<b>104'795</b>	<b>6.2</b>	<b>46'862</b>	
Geschlecht	Frauen	8.3	11'020	8.2	34'613
	Männer	3.7	3'775	3.7	12'249
Altersgruppen	65-79 Jahre	1.6	2'766	1.7	9'245
	80+ Jahre	18.5	12'029	17.8	37'617
Pflegebedarf der Heimbewohner/innen	gering <sup>1</sup>	31.7	4'610	26.3	12'190
	mittel/hoch <sup>2</sup>	68.3	9'914	73.7	34'166

<sup>1</sup> Pflegebedarf bis 40 Minuten pro Tag (vgl. Art. 7a, Abs. 3 KLV)

© Obsan

<sup>2</sup> Pflegebedarf mehr als 40 Minuten pro Tag

Datenquelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), 2012.

## 6.5 Wirtschaftliche Aspekte von Alkoholmissbrauch und Depressionen

Es sind für den Kanton Zürich keine Arbeiten zu wirtschaftlichen Aspekten von Krankheiten bekannt. Daher werden nachstehend zwei neue Studien zu verbreiteten und kostspieligen Gesundheitsproblemen in der Schweiz (Alkoholmissbrauch, Depressionen) herangezogen und versucht, diese gesamtschweizerisch berechneten Kosten für den Kanton Zürich abzuschätzen.

Da Depressionen sowohl Ursache wie Folge von übermässigem, missbräuchlichem Alkoholkonsum sein können, ist klar, dass gewisse Kosten für Depressionen und alkoholbedingte Hospitalisierungen in beide Kostenschätzungen miteinfließen und sich teilweise überlappen, weswegen die entsprechenden Kosten nicht einfach addiert werden dürfen.

### Alkoholbedingte Kosten im Kanton Zürich

Die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz betragen im Jahr 2010 laut einer vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen und jüngst als Bericht (graue Literatur) fertiggestellte Studie (Fischer et al., 2014) rund 4,2 Milliarden Franken. Darin eingerechnet sind neben den direkten Kosten für die Behandlung von alkoholbedingten Krankheiten, Unfällen und Verletzungen, die überwiegend im

Gesundheitswesen anfallen, und den ebenfalls direkten Kosten, die im Zusammenhang mit alkoholbedingten Straftaten bei Polizei, Justiz und Strafvollzug entstehen, auch durch Produktivitätsverluste und frühzeitige Todesfälle indirekt entstehende betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten. Von den genannten 4,2 Mrd. Franken entfallen etwa 40% (rund 1,7 Mrd. Franken) auf die Unternehmen in Form von unmittelbaren Produktivitätsverlusten und Fehlzeiten. Nochmals 1,7 Mrd. Franken entstehen durch frühzeitigen Tod und Pensionierung – Kosten, die die Volkswirtschaft als Ganzes zu tragen hat. Die restlichen 20% der Kosten (rund 0,8 Mrd. Franken) schliesslich fallen beim Staat (knapp 0,4 Mrd. Franken) sowie den Sozialversicherungen und Privathaushalten an.

Bei den so ermittelten alkoholbedingten Gesamtkosten ist der protektive Effekt des moderaten Alkoholkonsums auf gewisse Krankheiten (ischämische Herzkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes) bereits in Abzug gebracht. Entsprechend werden die Kosten als Nettokosten ausgewiesen (Tab. 6.3).

Um aus diesen alkoholbedingten gesamtschweizerischen Kosten den entsprechenden Anteil für den Kanton Zürich grob abzuschätzen, werden besagte Kosten in Bezug zum Bevölkerungsanteil gesetzt. Per Ende 2010 betrug der Anteil der Zürcher Bevölkerung an der gesamten ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz 17,4%. Allerdings liegt im Kanton Zürich gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 der Anteil an Personen mit mittlerem bis hohem Risiko bezüglich Alkoholkonsum vor allem bei den Frauen mit knapp 3% klar unter dem Durchschnitt der gesamten Schweiz von über 4%. Gleichzeitig jedoch ist die alkoholbedingte Hospitalisierungsrate im Kanton Zürich höher als beispielsweise in der übrigen Deutschschweiz (vgl. Kap. 6.3). Auch ist das Preis- und Lohnniveau im Kanton Zürich vergleichsweise hoch. Es ist also schwer abzuschätzen, ob das Alkoholproblem im Kanton Zürich kostenmässig über- oder unterproportional schwer wiegt im Vergleich zur gesamten Schweiz. Die gemäss dem Bevölkerungsanteil von 17,4% errechneten Nettokosten von 735 Mio. Franken dürften also tatsächlich um geschätzte 5% höher oder auch tiefer liegen. Die so geschätzten alkoholbedingten Nettokosten im Kanton Zürich liegen damit voraussichtlich zwischen 700 und 770 Mio. Franken pro Jahr.

**Tab. 6.3:**  
Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz und im Kanton Zürich, 2010

	Kosten Schweiz (in Mio. Franken)		Kosten Kanton Zürich (in Mio. Franken)	
	Bruttokosten	Nettokosten	Zürcher Anteil an Nettokosten CH (17.4%)	Abweichung um +/- 5%
<b>Direkte Kosten</b>	<b>1'077</b>	<b>864</b>	<b>151</b>	<b>+/- -7</b>
• Gesundheitswesen	826	613	107	+/- -5
• Strafverfolgung	251	251	44	+/- -2
<b>Indirekte Kosten</b>	<b>3'590</b>	<b>3'360</b>	<b>584</b>	<b>+/- -29</b>
• Produktivitätsverluste aus Mortalität	1'520	1'394	242	+/- -12
• Produktivitätsverluste aus Morbidität	896	792	138	+/- -7
• Direkte Produktivitätsverluste	1'175	1'175	204	+/- -10
<b>Total</b>	<b>4'668</b>	<b>4'224</b>	<b>735</b>	<b>+/- -36</b>

## Kosten von Depressionen im Kanton Zürich

Rund die Hälfte aller Schweizerinnen und Schweizer erkrankt mindestens einmal im Verlauf des Lebens an einer psychischen Störung. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 leiden jährlich ca. 6% der Schweizer Bevölkerung unter einer depressiven Störung, und etwa ein Fünftel der Bevölkerung gibt an, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung depressive Beschwerden gehabt zu haben.

Trotz ihrer Verbreitung sind Depressionen immer noch ein gesellschaftliches Tabuthema, und die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit wurden bislang kaum untersucht. Im Rahmen einer 2013 veröffentlichten patientenbezogenen Studie konnten nun aber auf der Grundlage einer Stichprobe von insgesamt 556 Patientinnen und Patienten aus sieben Kantonen die Kosten von Depressionen recht zuverlässig für die gesamte Schweiz geschätzt werden (Tomonaga et al., 2013). In dieser Studie wurden demographische sowie klinische Charakteristika der Patientinnen und Patienten, der Schweregrad der Erkrankung sowie die direkten und indirekten Folgekosten von Depressionen erfasst. Zu den direkten Kosten zählen insbesondere Hospitalisierungs-, Arztbesuchs- und Behandlungskosten, die indirekten Kosten umfassen Arbeitsausfall und Invalidität.

Generell gehen Patienten mit einer schweren Depression häufiger zum Arzt oder Psychiater, werden häufiger hospitalisiert, bleiben länger im Spital und weisen einen erhöhten Medikamentenkonsum auf im Vergleich mit Patienten, die an einer milden oder mittelschweren Depression leiden. Dazu verlieren sie deutlich mehr Arbeitstage und sind häufiger invalid. Diese Unterschiede zeigen sich in den Kostenberechnungen.

Für das vorliegende Kapitel wurden die in der erwähnten Schweizer Studie (Tomonaga et al., 2013) gewonnenen Daten von 246 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich separat analysiert. Um die direkten Kosten von Depressionen im Jahr 2007/08 quantifizieren zu können, wurden die Anzahl Arztbesuche, die verordneten Medikamente und Therapien sowie die Anzahl Hospitalisierungstage im Zusammenhang mit der Depression berücksichtigt. Die für den Kanton Zürich berechneten

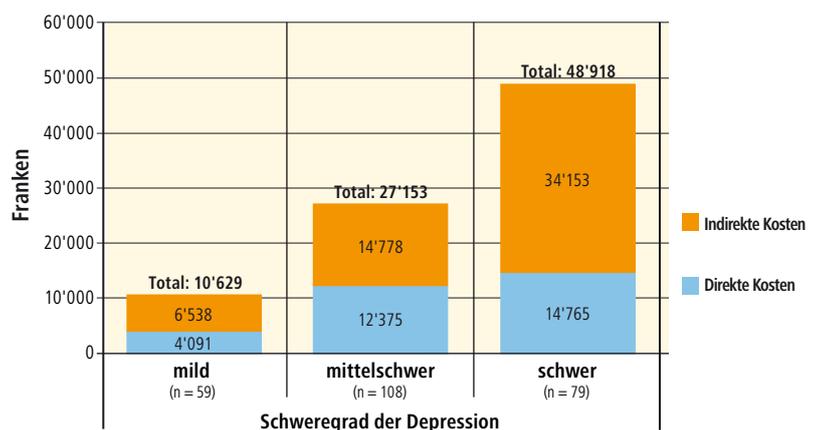
direkten Kosten pro Patient/in belaufen sich jährlich auf rund 4'100 Franken für milde, 12'400 Franken für mittelschwere und 14'800 Franken für schwere Depressionen (Abb. 6.11).

Zur Abschätzung der indirekten Kosten wurden die depressionsbedingt verlorenen Arbeitstage sowie eine allfällige Invalidität der Patienten berücksichtigt. Die für den Kanton Zürich geschätzten indirekten Kosten pro Patient/in betragen 6'500 Franken für eine milde Depression, 14'800 Franken für eine mittelschwere und 34'200 Franken für eine schwere Depression (Abb. 6.11).

In der Studie wurde geschätzt, dass Depressionen in der Schweiz bis zu 11 Milliarden Franken pro Jahr kosten. Unter der Annahme, dass Depressionshäufigkeit und -kosten pro Patient/in in allen Kantonen vergleichbar sind, betragen die gesamten durch Depressionen verursachten Kosten im Kanton Zürich damit hochgerechnet rund 1,9 Milliarden Franken pro Jahr.

Depressionen sind also nicht nur weitverbreitet, sondern auch teuer. Es ist wichtig, die Bevölkerung für Depression und andere psychische Erkrankungen sowie für Suizidhandlungen zu sensibilisieren und damit der Tabuisierung dieser Themen entgegenzuwirken. Dazu sollten präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen implementiert werden, um Risikofaktoren für Depression (z.B. soziale Isolation, Stress am Arbeitsplatz, mangelnde körperliche Aktivität, Schlaflosigkeit oder Alkohol- und Drogenkonsum) positiv zu beeinflussen.

**Abb. 6.11:** Direkte und indirekte Kosten von Depressionen pro Patient/in und Jahr nach Schweregrad, Kanton Zürich, 2007/08



## 6.6 Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)<sup>7</sup>

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit den Gesundheitskosten und den Prämien im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Für die folgenden Auswertungen standen die Daten des Datenpools der SASIS AG<sup>8</sup> zur Verfügung.

Kanton und Jahr, wobei der Abdeckungsgrad im Kanton Zürich von 2008 bis 2012 zwischen 96.6% und 99.5% betrug. Die unterschiedlichen Marktdeckungen werden bei der Analyse der Totalkosten mit einer Hochrechnung auf 100% ausgeglichen.<sup>9</sup>

**Tab. 6.4:**  
Bruttokosten in der OKP (in Mio. Fr.) nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2008-2012

		ZH						DS	
		2008	2009	2010	2011	2012	Anteil in %	Ø Veränderung <sup>1</sup>	Ø Veränderung <sup>1</sup>
Spitäler	Stationäre Leistungen	830.5	901.3	919.6	926.0	970.5	21.4	4.0	3.2
	Ambulante Leistungen	558.1	605.6	642.4	687.0	766.6	16.9	8.3	7.6
	Total Leistungen	1'388.6	1'506.9	1'562.1	1'613.0	1'737.1	38.3	5.8	4.9
Arztpraxen	Behandlungen	926.4	965.8	998.6	1'034.7	1'087.9	24.0	4.1	3.6
	Medikamente	325.5	344.9	340.9	344.7	360.0	7.9	2.6	0.5
	Übrige Leistungen	112.6	112.9	103.7	114.3	111.4	2.5	-0.3	-1.1
	Total Leistungen	1'364.5	1'423.5	1'443.2	1'493.7	1'559.3	34.4	3.4	2.3
Pflegeheime		314.4	330.3	331.9	308.0	303.4	6.7	-0.9	1.2
Apotheken und Abgabestellen MiGel <sup>2</sup>		447.5	473.7	487.2	489.6	500.8	11.1	2.9	3.4
PhysiotherapeutInnen		96.3	101.0	106.5	111.2	115.7	2.6	4.7	3.1
Laboratorien		83.7	87.8	92.0	99.9	109.5	2.4	7.0	5.0
Spitex-Organisationen		70.2	77.4	80.8	83.8	89.9	2.0	6.4	7.2
Übrige Leistungserbringer		116.0	120.5	118.5	109.9	114.9	2.5	-0.2	-1.4
<b>Total</b>		<b>3'881.2</b>	<b>4'121.1</b>	<b>4'222.0</b>	<b>4'309.1</b>	<b>4'530.6</b>	<b>100.0</b>	<b>3.9</b>	<b>3.5</b>

<sup>1</sup> Durchschnittliche jährliche Veränderung (geometrisches Mittel) zwischen 2008 und 2012, in %

© Obsan

<sup>2</sup> Mittel- und Gegenstände-Liste

Datenquelle: SASIS AG, Datenpool Jahresdaten 2012 / Risikoausgleichsstatistik / Auswertung Obsan.

Der Datenpool enthält die konsolidierten Daten von rund 60 Krankenversicherern. Die Marktdeckung dieser Krankenversicherer unterscheidet sich je nach

### Höherer Kostenanstieg, aber niedrigere Pro Kopf-Kosten

Die OKP-Bruttokosten entsprechen dem Betrag, welche die Krankenversicherer und die versicherten Personen den Leistungserbringern bezahlen. Die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen (Franchise und Selbstbehalt) sind folglich ebenfalls darin enthalten. Die Bruttokosten beinhalten jedoch nur die Rechnungen, welche den Krankenversicherern effektiv eingereicht wurden. Die OKP-Bruttokosten wurden jeweils dem Wohnkanton der versicherten Personen zugeordnet und sind im Kanton Zürich im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz zwischen 2008 und 2012 leicht überdurchschnittlich angestiegen (Tab. 6.4). Dafür verantwortlich ist hauptsächlich die im Kanton Zürich überdurchschnittliche Bevölkerungszunahme (vgl. Kap. 2.1). Die Kosten pro Kopf liegen dabei im Kanton Zürich unwesentlich unter dem Landesmittel und leicht über dem Durchschnitt in der übrigen Deutschschweiz (Tab. 6.5), wobei die

**Tab. 6.5:**  
Ambulante und stationäre Bruttokosten (in Fr.) in der OKP pro versicherte Person, nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2012

		Ambulant		Stationär <sup>1</sup>		Total	
		ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS
<b>Total</b>		<b>2'330</b>	<b>2'130</b>	<b>912</b>	<b>1'007</b>	<b>3'242</b>	<b>3'137</b>
Geschlecht	Frauen	2'634	2'401	1'066	1'155	3'700	3'556
	Männer	2'020	1'853	754	857	2'773	2'710
Altersgruppen	0-15 Jahre	895	757	168	163	1'063	920
	16-35 Jahre	1'342	1'146	414	424	1'756	1'570
	36-50 Jahre	1'942	1'719	473	510	2'415	2'229
	51-65 Jahre	2'960	2'694	851	948	3'811	3'642
	66+ Jahre	5'141	4'691	3'139	3'344	8'280	8'035

<sup>1</sup> Stationäre Leistungen im Spital und Pflegeheimleistungen

© Obsan

Datenquelle: SASIS AG, Datenpool Jahresdaten 2012 / Auswertung Obsan.

ambulanten Kosten im Kanton Zürich über die Geschlechter und Altersgruppen hinweg etwas höher und die stationären zumeist etwas tiefer sind als im Durchschnitt der übrigen Deutschschweiz (vgl. Tab 6.5).

### Alternative Versicherungsmodelle sind kostengünstiger

Im Folgenden werden die durchschnittlichen OKP-Jahresprämien von 26-jährigen und älteren Perso-

nen im Kanton Zürich und in der übrigen Deutschschweiz dargestellt. Tabelle 6.6 präsentiert eine detaillierte Auswertung der OKP-Jahresprämien nach Versicherungsmodell, Franchise und Prämienregion. Dabei zeigt sich wenig überraschend, dass mit zunehmender Franchise die Jahresprämien sinken. Auch sind die Prämienregionen 2 und vor allem 3 gegenüber Region 1 und alternative Versicherungsmodelle gegenüber dem Standardmodell deutlich kostengünstiger. Das gilt sowohl für den Kanton Zürich als auch für die übrige Deutschschweiz.

**Tab. 6.6:**  
OKP-Jahresprämien pro versicherte Person (in Fr.) nach OKP-Modell und Prämienregion bei 26-jährigen und älteren Versicherten, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2012

OKP-Modell	Franchise in Fr.	ZH					DS	
		Prämienregionen			Ø Prämie <sup>1</sup>	Anteil Versicherte	Ø Prämie <sup>1</sup>	Anteil Versicherte
		1	2	3				
Standardmodell gemäss KVG	300	4'992	4'415	4'054	4'475	25.4	4'330	22.5
	500	4'784	4'261	3'937	4'307	8.8	4'337	7.5
	1'000/1'500	3'992	3'539	3'211	3'551	6.5	3'415	5.6
	2'000/2'500	3'149	2'723	2'421	2'773	7.7	2'643	5.1
Hausarztmodelle ohne Capitation	300	4'189	3'809	3'553	3'814	10.1	3'736	16.5
	500	3'935	3'632	3'411	3'629	4.2	3'638	5.2
	1'000/1'500	3'239	3'011	2'773	2'969	5.9	2'903	8.4
	2'000/2'500	2'733	2'324	2'150	2'403	7.3	2'352	8.3
Capitation- Modelle (HMO, Hausarzt mit Capitation)	300	4'083	3'607	3'430	3'659	4.8	3'667	4.9
	500	3'871	3'372	3'212	3'428	1.6	3'405	1.6
	1'000/1'500	3'196	2'686	2'491	2'736	3.7	2'610	4.1
	2'000/2'500	2'689	2'287	2'151	2'399	3.1	2'398	2.5
Versicherungs- modelle mit Telemedizin	300	4'228	3'734	3'489	3'764	3.0	3'736	2.2
	500	4'048	3'556	3'327	3'562	1.2	3'585	0.9
	1'000/1'500	3'498	2'992	2'744	2'995	2.5	3'914	2.1
	2'000/2'500	2'756	2'366	2'161	2'419	4.1	2'390	2.7
<b>Total</b>		<b>3'996</b>	<b>3'558</b>	<b>3'274</b>	<b>3'586</b>	<b>100.0</b>	<b>3'504</b>	<b>100.0</b>

<sup>1</sup> Nach Prämienregion gewichtete Durchschnittsprämie

© Obsan

Datenquelle: SASIS AG, Datenpool Jahresdaten 2012 / Auswertung Obsan.

<sup>7</sup> Dieses Kapitel wurde mehrheitlich vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) erstellt.

<sup>8</sup> Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der in der Schweiz tätigen Krankenversicherer.

<sup>9</sup> Der zur Hochrechnung benötigte Abdeckungsgrad eines Kantons in einem bestimmten Jahr berechnet sich wie folgt: Versichertenbestand im Datenpool dividiert durch den entsprechenden Versichertenbestand in der Risikoausgleichsstatistik (inkl. Personen im Asylprozess).

## 6.7 Literatur zu Kapitel 6

BFS, Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2011). **Spitex-Statistik 2010** (BFS Aktuell, Fachbereich 14, Gesundheit). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4586](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4586)

Fischer, B., Telsler, H., Widmer, P. & Leukert, K. (2014). **Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz** (Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Vertrag Nr. 12.00466). Olten: Polynomics.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/34153.pdf](http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/34153.pdf)

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.). (2013). **Gesundheitsversorgung 2013. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie**. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere\\_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/zh\\_gesundheitsversorgungsbericht\\_2013.p](http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/gesundheitsversorgungsbericht/zh_gesundheitsversorgungsbericht_2013.p)

Holzer, B. M., Minder, C. E., Schätti, G., Rosset, N., Battegay, E., Müller, S. & Zimmerli, L. (2012). Ten-year trends in intoxications and requests for emergency ambulance service. **Prehospital Emergency Care**, **16** (4), 497-504.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2008). **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 14). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Marmet, S., Gmel sen., G., Gmel jun., G., Frick, H. & Rehm, J. (2013). **Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011**. Lausanne: Sucht Schweiz.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html)

OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.). (2012). **OECD-Berichte über Gesundheitssysteme Schweiz. 2011**. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. & Szucs, T. D. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. **PharmacoEconomics**, **31** (3), 237-250.

## 7. Massnahmenbereiche

*Roland Stähli, Oliver Hämmig & Annett Niklaus*

Der Schutz, die Förderung und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung gehört zu den Aufgaben staatlichen Wirkens. Dies findet seinen Ausdruck in der Verfassung des Kantons Zürich (Art. 113):

«Kanton und Gemeinden sorgen für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung. Sie fördern die Gesundheitsvorsorge.»

Das 2008 in Kraft gesetzte kantonale Gesundheitsgesetz hält in §1 fest:

«<sup>1</sup>Dieses Gesetz bezweckt den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. Massnahmen des Kantons und der Gemeinden wahren die Eigenverantwortung des Individuums.»

Und weiter in §46:

«<sup>1</sup>Der Kanton und die Gemeinden unterstützen Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Gesundheitsförderung) und zur Verhütung, Früherkennung und Früherfassung von Krankheiten (Prävention).»

Aus unserer Sicht sind die Ausführungen des zweiten Zürcher Gesundheitsberichtes (ISPMZ, 1999, S. 130) zur Rolle des Staates in der Prävention und Gesundheitsförderung immer noch zutreffend:

«Dabei besteht Einigkeit darüber, dass es wirksamer und günstiger ist, Gesundheitsgefährdungen vorzubeugen als nachträglich bereits aufgetretene Erkrankungen zu behandeln. Krankheiten gar nicht erst auftreten zu lassen, sondern ihnen vorzubeugen, ist auch ein ethisches Gebot. (...)

Der Staat muss Rahmenbedingungen schaffen, die es Menschen ermöglichen, ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen. Der Staat hat nicht die Aufgabe, den Familien die Präventionsarbeit abzunehmen oder aufzuzwingen. Er muss aber dafür besorgt sein, dass Prävention und Gesundheitsförderung allen gleichermassen zugänglich sind, insbesondere auch

den Benachteiligten. Das Bewusstsein muss dafür geschärft werden, dass unterlassene Prävention nicht nur den Einzelnen in Form von Krankheiten, sondern auch die Gesellschaft als Ganzes in Form von Gesundheitskosten und sozialen Aufwendungen trifft.»

Umfassende Gesundheitsberichterstattung bildet eine wichtige Grundlage staatlichen Handelns im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Deshalb hat der Gesetzgeber in §47 des Gesundheitsgesetzes die Gesundheitsberichterstattung verankert (vgl. S. 2 im vorliegenden Bericht). In diesem Sinne sind die vorgeschlagenen Massnahmenbereiche als Teil eines modernen Konzeptes in der Gesundheitspolitik zu sehen.

Das Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich (Hämmig et al., 2004) sieht vor, dass Empfehlungen für Massnahmen Teil der Berichterstattung bilden sollen. Dies obwohl in ausländischen Gesundheitsberichten wie auch in solchen aus der Schweiz entsprechende Empfehlungen zumeist fehlen. Den Vorgaben des Zürcher Konzepts folgend, werden im Kap. 7.2 Bereiche für Massnahmen vorgeschlagen. Wie schon im Bericht von 2007 (ISPMZ, 2007) werden dabei keine konkreten Einzelmassnahmen definiert, sondern es werden breite Bereiche vorgeschlagen, in denen Massnahmen zu prüfen sind. Dabei wird unterschieden zwischen Massnahmen für bestimmte Gesundheitsprobleme (Erkrankungsrisiken), für bestimmte Zielgruppen (zumeist belastete Bevölkerungsgruppen) und für bestimmte Settings (Lebensbereiche).

Bevor im Kap. 7.2 Massnahmenbereiche für die kommenden Jahre vorgeschlagen werden, soll im Sinne eines kritischen Rückblicks dargelegt werden, ob und wie Massnahmen aus den im Gesundheitsbericht von 2007 vorgeschlagenen Bereichen umgesetzt werden konnten.

## 7.1 Umsetzung zu den Massnahmenbereichen 2007

Im Bericht «Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006» (ISPMZ, 2007) wurden – wie bereits in den Gesundheitsberichten 1994 und 1999 (ISPMZ 1994 und 1999) – Empfehlungen gemacht, in welchen Bereichen die Prävention und Gesundheitsförderung künftig ansetzen sollten.

Die Empfehlungen für bestimmte Gesundheitsprobleme und Zielgruppen wurden 2007 aus den Ergebnissen des Berichts abgeleitet, wobei in der Regel mehrere Befunde notwendig waren, um einen Bereich als prioritär einzustufen. Die Empfehlung zu den Settings wurden aus pragmatischen Überlegungen gemacht.

Als Massnahmenbereiche wurden im Bericht von 2007 vorgeschlagen:

*Gesundheitsprobleme:* Übergewicht  
Psychische Krankheiten  
Suchtmittelkonsum

*Zielgruppen:* Männer mittleren Alters  
Personen mit Migrationshintergrund

*Settings:* Schule

Nachstehend wird zu jedem der 2007 vorgeschlagenen Massnahmenbereiche als erstes das zusammenfassende Fazit aus dem Bericht 2007 in Kursivschrift aufgeführt. Danach werden die zu diesen Bereichen von 2007 bis 2014 effektiv durchgeführten Aktivitäten beschrieben.

### Übergewicht

#### **Fazit 2007**

*Massnahmen zur Förderung eines gesunden Körpergewichts sind von hoher Bedeutung für die Bevölkerung des Kantons Zürich. Ohne geeignete Massnahmen ist damit zu rechnen, dass sich dieses ernsthafte Problem in den nächsten Jahren weiter verschärft, wobei sich die gesundheitlichen Konsequenzen erst mit starker Verzögerung bemerkbar machen.*

Der Zürcher Regierungsrat hat in den Legislaturzielen 2007 - 2011 als Ziel Nr. 17.4 festgelegt, dass er den Anteil der Bevölkerung mit Adipositas (BMI  $\geq$  30) durch Massnahmen in den Bereichen Sport, Alltagsbewegung, Ernährung, Bildung und kindergerechte Verkehrswegplanung stabilisieren will. Zur Erreichung dieses Ziels beschloss er, ein Zürcher Aktions-

programm gegen Adipositas und Übergewicht umzusetzen. Der Gesundheitsdirektion (vertreten durch das ISPMZ) wurde dafür die Federführung übertragen, die Bildungsdirektion und die Sicherheitsdirektion (Fachstelle Sport) wurden mit der Mitarbeit betraut. Das Aktionsprogramm wurde von Beginn weg von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erheblich mitfinanziert und fachlich unterstützt.

Die erste Staffel des Aktionsprogrammes «Leichter leben. Gesundes Körpergewicht im Kanton Zürich» lief von 2009 bis 2012. Es umfasste rund 30 Projekte, wie beispielsweise Weiterbildungen für Lehrpersonen und Personal von ausserschulischen Betreuungsstätten; Förderung von Ernährung und Bewegung in Spielgruppen, in Kindertagesstätten, in der Volksschule und bei Schwangeren bis ein Jahr nach Geburt; Projekte zur Öffnung von Turnhallen für Kinder und Jugendliche ausserhalb der Schulzeit und vieles andere mehr.

Begleitend zu den konkreten Projekten wurde von 2009 bis 2013 eine massenmediale Kampagne in Form von konkreten Gesundheitstipps, möglichst am Ort und zum Zeitpunkt ihrer möglichen Umsetzung, geschaltet. Diese wurde mehrfach evaluiert und es zeigte sich, dass die Zürcher Bevölkerung die Kampagne breit wahrnahm, als gelungen einschätzte und im erwarteten Ausmass die praktischen Tipps auch umsetzte.

2013 bewilligte der Regierungsrat die Fortsetzung des Aktionsprogrammes «Leichter leben» (ohne begleitende Kampagne) um weitere vier Jahre bis 2016. Diese zweite Programmstaffel hat allerdings ein stark gekürztes Budget, welches wiederum namhaft von Gesundheitsförderung Schweiz mitgetragen wird.

Ein Gesundheitsbericht zu «Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich» wurde vom ISPMZ (2013) veröffentlicht. Darin beschreiben Stähli & Schnoz (2013) die Vielzahl der getroffenen Massnahmen und kommen zur Beurteilung, dass Adipositas im Kanton Zürich – insbesondere bei Kindern – weitgehend stabilisiert werden konnte.

Als Bilanz kann festgestellt werden, dass zum Problem des Übergewichts seit 2007 eine Fülle von Massnahmen systematisch und mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt worden ist. Viele epidemiologische Hinweise sprechen dafür, dass die Häufigkeit des starken Übergewichts, insbesondere bei Kindern, nicht weiter ansteigt.

## Psychische Krankheiten

### Fazit 2007

*Das Ausmass aller negativen Auswirkungen von psychischen Störungen ist weder als Ganzes erschlossen noch quantifiziert. Public Health Ansätze zu psychischen Krankheiten sind noch wenig entwickelt, obwohl zu erwarten ist, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung ein noch brachliegendes bedeutendes Gesundheitspotential erschlossen werden kann.*

Ende 2007 organisierte der Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) eine Veranstaltung zur Frage «Braucht der Kanton Zürich ein Bündnis gegen Depression?». Die Teilnehmenden verneinten einen entsprechenden Bedarf, in der Folge beschlossen aber der ZVPC und das ISPMZ gemeinsam ein breit orientiertes Grundlagendokument zur Prävention psychischer Krankheiten zu erarbeiten. Dieses Vorhaben wurde von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich unterstützt. Der Bericht «Prävention psychischer Erkrankungen – Grundlagen für den Kanton Zürich» (ISPMZ, 2012) bereitet die theoretischen Grundlagen auf und beschreibt sinnvolle Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Er beinhaltet auch eine anschauliche Sammlung von konkreten Projektbeispielen.

Das ISPMZ hat im März 2012 den Zürcher Präventionstag dem Thema «Prävention psychischer Erkrankungen» gewidmet.

2011 beschloss der Zürcher Regierungsrat ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention zu lancieren. Bei diesem Entscheid berücksichtigte er einen von ihm in Auftrag gegebenen Expertenbericht zur Suizidprävention, welcher vom Forum für Suizidprävention und Suizidforschung (FSSZ) erarbeitet wurde und lehnte sich auch an das erwähnte, in Entstehung begriffene Grundlagendokument an. Die Sicherheitsdirektion forderte das ISPMZ in der Folge auf, zur Lancierung eines entsprechenden Schwerpunktprogrammes eine Kommission zu schaffen. Eine entsprechende Kommission mit Vertretern der Bildungsdirektion, der Gesundheitsdirektion (vertreten durch das ISPMZ) und der Sicherheitsdirektion befasst sich seit Frühjahr 2013 mit der Ausarbeitung eines Schwerpunktprogrammes Suizidprävention. Seit 2013 wird die Kommission von einer am ISPMZ tätigen Koordinatorin unterstützt. Begleitend zum Schwerpunktprogramm wurden auch weitreichende kommunikative Massnahmen (Webseite, Sensibili-

sierungskampagne zur psychischen Gesundheit) detailliert geplant und in Zusammenarbeit mit Pro Mente Sana sowie mit anderen Kantonen im Oktober 2014 lanciert.

Zwar wurden zur Prävention psychischer Erkrankungen noch keine konkreten Präventionsmassnahmen umgesetzt. Da dieser komplexe Bereich aber langfristig orientierte Vorgehensweisen nötig macht, wurde ein umfassendes Grundlagendokument erarbeitet, und es wurde ein konkreter Massnahmenplan zur Suizidprävention vorbereitet, unter Einschluss von breiten Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen. Bilanzierend ist festzustellen, dass entscheidende Vorbereitungsarbeiten für Massnahmen zur Prävention psychischer Krankheiten weit gediehen sind.

## Suchtmittelkonsum

### Fazit 2007

*Die Vielfalt und die Anzahl der schweren Erkrankungen und Sterbefälle als Folge des Suchtmittelmissbrauchs sind gross. Der Suchtmittelkonsum im Kanton Zürich ist nach wie vor hoch und verlangt eine Fortführung der suchtpreventiven Bemühungen. Dazu gehören die Erziehung zur Selbstverantwortung, die Stärkung der Suchtprevention in der Schule (u. a. Senkung der Nachfrage), einschränkende Gesetzesbestimmungen (Werbung und Angebotsregulierung, Jugendschutz etc.) und ein besserer Vollzug bestehender Gesetze.*

Das Mitte 2008 in Kraft gesetzte neue Gesundheitsgesetz stärkte zweifellos die Suchtprevention. Zu nennen sind etwa die Bestimmungen zum Verkaufsverbot von Tabakwaren an unter 16-Jährige sowie das Werbeverbot für Suchtmittel auf öffentlichem Grund und in öffentlichen Gebäuden. Seit 1.1.2012 besteht zudem die Möglichkeit, Testkäufe von Alkohol und Tabakwaren durch Personen durchführen zu lassen, die das Mindestalter noch nicht erreicht haben. Indessen werden noch nicht alle Gesetzesbestimmungen befriedigend vollzogen.

Die acht regionalen Stellen für Suchtprevention (RSPS) und die acht kantonsweit tätigen Fachstellen für Suchtprevention (KFSP) führen als Stellenverbund regelmässig gemeinsame Projekte durch. So hat der Verbund sich im Rahmen von Jahresschwerpunkten intensiv mit der Frühintervention in Schulen (2007),

der interkulturellen Suchtprävention (2008/09), den neuen Medien (2010/11) und dem Suchtmittelkonsum im öffentlichen Raum (2012/13) befasst.

Im 2010 wurde der gemeinsame Internetauftritt von [www.suchtpraevention-zh.ch](http://www.suchtpraevention-zh.ch) aktualisiert und es sind diverse Informationsbroschüren für Eltern, Lehrpersonen, Berufsbildner/innen, Personen aus Gastronomie und Verkauf sowie für andere Zielgruppen entwickelt worden. Themen waren beispielsweise Trinken, Rauchen, Kiffen bei Jugendlichen, Medienkonsum und Jugendschutz (siehe auch [www.suchtpraevention-zh.ch/publikationen/informationsmaterial](http://www.suchtpraevention-zh.ch/publikationen/informationsmaterial)). Manche der Broschüren wurden systematisch und praktisch flächendeckend an die Zielgruppen verteilt (z.B. allen Lehrpersonen und allen Eltern von 11- bis 17-Jährigen sowie allen Berufsbildnern/innen oder allen Verkaufsstellen von Alkoholika und Tabakwaren). Viele dieser Broschüren wurden auch in rund zehn weitere Sprachen übersetzt.

Der Stellenverbund hat anlässlich der Fussballeuropameisterschaft (Euro 08) in Zürich TV-Spots und E-Ads für einen massvollen Suchtmittelkonsum geschaltet. Diese Spots werden seither alljährlich anlässlich von Grossanlässen wie Streetparade, Albanifest u.ä. gesendet. Im Rahmen der Beteiligung an der «Nationalen Dialogwoche Alkohol» (2011 und 2013) und am «Nationalen Aktionstag Alkoholprobleme» (2012) wurden Inserate, Spots und Banner zur Sensibilisierung für einen risikoarmen Alkoholkonsum geschaltet. 2013 wurde zudem gemeinsam mit den Zürcher Alkoholberatungsstellen (Fachstellen Sucht Kanton Zürich, FSKZ) das Informationsportal [www.alkohol-zh.ch](http://www.alkohol-zh.ch) aufgeschaltet (mehr zu Kampagnenaktivitäten unter [www.suchtpraevention-zh.ch/publikationen/kampagnenmaterial](http://www.suchtpraevention-zh.ch/publikationen/kampagnenmaterial)).

2012 lancierte der Stellenverbund das «Aktionsjahr Jugendschutz» und bot den Zürcher Gemeinden die Subventionierung der Kosten für Testkäufe an – was zu einer deutlichen Zunahme von Testkaufdurchführungen führte. Das ISPMZ führte Juni 2010 eine Forumsveranstaltung zu «Alkohol und Gewalt – Fakten und Prävention» durch.

Verhaltenssüchte zählen nicht eigentlich zum Massnahmenbereich Suchtmittelkonsum, sie gewinnen aber zunehmend an Bedeutung und gehören eben-

falls zum Aufgabenbereich der Suchtprävention. Auf einem Konzept des ISPMZ aufbauend (Bodmer et al., 2011), beschloss der Regierungsrat 2011 auf Antrag der Sicherheitsdirektion, ein Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssüchte eröffnen zu lassen.

Bilanzierend kann man feststellen, dass die Suchtprävention in den vergangenen Jahren deutlich bessere gesetzliche Grundlagen erhalten hat und die Kooperationsdichte der Stellen untereinander sowie der Zürcher Stellen mit nationalen Instanzen klar zugenommen hat. Damit einher ging die Bearbeitung von neuen Themen und der häufigere Einsatz von elektronischen Mitteln für die Kommunikationsmassnahmen (z.B. für Selbsttests).

## Männer mittleren Alters

### Fazit 2007

*Männer sterben im Kanton Zürich rund fünf Jahre früher als Frauen. Dafür sind unterschiedliche Lebensstile und Lebenssituationen verantwortlich. Gesundheitsförderung bei Männern mittleren Alters hat viel Potential. Allerdings ist auch bekannt, dass diese Altersgruppe für Gesundheitsförderung nicht leicht zugänglich ist. Neben den Einzelfaktoren muss das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren im Sinne von Lebensstilmustern beachtet werden und die Bedingungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, insbesondere der Arbeit (Betriebliche Gesundheitsförderung) und der Familie berücksichtigt werden.*

Wie im Bericht 2007 festgehalten, zeigt diese Zielgruppe ungünstige Verhaltensweisen insbesondere auch in den Bereichen Alkohol- und Tabakkonsum sowie Bewegung und Ernährung. Insofern ist durch die Aktivitäten in den Massnahmenbereichen Suchtmittelkonsum und Übergewicht auch diese Zielgruppe abgedeckt. Es wurden aber weder gezielte Einzelmassnahmen noch weitere, spezifische Programme für Männer mittleren Alters implementiert.

Zu bilanzieren ist, dass in diesem Bereich im Zeitraum von 2007 bis 2013 keine Massnahmen umgesetzt worden sind.

## Personen mit Migrationshintergrund

### Fazit 2007

*Im Kanton Zürich haben Menschen mit einem Gesundheitsproblem nicht selten einen internationalen Migrationshintergrund. Geringere Lebenszufriedenheit und weniger Lebensfreude sind bei MigrantInnen deutlich stärker verbreitet als bei SchweizerInnen, ebenso die Anzahl IV-Fälle. Gesundheitliche Belastungen und Verhaltensrisiken treten bei ihnen häufig kumuliert auf. Kulturspezifische Integrationsmassnahmen haben auch einen Gesundheitsförderungseffekt.*

Mit der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) verfügt der Kanton Zürich über eine Stelle mit spezifischem Fach- und Praxiswissen und einem guten Zugang zur Migrationsbevölkerung. Im Rahmen ihrer suchtpräventiven Arbeit war FISP in der Berichtsperiode an der Übersetzung und Verteilung zahlreicher Drucksachen der Stellen für Suchtprävention beteiligt (siehe oben Suchtmittelkonsum). Für das kantonale Aktionsprogramm «Leichter leben. Gesundes Körpergewicht im Kanton Zürich» (siehe oben Übergewicht) setzte FISP das Projekt ZüMEB (Zürcher Migrationsprojekt für Ernährung und Bewegung) um. Das Aktionsprogramm umfasst spezifisch an die Migrationsbevölkerung gerichtete Projekte, wie beispielsweise FemmesTische zum Thema Ernährung und Bewegung.

2007 wurde die Broschüre «Brustkrebs – wissen hilft!» in sechs Sprachen der Zürcher Migrationsbevölkerung übersetzt und an die Zielgruppe der fremdsprachigen älteren Frauen verteilt, verbunden mit Begleitmassnahmen. Ein ähnliches Vorgehen wurde im Rahmen der Informationsanstrengungen zur Grippe-Pandemie gewählt.

Die Stellen für Suchtprävention haben als gemeinsames Jahresthema 2008/09 «Interkulturelle Suchtprävention» gewählt (siehe oben Suchtmittelkonsum). Das Magazin «laut & leise» widmete 2008 und 2010 der interkulturellen Suchtprävention zwei Hefte. Das ISPMZ hat im Juni 2009 eine Forumsver-

anstaltung zum Thema «Interkulturelle Zugänge» durchgeführt. In der Berichtsperiode wurde auch die Zusammenarbeit zwischen der Kantonalen Fachstelle für Integrationsfragen einerseits und der Prävention und Gesundheitsförderung andererseits verstärkt. Prävention und Gesundheitsförderung sind auch Bestandteil des vom Regierungsrat 2013 verabschiedeten kantonalen Integrationsprogrammes. Die genannten Massnahmen bilden nur einen begrenzten Ausschnitt der in der Berichtsperiode durchgeführten Aktivitäten zur interkulturellen Gesundheitsförderung.

Das ISPMZ berücksichtigt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung immer auch die Migrationsbevölkerung (gilt auch für den vorliegenden Bericht), weil diese nach wie vor in erhöhtem Mass von Gesundheitsrisiken betroffen ist.

Das ISPMZ liess 2011 vom Sozialforschungsbüro Landert & Partner (Landert, 2012) den Stand der Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung überprüfen. Dieses kam zum Schluss, dass der Kanton Zürich diesbezüglich gut dasteht, auch wenn mit zusätzlichen finanziellen Mitteln umfangreichere Projekte mit grösserer Reichweite umgesetzt werden könnten. Der Bericht hielt insbesondere fest, dass mit FISP ein guter Zugang zur Migrationsbevölkerung geschaffen wurde. Auch der Regierungsrat teilt diese Beurteilung (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2011 und 2013). Die Anerkennung der Bedeutung der interkulturellen Präventionsarbeit und der Fachstelle FISP zeigt sich auch daran, dass das Budget der Fachstelle FISP zwischen 2007 und 2013 um 38% gewachsen ist.

Im Sinne einer Bilanz kann festgestellt werden, dass die Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich für die spezielle Situation der Migrationsbevölkerung sensibilisiert sind und dass die strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind, um diese vulnerable Bevölkerungsgruppe angemessen mit Präventionsmassnahmen zu erreichen. Die erzielten Verbesserungen in der Präventionsarbeit für die Migrationsbevölkerung haben nicht nur temporären Charakter, sondern können als nachhaltig betrachtet werden.

## Schule

### Fazit 2007

*Den Schulen kommt im Bereich der Gesundheitsförderung eine Schlüsselstellung zu. Bei näherer Betrachtung ist Gesundheitsförderung keineswegs ein Fremdkörper unter den pädagogischen Zielsetzungen: Ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, sinnvoller Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln oder verantwortungsvoller Umgang mit der Sexualität stellen durchaus immer noch gültige pädagogische Werte dar.*

*Im Kanton Zürich kann wohl in keinem Lebensbereich Gesundheitsförderung mit derselben Breiten- und Tiefenwirkung betrieben werden wie in der Schule. Die Schule erlaubt Gesundheitsförderung in Übereinstimmung mit dem Gebot der Chancengleichheit. Eltern sind im Rahmen des Erziehungsauftrags verpflichtet, die Gesundheit ihrer Kinder zu schützen. Trotzdem bieten Schulen Chancen für die Gesundheitsförderung, die andere Einrichtungen nicht bieten können. Repräsentative Umfragen haben zudem wiederholt gezeigt, dass Zürcher Eltern und die Öffentlichkeit bezüglich Gesundheit grosse Erwartungen an die Schulen herantragen.*

Bereits im Gesundheitsbericht 2007 wurde moniert, dass die Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsbemühungen für Schulen zu wenig verbindlich sei. Daran hat sich seit 2007 wenig geändert. Immerhin formuliert das 2008 in Kraft getretene Gesundheitsgesetz auch gewisse Vorgaben für die Schulen.

Es fehlen aber noch immer verbindliche Verpflichtungen und systematische Massnahmen, die es erlauben, Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen flächendeckend und damit im Sinne der Chancengleichheit zu betreiben. Unverändert bleibt die Tatsache, dass innerhalb des Kantons grosse Unterschiede zwischen den Schulen bestehen: Einzelne Schulen setzen sich vorbildlich für die Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler ein, andere betrachten dies vornehmlich als Aufgabe des Elternhauses. Besonders engagiert sind die rund 99 von 494 Volksschulen, die dem Kantonalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen Zürich angeschlossen sind ([www.gesunde-schulen-zuerich.ch](http://www.gesunde-schulen-zuerich.ch)). Von den Berufsfach- und den Mittelschulen sowie Schulen, welche Berufsvorbereitungsjahre anbieten, beteiligen sich 18 von 52 Schulen an einem

eigenen Netzwerk gesundheitsfördernder Mittelschulen und Berufsfachschulen.

Im Bereich der Berufsfach- und Mittelschulen konnten mit systematischen und flächendeckenden Massnahmen zur Suchtprävention und HIV/AIDS-Prävention ein höherer Anteil von Schüler/innen erreicht werden als in der Volksschule, weil in allen Schulen Kontaktlehrpersonen für Suchtprävention/ Gesundheitsförderung tätig sind und das zuständige Amt über bessere Steuerungsmöglichkeiten verfügt als in der Volksschule, wo die Rolle der Gemeinden nicht zu unterschätzen ist.

Das Volksschulamt stellt den Schulen seit 2011 Planungshilfen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Unterricht zur Verfügung. Diese in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Zürich erarbeiteten Planungshilfen für Kindergarten, Unter-, Mittel- sowie Sekundarstufe berücksichtigen die Themen Bewegung und Entspannung, Ernährung, Suchtprävention, Sexuelle Gesundheit und Sexualerziehung (Mittel- und Sekundarstufe), Gewaltprävention und psychosoziale Gesundheit. Die Pädagogische Hochschule Zürich vermittelt allen angehenden Lehrpersonen der Volksschule Grundlageninformationen und praxisnahe Umsetzungsmöglichkeiten zu Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen von obligatorischen Ausbildungsmodulen.

Lehrpersonen der Volksschule sind im Rahmen des Lehrplans verpflichtet, Aspekte der Sexualerziehung und der HIV/AIDS-Prävention in den Unterricht einzubauen. Die Fachstelle für Sexualpädagogik «Lust und Frust» bietet Lehrpersonen darin Unterstützung. Sie leistet seit 2008 vermehrte Einsätze sowohl in Volksschulen als auch in Mittel- und Berufsfachschulen (2013 wurden insgesamt ca. 11'000 Schüler/innen erreicht).

Die Stellen für Suchtprävention führen regelmässige Austauschtreffen zwischen den Kontaktlehrpersonen des Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen durch und bieten allen Zürcher Schulen Beratung und Begleitung in Fragen rund um die Suchtprävention an, insbesondere auch im Bereich Früherkennung und Frühintervention. Im Jahr 2009 erhielten alle Lehrpersonen die Broschüre «Trinken, Rauchen und Kiffen bei Jugendlichen. Was Sie als Eltern, Lehrperson oder Berufsbildner/in tun können.». Die Schule ist eines der wichtigsten Arbeitsfelder der regionalen Suchtpräventionsstellen und zwei der kantonsweiten Fachstellen für Suchtprävention sind

ausschliesslich im schulischen Bereich tätig: Fachstelle Suchtprävention Volksschule sowie die Fachstelle Suchtprävention Mittelschulen und Berufsbildung (siehe oben unter Suchtmittelkonsum).

Ein Grossteil der Projekte der ersten und zweiten Staffel des Aktionsprogrammes für gesundes Körpergewicht wurde und wird in der Volksschule umgesetzt. Die Angebote richten sich an verschiedene Stufen und umfassen einmalige Workshops für Schüler/innen, Weiterbildungen für Lehrpersonen, längerfristige Projekte für gesunde Ernährung und Bewegung in der Schule und anderes mehr (vgl. [www.leichter-leben-zh.ch](http://www.leichter-leben-zh.ch)).

Bei der Beurteilung der in den Schulen umgesetzten Massnahmen ist festzustellen, dass die erhöhte Belastung der Schulen durch die Umsetzung des neuen Volksschulgesetzes sich für die Prävention hinderlich ausgewirkt hat. So ist es wenig überraschend, dass Massnahmen z.B. zum gesunden Körpergewicht oder zur Suchtprävention nicht selten von aussen an die Schulen herangetragen wurden und eher wenige von schulischen Strukturen oder den Schulen selbst ausgingen.

Man muss die Bilanz ziehen, dass das Potenzial der Schulen – insbesondere der Volksschule – für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich noch bei weitem nicht ausgeschöpft wird.

Immerhin haben Verbesserungen stattgefunden, auch wenn diese noch nicht als nachhaltig gelten können. Die unbefriedigenden gesetzlichen Grundlagen gepaart mit der hohen Autonomie der Gemeinden, Schulen und Lehrkräfte erschweren systematische Präventionsarbeit in den Schulen.

### Zusammenfassende Beurteilung

Wenn man die sechs 2007 vorgeschlagenen Bereiche zusammenfassend betrachtet, wird klar, dass Massnahmen in unterschiedlichem Ausmass umgesetzt worden sind. Eine aus subjektiver Sicht der Autor-schaft vorgenommene Beurteilung mit den Kategorien «ausreichend umgesetzt» (++) , «teilweise umgesetzt» (+) und «nicht umgesetzt» (-) ergibt das Ergebnis von Tab. 7.1.

**Tab. 7.1:**  
**Beurteilung der Umsetzung der Massnahmen in den sechs 2007 festgelegten prioritären Bereichen**

<i>Gesundheitsprobleme:</i>	<b>Übergewicht</b>	<b>++</b>
	<b>Psychische Krankheiten</b>	<b>+</b>
	<b>Suchtmittelkonsum</b>	<b>++</b>
<i>Zielgruppen:</i>	<b>Männer mittleren Alters</b>	<b>-</b>
	<b>Personen mit Migrationshintergrund</b>	<b>++</b>
<i>Settings:</i>	<b>Schule</b>	<b>+</b>

## 7.2 Vorgeschlagene Massnahmenbereiche für die kommenden Jahre

Die aus den Daten der Kapitel 1 bis 6 und des Teils abgeleiteten Empfehlungen beziehen sich auf Bereiche, in welchen Handlungsbedarf identifiziert wird, beinhalten aber noch keine konkreten Massnahmen. Die Empfehlungen beziehen sich auf die Frage: «**Wo** besteht ein Massnahmenbedarf?» und nicht auf die viel konkretere Frage «**Was** ist zu tun?».

Selbst bei der Beantwortung der ersten Frage ist Zurückhaltung angebracht, folgende Punkte sind zu beachten:

- Der vorliegende Bericht enthält aufgrund fehlender Daten keine ausreichenden Angaben zu einer Vielzahl von wichtigen Problembereichen, Zielgruppen oder Settings. So fehlt z.B. der Bereich des Konsums illegaler Drogen (abgesehen von Cannabis) vollständig. Bestimmte wichtige Zielgruppen wie Arbeitslose oder Behinderte sind im Bericht nur unzureichend abgebildet. Ergänzend ist allerdings anzumerken, dass bestimmte Zielgruppen oder Problembereiche in anderen Gesundheitsberichten schon abgedeckt worden sind, z.B. Senioren und Seniorinnen (ISPMZ, 2008) oder Krebserkrankungen (ISPMZ, 2009). In diesen Spezialberichten finden sich auch entsprechende Vorschläge für Massnahmenbereiche.
- Es ist darauf hinzuweisen, dass für den Entscheid über die Umsetzung von Massnahmenempfehlungen pragmatische Gründe oft ebenso wichtig sind wie Grundlagendaten. In diesem Sinne hat sich die Regierung schon zu einem früheren Gesundheitsbericht (ISPMZ, 2005) geäussert (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2006).<sup>1</sup>
- Das kantonale Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung (ISPMZ, 2004) hat zudem Zuständigkeiten und Mechanismen definiert, welche für die Umsetzung von Schwerpunktprogrammen gelten.

Erfahrungen zeigen, dass sich Gesundheitsprobleme auf Bevölkerungsebene nur langsam verändern. Wichtigste Einflussgrösse auf die Gesundheit der Bevölkerung ist neben der Qualität der medizinischen Versorgung und strukturellen Voraussetzungen für ein gesundes Leben das persönliche Verhalten, insbesondere das Bewegungs- und Ernährungsverhalten

ten sowie der Suchtmittelkonsum. Selten ereignen sich unvorhersehbare, plötzliche Veränderungen in den Gesundheitsverhältnissen. Beispiele aus der Vergangenheit sind etwa die Verbreitung von HIV oder die offene Drogenszene in Zürich.

Präventionsmassnahmen setzen sinnvollerweise bei den wichtigsten Einflussgrössen an. Individuelles Gesundheitsverhalten bezüglich Bewegung, Ernährung und Suchtmittelkonsum lässt sich auf Ebene des Individuums (Verhaltensebene) und der Gesellschaft (Verhältnisebene) beeinflussen. In der Regel braucht die wirkungsvolle Umsetzung von solchen Massnahmen viel Zeit. Ausnahmen kommen aber auch hier vor, so zeigte etwa das Rauchverbot in öffentlichen Räumen und am Arbeitsplatz sehr rasch positive Gesundheitseffekte.

Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zielen in der Regel auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem bei einer definierten Zielgruppe in einem geeigneten Setting (Lebensbereich). Demnach sollten entsprechende Massnahmen eigentlich mittels eines dreidimensionalen Ansatzes konzipiert und angegangen werden. Nachstehend ordnen wir die prioritären Massnahmenbereiche einfachheitshalber aber nur einer Dimension zu, wobei sich naturgemäss Überlappungen mit den bereits im letzten umfassenden Gesundheitsbericht (ISPMZ, 2007) vorgeschlagenen Massnahmenbereichen (vgl. Kap. 7.1) ergeben. Dies deshalb, weil in einzelnen Bereichen bislang noch zu wenig Massnahmen umgesetzt wurden oder weil in manchen Bereichen längerfristige Anstrengungen nötig sind.

Es werden insgesamt sechs Bereiche empfohlen, bei denen Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich angezeigt sind:

<i>Gesundheitsprobleme:</i>	<b>1. Suizid und psychische Krankheiten</b>
	<b>2. Suchtmittelkonsum</b>
<i>Zielgruppen:</i>	<b>3. Mädchen in der Pubertät</b>
	<b>4. Junge Männer (18 - 30 Jahre)</b>
	<b>5. Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter (45 - 65 Jahre)</b>
<i>Settings:</i>	<b>6. Schule</b>

<sup>1</sup> «Es ist das Ziel der Gesundheitsberichterstattung, aus fachlicher Sicht und direktionsübergreifend auf mögliche Problemfelder aufmerksam zu machen und Anregungen zu vermitteln. Damit soll eine Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Anliegen erreicht werden. Empfehlungen können dann gegebenenfalls in politische Entscheidungsprozesse einfließen oder in laufenden und künftigen Projekten auf kantonaler und kommunaler Ebene berücksichtigt werden. Die in den Gesundheitsberichten vorgeschlagenen Massnahmen sind unmittelbar aus den erhobenen Daten abgeleitet und zumeist nicht auf ihre Finanzierbarkeit oder Umsetzbarkeit überprüft.»

## 1. Suizid und psychische Krankheiten

### Problembeschreibung

Obschon die Suizidraten im Kanton Zürich wie in der übrigen Schweiz seit rund 30 Jahren rückläufig sind, sind Suizide nach wie vor ein ernstzunehmendes gesellschaftliches Problem, worunter auch viele Angehörige lange Zeit leiden. Noch immer nehmen sich im Kanton Zürich rund 180 Personen pro Jahr das Leben (ohne assistierte Suizide), das sind mehr als dreimal so viele wie bei Verkehrsunfällen umkommen. Die Suizidrate der Zürcher Männer liegt dabei leicht unter derjenigen der übrigen Deutschschweiz, diejenige der Frauen leicht darüber. Gerade im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter und insbesondere bei Männern stellen Suizide eine der häufigsten Todesursachen dar und schlagen bei den vorzeitig verlorenen Lebensjahren besonders stark zu Buche. Neben akuten Krisen und temporären (psychischen) Belastungen spielen auch psychische Erkrankungen bei Suiziden und Suizidversuchen sehr häufig eine zentrale Rolle.

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Die Lebenszeitprävalenz von psychischen Krankheiten liegt ungefähr bei 50%, d.h. jede zweite Person erkrankt im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal an einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit. Zu den am weitesten verbreiteten psychischen Krankheiten zählen Angststörungen und Depressionen. Allein von Depressionen ist mindestens ein Fünftel der Bevölkerung betroffen und jede/r Zehnte nimmt wegen depressiver Störungen professionelle Hilfe in Anspruch. Die direkten und indirekten Kosten von Depressionen werden für den Kanton Zürich auf 1,9 Milliarden Franken geschätzt. Zwischen 10% und 20% der Erwerbsbevölkerung zeigen Symptome von Burnout bzw. Erschöpfungsdepression.

### Auswirkungen auf die Gesundheit

Zwar nehmen psychische Störungen mit zunehmendem Alter ab, doch sind immer mehr Personen wegen psychischer Probleme in Behandlung. Bereits mehr als jeder fünfte Spitalaufenthaltsstag ist durch psychische Störungen bedingt. Immer häufiger je-

doch werden psychische Störungen ambulant statt stationär behandelt. Häufigste Ansprechperson bei psychischen Problemen ist im Kanton Zürich mittlerweile eine Psychologin oder ein Psychologe bzw. ein/e Psychotherapeut/in, gefolgt von einem/einer Psychiater/in.

Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen sind häufig langwierige und folgenschwere Erkrankungen, die eine vergleichsweise lange Behandlung erfordern und häufig auch in Zusammenhang mit anderen Erkrankungen stehen. So gehen psychische Erkrankungen oftmals mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen wie zum Beispiel Suchtstörungen einher. Gerade bei Depressionen sind komorbide Störungen häufig. Depressionen können sowohl Ursache wie Folge von missbräuchlichem Alkoholkonsum sein.

### Präventionspotenzial

Gerade auch Menschen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter sind von Suiziden und psychischen Krankheiten betroffen. Die Krankheitslast von psychischen Störungen an der Gesamtheit aller Gesundheitsprobleme ist erheblich und das gesundheitliche Präventionspotenzial gross. Allerdings ist es schwierig, psychischen Erkrankungen vorzubeugen, da die Ursachen dafür meist sehr vielfältig und unspezifisch sind. Durch Aufklärungsarbeit zu Formen, Verbreitung, Behandlungsmöglichkeiten und Krankheitswert von psychischen Problemen und die dadurch erzielte Enttabuisierung lassen sich etwa Suizide und soziale Folgeprobleme von psychischen Erkrankungen (z.B. bei der Arbeit) zumindest teilweise verhindern (ISPMZ, 2012).

### Fazit

Auf Bevölkerungsebene sind Ansätze zur Prävention von psychischen Krankheiten und zur Suizidprävention noch wenig entwickelt und kaum erprobt. Da die Verbreitung und damit Krankheitslast von psychischen Krankheiten wie Depressionen oder Angststörungen erheblich ist, sind in diesem Bereich auch Handlungsbedarf und Präventionspotenzial gross.

## 2. Suchtmittelkonsum

### Problembeschreibung

Problematischer Suchtmittelkonsum zählt hierzulande zu den bedeutendsten gesundheitlichen Risikoverhaltensweisen. Drei von zehn Männern weisen einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum auf, bei den 15- bis 34-jährigen Männern ist es gar die Hälfte. Auch bei den Frauen nimmt der gesundheitsgefährdende Alkoholkonsum zu; mittlerweile konsumiert mehr als jede achte Frau in gesundheitsgefährdendem Masse Alkohol. In der Schweiz gingen im Jahr 2011 laut einer neueren Studie (Marmet et al., 2013) rund 43'000 Lebensjahre verloren durch 1'600 vorzeitige Todesfälle infolge Alkoholkonsums. Auf den Kanton Zürich umgerechnet sind das 7'500 vorzeitig verlorene Lebensjahre durch 280 alkoholbedingte, vermeidbare Todesfälle. Die direkten und indirekten Kosten von missbräuchlichem Alkoholkonsum schlagen allein im Kanton Zürich mit geschätzten 700 bis 770 Millionen Franken pro Jahr zu Buche.

Aus Public Health Sicht nicht minder gravierend als übermässiger Alkoholkonsum ist regelmässiger Tabakkonsum, an dessen Folgen allein im Kanton Zürich pro Tag rund vier Menschen sterben. Obwohl der Tabakkonsum im Zeitverlauf leicht rückläufig ist, raucht noch immer knapp ein Drittel der Zürcher Bevölkerung. Die Anteile bei den 15- bis 35-Jährigen sind dabei noch höher. Beim Cannabiskonsum beträgt die Lebenszeitprävalenz im Kanton Zürich bei Personen im Alter zwischen 15 und 60 Jahren rund 30% und liegt dabei klar höher als in der übrigen Deutschschweiz. Von den unter 30-jährigen Cannabiskonsumierenden zeigt jeder vierte Mann und jede siebte Frau einen problematischen Konsum. Eine neuere gesamteuropäische Studie zu Substanzresten im Abwasser hat darüber hinaus gezeigt, dass in der Schweiz und insbesondere in der Stadt Zürich sehr viel Kokain konsumiert wird. Zürich liegt nach Antwerpen und Amsterdam auf Platz drei im Vergleich von 42 europäischen Städten.

### Auswirkungen auf die Gesundheit

Missbräuchlicher Suchtmittelkonsum kann sowohl Folge von anderen psychischen Erkrankungen als auch Ursache von Unfällen und weiteren psychischen wie chronischen Erkrankungen sein. Das gilt in besonderem Masse für problematischen Alkoholkonsum. Man schätzt, dass jeder zwölfte Todesfall auf Alkoholkonsum und insbesondere auf übermässigen Alkoholkonsum zurückzuführen ist. Auch Spi-

talaufenthalte mit Alkoholbezug sind im Kanton Zürich häufig, die entsprechende Hospitalisierungsrate liegt leicht höher als in der übrigen Deutschschweiz. Rund 5% aller Hospitalisierungen in Akutspitälern und Rehakliniken erfolgen wegen Alkoholmissbrauchs, und 30% aller Hospitalisierungen in psychiatrischen Kliniken sind entweder hauptsächlich oder teilweise auf übermässigen Alkoholkonsum zurückzuführen.

Darüber hinaus gehen mit problematischem Suchtmittelkonsum im Falle von Alkohol oder illegalen Drogen auch soziale und andere Probleme einher (z.B. Erinnerungslücken, soziale Konflikte und Gewaltvorfälle, Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz). Daher kommt dem (missbräuchlichen) Suchtmittelkonsum eine besondere Bedeutung in der Prävention zu.

### Präventionspotenzial

Da Tabak- und gesundheitsschädigender Alkoholkonsum nicht nur weit verbreitet sind und häufig weitere (psychische) Erkrankungen und/oder soziale Probleme zur Folge haben, sondern auch zu vielen frühzeitigen und vermeidbaren Todesfällen führen, ist das Präventionspotenzial hier besonders gross. Gerade im mittleren Lebensalter gehen durch Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum sehr viele potenzielle Lebensjahre verloren. Auch die mit dem Konsum von illegalen Drogen verbundenen Gesundheitsrisiken sind erheblich. Insgesamt sind die durch missbräuchlichen Suchtmittelkonsum verursachten volkswirtschaftlichen und sozialen Kosten im Kanton Zürich beträchtlich.

### Fazit

Suchtstörungen und gesundheitsschädigender Suchtmittelkonsum sind vergleichsweise weit verbreitet im Kanton Zürich und häufig mit Folgeerkrankungen verbunden. Tabak- und Alkoholkonsum allein sind bedeutsame Risikofaktoren in Bezug auf Sterblichkeit und Krankheitslast, wobei letztere in der Schweiz und erst recht im Kanton Zürich besonders hoch ist. Obwohl die Suchtprävention im Kanton Zürich gut ausgebaut ist, gilt es hier nicht nachzulassen, denn der Suchtmittelkonsum hat sich auf hohem Niveau stabilisiert. Es braucht weiterhin Gegenmassnahmen zu neuen Marketing- und Werbestrategien der Suchtmittelanbieter, die versuchen unter Jugendlichen mit neuen Produkten neue Kundinnen und Kunden zu gewinnen (z.B. mit Elektrozigaretten).

### 3. Mädchen in der Pubertät

#### Problembeschreibung

Mädchen im Oberstufenschulalter klagen vergleichsweise häufig über Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen oder über Stress in der Schule und zeigen recht häufig depressive Verstimmungen. Auch Angststörungen sind unter Oberstufenschülerinnen weit verbreitet. Mehr als jedes fünfte Mädchen im Alter zwischen 14 und 15 Jahren ist nach eigenen Angaben öfters traurig und bedrückt, gar jedes zehnte ist häufig unglücklich oder niedergeschlagen oder weint oft. Je nach Datenquelle variieren diese Anteile etwas, fast immer aber sind sie doppelt oder sogar dreimal so hoch wie bei den gleichaltrigen Jungen.<sup>2</sup> Ausserdem rauchen Mäden im besagten Alter relativ viel. Und immerhin 8% der 15-jährigen Mädchen hatten schon mehr als zehn Mal im Leben einen Alkoholrausch, mehr noch als unter den gleichaltrigen Jungen (6%). Hinzu kommt, dass Mädchen zwar seltener Opfer von Gewalt (Schläge, Mobbing) im Schulumfeld werden als Jungen, aber im Falle von Gewalterfahrungen stärker darunter leiden. Mädchen haben also gerade mit Beginn der Pubertät und vor dem Übertritt ins Erwachsenenleben vermehrte gesundheitliche Probleme und sie sind in dieser Lebensphase besonders vulnerabel.

#### Auswirkungen auf die Gesundheit

Die selbsteingeschätzte Gesundheit von Mädchen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren ist deutlich schlechter als diejenige der gleichaltrigen Jungen. Auch zeigen sie spätestens mit dem Einsetzen der Menstruation vergleichsweise häufig Depressions- und Stresssymptome sowie negative Emotionen wie Nervosität, schlechte Laune oder Wut und Verärgerung. Rund ein Viertel ist eigenen Angaben zufolge oft schlecht gelaunt oder verärgert. Es ist davon auszu-

gehen, dass Mädchen in dieser Phase erhöhter Vulnerabilität und emotionaler Instabilität auch besonders anfällig sind für psychische und psychosomatische Erkrankungen (Suchtstörungen, Essstörungen usw.), Probleme, die bis weit ins Erwachsenenalter andauern und die sich zu eigentlichen Krankheitskarrieren entwickeln können. Ausdruck davon ist beispielsweise auch, dass Frauen zwar weniger häufig Suizid begehen als Männer, jedoch häufiger einen Suizidversuch unternehmen.

#### Präventionspotenzial

Angesichts einer im Geschlechtervergleich relativ schlechten psychischen Befindlichkeit und einer starken Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie einer hohen Behandlungsrate aufgrund psychischer Probleme von Mädchen und jungen Frauen haben Massnahmen, die hier Abhilfe oder zumindest Linderung versprechen, ein hohes Präventionspotenzial. Gerade weil männliche Jugendliche bezüglich ihres sozialen, schulischen und gesundheitsbezogenen Verhaltens meist eher auffallen als gleichaltrige Mädchen und gemeinhin eher als Risikogruppe gelten, ist es wichtig, die Mädchen in der Pubertät als besonders verletzte und belastete Gruppe nicht zu übersehen.

#### Fazit

Mädchen in der Pubertät stellen eine besonders belastete und vulnerable Risikogruppe im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit dar. Auch wenn in diesem Alter (zwischen 13 und 16 Jahren) gravierende Krankheiten und Gesundheitsstörungen meist noch ausbleiben, wird in dieser prägenden Lebensphase doch die Grundlage gelegt für die spätere körperliche wie psychische Gesundheit von jungen Frauen.

<sup>2</sup> Ähnliche Ergebnisse fanden sich schon in ISPMZ (2002).

## 4. Junge Männer (18-30 Jahre)

### Problembeschreibung

Männer generell und junge Männer speziell haben nicht nur vergleichsweise viele Unfälle, insbesondere Verkehrsunfälle mit Verletzungs- oder Todesfolge und auch sonst mehr Todesfälle infolge von Gewalteinwirkung (z.B. Suizide, Tötungsdelikte), sondern weisen gerade auch beim Gesundheitsverhalten und insbesondere beim Suchtmittelkonsum Auffälligkeiten auf. Nahezu die Hälfte aller Zürcher Männer im Alter zwischen 15 und 34 Jahren weist einen problematischen Alkoholkonsum auf. Diese Altersgruppe verzeichnet im Kanton Zürich ausserdem einen vergleichsweise hohen Raucheranteil, nämlich rund 40%. Beim Cannabiskonsum liegt die Lebenszeitprävalenz von Männern dieser Altersgruppe im Kanton Zürich bei rund 50%. Im Vergleich zu älteren Männern zeigen junge Männer häufiger negative Emotionen und sind auch deutlich häufiger in stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung. Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten stellen junge Männer also eine Risikogruppe dar.

### Auswirkungen auf die Gesundheit

Die nach wie vor um rund vier Jahre niedrigere Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu den Frauen ist zu einem guten Teil bedingt durch früh-

zeitige Todesfälle. Diese Todesfälle infolge von Verkehrs-, Sport- und Freizeitunfällen, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum usw. wiederum sind auf riskantere Lebensweisen und weniger gesundheitsbewusstes Verhalten zurückzuführen. Junge Männer zeigen in besonderem Masse ein solches gesundheitliches Risikoverhalten.

### Präventionspotenzial

Typisch männliches und jugendliches Risikoverhalten ist also einer der Hauptgründe für die vergleichsweise hohe Zahl an vorzeitig verlorenen Lebensjahren bei den Männern. Diese verlorenen Lebensjahre durch frühzeitige Todesfälle bei Männern sind grundsätzlich vermeidbar.

### Fazit

Junge Männer weisen besonders häufig negative Gefühle sowie einen hohen Suchtmittelkonsum, insbesondere übermässigen Alkoholkonsum, und eine hohe Unfallrate auf. Auch wenn sie schwer erreichbar sind für Präventionsmassnahmen, sind diese umso wichtiger, weil sich ein in jungen Jahren angeeignetes Risikoverhalten auch im mittleren und höheren Erwachsenenalter negativ auswirkt. Zur Verbesserung der Erreichbarkeit dieser Zielgruppe sind neue, innovative Strategien erforderlich.

## 5. Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter (45 - 65 Jahre)

### Problembeschreibung

Während typisch männliches Risikoverhalten im Strassenverkehr und beim Sport, aber auch in der Freizeit (z.B. Binge-Drinking) eher in jüngeren Jahren ausgeprägt ist, ist alltägliches selbstschädigendes Verhalten wie Bewegungsmangel, Überernährung oder chronisch übermässiger Alkoholkonsum eher bei Männern im mittleren und höheren Erwerbsalter zu beobachten. Männer zwischen 45 und 65 Jahren weisen von beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen die höchsten Anteile an Übergewichtigen und Adipösen sowie die höchsten Raten an stationären Hospitalisierungen mit Alkoholbezug auf. Ausserdem verzeichnen sie von allen Gruppen im Erwerbsalter die höchsten Suizidraten. Männer mittleren Alters genauso wie jüngere Männer neigen darüber hinaus dazu, ungünstige Verhaltensweisen zu kumulieren. So treten bei jedem fünften Mann im Kanton Zürich hoher Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und ungünstige Ernährung kombiniert auf. Und obwohl Arztkonsultationen und Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter häufiger werden, nehmen Männer generell weniger häufig (vorsorgliche) medizinische Konsultationen in Anspruch als Frauen.

### Auswirkungen auf die Gesundheit

Verhaltensbezogene Risikofaktoren sind vor allem auch im Hinblick auf chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, degenerative muskuloskelettale Erkrankungen, Krebserkrankungen usw. bedeutsam. Es besteht nicht umsonst auch im Kanton Zürich eine ausgeprägte männliche Übersterb-

lichkeit infolge von stark verhaltensbedingten Krankheiten wie Lungenkrebs, koronaren Herzkrankheiten, Diabetes oder Leberzirrhose. Die wichtigsten Risikofaktoren für diese Krankheiten sind bekanntlich Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum sowie Bewegungsmangel und Übergewicht. Dabei bilden die erhöhten Sterberaten bei Männern lediglich die Spitze des Eisberges.

### Präventionspotenzial

Gerade im Kanton Zürich nimmt die Lebenserwartung der Männer seit einigen Jahren stärker zu als diejenige der Frauen und der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung kontinuierlich ab, was man als Indiz für ein verbessertes Gesundheitsverhalten bei den Männern und/oder ein verschlechtertes bei den Frauen interpretieren kann. Dass aber nach wie vor ein Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung von knapp vier Jahren besteht, verweist auf das immer noch grosse Präventionspotenzial bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter.

### Fazit

Männer sterben im Kanton Zürich rund vier Jahre früher als Frauen. Dies ist zu einem nicht unwesentlichen Teil auf und einen vergleichsweise ungesunden Lebensstil der 45- bis 65-Jährigen zurückzuführen. Zu nennen ist hier insbesondere Bewegungsmangel, der häufig in Kombination mit Alkoholkonsum und ungünstiger Ernährung auftritt. Diese Zielgruppe ist bislang von der Prävention eher vernachlässigt worden, weswegen sich entsprechende Massnahmen hier besonders lohnen dürften.

## 6. Schule

### Problembeschreibung

Ein im Schulalter angeeignetes ungesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten setzt sich häufig auch im Erwachsenenalter fort. Einmal erworbene und während Jahren eingeübte Verhaltensweisen lassen sich später nur schwer ändern. Der Schulzeit und dem Schulalter kommt also bei der Erziehung zu gesunder Lebensführung eine entscheidende Rolle zu. Diese Erziehung findet zwar sowohl in der Familie wie auch in der Schule statt, doch sind Interventionen im Setting Familie hierzulande sozial wenig akzeptiert und politisch nicht opportun. Die Schule soll vor allem den Zugang zu den Jugendlichen erleichtern, denn dort können diese besonders gut erreicht und angesprochen werden. Daher sind Aufklärungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen in und durch die Schule besonders erfolgsversprechend. Dies allerdings nur, wenn diese auch flächendeckend umgesetzt werden, was nach wie vor nicht der Fall ist, weil Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreichend im Lehrplan verankert sind und in der Entscheidungskompetenz der einzelnen Gemeinden liegen.

### Auswirkungen auf Gesundheit

Die Schule hat als zweite wichtige gesellschaftliche Sozialisationsinstanz neben der Familie eine zentrale Funktion. Während der Schulzeit und teilweise auch direkt in der Schule bilden sich erste Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten, bestimmte Konsummuster sowie soziale Umgangsformen aus und werden an Modellen (Lehrer/innen, Mitschüler/innen) erlernt. In der Schule müssen die Kinder auch Leistungen erbringen und soziale Konflikte austragen sowie den Umgang mit dem anderen Geschlecht einüben. Und sie durchleben während der Schulzeit die schwierige Phase der Pubertät samt ersten sexuellen Erfahrungen. Gerade in der Schule und im Austausch mit anderen Schüler/innen kommen Kinder und Jugend-

liche häufig erstmals in Kontakt mit Suchtmitteln, aber auch mit verschiedenen Bewegungsformen und Sportarten. Kurz: Die Schule ist prägend für die weitere Entwicklung und das Gesundheitsverhalten der jungen Menschen und steht damit in besonderer Verantwortung beispielsweise für die Sexualaufklärung oder in der Gewalt- und Suchtprävention.

### Präventionspotenzial

Das Potenzial von präventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen in der Schule ist deshalb sehr hoch, weil diese in einer frühen und besonders prägenden Lebensphase einsetzen und daher nachhaltige Wirkung versprechen. Und weil an der Schule nahezu alle Personen eines Jahrgangs erreicht werden können. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe ist ausschlaggebend für den Erfolg von Präventionsmassnahmen jeglicher Art und später nie mehr so hoch und flächendeckend wie in der Schule, ausser vielleicht bei jungen Männern anlässlich der militärischen Aushebung.

### Fazit

Die Schule eröffnet den Kindern und Jugendlichen einerseits besondere Gesundheitschancen und vermittelt ihnen idealerweise auch Gesundheitskompetenz (Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Zahnpflege, Sexualaufklärung, HIV-Prävention, Suchtprävention usw.). Aber sie schafft auch eigene Gesundheitsrisiken (Angebote an Suchtmitteln, Gewalt, Mobbing und sexuelle Übergriffe durch Gleichaltrige usw.). Insofern kommt der Schule deshalb eine Schlüsselrolle zu und zwar in positiver wie negativer Hinsicht. Im Kanton Zürich kann wohl in keinem Lebensbereich Prävention und Gesundheitsförderung mit derselben Breiten- und Tiefenwirkung sowie in Übereinstimmung mit dem Gebot der Chancengleichheit betrieben werden wie in der Schule.

## 7.3 Literatur zu Kapitel 7

Bodmer, I., Jordi, C. & Eidenbenz, F. (2011). **Konzept zur Prävention und Behandlung von Glücksspielsucht, insbesondere Lotteriespielsucht, im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 16). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Hämmig, O., Bopp, M. & Stähli, R. (2004). **Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007** (Forschung und Dokumentation, Nr. 25). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1994). **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 3). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1999). **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen 1999** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 5). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2002). **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 7). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Berichte/Gesundheit\\_Jugendlicher\\_Kanton\\_Zuerich.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Berichte/Gesundheit_Jugendlicher_Kanton_Zuerich.pdf)

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2004). **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 11). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2005). **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich**. (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 12). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2008). **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 14). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2009). **Krebs im Kanton Zürich. Ein Bericht des Krebsregisters**. (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 15). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2012). **Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 17). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

ISPMZ, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2013). **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich** (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 18). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Landert, C. (2012). **Überprüfung bestehender Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung im Kanton Zürich. Eine Expertenbefragung**. Unveröffentlichter Bericht zuhanden des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Zürich.

Marmet, S., Gmel sen., G., Gmel jun., G., Frick, H. & Rehm, J. (2013). **Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011**. Lausanne: Sucht Schweiz.

Zugriff am 16.06.2014 unter: [www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html)

Regierungsrat des Kantons Zürich (2006). **Anfrage (Umsetzung der Massnahmenbereiche und Vorschläge zur Gesundheit von Müttern sowie Kindern unter sieben Jahren)**. Regierungsratsbeschluss Nr. 578/2006. Zürich.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2011). **Postulat (Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung öffnen)**. Regierungsratsbeschluss Nr. 774/2011. Zürich.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2013). **Anfrage (Bedarfsanalyse kantonaler Angebote für migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention)**. Regierungsratsbeschluss Nr. 993/2013. Zürich.

Stähli, R. & Schnoz, D. (2013): Schlussfolgerungen für die Prävention. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich** (S. 33 – 38). (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 18). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.



## Anhang A: Tabellenteil

*Seit dem Bericht «Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006» findet sich an dieser Stelle im Sinne eines Nachschlagewerks eine identisch strukturierte Auswahl an Tabellen mit Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Zur Erleichterung von Vergleichen werden die Themen jeweils in der gleichen Abfolge und Tabellenummerierung präsentiert. Leider haben die Definitionen und Fragestellungen in der SGB wiederholt geändert. Für die SGB 2007 wurde eine grösstmögliche Anpassung an den Bericht «Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006» vorgenommen. Abermalige Änderungen in der SGB 2012 konnten hingegen nicht berücksichtigt werden, weshalb einige Tabellen für die SGB 2012 entfallen.*

### Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. A.1: Jährlich erhobene Daten	101
Tab. A.2: Bevölkerungsstruktur 2010	104
Tab. A.3: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Anzahl Interviews	105
Tab. A.4: Selbsteingeschätzte Gesundheit	106
Tab. A.5: Psychische Belastungen	106
Tab. A.6: Kontrollüberzeugung (Mastery)	107
Tab. A.7: Beeinträchtigung durch gesundheitliche Probleme (6 Monate und mehr)	107
Tab. A.8: Körperliche Symptome	108
Tab. A.9: Gesundheitsorientierung («Wie wichtig ist Gesundheit?»)	108
Tab. A.10: Störungen im Wohnumfeld und Belastungen am Arbeitsplatz	109
Tab. A.11: Gesundheitsbezogener Lebensstil: Befolgen von Verhaltensempfehlungen	109
Tab. A.12: Verhaltensbezogene Risikofaktoren	110
Tab. A.13: Körperliche Aktivität in Alltag, Arbeit, Freizeit und Sport	110
Tab. A.14: Beachten von Ernährungsempfehlungen (Skala)	111
Tab. A.15: Body Mass Index (Unter-, Normal-, Übergewicht, Adipositas)	111
Tab. A.16: Zufriedenheit mit dem Körpergewicht	112
Tab. A.17: Tabakkonsum	112
Tab. A.18: Alkoholkonsum (reiner Alkohol in g/Tag)	113
Tab. A.19: Medikamentenkonsum in der vergangenen Woche	113
Tab. A.20: Arztbesuche in den letzten 12 Monaten	114
Tab. A.21: Zahnarzt / Dentalhygiene in den letzten 12 Monaten	114
Tab. A.22: Hospitalisierungen 2010: Rate pro 10'000 Einwohner/innen nach Diagnose, Geschlecht und Altersgruppe	115
Tab. A.23: Hospitalisierungen 2010: Prozentanteile Spitalaufenthaltsstage nach Diagnosen, Geschlecht und Altersgruppe	116
Tab. A.24: Hospitalisierungen 2010: Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen nach Diagnosen, Geschlecht und Altersgruppe	117

**Lesehinweise vgl. Rückseite**

## Lesehinweise

### Statistische Signifikanz

Für die Resultate aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Tab. A.4 bis A.21) wurde berechnet, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass der beobachtete Unterschied bloss durch Zufall zustande gekommen ist (so genannte «Irrtumswahrscheinlichkeit»  $p$ ); es gelten folgende Schwellenwerte:

- 5%, d.h.  $p < .05$ ; Symbol: «\*»,
- 1%, d.h.  $p < .01$ ; Symbol: «\*\*»,
- 1‰, d.h.  $p < .001$ ; Symbol: «\*\*\*».

Dabei wird die entsprechende Merkmalsausprägung jeweils allen anderen Merkmalsausprägungen derselben Kategorie gegenübergestellt (z.B. die 15-24-Jährigen allen ab 25-Jährigen). Die Berechnungen beruhen auf den gewichteten Stichproben, wobei das  $N$  auf die effektive Stichprobengrösse reduziert wird, da sonst die Schwelle für statistische Signifikanz zu grosszügig angesetzt würde.

### Abkürzungen

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>ALV</b>	Arbeitslosenversicherung
<b>AM</b>	Arithmetisches Mittel (Durchschnitt)
<b>AWA Kt. ZH</b>	Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich
<b>AWEL Kt. ZH</b>	Amt für Abfall, Wasser, Energie und Luft des Kantons Zürich
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit, Bern
<b>BEVNAT</b>	Jährliche Statistik der Geburten, Heiraten, Scheidungen, Todesfälle, Vaterschaftsanerkennungen und Adoptionen (NATürliche BEVölkerungsbewegung)
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern
<b>EFV</b>	Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern
<b>ESPOP</b>	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (Enquête Suisse sur la POPulation)
<b>FD Kt. ZH</b>	Finanzdirektion Kanton Zürich
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum), Bern
<b>GD Kt. ZH</b>	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>Kapo</b>	Kantonspolizei Zürich
<b>KRISTA</b>	Kriminalstatistik
<b>OKP</b>	Obligatorische KrankenPflegeversicherung
<b>PETRA</b>	Statistik der ausländischen Wohnbevölkerung (Population ETRAngère)
<b>PSYREC</b>	Psychiatriepatientenstatistik des Kantons Zürich
<b>SAKE</b>	Schweizerische ArbeitsKräfteErhebung
<b>seco</b>	(Eidgenössisches) Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern
<b>SMA MeteoSchweiz</b>	Nationaler Wetterdienst (Bundesamt für Meteorologie und Klimatologie; früher Schweizerische Meteorologische Anstalt), Zürich
<b>SSA</b>	Statistik des Schwangerschaftsabbruchs
<b>STATPOP</b>	Statistik der Bevölkerung und Haushalte
<b>VUSTA</b>	VerkehrsUnfallSTATistik

Tab. A.1: Jährlich erhobene Daten

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005/09 (Mittel)	Veränderung 2005/09 zu 2000/04 (%)	Datenquelle
<b>Klimadaten (Messstation Zürich)</b>									
Niederschlagsmenge (mm)	1 042	1 135	1 153	1 213	1 098	1 002	1 128	-3.5%	SMA MeteoSchweiz
Sonnenscheindauer (Stunden)	1 765	1 695	1 770	1 630	1 676	1 477	1 707	-0.1%	SMA MeteoSchweiz
Durchschnittstemperatur (°C)	9.2	9.8	10.1	9.6	9.9	8.8	9.7	-2.8%	SMA MeteoSchweiz
<b>Luftschadstoffe (Messstation Zürich-Stampfenbachstrasse)</b>									
NO <sub>2</sub> (Stickstoffdioxid): Jahresmittel <sup>1</sup>	38	39	35	36	37	36	37	-5.1%	AWEL Kt. ZH
PM <sub>10</sub> (Schwebstaub): Jahresmittel <sup>1</sup>	26	30	24	23	24	22	25	-6.6%	AWEL Kt. ZH
PM <sub>10</sub> : Tagesmittelwerte über IGW <sup>2</sup>	22	44	20	12	12	12	22	-8.3%	AWEL Kt. ZH
Ozon: Stundenmittelwerte über IGW <sup>3</sup>	182	290	182	114	51	185	164	-32.4%	AWEL Kt. ZH
<b>Ständige Wohnbevölkerung (1 000)<sup>4</sup></b>									
Zunahme von Anfang bis Ende Jahr	0.9%	0.9%	1.8%	1.9%	1.4%	1.6%	1.4%	28.8%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
Durchschnittsalter in Jahren	41.0	41.1	41.1	41.1	41.2	41.2	41.1	1.3%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
<b>Anteil Altersgruppen (%)</b>									
unter 16-Jährige	16.0%	15.9%	15.8%	15.7%	15.6%	15.6%	16.0%	15.9%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
16- bis 39-Jährige	33.1%	32.8%	32.8%	32.9%	32.8%	32.7%	33.1%	32.8%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
40- bis 64-Jährige	35.1%	35.3%	35.3%	35.3%	35.4%	35.3%	35.1%	35.3%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
65- bis 79-Jährige	11.4%	11.5%	11.5%	11.6%	11.7%	11.8%	11.4%	11.5%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
80-Jährige und Ältere	4.3%	4.4%	4.4%	4.5%	4.5%	4.6%	4.3%	4.4%	BFS, ESPOP <sup>5</sup>
<b>Ausländer<sup>6</sup></b>									
Männer	284 447	284 449	298 790	312 510	319 274	325 833	299 894	10.1%	BFS, PETRA <sup>5</sup>
Niedergelassene	151 528	151 570	159 667	167 602	171 186	174 271	160 311	9.8%	BFS, PETRA <sup>5</sup>
Einbürgerungen	200 398	197 172	199 971	201 071	200 267	198 637	199 776	0.3%	BFS, PETRA <sup>5</sup>
	8 901	11 341	8 874	11 040	11 438	10 273	10 319	36.1%	BFS, PETRA <sup>5</sup>
<b>Geburtensaldo total</b>									
Schweizer	3 056	3 585	3 722	4 317	4 709	5 014	3 878	59.6%	BFS, BEVNAT
Ausländer	19	623	754	1 209	1 618	1 739	845	-231.9%	BFS, BEVNAT
	3 037	2 962	2 968	3 108	3 091	3 262	3 033	-1.2%	BFS, BEVNAT
<b>Lebendgeburten</b>									
- von 35-39-jährigen Müttern	13 296	13 533	13 850	14 480	14 879	15 297	14 008	8.3%	BFS, BEVNAT
- von 40-jährigen und älteren Müttern	2 997	3 067	3 364	3 458	3 663	3 702	3 310	32.9%	BFS, BEVNAT
	581	623	680	773	787	845	689	65.0%	BFS, BEVNAT
Fertilität (Zusammengefasste Geburtenziffer)	1.43	1.46	1.47	1.50	1.51	1.55	1.47	4.7%	BFS, BEVNAT
Schwangerschaftsabbrüche <sup>7</sup>	2 304	2 152	2 391	2 419	2 254	2 355	2 304	-21.7%	BFS, SSA
Säuglingssterblichkeit <sup>8</sup>	5.3	5.7	4.6	5.0	4.7	4.4	5.1	-1.9%	BFS, BEVNAT
<b>Mortalität</b>									
<b>Sterbefälle total</b>									
Herz-Kreislauf-Krankheiten	10 240	9 948	10 128	10 163	10 170	10 296	10 130	-3.1%	BFS, BEVNAT
bösartige Neubildungen (Krebs)	3 752	3 651	3 727	3 658	3 632	3 530	3 684	-10.2%	BFS, Todesursachen
übrige Krankheiten	2 653	2 589	2 633	2 613	2 623	2 723	2 622	4.7%	BFS, Todesursachen
Unfälle/Gewalteinwirkungen	3 185	2 999	3 049	3 166	3 292	3 406	3 138	-1.3%	BFS, Todesursachen
	650	709	719	726	623	637	685	3.3%	BFS, Todesursachen
<b>Sterberaten (Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert)</b>									
<b>Männer</b>									
Alle Todesursachen	648.3	612.2	591.7	580.7	563.5	564.3	599.3	-13.2%	BFS, BEVNAT
Herz-Kreislauf-Krankheiten	216.1	207.5	197.0	185.7	184.5	174.7	198.2	-18.1%	BFS, Todesursachen
bösartige Neubildungen (Krebs)	185.5	175.1	171.7	174.0	162.9	172.3	173.8	-8.8%	BFS, Todesursachen
übrige Krankheiten	189.5	174.1	166.5	168.1	169.5	172.1	173.5	-14.2%	BFS, Todesursachen
Unfälle/Gewalteinwirkungen	57.2	55.4	56.5	52.9	46.6	45.2	53.7	-3.9%	BFS, Todesursachen
<b>Frauen</b>									
Alle Todesursachen	422.4	401.4	405.8	395.0	383.8	382.2	401.7	-12.3%	BFS, BEVNAT
Herz-Kreislauf-Krankheiten	136.5	126.0	130.2	126.5	119.9	115.4	127.8	-21.8%	BFS, Todesursachen
bösartige Neubildungen (Krebs)	118.8	118.9	121.7	111.7	113.9	111.8	117.0	-3.9%	BFS, Todesursachen
übrige Krankheiten	143.4	127.4	126.3	127.9	128.6	131.8	130.7	-9.7%	BFS, Todesursachen
Unfälle/Gewalteinwirkungen	23.7	29.0	27.6	28.9	21.5	23.2	26.1	-7.4%	BFS, Todesursachen
<b>Verlorene potenzielle Lebensjahre</b>									
Männer	22 334	20 299	19 723	19 775	19 123	18 414	20 251	-10.5%	BFS, BEVNAT
Frauen	12 429	11 674	11 839	11 314	10 924	11 475	11 636	-12.4%	BFS, BEVNAT
<b>mittlere Lebenserwartung bei Geburt</b>									
Männer	78.5	79.2	79.7	80.0	80.1	80.3	79.5	2.0%	BFS, BEVNAT
Frauen	83.4	83.8	83.7	83.9	84.3	84.3	83.8	1.5%	BFS, BEVNAT
<b>Migrationssaldo total</b>									
Internationale Migration: Zuzüger	8 766	7 960	20 830	21 828	15 772	12 643	15 031	58.7%	BFS, BEVNAT
Internationale Migration: Wegzüger	21 166	22 257	34 432	37 124	31 786	31 831	29 353	28.4%	BFS, BEVNAT
Binnenwanderung: Zuzüger	14 092	14 859	15 189	15 199	15 273	17 600	14 922	-0.1%	BFS, BEVNAT
Binnenwanderung: Wegzüger	18 688	18 279	19 606	19 798	19 526	20 195	19 179	5.3%	BFS, BEVNAT
Migrationssaldo Schweizer	16 996	17 717	18 019	19 895	20 267	21 783	18 579	11.5%	BFS, BEVNAT
Migrationssaldo Ausländer	-1 255	-1 912	-823	-1 605	-1 526	-2 478	-1 424	228.8%	BFS, BEVNAT
	10 021	9 872	21 653	23 433	17 298	15 121	16 455	63.8%	BFS, BEVNAT
<b>Heiraten total</b>									
beide Partner Schweizer	8 351	8 136	8 179	8 352	8 493	8 781	8 302	4.3%	BFS, BEVNAT
Schweizer mit Ausländerin	3 655	3 570	3 654	3 844	3 929	4 016	3 730	3.8%	BFS, BEVNAT
Schweizerin mit Ausländer	1 887	1 830	1 881	1 875	1 860	1 921	1 867	2.9%	BFS, BEVNAT
beide Partner Ausländer	1 637	1 591	1 609	1 506	1 523	1 594	1 573	22.2%	BFS, BEVNAT
	1 172	1 145	1 035	1 127	1 181	1 250	1 132	-10.8%	BFS, BEVNAT

**Tab. A.1: Jährlich erhobene Daten  
(Forts.)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005/09 (Mittel)	Veränderung 2005/09 zu 2000/04 (%)	Datenquelle
<b>Scheidungen</b>	4 356	4 036	3 850	3 929	3 957	4 379	4 026	a	BFS, BEVNAT
<b>Erwerbstätige über 15-Jährige</b> (1 000)	707	731	740	762	777	778	743	7.4%	BFS, SAKE
Erwerbstätige 15- bis 64-Jährige	690	710	720	738	750	756	722	7.3%	BFS, SAKE
Frauen	318	323	329	342	344	349	331	7.0%	BFS, SAKE
Schweizer/Innen	531	545	553	559	561	560	550	5.2%	BFS, SAKE
Ausländer/Innen	158	165	166	179	189	196	171	14.1%	BFS, SAKE
<b>Erwerbstätigenquote (15- bis 64-Jährige; %)</b>	79%	81%	81%	82%	81%	81%	81%	0.8%	BFS, SAKE
Schweizer/Innen	81%	82%	82%	83%	82%	82%	82%	0.7%	BFS, SAKE
Ausländer/Innen	74%	76%	77%	78%	77%	78%	76%	0.8%	BFS, SAKE
<b>Arbeitslose<sup>9</sup></b>	29 042	24 175	19 032	17 691	26 815	28 227	23 351	4.2%	AWA Kt. ZH
Arbeitslosenquote (%) <sup>9</sup>	4.0%	3.3%	2.6%	2.4%	3.7%	3.6%	3.2%	3.2%	AWA Kt. ZH
ALV-Bezüger <sup>10</sup>	59 716	53 109	47 903	40 826	52 032	56 161	50 717	0.1%	Seco, Arbeitslosenstatistik
<b>Steuerpflichtige<sup>11</sup></b>	764 997	775 722	786 747	798 503	810 248	820 127	787 243	6.0%	Statistisches Amt Kt. ZH
Einkommen (Mio. Franken)	44 158	45 267	46 383	47 679	49 734	51 702	46 644	10.8%	Statistisches Amt Kt. ZH
Vermögen (Mio. Franken)	253 256	261 959	275 730	288 750	289 883	291 407	273 916	9.7%	Statistisches Amt Kt. ZH
Einkommen pro steuerpflichtige Person (1 000 Franken)	57.7	58.4	59.0	59.7	61.4	63.0	59.2	4.5%	Statistisches Amt Kt. ZH
Vermögen pro steuerpflichtige Person (1 000 Franken)	331.1	337.7	350.5	361.6	357.8	355.3	347.7	3.4%	Statistisches Amt Kt. ZH
<b>Sozialversicherungen</b>									
AHV-Fälle	210 048	208 992	213 850	218 880	229 730	234 607	216 300	9.4%	BSV, AHV-Statistik
Zusatzrenten	2 846	2 962	3 130	3 217	2 994	2 948	3 030	-46.6%	BSV, AHV-Statistik
Hinterlassenenrenten	12 315	12 891	12 656	12 562	12 030	11 899	12 491	0.3%	BSV, AHV-Statistik
IV-Fälle	39 273	40 651	40 133	40 391	39 415	39 203	39 973	35.9%	BSV, IV-Statistik
Zusatzrenten IV	24 037	23 414	22 093	13 744	12 591	12 171	19 176	0.5%	BSV, IV-Statistik
<b>Ausgaben (Mio. Fr.)</b>									
Ausgaben AHV	383.2	382.8	401.6	410.0	441.0	449.7	403.7	11.6%	BSV, AHV-Statistik
Ausgaben IV	67.9	69.5	69.7	66.2	65.4	64.4	67.7	23.2%	BSV, IV-Statistik
Bedarfsleistungen netto total	919.9	948.3	952.8	1016.1	1025.8	1113.4	972.6	35.3%	BFS, Sozialhilfestatistik
- Sozialhilfe (Nettoausg. Gemeinden)	354.5	368.7	355.2	338.8	315.8	369.0	346.6	40.9%	BFS, Sozialhilfestatistik
Sozialhilfe: Fälle	29 100	28 912	28 429	26 500	26 684	26 800	27 925	17.6%	BFS, Sozialhilfestatistik
Sozialhilfe: unterstützte Personen	49 472	48 741	47 708	43 557	43 702	43 746	46 636	21.8%	BFS, Sozialhilfestatistik
Sozialhilfequote (% der Wohnbevölkerung)	3.9%	3.8%	3.7%	3.3%	3.3%	3.2%	3.6%	15.3%	BFS, Sozialhilfestatistik
<b>Krankenversicherung</b>									
durchschnittliche Monatsprämie OKP (26+-J., Fr.)	293	306	310	310	312	340	306	22.3%	BAG, OKP-Statistik
% ordentliche Jahresfranchise <sup>12</sup> (19+-J.)	43.3	41.6	41.1	36.8	33.3	29.9	39	-13.3%	BAG, OKP-Statistik
% hohe Jahresfranchise <sup>13</sup> (≥1 500.-, 19+-J.)	20.9	22.4	22.5	22.9	20.2	16.0	22	77.9%	BAG, OKP-Statistik
% andere Versicherungsformen (19+-J.)	12.0	14.5	16.8	22.4	31.3	41.3	19	99.2%	BAG, OKP-Statistik
Nettoleistungen pro versicherte Person (26+-Jährige)	2 789	2 802	2 921	3 066	3 180	3 261	2 952	19.0%	BAG, OKP-Statistik
Kostenbeteiligung pro versicherte Person (26+-Jährige)	499	508	524	543	551	550	525	22.9%	BAG, OKP-Statistik
<b>Prämienverbilligung (Mio. Fr.)</b>	515.6	512.4	547.1	573.1	607.2	714.4	551	31.0%	GD Kt. ZH
Bezüger/Innen	389 643	392 840	385 957	395 203	436 220	445 889	399 973	3.2%	BAG, OKP-Statistik
% der Wohnbevölkerung	30.7%	30.7%	29.8%	29.9%	32.5%	32.7%	30.7%	-2.3%	BAG, OKP-Statistik
<b>Ausgaben für Gesundheit und Gesundheitswesen (Mio. Franken)</b>									
Nettofinanzbedarf Kanton und Gemeinden	1 328	1 166	1 207	1 507	1 579	1 542	1 357	11.2%	EFV, öff. Finanzen
- davon stationäre Versorgung	1 166	1 004	1 044	1 280	1 387	1 329	1 176	7.6%	EFV, öff. Finanzen
Laufende Rechnung Kanton	1 977	1 940	1 205	1 347	2 432	2 425	1 780	-9.2%	FD Kt. ZH
Laufende Rechnung Gemeinden	1 092	1 127	1 187	1 277	1 298	1 317	1 196	28.7%	Statistisches Amt Kt. ZH
<b>Krankenhäuser</b>									
Stationäre Betten total	7 266	6 992	6 941	6 978	6 908	6 518	7 017	-7.4%	BFS, Krankenhausstatistik
- davon Akutpflege und Geburtshaus	4 721	4 604	4 621	4 681	4 674	4 690	4 660	-4.6%	BFS, Krankenhausstatistik
<b>Beschäftigte (Vollzeitäquivalente)</b>	23 090	22 494	23 174	23 847	24 797	22 722	23 480	5.3%	BFS, Krankenhausstatistik
ÄrztInnen/AkademikerInnen	3 748	3 645	3 703	3 927	4 012	3 316	3 807	18.8%	BFS, Krankenhausstatistik
Pflegepersonal Pflegebereich	7 929	7 724	8 088	8 279	8 668	9 305	8 138	1.1%	BFS, Krankenhausstatistik
andere medizinische Fachbereiche	6 039	5 800	6 079	6 212	6 454	3 505	6 117	3.5%	BFS, Krankenhausstatistik
Verwaltungspersonal	1 646	1 688	1 620	1 713	1 838	3 165	1 701	18.4%	BFS, Krankenhausstatistik
Ökonomie, Transport, Hausdienst	3 165	3 053	3 130	3 167	3 272	2 927	3 157	1.1%	BFS, Krankenhausstatistik
technische Betriebe	563	584	554	549	553	503	561	-2.9%	BFS, Krankenhausstatistik
<b>Hospitalisierungen<sup>14</sup></b>									
total aus Zürcher Wohnbevölkerung	220 451	227 201	232 609	239 329	221 601	224 934	228 238	9.2%	BFS, Krankenhausstatistik
- im Kanton Zürich	205 877	211 917	216 798	223 764	204 499	208 561	212 571	9.3%	BFS, Krankenhausstatistik
- in anderen Kantonen	14 574	15 284	15 811	15 565	17 102	16 373	15 667	8.3%	BFS, Krankenhausstatistik
Hospitalisierungen („Fälle“) je 1 000 EinwohnerInnen	174.0	177.7	179.5	181.3	165.1	165.1	175.5	3.5%	BFS, Krankenhausstatistik
Hospitalisierte Personen je 1 000 EinwohnerInnen	140.7	148.8	150.3	152.3	121.4	123.3	142.7	2.0%	BFS, Krankenhausstatistik
Hospitalisierungen von EinwohnerInnen anderer Kantone im Kanton Zürich	28 522	29 644	30 472	32 116	32 422	33 568	30 635	18.7%	BFS, Krankenhausstatistik
<b>Pflegetage (Mio., stationäre Hospitalisierungen)<sup>15</sup></b>	2 015	2 056	2 087	2 070	2 085	2 128	2 063	3.4%	BFS, Krankenhausstatistik
Pflegetage je 1 000 EinwohnerInnen	1 590	1 608	1 610	1 568	1 554	1 562	1 586	-2.1%	BFS, Krankenhausstatistik
<b>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)</b> (somatische Akutversorgung)	8.5	8.2	8.0	7.9	7.8	7.7	8.1	-8.2%	GD Kt. ZH, Kenndaten Akutomatik

**Tab. A.1: Jährlich erhobene Daten  
(Schluss)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005/09 (Mittel)	Veränderung 2005/09 zu 2000/04 (%)	Datenquelle
<b>Psychiatrische Kliniken</b>									
<i>Hauptdiagnosen<sup>16</sup> total</i>	10 694	11 045	11 976	11 503	12 794	12 389	11 602	29.4%	PSYREC
Organische Störungen	721	786	832	734	901	794	795	21.9%	PSYREC
Psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen)	2 453	2 577	2 723	3 010	3 309	2 960	2 814	29.0%	PSYREC
Schizophrenien	2 233	2 115	2 326	2 261	2 431	2 171	2 273	13.9%	PSYREC
Affektive Störungen	2 603	2 739	3 105	2 655	2 976	3 393	2 816	35.5%	PSYREC
Neurotische Störungen	1 580	1 587	1 712	1 612	1 523	1 678	1 603	25.3%	PSYREC
<i>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage) (nur Hospitalisationen &lt;1 Jahr)</i>	38.5	37.5	35.5	36.2	37.1	36.2	37	-3.1%	GD Kt. ZH, Kenndaten Psychiatrie
<b>Sozialmedizinische Institutionen</b>									
<i>Bewohner Langzeiteinrichtungen</i>	19 591	20 644	21 516	21 900	22 108	22 018	21 152	13.1%	BFS, SOMED-Statistik
Betagte/Chronischkranke	15 106	15 289	16 031	16 229	16 251	16 045	15 781	8.0%	BFS, SOMED-Statistik
Behinderte/Sucht Kranke	4 485	5 355	5 485	5 671	5 857	5 973	5 371	31.4%	BFS, SOMED-Statistik
<i>Unterbringungstage (Mio.)</i>	6.87	6.74	7.05	7.20	7.27	7.17	7.03	7.6%	BFS, SOMED-Statistik
<i>Unterbringungstage je 1000 Einwohner</i>	5 417	5 272	5 444	5 452	5 419	5 261	5 401	2.2%	BFS, SOMED-Statistik
<i>Einrichtungen für Betagte/Chronischkranke</i>	4 274	4 164	4 374	4 365	4 314	4 215	4 298	1.8%	BFS, SOMED-Statistik
<i>Einrichtungen für Behinderte/Sucht Kranke</i>	1 143	1 108	1 070	1 086	1 105	1 047	1 102	4.0%	BFS, SOMED-Statistik
<i>Beschäftigte Langzeiteinrichtungen</i>	14 681	16 633	16 587	16 859	17 625	17 746	16 477	22.9%	BFS, SOMED-Statistik
<b>Ärzte/Ärztinnen in privater Praxis</b>									
<i>pro 10 000 Einwohner</i>	2 972	3 021	3 003	3 039	3 283	3 292	3 064	8.4%	FMH
Allgemeinärzte/innen <sup>17</sup>	23.5	23.6	23.2	23.0	24.5	24.2	23.5	2.7%	FMH
<i>pro 10 000 Einwohner</i>	881	774	782	946	954	945	867	-6.3%	FMH
Spezialärzte/innen	7.0	6.1	6.0	7.2	7.1	6.9	6.7	-10.3%	FMH
- davon Psychiater/innen	2 283	2 330	2 299	2 335	2 551	2 561	2 360	24.2%	FMH
- davon Zahnärzte/innen	553	574	579	571	594	594	574	25.3%	FMH
<b>Zahnärzte/innen</b>	727	752	755	761	763	776	752	14.2%	Schweiz. Medizin. Jahrbuch
<b>Psychotherapeuten/innen (Bewilligungen)</b>	1 076	1 101	1 139	1 182	1 197	1 194	1 139	15.2%	Geschäftsbericht RR Kt. ZH
<b>Apotheken</b>	218	221	226	224	226	224	223	0.5%	Schweiz. Apothekerverein SAV
<b>Spitexstellen</b>									
<i>Spitex-KlientInnen</i>	1 725	1 901	2 046	2 137	2 301	2 352	2 022	27.8%	Spitex Verband Kt. ZH
Frauen	29 159	30 486	30 511	31 319	32 440	36 159	30 783	8.7%	BSV, Spitex-Statistik
Männer	20 869	21 814	21 496	21 622	22 534	24 933	21 667	5.0%	BSV, Spitex-Statistik
<i>Spitexpflegefälle<sup>18</sup> pro 1000 Einwohner</i>	8 290	8 672	9 015	9 697	9 906	11 226	9 116	18.5%	BSV, Spitex-Statistik
	37.8	38.6	37.2	35.8	35.9	39.1	37.1	-1.4%	BSV, Spitex-Statistik
<b>Strassenverkehr</b>									
<i>Personenwagen: Bestand</i>	652 301	658 722	674 948	665 751	658 814	669 381	662 107	7.8%	BFS, Strassenfahrzeuge
<i>neu in Verkehr gesetzte Personenwagen</i>	50 540	53 280	56 021	57 567	51 391	55 735	53 760	-0.9%	BFS, Strassenfahrzeuge
<i>Strassenverkehrsunfälle</i>	13 914	13 806	13 811	13 529	14 153	13 999	13 843	-10.2%	Kapo Zürich, VUSTA
mit verunfallten Personen	3 152	3 218	3 287	3 116	3 228	3 034	3 200	-6.5%	Kapo Zürich, VUSTA
nur Sachschaden	10 762	10 588	10 524	10 413	10 925	10 965	10 642	-11.2%	Kapo Zürich, VUSTA
<i>Verletzte im Strassenverkehr</i>	3 792	3 836	3 990	3 653	3 804	3 645	3 815	-7.1%	Kapo Zürich, VUSTA
<i>Tote im Strassenverkehr</i>	47	53	37	51	37	39	45	-38.2%	Kapo Zürich, VUSTA
<b>Erfasste Straftaten</b>									
<i>Sexualdelikte</i>	153 223	143 906	140 015	135 147	136 887	126 712	141 836	-4.7%	Kapo Zürich, KRISTA
Delikte gegen Leib und Leben	1 953	1 938	2 022	1 571	1 868	1 957	1 870	2.3%	Kapo Zürich, KRISTA
Tötungsdelikte	4 721	4 969	5 300	5 039	6 306	5 875	5 267	49.7%	Kapo Zürich, KRISTA
- davon vollendet	49	50	45	33	43	41	44	0.9%	Kapo Zürich, KRISTA
Schwere Körperverletzung	14	9	9	14	9	14	11	-26.7%	Kapo Zürich, KRISTA
Häusliche Gewalt	121	110	158	150	227	167	153	45.4%	Kapo Zürich, KRISTA
Häusliche Gewalt	2 118	2 438	2 787	2 662	2 608	2 019	2 523	40.5%	Kapo Zürich, KRISTA
Betäubungsmitteldelikte	15 337	14 592	15 654	13 440	17 687	18 457	15 342	2.7%	Kapo Zürich, KRISTA

<sup>1</sup> µg pro m<sup>3</sup><sup>2</sup> Immissions-Grenzwert der Luftreinhalte-Verordnung des Bundes (50µg pro m<sup>3</sup>)<sup>3</sup> Immissions-Grenzwert der Luftreinhalte-Verordnung des Bundes (120µg pro m<sup>3</sup>)<sup>4</sup> in der Jahresmitte (Durchschnitt aus Jahresanfangs- und Jahresendbestand)<sup>5</sup> 2010: STATPOP<sup>6</sup> ständige Bevölkerung am Jahresende<sup>7</sup> Im Kanton Zürich vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche<sup>8</sup> unter einjährig Verstorbene pro 1000 Lebendgeburten im gleichen Kalenderjahr<sup>9</sup> Jahresdurchschnitt<sup>10</sup> Jahrestotal<sup>11</sup> nur ordentlich Veranlagte<sup>12</sup> Minimale Kostenbeteiligung pro Jahr: bis 2003 230 Franken, seit 2004 300 Franken<sup>13</sup> Maximale Kostenbeteiligung pro Jahr: bis 2003 1500 Franken, seit 2004 2500 Franken<sup>14</sup> vor 2009 inkl. teilstationäre Fälle<sup>15</sup> Total Pflegetage der in diesem Jahr abgeschlossenen Hospitalisierungen; über ein Jahr dauernde Aufenthalte auf 1 Jahr gesetzt<sup>16</sup> bis 2007 bei Eintritt, ab 2008 bei Austritt<sup>17</sup> Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, die als Grundversorger tätig sind, und Ärzte ohne Facharzttitel<sup>18</sup> nur Leistungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung)

a (Scheidungen) Trendvergleich nicht sinnvoll, da wegen einer Änderung im Scheidungsrecht per 1.1.2000 vorübergehend viel weniger Scheidungsurteile ausgesprochen wurden

Tab. A.2: Bevölkerungsstruktur 2010

		Einwohner total	Frauen	Ausländer	Geburtsort		Wohnort Ende 2005
					Kt. ZH	Ausland	Gleiche Gemeinde wie 2010
<b>Kanton Zürich</b>	<b>total</b>	1 373 068	50.6%	24.1%	49.3%	30.2%	72.8%
<b>Geschlecht</b>	Frauen	694 284	100.0%	22.2%	47.6%	30.9%	73.9%
	Männer	678 784	–	26.1%	50.9%	29.6%	71.7%
<b>Altersgruppen</b>	0- bis 14-Jährige	203 036	48.6%	24.7%	83.8%	9.3%	78.6%
	15- bis 24-Jährige	144 946	48.9%	20.2%	67.2%	22.8%	71.6%
	25- bis 34-Jährige	211 778	49.9%	38.6%	38.6%	44.1%	38.9%
	35- bis 49-Jährige	337 617	48.6%	30.1%	38.9%	40.2%	68.2%
	50- bis 64-Jährige	251 673	50.4%	17.5%	41.6%	30.9%	86.0%
	65- bis 74-Jährige	119 111	53.2%	13.7%	40.0%	28.6%	92.7%
	75-Jährige und Ältere	104 907	61.7%	7.3%	41.2%	20.8%	96.1%
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung	144 100	66.6%	38.0%	.	53.1%	.
<i>nur ab 25-Jährige</i>	Berufslehre, Maturität o. ä.	458 800	55.2%	16.7%	.	24.1%	.
<i>(SAKE, n=10828)</i>	höhere Berufsausbildung	127 500	34.6%	12.2%	.	19.1%	.
	Hochschule	238 400	41.1%	34.1%	.	45.0%	.
	kein Abschluss oder ohne Angabe	42 100	64.0%	42.2%	.	53.8%	.
<b>Nationalität</b>	Schweizer/innen	1 042 311	51.8%	–	59.5%	14.4%	78.9%
	Ausländer/innen	330 668	46.5%	100.0%	16.3%	81.0%	53.3%
<b>Migrations- hintergrund</b>	nur Schweiz	891 287	50.5%	–	69.5%	–	78.8%
	Südeuropa und Frankreich	104 835	44.5%	84.9%	22.5%	73.6%	68.8%
	Deutschland und Nordeuropa	144 827	51.4%	73.4%	6.1%	92.4%	50.0%
	Osteuropa und Balkan	119 597	51.4%	71.1%	13.1%	85.0%	67.6%
	ausserhalb Europa	112 522	54.4%	44.7%	4.8%	94.8%	64.7%
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	507 700	30.8%	29.4%	.	35.4%	.
<i>nur ab 15-Jährige</i>	teilzeit erwerbstätig	269 900	75.3%	17.3%	.	26.3%	.
<i>(SAKE, n=11665)</i>	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	206 700	60.1%	11.4%	.	25.1%	.
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	132 800	50.0%	29.3%	.	36.6%	.
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	42 100	95.2%	37.0%	.	50.8%	.
<b>Zivilstand</b>	ledig	606 413	46.9%	23.5%	64.6%	19.7%	65.9%
	verheiratet	585 281	49.6%	26.9%	36.5%	40.7%	77.0%
	verwitwet	63 819	81.1%	10.4%	38.5%	26.0%	92.8%
	geschieden/getrennt	114 456	58.8%	20.3%	39.9%	34.3%	72.4%
<b>Haushalttyp</b>	alleinlebend, unter 65-jährig	149 200	47.0%	26.6%	.	31.1%	.
<i>nur ab 15-Jährige</i>	alleinlebend, ab 65-jährig	81 900	76.5%	10.1%	.	25.0%	.
<i>(SAKE, n=11658)</i>	Familie mit Kindern	477 200	50.4%	25.2%	.	34.2%	.
	Paare ohne Kinder	371 800	47.5%	21.2%	.	30.0%	.
	andere Formen	78 200	51.5%	34.8%	.	39.4%	.
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich	372 857	50.7%	30.5%	40.9%	38.6%	74.1%
<b>Kanton Zürich</b>	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	364 302	49.9%	26.2%	49.8%	31.2%	69.7%
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	268 430	51.3%	20.6%	51.1%	27.1%	72.4%
	Winterthur, Weinland, Oberland	367 479	50.6%	18.1%	55.8%	23.0%	74.8%
<b>Wohnregion</b>	Kanton Zürich	1 373 068	50.6%	24.1%	49.3%	30.2%	72.8%
<b>Deutschschweiz</b>	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)	1 398 898	50.0%	20.2%	8.1%	22.2%	74.9%
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	2 760 125	50.8%	18.2%	4.2%	20.5%	75.7%

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, STATPOP 2010 (Vollerhebung) und SAKE 2010 (basierend auf 11 665 Interviews im Kanton Zürich)

Tab. A.3: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Anzahl Interviews

		Telefon- Interview	% ungewichtet	% gewichtet	Telefon-Interview und Fragebogen	% gewichtet
<b>Kanton Zürich</b>	<b>Total</b>	2422	100%	100%	1867	100%
<b>Geschlecht</b>	Frauen	1327	54.8%	51.5%	1027	50.4%
	Männer	1095	45.2%	48.5%	840	49.6%
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	182	7.5%	12.4%	124	11.9%
	25- bis 34-Jährige	347	14.3%	16.7%	254	17.4%
	35- bis 49-Jährige	706	29.2%	29.7%	531	28.6%
	50- bis 64-Jährige	619	25.6%	23.1%	513	23.9%
	65- bis 74-Jährige	311	12.8%	10.3%	256	10.2%
	75-Jährige und Ältere	257	10.6%	7.8%	189	8.0%
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung	219	9.0%	10.3%	134	7.9%
	Berufslehre, Maturität o. ä.	1387	57.3%	57.6%	1068	58.6%
	höhere Berufsausbildung	189	7.8%	7.2%	160	7.3%
	Hochschule	624	25.8%	24.8%	505	26.2%
<b>Nationalität</b>	Schweizer/innen	2090	86.3%	78.8%	1673	80.0%
	Ausländer/innen	332	13.7%	21.2%	194	20.0%
<b>Migrations- hintergrund</b>	nur Schweiz	1546	63.8%	59.2%	1286	62.0%
	Südeuropa und Frankreich	189	7.8%	8.9%	133	9.1%
	Deutschland und Nordeuropa	379	15.7%	15.7%	280	16.7%
	Osteuropa und Balkan	161	6.7%	8.9%	83	5.9%
	ausserhalb Europa	147	6.1%	7.3%	85	6.3%
<b>Haushalts- einkommen</b>	bis 2999 Fr.	561	23.2%	26.9%	403	25.9%
	3000 bis 4499 Fr.	643	26.6%	26.3%	488	24.7%
	4500 bis 5999 Fr.	460	19.0%	16.8%	370	17.8%
	6000 bis 7499 Fr.	355	14.7%	13.8%	287	14.7%
	7500 Fr. und mehr	305	12.6%	11.3%	251	12.8%
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	332	13.7%	14.8%	231	13.1%
	qualifizierte manuelle Berufe	182	7.5%	8.7%	118	7.7%
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	180	7.4%	7.5%	145	7.6%
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	575	23.7%	22.5%	458	23.3%
	höher qualifizierte nicht-manuelle Berufe / mittlere Kader	780	32.2%	31.1%	624	32.8%
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	284	11.7%	11.1%	231	11.2%
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	921	38.0%	41.3%	694	41.8%
	teilzeit erwerbstätig	622	25.7%	25.1%	498	25.4%
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	510	21.1%	16.2%	401	16.5%
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	368	15.2%	17.4%	273	16.4%
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	268	11.1%	11.3%	202	10.3%
<b>Zivilstand</b>	Ledig	764	31.5%	30.8%	585	32.1%
	Verheiratet	1086	44.8%	53.0%	845	52.2%
	Verwitwet	235	9.7%	6.1%	181	5.9%
	geschieden/getrennt	336	13.9%	10.1%	255	9.8%
<b>Haushalttyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	567	23.4%	11.6%	448	12.3%
	alleinlebend, über 65-jährig	278	11.5%	5.3%	209	5.4%
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	651	26.9%	37.0%	460	32.8%
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	478	19.7%	23.3%	391	25.2%
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erwachsenen Kind/ern	312	12.9%	14.3%	258	15.5%
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend	136	5.6%	8.5%	101	8.9%
<b>Wohnregion Kanton Zürich</b>	Stadt Zürich	976	40.3%	29.7%	723	28.1%
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	490	20.2%	24.3%	395	25.1%
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	423	17.5%	19.2%	335	20.0%
	Winterthur, Weinland, Oberland	533	22.0%	26.9%	414	26.8%
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich	2422	20.9%	24.7%	1867	24.8%
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)	5922	27.9%	24.8%	2486	24.7%
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	3236	51.1%	50.5%	4600	50.5%

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Tab. A.4: Selbsteingeschätzte Gesundheit

		n = Anzahl Interviews	sehr gut	gut	mittel bis sehr schlecht	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992	(n = 413/1151/250)	23.1%	63.5%	13.4%	
	1997	(n = 397/917/263)	25.3%	58.5%	16.3%	***
	2002	(n = 344/1065/221)	22.0%	65.1%	12.8%	
	<b>2007</b>	<b>(n = 494/1626/301)</b>	<b>21.4%</b>	<b>67.9%</b>	<b>10.7%</b>	<b>***</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen		19.5%	68.7%	11.8%	
	Männer		23.4%	67.0%	9.5%	
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige		25.0%	71.1%	†	*
	25- bis 34-Jährige		28.8%	68.2%	(2.9%)	***
	35- bis 49-Jährige		23.1%	70.2%	6.7%	***
	50- bis 64-Jährige		17.1%	68.6%	14.4%	***
	65- bis 74-Jährige		13.4%	65.8%	20.8%	***
	75-Jährige und Ältere		16.9%	54.0%	29.1%	***
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung		16.8%	61.1%	22.1%	***
	Berufslehre, Maturität o. ä.		21.0%	68.3%	10.8%	
	höhere Berufsausbildung		21.1%	69.6%	(9.2%)	
	Hochschule		24.0%	69.7%	6.3%	***
<b>Nationalität</b>	Schweizer/innen		20.4%	68.9%	10.6%	
	Ausländer/innen		25.1%	64.1%	10.8%	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz		19.8%	69.4%	10.7%	
	Südeuropa und Frankreich		22.7%	61.3%	(16.0%)	
	Deutschland und Nordeuropa		19.6%	70.2%	10.1%	
	Osteuropa und Balkan		26.5%	65.8%	(7.8%)	
	ausserhalb Europa		30.6%	61.1%	(8.3%)	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.		17.0%	70.3%	12.7%	*
	3000 bis 4499 Fr.		21.9%	64.9%	13.3%	*
	4500 bis 5999 Fr.		22.0%	69.1%	8.9%	
	6000 bis 7499 Fr.		25.3%	67.0%	7.7%	
	7500 Fr. und mehr		25.5%	70.5%	(4.0%)	***
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe		20.5%	60.7%	18.8%	***
	qualifizierte manuelle Berufe		22.8%	65.2%	11.9%	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker		21.2%	69.5%	(9.3%)	
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe		17.5%	71.2%	11.3%	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader		23.1%	68.9%	8.0%	*
<b>Erwerbstätigkeit</b>	höhere Führungskräfte, freie Berufe		21.9%	72.7%	(5.4%)	*
	vollzeit erwerbstätig		25.4%	68.9%	5.7%	***
<b>Zivilstand</b>	teilzeit erwerbstätig		18.4%	73.3%	8.4%	*
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter		14.7%	58.8%	26.5%	***
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter		22.7%	66.2%	11.0%	
	- davon Hausfrauen/Hausmänner		18.7%	68.0%	13.3%	
<b>Haushaltstyp</b>	ledig		24.8%	68.2%	7.0%	***
	verheiratet		21.0%	68.4%	10.6%	
	verwitwet		16.0%	59.9%	24.1%	***
	geschieden/getrennt		16.4%	69.4%	14.3%	
	alleinlebend, bis 65-jährig		20.9%	67.0%	12.1%	
<b>Wohnregion</b>	alleinlebend, über 65-jährig		17.8%	57.9%	24.3%	***
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)		21.8%	72.9%	5.2%	***
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder		26.6%	64.5%	8.9%	**
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern		14.1%	61.8%	24.1%	***
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend		20.6%	73.0%	(6.4%)	
<b>Kanton Zürich</b>	Stadt Zürich		22.8%	64.1%	13.1%	*
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal		22.5%	68.3%	9.2%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt		22.3%	66.9%	10.8%	
	Winterthur, Weinland, Oberland		18.3%	72.5%	9.2%	
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich		21.4%	67.9%	10.7%	*
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)		22.0%	66.0%	12.0%	
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)		20.2%	66.2%	13.6%	**

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.5: Psychische Belastungen

		hoch	mittel	niedrig	Signifikanz	n = Anzahl Interviews
<b>Kanton Zürich</b>	1992	nicht erhoben				
	1997	nicht erhoben				
	2002	nicht erhoben				
	<b>2007</b>	<b>3.6%</b>	<b>12.3%</b>	<b>84.2%</b>	<b>(n = 92/274/1927)</b>	<b>2007</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen	4.1%	14.2%	81.7%	*	
	Männer	3.0%	10.4%	86.7%	*	
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	†	(18.0%)	79.0%		
	25- bis 34-Jährige	(4.9%)	13.3%	81.8%		
	35- bis 49-Jährige	(3.5%)	12.3%	84.3%		
	50- bis 64-Jährige	(4.1%)	11.0%	84.8%		
	65- bis 74-Jährige	†	(10.5%)	87.6%		
	75-Jährige und Ältere	†	(7.5%)	90.4%	*	
<b>Bildung</b>	nur obligator. Schulbildung	(5.9%)	(17.7%)	76.4%	*	
	Berufslehre, Maturität o. ä.	3.4%	12.4%	84.3%		
	höhere Berufsausbildung	†	(10.7%)	85.4%		
	Hochschule	(3.1%)	10.8%	86.1%		
<b>Nationalität</b>	Schweizer	3.3%	10.9%	85.7%	***	
	Ausländer	(4.5%)	18.2%	77.3%	***	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz	3.0%	9.5%	87.5%	***	
	Südeuropa und Frankreich	(3.8%)	24.1%	72.1%		
	Deutschland und Nordeuropa	(3.8%)	14.4%	81.8%	***	
	Osteuropa und Balkan	(8.0%)	(18.4%)	73.6%	**	
	ausserhalb Europa	†	(10.4%)	87.3%		
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.	(3.1%)	16.8%	80.1%	***	
	3000 bis 4499 Fr.	(4.8%)	11.7%	83.5%		
	4500 bis 5999 Fr.	(2.4%)	10.8%	86.9%		
	6000 bis 7499 Fr.	(2.4%)	9.7%	87.9%		
	7500 Fr. und mehr	(3.5%)	(6.7%)	89.8%	*	
<b>SPK</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	(4.7%)	17.0%	78.4%	*	
	qualifizierte manuelle Berufe	†	(11.6%)	86.8%		
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	†	(9.7%)	86.7%		
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	(2.7%)	15.4%	81.8%		
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	3.9%	9.9%	86.1%		
<b>Erwerbstätigkeit</b>	höhere Führungskräfte, freie Berufe	†	(6.9%)	90.2%	*	
	vollzeit erwerbstätig	2.9%	10.7%	86.4%		
<b>Zivilstand</b>	teilzeit erwerbstätig	(3.7%)	12.5%	83.7%		
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	(2.2%)	10.2%	87.6%		
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	(6.4%)	18.1%	75.5%	***	
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	(6.3%)	16.1%	77.6%	*	
<b>Haushaltstyp</b>	ledig	4.6%	13.9%	81.4%		
	verheiratet	(2.5%)	11.5%	86.0%	*	
	verwitwet	(5.3%)	(6.8%)	87.9%		
	geschieden/getrennt	(4.3%)	14.2%	81.5%		
	alleinlebend, bis 65-jährig	6.4%	14.5%	79.1%	***	
<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	alleinlebend, über 65-jährig	(4.4%)	(11.4%)	84.2%		
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	(4.7%)	15.1%	80.3%	**	
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	(2.6%)	10.4%	87.0%		
	≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern	†	(9.1%)	90.1%	*	
	mit Eltern/Geschwistern zusammen	†	†	89.8%		
<b>Wohnregion DS</b>	Stadt Zürich	3.7%	12.3%	84.0%		
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	(3.3%)	13.8%	82.9%		
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	(4.3%)	11.0%	84.7%		
	Winterthur, Weinland, Oberland	(3.1%)	11.7%	85.2%		
<b>Wohnregion DS</b>	Kanton Zürich	3.6%	12.3%	84.2%		
	östliche Deutschschweiz	4.3%	11.0%	84.7%		
	westliche Deutschschweiz	3.8%	10.8%	85.4%		

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.6: Kontrollüberzeugung (Mastery)

	n = Anzahl Interviews	hohes Kontrollniveau	mittleres Kontrollniveau	tiefes Kontrollniveau	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992 (n = 258/441/408)	37.8%	40.0%	22.2%	
	1997 (n = 356/538/325)	28.0%	43.7%	28.3%	***
	2002 (n = 211/478/489)	41.9%	40.4%	17.7%	***
	<b>2007</b> (n = 351/667/681)	40.7%	40.0%	19.3%	***
<b>Geschlecht</b>	Frauen	36.1%	44.6%	19.2%	***
	Männer	45.3%	35.4%	19.4%	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	25.5%	50.8%	(23.7%)	**
	25- bis 34-Jährige	34.1%	47.2%	18.7%	
	35- bis 49-Jährige	41.3%	40.1%	18.7%	
	50- bis 64-Jährige	44.4%	34.1%	21.4%	
	65- bis 74-Jährige	54.8%	33.1%	12.1%	***
	75-Jährige und Ältere	53.8%	28.6%	(17.6%)	*
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung	25.1%	38.1%	36.8%	***
	Berufslehre, Maturität o. ä.	42.8%	38.8%	18.4%	
	höhere Berufsausbildung	44.5%	40.3%	15.2%	
	Hochschule	39.1%	42.7%	18.2%	
<b>Nationalität</b>	Schweizer	41.3%	39.8%	18.9%	
	Ausländer	38.6%	40.6%	20.8%	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz	43.1%	39.0%	18.0%	
	Südeuropa und Frankreich	36.5%	37.5%	26.1%	
	Deutschland und Nordeuropa	44.9%	36.9%	18.2%	
	Osteuropa und Balkan	(25.7%)	54.3%	(20.1%)	
	ausserhalb Europa	(24.6%)	49.1%	(26.3%)	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.	36.9%	38.7%	24.3%	
	3000 bis 4499 Fr.	41.8%	37.9%	20.4%	
	4500 bis 5999 Fr.	38.3%	42.7%	19.0%	
	6000 bis 7499 Fr.	47.8%	40.2%	11.9%	*
	7500 Fr. und mehr	43.3%	40.8%	15.9%	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	36.8%	35.5%	27.8%	*
	qualifizierte manuelle Berufe	51.9%	32.4%	(15.7%)	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	50.4%	29.2%	(20.4%)	
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	39.1%	41.9%	19.1%	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader	37.8%	42.4%	19.8%	
höhere Führungskräfte, freie Berufe	48.5%	40.4%	11.2%	*	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	44.4%	39.0%	16.6%	
	teilzeit erwerbstätig	33.3%	46.3%	20.4%	**
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	53.4%	31.5%	15.1%	***
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	32.7%	39.2%	28.0%	***
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	35.0%	34.8%	30.2%	**
<b>Zivilstand</b>	ledig	32.7%	45.1%	22.2%	***
	verheiratet	46.7%	37.2%	16.0%	***
	verwitwet	46.1%	36.3%	(17.7%)	
	geschieden/getrennt	34.2%	38.2%	27.6%	*
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	30.8%	39.8%	29.4%	***
	alleinlebend, über 65-jährig	48.2%	33.8%	(18.0%)	
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	34.9%	45.0%	20.1%	*
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	47.5%	35.3%	17.2%	*
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern	53.1%	31.8%	(15.2%)	***
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend	37.3%	47.6%	(15.2%)	
<b>Wohnregion Kanton Zürich</b>	Stadt Zürich	33.5%	43.2%	23.3%	***
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	38.1%	41.4%	20.5%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	45.5%	37.8%	16.7%	
	Winterthur, Weinland, Oberland	47.7%	36.7%	15.6%	*
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich	40.7%	40.0%	19.3%	
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)	43.8%	39.2%	17.0%	
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	42.0%	40.2%	17.7%	

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.7: Beeinträchtigung durch gesundheitliche Probleme (6 Monate und mehr)

Kein chronisches Leiden	Keine Einschränkungen	Leichte Einschränkungen	Starke Einschränkungen	Signifikanz	n = Anzahl Interviews
		nicht vergleichbar			1992
		nicht vergleichbar			1997
		nicht vergleichbar			2002
60.5%	12.7%	19.8%	7.0%		(n = 1395/337/497/189)
59.9%	12.2%	20.5%	7.4%		<b>2007</b>
61.0%	13.3%	19.0%	6.6%		<b>Geschlecht</b>
					Frauen
					Männer
63.0%	(12.7%)	24.3%	†		<b>Altersgruppen</b>
72.5%	(6.7%)	16.9%	(3.9%)	***	15- bis 24-Jährige
65.1%	10.0%	19.3%	5.6%	*	25- bis 34-Jährige
56.8%	15.2%	20.2%	7.8%		35- bis 49-Jährige
46.5%	22.0%	23.0%	(8.6%)	***	50- bis 64-Jährige
42.0%	16.7%	25.0%	16.4%	***	65- bis 74-Jährige
					75-Jährige und Ältere
56.7%	12.4%	19.5%	(11.5%)		<b>Bildung</b>
61.2%	12.9%	19.1%	6.9%		nur obligator. Schulbildung
56.9%	15.4%	22.0%	(5.8%)		Berufslehre, Maturität o. ä.
61.2%	11.7%	21.2%	5.9%		höhere Berufsausbildung
					Hochschule
58.8%	13.3%	20.5%	7.4%		<b>Nationalität</b>
66.7%	10.5%	17.1%	5.8%		Schweizer
					Ausländer
58.3%	14.2%	20.6%	6.9%		<b>Migrationshintergrund</b>
60.1%	(11.4%)	20.6%	(7.9%)		nur Schweiz
59.1%	11.9%	22.4%	6.6%		Südeuropa und Frankreich
69.6%	(8.1%)	14.4%	(8.0%)		Deutschland und Nordeuropa
70.4%	(9.6%)	(13.3%)	(6.7%)		Osteuropa und Balkan
					ausserhalb Europa
62.4%	10.2%	19.4%	8.0%		<b>Haushaltseinkommen</b>
55.5%	12.8%	24.6%	7.1%	*	bis 2999 Fr.
60.1%	12.9%	18.5%	8.5%		3000 bis 4499 Fr.
59.5%	16.9%	17.6%	(6.1%)		4500 bis 5999 Fr.
68.3%	12.6%	15.5%	(3.6%)	*	6000 bis 7499 Fr.
					7500 Fr. und mehr
57.1%	12.3%	18.6%	12.0%	*	<b>SPK an- und ungelernete manuelle Berufe</b>
60.3%	(12.5%)	20.3%	(6.9%)		qualifizierte manuelle Berufe
60.6%	(13.4%)	21.2%	(4.8%)		Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker
58.8%	12.9%	20.8%	7.5%		Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe
61.6%	13.1%	19.4%	6.0%		höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader
63.4%	12.7%	18.3%	(5.6%)		höhere Führungskräfte, freie Berufe
64.7%	11.9%	18.6%	4.9%	**	<b>Erwerbstätigkeit</b>
62.1%	11.8%	19.5%	6.6%		vollzeit erwerbstätig
43.0%	19.9%	24.6%	12.5%	***	teilzeit erwerbstätig
64.2%	9.5%	18.7%	7.6%		nicht erwerbstätig, im Rentenalter
63.6%	(7.2%)	21.7%	7.5%		nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter
					davon Hausfrauen/Hausmänner
61.6%	12.1%	20.0%	6.4%		<b>Zivilstand</b>
63.0%	12.7%	18.5%	5.9%		ledig
44.7%	15.2%	24.1%	16.0%	***	verheiratet
53.3%	13.5%	23.9%	9.3%		verwitwet
					geschieden/getrennt
57.1%	13.5%	20.8%	8.6%		<b>Haushaltstyp</b>
40.8%	18.5%	27.3%	13.3%	***	alleinlebend, bis 65-jährig
68.7%	8.5%	17.4%	5.5%	***	alleinlebend, über 65-jährig
63.8%	13.2%	18.1%	(4.9%)		Familie mit Kindern (unter 21-jährig)
45.3%	19.2%	24.9%	10.5%	***	unter 65-jährige Paare ohne Kinder
57.9%	(14.0%)	28.1%	†		+65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern
					mit Eltern/Geschwistern zusammen
60.1%	13.4%	17.5%	9.0%		<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>
63.5%	10.3%	19.7%	6.5%		Stadt Zürich
59.2%	13.6%	20.8%	6.5%		Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal
58.9%	13.5%	21.8%	5.7%		Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt
					Winterthur, Weinland, Oberland
60.5%	12.7%	19.8%	7.0%		<b>Wohnregion DS</b>
62.7%	13.3%	17.6%	6.5%	*	Kanton Zürich
58.5%	13.5%	20.4%	7.5%		östliche Deutschschweiz
					westliche Deutschschweiz

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.8: Körperliche Symptome

		n = Anzahl Interviews	keine/kaum Beschwerden	einige Beschwerden	starke Beschwerden	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992	nicht vergleichbar (n = 705/630/476)				
	1997		34.0%	39.4%	26.6%	***
	2002	(n = 632/559/350)	42.4%	35.4%	22.2%	***
	<b>2007</b>	<b>(n = 875/766/598)</b>	<b>39.5%</b>	<b>35.4%</b>	<b>25.1%</b>	
<b>Geschlecht</b>	Frauen		31.2%	37.4%	31.4%	***
	Männer		48.7%	33.2%	18.1%	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige		35.4%	39.7%	24.9%	
	25- bis 34-Jährige		40.9%	35.5%	23.6%	
	35- bis 49-Jährige		39.2%	36.5%	24.4%	
	50- bis 64-Jährige		42.1%	33.8%	24.1%	
	65- bis 74-Jährige		40.3%	35.6%	24.1%	
	75-Jährige und Ältere		35.9%	29.2%	34.9%	***
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung		33.7%	30.7%	35.6%	*
	Berufslehre, Maturität o. ä.		37.7%	36.7%	25.6%	
	höhere Berufsausbildung		41.4%	35.7%	22.9%	
	Hochschule		45.6%	34.2%	20.2%	***
<b>Nationalität</b>	Schweizer		39.6%	34.8%	25.6%	
	Ausländer		39.4%	37.9%	22.8%	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz		40.1%	35.0%	24.9%	
	Südeuropa und Frankreich		28.6%	37.6%	33.8%	*
	Deutschland und Nordeuropa		39.6%	40.2%	20.3%	
	Osteuropa und Balkan		41.3%	33.3%	25.4%	
	ausserhalb Europa		46.1%	28.6%	25.3%	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.		36.7%	33.9%	29.4%	*
	3000 bis 4499 Fr.		38.0%	34.2%	27.7%	
	4500 bis 5999 Fr.		41.9%	35.0%	23.1%	
	6000 bis 7499 Fr.		40.8%	43.3%	15.9%	***
	7500 Fr. und mehr		45.1%	34.3%	20.6%	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe		35.7%	36.9%	27.4%	
	qualifizierte manuelle Berufe		47.3%	26.6%	26.1%	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker		39.8%	32.8%	27.4%	
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe		36.7%	33.5%	29.8%	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader		38.6%	38.8%	22.6%	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe		48.8%	34.3%	16.9%	**
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig		45.9%	35.9%	18.1%	***
	teilzeit erwerbstätig		33.4%	37.1%	29.6%	**
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter		35.9%	33.3%	30.9%	*
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter		37.0%	33.8%	29.2%	
	- davon Hausfrauen/Hausmänner		38.8%	31.3%	29.9%	
<b>Zivilstand</b>	ledig		38.4%	36.4%	25.1%	
	verheiratet		41.3%	34.8%	23.9%	
	verwitwet		35.9%	34.2%	29.9%	
	geschieden/getrennt		35.9%	36.3%	27.8%	
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig		39.9%	31.9%	28.2%	
	alleinlebend, über 65-jährig		35.0%	31.0%	34.0%	**
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)		37.1%	38.9%	23.9%	
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder		42.3%	34.4%	23.2%	
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend		39.2%	33.4%	27.4%	
			45.5%	33.9%	(20.6%)	
<b>Wohnregion Kanton Zürich</b>	Stadt Zürich		42.0%	33.4%	24.6%	
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal		37.1%	33.9%	29.0%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaeramt		38.5%	37.4%	24.1%	
	Winterthur, Weinland, Oberland		39.9%	37.5%	22.6%	
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich		39.5%	35.4%	25.1%	
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)		44.6%	33.9%	21.5%	***
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)		40.0%	36.5%	23.5%	

\* = p &lt; .05; \*\* = p &lt; .01; \*\*\* = p &lt; .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen

() = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.9: Gesundheitsorientierung («Wie wichtig ist Gesundheit?»)

Gesundheitliche Überlegungen ...				n = Anzahl Interviews	
...bestimmen mein Leben	...beeinflussen Lebensstil	...kümmern mich nicht	Signifikanz		
19.3%	70.7%	10.0%		(n = 238/893/128)	1992
21.5%	69.3%	9.2%		(n = 269/882/113)	1997
22.1%	70.8%	7.2%	*	(n = 286/921/88)	2002
17.8%	73.5%	8.7%		<b>(n = 335/1331/143)</b>	<b>2007</b>
20.3%	72.0%	7.7%		<b>Geschlecht</b>	Frauen
15.2%	75.1%	9.7%			Männer
(10.5%)	65.7%	23.8%	***	<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige
(7.3%)	85.3%	(7.4%)	***		25- bis 34-Jährige
16.4%	75.8%	7.7%			35- bis 49-Jährige
19.0%	74.9%	6.1%			50- bis 64-Jährige
28.0%	67.2%	(4.8%)	***		65- bis 74-Jährige
40.7%	54.9%	(4.3%)	***		75-Jährige und Ältere
34.8%	56.2%	(9.0%)	***	<b>Bildung</b>	nur obligator. Schulbildung
18.2%	71.5%	10.3%	*		Berufslehre, Maturität o. ä.
(16.3%)	77.9%	(5.8%)			höhere Berufsausbildung
12.5%	81.7%	(5.8%)	***		Hochschule
17.4%	74.1%	8.6%		<b>Nationalität</b>	Schweizer
19.6%	71.3%	(9.1%)			Ausländer
16.7%	74.3%	9.0%		<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz
(19.0%)	70.0%	(11.0%)			Südeuropa und Frankreich
15.3%	78.4%	(6.3%)			Deutschland und Nordeuropa
(36.2%)	59.3%	†	***		Osteuropa und Balkan
(15.7%)	71.4%	†			ausserhalb Europa
24.1%	66.0%	9.8%	***	<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.
19.5%	72.5%	8.0%			3000 bis 4499 Fr.
13.1%	77.9%	9.0%			4500 bis 5999 Fr.
13.5%	77.4%	(9.1%)			6000 bis 7499 Fr.
(12.9%)	82.7%	(4.4%)	*		7500 Fr. und mehr
25.8%	63.6%	(10.6%)	*		<b>SPK</b>
21.6%	58.0%	(20.5%)	***	qualifizierte manuelle Berufe	
21.9%	69.7%	(8.4%)		Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	
19.5%	72.3%	8.2%		Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	
15.5%	78.5%	6.0%	*	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	
(7.4%)	85.5%	(7.0%)	***	höhere Führungskräfte, freie Berufe	
12.7%	77.2%	10.1%	***	<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig
16.1%	76.2%	7.7%			teilzeit erwerbstätig
33.6%	61.7%	(4.7%)	***		nicht erwerbstätig, im Rentenalter
17.9%	71.9%	(10.3%)			nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter
19.2%	70.6%	(10.2%)			davon Hausfrauen/Hausmänner
10.6%	77.3%	12.1%	***	<b>Zivilstand</b>	ledig
19.3%	73.3%	7.4%			verheiratet
40.7%	55.7%	†	***		verwitwet
19.7%	73.1%	(7.2%)			geschieden/getrennt
14.3%	77.1%	8.6%		<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig
38.5%	56.6%	(5.0%)	***		alleinlebend, über 65-jährig
12.1%	75.0%	12.9%	***		Familie mit Kindern (unter 21-jährig)
14.2%	78.9%	(7.0%)			unter 65-jährige Paare ohne Kinder
32.3%	63.7%	(4.0%)	***		≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern mit Eltern/Geschwistern zusammen
(19.2%)	74.4%	†			
17.8%	74.0%	8.2%		<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	Stadt Zürich
20.2%	69.5%	10.4%			Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal
16.6%	76.5%	(6.9%)			Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaeramt
16.4%	74.7%	9.0%			Winterthur, Weinland, Oberland
17.8%	73.5%	8.7%	*	<b>Wohnregion DS</b>	Kanton Zürich
20.7%	67.6%	11.6%	*		östliche Deutschschweiz
19.9%	70.4%	9.7%			westliche Deutschschweiz

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.10: Störungen im Wohnumfeld und Belastungen am Arbeitsplatz

	n = Anzahl Interviews	Störungen im Wohnumfeld (n = 1776)		Körperliche Belastung am Arbeitsplatz (n = 359)		Nervliche Belastung am Arbeitsplatz (n = 478)	
		AM	Signifikanz	mittel bis anstrengend %	Signifikanz	anstrengend %	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992/97 nicht erhoben und 2002 nicht vergleichbar						
		1.14		39.2%		42.7%	
<b>Geschlecht</b>	Frauen	1.14		44.2%	*	36.9%	**
	Männer	1.14		35.6%	*	47.2%	**
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	0.89	*	63.6%	***	(31.0%)	
	25- bis 34-Jährige	1.11		40.0%		43.5%	
	35- bis 49-Jährige	1.14		34.0%	*	42.3%	
	50- bis 64-Jährige	1.19		36.3%		48.6%	*
	65- bis 74-Jährige	1.32		†		†	
	75-Jährige und Ältere	1.17		†		†	
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung	1.17		77.1%	***	†	
	Berufslehre, Maturität o. ä.	1.07	*	50.8%	***	37.3%	***
	höhere Berufsausbildung	1.29		(27.4%)	*	46.1%	
	Hochschule	1.23		19.3%	***	51.8%	***
<b>Nationalität</b>	Schweizer	1.10		39.2%		44.3%	
	Ausländer	1.31		39.1%		36.9%	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz	1.06	*	40.3%		43.5%	
	Südeuropa und Frankreich	1.46	*	(46.9%)		51.4%	
	Deutschland und Nordeuropa	1.32		20.2%	***	39.6%	
	Osteuropa und Balkan	0.93		(60.1%)	*	(41.8%)	
	ausserhalb Europa	1.15		(50.9%)	***	(30.9%)	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.	1.26		60.6%	***	36.6%	
	3000 bis 4499 Fr.	1.10		44.5%		42.1%	
	4500 bis 5999 Fr.	1.20		35.6%		46.6%	
	6000 bis 7499 Fr.	1.09		28.0%	***	46.7%	
	7500 Fr. und mehr	0.93	*	(17.8%)	***	45.1%	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	1.18		63.4%	***	31.8%	*
	qualifizierte manuelle Berufe	1.14		81.6%	***	(29.4%)	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	1.02		50.3%	*	30.0%	*
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	1.21		32.7%		33.3%	*
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader	1.18		31.8%	***	52.4%	***
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	1.01		(15.3%)	***	55.5%	**
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	1.00	***	37.4%		44.9%	
	teilzeit erwerbstätig	1.16		42.5%		38.5%	
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	1.27					
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	1.35	*				
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	1.27					
<b>Zivilstand</b>	ledig	1.08		40.1%		41.0%	
	verheiratet	1.18		37.8%		42.4%	
	verwitwet	1.00		(41.3%)		†	
	geschieden/getrennt	1.19		41.7%		52.5%	*
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	1.15		32.6%	*	47.9%	
	alleinlebend, über 65-jährig	1.08		†		†	
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	1.04		45.5%	*	41.6%	
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	1.14		31.5%	**	39.7%	
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern	1.30		(67.2%)	**	(45.7%)	
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend	1.27		(38.7%)		48.0%	
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich	1.31	***	33.5%		43.7%	
<b>Kanton Zürich</b>	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	1.22		47.5%	*	38.6%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	1.08		34.8%		39.6%	
	Winterthur, Weinland, Oberland	0.92	***	40.6%		47.6%	
<b>Wohnregion</b>	Kanton Zürich	1.14	***	39.2%	***	42.7%	
<b>Deutschschweiz</b>	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)	0.96		54.6%	***	39.3%	
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	0.93	***	51.5%	*	41.7%	

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.11: Gesundheitsbezogener Lebensstil: Befolgen von Verhaltensempfehlungen (10-stufige Skala)

gutes Befolgen (8-10)	mittleres Befolgen (6-7)	schlechtes Befolgen (0-5)	Signifikanz	n = Anzahl Interviews		
					Index kann nicht gebildet werden	1992/97/2002
33.5%	40.9%	25.6%		(n = 714/885/566)		2007
40.4%	41.1%	18.5%	***	<b>Geschlecht</b>	Frauen	
26.7%	40.6%	32.7%	***		Männer	
36.3%	41.8%	22.0%		<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	
32.4%	39.9%	27.8%			25- bis 34-Jährige	
36.8%	38.3%	24.9%			35- bis 49-Jährige	
31.8%	42.4%	25.8%			50- bis 64-Jährige	
34.3%	40.7%	25.0%			65- bis 74-Jährige	
22.9%	47.9%	29.2%	*		75-Jährige und Ältere	
27.3%	34.9%	37.7%	**	<b>Bildung</b>	nur obligator. Schulbildung	
31.1%	42.4%	26.6%			Berufslehre, Maturität o. ä.	
41.9%	31.6%	26.5%	*		höhere Berufsausbildung	
38.3%	42.2%	19.5%	***		Hochschule	
34.6%	40.8%	24.6%		<b>Nationalität</b>	Schweizer	
28.6%	41.1%	30.3%			Ausländer	
34.1%	41.0%	24.9%		<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz	
25.8%	44.0%	30.2%			Südeuropa und Frankreich	
34.5%	41.7%	23.8%			Deutschland und Nordeuropa	
30.6%	36.0%	33.4%			Osteuropa und Balkan	
39.0%	39.4%	(21.6%)			ausserhalb Europa	
33.6%	42.4%	24.1%		<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.	
32.2%	39.3%	28.5%			3000 bis 4499 Fr.	
35.6%	41.9%	22.5%			4500 bis 5999 Fr.	
32.4%	43.1%	24.5%			6000 bis 7499 Fr.	
34.8%	36.7%	28.5%			7500 Fr. und mehr	
31.7%	39.3%	29.0%		<b>SPK</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	
18.0%	47.6%	34.4%	***		qualifizierte manuelle Berufe	
32.7%	43.0%	24.3%			Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	
33.6%	39.9%	26.4%			Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	
36.6%	40.0%	23.4%			höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	
34.9%	41.9%	23.2%			höhere Führungskräfte, freie Berufe	
27.5%	40.8%	31.7%	***	<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	
40.7%	40.3%	19.0%	***		teilzeit erwerbstätig	
30.0%	44.3%	25.7%			nicht erwerbstätig, im Rentenalter	
41.4%	38.8%	19.8%	*		nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	
39.5%	43.4%	17.1%	*		- davon Hausfrauen/Hausmänner	
33.8%	41.2%	25.0%		<b>Zivilstand</b>	ledig	
33.9%	40.9%	25.2%			verheiratet	
34.1%	43.2%	22.7%			verwitwet	
30.4%	38.5%	31.1%			geschieden/getrennt	
30.6%	37.9%	31.4%	*	<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	
27.2%	51.3%	21.5%	**		alleinlebend, über 65-jährig	
36.7%	38.8%	24.5%			Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	
32.1%	41.5%	26.4%			unter 65-jährige Paare ohne Kinder	
32.7%	40.7%	26.6%			≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern	
33.8%	46.0%	20.2%			mit Eltern/Geschwistern zusammen	
33.4%	41.5%	25.1%		<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	Stadt Zürich	
29.6%	43.9%	26.5%			Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	
34.7%	37.9%	27.4%			Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	
36.7%	39.4%	23.9%			Winterthur, Weinland, Oberland	
33.5%	40.9%	25.6%		<b>Wohnregion DS</b>	Kanton Zürich	
32.4%	43.9%	23.7%			östliche Deutschschweiz	
34.5%	42.7%	22.9%			westliche Deutschschweiz	

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.12: Verhaltensbezogene Risikofaktoren

	n = Anzahl Interviews	kein Risiko- faktor	ein Risiko- faktor	zwei und mehr Risikofaktoren	Signifi- kanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992/97	Index kann nicht gebildet werden			
	2002	Index kann nicht gebildet werden			
	2007	(n = 451/584/502)	49.3%	37.5%	13.2%
<b>Geschlecht</b>	Frauen	54.9%	35.0%	10.2%	***
	Männer	43.7%	40.0%	16.3%	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige	49.5%	39.0%	(11.5%)	
	25- bis 34-Jährige	45.2%	40.9%	13.9%	
	35- bis 49-Jährige	50.9%	35.3%	13.8%	
	50- bis 64-Jährige	51.9%	34.4%	13.6%	
	65- bis 74-Jährige	52.2%	34.5%	13.3%	
	75-Jährige und Ältere	39.1%	50.6%	(10.3%)	***
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung	40.7%	41.2%	18.2%	
	Berufslehre, Maturität o. ä.	47.7%	38.0%	14.3%	
	höhere Berufsausbildung	55.4%	33.5%	(11.1%)	
	Hochschule	53.7%	36.4%	9.9%	*
<b>Nationalität</b>	Schweizer	51.3%	35.7%	13.0%	*
	Ausländer	40.5%	45.3%	14.1%	*
<b>Migrations- hintergrund</b>	nur Schweiz	51.0%	35.8%	13.2%	
	Südeuropa und Frankreich	41.2%	42.1%	(16.7%)	
	Deutschland und Nordeuropa	50.2%	38.5%	11.3%	
	Osteuropa und Balkan	44.3%	37.2%	(18.6%)	
	ausserhalb Europa	47.1%	52.9%	†	
<b>Haushalts- einkommen</b>	bis 2999 Fr.	49.5%	40.0%	10.5%	
	3000 bis 4499 Fr.	49.2%	34.3%	16.5%	
	4500 bis 5999 Fr.	49.4%	36.1%	14.5%	
	6000 bis 7499 Fr.	50.3%	39.5%	10.3%	
	7500 Fr. und mehr	48.6%	36.9%	14.5%	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe	48.8%	36.2%	15.0%	
	qualifizierte manuelle Berufe	32.9%	47.7%	(19.4%)	***
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	44.8%	43.7%	(11.5%)	
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe	52.6%	32.1%	15.3%	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader	50.6%	38.4%	11.0%	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	52.6%	35.5%	(12.0%)	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig	41.4%	41.9%	16.7%	***
	teilzeit erwerbstätig	59.0%	31.4%	9.6%	***
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	46.2%	42.1%	11.7%	
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	57.8%	31.0%	11.2%	*
	- davon Hausfrauen/Hausmänner	55.3%	33.8%	(10.9%)	
<b>Zivilstand</b>	ledig	47.6%	38.3%	14.1%	
	verheiratet	51.7%	36.4%	12.0%	
	verwitwet	44.3%	44.5%	11.2%	
	geschieden/getrennt	45.6%	36.4%	17.9%	
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	44.3%	35.8%	19.9%	***
	alleinlebend, über 65-jährig	38.4%	50.6%	11.1%	***
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	52.3%	34.8%	12.9%	
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	50.7%	37.4%	11.9%	
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern	50.1%	38.1%	(11.8%)	
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend	45.8%	42.1%	(12.1%)	
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich	46.9%	38.8%	14.3%	
<b>Kanton Zürich</b>	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	50.3%	36.6%	13.0%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	46.0%	40.3%	13.7%	
	Winterthur, Weinland, Oberland	53.8%	34.5%	11.7%	
<b>Wohnregion</b>	Kanton Zürich	49.3%	37.5%	13.2%	*
<b>Deutschschweiz</b>	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)	51.7%	37.8%	10.5%	*
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	51.5%	36.8%	11.7%	

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.13: Körperliche Aktivität in Alltag, Arbeit, Freizeit und Sport (Summenskala über vier Komponenten)

	viel Bewegung	mittel	wenig Bewegung	Signifi- kanz	n = Anzahl Interviews
	nicht zu berechnen, da nicht alle Variablen erhoben wurden				1992/7
	26.1%	35.5%	38.4%		(n = 353/531/561)
	29.2%	36.7%	34.1%		2007
	29.6%	38.2%	32.3%		<b>Geschlecht</b>
	28.7%	35.3%	36.0%		Frauen
	41.0%	35.4%	23.5%	***	Männer
	32.0%	41.1%	26.9%	*	<b>Altersgruppen</b>
	26.2%	36.8%	37.1%		15- bis 24-Jährige
	28.5%	36.5%	35.0%		25- bis 34-Jährige
	31.0%	34.8%	34.2%		35- bis 49-Jährige
	15.9%	32.2%	51.9%	***	50- bis 64-Jährige
	25.5%	30.2%	44.3%	*	65- bis 74-Jährige
	28.3%	36.1%	35.6%		75-Jährige und Ältere
	36.6%	34.2%	29.2%	*	<b>Bildung</b>
	29.9%	41.0%	29.2%	*	nur obligator. Schulbildung
	30.1%	38.0%	31.9%	***	Berufslehre, Maturität o. ä.
	25.0%	31.0%	44.0%	***	höhere Berufsausbildung
	29.2%	38.9%	31.9%	*	Hochschule
	27.2%	30.4%	42.3%		<b>Nationalität</b>
	27.0%	38.7%	34.2%		Schweizer
	32.1%	25.5%	42.4%	*	Ausländer
	32.8%	32.8%	34.3%		<b>Migrationshintergrund</b>
	29.6%	34.7%	35.7%		nur Schweiz
	26.5%	38.1%	35.3%		Südeuropa und Frankreich
	27.0%	36.3%	36.7%		Deutschland und Nordeuropa
	32.8%	39.9%	27.3%	*	Osteuropa und Balkan
	31.4%	35.0%	33.6%		ausserhalb Europa
	24.5%	37.8%	37.7%		<b>Haushaltseinkommen</b>
	27.9%	34.7%	37.4%		bis 2999 Fr.
	31.0%	33.2%	35.8%		3000 bis 4499 Fr.
	26.2%	40.1%	33.7%		4500 bis 5999 Fr.
	32.9%	35.2%	31.9%	*	6000 bis 7499 Fr.
	24.5%	40.1%	35.4%		7500 Fr. und mehr
	24.7%	36.3%	38.9%	***	<b>SPK</b>
	31.4%	42.0%	26.6%	***	an- und ungelernete manuelle Berufe
	24.8%	33.2%	42.0%	**	qualifizierte manuelle Berufe
	41.4%	32.8%	25.8%	***	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker
	37.9%	32.6%	29.5%	*	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe
	35.9%	37.2%	26.8%	***	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader
	27.0%	37.2%	35.8%		höhere Führungskräfte, freie Berufe
	22.0%	32.3%	45.7%	*	<b>Erwerbstätigkeit</b>
	22.7%	35.4%	41.9%	*	vollzeit erwerbstätig
	28.1%	39.2%	32.7%		teilzeit erwerbstätig
	16.2%	27.8%	56.0%	***	nicht erwerbstätig, im Rentenalter
	(28.8%)	(36.7%)	34.5%		nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter
	(30.0%)	(37.6%)	32.4%		davon Hausfrauen/Hausmänner
	(29.0%)	(37.2%)	(33.8%)		<b>Zivilstand</b>
	(38.1%)	(35.6%)	(26.3%)		ledig
	31.8%	34.9%	33.3%		verheiratet
	24.0%	41.9%	34.1%	*	verwitwet
	33.1%	32.5%	34.4%		geschieden/getrennt
	27.9%	37.2%	34.8%		<b>Haushaltstyp</b>
	29.2%	36.7%	34.1%	***	alleinlebend, bis 65-jährig
	31.5%	38.5%	30.0%		alleinlebend, über 65-jährig
	31.6%	38.9%	29.6%		Familie mit Kindern (unter 21-jährig)
					unter 65-jährige Paare ohne Kinder
					≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern
					mit Eltern/Geschwistern zusammen
					<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>
					Stadt Zürich
					Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal
					Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt
					Winterthur, Weinland, Oberland
					<b>Wohnregion DS</b>
					Kanton Zürich
					östliche Deutschschweiz
					westliche Deutschschweiz

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.14: Beachten von Ernährungsempfehlungen (Skala)

	n = Anzahl Interviews	gute Ernährungsweise	mittlere Ernährungsweise	schlechte Ernährungsweise	Signifikanz	
<b>Kanton Zürich</b>	1992 1997 2002 2007 (n = 299/1414/589)	nicht zu berechnen, da nicht alle Variablen erhoben wurden				
<b>Geschlecht</b>	Frauen Männer	17.9% 7.7%	61.6% 63.7%	20.5% 28.6%	*** ***	
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige 25- bis 34-Jährige 35- bis 49-Jährige 50- bis 64-Jährige 65- bis 74-Jährige 75-Jährige und Ältere	(10.3%) 12.0% 14.4% 12.9% 13.3% (11.9%)	58.8% 65.2% 62.2% 65.5% 62.8% 55.0%	30.9% 22.7% 23.4% 21.5% 23.9% 33.1%	     *	
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung Berufslehre, Maturität o. ä. höhere Berufsausbildung Hochschule	(6.8%) 11.9% (11.8%) 17.3%	58.2% 62.4% 63.4% 64.3%	35.0% 25.6% 24.9% 18.4%	***   ***	
<b>Nationalität</b>	Schweizer Ausländer	12.6% 14.0%	61.9% 65.9%	25.5% 20.1%		
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz Südeuropa und Frankreich Deutschland und Nordeuropa Osteuropa und Balkan ausserhalb Europa	10.9% 17.9% 13.1% (13.9%) (24.5%)	62.5% 61.8% 64.6% 68.3% 52.4%	26.6% 20.4% 22.3% 17.8% (23.1%)	***    ***	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr. 3000 bis 4499 Fr. 4500 bis 5999 Fr. 6000 bis 7499 Fr. 7500 Fr. und mehr	12.5% 11.7% 17.6% 10.9% 14.3%	61.1% 62.9% 61.6% 65.0% 64.7%	26.4% 25.4% 20.8% 24.1% 21.0%	    *	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe qualifizierte manuelle Berufe Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader höhere Führungskräfte, freie Berufe	12.6% (10.7%) 10.8% 11.1% 16.9% 10.7%	63.5% 62.7% 66.7% 59.2% 61.6% 69.3%	23.9% 26.6% 22.5% 29.6% 21.5% 20.0%	    * ***	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig teilzeit erwerbstätig nicht erwerbstätig, im Rentenalter nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter - davon Hausfrauen/Hausmänner	9.9% 17.0% 12.4% 14.5% 17.3%	65.6% 59.9% 60.4% 61.5% 63.6%	24.5% 23.1% 27.2% 24.1% 19.1%	    **	
<b>Zivilstand</b>	ledig verheiratet verwitwet geschieden/getrennt	11.1% 12.9% 13.6% 18.0%	63.9% 63.4% 61.4% 55.7%	25.1% 23.7% 25.0% 26.3%	   *	
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig alleinlebend, über 65-jährig Familie mit Kindern (unter 21-jährig) unter 65-jährige Paare ohne Kinder ≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend	14.9% 14.8% (12.5%) (11.9%) (11.8%) (14.6%)	57.3% 56.3% (62.4%) (65.5%) (64.3%) (64.7%)	27.9% 28.9% 25.1% 22.5% (23.9%) (20.7%)	     *	
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich	14.3%	63.4%	22.3%		
<b>Kanton Zürich</b>	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt Winterthur, Weinland, Oberland	10.8% 14.9% 11.8%	62.5% 62.5% 62.0%	26.7% 22.7% 26.2%		
<b>Wohnregion</b>	Kanton Zürich	12.9%	62.6%	24.5%	*	
<b>Deutschschweiz</b>	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG) westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)	9.9% 11.5%	61.4% 62.3%	28.6% 26.2%	* *	

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.15: Body Mass Index (Unter-, Normal-, Übergewicht, Adipositas)

	< 18.5	18.5- 24.99	25 -29.99	30 +	Signifikanz	n = Anzahl Interviews	
	3.6%	66.4%	24.6%	5.4%	**	(n = 69/1190/426/98)	1992
	4.2%	61.5%	27.1%	7.3%		(n = 66/978/408/107)	1997
	3.9%	61.1%	28.6%	6.4%		(n = 62/973/468/107)	2002
	3.6%	62.4%	28.9%	7.1%		(n = 94/1478/637/176)	2007
<b>Geschlecht</b>	6.1% † (7.5%)	67.5% 57.0% 78.3%	18.7% 35.6% (10.0%)	7.7% 6.5% †	*** *** ***	<b>Geschlecht</b>	Frauen Männer
<b>Altersgruppen</b>	(4.7%) (3.5%) (2.3%) † †	71.5% 65.2% 53.9% 47.9% 50.5%	19.9% 25.6% 33.7% 38.2% 39.2%	(3.9%) 5.7% (10.1%) 12.4% (7.8%)	***  *** *** ***	<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige 25- bis 34-Jährige 35- bis 49-Jährige 50- bis 64-Jährige 65- bis 74-Jährige 75-Jährige und Ältere
<b>Bildung</b>	† 4.3% † (2.5%)	49.7% 61.6% 59.1% 64.3%	33.2% 26.7% 30.9% 23.3%	15.5% 7.4% (5.6%) (3.5%)	***   ***	<b>Bildung</b>	nur obligator. Schulbildung Berufslehre, Maturität o. ä. höhere Berufsausbildung Hochschule
<b>Nationalität</b>	3.7% (3.3%)	63.7% 57.4%	25.9% 30.8%	6.7% (8.5%)		<b>Nationalität</b>	Schweizer Ausländer
<b>Migrationshintergrund</b>	3.2% † (5.3%)	64.5% 50.2% 61.2%	25.7% 35.5% 26.9%	6.7% (11.5%) (6.7%)	 **  	<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz Südeuropa und Frankreich Deutschland und Nordeuropa Osteuropa und Balkan ausserhalb Europa
<b>Haushaltseinkommen</b>	† (3.7%) (2.2%) (4.0%) †	53.0% 60.2% 58.2% 61.5% 66.6% 62.8%	34.9% 32.7% 29.1% 25.0% 23.6% 29.8%	(9.9%) (6.4%) (10.8%) 9.3% 5.0% †	    ***   	<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr. 3000 bis 4499 Fr. 4500 bis 5999 Fr. 6000 bis 7499 Fr. 7500 Fr. und mehr
<b>SPK an- und ungelernete manuelle Berufe</b>	† † † (4.2%) 4.8% †	53.0% 60.2% 58.2% 61.5% 66.6% 62.8%	34.9% 32.7% 29.1% 25.0% 23.6% 29.8%	(9.9%) (6.4%) (10.8%) 9.3% 5.0% †	    ***   	<b>SPK an- und ungelernete manuelle Berufe</b>	qualifizierte manuelle Berufe Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker Büroangestellte, and. nicht-man. Berufe höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader höhere Führungskräfte, freie Berufe
<b>Erwerbstätigkeit</b>	(2.2%) 6.5% (1.7%) (4.6%) (4.3%)	61.2% 59.9% 49.1% 67.9% 63.3%	30.2% 19.7% 38.8% 18.8% 22.0%	6.4% (4.9%) 10.4% 8.7% 10.5%	 ***  *** **	<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig teilzeit erwerbstätig nicht erwerbstätig, im Rentenalter nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter davon Hausfrauen/Hausmänner
<b>Zivilstand</b>	5.6% 2.7% (3.3%) (2.5%)	74.1% 56.9% 56.1% 59.3%	15.6% 33.1% 28.8% 28.2%	4.7% 7.4% (11.8%) 10.0%	*** ***  	<b>Zivilstand</b>	ledig verheiratet verwitwet geschieden/getrennt
<b>Haushaltstyp</b>	(4.2%) (4.5%) (12.5%) (11.9%) (11.8%) (14.6%)	65.9% 54.2% (62.4%) (65.5%) (64.3%) (64.7%)	22.7% 31.2% 22.9% 29.8% 29.8% (20.5%)	7.2% (10.1%) (4.3%) 7.9% 7.3% (9.3%)	  ***   ***	<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig alleinlebend, über 65-jährig Familie mit Kindern (unter 21-jährig) unter 65-jährige Paare ohne Kinder ≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern mit Eltern/Geschwistern zusammen
<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	4.8% (3.3%) (4.6%) †	63.6% 62.0% 60.2% 62.9%	23.7% 28.2% 27.9% 28.7%	7.9% 6.6% 7.3% 6.4%	   	<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	Stadt Zürich Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt Winterthur, Weinland, Oberland
<b>Wohnregion DS</b>	3.6% 2.9% 3.1%	62.4% 59.8% 58.1%	26.9% 28.9% 30.3%	7.1% 8.4% 8.6%	   	<b>Wohnregion DS</b>	Kanton Zürich östliche Deutschschweiz westliche Deutschschweiz

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

**Tab. A.16: Zufriedenheit mit dem Körpergewicht**

		n = Anzahl Interviews	vollkommen zufrieden	ziemlich zufrieden	nicht ganz / überhaupt nicht zufrieden	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992			<i>nicht erhoben</i>		
	1997	(n = 643/401/500)	41.4%	25.9%	32.8%	***
	2002	(n=494/522/543)	30.4%	34.4%	35.2%	
	<b>2007</b>	<b>(n = 836/659/841)</b>	<b>35.3%</b>	<b>28.7%</b>	<b>35.9%</b>	
<b>Geschlecht</b>	Frauen		29.8%	30.2%	40.0%	***
	Männer		41.0%	27.2%	31.7%	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige		37.7%	35.1%	27.2%	
	25- bis 34-Jährige		36.5%	29.1%	34.4%	
	35- bis 49-Jährige		34.6%	30.0%	35.4%	
	50- bis 64-Jährige		31.4%	26.3%	42.4%	**
	65- bis 74-Jährige		31.9%	27.4%	40.8%	
	75-Jährige und Ältere		49.0%	23.4%	27.6%	***
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung		35.7%	33.2%	31.1%	
	Berufslehre, Maturität o. ä.		35.3%	27.3%	37.4%	
	höhere Berufsausbildung		27.7%	29.0%	43.3%	
	Hochschule		37.5%	30.4%	32.1%	
<b>Nationalität</b>	Schweizer		34.6%	30.2%	35.2%	
	Ausländer		38.6%	22.3%	39.1%	
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz		35.1%	29.8%	35.1%	
	Südeuropa und Frankreich		32.0%	27.2%	40.8%	
	Deutschland und Nordeuropa		33.5%	26.3%	40.2%	
	Osteuropa und Balkan		41.6%	25.8%	32.6%	
	ausserhalb Europa		38.4%	31.3%	30.2%	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.		35.8%	30.6%	33.6%	
	3000 bis 4499 Fr.		35.9%	29.2%	35.0%	
	4500 bis 5999 Fr.		38.4%	23.3%	38.3%	*
	6000 bis 7499 Fr.		27.7%	32.3%	40.0%	
	7500 Fr. und mehr		37.7%	25.3%	37.0%	
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernte manuelle Berufe		38.6%	29.4%	32.0%	
	qualifizierte manuelle Berufe		44.4%	24.1%	31.5%	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker		36.8%	27.1%	36.1%	***
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe		28.8%	28.6%	42.5%	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader		34.7%	28.5%	36.8%	
	höhere Führungskräfte, freie Berufe		37.8%	29.0%	33.2%	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig		36.7%	26.0%	37.2%	*
	teilzeit erwerbstätig		33.2%	34.0%	32.8%	
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter		39.3%	26.0%	34.7%	
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter		31.0%	30.4%	38.6%	
	- davon Hausfrauen/Hausmänner		29.7%	26.7%	43.6%	
<b>Zivilstand</b>	ledig		37.0%	29.6%	33.4%	
	verheiratet		32.8%	30.3%	36.8%	
	verwitwet		44.0%	26.0%	30.1%	**
	geschieden/getrennt		37.8%	19.7%	42.5%	
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig		34.9%	29.3%	35.8%	***
	alleinlebend, über 65-jährig		47.5%	22.7%	29.8%	**
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)		33.6%	33.6%	32.7%	*
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder		33.1%	25.4%	41.5%	
	≥65-Jährige m. PartnerIn oder erw. Kind/ern		35.3%	26.5%	38.2%	
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend		41.2%	24.9%	33.9%	
<b>Wohnregion Kanton Zürich</b>	Stadt Zürich		36.8%	28.6%	34.6%	
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal		32.6%	30.4%	37.1%	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt		35.2%	30.0%	34.8%	
	Winterthur, Weinland, Oberland		36.5%	26.5%	37.1%	*
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich		35.3%	28.7%	35.9%	
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)		39.4%	29.1%	31.5%	
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)		36.5%	30.6%	33.0%	*

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

**Tab. A.17: Tabakkonsum** (detailliertere Angaben zur Altersgruppe 12-29 Jahre siehe Kap. 4.7)

		Nieraucher/innen	Exraucher/innen	Raucher/innen	Signifikanz	n = Anzahl Interviews
		46.0%	22.3%	31.7%		(n = 826/391/593) 1992
		47.9%	18.5%	33.6%		(n = 749/289/533) 1997
		48.0%	20.5%	31.5%		(n = 767/356/507) 2002
		49.6%	21.1%	29.3%		<b>(n = 1190/527/703) 2007</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen	55.5%	17.7%	26.8%		
	Männer	43.4%	24.7%	31.9%	***	
		57.4%	(7.5%)	35.1%	***	<b>Altersgruppen</b> 15- bis 24-Jährige
<b>Altersgruppen</b>	25- bis 34-Jährige	49.3%	11.9%	38.9%	***	25- bis 34-Jährige
	35- bis 49-Jährige	47.4%	19.4%	33.2%	***	35- bis 49-Jährige
	50- bis 64-Jährige	43.0%	31.8%	25.2%	***	50- bis 64-Jährige
	65- bis 74-Jährige	51.9%	28.5%	19.7%	**	65- bis 74-Jährige
	75-Jährige und Ältere	63.5%	27.3%	(9.2%)	***	75-Jährige und Ältere
		53.6%	18.7%	27.7%		<b>Bildung</b> nur obligator. Schulbildung
<b>Bildung</b>	Berufslehre, Maturität o. ä.	47.7%	21.0%	31.4%		Berufslehre, Maturität o. ä.
	höhere Berufsausbildung	50.2%	24.8%	25.0%		höhere Berufsausbildung
	Hochschule	52.1%	21.4%	26.5%		Hochschule
		49.9%	21.7%	28.4%		<b>Nationalität</b> Schweizer
<b>Nationalität</b>	Ausländer	48.8%	18.7%	32.6%		Ausländer
		50.6%	22.2%	27.3%		<b>Migrationshintergrund</b> nur Schweiz
<b>Migrationshintergrund</b>	Südeuropa und Frankreich	41.9%	18.3%	39.8%		Südeuropa und Frankreich
	Deutschland und Nordeuropa	48.2%	26.5%	25.3%		Deutschland und Nordeuropa
	Osteuropa und Balkan	44.5%	(13.6%)	41.9%	***	Osteuropa und Balkan
	ausserhalb Europa	60.9%	(13.1%)	26.1%		ausserhalb Europa
		50.9%	18.4%	30.7%		<b>Haushaltseinkommen</b> bis 2999 Fr.
<b>Haushaltseinkommen</b>	3000 bis 4499 Fr.	47.8%	22.7%	29.5%		3000 bis 4499 Fr.
	4500 bis 5999 Fr.	49.7%	21.6%	28.7%		4500 bis 5999 Fr.
	6000 bis 7499 Fr.	46.7%	23.2%	30.0%		6000 bis 7499 Fr.
	7500 Fr. und mehr	45.9%	24.3%	29.8%		7500 Fr. und mehr
		46.0%	20.9%	33.1%	*	<b>SPK</b> an- und ungelernte manuelle Berufe
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	qualifizierte manuelle Berufe	45.8%	19.8%	34.4%		qualifizierte manuelle Berufe
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	47.3%	25.5%	27.2%	*	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker
	Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	50.1%	18.4%	31.5%		Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe
	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	48.8%	23.5%	27.7%		höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader
	höhere Führungskräfte, freie Berufe	49.3%	23.6%	27.1%		höhere Führungskräfte, freie Berufe
		45.6%	19.3%	35.1%	***	<b>Erwerbstätigkeit</b> vollzeit erwerbstätig
<b>Erwerbstätigkeit</b>	teilzeit erwerbstätig	47.8%	22.0%	30.2%		teilzeit erwerbstätig
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter	57.9%	28.9%	13.3%	***	nicht erwerbstätig, im Rentenalter
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	54.0%	16.8%	29.2%		nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter
	davon Hausfrauen/Hausmänner	52.1%	17.9%	30.0%		davon Hausfrauen/Hausmänner
		52.2%	13.9%	33.9%	***	<b>Zivilstand</b> ledig
<b>Zivilstand</b>	verheiratet	48.4%	25.2%	26.5%	*	verheiratet
	verwitwet	66.2%	19.4%	14.4%	**	verwitwet
	geschieden/getrennt	38.3%	22.6%	39.0%	***	geschieden/getrennt
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig	44.9%	13.8%	41.3%	*	<b>Haushaltstyp</b> alleinlebend, bis 65-jährig
	alleinlebend, über 65-jährig	63.4%	24.8%	11.8%	***	alleinlebend, über 65-jährig
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	50.6%	17.7%	31.7%	**	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder	44.5%	23.6%	31.9%		unter 65-jährige Paare ohne Kinder
	≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern	55.7%	28.4%	15.8%	***	≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern
	mit Eltern/Geschwistern zusammen	47.0%	24.4%	28.6%	***	mit Eltern/Geschwistern zusammen
<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	Stadt Zürich	48.9%	20.6%	30.5%		Stadt Zürich
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	48.6%	19.5%	32.0%		Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt	51.4%	22.4%	26.2%		Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt
	Winterthur, Weinland, Oberland	50.2%	22.2%	27.6%		Winterthur, Weinland, Oberland
<b>Wohnregion DS</b>	Kanton Zürich	49.6%	21.1%	29.3%	*	Kanton Zürich
	östliche Deutschschweiz	51.7%	19.0%	29.3%	***	östliche Deutschschweiz
	westliche Deutschschweiz	52.3%	21.0%	26.7%		westliche Deutschschweiz

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

**Tab. A.18: Alkoholkonsum (reiner Alkohol in g/Tag)**  
(detailliertere Angaben zur Altersgruppe 12-19 Jahre siehe Kap. 4.7)

		n = Anzahl Interviews	AM	Signifi- kanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992	(n = 1294)	12.00	***
	1997	(n = 1578)	10.58	
	2002	(n = 1624)	9.55	
	<b>2007</b>	<b>(n = 2342)</b>	<b>9.20</b>	<b>*</b>
<b>Geschlecht</b>	Frauen		5.68	***
	Männer		12.94	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige		10.41	
	25- bis 34-Jährige		8.83	
	35- bis 49-Jährige		7.33	***
	50- bis 64-Jährige		10.57	*
	65- bis 74-Jährige		10.95	
	75-Jährige und Ältere		8.74	
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung		6.32	*
	Berufslehre, Maturität o. ä.		8.94	
	höhere Berufsausbildung		8.92	
	Hochschule		10.97	*
<b>Nationalität</b>	Schweizer		9.63	**
	Ausländer		7.47	**
<b>Migrations- hintergrund</b>	nur Schweiz		10.15	***
	Südeuropa und Frankreich		9.15	
	Deutschland und Nordeuropa		9.14	
	Osteuropa und Balkan		4.41	***
	ausserhalb Europa		7.02	
<b>Haushalts- einkommen</b>	bis 2999 Fr.		7.37	***
	3000 bis 4499 Fr.		9.50	
	4500 bis 5999 Fr.		10.03	
	6000 bis 7499 Fr.		10.06	
	7500 Fr. und mehr		12.15	***
<b>Sozioprofessionelle Kategorien</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe		8.82	
	qualifizierte manuelle Berufe		13.48	*
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker		9.11	
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe		8.11	
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader		9.40	
höhere Führungskräfte, freie Berufe		10.30		
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig		10.84	***
	teilzeit erwerbstätig		7.46	***
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter		9.37	
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter		7.54	
	- davon Hausfrauen/Hausmänner		8.06	
<b>Zivilstand</b>	ledig		10.18	
	verheiratet		9.21	
	verwitwet		6.50	***
	geschieden/getrennt		7.77	*
<b>Haushalttyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig		10.10	
	alleinlebend, über 65-jährig		6.35	***
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)		7.91	*
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder		10.39	*
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern		10.30	
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend		10.11	
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich		9.50	
<b>Kanton Zürich</b>	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal		8.77	
	Pfannenstil, Zimmerberg, Knouneramt		9.90	
	Winterthur, Weinland, Oberland		8.73	
<b>Wohnregion</b>	Kanton Zürich		9.20	
<b>Deutschschweiz</b>	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)		8.60	
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)		8.71	

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

**Tab. A.19: Medikamentenkonzum in der vergangenen Woche**

irgendein Medikament		Schmerzmittel		Bluthochdruck- medikament		Hormone (nur Frauen)		n = Anzahl Interviews	
%	Sig.	%	Sig.	%	Sig.	%	Sig.		
36.5%	***	32.4%	***	21.2%	***	nicht erhoben		1992	
38.5%		14.3%	***	10.7%	***	nicht vergleichbar		1997	
40.3%		13.4%	***	11.1%	**	18.0%	***	2002	
45.2%	***	19.7%	***	14.3%		7.3%	***	2007	
48.9%	***	23.2%	***	15.2%		7.3%		<b>Geschlecht</b>	
41.2%	***	16.0%	***	13.4%		-			Frauen
27.1%	***	16.2%		†	***	-		<b>Altersgruppen</b>	
32.1%	***	16.7%		†	***	-			15- bis 24-Jährige
38.3%	***	22.3%		(4.7%)	***	(3.2%)	***		25- bis 34-Jährige
49.1%		18.4%		18.5%	***	14.1%	***		35- bis 49-Jährige
70.1%	***	23.4%		41.2%	***	(9.0%)			50- bis 64-Jährige
83.3%	***	21.2%		55.2%	***	†	*		65- bis 74-Jährige
54.5%	*	24.8%		27.4%	***	†	***	<b>Bildung</b>	
45.5%		20.2%		14.0%		7.8%			nur obligator. Schulbildung
48.6%		20.6%		(12.2%)		†		Berufslehre, Maturität o. ä.	
39.9%	**	16.4%	*	10.3%	***	(8.8%)		höhere Berufsausbildung	
46.6%		19.8%		15.2%		7.3%		<b>Nationalität</b>	
40.0%		19.4%		11.1%		†			Schweizer
47.4%	*	19.8%		15.9%	*	7.0%		<b>Migrationshintergrund</b>	
44.7%		26.6%		(12.0%)		†			nur Schweiz
49.0%		19.3%	*	16.4%		(7.5%)			Südeuropa und Frankreich
33.9%	**	17.7%		(10.0%)		†			Deutschland und Nordeuropa
33.3%	**	(14.7%)	*	†	***	†			Osteuropa und Balkan
42.3%		23.3%		13.4%		(4.2%)	*	<b>Haushaltseinkommen</b>	
47.0%		18.3%		16.6%		(6.2%)			bis 2999 Fr.
46.1%		17.3%		12.4%		(13.1%)	*		3000 bis 4499 Fr.
45.7%		17.1%		15.0%		(10.6%)			4500 bis 5999 Fr.
46.9%		19.5%		11.1%		†			6000 bis 7499 Fr.
48.0%		23.4%		16.4%		†		<b>SPK</b>	
32.5%	***	15.6%		14.7%		†			an- und ungelernete manuelle Berufe
45.4%		20.4%		(15.7%)		†			qualifizierte manuelle Berufe
48.8%		22.7%		17.4%	*	8.0%			Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker
48.6%		19.1%	*	12.2%	*	(9.0%)			Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe
37.1%	**	13.5%	**	12.1%		†	*	höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	
35.4%	***	16.5%		6.6%	***	(6.6%)		<b>Erwerbstätigkeit</b>	
44.2%		21.6%		8.1%	***	(6.3%)			vollzeit erwerbstätig
76.2%	***	22.6%		47.7%	***	(5.2%)			teilzeit erwerbstätig
41.0%		21.8%		10.7%	*	(13.9%)	***		nicht erwerbstätig, im Rentenalter
41.8%		20.0%		11.5%		(14.2%)	***		nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter
37.5%	***	17.3%		4.8%	***	(8.4%)		<b>Zivilstand</b>	
45.7%		19.5%		16.7%	***	8.0%			ledig
71.7%	***	23.7%	*	46.9%	***	(4.8%)		verheiratet	
49.9%		26.3%		11.1%		(5.8%)		verwitwet	
42.9%		18.7%		6.7%	***	(12.6%)	**	<b>Haushalttyp</b>	
77.4%	***	21.6%		46.7%	***	(5.0%)			alleinlebend, bis 65-jährig
33.7%	***	20.5%		(4.2%)	***	†	*		alleinlebend, über 65-jährig
43.8%		17.5%		9.8%	***	(12.0%)	*		Familie mit Kindern (unter 21-jährig)
70.7%	***	22.2%		44.4%	***	(6.6%)			unter 65-jährige Paare ohne Kinder
39.3%		(18.6%)		(10.6%)		†			≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern
47.3%		18.6%		14.8%		(7.1%)		<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	
45.7%		21.5%		15.1%		(4.0%)	*		Stadt Zürich
47.9%		23.0%		16.0%		(10.7%)	*		Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal
40.5%	*	17.0%		11.8%		(7.6%)			Pfannenstil, Zimmerberg, Knouneramt
45.2%		19.7%		14.3%		7.3%		<b>Wohnregion DS</b>	
41.7%	***	17.2%		12.4%	*	9.5%			Kanton Zürich
46.1%	*	18.9%		14.6%		9.3%			östliche Deutschschweiz
								westliche Deutschschweiz	

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Tab. A.20: Arztbesuche in den letzten 12 Monaten

	<i>n</i> = Anzahl Interviews	Mittlere Anzahl Arztbesuche		Kein Arztbesuch	
		AM	Signifikanz	%	Signifikanz
<b>Kanton Zürich</b>	1992	( <i>n</i> = - /458)	nicht vergleichbar	nicht vergleichbar	
	1997	( <i>n</i> = - /337)	nicht vergleichbar	nicht vergleichbar	
	2002	( <i>n</i> = 1617/390)	3.19	25.0%	***
	2007	( <i>n</i> = 2362/463)	4.07	20.8%	***
<b>Geschlecht</b>	Frauen		4.54	15.2%	***
	Männer		3.58	26.7%	***
<b>Altersgruppen</b>	15- bis 24-Jährige		2.76	20.4%	***
	25- bis 34-Jährige		3.54	25.4%	*
	35- bis 49-Jährige		3.12	26.1%	***
	50- bis 64-Jährige		4.27	21.2%	
	65- bis 74-Jährige		7.56	8.9%	***
	75-Jährige und Ältere		5.82	(5.8%)	***
<b>Bildung</b>	nur obligatorische Schulbildung		6.07	18.5%	
	Berufslehre, Maturität o. ä.		4.09	19.8%	
	höhere Berufsausbildung		3.99	18.2%	
	Hochschule		3.31	24.7%	*
<b>Nationalität</b>	Schweizer		4.01	19.4%	*
	Ausländer		4.30	26.3%	*
<b>Migrationshintergrund</b>	nur Schweiz		4.06	20.0%	
	Südeuropa und Frankreich		4.57	20.8%	
	Deutschland und Nordeuropa		3.80	21.3%	
	Osteuropa und Balkan		4.19	28.5%	*
	ausserhalb Europa		4.04	(18.0%)	
<b>Haushaltseinkommen</b>	bis 2999 Fr.		4.19	18.2%	
	3000 bis 4499 Fr.		4.15	20.8%	
	4500 bis 5999 Fr.		3.77	21.9%	
	6000 bis 7499 Fr.		4.37	20.0%	
	7500 Fr. und mehr		3.80	26.3%	*
<b>Sozioprofessionelle Kategorien (SPK)</b>	an- und ungelernete manuelle Berufe		5.08	20.4%	
	qualifizierte manuelle Berufe		3.27	19.6%	
	Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker		3.12	29.5%	*
	Büroangestellte, andere nicht-manuelle Berufe		4.24	17.0%	*
	höherqual. nicht-manuelle Berufe/mittl. Kader		4.38	19.5%	
höhere Führungskräfte, freie Berufe		3.42	26.2%	*	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	vollzeit erwerbstätig		2.66	30.0%	***
	teilzeit erwerbstätig		4.05	18.4%	
	nicht erwerbstätig, im Rentenalter		6.95	7.7%	***
	nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter		4.85	14.4%	***
	- davon Hausfrauen/Hausmänner		5.22	14.1%	*
<b>Zivilstand</b>	ledig		3.67	21.7%	
	verheiratet		3.90	21.0%	
	verwitwet		5.78	12.5%	*
	geschieden/getrennt		5.25	22.2%	
<b>Haushaltstyp</b>	alleinlebend, bis 65-jährig		4.03	26.7%	***
	alleinlebend, über 65-jährig		6.48	(9.2%)	***
	Familie mit Kindern (unter 21-jährig)		3.23	24.3%	*
	unter 65-jährige Paare ohne Kinder		3.28	23.3%	
	≥65-Jährige mit PartnerIn oder erw. Kind/ern		6.94	(7.6%)	***
	mit Eltern/Geschwistern zusammenlebend		3.74	(19.8%)	
<b>Wohnregion</b>	Stadt Zürich		3.92	23.3%	
	Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal		4.14	19.1%	
<b>Kanton Zürich</b>	Pfannenstil, Zimmerberg, Knonaueramt		4.43	20.6%	
	Winterthur, Weinland, Oberland		3.93	19.8%	
<b>Wohnregion Deutschschweiz</b>	Kanton Zürich		4.07	20.8%	
	östliche Deutschschweiz (mit UR, SZ, ZG)		3.61	23.3%	***
	westliche Deutschschweiz (mit LU, NW)		4.13	19.4%	**

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \*\*\* =  $p < .001$  † = weniger als 10 auswertbare Interviews, daher kein Wert ausgewiesen ( ) = Zahlenwerte in Klammern beruhen auf lediglich 10 bis 29 Interviews

Tab. A.21: Zahnarzt / Dentalhygiene in den letzten 12 Monaten

	%	Signifikanz	<i>n</i> = Anzahl Interviews		
<b>Kanton Zürich</b>	nicht vergleichbar		1992		
	nicht vergleichbar		1997		
	72.9%	***	2002		
	78.6%	***	2007		
<b>Geschlecht</b>	79.2%		Frauen		
	78.1%			Männer	
<b>Altersgruppen</b>	81.5%	*	15- bis 24-Jährige		
	72.4%			25- bis 34-Jährige	
	80.8%			35- bis 49-Jährige	
	81.1%			50- bis 64-Jährige	
	83.3%	***		65- bis 74-Jährige	
	66.0%	***		75-Jährige und Ältere	
<b>Bildung</b>	62.7%		nur obligator. Schulbildung		
	79.3%			Berufslehre, Maturität o. ä.	
	83.2%			höhere Berufsausbildung	
	80.5%	***		Hochschule	
<b>Nationalität</b>	80.7%	***	Schweizer		
	70.0%			Ausländer	
<b>Migrationshintergrund</b>	80.2%		nur Schweiz		
	78.4%			Südeuropa und Frankreich	
	69.9%			Deutschland und Nordeuropa	
	76.2%			Osteuropa und Balkan	
	75.0%	***		ausserhalb Europa	
<b>Haushaltseinkommen</b>	73.1%		bis 2999 Fr.		
	80.1%			3000 bis 4499 Fr.	
	81.9%			4500 bis 5999 Fr.	
	80.5%			6000 bis 7499 Fr.	
	83.8%			7500 Fr. und mehr	
<b>SPK</b>	75.3%	***	an- und ungelernete manuelle Berufe		
	64.3%			qualifizierte manuelle Berufe	
	81.4%			Kleinunternehmer, Bauern, Handwerker	
	78.0%			Büroangestellte, andere nicht-man. Berufe	
	81.4%	***		höherqual. nicht-man. Berufe/mittl. Kader	
87.0%		höhere Führungskräfte, freie Berufe			
<b>Erwerbstätigkeit</b>	80.1%		vollzeit erwerbstätig		
	80.6%			teilzeit erwerbstätig	
	76.4%			nicht erwerbstätig, im Rentenalter	
	74.2%			nicht erwerbstätig, nicht im Rentenalter	
	72.8%			davon Hausfrauen/Hausmänner	
<b>Zivilstand</b>	78.9%		ledig		
	79.2%			verheiratet	
	71.2%			verwitwet	
	79.0%			geschieden/getrennt	
<b>Haushaltstyp</b>	77.3%	*	alleinlebend, bis 65-jährig		
	72.2%			alleinlebend, über 65-jährig	
	81.7%			Familie mit Kindern (unter 21-jährig)	
	79.0%	*		unter 65-jährige Paare ohne Kinder	
	72.6%			≥65-Jährige m. PartnerIn o. erw. Kind/ern	
	81.2%			mit Eltern/Geschwistern zusammen	
<b>Wohnregion im Kt. ZH</b>	76.8%		Stadt Zürich		
	75.4%	*		Unterland, Glatt-, Furt- und Limmattal	
<b>Wohnregion DS</b>	84.7%		Kanton Zürich		
	79.2%	*		östliche Deutschschweiz	
	78.6%			westliche Deutschschweiz	
<b>Wohnregion DS</b>	78.6%		Kanton Zürich		
	72.9%			östliche Deutschschweiz	
	77.1%	***		westliche Deutschschweiz	

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen



**Tab. A.23: Hospitalisierungen 2010: Prozentanteile Spitalaufenthaltsstage nach Diagnosen, Geschlecht und Altersgruppe (nur stationäre Fälle, Hauptdiagnose) im Kanton Zürich (ZH) bzw. in der übrigen Deutschschweiz (DS) wohnhafte Personen**

Männer	Total		1-14 Jahre		15-49 Jahre		50-74 Jahre		75 Jahre und älter		Total		1-14 Jahre		15-49 Jahre		50-74 Jahre		75 Jahre und älter		Frauen
	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	
<b>Infektiöse oder parasitäre Krankheit</b>	<b>3.0</b>	<b>2.9</b>	<b>4.6</b>	<b>5.2</b>	<b>1.9</b>	<b>2.0</b>	<b>3.2</b>	<b>2.8</b>	<b>3.7</b>	<b>3.8</b>	<b>2.1</b>	<b>2.4</b>	<b>7.1</b>	<b>5.7</b>	<b>1.1</b>	<b>1.3</b>	<b>2.1</b>	<b>2.4</b>	<b>2.7</b>	<b>3.2</b>	<b>Infektiöse oder parasitäre Krankheit</b>
<b>Neubildung (Krebserkrankung)</b>	<b>9.9</b>	<b>9.2</b>	<b>4.8</b>	<b>3.8</b>	<b>3.9</b>	<b>3.4</b>	<b>13.9</b>	<b>12.3</b>	<b>11.2</b>	<b>10.8</b>	<b>8.0</b>	<b>7.9</b>	<b>4.0</b>	<b>3.4</b>	<b>4.9</b>	<b>4.6</b>	<b>12.6</b>	<b>12.2</b>	<b>6.6</b>	<b>7.0</b>	<b>Neubildung (Krebserkrankung)</b>
Verdauungsorgane	2.3	2.2			0.8	0.5	3.2	3.0	2.9	2.9	1.3	1.4			0.4	0.2	2.0	2.2	1.7	1.9	Verdauungsorgane
Atmungsorgane	1.1	1.1			0.2	0.2	1.8	1.7	1.1	1.2	0.6	0.6			0.1	0.2	1.3	1.2	0.4	0.4	Atmungsorgane
Harn- und Geschlechtsorgane	2.1	2.0			0.4	0.5	2.9	2.7	3.1	2.6	1.9	1.9			0.9	0.9	3.3	3.2	1.6	1.8	Harn- und Geschlechtsorgane, Brust
andere bösartige Neubildung	3.6	3.1	3.8	2.7	2.0	1.7	4.9	4.0	3.4	3.3	2.5	2.4	2.8	2.4	1.5	1.3	4.0	3.7	2.1	2.2	andere bösartige Neubildung
Neubildung mit gutartigem oder unbek. Charakter	0.8	0.8	0.7	0.9	0.6	0.5	1.0	1.0	0.8	0.8	1.6	1.5	0.6	0.6	2.1	2.0	2.0	1.9	0.8	0.7	Neubildung mit gutartigem oder unbek. Charakter
<b>Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1.2</b>	<b>0.3</b>	<b>0.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.5</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>	<b>0.4</b>	<b>0.5</b>	<b>1.0</b>	<b>0.8</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	<b>0.7</b>	<b>0.8</b>	<b>Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems</b>
<b>Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit</b>	<b>1.2</b>	<b>1.3</b>	<b>1.6</b>	<b>1.8</b>	<b>0.8</b>	<b>1.0</b>	<b>1.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1.2</b>	<b>1.4</b>	<b>1.4</b>	<b>1.4</b>	<b>1.5</b>	<b>2.3</b>	<b>1.0</b>	<b>1.1</b>	<b>1.4</b>	<b>1.5</b>	<b>1.6</b>	<b>1.6</b>	<b>Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit</b>
Diabetes mellitus	0.7	0.8	0.4	1.0	0.3	0.3	1.0	1.0	0.6	0.8	0.4	0.4	0.7	1.2	0.1	0.2	0.4	0.5	0.5	0.4	Diabetes mellitus
Adipositas	0.1	0.1			0.2	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2			0.4	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	Adipositas
<b>Psychische und Verhaltensstörung</b>	<b>22.7</b>	<b>20.6</b>	<b>25.1</b>	<b>24.3</b>	<b>47.0</b>	<b>45.8</b>	<b>14.2</b>	<b>14.0</b>	<b>7.4</b>	<b>4.6</b>	<b>22.0</b>	<b>20.0</b>	<b>30.8</b>	<b>27.7</b>	<b>36.0</b>	<b>36.9</b>	<b>19.6</b>	<b>18.6</b>	<b>8.8</b>	<b>5.4</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>
Störung durch Alkohol	4.2	3.9			8.6	7.9	3.8	3.7	0.3	0.2	1.9	1.8			3.4	3.1	2.2	2.4	0.2	0.1	Störung durch Alkohol
Störung durch andere psychotrope Substanzen	2.1	2.2			6.5	7.0	0.3	0.5	0.2	0.0	0.8	0.8			1.9	2.2	0.3	0.4	0.1	0.1	Störung durch andere psychotrope Substanzen
Schizophrenie oder Wahn	4.6	4.1			12.0	11.5	2.1	1.9	0.5	0.2	3.8	3.2			6.1	5.8	4.4	3.6	1.0	0.5	Schizophrenie oder Wahn
affektive Störung	5.7	5.5			10.1	10.0	4.9	5.4	2.0	1.1	7.8	7.4	7.2	3.4	11.2	11.9	9.1	8.7	2.8	2.1	affektive Störung
neurotische oder Belastungsstörung	2.4	2.0	3.2	4.2	5.6	4.6	1.3	1.2	0.5	0.3	3.0	2.7	7.2	9.0	6.0	5.5	2.0	1.9	0.8	0.5	neurotische oder Belastungsstörung
<b>Krankheit des Nervensystems, der Sinnesorgane</b>	<b>4.1</b>	<b>4.5</b>	<b>6.2</b>	<b>6.8</b>	<b>2.9</b>	<b>3.1</b>	<b>3.9</b>	<b>4.7</b>	<b>5.6</b>	<b>5.5</b>	<b>3.3</b>	<b>3.7</b>	<b>5.4</b>	<b>6.2</b>	<b>2.1</b>	<b>2.4</b>	<b>3.6</b>	<b>4.1</b>	<b>4.3</b>	<b>4.4</b>	<b>Krankheit des Nervensystems, der Sinnesorgane</b>
Katarakt (Grauer Star)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.5	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	0.6	0.1	Katarakt (Grauer Star)
<b>Krankheit des Kreislaufsystems</b>	<b>14.2</b>	<b>15.0</b>	<b>1.6</b>	<b>0.8</b>	<b>4.6</b>	<b>4.4</b>	<b>18.0</b>	<b>17.9</b>	<b>20.7</b>	<b>22.8</b>	<b>8.7</b>	<b>9.8</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>1.9</b>	<b>2.4</b>	<b>9.0</b>	<b>9.6</b>	<b>16.1</b>	<b>17.4</b>	<b>Krankheit des Kreislaufsystems</b>
Hypertonie (Bluthochdruck)	0.3	0.3			0.1	0.1	0.2	0.3	0.6	0.6	0.4	0.5			0.0	0.1	0.4	0.4	0.9	1.1	Hypertonie (Bluthochdruck)
koronare Herzkrankheit	3.6	4.0			1.2	1.3	5.3	5.8	3.9	4.3	1.2	1.4			0.1	0.1	1.5	1.8	2.0	2.4	koronare Herzkrankheit
sonstige Herzkrankheit	3.8	4.1	0.4	0.2	1.0	1.0	4.2	4.1	7.0	7.7	2.7	3.3	1.1	0.9	0.4	0.5	2.5	2.5	5.6	6.8	sonstige Herzkrankheit
Hirngefässkrankheit	3.7	3.6			1.3	1.0	4.7	4.1	5.4	5.9	2.6	2.7			0.7	0.8	2.6	2.7	4.8	4.5	Hirngefässkrankheit
Krankheit der Arterien (inkl. Atherosklerose)	2.0	2.1			0.4	0.3	2.7	2.6	3.0	3.5	0.8	0.9			0.1	0.1	0.8	1.0	1.7	1.7	Krankheit der Arterien (inkl. Atherosklerose)
<b>Krankheit des Atmungssystems</b>	<b>4.7</b>	<b>5.2</b>	<b>14.5</b>	<b>15.5</b>	<b>2.7</b>	<b>3.3</b>	<b>4.3</b>	<b>4.3</b>	<b>6.4</b>	<b>7.5</b>	<b>2.9</b>	<b>3.4</b>	<b>11.9</b>	<b>15.4</b>	<b>1.6</b>	<b>2.2</b>	<b>3.3</b>	<b>3.4</b>	<b>3.3</b>	<b>4.0</b>	<b>Krankheit des Atmungssystems</b>
Pneumonie (Lungenentzündung)	1.7	1.8	3.7	2.6	0.6	0.5	1.6	1.4	3.0	3.6	1.0	1.2	4.5	3.4	0.3	0.4	1.1	1.1	1.4	1.9	Pneumonie (Lungenentzündung)
<b>Krankheit des Verdauungssystems</b>	<b>7.3</b>	<b>7.3</b>	<b>6.4</b>	<b>5.6</b>	<b>6.7</b>	<b>6.4</b>	<b>8.0</b>	<b>8.0</b>	<b>7.2</b>	<b>7.3</b>	<b>5.8</b>	<b>6.3</b>	<b>4.5</b>	<b>5.1</b>	<b>3.5</b>	<b>4.2</b>	<b>7.1</b>	<b>7.4</b>	<b>6.9</b>	<b>7.0</b>	<b>Krankheit des Verdauungssystems</b>
Blinddarm	0.5	0.5	2.9	3.2	1.0	1.0	0.3	0.3	0.1	0.1	0.4	0.4	2.2	3.0	0.6	0.7	0.4	0.3	0.1	0.1	Blinddarm
Leistenbruch	1.0	1.0	0.1	0.2	0.9	0.9	1.2	1.2	0.9	0.8	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	Leistenbruch
Gallenstein, -entzündung	0.8	0.8			0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.0	0.8	0.9			0.7	0.8	1.1	1.2	0.8	0.8	Gallenstein, -entzündung
<b>Krankheit der Haut oder Unterhaut</b>	<b>1.4</b>	<b>1.1</b>	<b>1.9</b>	<b>1.5</b>	<b>1.6</b>	<b>1.6</b>	<b>1.3</b>	<b>0.9</b>	<b>1.2</b>	<b>1.1</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	<b>1.7</b>	<b>1.7</b>	<b>0.9</b>	<b>0.6</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>	<b>1.2</b>	<b>1.3</b>	<b>Krankheit der Haut oder Unterhaut</b>
<b>Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes</b>	<b>11.4</b>	<b>12.4</b>	<b>5.3</b>	<b>3.9</b>	<b>7.8</b>	<b>8.7</b>	<b>13.3</b>	<b>15.2</b>	<b>13.2</b>	<b>12.7</b>	<b>15.5</b>	<b>15.7</b>	<b>6.3</b>	<b>4.9</b>	<b>6.4</b>	<b>6.7</b>	<b>21.3</b>	<b>21.4</b>	<b>19.7</b>	<b>18.8</b>	<b>Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes</b>
Arthrose	4.2	5.0			0.8	1.1	5.6	6.9	6.6	6.3	5.9	6.7			0.5	0.8	9.0	10.3	8.6	8.8	Arthrose
Bandscheibenschaden	1.4	1.3			1.8	1.7	1.6	1.6	0.7	0.7	1.4	1.3			1.3	1.3	1.9	1.7	1.0	0.9	Bandscheibenschaden
Krankheit des Weichteilgewebes	1.1	1.2			1.0	1.2	1.4	1.6	0.9	0.6	1.1	1.1			0.8	0.9	1.6	1.5	1.0	0.9	Krankheit des Weichteilgewebes
<b>Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane</b>	<b>3.4</b>	<b>3.3</b>	<b>1.5</b>	<b>1.3</b>	<b>1.8</b>	<b>1.9</b>	<b>3.9</b>	<b>3.7</b>	<b>4.5</b>	<b>4.3</b>	<b>3.2</b>	<b>3.3</b>	<b>2.0</b>	<b>2.2</b>	<b>3.7</b>	<b>3.8</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>2.5</b>	<b>2.7</b>	<b>Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane</b>
Nierenstein	0.5	0.5			0.8	0.7	0.5	0.5	0.3	0.2	0.2	0.2			0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	Nierenstein
Krankheit der Brustdrüse	0.0	0.0			0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1			0.2	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	Krankheit der Brustdrüse
Prostatahyperplasie	1.0	0.9			0.0	0.1	1.5	1.2	1.5	1.2											
															<b>29.0</b>	<b>25.8</b>					<b>Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett</b>
															0.9	0.7					Abort
															22.6	21.3					Komplikation bei Schwangerschaft oder Geburt
															5.4	3.8					Spontangeburt eines Einlings
<b>Perinatale Krankheit oder Missbildung</b>	<b>0.4</b>	<b>0.3</b>	<b>6.1</b>	<b>6.0</b>	<b>0.5</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>0.3</b>	<b>0.2</b>	<b>5.4</b>	<b>5.0</b>	<b>0.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>Perinatale Krankheit oder Missbildung</b>
<b>Symptom oder ungenügend bezeichnete Krankheit</b>	<b>1.7</b>	<b>1.9</b>	<b>2.2</b>	<b>2.5</b>	<b>0.9</b>	<b>1.1</b>	<b>1.5</b>	<b>1.7</b>	<b>2.8</b>	<b>3.0</b>	<b>1.7</b>	<b>2.1</b>	<b>3.1</b>	<b>3.5</b>	<b>0.9</b>	<b>1.1</b>	<b>1.5</b>	<b>1.7</b>	<b>2.8</b>	<b>3.2</b>	<b>Symptom und ungenügend bezeichnete Krankheit</b>
Bauch- und Beckenschmerzen	0.1	0.2	0.3	0.6	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.6	1.0	0.3	0.4	0.2	0.2	0.1	0.2	Bauch- und Beckenschmerzen
<b>Unfall, Verletzung oder Vergiftung</b>	<b>12.5</b>	<b>12.5</b>	<b>16.4</b>	<b>18.6</b>	<b>13.4</b>	<b>14.0</b>	<b>11.0</b>	<b>10.9</b>	<b>13.3</b>	<b>13.0</b>	<b>13.1</b>	<b>13.0</b>	<b>13.5</b>	<b>13.8</b>	<b>5.4</b>	<b>5.3</b>	<b>12.6</b>	<b>11.6</b>	<b>22.0</b>	<b>21.7</b>	<b>Unfall, Verletzung oder Vergiftung</b>
Fraktur von Extremitäten (u.a. Schenkelhalsbruch)	4.3	3.9	4.7	4.7	4.8	4.2	3.2	2.9	5.4	5.0	6.6	6.4	3.2	3.2	1.7	1.5	6.2	5.3	12.7	12.2	Fraktur von Extremitäten (u.a. Schenkelhalsbruch)
Luxation, Zerrung, Verstauchung	0.7	0.9	0.3	0.4	1.7	2.3	0.4	0.4	0.1	0.2	0.4	0.5	0.6	0.5	0.6	0.9	0.4	0.4	0.2	0.4	Luxation, Zerrung, Verstauchung
Schädel-/Hirn-Verletzung	1.5	1.5	6.8	6.3	1.6	1.9	1.0	1.1	1.3	1.2	0.9	0.8	4.9	4.7	0.6	0.6	0.6	0.6	1.2	1.0	Schädel-/Hirn-Verletzung
<b>Verschiedene Anlässe zur Spitalbehandlung</b>	<b>1.7</b>	<b>1.8</b> </																			

**Tab. A.24: Hospitalisierungen 2010: Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen nach Diagnosen, Geschlecht und Altersgruppe** (nur stationäre Fälle, Hauptdiagnose, nur Spitalaufenthalte < 1 Jahr) in Kanton Zürich (ZH) bzw. in der übrigen Deutschschweiz (DS) wohnhafte Personen

Männer	Total		1-14 Jahre		15-49 Jahre		50-74 Jahre		75 Jahre und älter		Total		1-14 Jahre		15-49 Jahre		50-74 Jahre		75 Jahre und älter		Frauen
	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	
<b>Infektiöse oder parasitäre Krankheit</b>	11.7	10.8	4.5	3.8	8.7	8.2	14.9	13.1	13.7	14.0	10.1	10.5	5.6	3.6	7.3	7.3	12.2	12.4	12.0	14.0	<b>Infektiöse oder parasitäre Krankheit</b>
<b>Neubildung (Krebserkrankung)</b>	10.8	10.8	6.3	7.6	9.1	9.0	11.1	10.7	11.4	12.0	9.3	9.9	6.6	6.5	6.3	6.7	9.9	10.1	12.5	13.8	<b>Neubildung (Krebserkrankung)</b>
Verdauungsorgane	14.1	14.9			16.6	13.4	13.1	13.9	15.8	17.3	15.7	16.4			14.3	11.9	15.1	15.3	17.1	18.7	Verdauungsorgane
Atmungsorgane	12.1	11.0			7.8	8.1	12.1	10.5	13.8	13.2	12.9	11.0			13.9	8.4	12.4	10.5	14.4	14.9	Atmungsorgane
Harn- und Geschlechtsorgane	8.6	8.2			6.1	5.9	8.5	8.2	9.4	9.0	8.1	8.9			6.4	6.9	7.9	8.4	10.5	11.8	Harn- und Geschlechtsorgane, Brust
andere bösartige Neubildung	11.6	12.0	6.1	7.4	10.3	11.4	13.0	12.2	11.2	12.7	11.0	12.1	7.5	6.8	7.3	9.1	12.9	12.7	12.8	14.0	andere bösartige Neubildung
Neubildung mit gutartigem oder unbek. Charakter	7.2	7.6	6.0	7.5	5.6	6.1	7.5	7.9	8.6	8.5	6.1	6.4	4.4	5.2	5.1	5.4	6.6	6.9	9.4	10.2	Neubildung mit gutartigem oder unbek. Charakter
<b>Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems</b>	9.1	9.3	7.5	6.6	9.1	7.7	9.9	10.3	8.8	9.7	9.6	9.5	6.4	5.6	5.6	6.8	11.8	10.7	9.9	9.9	<b>Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems</b>
<b>Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit</b>	11.7	11.6	15.2	8.9	8.5	8.9	13.6	12.2	11.3	13.8	9.4	9.4	8.9	8.4	7.4	7.1	9.4	9.3	11.5	12.4	<b>Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit</b>
Diabetes mellitus	13.8	13.4	8.3	10.0	10.0	8.4	16.4	14.7	12.2	15.2	11.0	12.3	8.6	9.9	7.5	8.3	10.9	14.1	13.4	12.9	Diabetes mellitus
Adipositas	11.4	10.4	28.0	15.5	8.1	10.9	16.6	9.7	10.0	5.3	10.6	8.8		9.7	9.1	8.2	14.3	9.8	7.5	11.1	Adipositas
<b>Psychische und Verhaltensstörung</b>	30.0	31.5	70.7	57.4	28.3	31.1	30.7	31.9	33.5	26.4	32.1	34.0	61.7	50.8	30.1	33.9	34.3	35.4	33.7	28.4	<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>
Störung durch Alkohol	23.9	23.9			23.2	24.4	25.5	24.0	19.1	15.4	22.8	22.3			23.8	22.3	21.4	22.5	29.3	26.0	Störung durch Alkohol
Störung durch andere psychotrope Substanzen	24.0	27.4			24.5	27.0	18.1	33.1	29.0	18.7	22.1	27.4			22.3	26.8	20.1	30.7	26.8	23.3	Störung durch andere psychotrope Substanzen
Schizophrenie oder Wahn	36.4	40.2			34.9	40.0	42.3	41.0	50.0	35.3	39.9	41.3			36.6	39.2	44.4	44.7	45.0	39.6	Schizophrenie oder Wahn
affektive Störung	35.5	39.8			33.4	38.9	35.8	40.6	49.7	35.9	39.2	41.2	107.1	75.2	35.0	40.0	43.6	43.4	42.4	37.6	affektive Störung
neurotische oder Belastungsstörung	23.8	23.6	39.4	45.7	22.7	23.0	24.8	23.2	30.4	20.5	25.3	25.2	51.6	46.4	25.1	25.7	22.2	23.4	28.8	18.8	neurotische oder Belastungsstörung
<b>Krankheit des Nervensystems, der Sinnesorgane</b>	8.7	9.3	8.7	6.6	8.9	6.9	8.1	8.9	9.4	13.5	7.7	9.8	8.3	6.4	8.5	8.2	7.3	9.0	7.8	12.8	<b>Krankheit des Nervensystems, der Sinnesorgane</b>
Katarakt (Grauer Star)	2.3	2.8			2.1	3.5	2.3	2.9	2.3	2.6	2.4	2.8			2.9	2.3	2.4	2.9	2.4	2.8	Katarakt (Grauer Star)
<b>Krankheit des Kreislaufsystems</b>	10.2	10.5	12.1	5.6	8.0	7.3	9.9	9.9	11.4	12.6	10.2	10.8	9.3	8.6	6.4	6.2	8.8	9.2	12.2	13.5	<b>Krankheit des Kreislaufsystems</b>
Hypertonie (Bluthochdruck)	7.3	7.9			4.9	5.3	5.9	6.8	9.0	10.3	7.8	8.1			4.6	5.0	6.3	5.7	8.8	10.1	Hypertonie (Bluthochdruck)
koronare Herzkrankheit	7.8	8.3			8.2	7.9	7.4	8.0	8.5	9.4	7.9	9.1			6.8	6.6	6.9	7.7	8.9	10.8	koronare Herzkrankheit
sonstige Herzkrankheit	10.2	10.1	7.8	3.9	7.9	6.9	9.8	9.5	11.2	11.6	11.0	11.8	11.7	11.7	9.4	7.5	9.6	9.9	11.9	13.2	sonstige Herzkrankheit
Hirngefässkrankheit	20.9	20.4			24.2	21.7	22.5	20.7	18.2	19.7	20.5	21.4			24.0	24.0	21.7	21.8	19.5	20.8	Hirngefässkrankheit
Krankheit der Arterien (inkl. Atherosklerose)	11.1	12.7			12.9	10.6	11.1	11.7	10.9	14.6	9.3	11.9			9.7	9.6	8.3	11.3	10.0	12.5	Krankheit der Arterien (inkl. Atherosklerose)
<b>Krankheit des Atmungssystems</b>	8.5	8.1	4.7	3.6	5.0	4.9	11.3	10.5	12.6	12.9	8.4	8.3	4.7	3.9	5.0	5.0	11.0	10.7	11.9	13.6	<b>Krankheit des Atmungssystems</b>
Pneumonie (Lungenentzündung)	10.8	10.8	6.0	4.7	8.9	7.4	12.2	10.9	11.7	13.1	10.4	11.3	6.7	5.4	8.2	7.4	11.2	11.4	11.7	14.0	Pneumonie (Lungenentzündung)
<b>Krankheit des Verdauungssystems</b>	6.7	6.7	6.1	4.3	5.0	5.0	7.0	7.0	9.5	9.6	7.9	8.0	5.1	4.3	5.0	5.1	8.3	8.4	11.4	11.4	<b>Krankheit des Verdauungssystems</b>
Blinddarm	4.8	4.9	4.7	4.5	4.3	4.3	6.1	6.2	11.3	11.2	5.1	5.1	4.7	4.6	4.2	4.3	6.9	7.1	9.0	10.6	Blinddarm
Leistenbruch	3.3	3.5	2.8	3.0	2.8	3.0	3.2	3.4	5.0	5.0	3.9	4.2	2.7	3.3	2.9	3.3	3.5	3.8	6.2	6.7	Leistenbruch
Gallenstein, -entzündung	6.5	7.0			4.6	4.7	6.2	7.0	9.4	10.0	6.0	6.0			4.3	4.4	6.1	6.0	9.5	9.4	Gallenstein, -entzündung
<b>Krankheit der Haut oder Unterhaut</b>	7.4	7.8	4.9	4.3	4.3	5.2	11.8	10.7	16.2	16.1	9.7	9.9	4.4	4.6	6.7	5.1	10.3	11.1	16.2	17.9	<b>Krankheit der Haut oder Unterhaut</b>
<b>Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes</b>	9.2	8.8	11.0	7.1	6.2	5.7	9.1	8.8	14.3	14.4	11.1	10.4	9.3	6.4	7.5	6.5	10.1	9.5	15.4	15.8	<b>Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes</b>
Arthrose	12.0	11.8			6.7	7.0	11.0	11.0	15.9	16.0	13.3	13.8			8.6	7.9	11.8	12.5	16.1	16.9	Arthrose
Bandscheibenschaden	10.5	9.2			9.3	7.8	11.1	9.3	13.6	14.7	12.9	10.6			10.7	8.8	13.3	10.5	16.5	15.2	Bandscheibenschaden
Krankheit des Weichteilgewebes	5.5	5.2			4.5	4.5	5.2	5.2	8.9	7.7	6.7	6.4			5.3	4.9	6.1	5.8	11.1	11.7	Krankheit des Weichteilgewebes
<b>Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane</b>	5.7	6.0	4.7	4.1	3.7	4.1	5.6	5.8	7.9	8.3	4.9	5.3	5.7	5.0	3.8	4.0	5.0	5.4	8.3	9.5	<b>Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane</b>
Nierenstein	3.4	3.6			3.0	3.4	3.4	3.6	5.1	4.3	4.0	4.0			3.4	3.7	4.3	4.1	5.6	5.7	Nierenstein
Krankheit der Brustdrüse	3.2	3.2			2.9	3.1	3.1	3.6	7.7	7.3	3.6	3.9			3.5	3.8	3.8	4.2	5.3	4.9	Krankheit der Brustdrüse
Prostatahyperplasie	6.5	6.4			5.4	7.6	5.9	5.9	5.3	3.4											
<b>Perinatale Krankheit oder Missbildung</b>	6.7	6.3	6.6	6.7	6.2	5.8	7.3	6.1	10.8	5.3	6.8	6.5	8.1	7.3	5.6	5.7	6.4	7.6	12.7	7.6	<b>Perinatale Krankheit oder Missbildung</b>
<b>Symptom oder ungenügend bezeichnete Krankheit</b>	6.1	6.0	3.3	2.9	4.5	4.3	6.0	5.8	7.9	8.4	6.8	6.8	3.7	3.1	4.4	4.1	6.5	6.1	9.3	10.3	<b>Symptom oder ungenügend bezeichnete Krankheit</b>
Bauch- und Beckenschmerzen	4.1	4.0	2.8	2.5	3.6	3.4	4.5	4.6	5.9	6.7	4.4	4.2	3.2	2.9	3.5	3.3	5.6	4.8	7.0	7.6	Bauch- und Beckenschmerzen
<b>Unfall, Verletzung oder Vergiftung</b>	7.6	8.0	3.5	3.5	5.5	5.7	9.2	9.5	13.4	14.9	9.5	10.2	3.0	3.1	5.4	5.2	9.0	9.5	13.8	15.6	<b>Unfall, Verletzung oder Vergiftung</b>
Fraktur von Extremitäten (u.a. Schenkelhalsbruch)	8.5	9.0	3.2	3.3	6.0	6.2	9.4	9.9	17.1	18.1	11.0	11.9	3.0	3.0	5.8	5.8	9.0	9.3	15.3	16.8	Fraktur von Extremitäten (u.a. Schenkelhalsbruch)
Luxation, Zerrung, Verstauchung	3.7	4.2	2.9	3.2	3.6	4.1	3.8	4.0	8.9	11.5	4.6	5.2	4.0	3.2	4.0	4.4	4.4	4.9	8.5	11.4	Luxation, Zerrung, Verstauchung
Schädel-/Hirn-Verletzung	5.5	6.2	3.5	3.0	4.2	5.2	7.5	9.1	10.0	10.8	5.2	5.9	2.4	2.5	3.8	4.0	6.1	7.8	8.9	10.5	Schädel-/Hirn-Verletzung
<b>Verschiedene Anlässe zur Spitalbehandlung</b>	15.3	14.1	4.6	5.3	22.1	17.8	13.2	11.8	8.1	15.3	8.7	11.9	3.3	4.7	8.3	8.0	8.3	11.4	11.0	19.2	<b>Verschiedene Anlässe zur Spitalbehandlung</b>
Untersuchung oder Abklärung	3.1	3.7	2.6	2.6	3.9	3.7	2.5	3.3	3.9	6.4	3.2	3.6	2.6	2.9	2.8	3.5	3.3	3.4	3.9	4.6	Untersuchung oder Abklärung
<b>Durchschnitt über alle Diagnosen (Tage)</b>	10.3	10.2	6.7	5.6	9.8	9.5	10.3	10.1	12.0	12.7	10.1	10.4	6.9	5.7	8.3	8.3	10.5	10.6	13.2	14.2	<b>Durchschnitt über alle Diagnosen (Tage)</b>
N	88207	286353	4320	14632	27783	85282	37099	126345	19005	60094	111046	334070	3199	11203	45658	129739	35468	111221	26721	81907	N

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010



## Anhang B: Verzeichnis der Abbildungen

### Einleitung

<b>Abb. E.1:</b> Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum .....	1
---	---

### 1. Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung

<b>Abb. 1.1:</b> Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1992/93 - 2010/11 .....	10
<b>Abb. 1.2:</b> Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11 .....	11
<b>Abb. 1.3:</b> Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Alter, Erwerbsstatus und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11 .....	11
<b>Abb. 1.4:</b> Körperliche Beschwerden nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	12
<b>Abb. 1.5:</b> Chronische Krankheiten und damit einhergehende Alltagseinschränkungen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11 .....	12
<b>Abb. 1.6:</b> Chronische Krankheiten nach Migrationshintergrund und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010/11 .....	13
<b>Abb. 1.7:</b> Chronische Krankheiten und damit einhergehende Alltagseinschränkungen bei 25- bis 64-Jährigen nach Alter und Erwerbsstatus, Kanton Zürich, 2010/11 .....	13
<b>Abb. 1.8:</b> Hohe allgemeine Lebenszufriedenheit nach Alter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009 .....	14
<b>Abb. 1.9:</b> Hohe allgemeine Lebenszufriedenheit nach Erwerbsstatus, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009 .....	14
<b>Abb. 1.10:</b> Allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit nach selbsteingeschätzter Gesundheit, Kanton Zürich, 2009 .....	15
<b>Abb. 1.11:</b> Unfälle mit Verletzungsfolge bei 25- bis 64-jährigen Männern während der letzten 12 Monate nach Unfalltyp, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 .....	16
<b>Abb. 1.12:</b> Hospitalisierungen pro 10'000 Einwohner/innen und Jahr mit «Unfall» als Hauptdiagnose nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007/08 .....	16
<b>Abb. 1.13:</b> Verletzte bei Verkehrsunfällen pro 10'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	17
<b>Abb. 1.14:</b> Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1981 - 2012 .....	18
<b>Abb. 1.15:</b> Relative Sterberisiken nach Schulbildung und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1990 - 2008 (adjustiert für Alter und Zivilstand) .....	18
<b>Abb. 1.16:</b> Relative Sterberisiken nach Region und Geschlecht, Kanton Zürich, 1990 - 2008 (adjustiert für Alter allein sowie für Alter, Zivilstand und Schulbildung) .....	19

### 2. Gesundheitsrelevante Verhältnisse

<b>Abb. 2.1:</b> Altersstruktur der Bevölkerung nach Geschlecht, Nationalität und Geburtsort, Kanton Zürich, 2010 .....	22
<b>Abb. 2.2:</b> Ausländer/innen nach Nationalität, Kanton Zürich, 2000 und 2012 .....	23
<b>Abb. 2.3:</b> Lebendgeborene pro 1'000 Frauen nach Alter der Mutter, Kanton Zürich, 1984 - 2012 .....	25
<b>Abb. 2.4:</b> Erwerbstätigkeit nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	26
<b>Abb. 2.5:</b> Arbeitslosenquoten, Kanton Zürich vs. übrige Schweiz, Januar 2000 bis März 2014 .....	27
<b>Abb. 2.6:</b> Sozialhilfe- und Arbeitslosenquoten (Jahresdurchschnitte in %), Kanton Zürich, 2002 - 2012 .....	29

### 3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensstile

<b>Abb. 3.1:</b> Ernährungsverhalten nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	32
<b>Abb. 3.2:</b> Ungünstiger Ernährungsstil nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 .....	32
<b>Abb. 3.3:</b> Bewegungsverhalten nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	33
<b>Abb. 3.4:</b> Bewegungsmangel nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 ...	33
<b>Abb. 3.5:</b> Raucheranteile bei 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001 - 2010 .....	34
<b>Abb. 3.6:</b> Raucherfahrung bei 15- bis 64-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007/2008/2009/2010 .....	35
<b>Abb. 3.7:</b> 15- bis 64-Jährige ohne private Passivrauchbelastung nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2001 - 2010 .....	35
<b>Abb. 3.8:</b> Alkoholkonsum der Männer nach Alter, Kanton Zürich, 2007 .....	36
<b>Abb. 3.9:</b> Alkoholkonsum nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1997 - 2007 .....	37
<b>Abb. 3.10:</b> Probleme wegen Alkoholkonsum nach Konsumverhalten und Geschlecht, Kanton Zürich, 1997/2002/2007 .....	37
<b>Abb. 3.11:</b> Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	39
<b>Abb. 3.12:</b> Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Bildung und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	39
<b>Abb. 3.13:</b> Ernährungsverhalten nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007 .....	40
<b>Abb. 3.14:</b> Bewegungsverhalten nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007 .....	40
<b>Abb. 3.15:</b> Raucherstatus nach Nationalität und Geschlecht, Kanton Zürich, 2011 .....	41
<b>Abb. 3.16:</b> Gesundheitsbezogener Lebensstil nach Migrationshintergrund, Kanton Zürich, 2007 .....	41

### 4. Die Gesundheit von Jugendlichen

<b>Abb. 4.1:</b> Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	44
<b>Abb. 4.2:</b> Kopfschmerzen bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	45
<b>Abb. 4.3:</b> Depressionssymptome bei 11- bis 15-jährigen Mädchen vor und nach Beginn der Menstruation, Kanton Zürich, 2010 .....	46
<b>Abb. 4.4:</b> Traurigkeit bei 11- bis 15-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1994 - 2010 .....	47
<b>Abb. 4.5:</b> Täter-Opfer-Diagramm von 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	48
<b>Abb. 4.6:</b> Gesundheitszustand bei Gewalterfahrungen von 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	49
<b>Abb. 4.7:</b> Rauchen bei 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht und Erhebungsjahr, Kanton Zürich, 1990 - 2010 ...	50
<b>Abb. 4.8:</b> Intensität des Rauchens bei 11- bis 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	51
<b>Abb. 4.9:</b> Lebenszeitprävalenz Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 .....	52
<b>Abb. 4.10:</b> Cannabiskonsum bei 14- bis 15-Jährigen nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2010 .....	53
<b>Abb. 4.11:</b> Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum bei 14- bis 15-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1998 - 2010 .....	53
<b>Abb. 4.12:</b> Alkoholkonsum und Trunkenheit bei 11- bis 15-Jährigen nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich, 1994 - 2010 .....	54
<b>Abb. 4.13:</b> Kombiniertes Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis bei 14- und 15-Jährigen, Kanton Zürich, 2010 .....	55

## 5. Psychische Gesundheit

<b>Abb. 5.1:</b> Wegen psychischen Problemen in Behandlung nach Erhebungsjahr und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1997- 2007.....	58
<b>Abb. 5.2:</b> Erste Ansprechperson bei psychischen Problemen pro 1'000 Einwohner/innen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007.....	58
<b>Abb. 5.3:</b> Hospitalisierungen aufgrund psychischer Störungen pro 10'0000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2010.....	59
<b>Abb. 5.4:</b> Ambulante psychiatrische Fälle pro 10'0000 Einwohner/innen und Jahr nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2000/01 und 2010/11.....	59
<b>Abb. 5.5:</b> Schwierigkeiten mit dem Abschalten nach der Arbeit nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009.....	60
<b>Abb. 5.6:</b> Burnout-Symptome in Zusammenhang mit der Arbeit nach Geschlecht, Kanton Zürich, 2012 .....	61
<b>Abb. 5.7:</b> Depressionen in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007.....	62
<b>Abb. 5.8:</b> Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression, Kanton Zürich, 2000 - 2011 ....	63
<b>Abb. 5.9:</b> Personen mit negativen Gefühlen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2009 .....	64
<b>Abb. 5.10:</b> Personen mit negativen und positiven Gefühlen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2007 .....	65
<b>Abb. 5.11:</b> Selbsttötungen (ohne assistierte Suizide) pro 100'000 Einwohner/innen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 1982 - 2009 .....	66
<b>Abb. 5.12:</b> Suizidmethoden (ohne assistierte Suizide) nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001 - 2010 (standardisierte Raten) .....	66
<b>Abb. 5.13:</b> Anzahl Suizide im Kanton Zürich (ohne assistierte Suizide) nach Alter und Geschlecht, 2001-2010 insgesamt.....	67
<b>Abb. 5.14:</b> Suizidrate (mit und ohne assistierte Suizide) pro 100'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2001 - 2010.....	67

## 6. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

<b>Abb. 6.1:</b> Anteil Personen mit Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten nach Alter, Geschlecht, Nationalität und Bildung, Kanton Zürich, 2007.....	70
<b>Abb. 6.2:</b> Vorsorgemassnahmen nach Alter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007 .....	71
<b>Abb. 6.3:</b> Krebsvorsorgeuntersuchungen nach Alter, Kanton Zürich, 2007.....	71
<b>Abb. 6.4:</b> Durchimpfung bei 2-, 8- und 16-Jährigen, Kanton Zürich, 1999-2011.....	72
<b>Abb. 6.5:</b> Masern-Durchimpfungsrate mit zwei Dosen bei 2-Jährigen, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweizer Kantone, 2008 - 2012 .....	73
<b>Abb. 6.6:</b> Durchschnittliche Hospitalisierungsdauer nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2000 und 2010.....	74
<b>Abb. 6.7:</b> Stationäre Hospitalisierungen mit Alkoholbezug pro 10'000 Einwohner/innen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2010 .....	75
<b>Abb. 6.8:</b> Anteil der Kaiserschnittgeburten am Total der Geburten nach Alter der Mutter, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2003 und 2010.....	75
<b>Abb. 6.9:</b> Anteil der in Heimen lebenden Personen nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2008.....	76
<b>Abb. 6.10:</b> Verteilung der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich, 2008.....	76
<b>Abb. 6.11:</b> Direkte und indirekte Kosten von Depressionen pro Patient/in und Jahr nach Schweregrad, Kanton Zürich, 2007/08.....	79



## Anhang C: Verzeichnis der Tabellen im Text

### Einleitung

Tab. E.1: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB).....	3
Tab. E.2: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat).....	4
Tab. E.3: Todesursachenstatistik.....	4
Tab. E.4: Schweizer Haushalt-Panel (SHP).....	5
Tab. E.5: Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC).....	5
Tab. E.6: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE).....	6
Tab. E.7: Tabakmonitoring Schweiz (TMS).....	6

### 1. Gesundheitszustand der Zürcher Bevölkerung

Tab. 1.1: Wichtige Todesursachen: altersstandardisierte Sterberaten nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2007-2011.....	19
---	----

### 3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensstile

Tab. 3.1: Bewertung des Gesundheitsverhaltens in den Bereichen Ernährung und Bewegung.....	31
Tab. 3.2: Verhaltensindex zum gesundheitsbezogenen Lebensstil.....	38

### 5. Psychische Gesundheit

Tab. 5.1: Selbsttötungen pro 100'000 Einwohner/innen nach Geschlecht, Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, 2001-2010 (Jahresdurchschnitt).....	66
---	----

### 6. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Tab. 6.1: MMR-Impfraten mit zwei Dosen bei 16-Jährigen nach Stadt/Land-Zugehörigkeit, Sprachgebiet und Schulimpfprogramm, 2005-2010.....	73
Tab. 6.2: Anteil Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen und deren Pflegebedarf, Langzeitpflege, 2012.....	77
Tab. 6.3: Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz und im Kanton Zürich, 2010.....	78
Tab. 6.4: Bruttokosten in der OKP (in Mio. Fr.) nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2008-2012.....	80
Tab. 6.5: Ambulante und stationäre Bruttokosten (in Fr.) in der OKP pro versicherte Person, nach Alter und Geschlecht, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2012.....	80
Tab. 6.6: OKP-Jahresprämien pro versicherte Person (in Fr.) nach OKP-Modell und Prämienregion bei 26-jährigen und älteren Versicherten, Kanton Zürich und übrige Deutschschweiz, 2012.....	81

### 7. Massnahmenbereiche

Tab. 7.1: Beurteilung der Umsetzung der Massnahmen in den sechs 2007 festgelegten prioritären Bereichen.....	89
---	----



## Anhang D: Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

**Vladeta Ajdacic-Gross**, PD Dr. phil.  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Militärstr. 8  
 8021 Zürich  
 Tel: 044 296 74 33  
 vajdacic@dgsp.uzh.ch

**Kathrin Bollok**, lic. phil.  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Militärstr. 8  
 8021 Zürich  
 kathrin.bollok@uzh.ch

**Matthias Bopp**, Dr. phil. II, MPH  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 14  
 matthias.bopp@uzh.ch

**Oliver Hämmig**, PD Dr. phil., MPH  
 Bereichsleiter Gesundheitsberichterstattung  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 82  
 oliver.haemmig@uzh.ch

**Phung Lang**, Dr. phil., MPH  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 72  
 plang@ifspm.uzh.ch

**Ursula Meidert**, lic. phil.  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 mede@zhaw.ch

**Annett Niklaus**, BA  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 57  
 annett.niklaus@ifspm.uzh.ch

**Roland Stähli**, lic. phil.  
 Beauftragter des Kantons Zürich für  
 Prävention und Gesundheitsförderung  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 24  
 rst@ifspm.uzh.ch

**Silvan Tarnutzer**, lic. phil.  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 071 226 18 85  
 silvan.m.t@gmail.com

**Yuki Tomonaga**, MSc.  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 47 05  
 yuki.tomonaga@uzh.ch

**Ueli Zellweger**, lic. phil.  
 Institut für Epidemiologie, Biostatistik  
 und Prävention der Universität Zürich  
 Hirschengraben 84  
 8001 Zürich  
 Tel: 044 634 46 53  
 uzellweg@ifspm.uzh.ch

